

Forord

”Indberetningsvejledning til Landspatientregisteret” version 1.3 erstatter version 1.2 fra juni 2018 som den formelle beskrivelse af de gældende indberetningskrav og vejledning til indberetningen til Landspatientregisteret (LPR).

Indholdet i denne vejledning i form af principper, definitioner, beskrivelser og regler mm. dækker LPR-indberetningen fra alle parter i sundhedsvæsenet, der er forpligtet til at indberette til LPR.

Version 1.3 baserer sig på version 1.2 med en række fejlrettelser, justeringer og tilføjelser på basis af den dialog, diskussion og kommentering, der har været i Koordinationsgruppen og Følgegruppen for indberetning til LPR.

Der er ingen principielle eller modelmæssige ændringer, ud over en lille aftalt ændring (til SKS-kode) af datatypen for betaler.

Det er i samarbejde med regionerne og Sundhed Danmark blevet nærmere fastlagt, hvilke forløbsmarkører, der er obligatoriske henholdsvis frivillige i forskellige situationer og sammenhænge.

Justeringer og tilføjelse i denne version omfatter først og fremmest forbedring af den tekstuelle beskrivelse samt tilføjelse af enkelte tabeller og eksempler på indberetningen i forskellige kliniske situationer.

Der er derudover, som følge af indkomne kommentarer og dialog med regionerne, for at sikre præcision og forståelighed, foretaget justeringer og opstramninger af vejledningens tekster, og enkelte steder også af struktur og udbygning af den tekstuelle vejledning. Der findes et LOG-dokument over ændringer og justeringer med kommentarer på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside under ”Landspatientregisteret”:

<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-patientregistrering/indberetning-lpr3>

På baggrund af dialog og brugerspørgsmål skal det understreges, at denne vejledning beskriver indberetningen, ikke de lokale *registreringer*, der i forhold til de her beskrevne (logiske) indberetningskrav kan have forskellige systemmæssige udformninger og brugergrænseflader afhængig af det lokale hospitalsinformationssystem.

Når der alligevel i nogle tilfælde er illustreret principper og eksempler med konkrete data, skal det derfor ikke ses som et eksempel på en konkret brugergrænseflade, men snarere som netop *eksempler*, med formålet at vise principperne i kravene. Disse vil dog selvfølgelig ofte også række ud til brugeren og registreringen i det lokale system, hvor der også kan være yderligere lokale krav til dokumentationen.

Indberetningsvejledningen indgår i den samlede indberetningsdokumentation for indberetning til LPR, der kan findes på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside under ”Landspatientregisteret”. Dette omfatter en række teknisk orienterede bilag med definitioner, regler, resultatindberetningsspecifikationer, LOG over ændringer (fra 1.2 til 1.3) og en klassifikationspakke med dokumentation af kodelister.

Det er aftalt med regionerne og Sundhed Danmark, at der efter behov og aftale kan opbygges en eksempel-samling og andet vejledningsmateriale på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside som supplement til denne vejledning.

Indberetningsvejledningen vil være et dynamisk dokument i drift, dvs. ligesom ”Fællesindholdet” tidligere har været det med primært årlige opdateringer og evt. yderligere (kvartalsvise) opdateringer efter behov og aftale i Udvalg for Datakvalitet og Indberetning (UDI).

Sundhedsdatastyrelsen vil fortsætte dialogen med regionerne, RKKP, Sundhed Danmark og de kliniske specialer om mulighederne for LPR-baseret dataindsamling til kliniske databaser og andre relevante formål med henblik på at reducere dobbeltregistreringer og understøtte og sikre rationel datafødsel, datakvalitet, datafangst og anvendelse af LPR-sundhedsdata i forlængelse af lovgivningen og de nationale strategier for sundhed og sundhedsdata.

Det videre arbejde med indberetningen og dokumentationen af indberetningen til LPR fortsætter i 2020 i den nye driftsgovernance i Udvalg for Datakvalitet og Indberetning (UDI) og Arbejdsgruppe for Datakvalitet og Indberetning (ADI).

Sundhedsdatastyrelsen, november 2019

afdelingschef Karen Marie Lyng

Udgiver, ansvarlig institution, design og copyright	Sundhedsdatastyrelsen
Version	1.3
Versionsdato	28. november 2019 (pdf)
Web-adresse	www.sundhedsdata.dk
Titel	Indberetningsvejledning til Landspatientregisteret

Målgruppen

Målgruppen for denne publikation er først og fremmest system- og implementeringsansvarlige personer samt superbrugere i regioner og på private hospitaler.

Vejledningen henvender sig i mindre grad til slutbrugeren, selvom der selvfølgelig i nogen grad også er elementer, der adresserer relativ system- og brugernær registrering.

Det anbefales, at man lokalt udarbejder **systemrettede registreringsvejledninger** baseret på viden om de hospitals-informationssystemer og brugergrænseflader, der anvendes lokalt, og de krav til registrering, der lokalt skal opfylde både lokale og nationale krav til dokumentation af det kliniske arbejde, herunder indberetningen til LPR.

Vedrørende SOR

Der er i dokumentet taget højde for den fremtidige anvendelse af Sundhedsvæsenets Organisations Register (SOR) som grundlag for indberetning af organisatoriske oplysninger, som det er aftalt i forbindelse med Økonomi Aftalen 2015.

Den fortsatte udvikling af SOR bliver drøftet med regionerne og kommunerne i SOR projektforsamling, hvorfor anvendelsen af SOR i dette dokument alene beskrives i generelle termer og primært i forhold til de elementer, som SOR-kode indgår i som klassificeret udtryk for forløbsansvar, kontaktansvar, procedureansvar samt fysisk opholdsadresse under fysisk fremmøde.

Vedrørende SKS

I LPR3 er der i højere grad end tidligere lagt begrænsninger på anvendelsen af SKS-koder i indberetningen.

Det er således kun SKS-koder, der er indekseret til kodelister, der kan indberettes. Det er bestræbt, at alle relevante "koder" kan indberettes under hensyntagen til LPR3-modellen.

Der er oprettet kodelister for alle SKS-kodede elementer i indberetningen fx for diagnosekode, procedurekode og forløbsmarkører, for andre klassificerede dataelementer inden for klasserne fx sideangivelse og henvisningsmåde, samt for klassificerede resultater i resultatindberetningerne fx gestationsalder (fødsels- og abortindberetninger), misdannelsesoplysning (abort) og samrådstilladelse (provokeret abort).

Der er således som følge af overgangen til LPR3 en række SKS-koder, der ikke længere anvendes i indberetningen først og fremmest, fordi disse "koder" håndteres på en anden måde i LPR3 modellen. En anden gruppe udgøres af koder på overskriftsniveau, der ikke giver mening i indberetningen.

Der er lukket enkelte kodeafsnit i SKS i forbindelse med overgangen, men i udgangspunktet er SKS for det meste uændret. Regionerne og Sundhed Danmark er orienteret om alle ændringer.

Bemærk

Ovenstående er ikke er det samme som, at de øvrige ikke-indekserede SKS-koder ikke kan være anvendt regionalt og lokalt, fx fordi den lokale registreringsmodel følger andre principper, hvorefter LPR-indberetningen sikres "bag om brugeren".

- ▶ **Kontakt den lokale registreringsansvarlige ved tvivl om, hvad der anvendes hvor og hvordan**
- ▶ Se også afs. 1.10

Spørgsmål, kommentarer og forslag til denne vejledning (v. 1.3) kan sendes til:

patientregistrering@sundhedsdata.dk

INDHOLDSFORTEGNELSE

1	INDLEDNING	13
1.1	Begrebsmodel	15
1.2	Formål med indberetning til Landspatientregistret	16
1.3	Grundlag for indberetning til Landspatientregisteret	17
1.4	Specialer og faggrupper	17
1.5	Enheder, der indberetter	17
1.6	Raske forsøgspersoner, forskningspatienter og procedurer betalt af forskningsmidler	17
1.7	Ændringer og fornyelser i Landspatientregisteret	18
1.7.1	Erstatning af tillægskodning	18
1.8	Opbygning af indberetningsvejledningen	18
1.9	Begrebsanvendelse	19
1.10	Om "SKS-koder" og kodelister	19
2	DEN LOGISKE DATAMODEL	21
2.1	Anvendte generelle og logiske termer og definitioner	23
3	ADMINISTRATIVE OPLYSNINGER	27
3.1	Anvendte termer og definitioner – administrative oplysninger	29
3.2	Ansvarsniveauer	30
3.2.1	Forløbsansvar	31
3.2.2	Kontaktansvar	31
3.2.3	Procedureansvar	31
3.2.4	Opholdsadresse	31
3.3	Patientoplysninger	32
3.3.1	Patientidentifikation	32
3.3.2	Bopælsoplysninger	33
3.4	Indgreb over for somatiske inhabile patienter	34
3.4.1	Anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer	34
3.4.2	Tilbageholdelse og tilbageførsel af inhabil patient	34
4	FORLØB	35
4.1	Beskrivelse – Forløbselementet	36
4.1.1	Anvendte termer og definitioner – forløb og forløbselementet	38
4.1.2	Oprettelse af forløbselement	40
4.1.2.1	Tilknytning af kontakter til forløb	41
4.1.2.2	Forløbets forløbsmarkører	41
4.1.2.3	Skift af forløbsansvar	42
4.1.3	Håndtering af sammenhæng mellem forløbselementer	43
4.1.3.1	Henvielse fra eksisterende forløb – henvisende part	43
4.1.3.2	Henvielse til forløb – modtagende part	43
4.1.4	Afslutning af forløb	43
4.1.5	Dataindholdet i forløbselementet (logisk objekt)	44
4.1.5.1	Objekt-ID for Forløbselement	44
4.1.5.2	Ansvarlig enhed – forløbsansvar	44
4.1.5.3	Starttidspunkt for forløbselement	45
4.1.5.4	Afslutningstidspunkt for forløbselement	46
4.1.5.5	Afslutningsmåde for forløbselement	46
4.1.6	Reference-ID (refID) og referencetype (reftype)	46
4.1.6.1	Referencetype	47
4.1.7	Forløbslabel	48
4.1.7.1	Indberetning af forløbslabel	48
4.1.7.2	Klassificering af forløbslabels	48
4.1.7.3	Kvalificering af forløbslabel	48
4.2	Henvisningsoplysninger knyttet til forløbselement	50
4.2.1	Anvendte termer og definitioner – henvisningsoplysninger	50
4.2.2	Dataindholdet i henvisningsoplysningerne	51

4.2.2.1	Henvisningstidspunkt	51
4.2.2.2	Henvisningsmåde	51
4.2.2.3	Henvisende instans (frivillig)	52
4.2.2.4	Henvisningsårsag (frivillig)	52
4.2.2.5	Frit valg	52
4.3	Forløbsmarkører	52
4.3.1	Typer af forløbsmarkører	53
4.3.1.1	Forløbsmarkører, der afgrænser perioder	54
4.3.2	Anvendte termer og definitioner – forløbsmarkører	55
4.3.3	Indberetning af forløbsmarkør (logisk objekt)	57
4.3.4	Anvendte generelle og specialiserede forløbsmarkører	57
4.3.4.1	Forløbsmarkører [forloeb.markoer]	57
4.3.5	Forløbsspor, flow-diagrammer og indgange til forløb	65
4.3.5.1	Andre forløb – startmarkører for forløb uden yderligere markører	67
4.3.6	Særlige scenarier i forbindelse med henvisningsperioden	68
4.3.6.1	Afvisning af henvisning	68
4.3.6.2	Omvisitering i henvisningsperioden	68
4.3.6.2.1	Omvisitering i passivperiode	68
4.3.6.3	Henvisningsperiode afbrudt inden første fremmøde (til udredning/behandling)	69
4.3.6.4	Patient henvist til planlagt forløb, der starter akut "før tid"	69
4.3.7	Ventetidsoplysninger	70
4.3.7.1	Passivperioder	71
4.3.7.2	Manglende oplysninger	71
4.3.8	Ventetid til udredning, udredningsperiode og Udredningsretten	71
4.3.8.1	Ventetid til udredning	72
4.3.8.2	Viderehenvisning under udredning (før endelig udredt)	72
4.3.8.3	Udlevering af udredningsplan	72
4.3.8.4	Afslutning af udredning – "endeligt udredt"	72
4.3.8.4.1	Afslutning af udredning "før tid"	72
4.3.9	Ventetid til behandling	73
4.3.9.1	Maksimale ventetider	73
4.3.9.1.1	'Samtykke til behandling' (maksimale ventetider) (frivillig)	73
4.3.9.1.2	'Samtykke til onkologisk efterbehandling' (maksimale ventetider) (frivillig)	73
4.3.10	Patienter i nationale screeningsprogrammer	73
4.3.10.1	Kolorektal kræftscreening	73
4.3.10.1.1	Ingen kliniske fund ved screeningsprocedure (forløbet afsluttes)	74
4.3.10.1.2	Fund af kræft eller mistanke om kræft ved screeningsprocedure	74
4.3.10.1.3	Andet klinisk fund ved screeningsprocedure	74
4.3.10.2	Brystkræftscreening	75
4.3.10.2.1	Ingen kliniske fund ved screeningsprocedure (forløbet afsluttes)	75
4.3.10.2.2	Fund af kræft eller mistanke om kræft ved screeningsprocedure	75
4.3.10.2.3	Andet klinisk fund ved screeningsprocedure	75
4.3.11	Forløbsmarkører for somatiske pakkeforløb	76
4.3.11.1	Udlevering af opfølgningsplan	76
4.3.12	Udførelse af specialiseret genoptræning og specialiseret rehabilitering	76
4.3.13	Færdigbehandlet indlagt patient	77
4.3.13.1	Overflytning af færdigbehandlet patient	77
4.3.13.2	Tilbagefald	77
4.3.14	Forløbsmarkører i psykiatrien	78
4.4	Patientorlov og andet fravær	78
4.5	Regler for sammenhænge (tid, indbyrdes indhold, og i forhold til specifikke forløb)	78
4.6	Resultatindberetning knyttet til Forløbselement	78
5	PATIENTKONTAKTER	79
5.1	Enheder, der indberetter til LPR	80
5.2	Sundhedspersoner	80
5.3	Akutte patientkontakter	81
5.3.1	Kobling af forløb	81

5.3.2	Afslutning af "akut forløb"	81
5.3.3	Akut startet forløb, der fortsætter efter første kontakt	81
5.4	Psykiatriske patientkontakter	82
5.5	Indberetning vedrørende afdøde borgere og patienter	82
5.5.1	Patienter, der dør på sygehus	83
5.5.1.1	Diagnoseregistrering ved hjernedød	83
5.6	Beskrivelse – Kontakten	83
5.6.1	Anvendte termer og definitioner – kontakter	83
5.6.2	Patientkontakten	87
5.6.2.1	Kontaktansvar	87
5.6.2.2	"Flere besøg samme dag"	87
5.6.3	Kontakttyper	88
5.6.3.1	Fysisk fremmøde	88
5.6.3.1.1	Samtidige fremmøder	89
5.6.3.1.2	Besøg på anden enhed i andet forløb under indlæggelseskontakt	90
5.6.3.1.3	Overflytning med sundhedsperson-ledsaget transport	90
5.6.3.1.4	Præhospital (frivillig)	90
5.6.3.2	Udekontakt	90
5.6.3.2.1	Hjemmefødsel	90
5.6.3.3	Virtuel kontakt	90
5.6.3.4	Kontakttype 'Død'	91
5.6.3.4.1	Aktionsdiagnose for "døde-kontakt"	91
5.6.3.4.2	Ydelser, der obligatorisk skal indberettes på "døde-kontakt"	91
5.6.3.4.3	Ydelser til pårørende	91
5.6.3.5	"Diagnoseindberetning uden patientkontakt"	91
5.6.4	Dataindholdet i kontakt (logisk objekt)	93
5.6.4.1	Prioritet	93
5.6.4.2	Starttidspunkt for kontakt	93
5.6.4.2.1	Starttidspunkter for fødselskontakter	94
5.6.4.3	Sluttidspunkt for kontakt	94
5.6.4.4	Behandlingsstart (frivillig)	94
5.7	Kontaktårsager	95
5.7.1	Skadeindberetning ved skade som følge af ulykker, voldshandlinger og selvmordsforsøg	97
5.7.2	Multiple årsager til kontakt	97
5.8	Opholdsadresse og fravær	98
5.8.1	Patientorlov	98
5.8.2	Længerevarende fravær med aftale i psykiatrien	99
5.8.3	Absenteringer i retspsykiatrien	99
5.8.4	Somatisk indlæggelse af indlagt psykiatrisk patient	99
5.9	Betalingsoplysninger	99
5.9.1	Anvendte termer og definitioner – betalingsoplysninger	99
5.9.2	Betalingsoplysninger (logisk objekt)	99
5.9.3	Indberetning af betalingsoplysninger	99
5.9.3.1	Patientkontakter	99
5.9.3.2	Procedurer uden patientkontakt	100
5.9.3.3	Procedurer under patientkontakt	100
5.9.3.4	Start- og sluttidspunkter for betalingsoplysninger	100
5.9.3.4.1	Betalingsoplysninger knyttet til patientkontakt	100
5.9.3.4.2	Betalingsoplysninger knyttet til procedure uden patientkontakt	100
5.9.3.5	Betalingsaftale	101
5.9.3.6	Betaler	101
5.9.3.7	Specialiseringsniveau	102
5.10	Kontaktdiagnoser	102
5.11	Procedurer ydet under kontakt	102
5.12	Supplerende vejledning til indberetning af kontakter	103
5.12.1	Kobling af kontakt til Forløbselement	103
5.12.2	Visitationspatienter	103
5.12.3	Patienter med ophold på patienthotel	103

5.12.4	Raske ledsagere	103
5.12.5	Rask nyfødt	103
5.12.6	Ydelse uden samtidig patientkontakt	103
5.12.6.1	Ydelser til pårørende til patient (frivillig)	104
6	DIAGNOSER	105
6.1	Beskrivelse – diagnoser	106
6.1.1	Anvendte termer og definitioner – diagnoser	106
6.1.2	Diagnose (logisk objekt)	107
6.1.3	Art (diagnose)	107
6.1.3.1	Aktionsdiagnose	107
6.1.3.2	Bidiagnose	108
6.1.4	Kode (diagnosekode)	108
6.1.5	Sideangivelse	108
6.1.5.1	Undtagelse fra krav	108
6.2	Oplysninger om metastaser og lokalrecidiv til kræftdiagnoser	108
6.3	Kontaktrelevante diagnoser – principper og registrering	108
6.3.1	Obs. pro (DZ03)	110
6.3.2	Diagnosekodning ved kontrol (DZ08-09)	110
6.3.3	Indberetning ved misbrug (DF10-19)	110
6.3.4	Lægemiddelbivirkninger	110
6.3.5	Skadediagnoser (DS-DT)	111
6.3.6	Screeninger	111
6.3.6.1	Påvisning af sygdom eller mistanke om sygdom ved screening	111
6.4	Resultatindberetninger knyttet til Diagnose	112
6.5	Diagnose senere afkræftet	112
7	PROCEDURER	113
7.1	Beskrivelse – procedurer	114
7.1.1	Anvendte termer og definitioner – procedurer	114
7.1.2	Procedure uden patientkontakt	116
7.1.3	"Assistancer"	116
7.1.4	Ydelser til afdøde	117
7.1.5	Ydelser til pårørende	117
7.1.6	Procedure (logisk objekt)	117
7.1.7	Kode (procedurekode)	118
7.1.8	Sideangivelse	118
7.1.9	Handlingsspecifikation	118
7.1.9.1	Afregningsrelevante specifikationer og indberetning til kliniske databaser	118
7.1.10	Anvendt kontrast	118
7.1.11	Indikation (frivillig)	119
7.1.12	Producent – procedureansvar	119
7.1.13	Personalekategori	119
7.1.13.1	Indgreb over for somatisk inhabil patient	119
7.1.14	Starttidspunkt (procedure)	119
7.1.15	Sluttidspunkt (procedure)	120
7.1.15.1	Særlige krav ved behandling og procedurevarighed på neonatalområdet	120
7.1.15.2	Langvarige behandlinger ud over kontakten	121
7.2	Obligatorisk indberetning af procedurer	121
7.2.1	Ydelser til afdøde	123
7.2.2	Særlige krav ved kræftsygdomme	123
7.2.3	Medikamentel behandling	123
7.3	Resultatindberetninger knyttet til Procedure	124
7.3.1	Procedure som trigger	124
7.4	Supplerende vejledning til indberetning	124
7.4.1	Operationer	124
7.4.1.1	Reoperationer	125
7.4.1.2	Sekundære operationer	125
7.4.2	Behandlinger og undersøgelser	125

7.4.3	Billeddiagnostik	125
7.4.4	Fysio- og ergoterapeutiske ydelser	125
7.4.5	Genoptræning og rehabilitering	126
7.4.6	Udarbejdelse af genoptræningsplan	126
7.4.7	Neonatal hørescreening	126
7.5	Om "Telemedicin", virtuelle kontakter og ydelser uden samtidigt fremmøde	127
8	PSYKIATRI	129
8.1	Introduktion	129
8.2	Anvendte termer og definitioner – psykiatriske forløb og kontakter	130
8.3	Patientrettigheder	131
8.3.1	Udredningsretten jf. Sundhedsloven	131
8.4	Psykiatriske forløb	131
8.4.1	Forløb for mentalobservation	131
8.4.2	"Funktionelle lidelser"	132
8.4.3	Forløb og kontakter	132
8.4.3.1	Akut patientkontakt – ny patient	132
8.4.4	Henviste psykiatriske patienter	132
8.4.5	Forløbslabel	133
8.4.6	Afslutningsmåde for forløb	133
8.4.7	Fra psykiatrisk til somatisk forløb	133
8.5	Forløbsmarkører anvendt i psykiatrien	133
8.5.1	Generelle forløbsmarkører vedrørende patientrettigheder	133
8.5.2	Startmarkører ved nyt forløbsselement	134
8.5.3	Ventetid til udredning	134
8.5.3.1	Klinisk beslutning vedrørende udredning – udlevering af udredningsplan	135
8.5.4	Start af udredning	135
8.5.5	Afslutning af udredning	135
8.5.6	Ventetid til behandling	136
8.5.7	Start af behandling	136
8.5.8	Afslutning af pakkeforløb	136
8.5.9	Vilkår i psykiatrien	137
8.5.9.1	Retslige vilkår	137
8.5.9.1.1	Henviste patienter med uafsluttet vilkår	138
8.5.9.2	Vilkår med tvangsforanstaltninger	138
8.5.10	Pakkeforløb for psykiatrien	139
8.6	Psykiatriske patientkontakter	139
8.6.1	Hjemmebesøg og udebesøg (udekontakt)	140
8.6.2	Fravær i psykiatrien	140
8.6.2.1	Orlov	140
8.6.2.2	Længerevarende fravær med aftale	140
8.6.2.3	Absentering (fravær uden aftale)	140
8.6.2.4	Somatisk indlæggelse af indlagt psykiatrisk patient	140
8.6.3	Færdigbehandlet stationær psykiatrisk patient	141
8.7	Psykiatriske diagnoser	141
8.7.1	Mentalundersøgelse	142
8.7.2	Obs. pro" (DZ032)	142
8.7.2.1	'Psyisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse afkræftet' (DZ032X)	143
8.7.3	Kontrol af rask patient (DZ098P)	143
8.7.4	Patienter i psykiatrien med somatiske diagnoser	143
8.7.5	Kontaktherelevante bidiagnoser	143
8.7.5.1	Tilsigtet selvskaade og voldshandlinger i forbindelse med psykiatriske patientkontakter	143
8.7.5.1.1	Hændelser før patientkontakt	144
8.7.5.1.2	Hændelser under patientkontakt	144
8.8	Psykiatriske procedurer	144
8.8.1	Elektrokonvulsiv behandling	144
8.8.2	Ydelser til indlagte psykiatriske patienter	145
8.8.3	Ambulante psykiatriske ydelser	145

8.8.4	Ydelser ved udekontakter	145
8.8.5	Ydelser uden samtidig patientkontakt	145
9	RESULTATINDBERETNING	147
9.1	Introduktion	147
9.2	Beskrivelse – resultatindberetning	150
9.2.1	Anvendte termer og definitioner – resultatindberetninger	150
9.2.2	Objekt – Resultatindberetning	150
9.2.2.1	Navn for resultatindberetning	151
9.2.2.2	Status for resultatindberetning	151
9.2.2.3	Tidsmæssige krav til resultatindberetninger	151
9.2.3	Objekt – Resultat	152
9.2.3.1	Resultattype	152
9.2.3.2	Resultatværdi	152
9.2.3.3	Tidspunkt	152
9.3	Obligatoriske resultatindberetninger	153
9.3.1	Kvalificering af resultatindberetning	153
9.3.2	Multiple trigninger af samme resultatindberetning	153
10	KRÆFTSYGDOMME OG ANMELDELSE TIL CANCERREGISTERET	155
10.1	Anvendte termer og definitioner – kræftsygdomme og anmeldelse til Cancerregisteret	156
10.2	Klassifikationsprincipper og diagnoseregistrering	158
10.2.1	Opdatering af diagnoser	158
10.2.1.1	Diagnoseindberetning, når diagnosen stilles mellem patientkontakter	159
10.2.1.2	Diagnoseindberetning og anmeldelse ved kræftsygdom, der er radikalt fjernet under udredningen, men hvor den patologiske bekræftelse først foreligger senere	159
10.2.2	Primær kræftsygdom = grundsygdom	159
10.2.2.1	Kodning af primær kræftsygdom	159
10.2.2.2	Ukendt primær kræftsygdom	160
10.2.2.3	"Kræftsygdom uden specifikation"	160
10.2.3	Kodning og indberetning ved metastaser	161
10.2.3.1	Indberetning af metastaseoplysning i kræftforløbet (logisk model)	161
10.2.3.2	Metastaser i incidensperioden	162
10.2.3.3	Kontakt med metastasebehandling	162
10.2.3.4	Klassificering af metastaser	163
10.2.4	Kodning og indberetning ved lokalrecidiv	165
10.2.4.1	Kontakt med behandling af lokalrecidiv	166
10.2.4.2	Klassificering af lokalrecidiver	166
10.2.5	Sideangivelse for primær kræftsygdom	166
10.2.6	Flere kræftsygdomme (multipel kræft)	167
10.3	Anmeldelse til Cancerregisteret	167
10.3.1	Undtagelser fra anmeldelsespligt	168
	Onkologiske enheder	168
	Radiologiske hospitalsenheder	168
10.3.2	Anmeldelsespligtige sygdomme og diagnoser	168
10.3.2.1	Anmeldelsespligtige diagnoser	168
10.3.2.2	Ny anmeldelsespligtig sygdom	170
10.3.2.3	Klinisk recidiv	171
10.3.2.4	Kræftsygdom i parrede organer – "bilateral kræft"	171
10.3.2.5	Revision af tidligere anmeldt diagnose	171
10.4	Canceranmeldelsen (resultatindberetning)	172
10.4.1	Logisk struktur	172
10.4.1.1	Triggere og tidsmæssige krav til anmeldelse – indberetning ved flere kontakter, der trigger den samme anmeldelse	174
10.4.1.2	Opkvalificering af anmeldelsen	174
10.4.1.3	Diagnosegrupper	174
10.4.1.3.1	A. Primære solide kræftsygdomme = [diag.primkraeft]	174
10.4.1.3.2	B. Kræft i hjernen og andre dele af centralnervesystemet (CNS)	175
10.4.1.3.3	C. Lymfomsygdomme = [diag.car.lymfom]	175

10.4.1.3.4	D. Carcinoma in situ = [diag.car.tis]	175
10.4.1.3.5	E. Non-invasiv neoplasi = [diag.car.ta]	176
10.4.1.3.6	F. Andre anmeldelsespligtige sygdomme	176
10.4.2	Dataindhold i 'Canceranmeldelse'	176
10.4.2.1	Anmeldelsesstatus ved anmeldelse af sygdom til Cancerregisteret	176
10.4.2.1.1	Fuld anmeldelse	176
10.4.2.1.2	Anmeldelsesstatus AZCA0	177
10.4.2.1.3	Anmeldelsesstatus AZCA1	177
10.4.2.1.4	Anmeldelsesstatus AZCA3	177
10.4.2.1.5	Anmeldelsesstatus AZCA4	177
10.4.2.1.6	Anmeldelsesstatus AZCA9 (onkologiske enheder)	177
10.4.2.1.7	Validering af anmeldelsesstatus	177
10.4.2.2	Makroskopisk diagnosegrundlag	178
10.4.2.3	Mikroskopisk diagnosegrundlag	178
10.4.2.4	Kræftsygdommens udbredelse (stadie)	179
10.4.2.4.1	Krav til angivelse af TNM-stadie	179
10.4.2.4.2	Validering af samhørende diagnosekoder og T-værdier	180
10.4.2.4.3	Krav til angivelse af lymfom-stadie ved lymfomsygdomme	180
10.4.2.5	Anatomisk lokalisation ved lymfomsygdomme	180
11	GRAVIDITET, FØDSEL OG BARSEL	181
11.1	Graviditetsforløbet	182
11.1.1	Svangrekontroller	182
11.1.2	Hjemmebesøg i graviditetsforløbet	182
11.1.3	Virtuelle kontakter	182
11.1.4	Aflastningsophold	183
11.2	Anvendte termer og definitioner – graviditet, fødsel og barsel	183
11.3	"Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv." – og konsekvenser heraf	184
11.4	Dødfødsler	184
11.5	Forløb og fødselskontakter	185
11.5.1	Anonyme bortadoptioner	186
11.5.2	Fødsel efter abortprocedure	186
11.5.3	Hjemmefødsler	186
11.5.3.1	Hjemmefødsel med jordemoder	186
11.5.3.2	Hjemmefødsel uden jordemoder	186
11.5.3.3	Akut indlæggelse efter hjemmefødsel	186
11.5.4	Fødsler, der er startet i hjemmet, men hvor det ikke slutter som en hjemmefødsel	187
11.5.5	Fødsel på vej til hospital	187
11.5.6	Fødselsforløb over to hospitalskontakter	187
11.5.6.1	Overflytning under fødsel	187
11.5.6.2	Flerfoldsfødsel på flere patientkontakter	187
11.6	Moderens fødselskontakt	188
11.6.1	Obligatoriske fødselsoplysninger vedrørende moderen	188
11.6.1.1	Starttidspunkt for moderens fødselskontakt	188
11.6.1.2	Aktionsdiagnose på moderens fødselskontakt	188
11.6.2	Fødselsindberetning vedrørende moderen (resultatindberetning)	189
11.6.2.1	Frist for komplet indberetning	190
11.6.2.2	Angivelse af svangerskabslængde ved fødselsindberetning – mor	190
11.6.2.3	Paritet	190
11.6.2.4	Indberetning af øvrige oplysninger i forbindelse med fødslen	190
11.6.3	Fødsel af barn efter sen og meget sen svangerskabsafbrydelse med og uden samrådstilladelse	191
11.7	Procedureregistrering i forbindelse med fødsel	191
11.7.1	"Maternal request"	191
11.8	Barnets fødselskontakt	192
11.8.1	Obligatoriske fødselsoplysninger vedrørende barnet	192
11.8.1.1	Starttidspunkt for barnets fødselsforløb	192
11.8.1.2	Starttidspunkt for barnets fødselskontakt	193
11.8.1.3	Aktionsdiagnose på barnets fødselskontakt	193
11.8.2	Fødselsindberetning vedrørende barnet (resultatindberetning)	193

11.8.2.1	Frist for komplet indberetning	193
11.8.2.2	Fødselstidspunkt	193
11.8.2.3	Angivelse af gestationsalder ved fødselsindberetning – barn	193
11.8.2.4	Kuld	193
11.8.2.5	Flernummer	193
11.8.2.6	Indberetning af øvrige oplysninger i forbindelse med fødslen	193
11.9	Barselsperioden	195
11.9.1	Nyfødt som rask ledsager	195
11.9.2	Nyfødt barn med klinisk problemstilling	195
11.9.3	Undersøgelse af "rask nyfødt"	195
11.9.4	Neonatal hørescreening	195
12	ABORTER	197
12.1	Aborter – indberetning og anmeldelse	197
12.2	Anvendte termer og definitioner – aborter	198
12.3	Beskrivelse – abortindberetning	198
12.3.1	Diagnoser ved abortkontakt	199
12.3.1.1	Komplikationer i forbindelse med og efter provokeret abort	199
12.3.2	Sene spontane aborter	199
12.3.3	Provokeret abort	199
12.3.3.1	Registreringer ved provokeret abort	199
12.3.3.2	Sene provokerede aborter	200
12.3.3.3	Diagnoser og abortanmeldelse ved provokeret abort	200
12.3.3.3.1	Indberetning ved flere kontakter med abortdiagnose	200
12.3.3.4	Procedureindberetning ved provokeret abort	200
12.4	Indberetning af 'Abortoplysninger' (resultatindberetning)	202
12.4.1	Frist for komplet anmeldelse	202
12.4.2	Samrådstilladelse	202
12.4.3	Angivelse af svangerskabslængde ved patologisk graviditet samt ved spontane og provokerede aborter	202
12.4.4	Indberetning af misdannelsesoplysninger i forbindelse med visse aborter	202
12.5	Fødsel af barn med livstegn efter svangerskabsafbrydelse	204
13	SKADER	205
13.1	Primære skadekontakter	205
13.1.1	Kontaktårsager	205
13.1.1.1	Valg af kontaktårsag	206
13.1.2	Viderevisiteret skade-patient	206
13.1.3	Sekundære kontakter	206
13.2	Anvendte termer og definitioner – skaderegistrering	207
13.3	Ydre årsager til skade – skadeindberetning	208
13.3.1	Skademekanisme	209
13.3.2	Skadested	210
13.3.3	Aktivitet	210
13.3.4	Transportulykker	211
13.3.4.1	Transportform for tilskadekomne	211
13.3.4.2	Transportform for modpart	212
13.3.5	Voldshandlinger	213
13.3.5.1	Voldshandling på arbejdet	213
13.3.6	Selvmodsforsøg	213
13.3.7	Anden tilsigtet selvskade	214
13.4	Skadeindberetningen (resultatindberetning)	214
13.4.1	Skadetidspunkt	215
13.5	Skadediagnoser	216
13.5.1	Multiple skader	216
13.5.2	Forgiftninger	217
13.5.2.1	Klassificering	217
13.5.2.2	Forgiftning som årsag til patientkontakt	217

13.5.2.3	Supplerende diagnosekodning	217
14	ANDRE RESULTATINDBERETNINGER	219
14.1	Neonatal hørescreening (resultatindberetning)	219
14.1.1	Procedureregistrering ved hørescreening	219
14.2	Beslutning vedrørende personligt alarm- eller pejlesystem (resultatindberetning)	221
14.3	Kirurgisk komplikationsregistrering (resultatindberetning)	223
14.3.1	Indberetning ved multiple trigninger under en patientkontakt	224
14.3.2	Indberetning af komplikationsdiagnose	224
14.4	Indberetning til Implantatregisteret (resultatindberetning)	226
14.4.1	Starttidspunkt for triggerprocedure	226
14.4.2	Identifikation (ID)	226
14.4.2.1	Udskiftning af implantat	226
14.4.3	Registreringsstandard	228
14.4.4	Antal implantater	228
14.4.5	Registreringstidspunkt	228
14.4.6	Produktionstidspunkt	228
14.4.7	Udløbstidspunkt	228
14.5	Indberetning i forbindelse med visse tvangsforanstaltninger udført ved somatisk behandling over for varigt inhabil patient (resultatindberetning)	229
14.5.1	Generel beslutning om anvendelse af tvang ved somatisk behandling	229
14.5.1.1	Begrundelse for beslutning om tvangsbehandling	230
14.5.1.2	Behandlingssted	230
14.5.1.3	Seneste behandlingsdato	230
14.5.2	Indberetning af procedurekoder vedrørende beslutning om tvangsforanstaltning anvendt i somatikken	230
	STIKORDSREGISTER	232

1 INDLEDNING

Landspatientregisteret (LPR) er det væsentligste sundhedsregister i Danmark. Data fra registret anvendes og indgår i rigtig mange sammenhænge. LPR3 er det nye landspatientregister, som blev indført i første kvartal 2019 således, at al indberetning til Landspatientregisteret for alle indberettere nu sker via LPR3 modellen, som beskrevet i denne vejledning

LPR3 ligner på mange måder tidligere versioner af LPR, især når man kigger på indholdsmæssige definitioner, krav og regler, samt udfaldsrum for klassifikationer (SKS), og LPR3 er da også først og fremmest en revision og teknisk-logisk nyskabelse af den grundlæggende modellering, regel- og klassifikationsstyring, indberetningssnitflade og indberetningsformat.

Ændringerne betyder, at fremtidig udvikling kan håndteres ved justeringer og udbygninger af det klassificerede indhold, uden at den grundlæggende model behøver at ændres og videreudvikles, og at LPR-data vil være et mere logisk opbygget og lettere tilgængeligt datagrundlag for analyser, statistik og andre former for uddata.

LPR er derfor fremover mere fleksibelt i forhold til mulighed for at oprette ny former for indberetninger, fx af data til nationale kliniske kvalitetsdatabaser og andre formål, samt i forhold til behov for oprettelse af nye indberetninger fra nye aktører fx fra kommuner og praktiserende læger. Det nye LPR er generisk og skalerbart, og dermed fremtidssikret.

Den samlede dokumentation af model, krav og vejledning til LPR består ud over denne indberetningsvejledning også af en omfattende bilagsdokumentation med model- og kodenære regler, definitioner, kodelister og udfaldsrum mv. I det omfang, der måtte opstå tvivl om tolkning af den verbale beskrivelse i indberetningsvejledningen, henvises til denne bilagsdokumentationen for nærmere logisk afklaring.

Indberetningsvejledningen har til formål at beskrive de *indberetningsmæssige* krav (og muligheder) til sygehuse og klinikker til det nye landspatientregister "LPR3" – i det følgende blot kaldet "LPR" med mindre, at det er vigtigt at fremhæve ændringer og forskelle i forhold til tidligere.

"Det nye LPR"

Grundlaget for LPR er fortsat centreret omkring kontakten mellem patient og sundhedsvæsen. LPR er **primært kontaktbaseret**, nu i sin helt konsekvente form, idet alle besøg, som tidligere blev samlet i den ambulante patientkontakt ("ambulant forløb"), nu skal indberettes som selvstændige komplette kontakter.

Den nye model sikrer desuden, at aktiviteterne og sammenhæng mellem disse kan beskrives uden de begrænsninger, som lå i det tidligere LPR2.

Det nye LPR er forenklet og har en mere logisk opbygning af den grundlæggende datastruktur, der retter op på de begrænsninger, som den tidligere opbygning og knopvise udbygning af Landspatientregisteret har givet anledning til, blandt andet i forhold til monitorering af ambulante besøg, diagnosehistorik og forløb.

LPR3-modellen giver samtidig mulighed for mere fleksibelt at kunne indarbejde nye dataområder i takt med, at nye behov opstår, således at LPR fortsat og fremadrettet vil være det centrale register over patientkontakter og forløb i hele det danske sundhedsvæsen.

Der er således tale om en evolutionær udvikling af LPR, som kan følge og afspejle udviklingen i sundhedsvæsenet med inddragelsen af nye parter og nye former for samarbejde omkring de kliniske forløb.

Ved udvikling af det nye LPR er der taget hensyn til de erfaringer, som er høstet med indberetning til og anvendelse af Landspatientregisteret siden registrats start i 1977 og i Det Psykiatriske Centralregister siden dette registers start i 1969.

De indholdsmæssige krav er som sagt ikke grundlæggende ændret, men mange områder er gennemgået og justeret især i forhold til det klassificerede indhold i dialog med regioner og fagpersoner fra specialer og fagområder. Dette er mest tydeligt på det psykiatriske og det obstetriske område.

Der er arbejdet meget ihærdigt med at samle og integrere alle de forskellige administrative og klinisk-administrative forløbsoplysninger, der omhandler patientrettigheder, i en samlet indberetning med forløbsmarkører, der beskriver de hændelser, som rettighederne skal monitoreres ud fra.

Overgangen til det nye LPR (LPR3) har blandt andet betydet, at ...

- der er indført en ægte kontaktmodel således, at enhver kontakt mellem patient og sundhedsvæsen, hvor der udføres en sundhedsfaglig aktivitet – udredning, behandling, observation og rådgivning – indberettes som en selvstændig kontakt
- der ikke længere skelnes mellem ambulante og indlagte patienter i *indberetningen*. Der kræves i stedet tidstro start- og sluttidspunkter for patientkontakter. En tilsvarende ændring er gennemført i DRG-grupperingen
- det er muligt at sammenkæde kontakter, diagnoser, procedurer og resultatindberetninger i kliniske forløb (helbredsforløb) en helbredstilstand for den enkelte patient
- der er etableret en generisk model for resultatindberetninger (fx anmeldelse af kræftsygdomme, fødsler, aborter, skader og neonatal hørescreening). På sigt vil det være muligt at udvide med andre resultatindberetninger, det vil sige krav om indberetning af supplerende oplysninger, der trigges af foruddefinerede forløbsmarkører, kontakter (typer), kontaktårsager, diagnoser eller udførte procedurer
- der anvendes som udgangspunkt SKS-klassificering for alle variable og SOR-klassificering af organisatoriske oplysninger for herigennem at opnå forenkling, standardisering og sammenlignelighed på tværs
- alle regler, der refererer til SKS-koder er bygget op over (kortere eller længere) navngivne kodelister, fx er kodelisten: [diag.car] anmeldelsespligtige diagnoser til Cancerregisteret. Derved kan reglerne gøres mere robuste, og det klassificerede indhold kan justeres uden, at regler skal ændres. Kodelister er i reglerne og her i vejledningen angivet i []-parenteser

Ved udviklingen af LPR3 er der endvidere taget højde for de tekniske og organisatoriske udviklinger, der er sket siden implementeringen af den tidligere version af Landspatientregisteret.

De fleste af ændringerne er helt eller delvis af teknisk karakter, idet de væsentligste ændringer findes i indberetningsmodel og -format. De fleste klinisk rettede krav er grundlæggende de samme, hvorfor meget, afhængigt af det lokale system, kan håndteres "bag om brugerne".

Men den nye LPR-indberetning giver også elementer, der kan danne grundlag for smarte og let opdaterbare brugerrettede funktionaliteter i systemløsninger. Fx kan de navngivne kodelister anvendes til kontekst-sensitiv støtte på brugergrænsefladen og lettere vedligeholdelse af udfaldsrum for valg på "glaspladen".

Vejledningen stiller ikke direkte krav til, hvad og, hvordan der registreres i de lokale systemlandskaber, men stiller krav til, hvad og hvordan der skal **indberettes** til LPR. Denne vejledning er ikke tænkt som en slut-bruger-vejledning til det lokale registreringssystem.

De lokale systemer vil formentlig indeholde væsentligt flere data end dem, der er krav om, at der skal indberettes til LPR. Dette betyder selvfølgelig ikke, at der ikke også er krav til LPR-indberetningen, der rækker længere ind mod slut-brugerens primære datafødsel.

Dette dokument er i forhold til det tidligere "Fællesindhold" opbygget som et samlet fælles dokument med de tekniske og de vejledningsmæssige dele mere integreret.

De tekniske dele er i de enkelte kapitler beskrevet før den understøttende vejledning. Overordnet teknisk beskrivelse, strukturerede regler og databeskrivelser danner således generelt det primære grundlag på de enkelte områder, der suppleres med den nødvendige vejledning.

Denne indberetningsvejledning beskriver dog ikke alle aspekter af det tekniske indhold, fx de modelnære relations- og tidsregler. Der henvises derfor også til den **systematiske bilagsdokumentation** for disse teknisk-logiske aspekter af den grundlæggende datamodel.

Der findes følgende bilag til indberetningsvejledningen:**LOG** over ændringer fra vers. 1.2 til v. 1.3**Bilag 1 LPR3 model og indberetningsregler**

I Bilag 1 er der på systematisk vis beskrevet de fastlagte model- og kodenære regler

Bilag 1 indeholder desuden:

Bilag 1a resultatindberetningsspecifikationer (RI-specs)

Bilag 1b forløbsmarkører og flow-diagrammer

Bilag 2 LPR3 samlede definitioner og beskrivelser af anvendte termer

Systematisk udgave og Alfabetisk udgave

1.1 Begrebsmodel

Nedenfor er gengivet den grundlæggende konceptuelle model for LPR3. Begrebsmodellen har dannet grundlag for den videre logiske modellering af indberetningskonceptet og de tilhørende krav til indberetning, som beskrives i dette dokument.

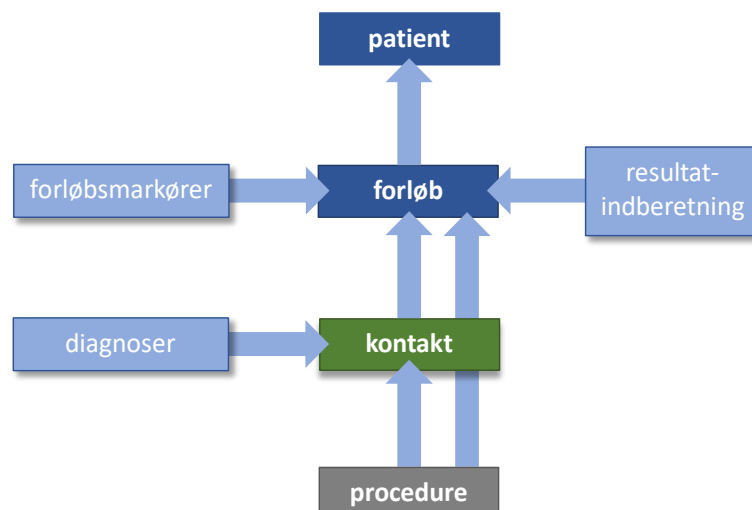
Begrebsmodellen er opbygget som en 3-lags model med **patientkontakten** som det centrale begreb. Omkring kontakten er modellens øvrige begreber knyttet i forhold til de begrebmæssige ansvarsniveauer.

► se også afs. 3.2

Med udgangspunkt i kontakten mellem patient og sundhedsvæsen som det centrale element, giver **helbredsforløbet** mulighed for at afspejle den kliniske virkelighed, som kontakterne indgår i.

LPR3-modellen indebærer blandt andet, at flere kontakter (dvs. besøg) på samme dag, med tilhørende diagnoser og procedurer, kan holdes adskilt fra hinanden, da hver enkelt kontakt udgør en afgrænset indberetningsenhed. Dette betyder en bevarelse af sammenhængen mellem diagnoser og procedurer, da flere kontakter samme dag ikke overskrives.

Modellen giver samtidig mulighed for, ved hjælp af **forløbselementet**, at sammenknytte kontakter, diagnose(r), og procedurer samt dertil knyttede forløbsmarkører og resultatindberetninger i det sammenhængende helbredsforløb. Forløbsmarkørerne sikrer, at der sker en løbende tidsstempling af de forskellige hændelser, hvor dette er krævet.



Endeligt vil den generiske model for resultatindberetning gøre det enklere at etablere nye supplerende strukturerede indberetninger, når behovet opstår, fx indsamling af data til de kliniske kvalitetsdatabaser.

Resultatindberetningerne vil i første omgang anvendes ved de allerede i LPR2 kendte obligatoriske anmeldelser og tilsvarende formular-lignende indberetninger. Dette er nærmere beskrevet i Kap. 9 og efterfølgende kapitler.

1.2 Formål med indberetning til Landspatientregistret

Landspatientregistret indgår som et helt centralt register i monitorering og styring af det danske sundhedsvæsen.

Data fra Landspatientregistret anvendes til at ...

- Danne grundlag for Sundhedsdatastyrelsens løbende sygehus- og sundhedsstatistik
- Forsyne de myndigheder, der er ansvarlige for sygehusplanlægningen, med det nødvendige beslutningsgrundlag
- Monitorere de lovgivningssikrede patientrettigheder
- Indgå som grundmateriale i forbindelse med overvågning af hyppigheden af forskellige sygdomme og behandlinger
- Danne grundlag for sundhedsøkonomiske beregninger i institutioner under Sundheds- og Ældreministeriets ressortområde
 - o grundlag for takstberegninger
 - o grundlag for afregning af kommunal medfinansiering og finansiering af sygehusbehandling
 - o grundlag for mellemregional afregning af sygehusbehandling
- Bidrage til den medicinske forskning
- Bidrage til kvalitetssikring i sundhedsvæsenet
- Give sundhedsfagligt uddannet personale adgang til medicinske og administrative data vedrørende tidligere sygehusbehandling for patienter, der er taget i behandling
- Som grundlag for præsentation af sundhedsregisterdata for borgerne på sundhed.dk og esundhed.dk

Indberetningerne skal præcist og med tilstrækkelig komplethed afspejle *hvor, hvorfor og hvordan* den enkelte patientkontakt er foregået og med mulighed for at kunne koble de enkelte kontakter sammen i relevante klinisk-administrative forløb.

De mange forskellige formål, som data fra Landspatientregistret (LPR) anvendes til, stiller store krav til præcision og rettidighed i indberetning.

Data fra LPR bliver allerede anvendt og forudses i stigende omfang sammen med data fra andre datakilder at blive anvendt til analyser i forbindelse med planlægning, beslutningsstøtte, forskning og kvalitetsudvikling. Derudover udgør LPR kernen i forbrugs-, aktivitets- og sundhedsøkonomisk monitorering, samt ikke mindst i monitoreringen af de lovfastsatte patientrettigheder.

Det er desuden en ambition, at LPR-data i stigende omfang vil kunne anvendes til løbende kvalitetsmonitorering af aktiviteterne i sundhedsvæsenet. Det er derfor væsentligt, at indberetningen af data til LPR bliver så ensartet, korrekt og komplet som muligt for at kunne udgøre et validt grundlag for de mange anvendelsesområder på landsplan.

Indberetningsvejledningen beskriver de krav, der stilles til den nationale indberetning for at sikre den nødvendige datakvalitet i LPR, således at LPR med sikkerhed og præcision kan anvendes til de mange beskrevne formål.

Forløb i LPR

Det nye LPR skal dække alle de formål, som Landspatientregistret hidtil har gjort. Derudover har det været ønsket, at LPR skal skabe mulighed for dannelsen af helbredsforløb ved, at alle kontakter og ydelser, der vedrører det samme kliniske forløb kan kobles sammen af et forløbselement med en sigende forløbslabel.

Dette vil logisk set danne grundlag for at kunne adskille parallelle behandlingsforløb og forbedre monitorering af patientrettigheder, pakkeforløb og opfølgning på kliniske retningslinjer.

Muligheden for forløbsdannelse med sammenkædning af flere kontakter og procedurer til forløb med brug af et forløbselement med en dækkende forløbslabel er sammen med muligheden for at etablere nationale resultatindberetninger de væsentligste ændringer i det nye LPR.

1.3 Grundlag for indberetning til Landspatientregisteret

Offentlige og private sygehuse og klinikker er forpligtede til at indberette oplysninger om lægelig behandling af patienter til Landspatientregisteret efter reglerne i Bekendtgørelse nr. 657 af 28/06/2019 om ret til sygehusbehandling.

Af § 47 fremgår det: "Behandlingsstederne her i landet skal til behandlingsformål samt statistiske formål vedrørende aktiviteten i sygehusvæsenet, befolkningens forbrug af sygehusydelser, sygehuspatienters sygdomme og udførte operationer indberette oplysninger vedrørende patientbehandlingen til Landspatientregisteret. Behandlingsstederne i udlandet skal indberette sådanne oplysninger til det sygehus, som har henvist personen dertil."

For private sygehuse og klinikker er forpligtigelsen til at indberette oplysninger om lægelig behandling af patienter til LPR særskilt behandlet i "Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Sundheds(data)styrelsens Landspatientregister af patienter behandlet på private sygehuse eller klinikker" (Bekendtgørelse nr. 1496 af 1. december 2016).

Oplysninger om lægelig behandling af patienter skal indberettes til LPR, uanset om patienten er henvist fra offentlige sygehuse, er selvbetaler eller forsikringsbetalt. Der skal dog i udgangspunktet ikke foretages anmeldelse til LPR af lægelig patientbehandling, der er omfattet af overenskomster (sygesikring) på praksisområdet.

Både offentlige og private sygehuse og klinikker skal indberette til LPR efter de principper og regler, som er beskrevet i denne indberetningsvejledning.

1.4 Specialer og faggrupper

Indberetningen som beskrevet i denne vejledning omfatter alle lægefaglige specialer samt andre **sundhedspersoner**, dvs. autoriseret sundhedspersonale jf. "Autorisationsloven": BEK nr 731 af 08/07/2019.

term	definition / beskrivelse / kommentar
sundhedsperson	sundhedsfaglig person der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver

Når en sundhedsperson har en **selvstændig** kontakt med en patient, skal dette indberettes som fysisk fremmøde, udekontakt eller virtuel kontakt med indberetning af relevante diagnoser og kliniske ydelser.

Kontaktregistreringen og indberetningen inkluderer besøg mv. udført af andre sundhedsprofessionelle, der ved **uddelegering** udfører sundhedsfaglige ydelser som led i udredning og behandling i patientens helbredsforløb.

Det er som udgangspunkt den klinisk faglige kontakt med patienten, patientens tilstand(e) og de udførte kliniske ydelser, der er i fokus – ikke hvem der udfører dem.

1.5 Enheder, der indberetter

Indberetningskravene gælder for alle kliniske og parakliniske afdelinger og specialer, der ifølge de gældende retningslinjer indgår i udredning og behandling i patientens sygdomsforløb.

Som en undtagelse skal patientens kontakter på laboratorieafdelinger til blodprøvetagning og lignende ydelser ikke indberettes til LPR.

Det er som udgangspunkt den klinisk faglige kontakt med patienten, patientens tilstand(e) og de udførte kliniske ydelser, der er i fokus – ikke hvor ydelsen bliver udført.

1.6 Raske forsøgspersoner, forskningspatienter og procedurer betalt af forskningsmidler

Raske forsøgspersoner, der ikke modtager udredning på baggrund af henvisning eller mistanke om konkret sygdom eller sygdomsbehandling, må, i modsætning til screeningspatienter, ikke indberettes til LPR. Hvis kontakt-registrering (inkl. eventuelle procedurer) foretages i lokalt system, skal disse kontakter frasorteres til indberetningen. Aktionsdiagnosen {DZ768D} 'Rask forsøgsperson' kan anvendes på disse kontakter.

For **patienter** med igangværende helbredsforløb (sygdomsforløb, skadeforløb, screeningsforløb, graviditetsforløb og nyfødtforløb) og patientkontakter, som i forbindelse med forløbet også modtager **ekstra patientkontakter og/eller procedurer** betalt af forskningsmidler, skal der i indberetningen foretages en markering af disse kontakter hhv. procedurer med betalingsaftale: {ALFA6} 'forskning', som er en del af betalingsoplysningerne. Herved sikres det, at data om disse ekstra ydelser kan frasorteres i det regionale afregningsdatagrundlag (DRG, kommunal medfinansiering mv).

"Eksperimentel behandling", herunder behandling med ikke-godkendte lægemidler, som led i behandling skal, såfremt det er SKS-klassificeret og omfattet af indberetningskrav, indberettes til LPR på lige fod med andre væsentlige behandlinger. Hvis der ikke findes en specifik SKS-procedurekode for behandlingen, skal der i stedet indberettes en overordnet SKS' procedurekode for behandlingsmodaliteten, fx {BOHJ3} 'Cytostatisk behandling med immunmodulerende virkning'.

Hvis en eksperimentel behandling (procedure) ikke er regionsbetalt, skal den konkrete betaler (fx 'betalt af forskningsmidler' – se ovenfor) fremgå af betalingsoplysningerne, der knyttes til proceduren.

1.7 Ændringer og fornyelser i Landspatientregisteret

Modellen for LPR3 er udviklet med tanke på, at modellen skal være generisk, skalérbar og robust. Samtidig skal hovedelementerne fra det tidligere landspatientregister (LPR2) fortsat indgå i modellen, så der ikke opstår væsentlige databrud. Indberetningen til LPR er derfor på langt de fleste områder *indholdsmæssigt* genkendelig.

I det omfang, der er nye krav til indberetning, enten som følge af nye monitoreringsbehov eller i forbindelse med introduktion af nye aktiviteter, vil disse let kunne implementeres uden ændringer i LPR-modellen.

Endvidere er LPR nu opbygget således, at regler og data er baseret på klassifikationer, som løbende kan justeres og vedligeholdes uden ændringer i modellen. Det vil fortsat være praksis, at fremtidige ændringer skal aftales i dialog med regionerne, Sundhed Danmark og evt. andre relevante og nye aktører. En ny governance for indberetning og datakvalitet er under opbygning.

1.7.1 Erstatning af tillægskodning

De obligatoriske tillægsoplysninger (tidligere tillægskoder) er nu generelt indbygget som **faste variable** i indberetningen, ofte med samme klassificerede indhold. Regler, der knytter sig til disse oplysninger, kan dermed adresseres direkte på den enkelte egenskab.

Den nye LPR-model giver desuden mulighed for, at der på en række områder, hvor der tidligere anvendtes tillægskodning, i stedet kan indberettes de samme oplysninger ved brug af **resultatindberetning** eller anden form for indberetning fx via forløbsmarkører.

Tillægskodning herudover er fortsat en *mulighed* og kan (kun) anvendes for diagnoser og procedurer, idet det ikke er muligt at forudse alle fremtidige behov for supplerende oplysninger, fx i forhold til kommende indberetning af data til kliniske databaser via LPR. Mange, formentlig de fleste, supplerende oplysninger, vil dog ofte bedre kunne indbygges og regelsættes i en resultatindberetning.

1.8 Opbygning af indberetningsvejledningen

Indberetningsvejledningen beskriver snitfladen mellem regionernes indberetning af data og Sundhedsdatastyrelsens modtagelse af disse data i LPR.

Vejledningen indeholder en beskrivelse af kravene til indberetningen samt en beskrivelse af det regelsæt, som ligger til grund for valideringen af indberetningen.

Indberetningsvejledningen er generelt opbygget i kapitler ud fra de overordnede begreber, som indgår i modellen for LPR (LPR3).

For begreber, hvor der er en logisk og intuitiv sammenhæng, er disse områder på kapitel- og afsnitsniveau beskrevet i forlængelse af hinanden for herigennem at tydeliggøre denne sammenhæng (fx kontakter, diagnoser og procedurer).

Det kan anbefales indledningsvis at sætte sig grundigt ind i **Kap. 2-4**, eventuelt suppleret med **Bilag 1**, forud for læsning af Kap. 5-7. Indberetningens **definitioner** findes i indberetningsvejledningen, hvor de anvendes, men er også samlet i Bilag 2.

Kapitlerne 8-13 håndterer indberetning på specifikke kliniske områder. Der forekommer en del gentagelser, da hvert af disse kapitler skal kunne læses selvstændigt på basis af læsning af de indledende kapitler.

Kap 9 beskriver det generiske grundlag for resultatindberetningen, som anvendes til de konkrete anmeldelser og indberetninger, der er beskrevet i Kap. 10-14.

En række begreber kan i praksis indgå i flere sammenhænge. Fx kan en procedure knyttes både til en kontakt og til et forløb(selement). I disse tilfælde vil sammenhængene være beskrevet i de relevante afsnit, og samme begreb kan derfor være omtalt i flere afsnit.

De komplette logisk-tekniske valideringsregler er samlet og løbende vedligeholdet i Bilag 1 til denne indberetningsvejledning. De angivne variabel- og kodeliste-navne, som fremgår af de enkelte afsnit, sikrer en entydig reference mellem denne vejledning og regelsættet.

I forbindelse med tilpasning og vedligeholdelse af indberetningssystemerne i de enkelte regioner vil det ofte være mere overskueligt for regionernes dataansvarlige medarbejdere og for regionernes systemleverandører blot at referere til indholdet i Bilag 1.

1.9 Begrebsanvendelse

Der anvendes følgende begreber i indberetningsvejledningen:

begreb	synonym	beskrivelse	eksempler
indberetningsobjekt	objekt	afgrænset logisk indberetningsobjekt indeholdende en eller oftest flere variable	Kontakt Diagnose Resultatindberetning
variabel	egenskab "oplysning"	dataelement i det enkelte indberetningsobjekt. Variabel har et systematisk unikt variabelnavn	art (i Diagnose) sideangivelse (i Procedure) status (i Resultatindberetning)
værdi	-	værdi af variabel. Angives sammen med en værdienhed i indberetningen	SKS-kode (fx diagnosekode) Heltal Dato og tid
værdisæt	udfaldsrum	værdisæt for tilladte værdi af variabel. Relateret til valideringsregler	SKS-kodeliste numerisk interval "alfanumerisk"

1.10 Om "SKS-koder" og kodelister

Modellering, regler og kodeanvendelse i indberetninger er i LPR3 baseret på kodelister.

En SKS-kodeliste indeholder fra en til mange SKS-koder. Kodelister er angivet med firkantede parenteser, fx [diag.foedmor], der er de diagnosekoder, der som fødselsdiagnose (aktionsdiagnose) overordnet beskriver moderens fødselskontakt. Denne kodeliste anvendes dels som udfaldsrum for fødselsdiagnosen, dels som (diagnose)trigger for fødselsindberetningen (resultatindberetning).

Anvendelsen af navngivne kodelister, fremfor "lister af specifikke (hårde) koder", gør, at reglerne er robuste overfor det klassificerede indhold, der således kan udskiftes over tid – koder kan meldes ind og ud af den enkelte kodeliste efter behov uden, at de til koderne relaterede regler ændres. Der kan i princippet skiftes hele klassifikationer, fx diagnoseklassifikation (WHO er på vej med ICD11), uden at dette skal følges af regelændringer.

Pointen er også, at brugeren på brugergrænsefladen ikke behøver at "se koder", idet valg af udfald til en given registrering snarere kan (bør) være baseret på tekstvalg og -søgning eller andre brugervenlige funktionaliteter, baseret på det konceptuelle udfaldsrum, som kodelisten indikerer.

Der er i denne udgave af indberetningsvejledningen alligevel medtaget SKS-koder og kodeintervaller, når det er skønnet relevant for at illustrere det konkrete udfaldsrum i indberetningen. Koder og kodeintervaller er i disse (informative) tilfælde angivet i krøllede parenteser.

SKS vil løbende blive vedligeholdet, således at det kan fungere som klassifikationsgrundlag for både LPR2 (det er stadig muligt at lave fejlrettelser mm. for kontakter, der har fundet sted før overgang til LPR3) og

LPR3. På de store klassifikationsområder har overgangen til LPR3 ikke medført ændringer, idet de fleste koder er lige så LPR3-relevante, som de var LPR2-relevante.

Hvor længe denne overgangsperiode vil vare, er ikke endeligt fastlagt på nuværende tidspunkt, men der vil løbende efter nærmere aftale blive ryddet op i SKS, således at klassifikationer i højere grad er synkroniseret med kravene til indberetningen.

Relevant information vil blive diskuteret med sundhedsvæsenets parter og vil blive aftalt under LPR-governance (UDI/ADI).

Alle de LPR3-relevante dele af SKS er indekseret til kodelister, som ovenfor beskrevet således, at de klassificerede LPR3-udfaldsrum for de enkelte egenskaber altid kan ses og udtrækkes fra SKS.

- [Kodelister og klassifikationer er mere udførligt beskrevet i den tekniske dokumentation i bilagene](#)

2 DEN LOGISKE DATAMODEL

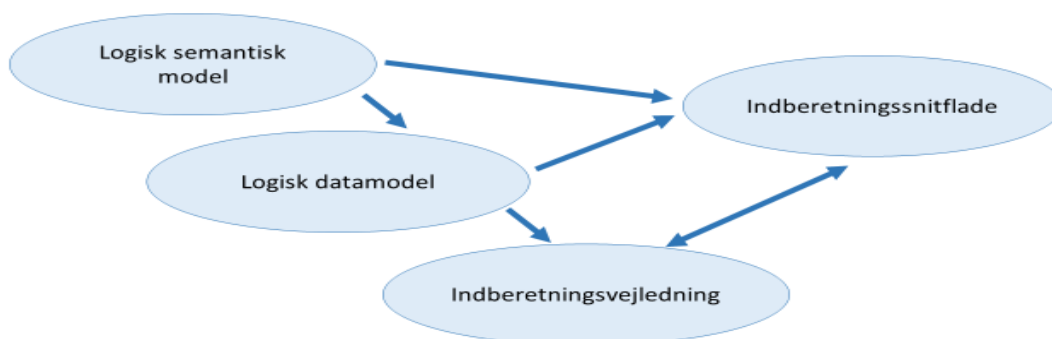
Grundlaget for indberetningsvejledningen udgøres af dels af den begrebsmæssige del (den logisk-semantiske model for LPR3), og dels den derfra udarbejdede logiske datamodel, som igen er udmøntet i en konkret teknisk indberetningssnitflade (ikke en del af denne vejledning – se den tekniske dokumentation).

Den logiske LPR-model angiver den *logiske* gruppering af og sammenhænge mellem begreber, der anses som relevante for Landspatientregisteret. Modellen består grundlæggende af overordnede begreber, der udgør klasserne i modellen, der igen grupperer klassernes delelementer (egenskaber).

Den logiske sammenhæng mellem klasserne er udtrykt som associationer mellem disse med tilhørende kardinalitet. Dette angiver samlet set de krav og muligheder, der er for udfyldelse af modellen.

Beskrivelserne i nærværende indberetningsvejledning er udarbejdet, så de beskriver de behov, der er for indberetning af data i overensstemmelse med den logiske datamodel, og der er angivet associationer og objekt-referencer i forhold til dette i tabeller og skemaer mv.

Der refereres altså udelukkende til den *logiske* indberetningsmodel og dermed ikke til den konkrete system-til-system indberetningssnitflade.



I dette kapitel behandles kun den logiske datamodel, der danner det logiske grundlag for denne indberetningsvejledning.

Om Bilag 1

Bilag 1 udgør den overvejende tekniske del af LPR3-dokumentationen, og her findes en udbygget beskrivelse af de logiske lag og de samlede systematiserede regler for indberetningen til det nye LPR (LPR3).

Bilag 1 indeholder:

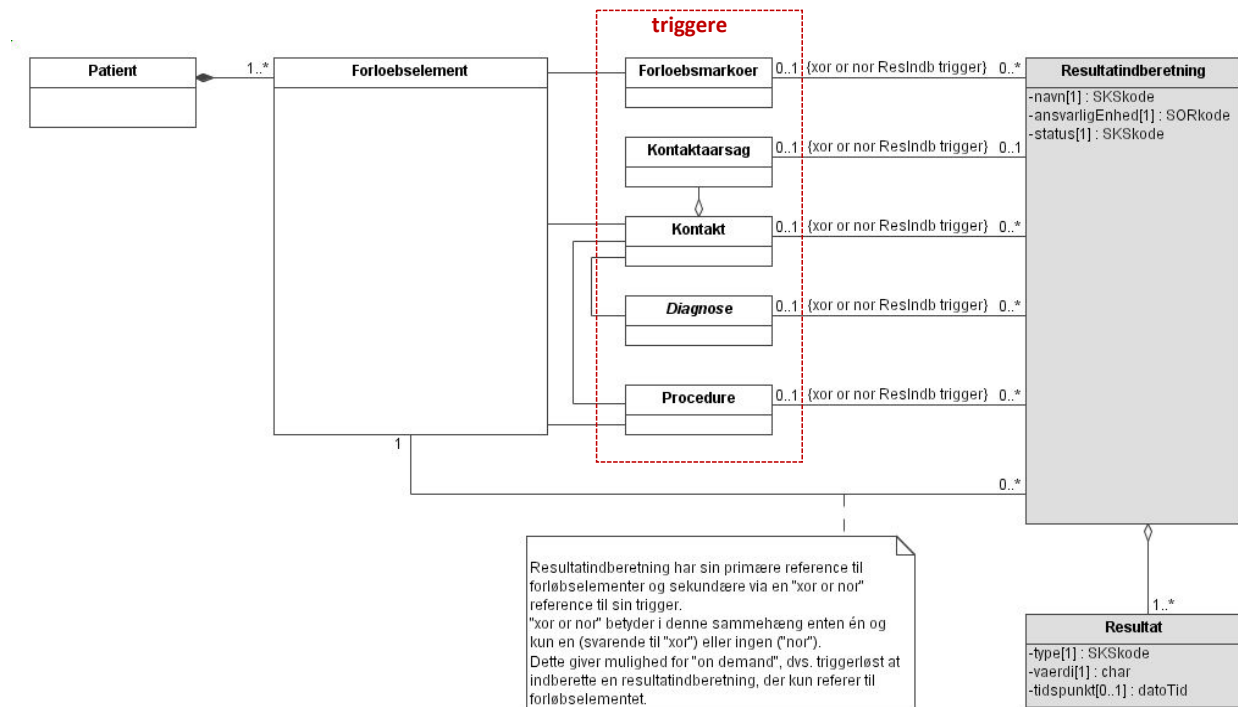
- den logiske datamodel i form af et UML-klassediagram
- modelnære regler, der er en integreret del af modellen
- kodenære regler, der regelsætter iht. indekserede SKS-kodelister
- administrative koder (småklassifikationer)
- kodeliste for betalere
- Bilag 1a: specifikationer for resultatindberetninger (RI-specs)
- Bilag 1b: kodelister og flow-diagrammer for forløbsmarkører for de forskellige typer af pakkeforløb og for generelle sygdomsforløb

Specifikationer for håndtering af genindberetning – herunder fejlretning – indgår som en del af den samlede indberetningsstrategi og dertil hørende indberetningssnitflade for LPR3.

Resultatindberetningen ikke foldet ud (se næste side og nærmere i Kap. 9)



Del 2 Resultatindberetningen foldet ud



2.1 Anvendte generelle og logiske termer og definitioner

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
indberetningsobjekt	anvendes i vejledningen om et objekt i den logiske LPR3-model, der beskrives som et afgrænset indberetningselement	
egenskab	dataelement i indberetningsklassen i den logiske datamodel Eksempel: kontaktttype i klassen Kontakt Kommentar: egenskabens udfaldsrum kan være klassificeret eller en anden datatype. Modellen indeholder datatyperne: SKS-kode, SKS-serie, SOR-kode, myndighedskode, EAN-nummer, tidspunkt (datoTid), notat (alfanumerisk)	
udfaldsrum	krævede eller tilladte værdier for en <u>egenskab</u> i indberetningen	
kardinalitet	krav til et objekts eller egenskabs udfyldelse i indberetningen Kommentar: kan være obligatorisk, betinget obligatorisk eller frivillig. Der kan desuden være krav til antal	
char	alfanumerisk karakterstreng (string)	
datoTid	datatype anvendt for tidspunkt	
MynKod	myndighedskode i et format, der anvendes i Myndighedsregisteret	
SKS	Sundhedsvæsenets Klassifikations System	
SKS-kode datatype: SKSkode	identifikationskode for en post i en <u>SKS-klassifikation</u> Kommentar: Til indberetning til LPR kan kun anvendes SKS-koder, der har en gyldighedsperiode inden for en del af eller hele kontakten. En SKS-kode kan være en primærkode eller en tillægskode. Procedurekoder skal være gyldige under hele varigheden af proceduren.	
SKS-kodeliste (SKS-subset) (kodeliste)	delmængde (subset) af SKS Kommentar: Kodelister angives i vejledning og regler i firkantede parenteser, fx [diag] = diagnosekoder der kan indberettes til LPR.	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
SKS-serie datatype: SKSserie	datatype for SKS primærkode med (mulighed for) tillægskode(r) Kommentar: En <u>SKS-serie</u> består af <u>SKS-kode</u> som <u>primærkode</u> og eventuelt specificeret med en eller flere <u>tillægskoder</u> .	
primærkode (SKS primærkode)	primær betydningsbærende kode i en SKS-kodet egenskab Kommentar: Fx består en aktionsdiagnose af en SKS primærkode (fra diagnoseklassifikationen) og eventuelle tilhørende SKS tillægskoder	
tillægskode (SKS tillægskode)	<u>SKS-kode</u> der uddyber <u>primærkodens</u> betydning Kommentar: Tillægskoder kan supplere primærkoden (diagnose eller procedure) på flere måder, idet der kan indberettes flere tillægskoder til samme primærkode.	
SORKlass	SOR-klassifikation som <u>udfaldsrum</u> for en egenskab	
SOR-kode	<u>identifikationskode</u> der identificerer en post i SOR-klassifikationen	
helbredstilstand	tilstand vedrørende helbred der aktuelt vurderes med henblik på <u>sundhedsintervention</u>	
sundhedsaktør	aktør der deltager i <u>sundhedsrelateret aktivitet</u> Inkl: <u>patient</u>	
sundhedsfaglig person (sundhedsfagligt uddannet person)	<u>sundhedsaktør</u> der har en sundhedsfaglig uddannelse	
sundhedsperson	<u>sundhedsfaglig person</u> der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver Kommentar: Varetagelse af sundhedsfaglige opgaver kan uddelegeres til andre personer, der handler på sundhedspersonens ansvar	
patient	<u>sundhedsaktør</u> der er genstand for en sundhedsaktivitet	
klinisk-administrativt ansvar	ansvar der påhviler en <u>sundhedsproducerende enhed</u> i forbindelse med <u>behandling</u> af en <u>patient</u> Kommentar: I LPR indberettes det klinisk-administrative ansvar som ansvarlig enhed dvs. SOR-enhed for hhv. helbredsforløb, procedure og kontakt	
forløbsansvar (helbredsforløbsansvar)	<u>klinisk-administrativt ansvar</u> for et <u>helbredsforløb</u> Kommentar: Forløbsansvaret i LPR omfatter et tematiseret dvs. klinisk afgrænset helbredsforløb, fx et kræftforløb eller et graviditetsforløb (omfatter graviditet, fødsel og barsel). I praksis kan ansvaret for en patients samlede forløb være hos en SOR-enhed (fx på et kræftcenter) eller fordelt på flere (fx kirurgisk og onkologisk afdeling). Ved indberetning angives SOR-enheden for det forløb eller delforløb, der indberettes som et <u>forløbselement</u> . I indberetningen afspejles forløbsansvaret i forhold til den del af et helbredsforløb, der indberettes inden for tidsrammen af et forløbselement. Den forløbsansvarlige enhed vil typisk være en klinisk afdeling eller center, der dækker et eller flere lægefaglige specialer. Forløbsansvaret kan også inkludere kontakter i sygdomsforløbet, der foregår på andre kliniske og parakliniske ²⁾ enheder, der ikke er en del af den forløbsansvarlige enhedFx hvis en diabetespatient, som led i sit diabetesforløb, har en kontakt i øjenafdelingens ambulatorium. ²⁾ parakliniske enheder: Billeddiagnostiske enheder, laboratorier og lignende enheder, der yder <u>sundhedsinterventioner</u>	
diagnose	vurderingsresultat vedrørende <u>helbredstilstand</u> der er formaliseret Kommentar: "Diagnose" omfatter bredt egentlige sygdomme, skader, andre lidelser, symptomer og årsager til kontakt, inkl. "obs. pro", "kontrol" mm. Kodes og indberettes efter "Klassifikation af sygdomme" (ICD10) med foranstillet SKS-hovedgruppe bogstav 'D'. Diagnoser indberettes som <u>kontaktdiagnoser</u> af typerne aktionsdiagnose og bidiagnose med datatypen <u>SKS-serie</u> bestående af en diagnosekode som <u>primærkode</u> og eventuelt en eller flere <u>tillægskoder</u> . Bemærk: Kontaktdiagnose skal ved kræftsygdomme suppleres med indberetning af oplysninger om <u>fjernmetastaser</u> og <u>lokalrecidiv</u>	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar v. 1.3
behandling	<u>sundhedsintervention</u> hvor <u>sundhedsformålet</u> er at påvirke en patients <u>helbredstilstand</u>
helbredsforløb	forløb der beskriver udviklingen af <u>helbredstilstand</u> over tid Kommentar: Når helbredsforløb udmøntes i praksis skal de være <u>patientnære</u> dvs. de skal kunne tilføjes en entydig personidentifikation Bemærk: I LPR afgrænses et helbredsforløb klinisk til tematiserede områder, herunder sygdomsområder – se også <u>forløbsansvar</u> Omfatter: Sygdomsforløb, graviditetsforløb, nyfødtforløb, skadeforløb og screeningsforløb: HELBREDSFORLØB <pre> graph TD HB[HELBREDSFORLØB] --> S[SYGDOMSFORLØB] HB --> SK[SKADEFORLØB] HB --> SC[SCREENINGSFORLØB] HB --> G[GRAVIDITETSFORLØB] HB --> N[NYFØDTFORLØB] </pre> Helbredsforløbet dokumenteres i indberetningen under et <u>forløbselement</u> for en periode, hvor helbredsforløbet varetages af en <u>sundhedsproducerende enhed</u>.
sygdomsforløb	<u>helbredsforløb</u> der er udløst af sygdom Bemærk: Termen "sygdomsforløb" anvendes i indberetningen og i denne vejledning om de informationer om <u>patientens</u> helbredstilstand og de relaterede <u>sundhedsinterventioner</u> mv., der er afgrænset i forhold til et overordnet sundhedsfagligt eller sygdomsmæssigt tema. Sygdomsforløbet dokumenteres i indberetningen under et <u>forløbselement</u> for en periode, hvor helbredsforløbet varetages af en <u>sundhedsproducerende enhed</u>. Kommentar: Når der tales om "sygdom", skal dette forstås helt bredt, dvs. det inkluderer mistanke om sygdom og udredning for sygdom, der afkræftes, samt i sidste ende også klinisk kontrol efter helbredt sygdom. Sygdom kan her også omfatte mere udefinerede tilstande, der skyldes fx nedsat funktionsniveau som følge af alderdomssvækkelse, der udløser hjemmeplejeforløb og lignende. LPR's <u>helbredsforløb</u> inkluderer også <u>skadeforløb</u>, <u>screeningsforløb</u>, <u>graviditetsforløb</u> (omfatter graviditet, fødsel og barsel) og forløb for nyfødte Se også <u>forløbsansvar</u>, <u>forløbselement</u> og <u>forløbslabel</u>
sundhedsrelateret aktivitet	aktivitet der foregår inden for sundhedsområdet Kommentar: En sundhedsrelateret aktivitet kan være en aktivitet, der er rettet direkte mod én <u>patient</u> (se <u>sundhedsaktivitet</u>) og/eller en aktivitet, der ikke er rettet direkte mod én <u>patient</u>. Eksempler på sundhedsrelaterede aktiviteter: - rettet mod både gruppe og individ: mammografiscreening - rettet mod gruppe: rengøring på sygehus - rettet mod individ: operativt indgreb
sundhedsaktivitet (individualiseret sundhedsaktivitet)	<u>sundhedsrelateret aktivitet</u> der er rettet mod én <u>patient</u>
klinisk enhed	SOR-organisatorisk enhed der leverer <u>sundhedsaktiviteter</u> der vedrører undersøgelse, behandling og pleje Kommentar: kliniske enheder er på et granuleringsniveau i SOR-hierarkiet svarende til LPR-indberetningsniveauet og nedefter
indskrevet patient	<u>patient</u> som er i kontakt med en <u>sundhedsproducerende enhed</u> med henblik på <u>sundhedsintervention</u>
kontaktansvar	<u>klinisk-administrativt ansvar</u> for en <u>patientkontakt</u> Kommentar: Kontaktansvaret afspejles i indberetningen i Kontakt-objektets angivelse af (egenskaben) 'ansvarlig enhed' (SOR-kode). Kontaktansvar kan være på afdelings- eller afsnitsniveau. Se også 'opholdsadresse'.
sundhedsproducent	<u>sundhedsaktør</u> der udfører <u>sundhedsaktivitet</u>

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
sundhedsprofessionel	<u>sundhedsaktør</u> der er tilknyttet en <u>sundhedsproducerende enhed</u>	
sundhedsintervention (intervention) (patientorienteret ydelse) (sundhedsydelse) (procedure)	<u>sundhedsaktivitet</u> der på baggrund af indikation tilsigter at belyse eller påvirke en <u>patients helbredstilstand</u> Kommentar: I Sundhedsloven (LBK nr. 1286 af 02/11/2018) hedder det: "Behandling omfatter efter denne lov undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte <u>patient</u> ." Jf. i øvrigt begrebet <u>behandling</u> og <u>undersøgelse</u>	
sundhedsproducerende enhed	enhed der danner ramme for <u>sundhedsprofessionelles</u> sundhedsaktiviteter Kommentar: Enheder, der indgår i LPR3-indberetningen, er SOR-klassificerede	
<i>procedure</i> (ydelse)	<i>Procedure er et indberetningsbegreb for indberetning af <u>sundhedsinterventioner</u>. Procedurer indberettes formaliseret som procedurekoder til LPR efter gældende SKS procedureklassifikationer</i>	
procedureansvar	<u>klinisk-administrativt ansvar</u> for en udført <u>sundhedsaktivitet</u> Kommentar: Ved indberetning angives den SOR-enhed, producenten af en udført procedure er tilknyttet, som procedureansvarlig	

3 ADMINISTRATIVE OPLYSNINGER

De administrative oplysninger omfatter en række oplysninger, der samlet understøtter den overordnede indberetnings formål og struktur samt éntydigt beskriver patienten i den aktuelle behandlingskontekst.

De administrative oplysninger er delt op mellem forløbsbeskrivelsen (Forløbselementet med tilhørende data) og kontaktbeskrivelsen (Kontakten med tilhørende data).

Nærværende kapitel vedrører alene ansvarsniveauer (afs. 3.2) og patientoplysninger (afs. 3.3).

Henvisningsoplysninger er i indberetningen primært knyttet til **forløbselementet**, og klinisk-administrativt kontaktansvar og betalingsoplysninger knyttet til **kontakten**.

Forløbsmarkører, der markerer klinisk-administrativ status og hændelser (specificerede tidsstempler), medregnes også til de administrative oplysninger. Forløbsmarkører beskrives udførligt under afsnit 4.3.

► De øvrige forløbs- og kontaktrelaterede administrative oplysninger er beskrevet i Kap. 4 hhv. Kap. 5

Samlet omfatter de administrative oplysninger følgende:

Ansvarsniveauer (afs. 3.2)

- Forløbsansvar
- Kontaktansvar
- Procedureansvar

Patientoplysninger (afs. 3.3)

- Patient id
 - o Alternativ id
- Bopæl
 - o landekode
 - o kommunekode
 - o navn
 - o adresselinje

Tvangsforanstaltninger vedrørende somatiske inhabile patienter (afs. 3.4)

Administrative oplysninger i tilknytning til forløbet (Kap. 4)

- Forløbsoplysninger, der afgrænser og sammenbinder kontakter og sundhedsfaglige ydelser
- Henvisningsoplysninger, der obligatorisk knyttes til forløbselement (afs. 4.2)

Forløbsmarkører (afs. 4.3 og afs. 8.5 psykiatri)

- Ventetidsoplysninger
- Udredningsoplysninger
- Behandlingsoplysninger
- Pakkeforløbsmarkører
- Rehabilitering og genoptræning
- Færdigbehandlet indlagt patient
- Retslige vilkår (psykiatri)
- Vilkår med tvangsforanstaltning (psykiatri)

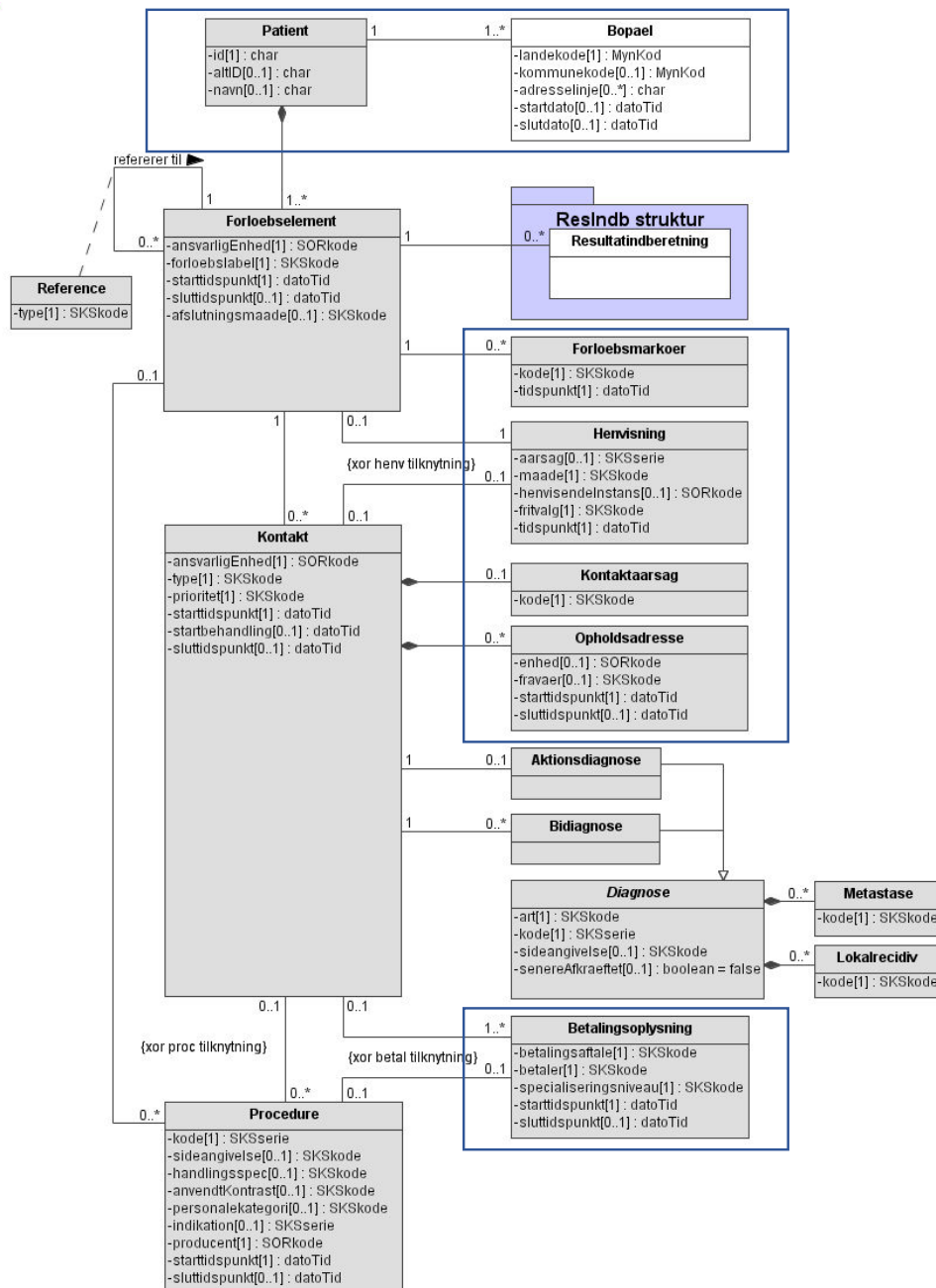
Administrative oplysninger i tilknytning til kontakten (Kap. 5)

- Opholdsadresse og fravær (afs. 5.8)
 - o inkl. patientorlov og længevarende fravær med og uden aftale (absenteringer) i psykiatrien
- Henvisningsoplysninger (frivillig) – se beskrivelse under forløb afs. 4.2
- Kontaktårsag (afs. 5.7)
- Betalingsoplysninger (afs. 5.9)

Som det fremgår er flere af de administrative oplysninger beskrevet i de relevante afsnit i kontaktkapitlet mv.

Forløbsmarkører samler alle tidligere markører (tidsoplysninger), venteoplysninger (herunder ventestatus), pakkeforløbskoder og andre tids- og hændelsesoplysninger under en fælles indberetningsmetode.

Modeludsnit – administrative oplysninger



Henvisningsoplysninger skal obligatorisk angives ved oprettelse af nyt forløbelement. Tilsvarende oplysninger kan frivilligt knyttes til kontakten.

Prioritet (akut / planlagt) er obligatorisk for alle kontakter (kontakttyper).

Oversigten nedenfor viser de administrative dataelementer, der beskriver forløbet hhv. kontakterne, samt de referencer, der binder objekter og dataelementer sammen til forløbsdannelse. De administrative oplysninger er i LPR3-modellen fordelt flere steder, som vist i oversigten.

Administrative oplysninger i LPR

FORLØBSELEMENT	KONTAKT	FORLØBSMARKØR
objekt-ID ansvarlig enhed reference-ID til andet FE referencetype	objekt-ID ansvarlig enhed reference-ID til FE	objekt-ID reference-ID til FE
<u>Henvisningsoplysninger:</u> henvisningsmåde henvisningstidspunkt henvisningsårsag (frivillig) frit valg	prioritet kontakttype kontaktårsag (somatik) startvilkår (psykiatri) opholdsadresse(r) betalingsoplysning(er) inkl. specialiseringsniveau	Fx "X-kræft: henvisning til pakkeforløb start" (tidsstemple) til udredning til pakkeforløb X mv.
afslutningsmåde	Henvisningsoplysninger kan frivilligt indberettes for kontakter: henvisningsmåde henvisningstidspunkt henvisningsårsag (frivillig) frit valg	

3.1 Anvendte termer og definitioner – administrative oplysninger

► se også under afs. 4.3 om forløbsmarkører

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
henvisningsoplysninger	se afs. 4.2 samt afs. 4.3 om forløbsmarkører ("henvist til")	
opholdsadresse	se under kontakt (kap. 5). Angives i indberetningen ved SOR-kode	
prioritet	se under kontakt (Kap. 5)	
adressedelinje (adresse)	tekstuel angivelse af patientens adresse Kommentar: Anvendes kun for udlændinge bosiddende i Danmark	
kommunekode (bopælskommune)	identifikationskode for en kommune Kommentar: <u>Patientens</u> (borgerens) bopælskommune.	
landekode	identifikationskode for et land i henhold til Myndighedsregisteret Kommentar: Patientens (borgerens) bopælsland, herunder Danmark, når det er opholdsland – se afs. 3.3.1	
bopæl	Kommentar: En patient kan være bosiddende i Danmark uden at have dansk bopæl. Ved bopæl forstås i bekendtgørelse nr 657 af 28/06/2019 om ret til sygehusbehandling m.v. at patienten er tilmeldt Folkeregisteret	
navn (patientnavn)	<u>patientens</u> fulde navn Kommentar: Anvendes i indberetningen kun for <u>patienter</u> uden CPR-nummer	

fortsætter

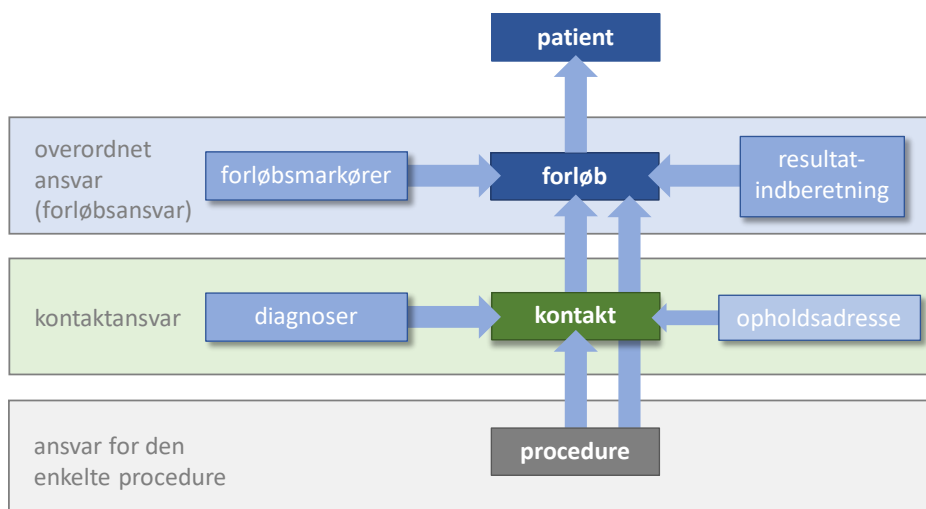
term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
personnummer	identifikationskode for en person der har fået tildelt et personnummer Kommentar: Enhver skal have tildelt et personnummer, hvis vedkommende: 1) folkeregistreres her i landet på grund af fødsel eller tilflytning fra udlandet 2) inddrages under ATP 3) ifølge skattemyndighederne skal have et sådant i forbindelse med skattesagsbehandling her i landet <i>Kilde:</i> LBK nr 646 af 02/06/2017 (Gældende) Lov om det Centrale Personregister For <u>patienter</u>, der har fået tildelt et CPR-nummer, anvendes dette som personnummer, uanset om <u>patienten</u> har fast bopæl i udlandet. Hvis et personnummer ikke foreligger ved kontaktens begyndelse, benyttes et erstatningsnummer, som udskiftes med personnummeret, når dette foreligger og senest inden indberetning til LPR. For øvrige patienter anvendes erstatningsnummer	
habil patient	<u>patient</u> der er i stand til at give informeret samtykke Kommentar: Afgørende er om den pågældende kan forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag mv.	
inhabil patient	<u>patient</u> der ikke er i stand til selv at give informeret samtykke Kommentar: <u>Patienter</u> der ikke er fyldt 15 år betragtes ifølge loven som inhabile, men <u>patientens</u> tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning	
midlertidigt inhabil patient	<u>inhabil patient</u> der midlertidigt ikke er i stand til selv at give informeret samtykke Kommentar: Fx bevidstløs <u>patient</u>	
varigt inhabil patient	<u>inhabil patient</u> der varigt ikke er i stand til selv at give informeret samtykke Kommentar: Fx pga. manglende udvikling eller pga. alderdomssvækkelse eller lignende	

3.2 Ansvarsniveauer

Der er i LPR-modellen tre logiske ansvarsniveauer – **forløbsansvar**, **kontaktansvar** og **procedureansvar** (producent). I denne vejledning betegnes ansvar generelt som "klinisk-administrative" på de niveauer, der er relevante for forløb, kontakter og procedurer, idet der altid indgår aspekter af både administrativt (herunder logistik) og klinisk ansvar. Det typificerede klinisk-administrative ansvarsniveau angives ved SOR-koden for den relevante enhed.

► Definitioner – se afs. 2.1.1

Konceptuel LPR-model med ansvarsniveauer og opholdsadresse



De tre ansvarsniveauer og opholdsadresse angives ved SOR-kode i indberetningen. SOR-kode anvendes også for opholdsadressen under fysisk fremmøde (besøg og indlæggelser)

3.2.1 Forløbsansvar

Forløbsansvaret, angivet ved SOR-enhed, er ansvaret for patientens sygdomsforløb eller for den del af sygdomsforløbet, der afspejles i forløbselementets tidsudstrækning for den givne organisatoriske enhed.

► Vedr. forløb og forløbselementet – se Kap. 4

Indberetningsmodellen sikrer en høj grad af sammenhæng og fleksibilitet, således at regioner og andre indberettere kan indrette de kliniske og administrative lag og dermed ansvarsniveauer efter, hvad der er mest hensigtsmæssigt for den daglige drift, samarbejde og dokumentation på de niveauer, der er relevante for god og sammenhængende patientbehandling.

Eksempel

Hofteartrose-forløb (forløbslabel 'andre forløb') med forløbsansvar på "Ortopædkirurgisk center". Forløbselementet er oprettet ved modtagelse af henvisning fra speciallæge.

Patienten møder præoperativt til undersøgelse på "Billeddiagnostisk afdeling". Indberettes som selvstændig kontakt (kontakttype: 'fysisk fremmøde') tilknyttet forløbselementet (=forløbsansvar) på "Ortopædkirurgisk center" samt procedurekode(r) for undersøgelsen. "Billeddiagnostisk afdeling" er her kontakt- og procedureansvarlig.

Patienten indlægges (kontakttype: 'fysisk fremmøde') til planlagt operation på "Ortopædkirurgisk sengeafsnit", der i eksemplet har kontaktansvar og opholdsadresse.

Billeddiagnostisk afdeling yder (assistance)procedure (procedureansvar), der knyttes til kontakten på sengeafsnittet

Forløbsansvar vil altid ligge på samme eller højere organisatorisk niveau end kontakten. Hvis ansvaret for kontakten fx ligger på afdelingsniveau (medicinsk afdeling) eller eventuelt afsnitsniveau (sengeafsnit, ambulatorium), vil ansvaret for forløbet typisk ligge på afdelings- eller eventuelt centerniveau.

Under forløbsniveauet kan der være kontakter på forskellige afdelinger og dermed forskellige kontaktansvar, der SOR-hierarkisk ikke er direkte underordnet den forløbsansvarlige enhed, fx (som i ovenstående eksempel) selvstændig kontakt (fysisk fremmøde) på radiologisk afdeling under et ortopædkirurgisk forløb (forløbsansvar).

Forløbsansvaret kan hensigtsmæssigt lægges på det højeste meningsfulde klinisk-administrative niveau, hvorved mange skift i forløbselementer kan undgås. Forløbsansvaret gælder kun for den periode, som forløbselementet indrammer. Forløbsansvaret for sygdommen kan afsluttes eller overdrages til anden sundhedsfaglig part.

3.2.2 Kontaktansvar

Kontaktansvaret vil ofte være på afdelingsniveau, evt. på afsnitsniveau.

Kontaktansvaret er tilsvarende afgrænset til den indberettede kontakts tidsramme – fra starttidspunkt til sluttidspunkt.

Hvis kontaktansvaret skal skifte (stor flytning), afsluttes kontakten, og ny kontakt oprettes for det nye kontaktansvar (SOR-enhed).

Der kan være skiftende opholdsadresse under en patientkontakt – se *nærmere under afs. 5.5*

3.2.3 Procedureansvar

Procedureansvaret angives ved producenten (SOR-enhed) for den indberettede procedure, der har det kliniske ansvar for den udførte procedure. Procedureansvaret kan være sammenfaldende med kontaktansvaret, eller det kan være helt anden organisatorisk enhed ved (assistance)ydelser, hvor en anden enhed yder en procedure, der knyttes til kontakten eller forløbet i indberetningen

3.2.4 Opholdsadresse

Uanset ovenstående betragtninger skal kontakter af typen 'fysisk fremmøde' altid have en opholdsadresse, således at det, uanset organisatorisk opbygning, fremgår, hvor patienten fysisk har opholdt sig under kontakten. Dette svarer normalt til sengeafsnit (svt. plejeansvar) eller ambulatorieafsnit.

Opholdsadresse (afs. 5.5) indberettes med historik, således at patienten kan flytte (lille flytning) under patientkontakten med uændret kontaktansvar (SOR-enhed).

Der skal ikke skiftes opholdsadresse, fordi en patient som led i en ambulant kontakt eller et besøg i en kortere periode "sendes i røntgen".

3.3 Patientoplysninger

Den individbaserede indberetning er altid samlet i forhold til patienten, der entydigt skal identificeres ved et CPR-nummer eller ved et erstatningsnummer.

3.3.1 Patientidentifikation

Patientoplysningen skal altid indberettes ved indberetningen af et Forløbselement.

I indberetningen indgår personidentifikationen i indberetningsobjektet Patient:

Patient	datatype	udfaldsrum	kardi-na-litet	regel / beskrivelse
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt
id	char	CPR-format (standard)	1	obligatorisk CPR-nummer eller erstatningsnummer Udgangspunktet vil være OIO anbefalingerne baseret på ISO standard 8601
altID	char	ikke fastlagt	0..1	Mulighed for angivelse af alternativt ID for patient. Kan evt. anvendes ved anonymisering eller til angivelse af fx færøsk personnummer

Patient-ID (personnummer) kan antage 3 former, der er bestemmende for, hvilke bopælsoplysninger, der skal indberettes:

- **CPR-nummer**
 - o administreres af CPR
 - o alle relevante oplysninger inkl. historik slås op i CPR
- **administrativt CPR-nummer**
 - o administreres af CPR
 - o personnavn kan slås op i CPR
 - o administrative CPR-numre tildeles af fx SKAT til personer, der ikke har haft adresse i DK, men som har skatteforhold, der relaterer sig til DK.
 - o sådanne personer har derfor ingen dansk adresse, men stedsfæstes ved en landekode for bopælsland, som skal indberettes sammen med patient-ID, da landekoden ikke i alle tilfælde kan slås op i form af en officiel myndighedskode i CPR.
- **erstatningsnummer**
 - o administreres og tildeles indtil videre lokalt i regioner og på private sygehuse og klinikker
 - o kendt patient bosiddende i DK, der tildeles et erstatningsnummer, indberettes med landekode Danmark, personnavn og adresse, . Fx flygtninge, asylansøgere – se evt. BEK nr 239 af 10/03/2019 om udlændingeloven
 - o kendt udenlandsk patient, der tildeles et erstatningsnummer, indberettes med personnavn og landekode iht. Myndighedsregisteret for bopælsland. Dette omfatter turister, EU-borgere, besøgende til personer folkeregistreret i Danmark – se BEK nr 646 af 02/06/2017 vedr. lov om Det Centrale Personregister
 - o ukendt patient, der tildeles erstatningsnummer kan indberettes med landekode 'ukendt'. Hvis og når identiteten tilvejebringes, genindberettes med de korrekte oplysninger
 - o *en national løsning for tildeling af erstatningsnummer er under udarbejdelse*

3.3.2 Bopælsoplysninger

I de fleste tilfælde vil det være muligt at slå bopælsoplysninger op i CPR-registeret inkl. historik oplysninger, men afhængigt af typen af patient-ID kan det være nødvendigt at indberette bopælsoplysninger.

Disse oplysninger er alle indeholdt i indberetningsobjektet Bopæl:

Bopæl	datatype	udfaldsrum	kardinalitet	regel / beskrivelse
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Patient
navn	char	tekst	0..1	navn på patient
adresselinje	char	tekst	0..*	adresse for patient angivet ved et vilkårligt antal adresselinjer
landekode	MynKod	officiel landekode i henhold til Myndighedsregisteret	0..1	<u>Kode for bopælsland:</u> landekode Danmark: 5100 landekode Færøerne: 5902 landekoder: 5102-5779 landekode ukendt: 5999
kommunekode	MynKod	officiel kommune-kode i henhold til Myndighedsregisteret	0..1	<u>Kode for dansk bopæls- eller opholdskommune:</u> kommuner i Danmark: 0101-0860 kommuner i Grønland: 0955-0961
startdato	datoTid	tidspunkt	0..1	historik for CPR-oplysninger hentes via opslag i CPR. Start- og slutdato er ikke obligatorisk, når kun aktuelle adresse angives, men ikke overlappende datoer kræves ved angivelse af flere adresseoplysninger i samme indberetning
slutdato	datoTid	tidspunkt	0..1	

► Myndighedsregisteret kan findes under: www.cpr.dk

Den logiske datamodel for LPR (LPR3) indeholder oplysninger i form af lande- og kommunekode, samt – som en del af nødvendige data vedr. betalingsoplysninger – mulighed for at indberette konkrete adresseoplysninger (egenskab: adresselinje).

Vejledning for indberetning af landekode:

Patient med:	Landekode
CPR-nummer	_- ^a
administrativt personnummer	+; ikke {5100}
erstatningsnummer, dansk ophold	{5100}*
erstatningsnummer, udenlandsk bopæl	+; ikke {5100}
erstatningsnummer, ukendt person	{5999}

^a) "-" markeret felt: Der må ikke indberettes

*) undtagelse for dødfødt barn, der først får et erstatningsnummer og senere et administrativt personnummer – se afs. 11.4

► Se nærmere regler og validering i Bilag 1

3.4 Indgreb over for somatiske inhabile patienter

- ▶ Der henvises til særlig "Registreringsvejledning vedr. anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og andre indgreb i selvbestemmelsesretten" med reference til lovgivningen på området.

Bestemmelserne og indberetningen beskrevet i dette afsnit gælder over for **somatisk indlagte varigt og midlertidigt inhabile patienter** på offentlige sygehuse og på private sygehuse med aftale med regionsrådet, der vurderes som midlertidigt eller varigt inhabile jf. *vejledningen* til lovgivningen.

Indberetningen omfatter indberetning af procedurer for påsætning af personligt alarm- og pejlesystem, for tilbageholdelse samt for tilbageførsel som led i nødvendig patientbehandling.

3.4.1 Anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer

Midlertidig anvendelse af personligt alarm- eller pejlesystem indberettes med procedurekoden: {BRXY10} 'Påsætning af personligt alarm- og pejlesystem på inhabil patient'.

Denne procedurekode, kodeliste: [proc.inhabil.suba], er trigger for **resultatindberetningen**: 'Beslutning vedrørende personligt alarm og pejlesystem' – se *afs. 14.2*

Varighed for proceduren skal indberettes via (start- og) sluttidspunkt for procedurekoden {BRXY10} under den aktuelle patientkontakt.

3.4.2 Tilbageholdelse og tilbageførsel af inhabil patient

Tilbageholdelse hhv. tilbageførsel af inhabil patient på **somatisk** afdeling skal indberettes med procedurekode med tilhørende obligatorisk **personalekategori** for den sundhedsperson, der har ansvaret for beslutningen.

Indberetningen knyttes til den kontakt, hvor under indgrebet er sket.

Indberetning ved tilbageholdelse hhv. tilbageførsel af inhabil patient:

SKS-kode	[proc.inhabil.subb]	Regel
{BRXY11}	Tilbageholdelse af inhabil patient	skal specificeres med personalekategori (AP-kode) i egenskaben: Procedure/personalekategori
{BRXY12}	Tilbageførsel af inhabil patient	

Indberetningen af personalekategori foretages obligatorisk i egenskaben Procedure/personalekategori.

- ▶ Se nærmere i *afs. 7.1.13*

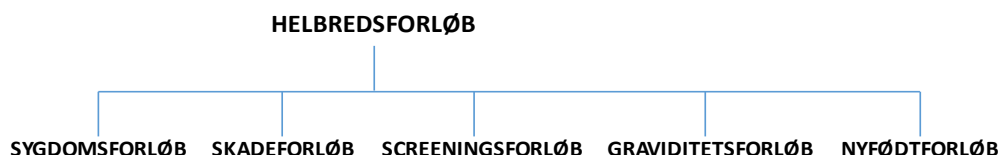
4 FORLØB

Et helbredsforløb er et samlet klinisk forløb, der beskriver en helbredstilstand over tid.

Alle patientkontakter og ydelser til patienter, der er indskrevet på sygehus, skal i indberetningen knyttes til det helbredsforløb, som ydelserne vedrører.

Forløbet indberettes, afhængig af lokal organisatorisk opbygning, som et eller flere sammenknyttede **forløbselementer**, hvor det enkelte forløbselements varighed udtrykker perioden, hvor en klinisk enhed har helt eller delt forløbsansvar for det aktuelle helbredsforløb.

Indberetningskravene er i denne vejledning opdelt og udspecificeret i forhold til følgende overordnede typer af helbredsforløb:



► Definitioner findes i afs. 4.1.1

Helbredsforløbet, herunder særskilte sygdomsforløb for de enkelte sygdomme, er helt central i forståelsen af indberetningens opbygning, krav og indhold.

Et **sygdomsforløb** er begrundet i en konkret manifest sygdom, mistanke om sygdom eller fortsat forløb efter udredning og behandling af sygdommen. Forløbet kan over tid udtrykkes ved forskellige diagnoser og varetages under en eller flere organisatoriske enheder. Et sygdomsforløb starter ofte med "Obs. pro", dvs. en eller anden grad af mistanke, eventuelt blot et symptom som den første beskrivelse af tilstanden og som årsagen til henvisning eller den første patientkontakt.

Til disse forløb knytter der sig specifikke **forløbslabels**, der overordnet typificerer det aktuelle helbredsforløb, fx "KOL".

► se nærmere under afs. 4.1.7

I den modsatte ende omfatter det samlede sygdomsforløb adjuverende og recidiv-forebyggende behandling, genoptræning og klinisk kontrol også efter radikal behandling.

Omvendt kan forløbet slutte tidligt, fx ved afkræftelse af mistanke om kræftsygdom uden behov for fortsat udredning eller sygdomsbehandling.

Et helbreds- eller sygdomsforløb omfatter også de følgetilstande og komplikationer, som er en direkte følge af sygdommen og behandlingen af den pågældende helbredstilstand. Selvstændige kontakter for

følgetilstande og komplikationer skal således knyttes netop til det sygdomsforløb, som de klinisk relaterer sig til, således at alle aspekter af sygdommen beskrives samlet.

Eksempler

Udredning og behandling af en patient med nydiagnosticeret type 2 diabetes varetages under overordnet klinisk forløbsansvar på "Diabetescentret".

Alle kontakter og ydelser, der vedrører denne sygdom, indberettes med forløbslabel 'Type 2-diabetes', herunder også de ydelser, der varetages af "andre specialer" som fx øjenafdelingen og nefrologisk afdeling, der kontrollerer og behandler følgetilstande til sukkersygen.

Delforløbene i de enkelte specialer kan indberettes som selvstændige forløbselementer hver med forløbslabelen 'Type 2-diabetes'. De konkrete diagnoser for følgetilstande vil fremgå af kontakterne, der knyttes sig til det samlede sygdomsforløb, uanset om det samlede sygdomsforløb administreres under et fælles forløbselement eller under flere relaterede "speciale-specifikke" forløbselementer for (referencetype) "samme sygdom"

► referencetype – se under afs. 4.1.6

Det komplette kræftforløb ...

fra henvist til udredning eller pakkeforløb, udredning over primær behandling og efterfølgende adjuverende behandling, behandlingskontrol også ved eventuel fortsat klinisk kontrol efter afslutning af recidivforebyggende behandling, samt eventuelle kliniske recidiver tilhører modelmæssigt det samme og samlede helbredsforløb.

Det samlede kliniske forløb kan afspejles under et fælles forløbselement, svarende til ét fælles forløbsansvar, eller under flere relaterede "speciale-specifikke" forløbselementer – samtidige eller serielle, med eller uden huller i kæden.

Alle forløbselementer, der indgår i kræftforløbet, før, under og efter sygdomsperioder, skal have forløbslabel 'Kræftsygdomme' og relateres med "samme sygdom"

4.1 Beskrivelse – Forløbselementet

Forløbselementet (FE) er det logiske indberetningsobjekt, der samler alle typer af kontakter, diagnoser, forløbsmarkører og kliniske ydelser, som patienten har modtaget i en periode i et klinisk helbredsforløb, hvor patienten er tilknyttet en forløbsansvarlig klinisk (SOR) enhed.

Alle enhedens kontakter (med diagnoser og procedurer), forløbsmarkører, resultatindberetninger og ydelser uden samtidig kontakt, der hører til det konkrete helbredsforløb, knyttes i indberetningen til forløbselementet. Forløbselementet tematiseres overordnet ved en forløbslabel (afs. 4.1.7).

I det følgende beskrives forløbselementet og de umiddelbart tilknyttede dataelementer og oplysninger.

- ▶ se udsnit af indberetningsmodel på næste side

Forløbsmarkører markerer tidsstemplede hændelser i det konkrete og aktuelle forløb, fx i forhold til patientrettigheder og pakkeforløb.

- ▶ Forløbsmarkører er nærmere beskrevet i afs. 4.3
- ▶ Henvisningsoplysninger, der knyttes til forløbselement i indberetningen, beskrives i afs. 4.2
- ▶ De øvrige relaterede indberetningsobjekter er beskrevet i andre kapitler: Kontakt (Kap. 5) og Procedure (Kap. 7)

En klinisk enhed (SOR) kan være involveret i helbredsforløbet i en kortere eller længere periode, hvilket afspejles i forløbselementet og de tilknyttede indberetninger. Der kan være flere kliniske enheder involveret samtidig i det samlede sygdomsforløb.

Om forskellige centre og afdelinger så i praksis kan anvende *det samme forløbselement* afhænger af de lokale systemmuligheder og lokal praksis.

Det enkelte forløbselement skal relateres til andre forløbselementer, når samme sygdom skal behandles på en anden enhed, og der ikke indberettes under samme fælles forløbselement.

Hvis der lokalt oprettes flere forløbselementer (fx specialevis) for den samme sygdom, skal disse også indberettes som selvstændige forløbselementer og relateres, jf. afs. 4.1.6.

Det er nærmere beskrevet under "referencetype" (afs. 4.1.6), hvordan der skabes relation på tværs af forløbselementer ved flere delforløb for samme sygdom, samt når der henvises videre til anden enhed ved nyopstået tilstand eller sygdom, der ikke er klinisk relateret til det igangværende sygdomsforløb.

Hvis der i denne forbindelse og i øvrigt anvendes *lokale* sub-labels for specifikke sygdomme eller sygdomstilstande, skal der ved indberetning aggregeres til den relevante nationale label fx 'Kræftsygdomme' eller 'Andre forløb'.

Ved **multimorbiditet** (flere samtidige sygdomme) skal der oprettes flere samtidige aktive forløbselementer, uanset om udredning og behandling sker under samme eller forskellige enheder.

- ▶ De eksakte krav vedrørende oprettelse af forløbselement beskrives nærmere i afs. 4.1.2

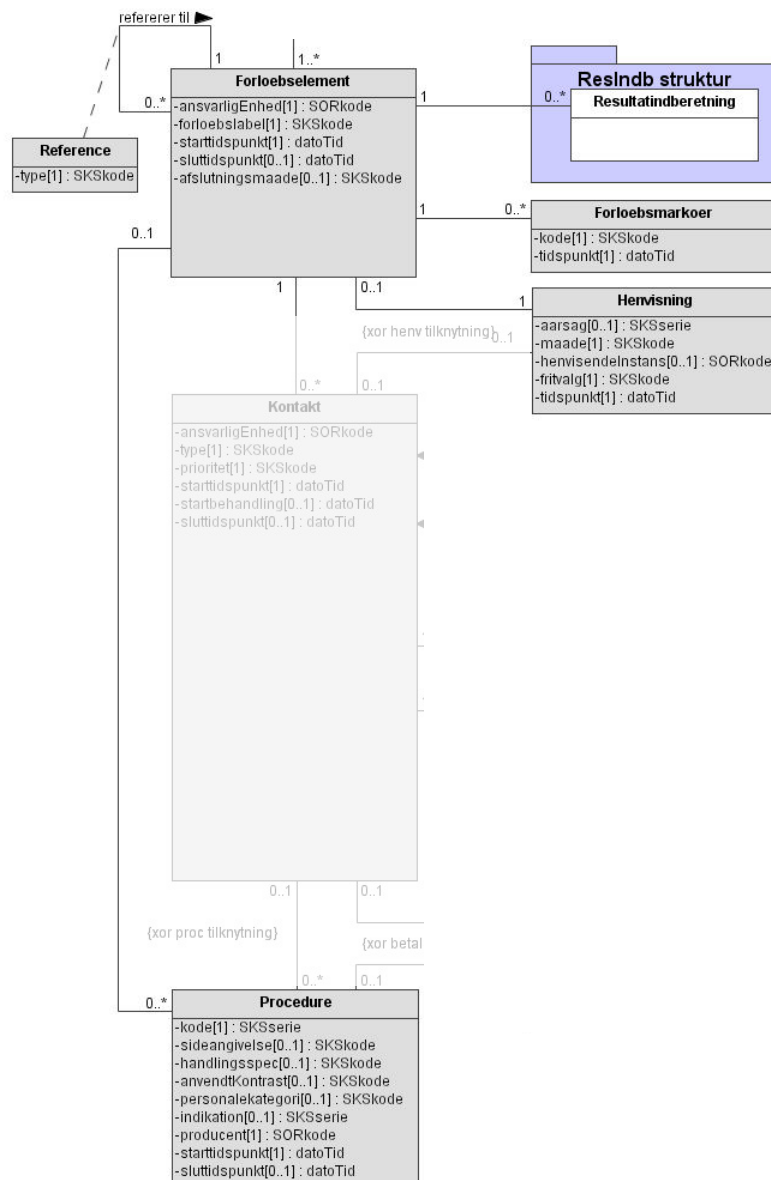
Ved patientkontakter i forløbene skal **den enkelte kontakt** (med kontaktdiagnoser og procedurer) knyttes til et forløbselement. Ved ligeværdige sygdomme, der behandles samtidig (fx i det viste eksempel på næste side), skal kontakten knyttes til det på kontakten klinisk set tungeste sygdomsforløb, hvilket også oftest vil modsvare kontaktens aktionsdiagnose. Det er således i sidste ende en klinisk vurdering.

Modeludsnit – Forløbselement

Enhver kontakt, forløbsmærke og procedure skal knyttes til netop ét forløbselement – det element, vurderet og angivet ved forløbslabel, der **klinisk vurderet** er den sygdom, som kontakten/ ydelsen primært har drejet sig om.

Da kontakter og procedurer kun kan knyttes til ét forløbselement, vil det ved flere samtidige forløbselementer altid være en **klinisk vurdering**, hvilket forløb, som kontakter og procedurer knyttes til med den højeste kliniske relevans, når kontakten eller proceduren har omhandlet flere sygdomme dokumenteret under flere forskellige forløbselementer.

Beskrivelsen i det følgende i denne vejledning gælder de generelle fælles minimumskrav til indberetningen. Den enkelte region kan herudover vælge at udbygge med lokale krav for oprettelse af forløbselementer og eventuelt mere specificerede forløbslabels



Eksempel

"Onkologisk center" har forløbsansvaret for to kræftforløb (forløbselementer) for behandlingen af patient med to kræftsygdomme – fx brystkræft og ondartet modermærkekræft.

Forløbene indberettes som selvstændige (uafhængige) forløbselementer hver med forløbslabelen 'kræftsygdomme'. De konkrete diagnoser vil fremgå af kontakterne, der knyttes op til et forløbselement.

De obligatoriske sygdomsspecifikke forløbsmarkører for de respektive pakkeforløb og patientrettigheder knyttes éntydigt til hvert af de to forløbselementer

Forløbsmarkører skal tilsvarende altid knyttes til det forløb (forløbselement), som markørerne relaterer sig til. Forløbsmarkører, der afspejler fx ventetidsinformation, skal således knyttes til netop det forløbselement, der samler og afspejler patientens venteforløb i forhold til det relevante sygdomsforløb.

Procedurer, der ikke er udført under en patientkontakt, skal ligeledes knyttes til det forløbselement, som ydelsen primært er klinisk relateret til.

- ▶ Procedurer er beskrevet i Kap. 7, procedure uden patientkontakt i afs. 7.1.2

Henvisningsperioden og henvisningsoplysninger er knyttet til forløbselementet, der ved planlagt forløb senest startes ved modtagelse af henvisningen på den forløbsansvarlige enhed.

Resultatindberetning (Kap. 9) knyttes altid udover den specifikke trigger-relation til det relevante sygdomsforløb (forløbselement) i indberetningen, således at der altid er en sygdomsrelation.

Forløbselementet kan fortsætte efter patientens død, når der er behov for at dokumentere og indberette ydelser relateret til sygdomsforløbet.

- Se nærmere om ydelser til afdøde under Kap. 7

4.1.1 Anvendte termer og definitioner – forløb og forløbselementet

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
henvisningsoplysninger	<i>Henvisningsoplysninger knyttet til nyt forløbselement - se afs. 4.2</i>	
begreber indeholdt under forløbsmarkører	<i>Se afs. 4.3.2</i>	
helbredsforløb	forløb der beskriver udviklingen af <u>helbredstilstand</u> over tid Kommentar: Når helbredsforløb udmøntes i praksis skal de være <u>patientnære</u> dvs. de skal kunne tilføjes en entydig personidentifikation. Bemærk: I LPR afgrænses et helbredsforløb klinisk til tematiserede områder, herunder sygdomsområder – se også <u>forløbsansvar</u> Omfatter: Sygdomsforløb, graviditetsforløb, nyfødtforløb, skadeforløb og screeningsforløb: HELBREDSFORLØB <pre> graph TD HB[HELBREDSFORLØB] --- SF[SYGDOMSFORLØB] HB --- SK[SKADEFORLØB] HB --- SC[SCREENINGSFORLØB] HB --- GR[GRAVIDITETSFORLØB] HB --- NY[NYFØDTFORLØB] </pre> Helbredsforløbet dokumenteres i indberetningen under et <u>forløbselement</u> for en periode, hvor helbredsforløbet varetages af en <u>sundhedsproducerende enhed</u>.	
sygdomsforløb	<u>helbredsforløb</u> der er udløst af sygdom Bemærk: Termen "sygdomsforløb" anvendes i indberetningen og i denne vejledning om de informationer om <u>patientens</u> helbredstilstand og de relaterede <u>sundhedsinterventioner</u> mv., der er afgrænset i forhold til et overordnet sundhedsfagligt eller sygdomsmæssigt tema. Sygdomsforløbet dokumenteres i indberetningen under et <u>forløbselement</u> for en periode, hvor helbredsforløbet varetages af en <u>sundhedsproducerende enhed</u>. Kommentar: Når der tales om "sygdom", skal dette forstås helt bredt, dvs. det inkluderer mistanke om sygdom og udredning for sygdom, der afkræftes, samt i sidste ende også klinisk kontrol efter helbredt sygdom. Sygdom kan her også omfatte mere udefinerede tilstande, der skyldes fx nedsat funktionsniveau som følge af alderdomssvækkelse, der udløser hjemmeplejeforløb og lign. LPR's <u>helbredsforløb</u> inkluderer også <u>skadeforløb</u>, <u>screeningsforløb</u>, <u>graviditetsforløb</u> (omfatter graviditet, fødsel og barsel) og nyfødtforløb. Se også <u>forløbsansvar</u>, <u>forløbselement</u> og <u>forløbslabel</u>	
skadeforløb	<u>helbredsforløb</u> der er udløst af skadehændelse Kommentar: Omfatter i indberetningen ulykker, selvskade og voldshandlinger (se Kap. 13). Indberettes med forløbslabel: 'andre forløb'	
graviditetsforløb	<u>helbredsforløb</u> der er udløst af graviditet Omfatter graviditet, fødsel og barsel Indberettes med forløbslabel: 'graviditet, fødsel og barsel'. Inkl: Forløb med spontan abort og svangerskabsafbrydelse (se Kap. 12) Ekskl: IVF behandling og lignende svangerskabsfremmende forløb (forløbslabel: 'andre forløb')	
nyfødtforløb	<u>helbredsforløb</u> der tildeles et barn når det fødes Inkl: Levendefødte og dødfødte børn Kommentar: Forløb for nyfødte omfatter i indberetningen kun det afgrænsede første helbredsforløb på obstetrisk afdeling eller i hjemmet, hvor der skal foretages fødselsanmeldelse af barnet. Forløbet kan inkludere rutinemæssige ydelser i den første del af neonatalperioden – se Kap. 11 Indberettes med forløbslabel: 'nyfødte'	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
screeningsforløb	<u>forebyggelsesforløb</u> begrundet i nationalt <u>screenings</u>program Kommentar: Screeningsforløb omfatter kun en periode, hvor der foretages screening og opfølgning på dette i henhold til et nationalt defineret screeningsprogram. Hvis der ved screeningen findes mistanke om sygdom, afsluttes screeningsforløbet, og patienten overgår til et sygdomsforløb under samme eller nyt forløbselement	
forløbsansvar (helbredsforløbsansvar)	<u>klinisk-administrativt ansvar</u> for et <u>helbredsforløb</u> Kommentar: Forløbsansvaret i LPR omfatter et tematiseret dvs. klinisk afgrænset helbredsforløb, fx et kræftforløb eller et graviditetsforløb (omfatter graviditet, fødsel og barsel). I praksis kan ansvaret for en patients samlede forløb være hos en SOR-enhed (fx på et kræftcenter) eller fordelt på flere (fx kirurgisk og onkologisk afdeling). Ved indberetning angives SOR-enheden for det forløb eller delforløb, der indberettes som et <u>forløbselement</u>. I indberetningen afspejles forløbsansvaret i forhold til den del af et helbredsforløb, der indberettes inden for tidsrammen af et forløbselement. Den forløbsansvarlige enhed vil typisk være en klinisk afdeling eller center, der dækker et eller flere lægefaglige specialer. Forløbsansvaret kan også inkludere kontakter i helbredsforløbet, der foregår på andre kliniske og parakliniske^{*)} enheder, der ikke er en del af den organisatoriske enhed, der har forløbsansvaret. Fx hvis en diabetespatient, som led i sit diabetesforløb, har en kontakt i øjenafdelingens ambulatorium. ^{*)} parakliniske enheder: Billeddiagnostiske enheder, laboratorier og lignende enheder, der yder <u>sundhedsinterventioner</u>	
afslutning ved død	afslutning af forløb ved patients død Kommentar: Afslutningsmåde = 'død' anvendes, når forløbet afsluttes pga. patientens død. Forløbet afsluttes, når <u>forløbsansvarlige</u> enhed modtager besked om dødsfaldet med mindre, at der skal indberettes ydelser efter døden	
afslutningsmåde - for forløbselement	angivelse af den instans som et forløb afsluttes til Kommentar: Afslutningsmåde for forløbselement i LPR-indberetningen. SKS-klassificeret. Fx 'afsluttet til primærsektor'	
ansvarlig enhed - for forløbselement	klinisk-administrativ enhed der varetager <u>forløbsansvaret</u> for en periode Kommentar: Perioden er lig med den tidsmæssige udstrækning af forløbselementet. Hvis forløbsansvaret skal skifte, skal der indberettes et nyt forløbselement	
forløbselement	ramme for samling af information om et helt eller en del af et <u>helbredsforløb</u> Kommentar: Informationerne er administrative og kliniske oplysninger om <u>helbredstilstande</u>, hændelser og ydelser, der indgår i en tidsmæssig rækkefølge. Forløbselementet sammenbinder aktiviteter under et overordnet koordinerende administrativt og klinisk ansvar - forløbsansvar: se afs. 3.2 - for varetagelse af den sygdomsforløbsperiode, der indberettes som et forløbselement. Når der i dette dokument anvendes ordet "sygdomsforløb", refereres der til det tematiserede (forløbslabel) forløb, der dokumenteres og indberettes under et forløbselement (med de dertil hørende øvrige dataelementer) hhv. under flere sammenhængende forløbselementer ud fra betragtningen og referencen "samme sygdom", der er betinget af granuleringen af forløbslabels og de regler, der hører til oprettelsen af forløbselementer	
forløbslabel	overordnet klinisk tema for de informationer vedrørende et helbredsforløb der samles under et <u>forløbselement</u> Kommentar: Forløbslabels indgår i en SKS-klassifikation, der kan og kun kan justeres efter aftale med regionerne	
forløbsmarkør	tidsstempelt angivelse af en begivenhed i et <u>helbredsforløb</u> Eksempel: 'Lungekræft: Henvisning til pakkeforløb start' Forløbsmarkører er SKS-klassificeret	
referencetype - for forløbselement	type af sammenhæng fra et nyt <u>forløbselement</u> til et andet aktivt eller tidligere forløbselement Kommentar: Referencetyper angiver fx om der ved henvisning i et forløb er tale om samme sygdom eller en formodet ny helbredstilstand.	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
startmarkør	termen "startmarkør" anvendes om forløbsmarkører, der kræves og anvendes ved start af nyt <u>forløbselement</u> . Alle nye forløbselementer skal obligatorisk have angivet en relevant startmarkør	
periodemarkører	termen "periodemarkører" anvendes generelt for forløbsmarkører, der angiver start- hhv. sluttidspunkter for perioder. Disse betegnes hver for sig som "forløbsmarkør for start af (periode) ..." hhv. "forløbsmarkør for slut/afslutning af (periode)..." Fx: (afs. 4.3.12) specialiseret genoptræning og rehabilitering og (afs. 8.5.9) psykiatriske vilkår	

4.1.2 Oprettelse af forløbselement

Enhver indberetning knyttes til et forløbselement. Patienten skal ved flere **sygdomsforløb** (og andre helbredsforløb) have tilsvarende flere samtidige forløbselementer, også selvom kontakterne varetages under den samme organisatoriske (SOR) enhed.

For **akutte patienter med ny sygdom eller ny skade**, der ikke har en kendt relation til et igangværende forløb, skal der altid oprettes et nyt forløbselement.

- ▶ Vedrørende patient henvist til planlagt forløb, der starter akut "før tid" – se afs. 4.3.6.4

Der gælder følgende generelle vejledning til oprettelsen af forløbselement:

- Der skal oprettes et nyt forløbselement ved enhver ny erkendt patienttilstand, der klinisk vurderet ikke har en relation til et eksisterende eller kendt tidligere helbredsforløb.
 - o ved enhver ny sygdom eller skade uanset akut eller (eksternt/internt) henvist, og uanset, om udredning og behandling af den opståede tilstand skal ske på egen eller anden klinisk enhed
- Forløbselementet (med forløbslabel) for et givet specificeret forløb skal senest, *afhængigt af, hvad der kommer først*, oprettes ved **første**:
 - o obligatoriske forløbsmarkør (startmarkør) fx 'henvist til udredning'
 - o patientkontakt
 - o anden form for ydelse (procedure), som afdelingen yder til det specifikke forløb

Forløbselementet kan efter behov starte tidligere fx på henvisningstidspunktet eller ved behov for lokal dokumentation af varsling eller lignende
- Der skal obligatorisk angives en **startmarkør** i forbindelse med et nyt forløbselement, herunder startmarkøren "akut patient" ved ny akut sygdom og ved ny skade.
 - o Startmarkøren skal senest sættes ved modtagelse af henvisningen på den kliniske enhed for planlagte patienter og ved patientens fremmøde ved akut patientkontakt

- ▶ Se nærmere i afs. 4.3 om forløbsmarkører

- ▶ Vedr. de særlige principper for start og afslutning af graviditets- og fødselsforløb (mor og barn) – se Kap. 11

Symptomer og komplikationer i sygdomsforløbet medfører ikke i sig selv krav om nyt forløbselement. Fx hører diabeteskomplikationer til sygdomsforløbet for diabetes.

Hvis sygdommen ikke indberettes under et fælles forløbselement, men derimod under flere, skal disse referere til hinanden med "samme sygdom" (afs. 4.1.6). Dette gælder i princippet uanset, hvilke afdelinger og specialer, der er involveret i sygdommen.

"Helbredsforløb" og "sygdomsforløb" refererer til forløbet af en **konkret helbredstilstand** hos patienten, der over tid kan og ofte vil kvalificeres til anden sygdomsdiagnose (diagnosekode) og dermed også anden forløbslabel, som et bedre udtryk for den samme helbredstilstand. Dette medfører ikke i sig selv krav om nyt forløbselement jf. overskrivning af forløbslabel (afs. 4.1.7.3).

De anførte principper for start af forløbselement, krav om startmarkør og forløbslabel er generelle og omfatter også start af nyt forløb, hvor patienten har sin første forløbskontakt (fysisk fremmøde) på en "serviceafdeling" som fx en røntgenafdeling. Dette gælder og er særligt beskrevet for visse pakkeforløb, hvor udredningen jf. beskrivelserne kan starte på en billeddiagnostisk afdeling.

Eksempel

I Region R er det aftalt, at patienter, der skal indgå i et bestemt pakkeforløb for organspecifik kræft, som første led i udredningen skal henvises til og møde til CT-skanning på Billeddiagnostisk afdeling.

Billeddiagnostisk afdeling (eller en anden forløbsansvarlig enhed) opretter et forløbselement for sygdomsforløbet på tidspunktet for modtagelse af henvisningen. Skanningen indberettes på den første kontakt (kontakttype: 'fysisk fremmøde'), der knyttes til forløbselementet med forløbslabel 'kræftsygdomme'.

Forløbet kan ved afkræftelse uden behov for yderligere udredning afsluttes fra billeddiagnostisk afdeling

Ud over de ovenstående beskrevne krav *kan* et nyt selvstændigt forløbselement oprettes ved ny klinisk enhed, der involveres i et sygdomsforløb, og som ikke fortsætter på et eksisterende forløbselement for sygdommen.

Det nye forløbselement skal så referere med (referencetype) "samme sygdom" til det primære forløbselement og typisk have samme forløbslabel. Dette gælder altid ved komplikationer og følgetilstande til sygdommen.

Eksempel

Diabetes type 2 udrednings- og behandlingsforløb på medicinsk afdeling, hvor der i forløbet henvises til egen øjenafdeling mhp. vurdering og kontrol af eventuelle øjenkomplikationer.

I Region N vælger man at oprette selvstændige forløbselementer på medicinsk afdeling hhv. øjenafdelingen. Øjenafdelingens forløbselement peger tilbage på det forløbselement (medicinsk afdeling), der blev henvist fra, med referencetypen 'samme sygdom'.

Begge forløbselementer har forløbslabel 'Type 2-diabetes'

Ved oprettelse af forløb på baggrund af (ekstern/intern) henvisning, kan **henvisningstidspunktet** (for modtagelse af henvisning på sygehuset), som den eneste parameter, være før starttidspunktet for forløbselementet. Forløbselementets starttidspunkt er senest ved modtagelsen af henvisningen – dokumenteres med forløbsstartmarkør – på den forløbsansvarlige enhed.

4.1.2.1 Tilknytning af kontakter til forløb

Kontakter og procedurer uden samtidig patientkontakt skal knyttes til det af patientens aktuelle forløbselementer, der klinisk vurderet er det helbredsforløb, som kontakten eller ydelsen primært har drejet sig om.

Selvom den enkelte kontakt klinisk set kan forholde sig til flere forløb – hvilket vil afspejles i kontaktens diagnoser – kan der **kun peges på ét forløb**.

Dette er en **klinisk vurdering**, analogt til valg af aktionsdiagnose ved flere sygdomme behandlet på kontakten.

Akutte patientkontakter som led i et eksisterende sygdomsforløb knyttes til dette forløb (forløbselement).

► se også afs. 5.3-5.3.1

4.1.2.2 Forløbets forløbsmarkører

Specifikke forløbsmarkører og generelle markører for patientrettigheder for en given helbredstilstand skal knyttes til det forløbselement, der netop er oprettet for denne tilstand, og der skal derfor omvendt være et forløbselement for alle de adskilte tilstande og sygdomme, hvor der obligatorisk skal indberettes og dermed registreres forløbsmarkører.

Hvis der ikke er et tilgængeligt aktuelt gældende forløbselement for helbredstilstanden i forvejen, skal der oprettes et nyt forløbselement senest ved modtagelse af henvisningen på enheden, der registreres med en startmarkør for det nye forløb – se illustration på næste side.

Bemærk

Ny sygdom eller mistanke om ny sygdom betyder oftest, at patienten har ny selvstændig **udredningsret** for denne.

Der skal altid sættes en forløbsmarkør – **startmarkør** – ved start af ethvert nyt forløbselement, for planlagte patienter senest når en klinisk enhed modtager en henvisning (*efter* en eventuel central visitation) til udredning eller behandling.

- ▶ Modtagelse af henvisning på sygehuset før en eventuel visitation dokumenteres med henvisningstidspunktet i henvisningsoplysningerne – se afs. 4.2.2.1

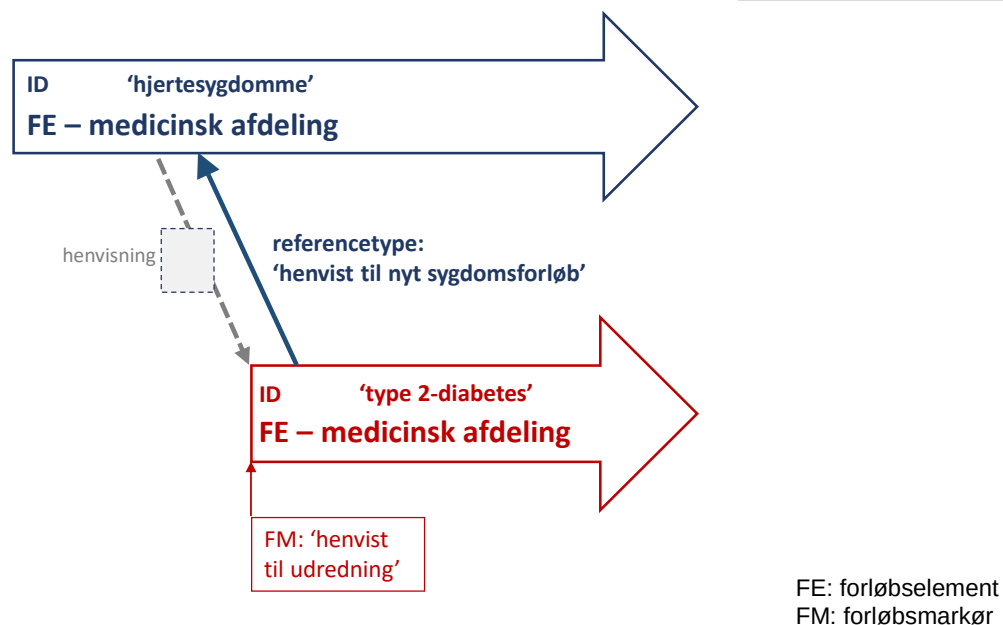
For akutte patienter med ny sygdom, ny skade og normal (ikke-elektiv) fødsel indberettes startmarkøren 'akut patient' på tidspunktet for modtagelse af patienten på afdelingen. Akut oprettede forløbselementer har i udgangspunktet ikke en relation til et andet forløbselement – se dog også afs.5.3-5.3.1.

Eksempel

Afdelingen har en patient gående i et udredningsforløb for hjertesygdom. Indberetningen af dette foretages derfor under et forløbselement med forløbslabel 'Hjertesygdomme'.

Det konstateres i forbindelse med udredningen af hjertesygdommen, at patienten også har type 2-diabetes. Afdelingen skal derfor ud over forløbet for hjertesygdommen oprette et nyt forløbselement (FE) med referencetype 'ny sygdom' for sukkersygen med forløbslabel: 'Type 2-diabetes'.

Forløbsmarkøren (FM) 'henvist til udredning' (evt. 'henvist til behandling') registreres som **startmarkør** på det nye forløbselement (sygdomsforløb)



4.1.2.3 Skift af forløbsansvar

Hvis forløbsansvaret skal skifte eller deles midt i helbredsforløbet, skal der oprettes et nyt forløbselement under den enhed (SOR), der overtager hele eller dele af forløbsansvaret, og den relevante sammenkædning skal foretages og specificeres i forhold til en **klinisk vurdering** af, om der er tale om (mistænkt) ny sygdom eller samme sygdom.

Skift af forløbsansvaret kan typisk ske, hvis patienten primært er havnet under et speciale, men udredningen viser sig at skulle fortsætte under et andet speciale, der dermed overtager hele forløbet og dermed også forløbsansvaret – se eksempel på næste side.

- ▶ Se også afs. 4.1.7.3 om kvalificering af forløbslabel inden for det enkelte forløbselement

4.1.3 Håndtering af sammenhæng mellem forløbselementer

4.1.3.1 Henvisning fra eksisterende forløb – henvisende part

Der kan fra forløbselementet henvises ud til andet eksisterende forløb, til nyt forløb eller delforløb for samme sygdom, der skal varetages under egen eller anden organisatorisk enhed, samt til nyt sygdomsforløb ved nyt overordnet sygdomstema (forløbslabel) – klinisk vurderet af henviser.

Hvis forløbet afsluttes med henvisningen til anden instans, skal typen af denne instans fremgå af **afslutningsmåden** – se afs. 4.1.5.5

Eksempel

Patient indlagt på neurologisk afdeling pga. besvimelseslignende anfald, hvor det hurtigt viser sig, at der er tale om panikangst uden somatisk grundlag, hvorefter patienten viderehenvises til udredning og behandling på psykiatrisk enhed.

Der oprettes på baggrund af (intern) henvisning et nyt forløbselement under Psykiatrisk Afdeling som forløbsansvarlig enhed. Der peges *fra* dette nye forløbselement tilbage på det oprindelige (neurologiske) forløbselement med referencetyperen 'henvist i samme sygdomsforløb'.

Bemærk, at det er **samme helbredsforløb** (sygdomsforløb), selvom diagnoserne er vidt forskellige. De forskellige diagnoser (inkl. "Obs.pro...") udtrykker den samme helbredstilstand på forskellige vidensniveauer og på forskellige tidspunkter, og herunder på forskellige enheder.

Forløbslabel vil være 'Andre forløb' på neurologisk enhed, skal ikke ændres, og 'Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser' for forløbselementet oprettet under psykiatrisk enhed

4.1.3.2 Henvisning til forløb – modtagende part

Et forløbselement kan opstå som en fortsættelse af et sygdomsforløb, som et nyt delforløb vedrørende **samme sygdom**, der er henvist fra en anden eller egen organisatorisk enhed, eller som et nyt tematiseret forløb for en **anden sygdom** på baggrund af en henvisning fra en anden eller fra egen enhed.

Sammenhæng mellem nyt forløbselement og et andet forløbselement vil fremgå af referenceoplysningerne (**referencetype** og reference-ID), der indberettes på det nyoprettede forløbselement – se afs. 4.1.6.1

4.1.4 Afslutning af forløb

- ▶ Vedrørende omfang af og afslutning af fødselsforløb for mor og barn – se Kap. 11
- ▶ Vedrørende afslutning af "akut forløb" – se afs. 5.3.2

Forløbselementet fortsætter, så længe enheden har hele eller dele af det kliniske ansvar for patientens helbredsforløb – dvs. så længe, at der er planlagt nye kontakter, procedurer, afventes svar, eller der er andre aftaler i helbredsforløbet under den organisatoriske enhed.

Hvis patienten fx har fået at vide, at hun kan henvende sig direkte på enheden ved forløbsrelaterede problemer eller spørgsmål, holdes forløbet (og forløbselementet) åbent, så længe dette gælder, hvilket samtidig betyder, at afdelingen fortsat har forløbsansvaret. Dette gælder også ved **betænkningstid** inden samtykke til behandling.

Hvis der er ydelser til helbredsforløbet efter patientens død, kan forløbselement ligeledes fortsætte så længe, at der er ydelser, der skal registreres og indberettes under samme forløbsansvar.

Forløbet (forløbselementet) kan afsluttes ved overdragelse af forløbsansvaret til anden enhed, men kan omvendt også fortsætte, selv om ansvaret også overdrages til anden part, der skal varetage en del af behandlingen, herunder behandling af komplikationer eller følgetilstande til den primære sygdom.

Hvorvidt, der kan eller skal oprettes parallelle forløbselementer med tilhørende delansvar for forskellige aspekter af samme sygdom, kan være lokalt organisatorisk betinget og system-afhængigt.

Forløbet afsluttes med oplysninger om **afslutningstidspunkt** og relevant **afslutningsmåde**, der angiver, hvor forløbsansvaret overdrages til.

- ▶ Vedr. egenskaberne afslutningstidspunkt og afslutningsmåde – se afs. 4.1.5.4-5

Det afsluttede og indberettede forløbselement kan ikke genåbnes. Ved ny hændelse i samme sygdomsforløb oprettes nyt forløbselement, og der peges tilbage på det lukkede forløb – se afs. 4.1.6

4.1.5 Dataindholdet i forløbselementet (logisk objekt)

Forløbselementet (FE) afgrænser i indberetningen en større eller mindre del (periode) af patientens helbredsforløb, hvor en given (SOR) enhed har forløbsansvaret. FE's tidsudstrækning afspejler således en uafbrudt ansvarsperiode over for patienten i en given sundhedsfaglig sammenhæng.

FE beskrives her som logisk indberetningsobjekt med dets indhold og relationer til andre objekter i indberetningen.

Forløbselementet indberettes med følgende oplysninger:

Forløbselement	datatype	udfaldsrum [SKS-kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt ID i indberetningen
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Patient
refID reference-ID til andet Forløbselement	char	ID-standard eller Null	0..1	obligatorisk ved indberetning af Forløbselement, der refererer til andet Forløbselement (ID i indberetningen for dette) – typificeres (referencetype).
referencetype	SKSkode	[forloeb.reftype]	0..1	obligatorisk ved indberetning af refID til andet forløbselement
ansvarlig enhed	SORKode	SORKlass	1	Obligatorisk
forløbslabel	SKSkode	[forloeb.label]	1	Obligatorisk
starttidspunkt	datoTid	tidspunkt	1	Obligatorisk
sluttidspunkt	datoTid	tidspunkt	(0)..1	obligatorisk ved afslutning
afslutningsmåde	SKSkode	[admin.afslutmaade]	(0)..1	obligatorisk ved afslutning

Note: I beskrivelserne anvendes fordanskede betegnelser for den logiske models objekt-egenskaber, fx "forløbslabel" i stedet for det logiske datanavn 'forloeb.label' og "ansvarlig enhed" i stedet for 'ansvarligEnhed'

► **Forløbslabel** med den gældende klassificering beskrives i afs. 4.1.7

4.1.5.1 Objekt-ID for Forløbselement

Forløbselementet har som andre objekter en unik identifikation (objektID). objektID for forløbselementet medsendes ved henvisning til nyt forløb i egen eller anden organisatorisk enhed sammen med oplysning om, **hvorfor** der henvises fra forløbet – er det pga. overdragelse eller opdeling af forløbsansvaret i et eksisterende klinisk sygdomsforløb, eller er det pga. nyopstået sygdom, tilstand eller mistanke om sygdom, der skal varetages under et andet forløb(selement).

► Se nærmere i afs. 4.1.2.3 og 4.1.6

4.1.5.2 Ansvarlig enhed – forløbsansvar

Det overordnede koordinerende administrative og kliniske ansvar, **forløbsansvaret** (se afs. 3.2) for varetagelse af den del af et helbredsforløb, der registreres inden for rammerne af forløbselementet, angives ved SOR-koden for den forløbsansvarlige organisatoriske enhed i indberetningen af forløbselementet.

Niveauet kan være en **klinisk enhed** på afdelingsniveau, på et lavere afsnitsniveau eller eventuelt på et højere centerniveau.

Kontakter og procedurer kan under det samme overordnede forløbselement (svt. et samlet forløbsansvar) varetages af andre enheder, hvis det lokale system understøtter dette. Alternativt oprettes selvstændige forløbselementer, der knyttes sammen i indberetningen, jf. beskrivelsen af reference-ID og referencetyper i de følgende afsnit.

Indberetningsmodellen er robust overfor, om et givet helbredsforløb indberettes som ét "bredt forløbselement" under et samlet overordnet ansvar med alle tilhørende kontakter og ydelser, eller om det samme forløb indberettes som flere relaterede (parallelle og/eller serielle) "smalle" forløbselementer af kortere varighed. Modellen er med andre ord robust overfor de forskellige regionale og lokale organisatoriske opbygninger og ansvarsfordelinger

4.1.5.3 Starttidspunkt for forløbselement

Der skal obligatorisk angives starttidspunkt for oprettelse af nyt forløbselement.

Forløb skal senest startes ved første obligatoriske indberetning i forløbet.

Dette vil i praksis oftest være en forløbsmarkør (startmarkør), idet der er krav om **startmarkør** for alle nye forløbselementer, ved planlagte forløb på tidspunktet for modtagelse af henvisning på den kliniske enhed, der skal modtage patienten til udredning eller behandling. Der kan dog være lokale krav til (tidligere) forløbsstart, der rækker ud over kravene til indberetningen, som beskrevet her.

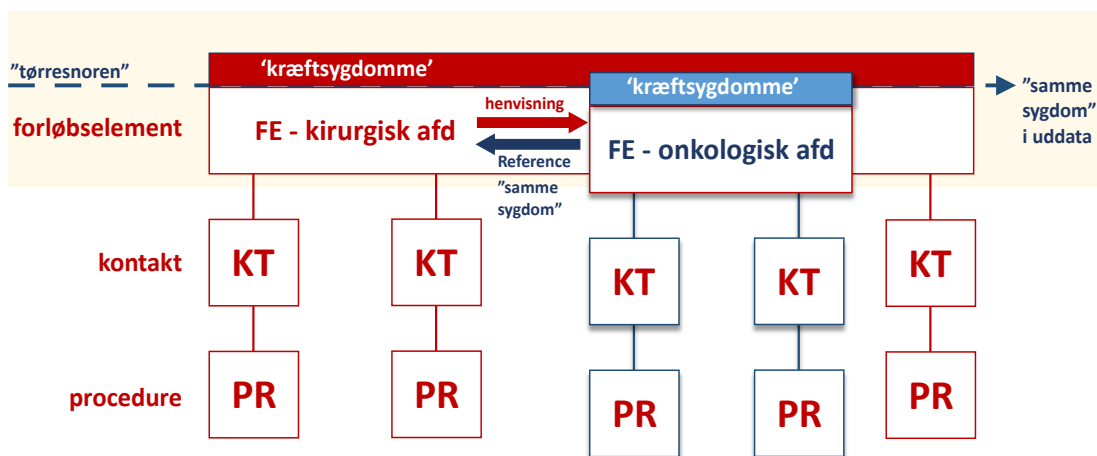
Et forløbselement kan starte tidligere end "ved første obligatoriske indberetning". Herudover kan henvisningstidspunktet ligge før start af forløbselement – jf. afs. 4.2.2.1

► Se nærmere i afs. 4.1.2 vedrørende oprettelse af forløbselement

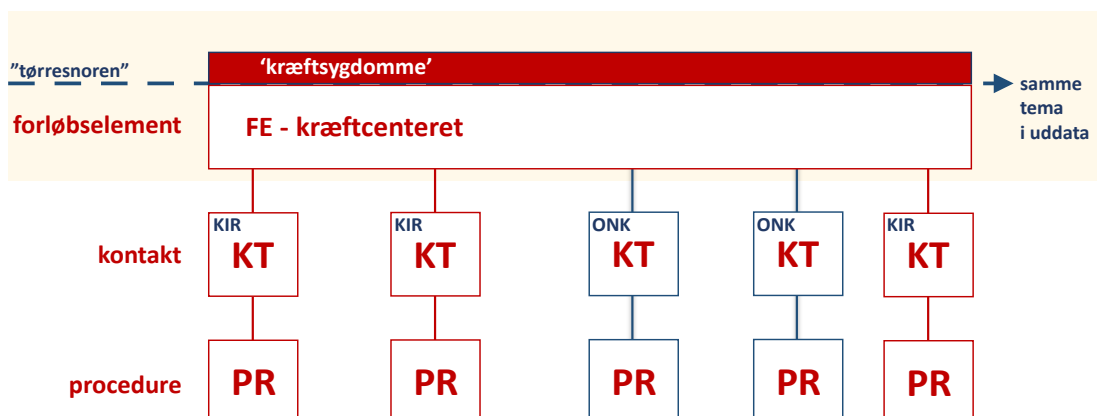
Eksempler – et eller flere FE for samme sygdom. Forsimpler mht. antallet af kontakter og procedurer

Eksemplet viser et kræftforløb, hvor patienten først forundersøges og behandles hos kirurgerne, hvorefter der er en periode med onkologisk efterbehandling. Endelig møder patienten til efterkontrol hos kirurgerne, hvorefter forløbet og forløbselementet afsluttes.

I eksemplet har sygehuset delt forløbsansvaret mellem de to afdelinger, svarende til en specialeopdeling



Sygehuset har i eksemplet nedenfor her valgt at lægge det samlede forløbsansvar for hele patientens kræftforløb på det fælles "Kræftcenteret", der står for koordineringen af det samlede sygdomsforløb – dvs. kun ét fælles forløbselement, hvor afdelingerne hænger deres kontakter og ydelser op på den samme fælles "tørresnor":



Ved nyt forløbselement ved akut sygdom eller skade sættes starttidspunktet senest til tidspunktet for den fysiske modtagelse af patienten på afdelingen.

► Vedrørende opstart af forløb for nyfødt barn – se afs. 11.8.1

4.1.5.4 Afslutningstidspunkt for forløbselement

Der skal obligatorisk indberettes sluttidspunkt for afslutning af forløbselementet. Forløbsansvaret ophører fra dette tidspunkt.

4.1.5.5 Afslutningsmåde for forløbselement

Afslutningsmåde er obligatorisk ved afslutning af et forløbselement og angiver typen af den instans, som forløbsansvaret herefter overdrages til.

Ved afslutning ifm. eller efter patientens død anvendes afslutningsmåde "død".

Der er følgende afslutningsmåder [admin.afslutmaade]

SKS-kode	afslutningsmåde [admin.afslutmaade]	Bemærkninger
ALAC01	afsluttet til klinisk enhed	Inkl: afsluttet til eksisterende og nyt forløb, samt afsluttet til privat sygehus eller klinik (eller omvendt)
ALAC20	afsluttet til primærsektor	Inkl: egen læge, speciallæge, kommunal genoptræning
ALAC40	afsluttet til behandling i udlandet	
ALAC50	afsluttet til hjemmet	uden behov for lægelig opfølgning. Inkl: afslutning til plejehjem, bosteder og lignende institutioner. Eksempler: - når der ikke er behov for yderligere behandling eller opfølgning - hvis patienten ikke har givet samtykke til videregivelse af oplysninger til egen læge - når en patient forlanger sig afsluttet mod givet råd og ikke ønsker yderligere behandling
ALAC60	afsluttet pga. patientens udeblivelse	
ALAC70	afsluttet ved patientens død	ved afslutning af forløb i forbindelse med eller efter patientens død

4.1.6 Reference-ID (refID) og referencetype (reftype)

Reference-ID (til Forløbselement) og referencetype anvendes sammen til at sammenkæde et nyt forløbselement til et andet eksisterende eller tidligere forløbselement. De to egenskaber er sammenknyttede i indberetningen og skal i relevante tilfælde obligatorisk indberettes sammen.

Reference-ID angiver i indberetningen objektID-værdien for det forløbselement, der relateres til. Der refereres altid bagud til et tidligere startet forløbselement.

Hvis et forløbselement således oprettes på baggrund af en henvisning fra et andet forløb, vil det være det nye forløbselement, der i indberetningen specificerer den aktuelle sammenhæng ved at pege tilbage til det forløbselement, som henvisningen stammede fra.

Henvisning ud af et forløbselement til et nyt forløbselement på en anden eller på samme enhed kan ske ved afslutning af forløbselementet på den første enhed, eller forløbet kan fortsætte samtidig med, at det nye forløbselement oprettes for samme sygdom eller for en anden opstået eller mistænkt helbredstilstand.

Bemærk: Tidligere afsluttede forløbselementer kan ikke genåbnes

Når et forløb(selement) er lukket, er det fordi, afdelingen har afsluttet forløbsansvaret ud fra en klinisk beslutning. Det må derfor ikke genåbnes "med tilbagevirkende kraft" til en periode, hvor der reelt ikke har været noget forløbsansvar.

Der kan derimod altid peges tilbage på et tidligere forløb(selement) og refereres (træk ID) ved ny kontakt eller henvisning, der omhandler den samme sygdomsproblematik, fx ved fund af klinisk recidiv efter tidligere afsluttet kræftforløb.

Tidligere afsluttede forløbselementer kan fejlrettes.

4.1.6.1 Referencetype

Referencetyper angiver typen af sammenhæng fra det nye forløbselement til et andet kendt forløbselement, aktivt eller tidligere, som det nye forløbselement refererer til.

Referencetyper skal obligatorisk indberettes med relevant værdi ved nyt forløbselement, der peger tilbage på et andet forløbselement, dvs. når der indberettes et reference-ID (refID).

Der er i følgende oversigt angivet to anvendte begreber "**skub ID**" hhv. "**træk ID**". Dette refererer til, **hvorfra** oplysninger til brug for angivelsen af den relevante referencetype stammer fra:

- Ved "**skub ID**" stammer oplysningerne fra **henviseren**, der overfører (ved ekstern eller intern henvisningsmeddelelse eller lignende) de relevante oplysninger, herunder forløbsID, der skal anvendes i indberetningen af det nye forløbselement.

Der er to situationer:

- {ALAA01} henvisning til anden enhed, der skal fortsætte ansvaret eller have forløbsansvar for en del af sygdomsbehandlingen i det **samme helbredsforløb**
- {ALAA02} henvisning til anden enhed ved (mistanke om) **ny helbredstilstand**, der klinisk vurderet på det foreliggende grundlag ikke har noget at gøre med det eksisterende helbredsforløb

Referencetyper [forloeb.reftype] for reference mellem et nyt forløbselement og et andet aktuelt eller tidligere afsluttet forløbselement:

SKS-kode	referencetype	situation
ALAA01	henvist i samme sygdomsforløb " skub ID "	forløbselement oprettes på baggrund af henvisning [#] modtaget med ID for eksisterende sygdomsforløb pga. anmodning om hel eller delvis overdragelse af eksisterende sygdomsforløb. Sammenhængen primært ^a vurderet af henvisende part
ALAA02	henvist til nyt sygdomsforløb " skub ID "	forløbselement oprettes på baggrund af henvisning [#] modtaget med ID for eksisterende sygdomsforløb pga. (mistanke om) ny sygdom. Sammenhængen primært ^a vurderet af henvisende part
ALAA03	reference til andet forløbselement (samme sygdom) " træk ID "	forløbselement oprettes med reference til kendt aktivt eller tidligere forløb(selement) for samme sygdom (helbredstilstand), fx ved lukket forløbselement under egen enhed. Sammenkædningen vurderes af den enhed, der opretter et nyt forløbselement. Inkl: Fortsættelse af screeningsforløb i udredningsforløb ved positivt klinisk fund
ALAA04	barn til mor " træk ID "	reference fra nyfødt barn til moderens graviditetsforløb Ekskl: anonym bortadoption

[#]) henvisning kan være fra ekstern part eller intern

^a) kan eventuelt ændres af modtagende enhed fx ved visitation eller i forbindelse med første patientkontakt

- Ved "**træk ID**" forstås, at det er **opretteren** af et nyt forløbselement, der trækker forløbsID'et fra et andet igangværende eller tidligere forløb, som der skal (og kan) relateres til.

Dette sker i to situationer:

- {ALAA03} oprettelse af forløbselement, hvor der allerede findes et **kendt helbredsforløb** fx ved akut kontakt som følge af komplikation i et kræftforløb, hvor der allerede findes et tilgængeligt aktivt eller tidligere afsluttet forløbselement (med forløbslabel) for sygdommen, som der derfor skal refereres til
- {ALAA04} barnets fødselsforløb med fødselskontakt kobles til moderens graviditetsforløb.
 - Inkluderer levendefødt og dødfødt barn
 - Ekskluderer anonym bortadoption**

4.1.7 Forløbslabel

Til forløbselementet skal der fra første indberetning være en forløbslabel, der angiver det **overordnede helbredstema** klassificeret efter gældende forløbslabel-klassifikation (se afs. 4.1.7.2).

Forløbslabel 'Andre forløb' anvendes for forløb, hvor forløbslabel ikke skal specificeres yderligere i indberetningen jf. den til enhver tid gældende forløbslabel-klassifikation.

Hvis patienten udredes og behandles for flere "andre forløb" parallelt under den samme enhed, skal der som ved andre sygdomme tilsvarende oprettes flere parallelle 'Andre forløb'.

- ▶ Særligt aftalt princip for forløb (multimorbiditet) i psykiatrien – se Kap. 8

4.1.7.1 Indberetning af forløbslabel

Forløbslabel er obligatorisk fra første indberetning af forløbselementet.

Forløbslabel skal løbende **klinisk vurderes** for relevans og kvalificeres i henhold til aktuel viden om patientens sygdomsforløb, herunder vurderes i forhold til eventuelle øvrige forløb, som er registreret i systemet.

Forløbslabel indberettes **uden historik** og overskrives for samme sygdomsproblematik ved kvalificering med ny værdi. Ved overskrivning skal der foretages ny indberetning af forløbselementet – se afs. 4.1.7.3

Bemærk – eksemplificeret ved kræftsygdom: Patientens samlede forløb under udredning (mistanke om), behandling, efterbehandling og kontrol af en kræftsygdom dækkes fra start til afslutning af forløbslabelen 'Kræftsygdomme'.

Alle patienter, der indgår i pakkeforløb eller klinisk mistænkes for kræftsygdom uden at opfylde kriterierne for indgang til pakkeforløb, skal obligatorisk indberettes under denne forløbslabel.

Dette gælder således også patienter, der efterfølgende afkræftes for mistanke om kræftsygdom, uden at der påvises anden sygdom som årsag til symptomerne, hvorfor forløbet afsluttes.

'Kræftsygdomme' dækker som andre forløb også forløbet i en eventuel kontrolperiode efter primær behandling.

- ▶ Screeningsforløb – se afs. 4.3.10

Hvis forløbet efter afkræftelse af kræftsygdom (jf. eksemplet) fortsætter under samme forløbselement med henblik på udredning eller behandling for anden sygdom, ændres forløbslabelen til relevant værdi, hvilket ofte vil være 'Andre forløb'.

Ovenstående generelle principper gælder for alle typer af helbredsforløb (forløbslabels).

4.1.7.2 Klassificering af forløbslabels

Det er besluttet, at der i første omgang kun er et lille antal nationale forløbslabels, der kan og skal anvendes i LPR-indberetningen. Der er fokuseret på nogle få store og væsentlige sygdomsgrupper.

Principperne for oprettelse og indberetning af forløbselementer samt principper og niveau for forløbslabel i den første version er aftalt med regionerne. Dette gælder for indberetningen, som beskrevet i denne vejledning.

Label-klassifikationen kan senere udvides eller på anden måde ændres i dialog med regionerne, men den vil indtil videre blive fastholdt med henblik på at opnå erfaringer med dette nye koncept.

Regionerne har mulighed for lokalt at have en finere granulering af forløbslabels inden for rammerne af den fælles nationale overordnede (grove) klassifikation. Ved indberetningen skal der mappes til det nationale niveau, fx 'Andre forløb'.

Kategorien 'andre forløb' omfatter alle forløb, der til enhver tid ikke er udspecificeret i den nationale klassifikation.

4.1.7.3 Kvalificering af forløbslabel

Der skal ikke nødvendigvis oprettes nyt forløbselement, blot fordi forløbet kvalificeres med en justeret forløbslabel.

Dette gælder især også, hvor den først angivne forløbslabel efterfølgende har vist sig klinisk uholdbar eller, som det ofte vil være, har været unøjagtig, hvor den indledende udredning efterhånden afklarar, hvad der klinisk set reelt er tale om.

Der er foreløbigt aftalt følgende forløbslabels: kodeliste [forloeb.label]

SKS-kode	Forløbslabel [forloeb.label]	Bemærkninger
ALAL01	Kræftsygdomme	anvendes uanset om patienten indgår i et pakkeforløb eller ej. Forløbslabel 'Kræftsygdomme' anvendes obligatorisk for de sygdomme, der beskrives med diagnosekoder i intervallet {DC00-96}¹. Forløbslabel 'Kræftsygdomme' skal anvendes "før, under og efter kræftsygdom". Dvs. for: • patienter, der er mistænkt (DZ031) for kræftsygdom, indtil sygdommen er bekræftet eller afkræftet • patienter, der har kræftsygdom • patienter, der kontrolleres efter tidligere kræftsygdom • patienter, der mistænkes for klinisk recidiv af tidligere kræftsygdom eller, hvor der påvises klinisk recidiv Ekskl: Øvrige neoplastiske sygdomme {ALAL90}, dokumenteres under forløbslabel 'Andre forløb'. Nogle af disse er også anmeldelsespligtige til Cancerregisteret
ALAL02	Hjertesygdomme	
ALAL03	Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser	anvendes uanset om patienten indgår i et pakkeforløb eller ej Inkl: Demenssygdomme (DF-diagnoser)
ALAL21	Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)	
ALAL22	Type 2-diabetes	
ALAL23	Osteoporose	
ALAL51	Graviditet, fødsel og barsel	se nærmere i Kap. 11
ALAL52	Nyfødtte	
ALAL61	Nationale screeningsprogrammer	kun nationale screeningsprogrammer, dvs. forløb, der udelukkende er begrundet i mammografiscreening, hælblodprøve hos nyfødt, neonatal hørescreening, screening for livmoderhalskræft og kolorektal kræftscreening. Bemærk: Anvendes kun for selvstændige screeningsforløb. Hvis der fx i forbindelse med et fødselsforløb eller andet neonatalt forløb udføres hørescreening, behøver dette ikke dokumenteres i et selvstændigt forløb
ALAL90	Andre forløb (ikke klassificeret andetsteds)	anvendes for sygdomme og tilstande, der ikke falder ind under en af de ovenfor specificerede kategorier Inkl: Skadeforløb, forløb for mentalobservation, demenssygdomme (DG-diagnoser), fertilitetsbehandling

Det er altid en klinisk vurdering og ansvar, at helbredsforløbet til ethvert tidspunkt er beskrevet med den mest relevante forløbslabel.

Hvis den samme patienttilstand bedre udtrykkes ved en ændret label, skal labelen på det givne forløbs-element blot overskrives, idet den nye label jo netop bedre beskriver helbredsforløbet fra starten af det aktuelle forløbselement.

En ny forløbslabel på forløbselementet dækker derved hele den tidsmæssige udstrækning af forløbselementet. Ved overskrivning af forløbslabel foretages ny indberetning.

Hvis afdelingen ved afkræftelse af det oprindelige tema (i følgende eksempel 'Osteoporose') afslutter forløbselementet og viderehenviser patienten til fortsat forløb for "samme sygdom" under nyt forløbselement på anden afdeling (speciale), bør den henvisende afdeling ikke ændre forløbslabel, da denne jo korrekt var dækkende for forløbet indtil da.

Den nye enhed vil fortsætte med den nu relevante forløbslabel (i eksemplet 'Kræftsygdomme').

¹ Ekskl: Visse metastasekoder i {DC77} – se nærmere i Kap. 10 om Kræftsygdomme, afs. 10.3.2.1

Eksempel – ændring af forløbslabel ved ny klinisk viden om patientens sygdomstilstand

Patient indlagt på kirurgisk afdeling med akut sammenfald af ryghvirvel umiddelbart klinisk vurderet som på osteoporotisk baggrund. Enheden opretter forløbselement med forløbslabel 'Osteoporose'.

Nærmere billeddiagnostiske og patologiske undersøgelser under udredningen påviser knoglemetastase fra kræftsygdom (tyktarmskræft) som den rette kliniske baggrund.

Forløbet fortsætter på kirurgisk enhed, men Forløbslabel overskrives fra 'Osteoporose' til 'Kræftsygdomme', hvorved forløbselementet nu fra start korrekt beskrives som omhandlende 'Kræftsygdomme'.

Der skal i dette tilfælde så også registreres forløbsmarkører for kræftpakkeforløb

4.2 Henvisningsoplysninger knyttet til forløbselement

Henvisningsoplysninger skal obligatorisk indberettes ved opstart af alle forløbselementer.

- ▶ Se modeludsnit i starten af dette kapitel. Henvisningsårsag er frivillig.

Ved planlagte forløb er henvisningstidspunktet tidspunktet for modtagelse af henvisningen i sygehusvæsenet – dvs. *før* en eventuel visitation. På private sygehuse og klinikker tilsvarende ved den første modtagelse af henvisningen på enheden.

Hvis forløbet startes akut uden henvisning, angives **henvisningsmåde** 'ingen henviser' i indberetningen, og henvisningstidspunktet sættes lig med starttidspunktet for forløbselementet. Hvis det akutte forløb er varslet fra anden part, *kan* henvisningstidspunktet ligge før opstart af forløbselementet, der senest skal starte ved modtagelse af patienten på den kliniske enhed.

- ▶ Modtagelse af henvisning på afdelingen og andre henvisnings- og ventetidsoplysninger indberettes som **forløbsmarkører**. Dette inkluderer startmarkøren 'akut patient'. Forløbsmarkørerne er beskrevet under afs. 4.3

4.2.1 Anvendte termer og definitioner – henvisningsoplysninger

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
henvisningsinstans (henvisende instans)	<u>sundhedsaktør</u> med henvisningsret til sundhedsvæsenet Kommentar: SOR-klassificeret	
henvisning	anmodning fra en <u>henvisningsinstans</u> til en <u>sundhedsproducent</u> om udførelse af eller medvirken til en <u>sundhedsaktivitet</u> Henvisende instans kan være primærsektoren eller en anden <u>sundhedsproducerende enhed</u> (SOR-klassificeret)	
henvisningsmåde	angivelse af <u>henvisningsinstans</u> Kommentar: SKS-klassificeret. Omfatter også 'ingen henvisning', der indberettes for forløbselementer, der er oprettet akut uden henvisende part	
henvisningsperiode	periode fra <u>henvisningstidspunkt</u> til tidspunkt for første planlagte patientkontakt	
henvisningstidspunkt (henvisningsmodtagelsestidspunkt)	tidspunkt for modtagelse af en <u>henvisning</u> i sundhedsvæsenet Kommentar: Modtagelsestidspunktet er før en eventuel visitation på sygehuset Starttidspunkt for henvisnings- og venteperiode. <i>Se også forløbsmarkører under afs. 4.3</i>	
henvisningsårsag	vurderingsresultat vedr. helbredstilstand der indgår i <u>henvisning</u> som grundlag for visitation Kommentar: klinisk begrundelse for en <u>henvisning</u> som den er modtaget på en <u>sundhedsproducerende enhed</u> . <i>Regional registrering. Anvendes ikke nationalt</i>	
frit sygehusvalg	Patientrettighed vedrørende <u>sundhedsintervention</u> på en anden sundhedsproducerende enhed end den, hvortil patienten oprindeligt er henvist Kommentar: Lovgivningen tager udgangspunkt i patientens rettigheder til frit sygehusvalg	
udvidet frit sygehusvalg	<u>Patient</u> rettighed vedrørende sundhedsintervention på ikke offentlig sundhedsproducerende enhed betalt af regionen Kommentar: Lovgivningen tager udgangspunkt i <u>patientens</u> rettigheder til udvidet frit sygehusvalg. <u>Behandlingen</u> (inkl. udredning) kan foregå på fx et privathospital eller i udlandet	

4.2.2 Dataindholdet i henvisningsoplysningerne

Følgende oplysninger indgår i Henvisningsobjektet:

Henvisning	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Forløbselement (eller Kontakt (frivillig))
henvisningstidspunkt	datoTid	tidspunkt	1	obligatorisk
henvisningsmåde	SKSkode	[admin. henvmaade]	1	obligatorisk
henvisende instans	SORKode	SORKlass	0..1	frivillig
henvisningsårsag	SKSerie	[diag] OR [proc.opr]	0..1	frivillig. Inkl. tillægskodning
fritvalg	SKSkode	[admin.fritvalg]	1	obligatorisk

De samme oplysninger kan frivilligt knyttes til **Kontakt**-indberetningen.

4.2.2.1 Henvisningstidspunkt

Dato for modtagelse af en henvisning i sygehusvæsenet skal obligatorisk angives for alle nye forløbselementer. Henvisningstidspunktet kan være før starttidspunktet for forløbselementet.

► Starttidspunkt for forløbselement – se afs. 4.1.5.3

4.2.2.2 Henvisningsmåde

Henvisningsmåde angiver henvisende instans som typen af sundhedsfaglig enhed under lægefagligt ansvar, der **senest har (videre)henvist**, (om)visiteret eller behandlet patienten før nærværende henvisning.

Der skal obligatorisk angives (klassificeret) henvisningsmåde ved oprettelse af nyt forløbselement. Dette inkluderer 'ingen henviser' ved akut oprettet forløbselement.

Klassificering af henvisningsmåde for nyt forløbselement [admin.henvmaade]

SKS-kode	henvisningsmåde [admin.henvmaade]	Bemærkninger
ALDA00	ingen henviser	Selvhenvender uden henvisning. Kald på "112" (= kald efter ambulance). Indbragt uden henviser, herunder med ambulance. Overført fra præhospital (aftalt med regionerne)
ALDA11	akutordning	Vagtlæge og lignende akutordninger og -funktioner Ekskl: Akutmodtagelse på hospital
ALDA20	klinisk enhed	Patient henvist direkte fra egen eller anden klinisk enhed. Inkl: - patienter henvist/modtaget fra akut modtageafsnit - henvisninger/modtagelse fra private sygehuse og klinikker
ALDA30	praktiserende læge	Anvendes ved initial henvisning fra alment praktiserende læge Inkl: Forsikringsbetalt patient med henvisning fra alment praktiserende læge
ALDA31	praktiserende speciallæge	Anvendes ved initial henvisning fra anden praktiserende speciallæge Inkl: Forsikringsbetalt patient med henvisning fra praktiserende speciallæge Ekskl: Henvist fra alment praktiserende læge
ALDA40	nyfødt	Kun barnets fødselsforløb med fødselskontakten
ALDA50	udlandet	Patient henvist eller overført fra udlandet

SKS-kode	henvisningsmåde [admin.henvmaade]	Bemærkninger
ALDA90	anden (UNS)	Andre instanser fx Dansk Røde Kors, infirmerier, fængsler, Kriminalforsorgen, bosteder, tandlæger og forsikringsselskaber

4.2.2.3 Henvisende instans (frivillig)

Som supplement til henvisningsmåden kan den konkrete henvisende instans i relevante tilfælde indberettes med gyldig SOR-kode.

Indberetningen er frivillig.

4.2.2.4 Henvisningsårsag (frivillig)

Henvisningsårsagen angiver henviserens grund til henvisning. Det er således ikke visiterende klinikers visitationsdiagnose.

Indberetning af henvisningsårsag er frivillig. Kan være krævet regionalt/lokalt.

Værdien skal ved indberetning være fra sygdomsklassifikationen eller procedureklassifikationer, kodelister [diag] eller [proc.opr] inkl. eventuel tillægskodning (datatype: SKS-serie).

Eksempel: Henvisningsårsag: "obs pro"(+)sygdomsdiagnose

4.2.2.5 Frit valg

Oplysning om frit valg er obligatorisk som en del af henvisningsoplysningerne ved nyt forløbselement.

Oplysning om frit valg angives obligatorisk ved nyt forløbselement med en af følgende koder:

SKS-kode	frit valg [admin.fritvalg]	Bemærkninger
ALDB00	fritvalg ikke relevant	<i>default værdi</i>
ALDB01	frit sygehusvalg	ved henvisning eller omvisitering til offentligt sygehus fra offentligt sygehus, når patienten har benyttet sig af frit sygehusvalg til at vælge et andet sygehus i anden eller egen region
ALDB02	udvidet frit sygehusvalg	ved henvisning eller omvisitering til privat eller forsikringsejet sygehus eller klinik fra offentligt sygehus
ALDB03	offentligt udbud / samarbejdsaftale	kun private sygehuse og klinikker

4.3 Forløbsmarkører

Forløbsmarkører er en fælles generel metode for angivelse af **tidstro markeringer** af forskellige slags forløbsrelaterede hændelser mv. Forløbsmarkørerne samler alle formål til uddata (monitoreringer) med udgangspunkt i de forskellige lovgivningsbaserede patientrettigheder i en forløbsregistrering af tidsstemplede målepunkter i patientens helbredsforløb.

Forløbsmarkørerne er som hovedregel dannet i forlængelse af politiske aftaler vedrørende patientrettigheder. For alle områder er der udarbejdet markører til brug for monitorering af, om de politiske mål opnås.

Forløbsmarkøren er et klassificeret tidsstempel, der beskriver en forløbshændelse. Forløbsmarkører knyttes i indberetningen til det (mest) relevante **Forløbselement**.

Sygdomsspecifikke forløbsmarkører (fx kræftpakkeforløbsmarkører) skal altid knyttes til forløbselementet for sygdommen.

Den enkelte enhed, der har **forløbsansvaret** for patientens helbredsforløb i en periode og dermed også indberetningen af forløbselementet, har ansvaret for at indberette de **tidstro forløbsmarkører**, der kræves inden for tidsrammen af forløbselementet. Kun de krævede og relevante markører, som de faktisk optræder inden for denne tidsramme, skal registreres og indberettes.

Der kan i forbindelse med en patientkontakt skulle indberettes forløbsmarkører i forhold til flere helbredsforløb, hvis enheden på kontakten har beskæftiget sig med flere af patientens forløb.

Eksempel

Medicinsk afdeling har en patient gående i et diabetes type 2-forløb. Indberetningen af forløbsmarkører, kontakter og ydelser mm. foretages derfor under et forløbselement med forløbslabel 'Type 2-diabetes'.

Det opdages i forbindelse med diabetes-behandlingen, at der er begrundet mistanke om en hjertesygdom (angina pectoris), hvorfor patienten skal indgå i et nyt sygdomsforløb under den samme enhed[#].

Afdelingen skal derfor, ud over og ud fra diabetes-forløbet, oprette og indberette et nyt forløbselement med **referencetype** 'ny sygdom' for den mistænkte hjertesygdom (**forløbslabel** 'Hjertesygdomme') (se-
nest) ved den første forløbshændelse – **startmarkør** 'henvist til udredning' {AFV01A1}.

Forløbsmarkører, der primært tilhører hjerte-forløbet, knyttes til dette forløbselement, herunder også de markører, der markerer målepunkter for patientens udredningsret og ventetider

- [#]) Hvis, jf. eksemplet, udredningen og behandlingen af den mistænkte hjertesygdom i stedet skal ske på anden enhed, sendes henvisning til denne enhed, der så opretter det nye forløbselement ved modtagelsen af henvisningen, der angiver, at der er tale om "ny sygdom"

4.3.1 Typer af forløbsmarkører

Forløbsmarkørerne markerer tidstro hændelser i et helbredsforløb. Forløbsmarkører er i udgangspunktet uafhængig af patientkontakter, idet mange hændelser netop ikke sker, når der er patientkontakt, men der kan være tidsmæssig sammenhæng og/eller regler for, at der ved henvisning til kontakt eller forløb, ved kontaktstart og ved kontaktafslutning skal indberettes forløbsmarkører.

Der er logisk set tre **typer** af forløbsmarkører for hændelser i helbredsforløbet:

- markør for enkelthændelse ("statement-markør").
Fx: 'udredningsplan udarbejdet (årsag)'
- forløbsmarkør for start af periode (statusmarkør).
Fx: 'henvist til udredning', 'ikke ventende, klinisk begrundelse, start', 'udredning start', 'specialiseret genoptræning start' og 'initial behandling start, kirurgisk' (pakkeforløb for kræft)
- forløbsmarkør for afslutning af periode eller for pakkeforløb.
Fx: 'specialiseret genoptræning slut', 'diagnostisk pakkeforløb slut, klinisk beslutning', 'ikke ventende, klinisk begrundelse, slut' og 'kræftpakkeforløb slut, diagnose afkræftet"

De to sidste kategorier betegnes i denne vejledning også som "periodemarkører".

Bemærk

Betegnelsen "**startmarkør**" anvendes kun i forhold til det generelle krav om, at der ved nyt forløbselement altid skal angives mindst én første forløbsmarkør – startmarkøren. Den samme type af forløbsmarkør kan også være markør inde i et igangværende forløb, fx 'henvist til behandling', som sættes ved ny venteperiode inden for det igangværende sygdomsforløb, men så anvendes betegnelsen startmarkør ikke. Kun en begrænset del af forløbsmarkørerne kan være startmarkører.

På de fleste områder er det en ny periodemarkør, der afløser den status, der er sat ved en tidligere forløbsmarkør, fx ved overgang fra (aktiv) venteperiode til periode med udredning (start) eller behandling (start). Der er i sådanne tilfælde ikke en "slut-markør", idet en ny statusmarkør sætter den nye status.

På andre områder findes og anvendes forløbsmarkører obligatorisk både for start af og afslutning af en periode, hvor et forhold er gældende, fx passivperioder – se nærmere i følgende afsnit 4.3.1.1

På nogle områder er der således krav om en specifik forløbsmarkør for afslutning, mens det på andre områder kan/vil være en ny forløbsmarkør, der afslutter det indtil nu gældende status eller forhold.

Hvad, der kan eller skal følge hvad, fremgår af senere afsnit i dette kapitel samt af de **flow-diagrammer**, der indgår i **Bilag 1b**.

Eksempler

Start på udredning (første kontakt) afløser 'henvist til udredning', hvorefter patienten ikke længere er henvist til udredning.

Somatisk pakkeforløb slut ved afkræftet diagnose afbryder udredningsperioden for patient, der udredes i pakkeforløb.

Hvis patienten ikke afsluttes ved "afkræftet diagnose" men derimod fortsætter udredningen for anden sygdom, skal der registreres forløbsmarkører jf. udredningsretten

Passivperioder under en venteperiode, klinisk begrundet eller efter patientens ønske, skal normalt altid markeres med både en forløbsmarkør for start og slut af perioden – se dog i det følgende

4.3.1.1 Forløbsmarkører, der afgrænser perioder

Der er en række forløbsmarkører, der som periodemarkører anvendes til at markere starttidspunkter og sluttidspunkter for specificerede perioder, dvs. områder, hvor der er parrede markører for start og slut, der i princippet altid kun giver mening sammen.

Det drejer sig om følgende områder²:

- Passivperiode – ikke-aktiv periode i venteperiode
- Periode med specialiseret genoptræning
- Periode med specialiseret rehabilitering
- Færdigbehandlet indlagt patient
- Psykiatriske vilkår (se nærmere detaljer i Kap. 8, afs. 8.5.9)

Indholdet i perioder inden for disse områder kaldes i det følgende med en fælles term for en "periode".

Der gælder følgende generelle principper for periodemarkører³:

- Der skal kun sættes en forløbsmarkør (FM) for afslutning, når perioden faktisk afsluttes, før eller eventuelt ved forløbselementsafslutning (se 2. bullet)
 - o Eksempel: Hvis patienten ved afslutning af forløbselementet (FE) fortsat er færdigbehandlet, skal der ikke sættes en FM for "slut af færdigbehandlet"
 - o Hvis en periode (uden afbrydelse af det specificerede forhold/vilkår mm) skal fortsætte under nyt FE, skal der **ikke** registreres en slut-markør
 - Eksempel: Retspsykiatrisk patient med retsligt vilkår, der overflyttes til anden enhed under andet FE, når vilkåret fortsat er gældende ved afslutning fra den første enhed
- Perioder, der faktisk afslutter samtidig med afslutning af FE, behøver ikke afsluttes med slut-markør
 - o Dog skal **Udredningsretten efter påbegyndt udredning altid afsluttes** – se under afs. 4.3.8
 - o Eksempel: Henvisningsperiode med markør for passivperiode {AFV02L1} "ikke ventende, patientens ønske, start". Forløbet afsluttes efter patientens ønske før påbegyndt udredning med {AFV01X2} 'venteperiode afsluttet, patientens ønske'. Slut-kode for passivperiode er ikke nødvendig her
- Der skal, når en **periode faktisk fortsætter** i forbindelse med ansvarsoverdragelse fra en enhed til en anden og deraf følgende nyt FE, på det nye FE altid (ud over FE-startmarkør) sættes en FM for (fornyet) start af perioden, fx {AWA1} 'Færdigbehandlet i stationært regi' (afs. 4.3.13)
 - o Der er generelt ikke nogen dedikerede "fortsættelsesmarkører"
 - Eksempel: Psykiatrisk retsligt vilkår for X-vilkår, der fortsætter ved overflytning fra en psykiatrisk afdeling til en anden

² Orlov og længerevarende fravær med og uden aftale (psykiatri) indgår i indberetningen under 'Opholdsadresse' – se videre under afs. 5.8

³ Disse principper gælder alle specificerede perioder med mindre, at andet konkret er angivet i denne vejledning

4.3.2 Anvendte termer og definitioner – forløbsmarkører

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
"diagnose afkræftet"	(indgår i pakkeforløb for kræft (forløbsmarkør)): "diagnose afkræftet" anvendes som term, når en specifik mistænkt kræftsygdom afkræftes)	
'henvist til behandling'	<i>forløbsmarkør for henvist til behandling anvendes til afgrænsning af den patientoplevede ventetid til behandling jf. Sundheds- og Ældreministeriets vejledning: VEJ nr 9988 af 22/09/2016</i> I henvisningsperioden til behandling kan der registreres passivperioder	
behandling	<u>sundhedsintervention</u> hvor <u>sundhedsformålet</u> er at påvirke en patients <u>helbredstilstand</u>	
endelig behandling	<u>behandling</u> der klinisk vurderes til bedst at kunne afhjælpe den aktuelle <u>helbredstilstand</u> Kommentar: Endelig behandling kan have et kurativt og/eller et palliativt sigte.	
'behandling start'	<i>forløbsmarkør for start af behandling anvendes til afgrænsning af den patientoplevede ventetid til behandling jf. Sundheds- og Ældreministeriets vejledning: VEJ nr 9988 af 22/09/2016</i>	
endeligt udredt (endelig udredt patient)	status for <u>patient</u> der har gennemgået et <u>udredningsforløb</u> der følger anerkendt klinisk praksis og har afklaret henvisningsindikationen i en sådan grad, at patienten kan informeres om behandlingsmulighederne Kommentar: Udredningen afsluttet, således at <u>endelig behandling</u> kan besluttes Ved Udredningsretten: Lig med <u>klinisk beslutningstidspunkt</u>	
forløbsmarkør	tidsstempelt angivelse af en begivenhed i et <u>helbredsforløb</u> Eksempel: 'Lungekræft: Henvisning til pakkeforløb start' Forløbsmarkører er SKS-klassificeret	
færdigbehandlet indlagt patient (færdigbehandlet patient i stationært regi)	<u>færdigbehandlet patient</u> , der ikke kan hjemtages af kommunen Kommentar: En <u>patient</u> er færdigbehandlet, når <u>patienten</u> ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. Hospitalets administrative opgaver skal være udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage <u>patienten</u> . Det betyder, at sygeplejerapport, evt. midlertidige hjælpemidler, medicin mv. skal være klar på tidspunktet for færdigbehandling, således at <u>patienten</u> ville kunne udskrives fra hospitalet	
færdigbehandlet patient	<u>indskrevet patient</u> hvis behandling ud fra en lægelig vurdering er afsluttet	
genoptræningsplan	individuel handlingsplan der beskriver det videre genoptræningsforløb	
informeret samtykke (samtykke)	samtykke der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra en <u>sundhedsperson</u> Kommentar: Samtykke kan være mundtligt eller skriftligt. Samtykke til undersøgelse, diagnosticering, behandling, genoptræning, pleje og forebyggelse er <u>patientens</u> frivillige accept af at ville modtage en bestemt <u>sundhedsintervention</u>	
initial behandling	(indgår i pakkeforløb for kræft (forløbsmarkør)): den første behandling i <u>endelig behandling</u> af kræftsygdom	
klinisk behandlingsbeslutning (klinisk beslutning om behandling)	beslutning der er truffet på baggrund af en <u>udredning</u> der følger anerkendt klinisk praksis og har afklaret henvisningsindikationen i en sådan grad, at <u>patienten</u> kan informeres om behandlingsmulighederne Kommentar: Klinisk beslutning afslutter udredningen	
klinisk beslutningstidspunkt	tidspunkt for klinisk beslutning om det videre sygdomsforløb Kommentar: For <u>patient</u> med rettighed til udredning eller behandling	
klinisk udredningsbeslutning (klinisk beslutning om udredning)	beslutning om hvad der videre skal ske, når retten til hurtig udredning ikke kan overholdes Kommentar: Hvis retten til hurtig udredning ikke kan overholdes, skal beslutningen resultere i en <u>udredningsplan</u>	
omvisitering	afslutning af en <u>henvisning</u> ved videresending af henvisning til en anden <u>sundhedsproducerende enhed</u>	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
opfølgningsplan	individuel handlingsplan der beskriver det videre behandlings- og kontrolforløb, der kommer efter primær behandling af alvorlig sygdom	
patientrettighed	rettighed som <u>patient</u> har i forbindelse med kontakt med sundhedsvæsenet	
ret til genoptræning	<u>patientrettighed</u> for <u>patient</u> der ud fra en sundhedsfaglig vurdering har behov for genoptræning	
ret til opfølgning ved alvorlig sygdom	<u>patientrettighed</u> for <u>patient</u> der har fået primær behandling for alvorlig sygdom	
samtykke til behandling	<u>informeret samtykke</u> der gives i forhold til en konkret <u>behandling</u>	
(samtykke til) onkologisk efterbehandling	(indgår i forløbsmarkør): samtykke til adjuverende onkologisk behandling under <u>patient-</u> rettigheder for "maksimale ventetider" Kommentar: adjuverende behandling er fortsættende onkologisk behandling ud over den primære (første) behandling af kræftsygdom. Adjuverende behandling er supplerende behandelende og/eller recidivforebyggende	
sekundær udredning	(forløbsmarkør, pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype): <i>Se pakkeforløbsbeskrivelse</i>	
'henvist til udredning'	<i>forløbsmarkør for henvist til udredning anvendes til afgrænsning af den patientoplevede ventetid til behandling jf. Sundheds- og Ældreministeriets vejledning: VEJ nr 9988 af 22/09/2016</i> I henvisningsperioden til udredning kan der registreres passivperioder	
udredning	<u>sundhedsintervention</u> hvor <u>sundhedsformålet</u> er afklaring af og klinisk beslutning om hvilken <u>endelig behandling</u> <u>patienten</u> skal tilbydes Kommentar: Udredning kan foregå ambulant, omfattende et eller flere besøg, eller under indlæggelse. Start på udredning afslutter <u>henvisningsperiode</u>	
'udredning start'	<i>forløbsmarkør for start af udredning anvendes til afgrænsning af den patientoplevede ventetid til behandling jf. Sundheds- og Ældreministeriets vejledning: VEJ nr 9988 af 22/09/2016</i>	
udredningsperiode	periode fra påbegyndelse af <u>udredning</u> til <u>klinisk beslutningstidspunkt</u> Kommentar: Der kan i udredningsperioden ske behandling, dog ikke endelig behandling	
primær udredning	(forløbsmarkør, pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype): <i>Se pakkeforløbsbeskrivelse</i>	
udredningsplan	individuel handlingsplan der beskriver det videre udredningsforløb	
udredningsret (Udredningsretten) (ret til hurtig udredning)	<u>patientrettighed</u> for nyhenviste, elektive <u>patienter</u> på hospital til udredning inden for 30 kalenderdage såfremt det er fagligt muligt Kommentar: Gælder ikke retspsykiatriske og tvangsindlagte <u>patienter</u> . Såfremt det ikke er muligt at udrede inden for 30 dage, skal <u>patienten</u> modtage en plan for det videre udredningsforløb	
visitation (visitering)	sundhedsfaglig vurdering og administrativ vurdering af en <u>patients</u> behov for <u>sundhedsintervention</u> og prioritering heraf på baggrund af en <u>henvisning</u> eller en <u>patientkontakt</u>	

4.3.3 Indberetning af forløbsmarkør (logisk objekt)

Indberetningen af forløbsmarkører sker med reference (refID) til det forløbselement, som forløbsmarkøren knytter sig relevant til.

Alle egenskaber er obligatoriske ved indberetning.

Forløbsmarkør indberettes med følgende oplysninger:

Forløbsmarkør	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel /beskrivelse
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Forløbselement
Kode	SKSKode	[forloeb.markoer]	1	obligatorisk. Klassificeret hændelses- eller statusmarkering
Tidspunkt	datoTid	-	1	obligatorisk. Forløbsmarkøren indberettes med et <i>tidstro</i> tidspunkt, som i realtid tidsstempler den hændelse, der angives med forløbsmarkøren (kode). Tidspunktet skal ligge inden for forløbselementets tidsramme

4.3.4 Anvendte generelle og specialiserede forløbsmarkører

Nedenstående brutto-liste er en syntese af eksisterende markørkoder (primært pakkeforløbskoder), der er LPR-relevante, samt nye koder oprettet til LPR3 til brug for ventetidsregistrering mv.

Generelle ventetidsmarkører er oprettet (under AFV01) som et fælles sæt for somatik og psykiatri.

► Forløbsmarkører, der anvendes i psykiatriske forløb, er (også) beskrevet under Kap. 8 'Psykiatri'

Bemærk

- De specifikke markører har fortrinsret frem for de generelle markører og kan erstatte disse i indberetningen fx ved pakkeforløb
 - de generelle markører er ikke krævet, når en specifik markør dækker hændelsen fx "henvist til pakkeforløb start" fremfor "henvist til udredning"
 - der kan dog anvendes dobbelt-kodning/indberetning, hvis regionen eller hospitalet ønsker det aht. logistik og patientoverblik
- Beskrivelsen her og resten af Kap. 4 er logisk og specificerer minimumskravene til *indberetningen*.
 - dette er og kan ikke være en systemspecifik og registreringsnær brugervejledning til et IT-system. Der henvises til lokal registreringsvejledning.

4.3.4.1 Forløbsmarkører [forloeb.markoer]

Kun indberetningsniveau er vist. Kodelisten [forloeb.markoer] indeholder de forløbsmarkører, der kan indberettes til LPR.

Bemærk

Koder, der er angivet som "frivillig", er ønsket af regionerne og kan derfor være krævet lokalt. Disse koder indgår generelt ikke i de nationale monitoreringer men kan i visse tilfælde, som angivet, erstatte angiven anden kode.

► Der henvises til pakkeforløbsbeskrivelserne vedrørende definitioner og anvendelse af pakkeforløbsmarkørerne

Markører for diagnostisk pakkeforløb

AFA01A	diagnostisk pakkeforløb: henvisning til pakkeforløb start
AFA01B	diagnostisk pakkeforløb: udredning start, første fremmøde
Afslutning af diagnostisk pakkeforløb	
AFA01X1	diagnostisk pakkeforløb slut, klinisk beslutning
AFA01X2	diagnostisk pakkeforløb slut, patientens ønske
AFA01X9	diagnostisk pakkeforløb slut, anden årsag

Markører for kræftpakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype

AFD01A	metastaser uden organspecifik kræfttype: henvisning til pakkeforløb start
AFD01B	metastaser uden organspecifik kræfttype: primær udredning start, første fremmøde
AFD01C	metastaser uden organspecifik kræfttype: henvisning til sekundær udredning
AFD01D	metastaser uden organspecifik kræfttype: sekundær udredning start, første fremmøde
Opfølgning (metastaser uden organspecifik kræfttype)	
AFD01P1	metastaser uden organspecifik kræfttype: udlevering af opfølgningsplan
Afslutning af pakkeforløb (metastaser uden organspecifik kræfttype)	
AFD01X1	metastaser uden organspecifik kræfttype: pakkeforløb slut, klinisk beslutning
AFD01X2	metastaser uden organspecifik kræfttype: pakkeforløb slut, patientens ønske
AFD01X9	metastaser uden organspecifik kræfttype: pakkeforløb slut, anden årsag

Særlig markør for kræftforløb uden pakke

AFC01P1	kræftforløb uden pakke: udlevering af opfølgningsplan Bemærk: Eneste specifikke forløbsmarkør for kræftforløb uden pakke. Der anvendes i øvrigt generelle forløbsmarkører for patientrettigheder mv. Krav ikke endeligt fastlagt
---------	---

Markører for specifikke kræftpakkeforløb (KPF)

ikke alle relevante i alle forløb

?? = nummer (2-cifret) for specifik pakke
en kode af en given type pr. pakkeforløb

Henvist til pakkeforløb (KPF)	
AFB??A	KPF: henvisning til pakkeforløb start AFB??A-kode anvendes som startmarkør på kræftpakkeforløb samt som forløbsmarkør i et igangværende sygdomsforløb, hvor helbredstemaet fx under udredningen ændres fra ikke-kræftsygdom til pakke-beskrivet kræftsygdom Bemærk: Ved start af sekundære forløbselementer i pakkeforløb kan den generelle startmarkør {AFV01A2} 'patient i igangværende pakkeforløb' anvendes – se under generelle forløbsmarkører

Start af udredning (KPF)	
AFB??B	KPF: udredning start, første fremmøde Bemærk: Kan erstatte registrering af generel kode for "udredning start" Denne forløbsmarkør afslutter henvisningsperioden til udredning

Klinisk beslutning om behandling (KPF)

Koderne anvendes i pakkeforløbene som indikator for afslutning af udredningen jf. pakkebeskrivelserne.
Kan erstatte generel AFX01(A-C) kode, som anvendes i andre forløb – se senere

AFB??C1	KPF: beslutning: tilbud om initial behandling
AFB??C1A	KPF: beslutning: tilbud om initial behandling i udlandet
AFB??C2	KPF: beslutning: initial behandling ikke relevant Inkl: Radikal behandling udført under udredningen, ingen yderligere behandling; anvend evt. {AFB??C2B} Ekskl: Overvågning uden behandling {AFB??C2A}
AFB??C2A	KPF: beslutning: initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling Obligatorisk specificeringsniveau for visse pakkeforløb
AFB??C2B	KPF: beslutning: initial behandling ikke relevant, radikal operation i udredningsforløbet <i>Frivilligt specificeringsniveau til "C2"</i>
AFB??C2C	KPF: beslutning: initial behandling ikke relevant, patientens tilstand <i>Frivilligt specificeringsniveau til "C2"</i>

Behandling (KPF)

Der skal kun indberettes én (1) kode fra denne liste. Koden angiver starten af behandlingsperioden, der ofte består af flere behandlingsmodaliteter.

Initial behandling inkluderer neoadjuverende behandling

AFB??F1	KPF: initial behandling start, kirurgisk
AFB01F1A	brystkræft: initial behandling start, kirurgisk med plastikkirurgisk assistance NB: kun brystkræft-pakkeforløb
AFB16F1A	kræft i prostata: initial behandling start, nervebesparende kirurgi NB: kun prostatakraft-pakkeforløb
AFB??F2	KPF: initial behandling start, medicinsk
AFB??F3	KPF: initial behandling start, strålebehandling

Opfølgning (KPF)

AFB??P1	KPF: udlevering af opfølgningsplan Bemærk: Krav ikke endeligt fastlagt
---------	--

Afslutning af pakkeforløb (KPF)

AFB??X1	KPF: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet Bemærk: Hvis udredningen fortsætter under udredningsretten efter afkræftelse af kræftsygdom, skal der i det fortsatte forløb registreres generelle forløbsmarkører for udredning {AFX01-koder} og eventuelt behandling {AFV01-koder}
AFB??X2	KPF: pakkeforløb slut, patientens ønske
AFB??X9	KPF: pakkeforløb slut, anden årsag

Generelle markører for forløb i somatik og psykiatri

Henvist til udredning eller undersøgelse		vedrørende (henvist til) behandling – se senere
AFV01A1	henvist til udredning	Forløbsmarkøren angiver tidspunktet for modtagelse af henvisning til udredning på den kliniske enhed, der skal udrede patienten. Inkl: - henvist til fortsat udredning på ny klinisk enhed, evt. {AFV01A1B} - omvisiteret til udredning fra anden enhed inden start af udredning, evt. {AFV01A1C} - henvist til koloskopi som led i tarmkræftscreening (indgår i maksimale ventetider), evt. {AFV01A1A} - ny udredningsret hhv. ny ventetid til udredning i eksisterende sygdomsforløb Ekskl: - henvist til diagnostisk undersøgelse {AFV01A3} - patienter henvist til udredning i pakkeforløb {AFB??A} - henvist til udredning "uden patientrettighed" {AFV01A8} Bemærk: Frivillig specificeret underkode kan anvendes i stedet
AFV01A1A	henvist til udredning, maksimale ventetider	<i>frivillig specifikation</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01A1} 'henvist til udredning' til at markere, at patienten er omfattet af maksimale ventetider. Inkl: Patienter henvist til koloskopi i screeningsforløb for kolorektalkræft Ekskl: patient henvist i igangværende pakkeforløb {AFV01A2}
AFV01A1B	patient i igangværende udredning	<i>frivillig specifikation</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01A1} 'henvist til udredning' til at markere, at forløbet fortsætter en udredning for samme sygdom, der er startet under et andet forløbselement
AFV01A1C	henvist til udredning, omvisiteret fra anden enhed	<i>frivillig specifikation</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01A1} 'henvist til udredning' til at markere, at forløbet opstartes i en igangværende henvisningsperiode, der er startet på en anden enhed
AFV01A2	patient i igangværende pakkeforløb	Kan anvendes <i>frivilligt</i> som startmarkør, hvor nyt (sekundært) forløbselement af organisatorisk grund oprettes i et igangværende pakkeforløb. Kan erstatte {AFV01A1} 'henvist til udredning' Ekskl: Første forløbselement i pakkeforløb for kræft, hvor der anvendes AFB??A-kode
AFV01A3	henvist til diagnostisk undersøgelse fra primærsektor	kun undersøgelser rekvireret fra og afsluttet til primærsektor. Ekskl: - Patienter henvist til koloskopi som første led i kolorektal screening – se 'henvist til udredning' hhv. 'henvist til udredning, maksimale ventetider' ovenfor. - Patienter henvist til klinisk mammografi mhp. eventuel videre udredning for brystkræft – se 'henvist til andet' {AFV01A8}
AFV01A4	henvist til diagnostisk undersøgelse fra klinisk enhed	<i>frivillig specifikation</i> Inkl: Anden offentlig eller privat enhed (inkl: anden enhed på eget sygehus) Ekskl: Undersøgelse rekvireret fra og afsluttet til primærsektor {AFV01A3} Bemærk: Hvis der er tale om ny udredningsret eller ventetid i sygdomsforløbet, der skal monitoreres, skal 'henvist til udredning' {AFV01A1} anvendes
AFV01A5	henvist til diagnostisk undersøgelse, omvisiteret fra anden enhed	<i>frivillig specifikation</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01A3/A4} til at markere, at forløbet opstartes i en igangværende henvisningsperiode, der er startet på en anden enhed
AFV01A6	henvist i graviditet	elektivt Inkl: Elektiv fødsel; selvstændigt forløb for provokeret abort Ekskl: Nyt forløb opstartet akut i graviditet eller ved akut fødsel {AFV01A9}
AFV01A7	henvist til kontrol	anvendes som startmarkør, hvis der oprettes henvisning til selvstændigt forløb (forløbselement) for kontrolperiode. Omfatter klinisk kontrol inkl. behandlingskontrol

AFV01A8	henvist til andet	forbeholdt henviste patienter "uden patientrettighed", der ikke er dækket af andre kategorier. Inkl: Brystkræftscreening ² , mental observation, fertilitetsbehandling (IVF), forskning, fortsættelse af tidligere lukket forløb fx ved udfyldelse af erklæring e.l., henvisning til ophold og behandling uden patientrettighed. Ekskl: mere relevant kategori, herunder ved patientrettighed(er) ² Bemærk: Patient i national kolorektalscreening, der skal have udført koloskopi, indgår under maksimale ventetider: {AFV01A1}, evt. {AFV01A1A}
AFV01A8A	selvhenvender i privat regi	forbeholdt patienter, der modtages i privat regi til undersøgelse og behandling for egne midler (selvbetalers/forsikringsbetalt) uden patientrettigheder Ekskl: Akut patient {AFV01A9}
AFV01A9	akut patient	anvendes kun ved start af nyt forløbselement ved akut kontakt Inkl: Nyfødte (startmarkør); spontan abortering som første kontakt i graviditet (startmarkør) Ekskl: Akut kontakt i eksisterende forløb (forløbselement)

Bemærk: Anvendelsen af de frivillige koder AFV01A1B, AFV01A1C og AFV01A2 forudsætter, at generel obligatorisk henvisningskode (AFV01A1) er registreret tidligere i samme helbredsforløb.

Start af udredning		
AFV01B	udredning start	Afslutter henvisningsperiode til udredning. Ekskl: Start af udredning i kræftpakkeforløb {AFB??B} Bemærk: For patienter henvist til udredning skal der obligatorisk registreres forløbsmarkør ved start af udredningen. Udredningsstart er normalt første fremmøde på klinisk enhed, men kan også være fremmøde på paraklinisk enhed jf. de kliniske retningslinjer for udredning i det konkrete forløb. Udredningen kan også starte uafhængigt af patientkontakt, fx ved start af hæmatologisk udredning på baggrund af prøvesvar jf. de kliniske retningslinjer for specialet. Hvis patienten indgår i pakkeforløb for kræftsygdom, anvendes i stedet pakkeforløb-specifik AFB??B-kode – se "Markører for specifikke kræftpakkeforløb"

Forløbsmarkører for udrednings- og behandlingsret (somatik og psykiatri)

- ▶ Hvis patienten indgår i kræftpakkeforløb, anvendes i stedet fortrinsvis pakkeforløbskoder – se under "Markører for specifikke kræftpakkeforløb"
- ▶ Generelle startmarkører for nye forløb – se ovenfor

Klinisk beslutning om videre udredning – udredningsplan udarbejdet	
AFX01D1	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. faglige årsager
AFX01D1A	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. pårørende eller ekstern samarbejdspart
AFX01D2	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. patientens afslag på tilbud om udredning i anden enhed
AFX01D3	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. patientens ønske om udredning på et senere tidspunkt end tilbudt
AFX01D4	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. manglende kapacitet
AFX01D9	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. andre årsager

Afslutning af udredning på forløbselement inden afsluttet klinisk udredning <i>frivillig</i>		
AFX01E	klinisk beslutning: henvises til videre udredning i anden enhed	Denne frivillige forløbsmarkør erstatter <i>ikke</i> andre markører

Klinisk beslutning om behandling – endeligt udredt

I somatiske pakkeforløb anvendes i stedet AFB??C*-kode eller AFB??X1-kode som indikator for endt udredning/behandlingsbeslutning.

Bemærk: "Endeligt udredt" er udredning i en grad, der er tilstrækkelig for, at der kan træffes klinisk beslutning om behandling, og patienten informeres herom. Kræver ikke patientens samtykke til behandling

AFX01A	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling i sygehusregi	
AFX01A1	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling, udvidet frit sygehusvalg	<i>frivillig specifikation.</i>
AFX01A2	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling, ej ret til udvidet frit sygehusvalg	Erstatter {AFX01A}
AFX01A3	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling igangsat i umiddelbar forlængelse af udredning	<i>Frivillig specifikation.</i> Kan anvendes i stedet for kombinationen: AFX01A-AFV01E*-AFV01F, når der behandles umiddelbart i forlængelse af afsluttet udredning på samme dato. Ekskl: patientoplevelt ventetid –se {AFX01A-AFV01E*-AFV01F}
AFX01C	klinisk beslutning: endeligt udredt/udredning slut, ingen behandling i sygehusregi Bemærk: Alle patienter, hvor udredning afbrydes eller afsluttes under og efter endt udredning. Inkl: • Udredning afbrudt eller afsluttet med klinisk begrundelse eller efter patientens ønske • Intet klinisk behandlingsbehov i hospitalsregi efter afsluttet udredning • Ingen behandling som følge af patientens ønske i forbindelse afsluttet udredning • Hvor behandling er foretaget i udredningsperioden, og der ikke skal være yderligere behandling Ekskl: • Patienter henvist til udredning, hvor henvisningsperioden afsluttes, <i>inden</i> udredningen er startet – afsluttes med AFV01X*-kode	

Samtykke til behandling (somatik, maksimale ventetider) frivillig

AFV01C8	samtykke til behandling, maksimale ventetider	<i>frivillig.</i> Kan anvendes for patienter omfattet af maksimale ventetider
AFV01C9	samtykke til onkologisk efterbehandling, maksimale ventetider	<i>frivillig.</i> Kan anvendes for patienter omfattet af maksimale ventetider

Henvist til behandling

AFV01E1	henvist til behandling	Forløbsmarkøren angiver tidspunktet for modtagelse af henvisning til behandling på den kliniske enhed, der skal behandle patienten. Bemærk: Obligatorisk ved patientoplevelt ventetid til behandling uanset, hvilken enhed, der skal foretage behandlingen. Behandling inkluderer genoptræning, specialiseret rehabilitering (behandling) ^{*)} og palliativ behandling (hospice) med ventetid til behandling. Inkl: • henvist til fortsat behandling på under nyt forløbsansvar (forløbs-element/klinisk enhed) (evt. {AFV01E1B}) • omvisiteret til behandling fra anden enhed inden start af behandling, evt. {AFV01E1C} • ny patientrettighed/ventetid til behandling i eksisterende sygdomsforløb Ekskl: henvist til behandling "uden patientrettighed" {AFV01A8} ^{*)} Ekskl. ophold på visse rekreative- og rehabiliteringsenheder jf. BEK nr 657 af 28/06/2019, § 21
---------	------------------------	--

AFV01E1A	henvist til behandling, maksimale ventetider	<i>frivillig specifikation.</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01E1} for patienter omfattet af maksimale ventetider
AFV01E1B	patient i igangværende behandling	<i>frivillig specifikation.</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01E1} 'henvist til behandling' til at markere, at forløbet fortsætter en behandling for samme sygdom, der er startet under et andet forløbselement
AFV01E1C	henvist til behandling, omvisiteret fra anden enhed	<i>frivillig specifikation.</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01E1} 'henvist til behandling' til at markere, at forløbet opstartes i en igangværende henvisningsperiode, der er startet på en anden enhed
AFV01E2	henvist til behandling, ej ret til udvidet frit sygehusvalg	fx sterilisation Erstatter {AFV01E1}
AFV01E3	henvist til onkologisk efterbehandling, maksimale ventetider	<i>frivillig.</i> Kan erstatte {AFV01E1} for patienter omfattet af maksimale ventetider
AFV01A2	henvist i igangværende pakkeforløb	Kan anvendes <i>frivilligt</i> som startmarkør, hvor nyt (sekundært) forløbselement af organisatorisk grund oprettes i et igangværende pakkeforløb. Kan erstatte {AFV01E1} 'henvist til behandling', når der ikke er tale om ny patientoplevelt ventetid til behandling. Ekskl: Første forløbselement i pakkeforløb for kræft, hvor der anvendes AFB??A-kode

Bemærk: Anvendelsen af de frivillige koder AFV01E1B, AFV01E1C og AFV01A2 forudsætter, at generel obligatorisk henvisningskode (AFV01E1) er registreret tidligere i samme helbredsforløb.

Start af behandling		
AFV01F	behandling start	Afslutter henvisningsperiode til behandling. Bemærk: Obligatorisk ved patientoplevelt ventetid til behandling. Inkl: Maksimale ventetider fra samtykke er givet eller 'henvist til behandling' Bemærk: I kræftpakkeforløb anvendes {AFB??F*}-kode
AFV01F1	behandling start, onkologisk efterbehandling, maksimale ventetider	<i>Frivillig specifikation.</i> Kan erstatte {AFV01F} for patienter omfattet af maksimale ventetider

Afslutning af behandling		
AFV01X9	behandling slut	<i>frivillig</i>

Andre forløbsmarkører

Markører (periodemarkører) til anvendelse i henvisnings- og venteperioder

Ventetidsmarkører for "ikke ventende" (afs. 4.3.7.1)	
Passivperioder, der indberettes i henvisningsperioden (evt. venteperioden) til udredning eller behandling. Angives med forløbsmarkører for start og afslutning af passivperiode. Obligatorisk i henvisningsperioden med mindre, at passivperioden afsluttes samtidig med, at forløbet afsluttes uden genoptagelse af venteperioden, fx ved registrering af {AFV01X2}	
AFV02K1	ikke ventende, klinisk begrundelse, start
AFV02K2	ikke ventende, klinisk begrundelse, slut
AFV02L1	ikke ventende, patientens ønske, start
AFV02L2	ikke ventende, patientens ønske, slut

Periodemarkører for "ventende" (afs. 4.3.7.2) frivillige

Kan indberettes i henvisnings- eller venteperiode til udredning eller behandling.
Angives med forløbsmarkører for start og afslutning af perioden

AFV03A1	ventende, manglende oplysninger, start
AFV03A2	ventende, manglende oplysninger, slut

Henvisningsperiode/venteperiode afsluttet (obligatorisk/frivillig)

AFV01X1	venteperiode afsluttet, klinisk begrundelse	Anvendes obligatorisk til markering i de tilfælde, hvor en henvisningsperiode til udredning, dvs. før første besøg, afsluttes <i>før</i> påbegyndt udredning af de angivne grunde. Kan anvendes frivilligt også efter første besøg. Kan tilsvarende anvendes frivilligt ved "henvist til behandling". Ekskl: Afslutning efter påbegyndt udredning (efter første fremmøde) - se {AFX01C} 'Klinisk beslutning: endeligt udredt/udredning slut, ingen behandling i sygehusregi'
AFV01X2	venteperiode afsluttet, patientens ønske	
AFV01X3	patienten omvisiteret til anden enhed	<i>frivillig</i> Kan kun anvendes i henvisningsperioden inden første fremmøde

Færdigbehandlet indlagt patient

► Se nærmere beskrivelse i afs. 4.3.13

AWA1	færdigbehandlet i stationært regi
AWX1	ikke færdigbehandlet i stationært regi

Genoptræningsperioder

Genoptræningsperioder skal af hensyn til kommunal medfinansiering markeres med periodemarkører for start hhv. afslutning af behandlingsperiode.

► Se nærmere beskrivelse i afs. 4.3.12

Forløbsmarkører for start af genoptræning og rehabilitering

AWG2	almen genoptræning, start	forløbsmarkører for start af periode af den angivne type
AWG2A	almen genoptræning på basalt niveau, start	
AWG2B	almen genoptræning på avanceret niveau, start	
AWG1	specialiseret genoptræning, start	
AWG5	rehabilitering på specialiseret niveau, start	

Forløbsmarkører for afslutning af genoptræning og rehabilitering

AWX23	almen genoptræning, slut	forløbsmarkører for afslutning af periode af den angivne type
AWX23A	almen genoptræning på basalt niveau, slut	
AWX23B	almen genoptræning på avanceret niveau, slut	
AWX21	specialiseret genoptræning, slut	
AWX22	rehabilitering på specialiseret niveau, slut	

4.3.5 Forløbsspor, flow-diagrammer og indgange til forløb

I **Bilag 1b**⁴ findes et antal flow-diagrammer, der grafisk viser de forskellige **forløbsspor**, som de relevante (obligatoriske og frivillige) forløbsmarkører kan indgå i. Diagrammerne viser, hvilke forløbsmarkører, der kan eller skal følge hinanden i det enkelte forløb (spor).

Et eksempel er det generelle diagram (1) for somatisk udredning og behandling. Diagram 1 er vist på følgende side. Det omfatter generel udredning og behandling *med* patientrettigheder, dvs. forløb der er omfattet af udredningsret og generelle oplysninger til brug for monitorering af ventetider til udredning og behandling.

Diagrammet dækker *ikke* pakkeforløb for kræftsygdomme og psykiatriske sygdomsforløb, der har egne diagrammer – se *følgende oversigt*.

Pointen med flow-diagrammerne og de forskellige forløbsspor, som de afspejler, er:

- Patienten er i forhold til det enkelte sygdomsforløb altid i ét og kun et spor ad gangen
- Sporet viser og inkluderer alle nødvendige forløbsmarkører

Bemærk: Der kan være regionale afvigelser fra de generelle minimumsprincipper, der beskrives her.

Diagrammerne er ordnet kronologisk (fanebladene øverst) efter det normale kliniske forløb for udredning og behandling i et helbredsforløb.

Flow-diagrammerne har (til venstre) nogle primære indgange til sporene. Disse modsvarer start af nyt sygdomsforløb eller andet helbredsforløb subs. nyt forløbselement. I nogle tilfælde vil en indgang umiddelbart springe langt ind i diagrammet, fx ved modtagelse af henvisning på ny enhed til behandling.

Diagrammerne skal generelt læses fra venstre mod højre, men der er ofte flere veje at gå, ligesom enkelte trin kan overspringes i relevante tilfælde. Diagrammerne viser og markerer både obligatoriske og frivillige koder i det enkelte spor. Se *nærmere forklaring i Bilag 1b*.

Et forløbselement kan starte på en ny enhed på ethvert tidspunkt af sygdomsforløbet. Der skal for alle nystartede forløbselementer umiddelbart indberettes en **startmarkør** for forløbselementet.

Der er i Bilag 1b følgende flow-diagrammer (1-9) med tilhørende state-skemaer (= interne regler) og relevante startmarkør for (henvist til) planlagte forløb:

1. Generelle forløb i somatikken
2. Somatiske forløb, der indgår under bekendtgørelse om maksimale ventetider
3. Diagnostisk pakkeforløb
4. Metastaser uden organspecifik kræfttype
5. Organspecifikke kræftpakkeforløb
6. Onkologisk efterbehandling
7. Forløb i voksenpsykiatri
8. Forløb i børne- og ungepsykiatri
9. Startmarkører for (del)forløb uden yderligere markører – se afs. 4.3.5.1

Det generelle somatiske flow-diagram er gengivet som eksempel på næste side.

⁴ Bilagene findes på SDS' hjemmeside under "Landspatientregisteret"

The flowchart illustrates the trial protocol for AFV01X1/2, starting with patient allocation to either the 'udredning' (diagnosis) or 'behandling' (treatment) group. The 'udredning' group starts with AFV01A1 (henvist til udredning) and AFV01B (udredning start). The 'behandling' group starts with AFV01C (behandling start) and AFV01D (behandling slut). Both groups then enter a follow-up phase (AFV01E) and a final assessment phase (AFV01F). The flowchart includes decision points for patient status (e.g., 'ikke ventende', 'ikke ventende klinisk begr.', 'ikke ventende klinisk begr., slut') and a 'BEMÆRK' (Note) section explaining the trial's design and the use of 'ikke ventende' markers.

Flowchart Structure:

- Start:** Patient allocation to 'udredning' or 'behandling'.
- Udredning (Diagnosis):**
 - AFV01A1: henvist til udredning
 - AFV01B: udredning start
 - AFV01C: behandling start
 - AFV01D: behandling slut
- Follow-up (AFV01E):**
 - AFV01E1: henvist til beh.
 - AFV01E2: henvist til beh. (ej ret til UFS)
- Final Assessment (AFV01F):**
 - AFV01F1: behandling start
 - AFV01F2: behandling slut
- Outcomes:**
 - AFV01X1/2: venteperiode afsluttet eller afbrudt
 - AFV01X1/2: venteperiode afsluttet eller afbrudt (patientens ønske)
 - AFV01X1/2: venteperiode afsluttet eller afbrudt (patientens ønske)

BEMÆRK (Note): Der må ikke være andre markører mellem de respektive par af 'ikke ventende', start- og 'slut'-markører, dog med 'videreudredning, udredningsplan udarbejdet' som en undtagelse (blå pil), da det kan være relevant at udarbejde en sådan f.m. med et pauseret forløb.

figur 1: Generelle forløb i somatikken

De til *flows* tilhørende *state*-skemaer (1-9) beskriver de interne regler for mulige *næste* markører ud fra et hvert punkt i forløbet, herunder angives det, om markørerne er obligatoriske eller frivillige.

Der kan i forløbet skiftes spor på ethvert tidspunkt. Afhængig af, hvornår i sporet, at skiftet sker, vil indgangen til et andet spor kunne ske på ethvert tidspunkt.

Det enkelte forløbselement følger et givet spor indtil sporskifte eller afslutning.

Som beskrevet tidligere i dette kapitel, kan et sygdomsforløb forgrene sig over flere forløbselementer, når flere enheder registrerer under hver sine egne forløbselementer.

4.3.5.1 Andre forløb – startmarkører for forløb uden yderligere markører

Diagrammerne i Bilag 1b omfatter **ikke** akut opstartede forløb og andre planlagte forløb med (intern/ekstern) ny henvisning til forløb "*uden patientrettighed*", dvs. uden udredningsret og ventetid.

Forløb "*uden patientrettigheder*" omfatter forløb med følgende startmarkører. Akut opstartet nyt forløb er også medtaget i tabellen for oversigtens skyld.

Forløb "*uden patientrettighed*" med startmarkører for nyt forløbselement:

Forløb – henvist til/i ...	Startmarkører for forløbselement	
diagnostisk undersøgelse (eksternt/internt henvist)	AFV01A3	'henvist til diagnostisk undersøgelse fra primærsektor' <i>Henvist fra og afsluttes til primærsektor</i>
	AFV01A4	'henvist til diagnostisk undersøgelse fra klinisk enhed'
	AFV01A5	'henvist til diagnostisk undersøgelse, omvisiteret fra anden enhed'
graviditet	AFV01A6	'henvist i graviditet' Ekskl: (akut) fødsel {AFV01A9} som første kontakt i graviditet, fertiliseringsbehandling (IVF) {AFV01A8}
kontrolforløb	AFV01A7	'henvist til kontrol' Kun ved selvstændigt nyt forløbselement oprettet til kontrolperioden. Inkl: klinisk kontrol og behandlingskontrol
fortsat behandling på ny enhed (nyt forløbselement) uden ventetid	AFV01A8	'henvist til andet' *) Patienter henvist til koloskopi i tarmkræftscreeningsprogram registreres med {AFV01A1} 'henvist til udredning', evt. {AFV01A1A}
brystkræftscreening *		
mental observation		
fertiliseringsbehandling		
forskningspatient		
selvhenvender i privat regi	AFV01A8A	kun private sygehuse og klinikker
akut patient	AFV01A9	'akut patient' Anvendes i alle tilfælde ved nyt forløbselement, der oprettes ved start af akut patientkontakt. Inkl: Nyfødt, akut fødsel (mor) som første kontakt i graviditet Ekskl: planlagt fødsel (mor) {AFV01A6}
Ved forløb, hvor disse startmarkører er anvendt, er der ikke krav om yderligere markører, med mindre, at der i det videre forløb opstår en ny patientrettighed, der kræver registrering af forløbsmarkør(er)		

Henvisnings- og venteperioder ved disse startmarkører indgår ikke i nationale monitoreringer.

4.3.6 Særlige scenarier i forbindelse med henvisningsperioden

I de følgende underafsnit er beskrevet nogle særlige situationer, der kan opstå i henvisningsperioden, dvs. efter modtagelse af en henvisning fra en anden part til udredning eller behandling i sundhedsvæsenet.

4.3.6.1 Afvisning af henvisning

Hvis en modtaget henvisning, fx ved en central visiteringsenhed, afvises umiddelbart, fordi henvisningen er fejlsendt eller fx, fordi der er en samarbejdsaftale om behandling af den pågældende sygdom hos en anden (offentlig eller privat) part, skal der ikke indberettes til LPR.

Det er vigtigt, at der i denne situation til en ny part videresendes de **oprindelige henvisningsoplysninger** – henvisningstidspunkt, henvisende part og evt. forløbsID – til den nye part, idet disse oplysninger skal indgå i indberetningen fra denne.

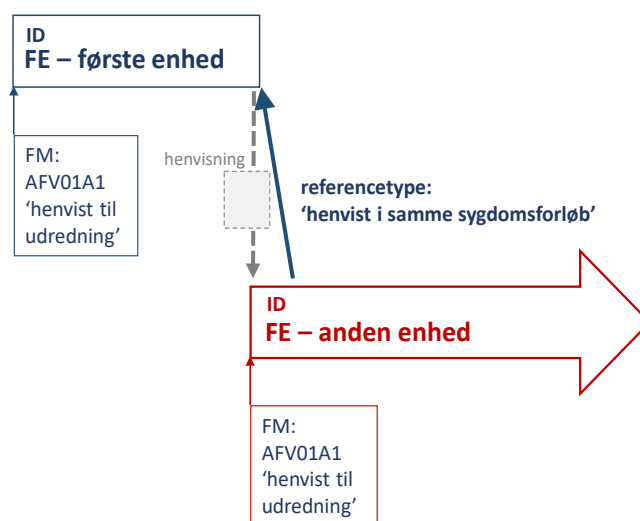
Ovenstående gælder ikke, hvis henvisningen er accepteret og visiteret til klinisk enhed.

4.3.6.2 Omvisitering i henvisningsperioden

Hvis en patient, der er henvist og visiteret til en klinisk enhed, omvisiteres i henvisningsperioden *inden* første patientkontakt, vil dette, hvis den nye enhed ikke fortsætter på samme forløbselement, afspejles i afslutning af det første forløbselement (FE) (1. del af henvisningsperioden med de oprindelige henvisningsoplysninger) og oprettelse af et nyt forløbselement på en anden enhed, svarende til, at forløbsansvaret overdrages fra den første enhed til den nye enhed, og henvisningsperioden fortsætter (2. del) på denne enhed.

Følgende illustration viser princippet ved **omvisitering** i henvisningsperiode til udredning, men princippet er det samme ved omvisitering i henvisningsperiode til behandling. Begge forløbselementer indberettes til LPR.

I stedet for {AFV01A1} kan der på det andet forløbselement anvendes den frivillige forløbsmarkør {AFV01A1C} 'henvist til udredning, omvisiteret fra anden enhed'.



Bemærk

I LPR3 indberettes alle henvisnings- og venteperioder, også fra enheder og forløb, hvor der ikke efterfølgende er en patientkontakt. Derved vil LPR omfatte alle de nødvendige oplysninger til brug for monitorering, også ved omvisitering. Det første forløbselement skal altid medtage de oprindelige henvisningsoplysninger, herunder oprindeligt henvisningstidspunkt og henvisningsmåde (= type af henviser).

4.3.6.2.1 Omvisitering i passivperiode

Ved omvisitering til anden enhed af en patient i en ikke afsluttet passivperiode, behøver passivperioden ikke afsluttes med slut-markør.

På det nye forløbselement skal der registreres ny forløbsmarkør for start (fortsættelse) af passivperiode, der afsluttes, når patienten igen ikke er passivt ventende.

4.3.6.3 Henvisningsperiode afbrudt inden første fremmøde (til udredning / behandling)

Hvis henvisningsforløbet afbrydes *inden* første fremmøde til udredning eller behandling, anvendes relevant slut-markør for henvisningsperioden:

Afslutning af henvisningsperiode til udredning inden start af udredningen	
AFV01X1	venteperiode afsluttet, klinisk begrundelse
AFV01X2	venteperiode afsluttet, patientens ønske
AFV01X3	patienten omvisiteret til anden enhed (frivillig)

Bemærk

Indberetning af X-markør er obligatorisk ved afbrydelse af henvisningsperiode til udredning.

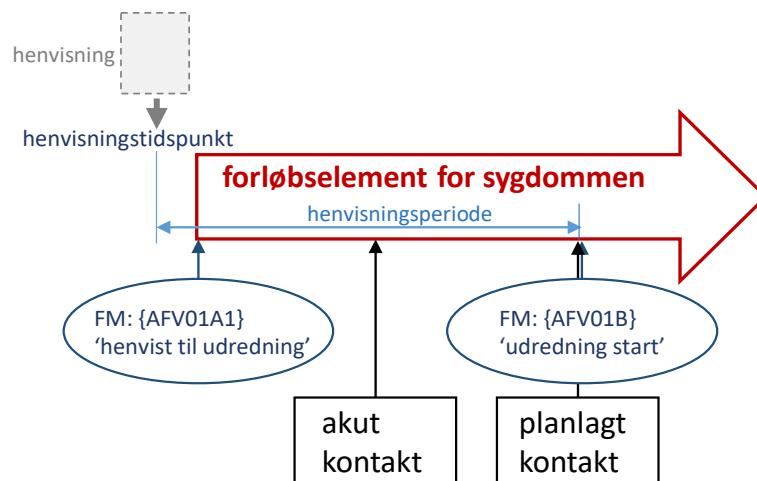
Markørerne kan desuden anvendes ved afbrydelse af henvisningsperiode til behandling og evt. efter første fremmøde i forløbet.

Ved afslutning af forløb under Udredningsretten efter første udredningsbesøg er slutmarkør {AFX01C} i alle tilfælde obligatorisk i indberetningen (afs. 4.3.8.4).

4.3.6.4 Patient henvist til planlagt forløb, der starter akut "før tid"

Et planlagt forløb oprettes senest ved modtagelse af henvisningen (start-forløbsmarkør) på den kliniske enhed, der skal have forløbsansvaret for patientens udrednings- eller behandlingsforløb.

Hvis patienten, der har en planlagt aftale, møder eller indbringes akut inden det aftalte tidspunkt for første kontakt, typisk pga. akut forværring af sygdommen, vil første fremmøde være en akut kontakt.



Hvis patienten efterfølgende fortsat er henvist til planlagt udredning eller behandling, fortsætter henvisningsforløbet uafbrudt indtil den første planlagte patientkontakt, hvor forløbsmarkøren, der afslutter henvisningsperioden, sættes – "udredning start" i det viste eksempel.

Hvis omvendt udredningen og behandlingen på den akutte kontakt overflødiggør det videre planlagte forløb, afsluttes henvisnings- og venteperioden i forbindelse med den akutte kontakt med relevant forløbsmarkør fx 'udredning start' {AFV01B} eller 'behandling start' {AFV01F}.

Afslutningsmarkør for venteperiode {AFV01X1} 'venteperiode afsluttet, klinisk begrundelse' anvendes i relevante tilfælde.

4.3.7 Ventetidsoplysninger

Oplysninger til brug for monitorering af henvisnings- og venteperioder til udredning og behandling mv. i forhold til gældende patientrettigheder indberettes som forløbsmarkører.

Der kan udover ved forløbsstart også være henvisnings- og venteperioder inden for et eksisterende sygdomsforløb, når der opstår **ny patientrettighed** fx ved mistanke om recidiv af kræftsygdom i kontrolperioden efter tidligere primær behandling.

Forløbsmarkørerne består af specifikke markører og generelle markører og inkluderer markører vedrørende maksimale ventetider for alvorlige sygdomme (kræft- og hjertesygdomme). Specifikke markører anvendes fremfor generelle markører. Regionerne kan dog vælge at "dobbeltregistrere".

Der er en klar opdeling mellem forløbsmarkørerne for pakkeforløb og andre forløb. I pakkeforløb anvendes primært pakkemarkører, i andre forløb primært generelle forløbsmarkører.

Eksempel

For en patient, der indgår i et pakkeforløb for specifik kræftsygdom, registreres specifikke pakkeforløbsmarkører – X-pakke (A-kode): "henvist til pakkeforløb start" / X-pakke (B-kode): "udredning start, første fremmøde" osv.

De specifikke markører dækker også de generelle rettigheder i forløbet, hvorfor der ikke også skal registreres generelle forløbsmarkører for 'henvist til udredning' hhv. 'udredning start' osv.⁵

De eneste generelle forløbsmarkører, der skal forekomme inden for et pakkeforløb, er markører for passivperioder, jf. følgende afs. 4.3.7.1, samt eventuelt startmarkør for 'patient i igangværende pakkeforløb' (generelle forløbsmarkører i afs. 4.3.4.1).

Hvis patienten i hele eller dele af sygdomsforløbet ikke indgår i et pakkeforløb, skal de generelle forløbsmarkører anvendes for de målepunkter, der skal anvendes til monitorering af de generelle patientrettigheder vedrørende udredning og behandling. Dette er i overensstemmelse med, at der skiftes spor sv. et andet flow-diagram.

Eksempel

For en patient, der har været udredt i en specifik kræftpakke, afkræftes den mistænkte kræftsygdom – forløbsmarkør: (X1-kode) "diagnose afkræftet". Udredning og behandling af patienten fortsætter i "generelt somatisk regi" med *fortsat* udredningsret:

Forløbsmarkører

AFB12A	Kræft i tyk- og endetarm: henvisning til pakkeforløb start
AFB12B	Kræft i tyk- og endetarm: udredning start, første fremmøde
AFB12X1	Kræft i tyk- og endetarm: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet

Idet patienten ikke kan udredes inden for 30 dage (udredningsretten):

AFX01D2 Udredningsplan udarbejdet pga. patientens afslag på tilbud om udredning i anden enhed

Udredningen fortsætter, og der findes betændelse i tyktarmen, som skal behandles kirurgisk.

Patienten ønsker at modtage behandlingen på samme sygehus:

AFX01A	Klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling i sygehusregi
AFV01E1	Henvist til behandling □ (planlagt fjernelse af en mindre del af tyktarmen)
AFV01F	Behandling start □

□) obligatoriske ved ventetid til behandling – se afs. 4.3.9

⁵ Med mindre, at det kræves regionalt

4.3.7.1 Passivperioder

I henvisnings- og venteperioder kan der indberettes **passivperioder**, der begrundes klinisk eller efter patientens ønske.

Indberetning af passivperioder er obligatorisk i henvisningsperioden før første fremmøde.

Følgende koder er fælles for passivperioder i venteperioder til udredning og behandling:

Ventetidsmarkører for "ikke ventende"	
Passivperioder, der indberettes i henvisningsperioden (evt. venteperioden) til udredning eller behandling. Angives med forløbsmarkører for start og afslutning af passivperiode. Obligatorisk i henvisningsperioden med mindre, at passivperioden afsluttes samtidig med, at forløbet afsluttes uden genoptagelse af venteperioden, fx ved registrering af {AFV01X2}	
AFV02K1	ikke ventende, klinisk begrundelse, start
AFV02K2	ikke ventende, klinisk begrundelse, slut
AFV02L1	ikke ventende, patientens ønske, start
AFV02L2	ikke ventende, patientens ønske, slut

En startkode for en passivperiode skal normalt altid efterfølges af en slutkode, og der skal altid være en startkode før en slutkode. Der kan være flere passive perioder inden for en venteperiode, men perioder af samme type må ikke overlappe.

- ▶ Vedr. omvisitering i passivperiode – se afs. 4.3.6.2.1
- ▶ Der henvises til den enkelte region for nærmere vejledning vedrørende de lokale krav og registreringspraksis for dokumentation af passivperioder og "manglende oplysninger" (afs. 4.3.7.2)

Bemærk: Hvis forløbselementet afsluttes i en passivperiode, fx ved registrering af {AFV01X2}, er slut-markør for passivperioden ikke nødvendig.

4.3.7.2 Manglende oplysninger

Følgende koder kan anvendes til markering af delperiode i henvisnings- eller venteperiode, hvor udredning eller behandling ikke kan foretages på grund af manglende fremsendte oplysninger fra henviser.

Periodemarkører for "ventende"	
Kan indberettes i venteperiode til udredning eller behandling. Angives med forløbsmarkører for start og afslutning af periode	
AFV03A1	ventende, manglende oplysninger, start
AFV03A2	ventende, manglende oplysninger, slut

4.3.8 Ventetid til udredning, udredningsperiode og Udredningsretten

Alle henviste patienter har krav på udredning inden for 30 dage. Dette gælder også nye sygdomsforløb, der opstår under et pågående sygdomsforløb ved mistanke om anden sygdom.

- ▶ Se under afs. 4.3.10 vedrørende nationale screeningsforløb, hvor der efter screeningsproceduren mistænkes eller påvises kræftsygdom

Kravene til indberetning af forløbsmarkører omfatter både somatik og psykiatri og omfatter også patienter henvist til diagnostisk undersøgelse.

For patienter i igangværende sygdomsforløb gælder Udredningsretten desuden ved mistanke om klinisk recidivering af sygdommen, fx ved mistanke om metastasering eller lokalrecidivering af en tidligere behandlet kræftsygdom. Dette betyder, at der skal registreres nye forløbsmarkører til brug for monitorering af Udredningsretten. Dette gælder, uanset om der fortsættes på igangværende forløbselement, eller der oprettes et nyt forløbselement på tidspunktet for erkendt mistanke.

- ▶ Der henvises til Sundhedsministeriets vejledninger til lovgivningen vedrørende afgrænsning af patientgrupper

Udredningsretten monitoreres ud fra henvisningsoplysningerne og de obligatoriske specifikke eller generelle forløbsmarkører for første kontakt og afsluttet udredning hhv. udlevering af udredningsplan.

4.3.8.1 Ventetid til udredning

Ventetid til udredning starter med en specifik eller en generel forløbsmarkør for "henvist til ...".

'Henvist til udredning' {AFV01A1/AFV01A1A/AFB??A} (ved pakkeforløb) vil normalt efterfølges af 'udredning start' {AFV01B/AFB??B} ved første fremmøde til udredning, med mindre, at patienten omvisiteres i henvisningsperioden (se afs. 4.3.6.2), eller henvisningsperioden afbrydes af patienten eller med klinisk begrundelse (se afs. 4.3.6.3).

4.3.8.2 Viderehenvvisning under udredning (før endelig udredt)

Hvis en patient efter, at udredningen er startet, viderehenvises til fortsat udredning på anden klinisk enhed, indberettes forløbselementet fra første udredningsenhed med de oprindelige henvisningsoplysninger.

Den anden enhed, der overtager udredningen, opretter et nyt forløbselement med egne (ikke oprindelige) henvisningsoplysninger og startmarkør {AFV01A1} 'henvist til udredning', evt. frivillig markør {AFV01A1B} 'patient i igangværende udredning'.

4.3.8.3 Udlevering af udredningsplan

Hvis patienten ikke kan udredes inden for 30 dage, skal der udarbejdes en udredningsplan, der udleveres til patienten.

Baggrunden for, hvorfor udredningen ikke kan afsluttes inden fristen, dokumenteres med en af følgende forløbsmarkør-koder, der registreres på tidspunktet for udleveringen af udredningsplanen:

Forløbsmarkør	Klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet
AFX01D1	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. faglige årsager
AFX01D1A	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. pårørende eller ekstern samarbejdspart
AFX01D2	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. patientens afslag på tilbud om udredning i anden enhed
AFX01D3	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. patientens ønske om udredning på et senere tidspunkt end tilbudt
AFX01D4	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. manglende kapacitet
AFX01D9	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. andre årsager

4.3.8.4 Afslutning af udredning – "endeligt udredt"

For patienter under Udredningsretten skal der obligatorisk registreres forløbsmarkør for afslutning af udredningsperioden:

Forløbsmarkør	Klinisk beslutning vedrørende behandling – endeligt udredt	
AFX01A	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling i sygehusregi	
AFX01A1	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling, udvidet frit sygehusvalg	frivillig specifikation. Kan erstatte {AFX01A}
AFX01A2	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling, ej ret til udvidet frit sygehusvalg	
AFX01A3	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling igangsat i umiddelbar forlængelse af udredning	<i>Frivillig specifikation.</i> Kan anvendes i stedet for kombinationen: AFX01A-AFV01E*-AFV01F, når der behandles umiddelbart i forlængelse af afsluttet udredning på samme dato. Ekskl: patientoplevelt ventetid –se {AFX01A-AFV01E*-AFV01F}
AFX01C	klinisk beslutning: endeligt udredt/udredning slut, ingen behandling i sygehusregi	

Bemærk: For patienter i pakkeforløb kan i stedet anvendes AFB??C-kode. Der kan dog være særlige lokale regler for registrering af forløbsmarkører

4.3.8.4.1 Afslutning af udredning "før tid"

Hvis *påbegyndt* udredning afsluttes før klinisk endelig udredt af klinisk årsag eller efter patientens ønske skal {AFX01C} 'klinisk beslutning: endeligt udredt/udredning slut, ingen behandling i sygehusregi' ligeledes anvendes.

4.3.9 Ventetid til behandling

Forløbsmarkørerne for 'henvist til behandling' og 'behandling start' er obligatoriske ved patient-oplevet ventetid til behandling – se eksempel under afs. 4.3.7

I venteperioden kan der fratrækkes **passivperioder**, der begrundes klinisk eller efter patientens ønske jf. beskrivelse og koder under afs. 4.3.7.1

'henvist til behandling' {AFV01E1} skal jf. ovenstående normalt efterfølges af 'behandling start' {AFV01F} på forløbselementet med mindre, at patienten viderehenvises i henvisningsperioden, eller henvisningsperioden afbrydes af patienten eller med klinisk begrundelse.

- ▶ Vedrørende forsinkelse pga. manglende oplysninger – se afs. 4.3.7.2
- ▶ Henvisningsperiode til behandling afbrudt inden første fremmøde – se afs. 4.3.6.3

4.3.9.1 Maksimale ventetider

Til brug for registrering og opfølgning vedrørende maksimale ventetider anvendes generelle eller frivillige specificerede forløbsmarkører for "henvist til udredning" og "klinisk beslutning: endeligt udredt" hhv. "henvist til behandling" og "behandling start".

Bemærk Patienter henvist til koloskopi som led i national kolorektalscreening indgår under maksimale ventetider – se yderligere under afs. 4.3.10.1

4.3.9.1.1 'Samtykke til behandling' (maksimale ventetider) (frivillig)

Samtykke til behandling kan registreres ved forløb omfattet af maksimale ventetider, dvs. kræftsygdomme (m/u pakke) og visse iskæmiske hjertesygdomme.

Registreringen vedrører kun samtykke til **initial behandling**.

4.3.9.1.2 'Samtykke til onkologisk efterbehandling' (maksimale ventetider) (frivillig)

Samtykke til onkologisk efterbehandling kan registreres ved forløb omfattet af maksimale ventetider, hvor patienten efter initial behandling informeres om og samtykker til medicinsk efterbehandling eller stråleterapi som efterbehandling.

- ▶ Samtykke-oplysning kan være krævet regionalt. For nærmere vejledning – se også Vejledning nr. 9259 af 28/04/15 om "Maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme"

4.3.10 Patienter i nationale screeningsprogrammer

For patienter, der henvises til hospital som led i et af de nationale screeningsprogrammer, er der en **screeningsfase**, der enten afsluttes som et afsluttet forløb ved afkræftet mistanke om kræft (eller evt. af anden grund), eller der vil være et fortsat forløb for patienten med en **udredningsfase** (evt. behandling) for kræft eller for anden sygdom med patientrettighed(er).

Bemærk

Der er forskel på kravene til registreringer ved kolorektal kræftscreening (koloskopi mm) henholdsvis ved screening for brystkræft (mammografi mm). Disse forløb inklusive mulige fortsatte forløb ved positivt klinisk fund ved screeningsproceduren er derfor beskrevet hver for sig i det følgende.

4.3.10.1 Kolorektal kræftscreening

Screeningsforløbet på sygehuset oprettes og indberettes med følgende parametre:	
Startforløbsmarkør	'Henvist til udredning' {AFV01A1} <i>eller</i> 'Henvist til udredning, maksimale ventetider' {AFV01A1A} (frivillig underkode)
Forløbslabel	'Nationale screeningprogrammer' {ALAL61}
Aktionsdiagnose på screeningskontakter	Sygdomsdiagnose ved klinisk fund <i>eller</i> DZ018A Kontakt sfa positiv screening for tyk- og endetarmskræft
Bidiagnose	DZ018A, hvis ikke koden indberettes som aktionsdiagnose
Procedure	Udført 'Koloskopi' {KUJF32} <i>eller</i> 'Koloskopi med biopsi' {KUJF35}

Patienter, der modtages på hospital til koloskopi efter positiv blodanalyse (i afføringsprøve) i screenings første trin, indgår fra starten under patientrettigheder for **udredningsret** hhv. **maksimale ventetider** på mistanke om kræft.

Bemærk: Patienten indgår derimod **ikke** i kræftpakke fra start.

Der er efter den indledende screeningsprocedure følgende mulige forløb – afs. 4.3.10.1.1-3:

4.3.10.1.1 Ingen kliniske fund ved screeningsprocedure (forløbet afsluttes)

Hvis koloskopien afkræfter kræftmistanke, og patienten afsluttes uden yderligere udredningsbehov, bibeholdes den oprindelige forløbslabel {ALAL61}.

Forløbet afsluttes med generel slutmarkør (Udredningsretten) og forløbsmarkører til brug for (regional) monitorering af screeningen:

Forløbsmarkører [‡] ved afslutning til brug for monitorering af udredningsret og screening:	
AFX01C	Klinisk beslutning: endeligt udredt/udredning slut, ingen behandling i sygehusregi
AFX02C	Intet fund af polypper/adenomer eller tarmkræft ved koloskopi
AFX02D	Intet fund af polypper/adenomer eller tarmkræft ved CT-kolografi

[‡] I nogle systemer skal nogle af disse koder registreres som procedurekoder

4.3.10.1.2 Fund af kræft eller mistanke om kræft ved screeningsprocedure

Hvis der ved eller efter koloskopi er **begrundet mistanke** om tarmkræft, og forløbet fortsætter under samme forløbselement, ændres forløbslabel til 'Kræftsygdomme' {ALAL01}, der overskriver tidligere forløbslabel, og patienten indgår nu i **pakkeforløb for tarmkræft**.

Hvis forløbet derimod fortsætter ved henvisning til andet forløbselement under egen eller anden klinisk enhed, bibeholdes den oprindelige forløbslabel for screeningsfasens forløbselement, og 'Kræftsygdomme' indberettes for det fortsatte udredningsforløb. Det nye forløbselement oprettes med kobling til screeningsforløbselementet med referencetype 'henvist i samme sygdomsforløb' {ALAA01}.

Der skal i alle tilfælde registreres pakkeforløbsmarkører:

Forløbsmarkører ved start af pakkeforløb for kræft:	
AFB12A	Kræft i tyk- og endetarm: Henvisning til pakkeforløb start
AFB12B	Kræft i tyk- og endetarm: Udredning start, første fremmøde

Hvis begrundet mistanke om kræft opstår på koloskopi-dagen, registreres begge forløbsmarkører på den samme dag.

Da patienten under screeningen allerede er omfattet af udredningsret og maksimale ventetider, skal der i forhold til disse rettigheder i første omgang ikke indberettes yderligere forløbsmarkører.

4.3.10.1.3 Andet klinisk fund ved screeningsprocedure

Hvis patienten efter screeningskoloskopi fortsætter i udredning for anden sygdom, ændres forløbslabel til relevant værdi fx 'Andre forløb' {ALAL90} – dvs. forløbslabel overskrives, hvis udredningsforløbet fortsætter under samme forløbselement.

Patienten har **fortsat udredningsret**, og der skal registreres relevante forløbsmarkører for dette – se tidligere i afs. 4.3.8.

Hvis den fortsatte udredning dokumenteres i et nyt forløbselement, oprettes dette med kobling til screeningsforløbselementet med referencetype 'Henvist i samme sygdomsforløb' {ALAA01}.

For patienter, der efter første koloskopi fortsætter i polyp-kontrolprogram (adenom-kontrolprogram) med aftalt ny koloskopi efter et nærmere fastsat tidsrum, afsluttes udredningen {AFX01C}, og forløbslabel ændres til 'Andre forløb' {ALAL90}, hvis forløbet fortsætter under samme forløbselement.

4.3.10.2 Brystkræftscreening

Patienter, der som led i det nationale brystkræft-screeningsprogram modtages til klinisk mammografi på radiologisk enhed, har i første omgang ud over de vejledende kliniske retningslinjer for forløbstider ingen yderligere patientrettigheder – dvs. at patienten fra start **ikke** indgår i pakkeforløb, udredningsret eller under "maksimale ventetider".

Screeningsforløbet oprettes og indberettes med følgende parametre:	
Startforløbsmarkør	'Henvist til andet' {AFV01A8}
Forløbslabel	'Nationale screeningprogrammer' {ALAL61}
Aktionsdiagnose på screeningskontakt	'Mammografiscreening i henhold til sundhedsloven § 85' {DZ123AA}
Procedure	'Mammografi, screening' {UXRC45}

Der skal ikke indberettes slut-markør ved afslutning fra radiologisk enhed uden klinisk positivt fund.

Der er efter den indledende screeningsprocedure følgende mulige forløb (afs. 4.3.10.2.1-3):

4.3.10.2.1 Ingen kliniske fund ved screeningsprocedure (forløbet afsluttes)

De fleste patienter afsluttes fra hospitalet ved afkræftelse af mistanke om brystkræft ved den kliniske mammografi inklusive eventuelt andre undersøgelser foretaget i radiologisk regi.

Hvis patienten afsluttes uden yderligere udredningsbehov, bibeholdes den oprindelige forløbslabel {ALAL61}.

Bemærk: Der er ikke krav om indberetning af en slut-markør.

4.3.10.2.2 Fund af kræft eller mistanke om kræft ved screeningsprocedure

Hvis der efter klinisk mammografi (evt. andre undersøgelser) foretaget i radiologisk regi er mistanke om kræft eller påvises kræftsygdom, skal patienten umiddelbart **indgå under udredningsret, "maksimale ventetider"** samt **pakkeforløb for brystkræft**.

Der skal svarende til disse rettigheder og retningslinjer registreres relevante forløbsmarkører til brug for monitoreringen. Forløbet indberettes med forløbsmarkører og forløbslabel:

Indberetning ved fund af brystkræft eller mistanke om brystkræft:		
Forløbsmarkør	'Brystkræft: Henvisning til pakkeforløb start' {AFB01A}	obligatorisk
Forløbsmarkør	'Henvist til udredning' {AFV01A1} <i>eller</i> 'Henvist til udredning, maksimale ventetider' {AFV01A1A}	frivillige
Forløbsmarkør	'Brystkræft: Udredning start, første fremmøde' {AFB01B}	obligatorisk
Forløbslabel	'Kræftsygdomme' {ALAL01}, der overskriver tidligere forløbslabel	obligatorisk

Hvis begrundet mistanke om kræft opstår, eller kræft påvises, på mammografi-undersøgelsesdagen, registreres begge pakkeforløbsmarkører samt "rettighedsmarkør" på den samme dag.

Forløbet kan fortsætte på samme forløbselement eller under et nyt forløbselement på klinisk enhed. Hvis forløbet fortsætter under samme forløbselement, ændres forløbslabel til 'Kræftsygdomme' {ALAL01}, der overskriver tidligere forløbslabel.

Hvis forløbet derimod fortsætter ved henvisning til andet forløbselement under anden klinisk enhed, bibeholdes den oprindelige forløbslabel for screeningsfasens forløbselement, og 'Kræftsygdomme' indberettes for det fortsatte udredningsforløb. Det nye forløbselement oprettes med kobling til screeningsforløbselementet med referencetype 'Henvist i samme sygdomsforløb' {ALAA01}.

4.3.10.2.3 Andet klinisk fund ved screeningsprocedure

Hvis patienten derimod fortsætter i udredning for anden sygdom, ændres forløbslabel til relevant værdi fx 'Andre forløb' {ALAL90} – dvs. forløbslabel overskrives, hvis udredningsforløbet fortsætter under samme forløbselement.

Patienten har i dette tilfælde **udredningsret** fra tidspunktet for det kliniske fund, og der skal registreres relevant forløbsmarkør for dette, som beskrevet i afs. 4.3.8:

Indberetning ved andet klinisk fund ved mammografiscreening:	
Forløbsmarkør	'Henvist til udredning' {AFV01A1}

Hvis den fortsatte udredning dokumenteres i et nyt forløbselement, oprettes dette med startmarkør 'Henvist til udredning' {AFV01A1} og reference til screeningsforløbselementet med referencetype 'Henvist i samme sygdomsforløb' {ALAA01}.

4.3.11 Forløbsmarkører for somatiske pakkeforløb

- ▶ Se de generelle principper i afs. 4.3.4

Forløbsmarkører skal i indberetningen knyttes til et forløbselement med forløbslabel svarende til den aktuelle sygdom fx 'kræftsygdomme'.

- ▶ Vedrørende pakkeforløbsmarkører – se også pakkeforløbsbeskrivelserne på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside

4.3.11.1 Udlevering af opfølgningsplan

Der skal for alle patienter i kræftforløb efter påbegyndelse af initial behandling og senest ved afslutning af behandlingen udarbejdes en opfølgningsplan, der udleveres til patienten.

Udlevering af opfølgningsplan dokumenteres på tidspunktet for udleveringen til patienten:

Forløbsmarkør for udlevering af opfølgningsplan	Sygdomsforløb
AFB??P1-kode	Pakkeforløb for ??-specificeret kræftsygdom
AFD01P1	Pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype
AFC01P1	Kræftforløb uden pakke

Bemærk: Dette krav omfatter alle behandlede kræftpatienter, uanset om de indgår i en pakke eller ej.

4.3.12 Udførelse af specialiseret genoptræning og specialiseret rehabilitering

Perioder med specialiseret rehabilitering og specialiseret genoptræning skal ift. kommunal medfinansiering af sygehusaktivitet indberettes med forløbsmarkører (periodemarkører) for start- hhv. sluttidspunkter for den enkelte periode.

Kravet omfatter principielt kun ambulante kontakter, der udelukkende eller overvejende omhandler specialiseret genoptræning hhv. specialiseret rehabilitering. Dette omfatter således ikke "almindelig genoptræning" og genoptræning/rehabilitering under indlæggelse.

Afgrænsningen af perioder i forløb med specialiseret genoptræning og rehabilitering foretages med forløbsmarkører for start og slut af perioder med følgende markører:

Forløbsmarkør – markører for start af periode Start-kode registreres på tidspunktet for første ydelse i en sammenhængende genoptræningsperiode hhv. rehabiliteringsperiode		Forløbsmarkør – markører for afslutning af periode Slut-kode registreres på tidspunktet for sidste ydelse i perioden	
AWG1	specialiseret genoptræning, start	AWX21	specialiseret genoptræning, slut
AWG5	rehabilitering på specialiseret niveau, start	AWX22	rehabilitering på specialiseret niveau, slut

Kravene følger de generelle krav til forløbsmarkører for start- og sluttidspunkter for perioder (afs. 4.3.1.1):

- Der skal kun sættes en slut-markør, når genoptræningen faktisk afsluttes
- Der skal sættes en start-kode ved start af genoptræningsperiode samt ved fortsat genoptræning på anden enhed (under andet forløbselement)

Selve genoptrænings- og rehabiliteringsydelserne udført på sygehus registreres med relevante procedure-koder. Kravet til kliniske ydelseskoder (definitioner og minimumsspecificeringsniveau) fremgår af kodekatalog for fysioterapi hhv kodekatalog for ergoterapi.

Fysio- og ergoterapeutiske procedurekoder, der falder uden for perioder med specialiseret genoptræning hhv. rehabilitering, regnes i monitorering og afregning for "behandling".

4.3.13 Færdigbehandlet indlagt patient

Kommunerne medfinansierer egne borgeres forbrug af sundhedsydelser og betaler en obligatorisk plejetakst for stationær sygehusbehandling til færdigbehandlede patienter, der venter på udskrivning. Den kommunale medfinansiering omfatter både somatiske og psykiatriske patientkontakter.

Indberetning af patienten som færdigbehandlet skal kun foretages, hvis det pga. eksterne forhold ikke er muligt at udskrive patienten samtidig med, at patienten klinisk vurderes som "færdigbehandlet" i betydningen, at der ud fra en klinisk begrundelse ikke længere er behov for, at patienten er hospitalsindlagt.

Den fortsatte indlæggelse skal således være begrundet i, at der ventes på en plejehjemsplads, foranstaltninger i hjemmet eller lignende.

Definition

færdigbehandlet indlagt patient (færdigbehandlet patient i stationært regi)	<u>færdigbehandlet patient</u>, der ikke kan hjemtages af kommunen Kommentar: En <u>patient</u> er færdigbehandlet, når <u>patienten</u> ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. Hospitalets administrative opgaver skal være udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage <u>patienten</u>. Det betyder, at sygeplejerapport, evt. midlertidige hjælpemidler, medicin mv. skal være klar på tidspunktet for færdigbehandling, således at <u>patienten</u> ville kunne udskrives fra hospitalet
--	---

Markeringen af, at patienten er færdigbehandlet jf. ovenstående definition, foretages med forløbsmarkøren:

Forløbsmarkør	
AWA1	færdigbehandlet i stationært regi

Når patienten senere udskrives fra indlæggelseskontakten som færdigbehandlet, skal der ikke sættes en "slut-markør".

Bemærk: Patienter, der lægeligt vurderes som **terminale**, skal ikke indberettes som færdigbehandlede.

4.3.13.1 Overflytning af færdigbehandlet patient

Hvis den færdigbehandlede patient overflyttes til en anden enhed under andet forløbselement, skal der, uanset om der fra den første enhed er registreret "færdigbehandlet" eller ej, indberettes en forløbsmarkør for færdigbehandlet (AWA1) på det nye forløbselement svarende til starttidspunktet for det nye ophold (fysisk fremmøde), hvor patienten er færdigbehandlet fra start.

Hvis overflytning sker inden for samme forløbselement, skal der ikke registreres ny (start)markør for færdigbehandlet med mindre, at der et "hul" på **mere end 4 timer** mellem kontaktafslutning på den første kontakt og kontaktstart på den efterfølgende indlæggelse, og patienten stadig skal betragtes som færdigbehandlet, dvs. er klar til udskrivning.

4.3.13.2 Tilbagefald

Patienter, der er indberettet som færdigbehandlet, og som fx venter på tilbud om en plejehjemsplads, vil i venteperioden kunne få tilbagefald af sygdommen, eller der kan opstå en anden lidelse eller forhold, der betyder, at fortsat sygehusindlæggelse er påkrævet. I disse situationer er patienten ikke længere færdigbehandlet.

Gældende fra det tidspunkt, hvor patienten ikke længere ud fra definitionen er "færdigbehandlet" på indlæggelseskontakten, indberettes forløbsmarkør for afslutning af perioden:

Forløbsmarkør	
AWX1	ikke færdigbehandlet i stationært regi

4.3.14 Forløbsmarkører i psykiatrien

- ▶ Udredningsretten er fælles for psykiatri og somatik – se beskrivelse i afs. 4.3.8

Ventetidsoplysninger skal indberettes ud fra de generelle principper, beskrevet tidligere under dette afsnit 4.3. Forløbsmarkører i psykiatrien følger den samme logik, som beskrevet i de foregående afsnit.

Der er særlige krav på de følgende områder:

- vilkår – retslige og vilkår med tvangsforanstaltning
- pakkeforløb i voksen- og børne- og ungdomspsykiatrien (regionalt)

- ▶ Forløbsmarkørerne i psykiatrien beskrives nærmere i de relevante afsnit i Kap. 8

4.4 Patientorlov og andet fravær

Orlov skal indberettes til LPR. Orlov indberettes som perioder i egenskaben 'fravaer' under Opholds-adresse. Periode for fravær indberettes med start- og sluttidspunkt.

- ▶ Se nærmere under "Opholdsadresse" i afs. 5.8

Længerevarende fravær (med aftale) og **absenteringer** i psykiatrien indberettes på samme måde som orlov – se afs. 8.7

4.5 Regler for sammenhænge (tid, indbyrdes indhold, og i forhold til specifikke forløb)

Der henvises til flows og state-skemaer i **Bilag 1b**

Interne regler for rækkefølge af forløbsmarkører mv. kan efter behov aftales med regionerne.

4.6 Resultatindberetning knyttet til Forløbselement

Alle resultatindberetninger knyttes i indberetningen primært til et forløbselement, og sekundært til sin trigger.

Hvis en resultatindberetning ikke er trigger-udløst, vil den kun være knyttet til forløbselementet.

Forløbselementet kan i sig selv ikke være trigger for en resultatindberetning, men en forløbsmarkør knyttet til forløbselementet kan.

- ▶ Resultatindberetningen er generelt beskrevet i Kap. 9

5 PATIENTKONTAKTER

Landspatientregisteret (LPR) har kontakten mellem patient og sundhedsvæsenet som det centrale element. Alle kontakter med klinisk sigte mellem patient og sundhedspersoner indberettes særskilt.

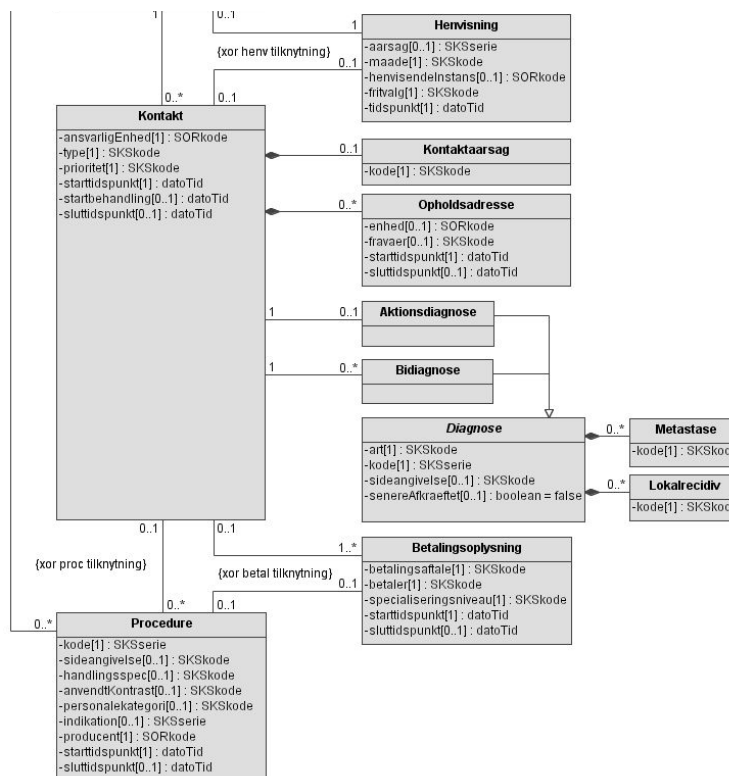
En patientkontakt, ofte blot betegnet "kontakten", kan være (kontakttyper) et 'fysisk fremmøde', en 'udekontakt', en 'virtuel kontakt' eller 'død' (efter *konstateret* død).

- ▶ Se nærmere om kontakttyperne under afs. 5.6.3
- ▶ Diagnoseindberetning uden patientkontakt – se afs. 5.6.3.5

Bemærk

Ambulant besøg og indlæggelse er til LPR3 samlet under kontakttypen '**fysisk fremmøde**'. Der skelnes således i indberetningen ikke længere mellem "ambulant" og "indlagt", der hermed er *uddatabegreber*.

Modeludsnit – Kontakt



Kontakt relaterer sig som det fremgår af model-udsnittet til en række andre indberetningsobjekter:

- **Forløbselement**

I indberetningen skal kontakten altid knyttes til et forløbselement. Forløbselementet fungerer som sammenknytning af kontakter og ydelser uden kontakt i et givent helbredsforløb og giver herved mulighed for at afspejle det kliniske forløb, som kontakterne indgår i

- **Diagnose**

Patientens kontaktrelevante diagnoser (aktionsdiagnose og bidiagnoser) knyttes til kontakten⁶. En **kontaktdiagnose** kan trigge en resultatindberetning, fx en fødselsindberetning eller en cancer-anmeldelse

- **Procedure**

Procedurer skal indberettes knyttet til den kontakt, hvorunder proceduren er udført, eller knyttet til forløbselementet, når ydelsen ikke er udført under en igangværende patientkontakt

⁶ De generelle definitioner og krav til indberetning af kontaktdiagnoser er uændrede i LPR3.

- **Betalingsoplysninger**

Betalingsoplysninger skal obligatorisk indberettes for alle patientkontakter efter gældende aftalte krav – se afs. 5.9

Kontaktårsag og **Opholdsadresse** er også kontaktrelaterede grundoplysninger, der nærmere beskriver patientkontakten. Patienten kan under samme kontaktansvarlige enhed have forskellige fysiske opholdsadresser.

Henvisninger til andre afsnit

- ▶ Kontaktårsag afs. 5.7
- ▶ Opholdsadresse afs. 5.8
- ▶ Alle tidsmarkeringer til brug for monitorering af ventetider, udredningsret, behandlingsgaranti, "maksimale ventetider" og pakkeforløb er samlet under forløbsmarkører, der er beskrevet i Kap. 4 under afs. 4.3
- ▶ Vedr. kontaktdiagnoser – se Kap. 6 om diagnoser
- ▶ Vedr. procedurer – se Kap. 7
- ▶ Henvisningsoplysninger indberettes obligatorisk ved start af forløb (forløbselement), se afs. 4.2. Det kan dog i særlige tilfælde være relevant at knytte henvisningsoplysninger til en kontakt. Dette er ikke obligatorisk i indberetningen

I forhold til patientkontakten er de generelle definitioner, klassifikationer og øvrige krav til indberetning af diagnoser og procedurer uændrede i LPR3.

Der er i LPR indført et nyt princip for indberetningen af kræftdiagnoser, idet oplysninger om **metastaser** og **lokalrecidiv** nu skal indberettes som supplerende relaterede oplysninger til den tilgrundliggende kræftsygdom, indberettet som aktionsdiagnose eller bidiagnose – se *også ovenstående model-udsnit*.

- ▶ Dette er nærmere beskrevet under Kap. 10, afs. 10.2.3-4

Der er i Kontakt-indberetningsobjektet gjort plads til et tidspunkt for start af behandling indenfor tidsrammen af kontakten. **Behandlingsstart** er primært tiltænkt akutte kontakter, hvor ventetid i venteværelset inden første sundhedsfaglige ydelse kan monitoreres. Indberetning af (intern) behandlingsstart er frivillig.

5.1 Enheder, der indberetter til LPR

Det er som udgangspunkt den sundhedsfaglige kontakt med patienten, patientens tilstand(e) og de udførte kliniske ydelser, der er i fokus – ikke, hvor ydelsen bliver udført, eller hvem, der udfører.

Indberetningskravene gælder for alle kliniske og parakliniske enheder og specialer, der ifølge de gældende kliniske retningslinjer indgår i udredning og behandling i patientens forløb.

Som en undtagelse skal patientens kontakter på klinisk kemisk enhed til blodprøvetagning ikke indberettes til LPR.

Dette betyder også, at fremmøde på laboratorium i henvisningsperioden inden kontakt med klinisk enhed ikke afbryder henvisnings- og venteperioden med mindre, at andet er aftalt og gældende ifølge de til enhver tid gældende (evt. specialespecifikke) retningslinjer for udredning og behandling, herunder i specificerede pakke- og sygdomsforløb.

5.2 Sundhedspersoner

Når en sundhedsperson har en selvstændig kontakt med en patient, skal dette indberettes som fysisk fremmøde, udekontakt hhv. virtuel kontakt.

Definition

sundhedsperson	<u>sundhedsfaglig person</u> der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver
----------------	---

Kontaktregistreringen inkluderer besøg mv. udført af andre sundhedsprofessionelle, der ved uddelegering fra en sundhedsperson udfører sundhedsfaglige ydelser til en patient. Det er typen af ydelsen, som patienten modtager, der er det primære – ikke hvem, der udfører ydelsen.

Kontaktregistreringen inkluderer indberetning af relevante diagnoser og kliniske ydelser, hvis disse er omfattet af indberetningskrav.

- ▶ Se nærmere i afs. 1.4

5.3 Akutte patientkontakter

Akutte patientkontakter indberettes med prioritet 'akut'. Kontakter af alle typer kan være akutte. Kontakter med kontaktttype 'død' (afs. 5.6.3.4) indberettes som akutte.

Akutte patientkontakter med fysisk fremmøde kan opstå som led i et eksisterende sygdoms- eller skadeforløb eller som en ny selvstændig sygdoms- eller skadeproblematik.

Hvis patienten modtages på akut kontakt pga. (akut) forværring af eller tilbagefald (recidiv) af sygdom (eller skade), eller ved komplikationer til kendt sygdom, herunder komplikationer til behandlingen af sygdommen, skal denne patientkontakt knyttes til det sygdomsforløb (skadeforløb), som kontakten primært vedrører, enten direkte til forløbselementet, hvis dette er muligt, eller ved kobling af forløbselementer – se afs. 5.3.1

Ved ny helbredsproblematik, ny eller formodet ny sygdom eller ny (mistanke om) skade oprettes altid et nyt forløb(selement), og den akutte patientkontakt knyttes til det nye forløb.

Kontaktårsag er obligatorisk for akutte somatiske patientkontakter, såvel ved akut fremmøde i et nyt sygdoms- eller skadeforløb som ved akut fremmøde i et eksisterende sygdomsforløb.

Kontaktårsagen er trigger for de yderligere krav til skadeindberetning ved skade på baggrund af ulykke, selvmordsforsøg eller vold.

- ▶ Se nærmere i afs. 5.7 vedr. de forskellige kontaktårsager og Kap. 13 om skaderegistreringen
- ▶ Vedrørende patient henvist til planlagt forløb, der starter akut "før tid" – se afs. 4.3.6.4

5.3.1 Kobling af forløb

Akutte patientkontakter som led i et eksisterende forløb skal som nævnt principielt altid kobles til det relevante (system-tilgængelige) forløb(selement). Men det er i sagens natur ikke altid muligt på forkant at vide, om en akut kontakt faktisk repræsenterer noget akut i et kendt forløb, eller om der omvendt er tale om en ny selvstændig sundhedsproblematik, der derfor skal registreres under eget helbredsforløb.

Hvis en akut patientkontakt har ført til oprettelse af et nyt forløbselement, men hvor det efterfølgende viser sig, at årsagen til kontakten i virkeligheden var en sygdom eller skade, som der i forvejen er oprettet et forløb for, kan det nye forløbselement efterfølgende kobles (træk ID "samme sygdom") til det allerede eksisterende helbredsforløb.

Det anbefales, at regionerne sikrer en systemmæssig mulighed for, at dette kan ske, når erkendelsen opstår.

- ▶ Vedrørende kobling af forløb – se også afs. 4.1.6.1

5.3.2 Afslutning af "akut forløb"

Mange akutte patientkontakter, der ikke opstår i et eksisterende forløb, dvs. forløb, som er begrundet i ny sygdom eller ny skade, fører ikke til nye aftaler efter kontaktafslutning. I disse tilfælde afsluttes forløbet ved kontaktafslutning eller hurtigt derefter, når alle svar (billeddiagnostik, blodprøvesvar mm.) er fremkommet.

Hvis patienten alligevel henvender sig igen vedrørende samme helbredstilstand eller følger herefter, oprettes nyt forløbselement, der kobles via referencetype {ALAA03} 'reference til andet forløbselement (samme sygdom)'.

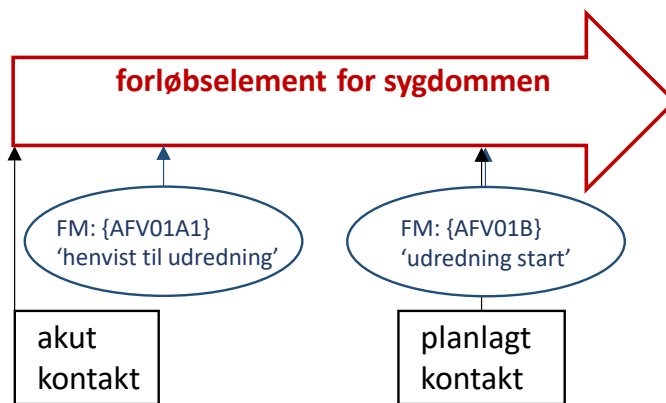
5.3.3 Akut startet forløb, der fortsætter efter første kontakt

Hvis der omvendt efter et akut opstartet forløb aftales ny kontakt som en direkte opfølgning efter akut skade eller sygdom, kan forløbet fortsætte "elektivt".

Bemærk

Hvis patienten bliver omfattet af patientrettighed til udredning eller behandling, fx udredningsret eller ventetid til elektiv behandling, skal der registreres relevante forløbsmarkører svarende til den konkrete situation.

Dette gælder uanset, om der oprettes et nyt forløb for samme sygdom, eller der fortsættes direkte på det samme forløbselement.



5.4 Psykiatriske patientkontakter

Psykiatriske kontakter er patientkontakter under organisatoriske enheder med (SOR) hovedspeciale psykiatri eller børne- og ungepsykiatri.

Psykiatriske kontakter dokumenteres generelt, hvad angår de administrative oplysninger, helt på samme måde som somatiske kontakter, herunder de samme kontakttyper (afs. 5.6.3).

Der er dog særlige oplysninger og krav, der kun gælder for psykiatriske kontakter. Kontaktårsag skal ikke indberettes for psykiatriske patientkontakter, og der er deraf følgende heller ikke krav om indberetning af ydre årsager til skade.

- De nærmere krav til indberetning i forbindelse med psykiatriske forløb og patientkontakter er samlet beskrevet i Kap. 8

5.5 Indberetning vedrørende afdøde borgere og patienter

Indberetningen til LPR omfatter patienter, der dør under patientkontakt samt afdøde patienter og borgere, herunder indbragte afdøde, hvor døden er konstateret ved læge inden ankomst til sygehuset og, hvor der i visse særlige situationer obligatorisk skal foretages indberetning til LPR – se nedenfor.

- Obligatorisk indberetning ved dødfødt barn – se Kap. 11

Indberetningen vedrørende afdøde holdes skarpt adskilt fra indberetningen af levende patienter ud fra følgende kriterier:

Levende patienter

- Borgere med livstegn og borgere, som er under pågående behandling for hjertestop eller, hvor der påbegyndes behandling (genoplivning) skal betragtes som levende patient og registreres og indberettes på patientkontakt med kontakttipe 'fysisk fremmøde'
- Ved indbragte borgere uden livstegn, hvor der **ikke** forudgående har været kontakt til en læge og, hvor døden **ikke** er åbenbar, og der **ikke** har været påbegyndt behandling, eller behandlingen er indstillet, skal en hospitalslæge konstatere døden for indtrådt og tage stilling til om forsøg på genoplivning (behandling) er nødvendig. Denne gruppe skal ligeledes registreres som levende patient med kontakttipe 'fysisk fremmøde', også selvom der ikke foretages forsøg på genoplivning

Bemærk, at ambulancepersonale (paramedicinere) ikke er bemyndiget til at undlade at behandle eller indstille en behandling uden lægekontakt

Registrering af aktionsdiagnosen på den akutte patientkontakt (fysisk fremmøde) følger i disse tilfælde det generelle princip for valg af aktionsdiagnose. Hvis tilstanden skyldes kendt årsag, registreres denne som aktionsdiagnose.

Eksempler

(A)DC349	Lungekræft UNS
(A)DI461	Pludselig hjertedød

(A)DS099	Læsion i hovedet UNS
----------	----------------------

Hvis patienten efterfølgende konstateres afdød, og sygdommen, der har forårsaget døden, ikke er kendt, kan en af følgende diagnosekoder i stedet anvendes som aktionsdiagnose: DR991 'Hjernedød i henhold til Sundhedsloven § 176' eller {DR992} 'Hjertedød i henhold til Sundhedsloven § 176'.

Indbragte afdøde

- Borgere uden livstegn, hvor behandlingen **efter aftale med en læge** er indstillet eller **efter aftale med en læge** ikke er påbegyndt, samt borgere, hvor der jf. Sundhedsloven er tale om, at "døden (for lægmand) er åbenbar", skal betragtes som konstateret død (indbragt afdød).

Bemærk, at der kun er krav om indberetning i de særlige situationer, der er nævnt i afs. 5.6.3.4. Hvis indberetning skal eller ønskes foretaget efter dødstidspunktet, skal dette altid ske på selvstændig patientkontakt med kontaktype 'død'. Dette gælder også, selv om de sikre dødstegn først kan erkendes på et senere tidspunkt.

5.5.1 Patienter, der dør på sygehus

For patienter, der afgår ved døden under igangværende kontakt (fysisk fremmøde) på sygehus, skal kontakten altid afsluttes ved døden. Hvis forløbselementet også afsluttes på dette tidspunkt, afsluttes forløbet med afslutningsmåde 'død'.

Aktionsdiagnosen for patientkontakt, der afsluttes ved døden, skal efter de generelle kontaktdiagnose-principper være den primære tilstand som betingede patientkontakten, hvilket også ofte vil være dødsårsagen.

5.5.1.1 Diagnoseregistrering ved hjernedød

Ved konstatering af hjernedød under patientkontakt (fysisk fremmøde), skal aktionsdiagnosen være den tilgrundliggende tilstand (sygdom eller skade), der har medført hjernedød.

Diagnosen {DR991} 'Hjernedød i henhold til Sundhedsloven § 176' kan herudover indberettes som **bidiagnose**.

{DR991} må kun indberettes, hvis hjernedød er konstateret inden kontaktafslutning, jævnfør Sundhedsloven § 177 og "Bekendtgørelse om dødens konstatering ved uopretteligt ophør af al hjernefunktion" (BEK nr 1249 af 06/12/2006).

5.6 Beskrivelse – Kontakten

Kontakten er det centrale element i Landspatientregisteret og i LPR-indberetningen. Kontakten beskrives nedenfor som indberetningsobjektet Kontakt – se modeludsnittet i indledningen til dette kapitel.

Ud over selve Kontakt-objektet kan eller skal der til indberetning af kontakten yderligere tilknyttes:

- Kontaktårsag (obligatorisk ved akutte somatiske kontakter, trigger for skadeindberetning) – se afs. 5.7
- Opholdsadresse(r) (obligatorisk) for 'fysisk fremmøde' – afs. 5.8
 - orlov og andre former for fravær under patientkontakt håndteres i "opholdsadresse"
- Betalingsoplysning(er) og specialiseringsniveau – afs. 5.9
- Diagnose(r) – se afs. 5.10 og Kap. 6
- Procedurer – afs. 5.11 og Kap. 7
- Henvissningsoplysninger (frivillig i forhold til patientkontakt) – er nærmere beskrevet under forløbselementet afs. 4.2

5.6.1 Anvendte termer og definitioner – kontakter

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
afdeling (hospitalsafdeling) (sygehusafdeling)	del af <u>hospital</u> som består af et eller flere afsnit og har en klinisk-administrativ ledelse	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
afsnit (hospitalsafsnit) (sygehusafsnit)	del af en <u>afdeling</u> bestemt for en eller få afgrænsede funktioner	
akut patient	<u>patient</u> der er modtaget uden iagttagelse af <u>afsnittets</u> normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner Kommentar: Patienter med en akut tilstand, der kræver umiddelbar <u>sundhedsintervention</u> . Patienten indskrives uden oprettelse af en <u>henvisningsperiode</u> , uanset patientens "vej" til hospitalet. En akut patient kan også være en oprindeligt planlagt patient der indskrives akut før det planlagte tidspunkt	
akutmodtageafsnit (akutafsnit) (akutmodtagelse)	<u>afsnit</u> hvor der uden foregående aftale modtages patienter til akut undersøgelse og akut behandling Kommentar: Patienten kan være visiteret og henvist fra en anden <u>klinisk enhed</u> , herunder fra præhospital eller akut-ordning	
patientkontakt (kontakt) (konsultation)	møde mellem en <u>sundhedsperson</u> og en <u>patient</u> vedrørende <u>behandling</u> Ekskl: E-mail konsultation medregnes ikke til <u>patientkontakter</u> i LPR-indberetningen Kommentar: En <u>patientkontakt</u> kan også foregå mellem en sundhedsperson og en stedfortræder for <u>patienten</u> . En <u>patientkontakt</u> kan være fysisk eller virtuel	
kontaktansvar	<u>klinisk-administrativt ansvar</u> for en <u>patientkontakt</u> Kommentar: Kontaktansvaret afspejles i indberetningen i Kontakt-objektets angivelse af (egenskaben) 'ansvarlig enhed' (SOR-kode). Kontaktansvar kan være på afdelings- eller afsnitsniveau. <i>Se også 'opholdsadresse'.</i>	
kontakttype	arten af <u>sundhedspersons</u> kontakt med en <u>patient</u> Kommentar: SKS-klassificeret <i>Nærmere beskrivelse og vejledning - se afs. 5.6.3</i>	
fysisk fremmøde (tilstedeværelse) (fremmøde)	<u>patientkontakt</u> hvor patienten er fysisk til stede på en <u>sundhedsproducerende enhed</u> Kommentar: Omfatter ambulante besøg og indlæggelser af kortere og længere varighed. Eksempel: Selvstændigt fysisk fremmøde på røntgenafsnit (uden samtidigt fremmøde på andet afsnit) Inkluderer klinisk begrundet ophold på <u>patienthotel</u>	
udekontakt	<u>patientkontakt</u> der foregår uden for en <u>sundhedsproducerende enhed</u> Kommentar: Fx i <u>patientens</u> hjem, på plejehjem, på dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre, virksomhed. Udekontakt anvendes i LPR som fællesbetegnelse for <u>hjemmebesøg</u> og <u>udebesøg</u> . Bemærk: Registrering og indberetning af udekontakt må kun ske, hvis der er tale om en direkte sundhedsfaglig konsultation mellem <u>sundhedsperson</u> og <u>patient</u> eller stedfortræder for denne	
hjemmebesøg	<u>udekontakt</u> der foregår i <u>patientens</u> hjem Kommentar: Inkluderer det sted, hvor <u>patienten</u> bor eller fremtidigt skal bo. Indberettes som <u>udekontakt</u> Inkl: Hjemmefødsler (mor og barn)	
udebesøg	<u>udekontakt</u> der foregår i dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre mm. Kommentar: Indberettes som <u>udekontakt</u> . Udebesøg foregår ikke i <u>patientens</u> hjem og heller ikke på hospital eller anden sundhedsproducerende enhed	
ambulant patientkontakt (ambulant besøg)	<u>fysisk fremmøde</u> på et ambulatorieafsnit Bemærk: Indberettes som <u>kontakttype</u> 'fysisk fremmøde'. <i>Der skelnes i indberetningen ikke mellem ambulante og stationære kontakter (i kontaktypen)</i>	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
behandlingsstart	tidspunkt for påbegyndelse af objektiv undersøgelse på et <u>akutmodtageafsnit</u> Ekskl: Indledende triagering og primær vurdering (visitation) Kommentar: Uanset term er det starten af den objektive undersøgelse, der afgrænser "behandling". Behandling afføder en behandlingsplan, som iværksættes.	
indbragt patient	<u>patient</u> der uden aftale bringes i kontakt med sundhedsvæsenet af en anden person Kommentar: <u>Patienten</u> kan være vågen, bevidstløs eller død	
normeret sengeplads (normeret seng)	seng på et hospital hvor <u>sundhedsprofessionelle</u> varetager undersøgelse, behandling, overvågning og pleje af indlagte <u>patienter</u>	
indlæggelseskontakt (indlæggelse)	<u>fysisk fremmøde</u> på et sengeafsnit Kommentar: <u>Patienten</u> disponerer over en normeret sengeplads Bemærk: Indberettes som <u>kontakttype</u> 'fysisk fremmøde'	
indlagt patient	<u>indskrevet patient</u> der behandles under indlæggelse <i>Der skelnes i indberetningen ikke mellem ambulante og stationære <u>patienter</u></i>	
overflytning (stor flytning)	udskrivning af <u>patient</u> fra et sengeafsnit med umiddelbar efterfølgende indlæggelse på et andet sengeafsnit	
intern flytning (lille flytning)	flytning af en <u>patient</u> indenfor samme sengeafsnit Kommentar: Adskiller sig fra overflytning ved at foregå inden for samme afsnit	
patienthotel	<u>afsnit</u> i tilknytning til hospital der yder midlertidigt ophold for indskrevet <u>patient</u> Kommentar: Opholdet kan være af primær klinisk årsag eller alene med henblik på at få kost og logi. <u>Patienthotellet</u> er <u>opholdsadresse</u> for <u>hotelpatienter</u> , der har et forløb på en <u>klinisk enhed</u>	
hotelpatient	<u>indskrevet patient</u> der opholder sig på et <u>patienthotel</u> Kommentar: En hotelpatient opholder sig på patienthotellet med klinisk begrundelse. <u>Patienter</u> med <u>opholdsadresse</u> på <u>patienthotel</u> skal have et forløb på en <u>sundhedsproducerende enhed</u> .	
prioritet	hastegrad Kommentar: Omfatter 'akut' og 'planlagt'. I LPR-sammenhæng tager akut-begrebet udgangspunkt i patientens <u>helbredstilstand</u> .	
akut patientkontakt (akut kontakt)	<u>patientkontakt</u> der tager udgangspunkt i en helbredstilstand der kræver umiddelbar <u>sundhedsintervention</u> Kommentar: 'Akut' anvendes i betydningen "i forhold til akut tilstand", dvs. med udgangspunkt i patientens <u>helbredstilstand</u> . 'Akut' betyder således, at fx indlæggelse skal ske umiddelbart, uanset om der er ledig kapacitet ("hul i kalenderen") eller ej Bemærk: Kontakten skal have <u>prioritet</u> 'Akut'	
planlagt patientkontakt (planlagt kontakt) (elektiv (patient)kontakt)	<u>patientkontakt</u> der tager udgangspunkt i en helbredstilstand der ikke kræver umiddelbar <u>sundhedsintervention</u> Bemærk: Kontakten skal have <u>prioritet</u> 'Planlagt'	
kontaktdiagnose	<u>diagnose</u> der ved afslutning af en <u>patientkontakt</u> betegner en årsag til de sundhedsinterventioner der er udført på <u>patientkontakten</u> Kommentar: Omfatter <u>aktionsdiagnose</u> og <u>bidiagnose</u> . <i>se også vedr. aktionsdiagnose og bidiagnose under kapitlet "Diagnoser"</i>	
starttidspunkt for patientkontakt (kontaktstart) (patientkontaktstart) (kontaktstarttidspunkt)	tidspunkt for begyndelse af en <u>patientkontakt</u> <i>Starttidspunkt for</i> <i>fysisk fremmøde: Når <u>patienten</u> modtages på afdelingen</i> <i>for hjemmebesøg og udebesøg: Når sundhedspersonen møder op hos <u>patienten</u>/på besøgsstedet</i>	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
kontaktårsag (kontaktårsagskode)	angivelse af baggrunden for <u>patientens</u> kontakt til hospitalet Kommentar: SKS-klassificeret. Afgrænset til indberetningen til LPR. <i>Nærmere beskrivelse og vejledning - se afs. 5.7</i>	
opholdsadresse	angivelse af det fysiske <u>afsnit</u> , hvor <u>patienten</u> primært befinder sig under en <u>patientkontakt</u> Kommentar: Opholdsadresse (SOR-kode) kan skifte i løbet af det samme fysiske fremmøde.	
patientfravær	del af <u>indlæggelseskontakt</u> hvor <u>patienten</u> midlertidigt ikke opholder sig på sengeafsnittet	
patientorlov (orlov)	<u>patientfravær</u> hvor en <u>patienten</u> har tilladelse til at forlade <u>hospitalet</u> i op til tre døgn Kommentar: I forbindelse med helligdage kan orlovsperioden dog forlænges. <u>Patienten</u> er kortvarigt fraværende med aftale om at vende tilbage. <u>Patienten</u> disponerer over en <u>sengeplads</u> efter behov	
psykiatrisk patientkontakt (psykiatrisk kontakt)	<u>patientkontakt</u> hvor en psykiatrisk eller børne- og ungdomspsykiatrisk <u>afdeling</u> har <u>kontakt-ansvar</u> Kommentar: Afgrænses vha. angivelse af SOR-enhedens hovedspeciale psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri	
pårørende (patientpårørende)	person der tilhører <u>patientens</u> nærmeste familie eller på anden måde er nært tilknyttet <u>patienten</u>	
rask forsøgsperson	<u>sundhedsaktør</u> der er en person der modtager <u>sundhedsrelateret aktivitet</u> alene af forskningsmæssige grunde Kommentar: Det forhindrer ikke, at man samtidig i anden forbindelse kan modtage sundhedsaktivitet som <u>patient</u>	
selvhenvender	<u>patient</u> der uden aftale på egen hånd kontakter sundhedsvæsenet	
stamafdeling	<u>afdeling</u> der har det lægelige ansvar for en <u>patient</u> indskrevet på et <u>stamafsnit</u> under afdelingen	
stamafsnit	<u>afsnit</u> hvor <u>patienten</u> er indskrevet	
sundhedsintervention (intervention) (patientorienteret ydelse) (sundhedsydelse) (procedure)	<u>sundhedsaktivitet</u> der på baggrund af indikation tilsigter at belyse eller påvirke en <u>patients</u> <u>helbredstilstand</u> Kommentar: I Sundhedsloven (LBK nr. 1286 af 02/11/2018) hedder det: "Behandling omfatter efter denne lov undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte <u>patient</u> ." Jf. i øvrigt begrebet <u>behandling</u> og <u>undersøgelse</u>	
systematisk screening (systematisk opsporing) (organiseret opsporing) (organiseret screening)	tidlig opsporing der systematisk søger at finde ikke-erkendte sygdomme og risikofaktorer Kommentar: Målgruppen er raske personer	
virtuel patientkontakt (virtuel konsultation) (virtuel kontakt)	<u>patientkontakt</u> der udføres ved anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi uden et fysisk møde Kommentar: Ydelsen kan erstatte <u>patientens</u> <u>fysiske fremmøde</u> på hospitalet eller en <u>udekontakt</u> . Helbredstilstand og intervention dokumenteres i et klinisk journalnotat. Arten af ydelsen indberettes med relevant SKS' procedurekode (BVAA33*) på den virtuelle kontakt. Inkl: telefonkonsultation, video-konsultation Ekskl: e-mail konsultation, der ikke medregnes til begrebet i indberetningen (indberettes som procedure uden patientkontakt). ► Se også afs. 7.5 om nogle principielle overvejelser vedrørende "telemedicin"	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
telefonkonsultation	<u>virtuel patientkontakt</u> der udføres ved brug af telefon Kommentar: Konsultation hvor kommunikationen mellem <u>patient</u> og sundhedsprofessionel sker via telefon og resulterer i et klinisk journalnotat. Indberettes som virtuel kontakt med proceduren {BVAA33A} 'Telefonkonsultation'	
videokonsultation	<u>virtuel patientkontakt</u> der udføres ved brug af video Kommentar: Konsultation hvor kommunikationen mellem <u>patient</u> og sundhedsprofessionel sker via videotransmission og resulterer i et klinisk journalnotat. Indberettes som virtuel kontakt med proceduren {BVAA33D} 'Videokonsultation'	
e-mail konsultation	<u>sundhedsintervention</u> der udføres ved anvendelse af e-mail Kommentar: Kommunikation mellem patient og sundhedsprofessionel via e-mail, som resulterer i et klinisk journalnotat. Indberettes som proceduren {BVAA33B} 'e-mail konsultation' uden patientkontakt	

5.6.2 Patientkontakten

Patientkontakten beskriver et afgrænset møde, fysisk eller virtuelt, mellem patienten og en **sundheds-person** af kortere eller længere varighed. I LPR3 indberettes kontakten med tidstro varighed i form af *realtid* start- og sluttidspunkter – se afs. 5.6.4.2-3

For at et møde mellem sundhedsperson og patient kvalificerer til at være en kontakt, skal der være tale om et niveau klinisk svarende til et ambulant besøg, være et led i udredning og behandling af patienten og have et indhold, niveau og varighed, der medfører som minimum et journalnotat.

En ikke planlagt samtale på gangen er således som et eksempel ikke en patientkontakt i den betydning, som kontaktbegrebet har i denne vejledning.

5.6.2.1 Kontaktansvar

Kontaktansvaret er det klinisk-administrative ansvar for den enkelte patientkontakt. Kontaktansvarets tidsramme er generelt fra "indtjekning" til "udtjekning" af patienten – se nærmere under de enkelte kontakttyper – dvs. den periode, hvor enheden har et reelt ansvar for "hele patienten".

Kontaktansvaret angives ved den organisatoriske enhed (SOR-kode), der indberettes som en del af kontaktoplysningerne. Ansvar vil være på afdelingsniveau eller på afsnitsniveau (speciale-niveau).

Hvis ansvaret skifter, fx hvis patienten flyttes til anden enhed, afsluttes kontakten, og ansvaret overdrages til en anden enhed, der opretter en ny kontakt under samme forløbselement eller alternativt under eget forløbselement, der sammenknyttes med relevant referencetype.

Der kan under samme uændrede kontaktansvar (SOR-enhed) være forskellige **opholdsadresser** – se følgende afsnit og afs. 5.8

5.6.2.2 "Flere besøg samme dag"

Kontakten og kontaktansvaret er to sider af samme mønt – og (SOR) organisatorisk afhængigt. LPR3 og SOR-klassificeringen af den regionale sygehusstruktur forudsætter ikke en bestemt grad af granulering.

Dette betyder, at der på tværs af regioner og sygehuse vil være forskelle i organiseringen og dermed niveauer for de enheder, der afholder ambulante besøg (og andre patientkontakter). Dette afspejles især i forhold til "flere besøg samme dag".

Der er **ét generelt princip**, der uanset den lokale struktur altid skal overholdes i indberetningen:

Der må under et forløb (forløbselement) og under samme SOR-enhed ikke være flere samtidige patientkontakter af typerne 'fysisk fremmøde' og 'død'

► Se dog afs. 5.6.3.1.1 vedrørende "samtidige fremmøder"

Hvis patienten på samme dag møder forskellige sundhedspersoner, der er ansat under samme ambulatorium, kan dette indberettes som ét kontinuert fysisk fremmøde under samme (SOR-enhed), svarende til et éntydigt kontinuerligt kontaktansvar, eller det kan indberettes opdelt i flere efter hinanden følgende fremmøder under samme enhed (kontaktansvar og opholdsadresse).

Bemærk

LPR-indberetningen er robust overfor de forskellige måder, som de regionale enheder er organiseret på.

5.6.3 Kontakttyper

Der skelnes på indberetningssiden ikke mellem ambulante kontakter (besøg) og indlæggelseskontakter. De forskellige kortere og længerevarende fremmøder er i *indberetningen* samlet i en fælles kontakttype 'fysisk fremmøde', hvor varigheden af kontakten angives af tidstro starttidspunkt og sluttidspunkt for kontakten.

I denne vejledning inkluderer "patient" også stedfortræder for patienten, dvs. værge eller forælder.

Der skal oprettes selvstændige kontakter svarende til de til enhver tid vedtagne og gældende specificerede kontakttyper.

Der er følgende kontakttyper: [admin.konttype]

SKS-kode	kontakttype [admin.konttype]	bemærkning
ALCA00	fysisk fremmøde	Inkl. fremmøde på præhospital og fødselskontakt for levendefødt se afs. 5.6.3.1
ALCA01	udekontakt	se afs. 5.6.3.2
ALCA03	virtuel kontakt	anvendes som kontakttype ved ydelserne (procedure-indberettes) telefon-konsultation og videokonsultation - se afs. 5.6.3.3
ALCA10	død	ny i LPR3 – se afs. 5.6.3.4 Inkl: dødfødt barn (Kap. 11)
ALCA20	diagnoseindberetning	kontakttype for indberetning af diagnose(r), når der er stillet en sygdomsdiagnose, der skal indberettes, og der ikke er en efterfølgende patientkontakt i form af fysisk fremmøde eller virtuel kontakt. Bemærk: Kontakttypen har udelukkende et dokumentationsformål. Se afs. 5.6.3.5

5.6.3.1 Fysisk fremmøde

Fysisk fremmøde anvendes som fælles kontakttype for alle patientens fremmøder på en klinisk (SOR) enhed med kontakt mellem patient og sundhedsperson, uanset varighed af kontakten.

Kontakttypen omfatter i indberetningen ambulante besøg og indlæggelseskontakter.

- ▶ Hvem, der kan afholde ambulante besøg, er beskrevet under afs. 1.4.

Kontakttypen 'fysisk fremmøde' inkluderer desuden følgende grupper, der modtages på hospital:

- Borgere, som er under pågående behandling for hjertestop eller, hvor der påbegyndes behandling (genoplivning) skal betragtes som levende patienter og registreres og indberettes på patientkontakt med kontakttype 'fysisk fremmøde'
- Ved indbragte borgere uden livstegn, hvor der **ikke** forudgående har været kontakt til en læge og, hvor døden **ikke** er åbenbar, og der **ikke** har været påbegyndt behandling, eller behandlingen er indstillet, skal en hospitalslæge konstatere døden for indtrådt og tage stilling til om forsøg på genoplivning (behandling) er nødvendig. Denne gruppe skal ligeledes registreres som patienter med kontakttype 'fysisk fremmøde'

- ▶ Om indberetning vedrørende afdøde borgere og patienter – se under afs. 5.5

Kontakttypen 'fysisk fremmøde' skal anvendes på alle typer enheder inkl. "serviceafdelinger"⁷, når patienten har et selvstændigt fremmøde på afdelingen, uden at dette er led i et samtidigt fremmøde på anden klinisk enhed.

- ▶ Vedr. færdigbehandlet patient i stationært regi – se afs. 4.3.13

⁷ Undtagelse: Blodprøvetagning inden klinisk patientkontakt

Eksempler

- 1) Patient, der går til behandling og kontrol for diabetes på Endokrinologisk ambulatorium, møder til øjenkontrol på Øjenafdelingen. Der indberettes en selvstændig kontakt for besøget (fysisk fremmøde) på Øjenafdelingen, der knyttes til diabetesforløbet
- 2) Patient, der møder til MR-skanning som led i udredning under (forløbsansvar) Mave-tarm kirurgisk afdeling. Da fremmødet kun sker på Røntgenafdelingen, indberettes en selvstændig kontakt ('fysisk fremmøde') på Røntgenafdelingen, der knyttes til forløbselementet, der er oprettet af Mave-tarm kirurgisk afdeling
- 3) Patient, der henvises til og møder første gang på Billeddiagnostisk afdeling til CT-skanning som første led i udredningen i et kræft-pakkeforløb. Der indberettes en kontakt (kontakttype: 'fysisk fremmøde') fra Billeddiagnostisk afdeling, der knyttes til et forløbselement med forløbslabel 'Kræftsygdomme'. Forløbselementet er oprettet ved modtagelsen af henvisningen til pakkeforløb af den instans, der modtager henvisningen (der er aftalte arbejds gange)

Akutte patientkontakter:

- 4) Kendt patient med eksisterende KOL-forløb, der modtages ved akut fysisk fremmøde på sygehus pga. akut forværring af grundsygdommen. Den akutte kontakt knyttes til det eksisterende KOL-forløb(selement)
- 5) Bevidstløs patient indbragt med ambulance efter fald med cykel. Der oprettes et nyt sygdomsforløb (forløbselement), og den akutte patientkontakt ('fysisk fremmøde') knyttes til dette forløbselement. Kontaktårsag for kontakten er 'ulykke', der trigger en resultatindberetning 'skadeindberetning'

En billeddiagnostisk ydelse (og lignende) kan også udføres og indberettes som en assistance, hvis ydelsen foretages, mens patienten har et fremmøde på en stam-enhed, fx i akutmodtagelsen eller er indlagt.

Eksempel

Trafikskadet patient modtages på Akutmodtagelsen.

På mistanke om bla. fraktur i hånd køres patienten efter klinisk undersøgelse til røntgenundersøgelse på Billeddiagnostisk afdeling, hvorefter patienten returnerer til Akutmodtagelsen.

Den radiologiske undersøgelse registreres og indberettes som procedure (assistanceydelse) knyttet til patientkontakten på Akutmodtagelsen⁸

Varigheden af et fysisk fremmøde strækker sig fra, at patienten modtages på enheden, til patienten igen forlader enheden. Varigheden afspejler kontaktansvaret.

5.6.3.1.1 Samtidige fremmøder

Der er i LPR-reglerne ingen teknisk begrænsning i, at der kan være flere samtidige fremmøder (se dog afs. 5.6.2.2), også under samme sygdomsforløb (forløbselement). Der kan således godt indberettes et fremmøde på fx en radiologisk afdeling, mens patienten uafbrudt er indlagt på sengeafdeling eller fx har sin primære kontakt på en akutmodtageenhed (se eksempel ovenfor).

Der må generelt ikke være flere samtidige indlæggelser i samme sygdomsforløb.

I praksis betyder dette, at der generelt ikke må være flere samtidige fysiske fremmøder registreret med sengeenhed som stamenhed under samme forløbselement.

Det er for kortvarige indlæggelser tilladt at have to samtidige indlæggelser, hvis en **hospicepatient** kortvarigt (op til tre døgn) skal indlægges på en anden somatisk enhed til undersøgelse eller behandling.

- ▶ Dette håndteres som patientorlov – se afs. 5.8.1

Hvis en somatisk patient overflyttes til hospice for et længere ophold, skal indlæggelseskontakten på den første sengeafdeling afsluttes.

- ▶ Se også afs. 8.6.2.4 vedrørende somatisk indlæggelse af psykiatrisk indlagt patient, der ikke kan udskrives

⁸ Kan også registreres og indberettes som selvstændigt 'fysisk fremmøde' på røntgenafdelingen (afs. 5.5.6.1.1)

5.6.3.1.2 Besøg på anden enhed i andet forløb under indlæggelseskontakt

Ved besøg på anden enhed i andet forløb under fortsat indlæggelseskontakt kan indlæggelseskontakten stå uforandret åben, så længe patienten disponerer over sin seng.

Ved længerevarende fravær fra sengeafdelingen kan opholdsadresse anvendes til at indikere, hvor patienten befinder sig. Dette er dog ikke et formelt krav.

Eksempel

Dialysekontakt (fysisk fremmøde) i 4 timer under somatisk eller psykiatrisk indlæggelse.

Registrering på indlæggelseskontakt: Uændret fysisk fremmøde. Enheden kan vælge at angive opholdsadresse på nyreafdelingen for perioden, hvor patienten er i dialyse.

Registrering på ambulant nefrologisk kontakt: Fysisk fremmøde på nefrologisk enhed (kontaktansvar og opholdsadresse)

► Vedr. orlovsregistrering – se afs. 5.8.1

5.6.3.1.3 Overflytning med sundhedsperson-ledsaget transport

Hvis en patient skal overflyttes fra en enhed til en anden med deltagelse af sundhedsperson fra enheden (sygehuset), hvor patienten overflyttes fra, skal patientkontakten lukkes som ved ikke ledsaget overflytning, når patienten forlader enheden. Der er således ikke et kontaktansvar under overflytningen.

Ydelsen "ledsaget overflytning" kan dokumenteres i indberetningen som ydelse uden patientkontakt vha. relevant procedurekode knyttet direkte til forløbet.

Tilsvarende kan ledsaget transport med deltagelse af sundhedsperson fra den modtagende enhed dokumenteres som procedure uden patientkontakt, hvilket kræver, at der oprettes et forløbselement for sygdomsforløbet, der starter (senest) ved afhentningen af patienten.

5.6.3.1.4 Præhospital (frivillig)

Indberetning fra præhospital er ikke obligatorisk.

Hvis indberetning foretages, skal aktivitet på præhospital indberettes som akut patientkontakt med kontaktypen 'fysisk fremmøde' på egen dedikeret enhed (SOR-enheden) med eget selvstændigt forløbselement.

5.6.3.2 Udekontakt

Hjemmebesøg foregår i patientens hjem eller et sted, der fremtidigt skal være patientens hjem, og er et møde mellem sundhedsperson og patient eller stedfortræder for denne.

Udebesøg er tilsvarende et møde mellem patient (eller stedfortræder) og sundhedsperson på fx dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre mm.

Hjemmebesøg og udebesøg indberettes under en fælles selvstændig kontaktype: 'udekontakt'.

Der skal indberettes relevante diagnoser og procedurer ydet under udekontakten.

En sundhedspersons besøg på virksomhed, institution og lignende og i patientens hjem *uden patientens deltagelse* i konsultationen indberettes derimod som **ydelse uden kontakt**, dvs. som relevant SKS-procedure knyttet til forløbselementet for sygdommen, som besøget handler om. Der skal og kan ikke foretages diagnoseindberetning.

Varigheden af en udekontakt strækker sig fra sundhedspersonens fremmøde på kontaktstedet, indtil sundhedspersonen igen forlader kontaktstedet.

5.6.3.2.1 Hjemmefødsel

Hjemmefødsel (moderens kontakt), der sker med deltagelse af jordemoder eller anden sundhedsperson, skal indberettes som kontaktype: **'udekontakt'** med fødselsdiagnose som aktionsdiagnose.

► Kravene til hjemmefødselskontakter er nærmere beskrevet i Kap. 11

5.6.3.3 Virtuel kontakt

Omfatter obligatorisk kun ydelserne **telefonkonsultation** og **videokonsultation**, der skal indberettes som procedure under kontakten 'Virtuel kontakt'.

Varigheden af den virtuelle kontakt angives ved start- og sluttidspunkt svt. den sundhedsprofessionelles tidstro kontakt med patienten. Der skal indberettes relevante diagnoser for kontakten.

Bemærk

Brevsvar og lignende er ikke "virtuel kontakt", men kan indberettes som "procedure uden kontakt" knyttet direkte til et forløbselement.

- ▶ Se afs. 7.5 om "Telemedicin" mv.

5.6.3.4 Kontakttype 'Død'

"Døde-kontakt" skal oprettes i de tilfælde, hvor der er krav om indberetning af særlige ydelser til afdøde.

Kontakttypen 'død' anvendes til registrering og indberetning af kontakter på afdøde borgere og patienter, dvs. hvor døden er konstateret inden kontaktstart. Kontakten kan fortsætte, så længe der er ydelser til den afdøde, der skal eller ønskes dokumenteret og indberettet.

- ▶ Se afs. 5.6.3.4.3 om ydelser til pårørende

Der skal obligatorisk indberettes en døde-kontakt (kontakttype 'Død') i følgende situationer:

- Indbragt eller overført hjernedød patient, der lægges i respirator
- Indbragt eller overført afdød, hvor der skal udtages væv eller organ til transplantation

Der skal således ikke oprettes dødekontakt for konstateret afdøde, hvor der kun foretages ligsyn og overføring til kapel eller lignende.

Patientkontakter med kontakttype 'død' indberettes med prioritet 'akut'.

- ▶ For dødfødte børn anvendes kontakttype 'Nyfødt' – se nærmere under Kap. 11

Døde-kontakten kan indberettes under et eksisterende forløbselement eller i andre tilfælde under et nyt forløbselement med relevant forløbslabel, hvis den primære årsag til patientens død er kendt, fx 'Kræftsygdomme' {ALAL01}. Ellers anvendes forløbslabel: 'Andre forløb' {ALAL90}.

Forløbselementer, der fortsætter eller opstartes efter død, afsluttes med afslutningsmåde: 'død'.

5.6.3.4.1 Aktionsdiagnose for "døde-kontakt"

Aktionsdiagnosen for døde-kontakten skal altid være "hjernedød" {DR991} eller "hjertedød" {DR992} – afspejlende situationen ved kontaktens start – kodeliste: [diag.doed]. Der kan desuden indberettes bidiagnoser (ingen krav).

Aktionsdiagnosen bibeholdes gennem hele kontakten. Der skal således ikke oprettes ny kontakt ved eventuel statusændring fra hjernedød til hjertedød. Aktionsdiagnosen kan opdateres, men dette er ikke et krav.

Dødsårsagerne dokumenteres i dødsattesten og vil derfor kun indirekte fremgå af LPR-indberetningen via det sygdomsforløb, som døde-kontakten eventuelt er knyttet til.

5.6.3.4.2 Ydelser, der obligatorisk skal indberettes på "døde-kontakt"

"Døde-kontakt" skal altid oprettes, hvor der er krav om indberetning af særlige ydelser til afdøde.

- ▶ Se nærmere beskrivelse af krav til procedureregistreringen i afs. 7.2.1

Hvis der efter, at døden er konstateret, er patientrettede ydelser, der skal eller ønskes indberettet, oprettes en døde-kontakt under samme forløbselement eller evt. under et nyt forløbselement, der refererer (træk ID "samme sygdom") tilbage til det tidligere forløbselement.

"Døde-kontakten" fortsætter, så længe der er ydelser til den døde, der skal indberettes. Forløbet afsluttes herefter med afslutningsmåde: 'død'.

5.6.3.4.3 Ydelser til pårørende

Samtaler med pårørende efter patientens død er ikke omfattet af indberetningskrav.

Hvis indberetning ønskes foretaget, skal dette ske som **procedure uden kontakt**, dvs. som procedure knyttet direkte til et forløbselement. Dette gælder også, selvom der eventuelt er en samtidig døde-kontakt.

5.6.3.5 "Diagnoseindberetning uden patientkontakt"

Hvis sygdomsdiagnose stilles mellem patientkontakter, og der af en eller anden grund ikke er en efterfølgende patientkontakt i form af fysisk fremmøde, udekontakt eller virtuel kontakt, kan der foretages diagnoseindberetning og ved anmeldelsespligtig kræftsygdom tillige canceranmeldelse ved hjælp af en særlig kontakttype '**diagnoseindberetning**'.

Følgende situationer håndteres vha. denne særlige løsning:

- det er planlagt, at der ikke skal være en patientkontakt, fx fordi patienten skal modtage brevsvaret eller email-svar
- der opstår en erkendelse af, at der (nok) ikke kommer en efterfølgende kontakt, fx hvis patienten er udeblevet fra planlagt(e) kontakt(er), hvor svar skulle gives

Det er kun i disse situationer, at denne indberetningsløsning skal vælges.

Løsningen dækker udelukkende et behov for at kunne tilføje helbredsforløbet den rette konklusive diagnose, når denne er fremkommet og skal LPR-indberettes, herunder ved canceranmeldelse af en kræftdiagnose, der først blev stillet efter seneste patientkontakt, og hvor der ikke er en efterfølgende patientkontakt.

Bemærk

Det er således ikke meningen, at denne registreringsmulighed skal anvendes, hvis der er aftalt en svarkontakt (fysisk fremmøde, udekontakt eller virtuel patientkontakt) med patienten i den nærmeste fremtid.

Der er ikke tale om en (tidstro) incidensdiagnose-indberetningsmulighed, ligesom "Diagnoseindberetning" ikke erstatter diagnoseregistrering og -indberetning på "rigtige" patientkontakter.

Der må generelt **ikke tilbagedateres diagnoser**, når disse fremkommer – ej heller til tidligere patientkontakter, hvor diagnosen ikke var stillet eller kunne stilles på afslutningstidspunktet for patientkontakten.

Bemærk, at der i dette tilfælde kun kræves **registreringstidspunkt**. Dette skal jf. de generelle regler ligge inden for forløbselementets tidsramme.

Der er, som ved andre kontakttyper, krav om mindst en **aktionsdiagnose** (lig med den stillede sygdomsdiagnose/konklusionen på udredningsforløbet) tilknyttet som kontaktdiagnose. Bidiagnoser kan tilføjes.

Der kan desuden frivilligt indberettes procedure(r) knyttet til kontakt-indberetningen, fx (proceduren) brevsvaret, når diagnosen er meddelt patient i brev. Dette er ikke et krav. Procedurer skal i givet fald indberettes med starttidspunkt lig med kontaktstarttidspunktet og uden sluttidspunkt.

En kontaktdiagnose knyttet til diagnoseindberetningskontakten kan være trigger for en **resultatindberetning**, fx 'Canceranmeldelse'. Løsningen sikrer på denne måde anmeldelse i alle situationer, der ikke er dækket af den normale kontaktregistrering og -indberetning.

Kontakter med kontaktttype: "diagnoseindberetning" indberettes med følgende basisoplysninger:

Kontakt	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt ID i indberetningen
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Forløbselement
ansvarligEnhed	SORKode	SORKlass	1	obligatorisk
type	SKSKode	[admin.konttype] ={diagnoseindberetning}	1	obligatorisk
prioritet	SKSKode	[admin.prioritet.plan] ={planlagt}	1	obligatorisk
starttidspunkt	datoTid	tidspunkt =registreringstidspunkt	1	obligatorisk
startbehandling	datoTid	tidspunkt ikke udfyldt	0	ikke udfyldt
sluttidspunkt	datoTid	tidspunkt =Kontakt/starttidspunkt +1 minut	1	obligatorisk

5.6.4 Dataindholdet i kontakt (logisk objekt)

Patientkontakten beskriver et afgrænset møde, fysisk eller virtuelt, mellem patienten og en **sundheds-person** af kortere eller længere varighed. I LPR3 indberettes kontakten med tidstro varighed i form af *realtid* start- og sluttidspunkter – se afs. 5.6.4.2-3

Kontakter indberettes med følgende basisoplysninger:

Kontakt	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt ID i indberetningen
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Forløbselement
ansvarligEnhed	SORKode	SORKlass	1	obligatorisk
type	SKSKode	[admin.konttype]	1	obligatorisk. Kontakttyperne er udvidet i LPR3 – se afs. 5.6.3
prioritet	SKSKode	[admin.prioritet] (akut/planlagt)	1	obligatorisk for alle kontakter
starttidspunkt	datoTid	tidspunkt	1	obligatorisk
startbehandling	datoTid	tidspunkt	0..1	<i>frivillig</i>
sluttidspunkt	datoTid	tidspunkt	(0)..1	obligatorisk ved afslutning. Blank for uafsluttede kontakter

- ▶ Der er særlige krav til fødselskontakter (mor og barn). Se nærmere beskrivelse i Kap. 11
- ▶ Se afs. 5.6.3 for nærmere beskrivelse af de forskellige **kontakttyper**
- ▶ Se afs. 5.7 vedr. **kontaktårsager**

5.6.4.1 Prioritet

Der skal indberettes prioritet – [admin.prioritet] 'akut' eller 'planlagt' – for alle kontakter (alle kontakttyper).

Alle nyfødte, levendefødte og dødfødte, indberettes med prioriteten 'akut'.

Ved **somatiske akutte patientkontakter** med kontakttype: 'fysisk fremmøde' skal **kontaktårsag** indberettes. Kontaktårsagen betinger de yderligere krav, der gælder ved ulykker, selvmordsforsøg og voldshandlinger.

- ▶ Se nærmere i Kap. 13 vedr. skadeindberetning

5.6.4.2 Starttidspunkt for kontakt

Der gælder følgende regler for starttidspunktet for en kontakt betinget af kontakttypen:

Kontakttype	starttidspunkt ved ...	sluttidspunkt når ...
Fysisk fremmøde	modtagelse af patienten på den sundhedsfaglige enhed (tjek ind)	patienten forlader den sundhedsfaglige enhed (tjek ud), og der ikke længere er et kontaktsansvar
Udekontakt	sundhedspersonens ankomst til behandlingsstedet (kontaktstedet)	sundhedspersonen forlader behandlingsstedet
Virtuel kontakt	etablering af kontakten med patienten	kakten med patienten afsluttes
Død	registreringstidspunkt for start af kontakt, tidligst på dødstidspunktet	der ikke skal foretages yderligere registrering/indberetning
Diagnose-indberetning	registreringstidspunkt	registreringstidspunkt +1 minut

Bemærk

Start- og sluttidspunkter for kontakter skal ligge inden for forløbselementets tidsramme.

5.6.4.2.1 Starttidspunkter for fødselskontakter

Moderens fødselskontakt startes generelt ved moderens fremmøde til kontakt på fødeafsnittet. Dette gælder også, hvis fødslen er startet, eller barnet er født. Der skal således ikke ske en "tilbagedatering".

Moderens fødselskontakt kan indeholde igangsættelse, når dette foretages under samme fysiske fremmøde (samme kontaktansvar) som selve fødslen.

Ved hjemmefødsel er kontaktstarttidspunktet for moderens vedkommende lig med starttidspunktet for hjemmebesøget (indberettes som udekontakt).

Starttidspunkt for **barnets fødselskontakt** er normalt fødselstidspunktet. Ved fødsel af barnet ved hjemmefødsel eller ved fødsel "på vej" *inden* kontaktstart sættes starttidspunktet ud fra de generelle definitioner til sundhedspersonens ankomst til hjemmet henholdsvis ved barnets ankomst til afdelingen. Det faktiske fødselstidspunkt angives i fødselsindberetningen og kan altså ligge før kontaktstart.

► Se i øvrigt nærmere beskrivelse af fødselsforløb og -kontakter i Kap 11

5.6.4.3 Sluttidspunkt for kontakt

► Se tabel ovenfor

Transporttid må ikke indregnes i varigheden for udekontakter (hjemmebesøg og udebesøg).

Moderens og barnets fødselskontakter på sygehus eller fødeklinikker kan indeholde en barselsperiode, hvis dette fortsætter under samme kontaktansvar (organisatorisk enhed) som selve fødslen – se Kap. 11

5.6.4.4 Behandlingsstart (frivillig)

Indberetning af tidspunkt for behandlingsstart på kontakten er ikke obligatorisk.

Tidspunkt for behandlingsstart kan anvendes for akutte patientkontakter for sygdom eller skade, hvor behandling ofte påbegyndes senere end kontaktens starttidspunkt, der er patientens ankomsttidspunkt til modtageafdelingen.

Behandlingsstart er defineret som tidspunktet for påbegyndelse af den objektive undersøgelse i behandlingsrum. Hermed menes der ikke den initiale triagering eller anden primær vurdering (visitation), der sker ved patientens ankomst.

Der er heller ikke tale om behandlingsstart, hvis patienten fx får is eller en midlertidig bandage på en skade.

Uanset term er det i denne sammenhæng starten af den objektive undersøgelse, der afgrænser "behandling". Behandling afføder en behandlingsplan, som iværksættes, hvilket også inkluderer de tilfælde, hvor undersøgelserne ikke fører til konkrete behandlingsydelser, fx hvis patienten efter indledende undersøgelse overflyttes til anden enhed, eller der ikke er et behandlingsbehov.

Ventetiden til behandling defineres til at være det interval, der er mellem ankomst og behandlingsstart, dvs. ved påbegyndelse af objektiv klinisk undersøgelse i behandlingsrum.

Bemærk

Henvielse ved visitator til radiologisk eller anden undersøgelse inden egentlig objektiv undersøgelse kvalificerer i sig selv ikke til "behandlingsstart".

5.7 Kontaktårsager

Kontaktårsagen angiver den umiddelbare baggrund for, og som har ført til, den aktuelle kontakt.

Der er krav om at indberette kontaktårsag knyttet til kontaktindberetningen ved **somatiske akutte patientkontakter med kontaktype 'fysisk fremmøde'**, dvs. akutte patientkontakter på sygehus begrundet i sygdom, samt alle primære (førstegangs-) kontakter ved skade som følge af ulykke, voldshandling og tilsigtet selvskade (selvmordsforsøg og anden tilsigtet selvskade)

Kontaktårsagen er **"trigger"** for de yderligere krav til specificering af ydre årsager til skade – se *Kap. 13*

Kontaktårsagen skal ses i direkte relation til den eller de behandlede sygdomme og skader på den akutte patientkontakt. Den klinisk set tungeste tilstand, der dokumenteres i kontaktens aktionsdiagnose, vil også være den tilstand, der afspejles i den indberettede kontaktårsag som baggrunden for tilstanden.

Kontaktårsag indberettes med følgende oplysninger:

Kontaktårsag	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	Regel / beskrivelse
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt ID i indberetningen
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Kontakt
kode	SKSkode	[admin.kontaarsag]	0..1	obligatorisk ved akutte* somatiske# patientkontakter med kontaktype: 'fysisk fremmøde' *) prioritet=akut #) hovedspeciale: ikke psykiatrisk (= somatisk)

Det anbefales, at kontaktårsagsindberetningen ved indhentning af relevant information gøres så korrekt som muligt.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at selv om meget eventuelt kan tilbageføres til patientens grundsygdom og den dertil hørende adfærd, så er det den **umiddelbare baggrund** for den aktuelle patientkontakt, som kontaktårsagen beskriver.

Kontaktårsag {ALCC01} 'sygdom' anvendes efter udelukkelse af de andre specificerede kontaktårsager.

Fremkommer der i løbet af skadekontakten oplysninger af relevans for ændring af kontaktårsagen, skal den initiale registrering og indberetning korrigeres, og eventuelt relevant skaderegistrering foretages.

Komplikationer til undersøgelse og behandling {DT80-98} henregnes til kontaktårsag 'sygdom' med mindre, at der er tale om en ulykke, dvs. at tilstanden er opstået som følge af utilsigtet eller uhensigtsmæssigt udført procedure eller handling, fx fejldosering af lægemiddel.

'anden kontaktårsag (UNS)' {ALCC90} anvendes ved anden specificeret årsag til kontakt, der efter udelukkelse ikke er dækket af en af de øvrige, samt hvor kontaktårsagen ikke kan angives, fx ved bevidstløs indbragt patient, hvor det ikke i løbet af kontakten er afklaret, om baggrunden er sygdom eller anden kontaktårsag. Personer med psykisk chok-tilstand uden somatisk skade indberettes ligeledes med "anden".

Kontaktårsag 'skadeindberetning foretages på efterfølgende patientkontakt' {ALCC70} kan anvendes ved kortvarige akutte første-kontakter, fx på præhospitalsenhed eller skadestue, hvor det i praksis ikke er muligt at foretage kontaktårsags- og fyldestgørende skadeindberetning.

Hvis der er sket en komplet skadeindberetning på en tidligere patientkontakt, kan kontaktårsag {ALCC80} 'sekundær patientkontakt efter skade' indberettes, hvorved der ikke er yderligere krav til indberetning på den aktuelle kontakt. Denne kontaktårsag kan også anvendes, når de to patientkontakter er på forskellige sygehuse.

Der er følgende kontaktårsager [admin.kontaarsag]

Værdi	Kontaktårsag	Beskrivelse
ALCC01	sygdom	Helbredstilstand herunder sygdom og mistanke om sygdom uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion. Ekskl: - selvmordsforsøg (ALCC04) - anden tilsigtet selvskade (ALCC05) Eksempler: - akut somatisk patientkontakt uden erkendt eller rapporteret skade - langvarig legemsbeskadigelse, hvor der ikke er tale om egentlig ulykke, fx nedslidning; inkl. arbejdsbetingede sygdomme, der ikke er arbejdsulykke - forgiftning som følge af længerevarende påvirkning (48 timer eller derover), eller hvor påvirkningen ikke er betinget af ulykkesomstændighed - beruselse uden behandlingskrævende forgiftning - bivirkning og anden komplikation til medicinsk og kirurgisk behandling ved normal terapeutisk dosering hhv. ved normalt tilsigtet og hensigtsmæssigt udført procedure og handling - medicinsk, kirurgisk, psykiatrisk og anden lignende tilstand uden udefra påført læsion - eller hvor påførte læsion er sekundær i forhold til den tilstand, der ledte til kontakt med sundhedsvæsenet - følge efter tidligere behandling for sygdom - blivende senfølge efter tidligere skade (skadeforløb)
ALCC02	ulykke	Helbredstilstand herunder sygdom og mistanke om dette, som umiddelbar følge af ulykke. En ulykke er en ufrivillig hændelse karakteriseret ved en hurtigtvirkende kraft eller påvirkning, som kan ytre sig i form af skade på kroppen. Inkl: - skade, hvor det ved kontaktafslutning ikke har kunnet afgøres, om der var tale om ulykke, voldshandling eller selvskade Eksempler: - akut legemlig overbelastning fx forløftning, forvridning, træde galt, falde - forgiftning som følge af kortvarig påvirkning (mindre end 48 timer) eller betinget af ulykkesomstændigheder - angreb af dyr og insekt - overeksponering af naturlig varme, kulde, lys og stråling fx solskoldning, hedeslag og forfrysning - ulykke ved medicinsk/kirurgisk behandling som følge af fejl og uhensigtsmæssigt udført procedure - komplikation til undersøgelse og behandling, der er opstået som følge af utilsigtet og uhensigtsmæssigt udført procedure eller handling, herunder ved fejldosering af lægemiddel
ALCC03	voldshandling	Helbredstilstand herunder sygdom eller mistanke om dette som umiddelbar følge af intenderet vold. Eksempler: slagsmål, håndgemæng og mishandling, seksuelt overgreb
ALCC04	selvmordsforsøg	Helbredstilstand herunder sygdom og mistanke om dette som umiddelbar følge af selvmordsforsøg. Et selvmordsforsøg er en bevidst selvtilføjet skade, der falder ind under definitionen for selvmordsforsøg (se afs. 13.3.6) Ekskl: selvmutilation - se 'anden tilsigtet selvskade' (ALCC05)

Værdi	Kontaktårsag	Beskrivelse
ALCC05	anden tilsigtet selvskade	Selvmutilation. Bevidst udført og tilsigtet selvskade, der ikke opfylder kriterierne for selvmordsforsøg jf WHO's definition (afs. 13.3.6) Eksempler: "cuttere", panodilforgiftning som selvskadende handling
ALCC70	skadeindberetning foretages på efterfølgende patientkontakt	Kan anvendes i situationer, hvor en tilskadekommen hurtigt overføres til behandling på sygehus eller specialafdeling Eksempel: præhospitalskontakt
ALCC80	sekundær patientkontakt efter skade	Al sekundær kontakt efter den primære skadekontakt, der primært har baggrund i skaden/skadekontakten Inkl: Komplikationer og følger efter tidligere behandling for skade Ekskl: Blivende senfølger efter skader: {ALCC01} 'sygdom'
ALCC90	anden kontaktårsag (UNS)	Anvendes kun, når en af ovenstående kontaktårsager ikke kan angives. - screeningskontakter - graviditet, fødsel og almindelig barsel - uønsket graviditet - provokerede og spontane aborter - patologisk svangerskab - fødselskontakter for mor hhv. barn - andre tilstande og sygdomme under graviditeten hos gravide, der modtages på gynækologisk-obstetrisk enhed - barn indlagt i henhold til Lov om Social Service - psykisk chok-tilstand uden somatisk skade - kontaktårsag kan ikke tilvejebringes - kontaktårsag kan ikke specificeres (UNS), uvist om skade eller sygdom, fx bevidstløs indbragt, hvor det ved kontaktafslutning fortsat ikke kan afgøres, om der er tale om sygdom, ulykke, vold eller tilsigtet skade

5.7.1 Skadeindberetning ved skade som følge af ulykker, voldshandlinger og selvmordsforsøg

Den indberettede kontaktårsag er bestemmende for de yderligere krav til indberetningen af ydre årsager til skade ved **somatiske akutte kontakter**.

Ved kontaktttype: 'fysisk fremmøde' og kontaktårsagerne [admin.kontaarsag.skade]: {ALCC02} 'ulykke', {ALCC03} 'voldshandling' og {ALCC04} 'selvmordsforsøg' skal der obligatorisk indberettes en resultatindberetning af typen: 'Skadeindberetning'.

- ▶ Skadeindberetningen er indholdsmæssigt uændret i forhold til LPR2 og er detaljeret beskrevet i Kap. 13

5.7.2 Multiple årsager til kontakt

Der er kun mulighed for at angive én kontaktårsag som den overordnede kategorisering af baggrunden for en ny patientkontakt. I nogle situationer kan kontakten imidlertid bedst beskrives ved en blanding af fx skade og sygdom.

Medicinske sygdomme som epilepsi, AMI og sukkersyge kan i forbindelse med akutte anfald være baggrunden for opstået skade ved fald, mistet herredømme over køretøj eller anden ulykkeshændelse. Der skal i disse tilfælde prioriteres.

Kontakten vil i sådanne tilfælde ofte primært omhandle den akutte medicinske tilstand, hvorfor dette er aktionsdiagnosen for kontakten.

Der skal generelt være overensstemmelse mellem aktionsdiagnosen og kontaktårsagen på patientkontakten.

Den klinisk set tungeste tilstand vælges ud fra det helt generelle princip som aktionsdiagnose, og svarende til denne angives kontaktårsagen, dvs. 'sygdom', når sygdom er hovedindikationen for de på kontakten udførte kliniske handlinger, og (fx) 'ulykke', når skadeudredning og -behandling efter ulykke trækker de største ressourcer på kontakten, suppleret af en fuld skadeindberetning, som beskrevet i Kap. 13.

Hvis en medicinsk tilstand er aktionsdiagnose, vil skaden(-erne) være bidiagnose(r), og der er så ikke krav om indberetning af ydre årsager. Men det anbefales, at man ved væsentlige skader alligevel foretager en fuld skadeindberetning.

5.8 Opholdsadresse og fravær

Opholdsadressen angiver, hvor patienten officielt er til stede på et givet tidspunkt under det fysiske fremmøde. Opholdsadresse knyttes obligatorisk til kontakter af typen '**fysisk fremmøde**' og indberettes med start- og sluttidspunkt. Hele kontaktperioden skal være dækket.

Hvis patienten flyttes under kontakten inden for samme kontaktansvar (SOR enhed), skal der indberettes skiftende opholdsadresser, dvs. adresseoplysning for patientens aktuelle fysiske lokalisation. Dette gælder også for ophold på patienthotel, når der gives kliniske ydelser under opholdet.

► Se også beskrivelse af "flere besøg samme dag" i afs. 5.6.2.2

Der må ikke være overlap mellem flere perioder for opholdsadresse under den samme kontakt. Perioderne skal ligge indenfor kontaktens tidsramme.

Opholdsadresse indberettes med følgende oplysninger:

Opholdsadresse	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objektID i indberetningen
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Kontakt
enhed	SORkode	SORKlass	0..1	obligatorisk SOR-kode for den kliniske enhed
fravær	SKSkode	[admin.fravaer]	0..1	ELLER SKS-kode tilhørende kodeliste: [admin.fravaer]
starttidspunkt	datoTid	tidspunkt	1	obligatorisk
sluttidspunkt	datoTid	tidspunkt	(0)..1	obligatorisk ved afslutning. Blank for uafsluttet opholdsadresse

5.8.1 Patientorlov

Indlagte patienter kan have orlov i op til 3 døgn. I forbindelse med helligdage kan orlovsperioden dog forlænges tilsvarende.

Ved orlov disponerer patienten fortsat over en sengeplads. Patientkontakten er åben, der er et fortsat **kontaktansvar**, og orlovsperioden fremgår af **opholdsadressen**, der ændres fra SOR-koden for den kliniske enhed til {ALCF01} 'orlov'.

Når patienten vender tilbage, sættes opholdsadressen igen til den kliniske enhed, hvor patienten har sin seng. Oplysningerne registreres tidstro.

Der er følgende værdier for orlov og andre typer af fravær:

kodeliste: [admin.fravaer]		
ALCF01	orlov	somatik og psykiatri
ALCF02	længerevarende fravær med aftale	kun psykiatri (se Kap. 8)
ALCF03	udeblivelse	
ALCF04	undvigelse	
ALCF05	rømning	
ALCF06	fravær pga. samtidig somatisk indlæggelse	

For patienter indlagt på hospice kan patientorlov inkludere et kortvarigt ophold (< maksimalt 3 døgn) på anden klinisk enhed.

5.8.2 Længerevarende fravær med aftale i psykiatrien

Ved længerevarende fravær disponerer patienten fortsat over en sengeplads. Patientkontakten er åben, og fraværperioden fremgår af opholdsadressen, der ændres fra klinisk enhed (eller evt. fra 'orlov') til {ALCF02} 'længerevarende fravær'.

► Se afs. 8.6.2.2

5.8.3 Absenteringer i retspsykiatrien

Ved absentering må kontakten ikke afsluttes. Fraværperioden fremgår af opholdsadressen, der ændres fra klinisk enhed (eller evt. fra 'orlov') til relevant værdi (ALCF03-05)

► Se nærmere i afs. 8.6.2.3

5.8.4 Somatisk indlæggelse af indlagt psykiatrisk patient

Hvis en patient, der er i behandling under psykiatriloven, eller en retslig patient skal indlægges og behandles på et somatisk afsnit, skal patienten have to samtidige indlæggelser, dvs. en indlæggelse på psykiatrisk enhed og en indlæggelse på somatisk enhed.

I perioden, hvor patienten har ophold på somatisk enhed, kan fraværskode {ALCF06} 'fravær pga. samtidig somatisk indlæggelse' anvendes som Opholdsadresse på den psykiatriske indlæggelseskontakt.

► Se også afs. 8.6.2.4

5.9 Betalingsoplysninger

Betalingsoplysningerne⁹ angiver, om betalingen skal foretages af bopælsregionen, om der er tale om selvbetaler, forsikringsbetaler mv. Disse oplysninger anvendes dels af regionerne ifm. den mellemregionale afregning, dels til udregning af kommunal medfinansiering af sygehusaktivitet.

Et sæt betalingsoplysninger består af angivelse af betalingsaftale, betaler og specialiseringsniveau, som alle er obligatoriske i indberetningen.

Kommentarer

Der vil i de fleste tilfælde være tale om standardværdier, der kan opstilles som default på en brugergrænseflade, men der skal i princippet tages stilling til afvigelser fra normen ved enhver kontakt samt procedure uden kontakt.

Der kan især for længerevarende fysiske fremmøder (indlæggelser) være behov for flere sæt af betalingsoplysninger, der afløser hinanden over tid.

5.9.1 Anvendte termer og definitioner – betalingsoplysninger

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar
betalingsaftale	angivelse af hvilken aftale om betaling der vedrører en patientkontakt eller en procedure
betaler	angivelse af betaler for en kontakt eller en procedure
specialiseringsniveau	angivelse af specialiseringsniveau i henhold til Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning

5.9.2 Betalingsoplysninger (logisk objekt)

Betalingsoplysninger skal i indberetningen obligatorisk knyttes til den enkelte **patientkontakt** hhv. til **procedure uden patientkontakt**. Indberetningen er struktureret som vist i det følgende skema.

5.9.3 Indberetning af betalingsoplysninger

5.9.3.1 Patientkontakter

Der skal indberettes mindst ét sæt af betalingsoplysninger pr. **patientkontakt** (uanset kontaktttype).

⁹ Som noget nyt i LPR3 skal betalingsoplysninger indberettes direkte til LPR.

De kontakt-relaterede betalingsoplysninger indberettes med fuld historik. Betalingsoplysninger skal dække hele kontaktens tidsudstrækning.

Der kan være flere sæt af betalingsoplysninger pr. patientkontakt. Ved flere sæt af betalingsoplysninger skal disse tilsvarende dække hele kontakten, og der må ikke være overlap mellem sætterne.

Indberetningen består skematisk af følgende oplysninger (logisk objekt):

Betalingsoplysning	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objektID i indberetningen
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Kontakt eller Procedure
betalingsaftale	SKSkode	[admin.betalaftale]	1	obligatorisk
betaler	SKSkode	[admin.betaler]	1	obligatorisk
specialiseringsniveau	SKSkode	[admin.specialniv]	1	obligatorisk
starttidspunkt	datoTid	tidspunkt	1	obligatorisk
sluttidspunkt	datoTid	tidspunkt	(0)..1	obligatorisk ved: - afslutning af kontakt (kontakt sluttidspunkt udfyldt) - procedure uden kontakt med krav om afslutningstidspunkt

Ved behov for ændring i en eller flere parametre (aftale, betaler, specialniveau) indberettes et nyt fuldt sæt af betalingsoplysninger.

5.9.3.2 Procedurer uden patientkontakt

Der skal og kan kun knyttes ét sæt betalingsoplysninger pr. **procedure uden patientkontakt**. Starttidspunkt for betalingsoplysning sættes i indberetningen lig med starttidspunktet for proceduren. Hvis der er et procedure-sluttidspunkt, sættes sluttidspunktet for betalingsoplysning lig med procedure-sluttidspunktet.

5.9.3.3 Procedurer under patientkontakt

Betalingsoplysninger nedarves normalt fra kontakten til de procedurer, der indberettes under kontakten.

For procedurer, der er givet under patientkontakt, kan der ved behov indberettes selvstændige betalingsoplysninger. Dette er ikke et krav, men enhederne skal være opmærksomme på eventuelle regionale og lokale krav og aftaler.

5.9.3.4 Start- og sluttidspunkter for betalingsoplysninger

5.9.3.4.1 Betalingsoplysninger knyttet til patientkontakt

Betalingsoplysninger skal være dækkende for den enkelte kontakt.

Hvis der kun knytter sig en enkelt betalingsaftale til en kontakt, skal start- og sluttidspunkt i indberetningen være lig med start- hhv. sluttidspunkt for kontakten.

Starttidspunkt	Tidspunkt for, hvornår et givent sæt af betalingsoplysninger træder i kraft
Sluttidspunkt	Tidspunkt for, hvornår et givent sæt af betalingsoplysninger ikke længere er gældende

Hvis der er flere sæt af betalingsoplysninger tilknyttet, skal det første sæt have et starttidspunkt svarende til kontaktens, mens det sidste skal have et sluttidspunkt svarende til kontaktens. Der må inden for kontakten ikke være over- eller underlap mellem perioder med betalingsoplysninger.

5.9.3.4.2 Betalingsoplysninger knyttet til procedure uden patientkontakt

Til en procedure mellem kontakter kan der kun tilknyttes ét sæt af betalingsoplysninger.

Betalingsoplysningens starttidspunkt sættes lig med til procedurens starttidspunkt.

Har proceduren et sluttidspunkt (bla. for procedurer, hvor dette er påkrævet), skal sluttidspunkt for betalingsoplysning være lig med procedurens sluttidspunkt – ellers blank.

5.9.3.5 Betalingsaftale

Angivelse af, hvilken aftale om betaling, der vedrører kontakten eller en given periode af en kontakt, samt procedure uden kontakt.

Betalingsaftale indberettes obligatorisk ud fra følgende klassifikation [admin.betalaftale]:

Kode	Betalingsaftale	Kommentar
ALFA2	højt specialiseret	forbeholdt regional behandling
ALFA3	DRG	
ALFA4	psykiatri	
ALFA5	privat behandling	forbeholdt behandling i privat regi. Den betalende part indberettes som 'betaler' (afs. 5.9.6) fx {ALFB50} 'selvbetaler'
ALFA6	forskning	
ALFA7	Sundhedsloven § 79	Forbeholdt aftale om behandling omfattet af Sundhedslovens § 79 vedrørende behandling på særlige private institutioner
ALFA8	betalingsaftale uafklaret	(%)

(%) Værdier for betalingsoplysninger: "... uafklaret" kan anvendes i indberetninger, indtil kvalificeret oplysning kan angives

5.9.3.6 Betaler

Angivelse af betaler for kontakten eller en given periode af en kontakt, for en procedure uden kontakt, samt evt. for kontakt-procedure, hvor der er behov for angivelse af en (anden) betaler for proceduren.

Der er aftalt med regionerne, at LPR-indberetningen af betaler er SKS-klassificeret som i følgende tabel – kodeliste [admin.betaler].

Betaler indberettes obligatorisk for patientkontakter og procedurer uden patientkontakt ud fra følgende klassifikation [admin.betaler]:

Kode	Betaler	Kode	Betaler
ALFB01	Region 81 (Nordjylland)	ALFB42	Udlændingestyrelsen
ALFB02	Region 82 (Midtjylland)	ALFB43	Christians Ø forvaltning
ALFB03	Region 83 (Syddanmark)	ALFB50	selvbetaler
ALFB04	Region 84 (Hovedstaden)	ALFB60	forsikringsselskab
ALFB05	Region 85 (Sjælland)	ALFB70	flyselskab
ALFB11	90 Grønland	ALFB91	forskningsmidler
ALFB12	97 Færøerne	ALFB92	delvis selvbetaler / delvis forsikringsbetalt
ALFB22	kommune	ALFB96	betaler uafklaret (%)
ALFB31	udenlandske behandlingsinstitutioner	ALFB97	anden betaler
ALFB32	EU/EØS borgere	ALFB98	ingen betaler
ALFB40	staten	ALFB99	betaler uden specifikation
ALFB41	Forsvarsministeriet		

Hvis der er en ændring i betaler-oplysning i løbet af en patientkontakt, afspejles dette i indberetning af et nyt sæt af betalingsoplysninger knyttet til den relevante kontakt hhv. procedure.

5.9.3.7 Specialiseringsniveau

Specialiseringsniveau indgår obligatorisk i indberetningen på lige fod med de øvrige betalingsoplysninger.

De logiske krav til indberetning af specialiseringsniveau er de samme som for de øvrige betalingsoplysninger og indgår i disse.

Specialiseringsniveau indberettes obligatorisk efter denne klassifikation:

Kode	Specialiseringsniveau iht. specialeplanlægningen
ALFC2	hovedfunktionsniveau
ALFC3	regionsfunktion
ALFC4	højt specialiseret funktion
ALFC8	specialiseringsniveau uafklaret (%)
ALFC9	specialiseringsniveau uoplyst

Hvis der er en ændring i specialiseringsniveau i løbet af en patientkontakt, afspejles dette i indberetning af et nyt sæt af betalingsoplysninger knyttet til den relevante kontakt hhv. procedure.

5.10 Kontaktdiagnoser¹⁰

Der skal til hver indberettet kontakt senest ved kontaktafslutning angives en **aktionsdiagnose** samt de i forhold til den aktuelle kontakt tilhørende kliniske og **kontaktrelevante bidiagnoser**.

Der skal desuden ved længerevarende patientkontakter (indlæggelser) af typen: 'fysisk fremmøde' **senest 30 dage** efter kontaktstart indberettes en relevant aktionsdiagnose, der beskriver patientens tilstand eller situation på indberetningstidspunktet.

- ▶ Diagnosebegreber, krav og vejledning er nærmere beskrevet i Kap. 6

Det anbefales, at patientkontaktens diagnoser løbende vurderes klinisk og opdateres i takt med ny viden.

Henvisningsdiagnose er i LPR3 erstattet af **Henvisningsårsag** (afs. 4.2.5), der kan indberettes frivilligt.

Ud over kontaktdiagnoserne skal der obligatorisk indberettes og løbende kvalificeres en **forløbslabel** (overordnet sygdomstema), der i indberetningen knyttes til forløbselementet. Forløbslabel er **ikke** et diagnosebegreb.

- ▶ Forløbslabel er nærmere beskrevet i afs. 4.1.7

5.11 Procedurer ydet under kontakt

Kliniske procedurer, der er ydet under en patientkontakt, og som ønskes eller skal indberettes, indberettes knyttet til den aktuelle kontakt.

Det anbefales, at alle kontakter dokumenteres med mindst en klinisk relevant ydelse, der afspejler den vigtigste aktivitet under kontakten.

Den vigtigste aktivitet (procedure) vil oftest være indiceret af kontaktens aktionsdiagnose (hovedindikation).

Alle procedurer indberettes med et starttidspunkt. Starttidspunktet kan tidligst være lig med kontaktstarttidspunktet.

Hvis der er krav eller ønske om angivelse af **varighed** af en given procedure under patientkontakten, skal der også indberettes et sluttidspunkt for ydelsen. Varigheden skal generelt ses ud fra patientens synsvinkel. Sluttidspunktet må senest være lig med kontaktens afslutningstidspunkt.

- ▶ Procedure-indberetningen er nærmere beskrevet i Kap. 7
- ▶ Vedrørende ydelser uden samtidig patientkontakt – se afs. 5.12.6

¹⁰ Kontaktdiagnose begreber og principper er uændrede i LPR3.

5.12 Supplerende vejledning til indberetning af kontakter

5.12.1 Kobling af kontakt til Forløbselement

Alle kontakter skal knyttes til et forløbselement i indberetningen. Tilknytningen af kontakten til forløbselementet skal ske ud fra en **klinisk vurdering af størst klinisk relevans**.

Hvis patienten således har flere parallelle sygdomsforløb udtrykt i flere samtidige forløbselementer, er det en **klinisk vurdering og valg**, hvilket forløbselement kontakten knyttes til – på baggrund af, at klinikerens har overblik over patientens forløb og de på kontakten behandlede tilstande og anvendte ydelser.

Valget af tilknytning er ofte ligetil – analogt til valg af kontaktens aktionsdiagnose – men der vil kunne være situationer, hvor kontakten har forholdt sig ligeværdigt til flere forløb.

Det vil ofte være den tilstand, der klassificeres som aktionsdiagnosen for kontakten, der også betinger valget af forløbselement ud fra den angivne forløbslabel.

5.12.2 Visitationspatienter

Patienter, der ankommer til et akut-afsnit, men som umiddelbart videresendes til andet afsnit eller ud af sygehuset, uden at der har været nogen form for klinisk udredning (inkl. triagering), klinisk rådgivning eller behandling skal ikke indberettes. I alle andre tilfælde skal der oprettes og indberettes en patientkontakt, også selv om denne kan være meget kortvarig.

"Sus forbi patienter", der umiddelbart videresendes til specialafdeling, medregnes til visitationspatienter. Den akutte patientkontakt vil efterfølgende blive oprettet "i specialet".

5.12.3 Patienter med ophold på patienthotel

Patienten med opholdsadresse på patienthotel, der **modtager kliniske ydelser** under opholdet, skal have en patientkontakt på den kliniske enhed, som patienten er tilknyttet. Ydelser kan indberettes (ingen krav) knyttet til denne kontakt.

Opholdsadressen (SOR-kode) for perioden med ophold på patienthotel skal indberettes tidstro.

Bemærk: Ophold på patienthotel uden klinisk begrundelse skal og må ikke indberettes

5.12.4 Raske ledsagere

Raske personer, der ledsager en patient, må ikke indberettes til LPR. Kode {DZ763*} for 'Rask ledsager' (inkl. 'Rask nyfødt som ledsager' {DZ763B}) kan anvendes som aktionsdiagnose på lokalt oprettede kontakter. Disse skal frasorteres ved indberetning til LPR.

5.12.5 Rask nyfødt

Nyfødte indberettes på egen første **fødselskontakt** med kontakttypen: 'fysisk fremmøde', kontaktårsag: 'anden kontaktårsag', fødselsdiagnose (barn) som aktionsdiagnose samt med tilhørende resultatindberetning: 'Fødselsindberetning barn'.

Så længe barnet fortsat er til stede under samme fødselskontakt (samme organisatoriske enhed), bevares kontakten åben indtil udskrivning. Der kan indberettes ydelser til barnet under denne kontakt fx hørescreening. Symptomer, komplikationer og andre tilstande hos barnet, der observeres og behandles under fødselskontakten, kan indberettes som bidiagnoser.

Hvis moderen efter fødslen genindlægges på barselsenhed eller anden klinisk enhed, kan barnet, hvis barnet ikke skal modtage særlige ydelser, registreres på selvstændig lokal kontakt, aktionsdiagnose 'Rask nyfødt som ledsager' {DZ763B}, der ikke indberettes.

Hvis barnet efter afslutning af fødselskontakten skal modtage klinisk ydelse fx hørescreening, oprettes ny patientkontakt for barnet med relevant aktionsdiagnose (ikke fødselsdiagnose), fx {DZ135C} ved selvstændig hørescreeningskontakt.

5.12.6 Ydelse uden samtidig patientkontakt

Procedurer givet til patienten, men uden at der er en samtidig patientkontakt, omfatter administrative og kliniske procedurer, hvor patienten (eller stedfortræder/værge) ikke personligt er til stede og deltager i konsultationen.

Eksempel: Udfærdigelse af psykiatrisk erklæring til de sociale myndigheder

Ydelser uden samtidig patientkontakt, der skal indberettes, knyttes direkte til et aktuelt og relevant forløbs-element for den helbredstilstand, som ydelsen primært er rettet mod.

5.12.6.1 Ydelser til pårørende til patient (frivillig)

Ydelser til pårørende givet uden patientens deltagelse kan indberettes som procedure uden patientkontakt.

► [Se afs. 7.1.5 vedrørende pårørendeydelse efter patientens død](#)

Hvis patienten derimod deltager i samtalen, registreres og indberettes dette som en patientkontakt ('fysisk fremmøde' eller 'udekontakt') med patienten, eventuelt med tilknyttet pårørende-ydelse i form af procedure-kode indberettet på kontakten.

6 DIAGNOSER

Diagnoserne i LPR er **kontaktdiagnoser**, dvs. tager udgangspunkt i den enkelte patientkontakt og er beskrivende for patienttilstanden ved den aktuelle patientkontakt. Der er krav om indberetning af diagnoser for alle de specificerede kontakttyper (se afs. 5.6.3) inkl. kontakttyperne 'død' og 'diagnoseindberetning' (uden patientkontakt).

► Vedr. "diagnoseindberetning uden patientkontakt" – se afs. 5.6.3.5

Kontaktdiagnose-begreberne er uændret de to diagnosetyper - **aktionsdiagnose** og **bidiagnose**.

Der skal indberettes kontaktdiagnoser ved kontaktafslutning, dog senest 30 dage efter kontaktstart ved langvarige indlæggelseskontakter.

Henvisningsdiagnose er i LPR3 erstattet af 'Henvisningsårsag' og er frivillig i indberetningen.

► Se vedrørende henvisningsoplysninger under Kap. 4 (afs. 4.2) om forløb.

Bemærk – kræftsygdomme

Der er i LPR indført et ændret princip for diagnoseindberetningen ved kræftsygdomme, idet supplerende oplysninger om **metastaser** og **lokalrecidiv** i indberetningen skal knyttes direkte til kontaktdiagnosen for kræftsygdommen. Dette sikrer dokumentation af den kliniske relation mellem grundsygdom og sygdommens udvikling og datagrundlaget for identifikation af kræftsygdomme til Cancerregisteret.

Til diagnose knyttes i relevante tilfælde en række supplerende oplysninger:

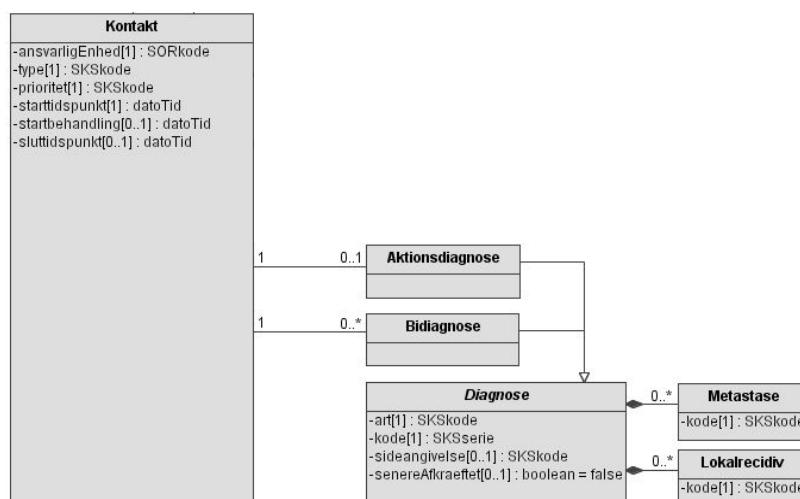
- supplerende oplysninger om metastaser og lokalrecidiv til kræftsygdom – se afs. 6.2
- resultatindberetning – en diagnose kan være trigger for en resultatindberetning – se afs. 6.4
- vedrørende "diagnose senere afkræftet" – se afs. 6.5

Generelt kan diagnosekoder fortsat suppleres med relevante oplysninger i form af tillægskoder (SKS-serie).

Henvisninger til andre afsnit

- Om faggrupper (sundhedspersoner) og indberetning – afs. 1.4
- Aktionsdiagnose på "døde-kontakt" – se under afs. 5.6.3.4.1
- anbefalede psykiatriske aktionsdiagnoser – se Kap. 8
- En diagnosekode [diag] kan (frivilligt) anvendes som 'Indikation' i indberetningen af en procedure – se afs. 7.1.11
- Komplikationsdiagnose ved påvist per- og postkirurgisk komplikation – se afs. 14.3.2
- *Forløbslabel* afgrænser overordnet helbredstemaet for forløbselementet og angives med en særlig klassifikation – se Kap. 4 om forløb. Forløbslabel er **ikke** et diagnosebegreb, da det beskriver et helbredstema fra start til slut, herunder ved begrundet mistanke mv. – også ved forløb, hvor den mistænkte sygdom afkræftes.

Modeludsnit – diagnoser



6.1 Beskrivelse – diagnoser

Hver patientkontakt kan have tilknyttet et vilkårligt antal diagnoser, dog kun én aktionsdiagnose. Der skal som minimum være en aktionsdiagnose ved indberetning af en afsluttet kontakt. Ved længevarende indlæggelseskontakter skal der indberettes en aktionsdiagnose senest 30 dage efter kontaktstart.

Diagnoser indberettes uden historik, hvilket begrebsmæssigt betyder, at de indberettede diagnoser gælder for hele kontakten. Ved ændring af en diagnoseregistrering inden kontaktafslutning, vil den nye diagnoseværdi overskrive den tidligere indberettede.

Logisk set skal en diagnosekode være gyldig i SKS på et tidspunkt inden for den givne patientkontakt.

► Vedrørende (senere) afkræftet diagnose – se afs. 6.5

6.1.1 Anvendte termer og definitioner – diagnoser

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
diagnose	vurderingsresultat vedrørende <u>helbredstilstand</u> der er formaliseret Kommentar: "Diagnose" omfatter bredt egentlige sygdomme, skader, andre lidelser, symptomer og årsager til kontakt, inkl. "obs. pro", "kontrol" mm. Kodes efter "Klassifikation af sygdomme" (ICD10) og indberettes med foranstillet SKS-hovedgruppe bogstav 'D'. Diagnoser indberettes som <u>kontaktdiagnoser</u> af typerne aktionsdiagnose og bidiagnose med data-typen <u>SKS-serie</u> bestående af en diagnosekode som <u>primærkode</u> og eventuelt en eller flere <u>tillægskoder</u> . Bemærk: <u>Kontaktdiagnose</u> skal i relevante tilfælde suppleres med indberetning af oplysninger om <u>fjernmetastaser</u> og <u>lokalrecidiv</u>	
kontaktdiagnose	<u>diagnose</u> der ved afslutning af en <u>patientkontakt</u> betegner en årsag til de sundhedsinterventioner der er udført på <u>patientkontakten</u> Kommentar: Omfatter aktionsdiagnose og bidiagnose	
diagnoseart	klassificeret angivelse af om en <u>kontaktdiagnose</u> er en <u>aktionsdiagnose</u> eller en <u>bidiagnose</u>	
aktionsdiagnose	<u>kontaktdiagnose</u> der var den væsentligste årsag til de <u>sundhedsinterventioner</u> der blev udført på en <u>patientkontakt</u> Kommentar: Aktionsdiagnosen er hovedindikation for de sundhedsfaglige ydelser på kontakten. Ved konkurrerende sygdomme og tilstande indberettes den væsentligste kliniske tilstand som aktionsdiagnose	
bidiagnose	<u>kontaktdiagnose</u> der var medvirkende årsag til de <u>sundhedsinterventioner</u> der blev udført på en <u>patientkontakt</u> Kommentar: Væsentlige fund på kontakten eller komplicerende tilstande for kontakten indberettes som bidiagnoser	
diagnosekode	klasse for en <u>diagnose</u> i gældende SKS-sygdomsklassifikation Diagnosekoderne indgår i <u>SKS-kodelisten</u> [diag] = diagnosekoder fra "Klassifikation af sygdomme", der kan indberettes.	
Indikation	vurderingsresultat vedrørende <u>helbredstilstand</u> der benyttes som begrundelse for en <u>sundhedsintervention</u> Inkl: sundhedsfagligt vurderet risikofaktor Kommentar: Diagnosekode kan (sammen med <u>behandlingssigte</u>) indgå i indberetning af indikation for procedure	
komplikation til procedure (komplikation)	<u>vurderingsresultat vedrørende helbredstilstand</u> som er en utilsigtet følge af en <u>sundhedsintervention</u> Kommentar: Omfatter utilsigtet følge af en procedure, uanset om sundhedsinterventionen er gennemført korrekt, om der har været svigt af anvendt apparatur, eller om komplikationen må tilskrives <u>patientens</u> tilstand eller andre forhold	
senere afkræftet diagnose	<u>kontaktdiagnose</u> der er indberettet, men som efterfølgende markeres som 'senere afkræftet' ved indberetningen Kommentar: Diagnosen må ikke rettes, hvis den var klinisk set korrekt på det første indberetningstidspunkt og derfor indikation for procedurer og eventuel resultatindberetning mv.	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
SKS-klassifikation	klassifikation der indgår i Sundhedsvæsenets Klassifikations System (SKS) Kommentar: SKS-klassifikationerne vedligeholdes af Sundhedsdatastyrelsen	
SKS-kode datatype: SKSkode	identifikationskode for en post i en <u>SKS-klassifikation</u> Kommentar: Til indberetning til LPR kan kun anvendes SKS-koder, der har en gyldighedsperiode inden for en del af eller hele kontakten. En SKS-kode kan være en primærkode eller en tillægskode.	
SKS-kodeliste (SKS-subset) (kodeliste)	delmængde (subset) af SKS Kommentar: Kodelister angives i vejledning og regler i firkantede parenteser, fx [diag] = diagnosekoder der kan indberettes til LPR.	
SKS-serie datatype: SKSerie	datatype for SKS primærkode med (mulighed for) tillægskode(r) Kommentar: En <u>SKS-serie</u> består af <u>SKS-kode</u> som <u>primærkode</u> og eventuelt specificeret med en eller flere <u>tillægskoder</u> .	
primærkode (SKS primærkode)	primær betydningsbærende kode i en SKS-kodet egenskab Kommentar: Fx består en aktionsdiagnose af en SKS primærkode (fra diagnoseklassifikationen) og eventuelle tilhørende SKS tillægskoder	
tillægskode (SKS tillægskode)	<u>SKS-kode</u> der uddyber <u>primærkodens</u> betydning Kommentar: Tillægskoder kan supplere primærkoden på flere måder, idet der kan indberettes flere tillægskoder til samme primærkode.	

6.1.2 Diagnose (logisk objekt)

Diagnoser indberettes med følgende oplysninger:

Diagnose	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt ID i indberetningen
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Kontakt
art	SKSkode	[admin.diagart]	1	Obligatorisk (aktions- eller bidiagnose)
kode	SKSerie	[diag]	1	obligatorisk. Diagnosekoden skal være gyldig på et tidspunkt inden for kontakten. Tillægskode(r) kan angives
sideangivelse	SKSkode	[spec. lateraldiag]	(0)..1	obligatorisk ved visse diagnoser tilhørende kodeliste: [diag.lateral], dog undtaget diagnose, der indberettes med anmeldelsesstatus [AZCA3; AZCA4; AZCA9] i 'Canceranmeldelse' (se afs. 6.1.5.1) [spec.lateraldiag] = venstresidig {TUL1}; højresidig {TUL2}; dobbeltsidig {TUL3} kan anvendes. Kan frivilligt indberettes for andre diagnoser
senere afkræftet	boolean	true OR false		default=false Se nærmere beskrivelse i afs. 6.5

6.1.3 Art (diagnose)

Diagnosearten angiver, om der er tale om en aktionsdiagnose eller en bidiagnose. For kontaktdiagnoserne gælder følgende generelle beskrivelser.

6.1.3.1 Aktionsdiagnose

Som aktionsdiagnose indberettes den diagnose, som var den væsentligste årsag til de på kontakten gennemførte undersøgelser og behandlinger. Ved konkurrerende sygdomme og tilstande indberettes den væsentligste kliniske tilstand som aktionsdiagnose.

Som tommelfingerregel er aktionsdiagnosen den tilstand, der var **hovedindikationen** for ydelserne på patientkontakten.

Der er særlige krav til aktionsdiagnosen på patientkontakter med fødsel, abort og på patientkontakter af kontakttypen 'død'.

- ▶ Se de respektive kapitler og afsnit
- ▶ Se afs. 5.6.3.4.1 vedr. aktionsdiagnose på døde-kontakt

6.1.3.2 Bidiagnose

Øvrige kontaktrelevante diagnoser, som er medvirkende årsag til eller som fund på kontakten eller som komplicerende for kontakten, indberettes som bidiagnoser.

- ▶ Se nærmere vejledningsprincipperne i afs. 6.3

6.1.4 Kode (diagnosekode)

Diagnoser kodes efter "Klassifikation af sygdomme" – SKS-hovedgruppe 'D' – der er den danske oversættelse og udbygning af WHO's sygdomsklassifikation (ICD-10).

Diagnosekoder, der kan indberettes fremgår af kodeliste [diag]. Minimums kodeniveau er fem karakterer.

Tillægskoder kan indberettes sammen med diagnosekode. *Der er ingen gældende krav.*

Tidligere tillægskode-krav er i LPR3-indberetningen flyttet til dedikerede egenskaber eller til resultatindberetninger.

Diagnosekoder og tillægskoder, der indberettes, skal være gyldige i SKS i en periode inden for kontaktens tidsudstrækning.

6.1.5 Sideangivelse

Der skal til visse diagnoser indberettet som aktions- og bidiagnoser indberettes sideangivelse. Dette gælder en delmængde af de anmeldelsespligtige diagnoser til Cancerregisteret.

Diagnosekoder, der kræver indberetning af sideangivelse findes altid i kodeliste: [diag.lateral].

Sideangivelse indberettes med værdi fra kodeliste: [spec.lateraldiag]:

{TUL1}	højresidig
{TUL2}	venstresidig
{TUL3}	dobbeltsidig

Sideangivelse kan frivilligt indberettes for andre diagnoser.

6.1.5.1 Undtagelse fra krav

Ovenstående krav om sideangivelse gælder ikke for aktions- og bidiagnoser med en tilhørende 'Cancer-anmeldelse' med anmeldelsesstatus [AZCA3; AZCA4; AZCA9].

6.2 Oplysninger om metastaser og lokalrecidiv til kræftdiagnoser

Der er i LPR indført et ændret princip for indberetningen af **supplerende oplysninger** om forekomsten af metastaser og lokalrecidiv ved kræftsygdomme.

Oplysninger om metastaser og lokalrecidiv skal indberettes som supplerende relaterede (SKS-klassificerede) oplysninger til diagnosen for den tilgrundliggende kræftsygdom, der indberettes som aktionsdiagnose eller bidiagnose.

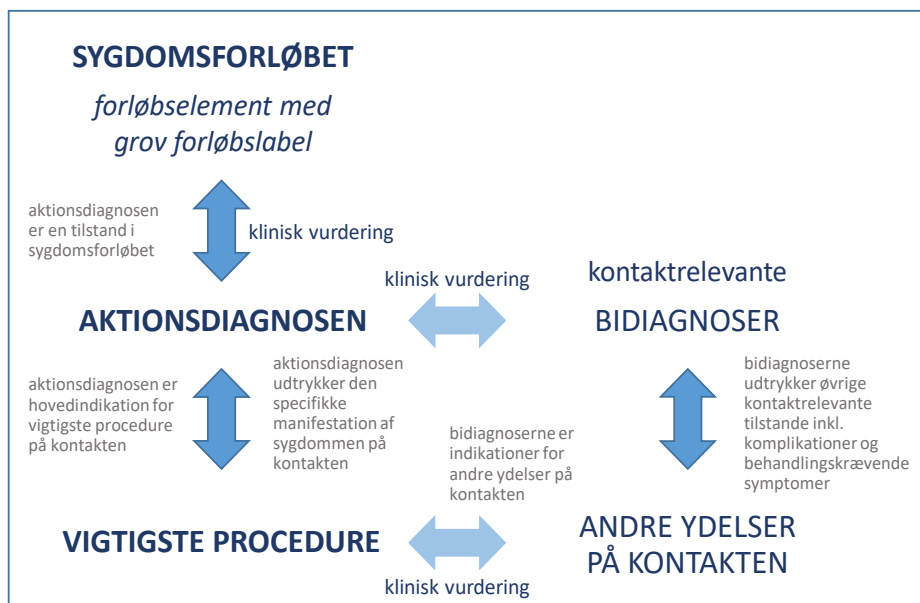
- ▶ Dette er nærmere beskrevet under "Kræftsygdomme" i Kap. 10, afs. 10.2.3-4

6.3 Kontaktrelevante diagnoser – principper og registrering

Der skal i forhold til hver indberettet kontakt foretages en komplet, klinisk relevant diagnoseregistrering og indberetning. Dette gælder alle kontakttyper.

Man skal være opmærksom på, at der er tale om en kontaktindberetning, dvs. at det kun er de sygdomme og tilstande, der har været **indikation for kliniske ydelser på kontakten**, der skal indberettes.

Principperne for diagnoseregistreringen med relationer til andre indberetninger er illustreret:



De indberettede diagnoser skal være relevante for den aktuelle patientkontakt, og der må ikke være diagnoser, der ikke har været klinisk relevante på kontakten – se den generelle vejledning i den følgende boks.

At patienten fx også har sukkersyge, skal kun medtages i indberetningen, hvis sukkersygen netop på *denne* kontakt har haft en reel og signifikant betydning for kontaktens forløb eller tyngde.

Prioritering og antal af bidiagnoser skal afgrænset ses i forhold til de på kontakten udførte ydelser. Aktionsdiagnosen er således **hovedindikationen** for den klinisk set vigtigste procedure, bidiagnoserne indikationer for kontaktens øvrige ydelser.

Der gælder følgende generelle vejledning for angivelse af de kontaktrelevante diagnoser:

- diagnosebegreberne er kontakt-diagnoser. Kun sygdomme og tilstande med klinisk og ressourcemæssig betydning på den aktuelle kontakt må registreres og indberettes
- grundsygdommen indberettes som aktionsdiagnose
 - når diagnosen stilles første gang
 - når behandlingen[#] givet på kontakten primært har været rettet mod grundsygdommen
 - i alle tilfælde, hvor sygdommen har været hovedindikation for de på kontakten udførte ydelser
- ved multimorbiditet indberettes den væsentligste kliniske tilstand som aktionsdiagnose; øvrige kontakt-relevante konkurrerende diagnoser indberettes som bidiagnoser
- tilgrundliggende sygdom indberettes som obligatorisk bidiagnose, når den indberettede aktionsdiagnose er et aspekt af grundsygdommen
- komplicerende sygdom (multimorbiditet) med betydning for kontakten indberettes som bidiagnose
- symptomdiagnose, der har været indikation for ydelse på kontakten, indberettes som bidiagnose – med mindre at den indberettes som aktionsdiagnose
- væsentlige komplikationer til sygdom og sygdomsbehandling opstået under patientkontakten indberettes som bidiagnose – aktionsdiagnosen er den behandlede sygdom
- ved ny patientkontakt primært begrundet i komplikation til tidligere behandling indberettes komplikationen som aktionsdiagnose

[#]) inkl. adjuverende behandling, hormonel og antihormonel behandling ved neoplastisk sygdom (kræftsygdom), når behandlingen gives som led i eller i umiddelbar forlængelse af den primære kræftbehandling. Der henvises til de faglige retningslinjer inden for det relevante sygdomsområde

For indberetning af diagnosekoder gælder desuden principperne, som beskrevet i de følgende afsnit 6.3.1-6.3.6

Det er vigtigt at bemærke, at der ikke må indberettes diagnoser på kontakten for sygdomme, som patienten ikke har, eller ikke har haft i løbet af kontakten. Særligt skal det sikres, at der ikke indberettes en kræftdiagnose, førend sygdommen er klinisk verificeret. Tilsvarende må der ikke indberettes en kræftdiagnose, når patienten er helbredt ved en tidligere kontakt, og dette er meddelt patienten.

Hvis det vurderes relevant, kan tidligere sygdom indberettes med koder med startteksten "anamnese med...". Indberetningen vil oftest kun være relevant som bidiagnose.

► Diagnosekodning ved kontrol – se afs. 6.3.2

Aktionsdiagnosen og eventuelle bidiagnoser skal som kontaktdiagnoser klinisk valideres ved afslutning af den enkelte patientkontakt.

Der kan inden slutregistreringen være fremkommet nye eller supplerende svar på undersøgelser, der afklarer patientens slutdiagnoser. Typiske eksempler er patologisvar, der bekræfter mistænkt malignitet, og patologisvar eller billeddiagnostiske svar, der justerer udbredelsen af allerede indberettet malign tumor.

6.3.1 Obs. pro (DZ03)

Ved kontaktregistreringen vil en indledende udredning ofte blive indberettet som en eller flere selvstændige kontakter (besøg) – indberettes som 'fysisk fremmøde' – til Landspatientregisteret.

Der findes et antal diagnosekoder {DZ03} til angivelse af "Observation pga. mistanke om...". Disse koder anvendes til angivelse af (kontaktbegrundelse) tilstanden 'Obs pro', som kontakten vedrørte, uden at der ved kontaktafslutning klinisk er blevet stillet en egentlig eller endelig diagnose. 'Obs pro' inkluderer ej befundet og ikke afkræftet på afslutningstidspunktet for kontakten.

Disse diagnoser har mest relevans som aktionsdiagnose, men kan også anvendes som bidiagnose til at markere udredning under patientkontakten for andre sygdomme, eller ved konkret klinisk mistanke om anden sygdom, der ikke er be- eller afkræftet ved kontaktafslutning. Dette erstatter *ikke* relevant procedure-registrering under patientkontakten.

Der findes såvel generelle som specificerede 'Obs. pro'- koder i afsnittet {DZ03}, fx specificerede koder for mistanke om specificeret kræftsygdom. Uspecificerede DZ03-koder kan eventuelt specificeres med en tillægskode for den specifikke tilstand, der er undersøgt/observeret for.

► Vedr. brug af DZ032X 'Psyisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse afkræftet' i psykiatrien – se afs. 8.7.2.1

6.3.2 Diagnosekodning ved kontrol (DZ08-09)

I SKS-kodeafsnittene {DZ08} og {DZ09} findes koder for "kontrol efter ...", der anvendes som aktionsdiagnose (kontaktbegrundelse) på kontakter, hvor der foretages klinisk kontrol, uden at sygdommen fortsat er til stede, og der ikke foretages behandling af andre sygdomme eller tilstande.

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

Denne diagnosekodning (kontaktbegrundelse) skal ikke forveksles med procedureregistreringen i forbindelse med patientkontakt, hvor der udføres (kliniske) kontrolundersøgelser.

Hvis der foretages behandling af sygdom, symptomer eller følgetilstande til sygdom eller til (tidligere) behandling, anvendes "kontrol efter" koderne ikke.

Overgangen fra "sygdom" til "kontrol" (efter sygdommen) er en *klinisk vurdering* i det enkelte tilfælde. Denne overvejelse vil ofte kunne baseres på faglige retningslinjer.

6.3.3 Indberetning ved misbrug (DF10-19)

Misbrugsdiagnoserne findes i kodeintervallet {DF10-19} 'Psyiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer'.

6.3.4 Lægemiddelbivirkninger

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

Bivirkninger af lægemidler anvendt i terapeutiske doser betragtes ikke som "forgiftninger" og indberettes med diagnosekoder, der beskriver bivirkningens karakter i form af diagnose eller symptom.

Diagnosen kan suppleres med ATC-tillægskode for lægemiddelstoffet, der har forårsaget bivirkningen.

6.3.5 Skadediagnoser (DS-DT)

Ved skadekontakter forstås kontakter, hvor den væsentligste årsag til den akutte patientkontakt er en skade eller mistanke om skade. Skader bør generelt som øvrige tilstande specificeres så meget som muligt.

Ved flere væsentlige selvstændige skader indberettes disse generelt hver for sig, den alvorligste som aktionsdiagnose.

Skadediagnoserne findes i sygdomsklassifikationen under SKS-kapitlerne {DS-DT}.

Skadediagnoserne indeholder en række uspecificerede koder for "Multiple (skader)(frakturer)(sår (læsioner))" m.fl. Disse koder anbefales generelt ikke anvendt ved væsentlige behandlingskrævende skader. Kun hvis patienten viderehenvises til behandling på anden akut patientkontakt, og udredningen på den aktuelle kontakt ikke har ført til specificering af skaderne, bør "samlekoder" anvendes. I alle andre tilfælde bør væsentlige skader kodes hver for sig. Ved væsentlige alvorligere skader kan småskader undlades i indberetningen.

► Skaderegistreringen beskrives i Kap. 13

6.3.6 Screeninger

Screeningskontakter indberettes med kontakttypen 'fysisk fremmøde' eller 'udekontakt' (ved undersøgelser foretaget i hjemmet) og forløbselementet med forløbslabel: 'Nationale screeningsprogrammer' og startmarkør: 'henvist til andet'.

"Screeningsdiagnoserne" under SKS-kodeafsnittene {DZ11-13} anvendes kun som aktionsdiagnose (kontaktbegrundelse) på kontakter begrundet i tidlig opsporing af sygdom for grupper af borgere uden, at der som konklusion er konkret mistanke om eller konstateret sygdom hos den enkelte person.

Undersøgelser, der er en del af et eksisterende behandlings- eller forløbsprogram, betragtes ikke som "nationalt screeningsprogram", fx øjenundersøgelse af diabetespatient uden øjensymptomer.

6.3.6.1 Påvisning af sygdom eller mistanke om sygdom ved screening

Hvis der ved screeningsundersøgelse findes sygdom eller mistanke om sygdom, kan forløbet fortsætte på samme kliniske enhed under samme forløbselement.

I dette tilfælde skal forløbslabel ændres i overensstemmelse med det kliniske fund til relevant værdi fx 'Kræftsygdomme' eller 'Andre forløb', der således overskriver forløbslabel fra start. Dette gælder generelt, dvs. uafhængigt af om det kliniske fund var et forventet eller et ikke forventet fund.

Hvis regionen vælger at oprette et nyt forløbselement i forbindelse med det kliniske fund ved screeningen, opretholdes forløbslabel 'Nationale screeningsprogrammer' for det første forløbselement, og det nye forløbselement oprettes med relevant forløbslabel, startmarkør svarende til det kliniske fund samt reference-type "samme sygdom" ved sammenkobling af det nye forløbselement til det første.

Ved viderehenvissning til videre udredning eller behandling på anden klinisk enhed, oprettes på den nye enhed tilsvarende et nyt forløbselement for den fundne tilstand/sygdom (inkl. mistænkt sygdom).

Hvis forløbet på den første kliniske enhed afsluttes ved viderehenvissningen, bibeholdes den oprindelige forløbslabel 'Nationale screeningsprogrammer'.

► Se nærmere vejledning under afs. 4.3.11 vedrørende udredningsret og maksimale ventetider i forbindelse med kolorektal kræftscreening og brystkræftscreening

6.4 Resultatindberetninger knyttet til Diagnose

Diagnoser fungerer som trigger for indberetning af anmeldelser og andre former for resultatindberetninger. Dette er aktuelt tilfældet ved følgende obligatoriske resultatindberetninger.

Resultatindberetning (obligatoriske) med Diagnose som trigger:

Resultatindberetning	Kapitel	Trigger
Canceranmeldelse	10	Diagnose / anmeldelsespligtige til Cancerregisteret [diag.car]
Fødselsindberetning mor	11	Aktionsdiagnose / moderens fødselsdiagnose [diag.foedmor]
Fødselsindberetning barn	11	Aktionsdiagnose / barnets fødselsdiagnose [diag.foedbarn]
Abortoplysninger - svangerskabslængde og oplysninger om misdannelse - samrådstilladelse	12	Diagnose / abortdiagnose [diag.abort]

Bemærk

Skadeindberetningen tager i LPR-indberetningen udgangspunkt i **kontaktårsag** for akutte somatiske patientkontakter af kontakttypen: 'fysisk fremmøde' – *ikke* i skadediagnose.

6.5 Diagnose senere afkræftet

Diagnosebegreberne i LPR udgør en angivelse af den eller de diagnoser, der retrospektivt set udgjorde de væsentligste diagnoser i forhold til den enkelte afsluttede kontakt. Disse diagnoser, der ud fra denne definition udgør konklusionen for kontakten, må nødvendigvis tage udgangspunkt i de af patientens kliniske diagnoser, der var gældende i en kortere eller længere periode i løbet af kontakten, og udgør således en samlet indikation for de under kontakten udførte procedurer.

Normalt skal registrerede og indberettede diagnoser for allerede afsluttede kontakter derfor ikke ændres, idet de var relevante som aktuel beskrivelse af de klinisk vurderede tilstande og indikationer for procedurer på det tidspunkt, hvor de blev indberettet.

Der kan dog være situationer, hvor der er indberettet en manifest diagnose, som kan have legale konsekvenser (fx kræftdiagnoser og visse psykiatriske diagnoser) for patienten, og som var stillet på grundlag af den på diagnosetidspunktet tilvejebragte viden, men hvor det **senere har vist sig**, at den videre udredning og behandling har afkræftet sygdommen.

Man kan så argumentere for, at diagnosen fejlagtigt blev stillet præmaturlt og stadig skulle have været holdt som en mistanke, men dette ændrer ikke ved, at diagnosen **er** stillet, og at der kan være handlet på den, hvorfor den ikke bare kan overskrives som en simpel fejl. Dette ville svare til at rette i journalen med tilbagevirkende kraft.

Ovenstående tilfælde opstår oftest, når der efter kontaktafslutning og efterfølgende indberetning fremkommer nye oplysninger fx histologi-svar, der viser, at den indberettede diagnose og/eller ved de indberettede oplysninger for udbredelse mv. ikke var korrekte.

Manifest diagnose, der tidligere er blevet indberettet på en nu afsluttet kontakt, og som efterfølgende afkræftes, genindberettes til LPR med (true) angivelse af 'senere afkræftet'.

I princippet gælder dette alle sådanne fejlagtigt stillede diagnoser, men kravet vil i udgangspunktet primært gælde væsentlige diagnoser, som kan have konsekvenser for patienten jf. ovenfor.

Canceranmeldelse knyttet til en senere afkræftet diagnose, vil blive slettet fra Cancerregisteret.

Af hensyn til patienten bør anmeldelsespligtige diagnoser, der senere er afkræftet, fra og med afkræftelsen ikke indberettes med tilknyttet canceranmeldelse.

Simpel fejltrening derimod, fx som følge af tastefejl, skal rettes ved overskrivning af den originale diagnosekode og efterfølgende genindberetning af patientkontakten.

7 PROCEDURER

Procedurer er et samlet begreb, som omhandler alle de handlinger, der kan udføres på eller gives til en person med kontakt til sygehusvæsenet.

Dette omfatter undersøgelser, behandlinger, operationer, pleje, forebyggelse og rådgivning, der er givet i forbindelse med en kontakt mellem patient og sundhedsperson, samt ydelser, der er givet til forløbet uden, at patienten nødvendigvis har været til stede, fx MDT-konference i kræftforløb og visse administrative handlinger som erklæringer, analyser og vurderinger af patientdata og –oplysninger.

Principper, krav og vejledning er generelt uændrede i LPR, men der er ændret på indberetningen af visse overordnede elementer, og der er tilføjet nogle nye muligheder.

- Der er nye krav vedrørende ydelser givet til afdøde – se under afs. 7.2.1

Indberetning af procedurer omfatter den obligatoriske indberetning af procedurer for operationer og radiologi samt indberetning af behandlinger og undersøgelser, hvoraf nogle obligatorisk skal indberettes. Mange procedurer har en afregningsmæssig betydning (DRG).

Procedurer kan knyttes til forløb eller til kontakter, jf. modeludsnittet her.

Hvis en ydelse er givet som led i en patientkontakt (fysisk eller virtuel), skal proceduren indberettes knyttet til kontakten.

Procedurer, der ydes uden patientkontakt (mellem kontakter), indberettes knyttet direkte til det relevante forløbselement – se afs. 7.1.2

Supplerende oplysninger (nogle obligatoriske) er i LPR3 indmodelleret som egenskaber i Procedure-indberetningsobjektet. Dette gælder fx sideangivelse, varighed (start- og sluttidspunkt), anvendt kontrast og handlingsspecifikation.

Følgende dataegenskaber erstatter tidligere tilsvarende krav til tillægskodning:

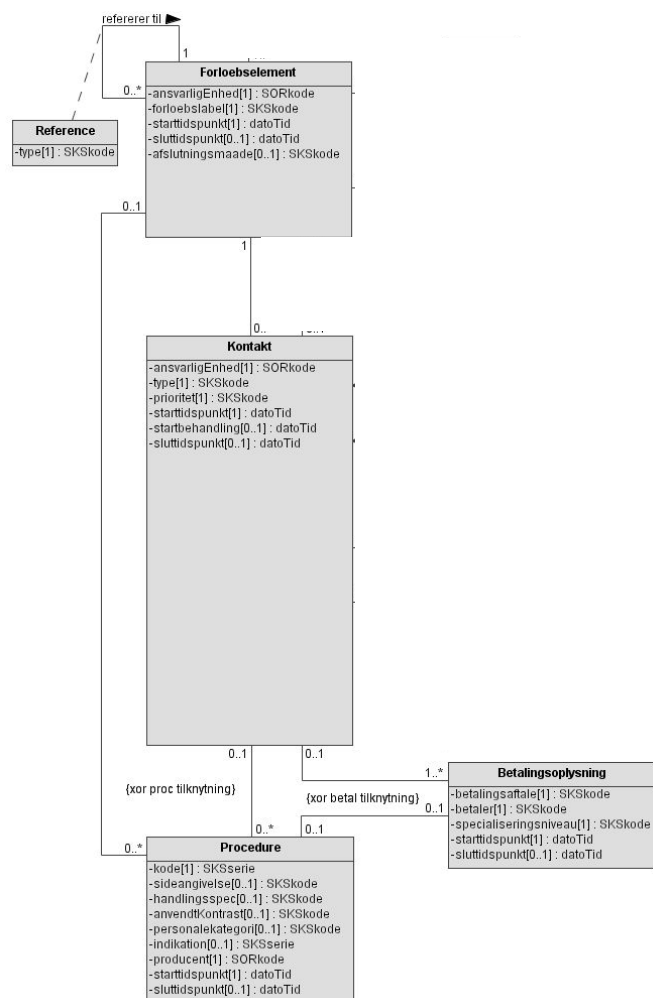
- sideangivelse, obligatorisk ved visse radiologiske procedurer, se afs. 7.1.8
- anvendt kontrast, obligatorisk ved visse radiologiske procedurer, se afs. 7.1.10
- handlingsspecifikation, se afs. 7.1.9
- indikation (frivillig) kan angives, se afs. 7.1.11

Herudover kan procedurekoder suppleres med yderligere relevante supplerende oplysninger i form af SKS-tillægskoder.

Henvisninger til andre afsnit

- Psykiatrisk ydelsesregistrering – se Kap. 8
- Behandlingsstart på kontakt – se Kap. 5 om kontakter
- Betalingsoplysninger på procedure uden patientkontakt (obligatorisk) – se under afs. 5.9
- Tidligere obligatoriske administrative markører ("flag"), indberettet som administrative procedurekoder, er i LPR-indberetningen flyttet til **forløbsmarkører** – se nærmere under afs. 4.3

Modeludsnit – procedurer



7.1 Beskrivelse – procedurer

Behov for vejledning afklares med Koordinationsgruppen

- Om "telemedicinske ydelser" – se afs. 7.1.5

7.1.1 Anvendte termer og definitioner – procedurer

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
aflyst procedure	<u>planlagt procedure</u> som ikke gennemføres på det tidspunkt der er meddelt patienten Kommentar: Patienten er skriftligt eller mundtligt meddelt det oprindeligt planlagte tidspunkt	
akut procedure	<u>sundhedsintervention</u> der tager udgangspunkt i en helbredstilstand der kræver umiddelbar <u>sundhedsintervention</u> Kommentar: En akut procedure gennemføres uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner	
assistance (assistanceydelse)	<u>sundhedsintervention</u> hvor producenten er en anden end <u>stamafdelingen</u> Kommentar: "Assistance" er et uddata-begreb. Se afs. 7.1.1.1	
behandling	<u>sundhedsintervention</u> hvor sundhedsformålet er at påvirke en patients <u>helbredstilstand</u>	
behandlingssigte	forventet klinisk resultat af en <u>behandling</u> Kommentar: Koder for behandlingssigte, kodeliste: [admin.behandsigte], kan indgå i indberetning af indikation for procedure. Se også <u>indikation</u>	
handlingsspecifikation	handlings- eller statusangivelse for en <u>procedure</u> Eksempler: 'indgivet' <> Procedure: Behandling med ... (medikamentel) 'udleveret' <> Behandling med ... 'indgivet og udleveret' <> Behandling med ...	
indikation	vurderingsresultat vedrørende <u>helbredstilstand</u> der benyttes som begrundelse for en <u>sundhedsintervention</u> Inkl: sundhedsfagligt vurderet risikofaktor Kommentar: Diagnosekode kan (sammen med <u>behandlingssigte</u>) indgå i indberetning af indikation for procedure	
klinisk kontrol (kontrol) (kontrolundersøgelse)	<u>sundhedsintervention</u> hvor <u>sundhedsformålet</u> er kontrol af patientens <u>helbredstilstand</u> der sigter mod opfølgning på eller videreførelse af en <u>sundhedsaktivitet</u> Kommentar: klinisk kontrol foretaget af <u>sundhedsperson</u>	
komplikation til procedure (komplikation)	<u>vurderingsresultat vedrørende helbredstilstand</u> som er en utilsigtet følge af en <u>sundhedsintervention</u> Kommentar: Omfatter utilsigtet følge af en procedure, uanset om sundhedsinterventionen er gennemført korrekt, om der har været svigt af anvendt apparatur, eller om komplikationen må tilskrives patientens tilstand eller andre forhold	
kirurgisk indgreb	<u>sundhedsintervention</u> hvor der anvendes kirurgisk metode	
operationskode	klasse for kirurgisk <u>procedure</u> i gældende SKS-operationsklassifikation Kommentar: En <u>operation</u> omfatter kun en operationskode, der klassificeres efter gældende "Klassifikation af operationer". Flere operationer kan indgå i et <u>kirurgisk indgreb</u>	
planlagt procedure (elektiv procedure)	<u>sundhedsintervention</u> der tager udgangspunkt i en helbredstilstand der ikke kræver umiddelbar <u>sundhedsintervention</u> Kommentar: En <u>planlagt procedure</u> forventes gennemført under iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner	
pleje	<u>sundhedsintervention</u> med plejemæssigt sigte Kommentar: Plejehandling foretaget af <u>sundhedsprofessionel</u>	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
sundhedsintervention (procedure) (intervention) (patientorienteret ydelse) (sundhedsydelse)	<u>sundhedsaktivitet</u> der på baggrund af indikation tilsigter at belyse eller påvirke en <u>patients helbredstilstand</u> Kommentar: I Sundhedsloven (LBK nr. 1286 af 02/11/2018) hedder det: "Behandling omfatter efter denne lov undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte <u>patient</u> ." Jf. i øvrigt begrebet <u>behandling</u> og <u>undersøgelse</u>	
<i>procedure</i> (ydelse)	<i>procedure er et indberetningsbegreb for indberetning af <u>sundhedsinterventioner</u>. Procedurer indberettes formaliseret som procedurekoder til LPR efter gældende SKS procedureklassifikationer</i>	
<i>procedurekode</i>	klasse for <u>sundhedsintervention</u> i gældende SKS-procedureklassifikation Procedurekoderne indgår i <u>SKS-kodelisten</u> [proc.opr] = procedurekoder fra SKS-procedureklassifikation, der kan indberettes til LPR	
procedureansvar	<u>klinisk-administrativt ansvar</u> for en udført <u>sundhedsintervention</u> Kommentar: Ved indberetning angives den SOR-enhed, producenten af en udført procedure er tilknyttet, som procedureansvarlig	
<i>producent</i>	<u>sundhedsproducerende enhed</u> , der har procedureansvar for udførelsen af en <u>sundhedsintervention</u> Kommentar: Anvendes i indberetningen i betydningen organisatoriske enhed (SOR-klassificeret), ikke enkeltperson. Omfatter både offentlige og private sundhedsaktører	
<i>rekvirent</i>	<u>sundhedsproducerende enhed</u> der har bestilt en <u>sundhedsintervention</u>	
profylakse (forebyggelse) (prævention) (sygdomsforebyggelse)	sundhedsrelateret aktivitet der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer, eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden Kommentar: Forebyggende sundhedsintervention foretaget af <u>sundhedsprofessionel</u>	
reoperation	kirurgisk indgreb der foretages pga. en postoperativ <u>komplikation</u> inden for 30 dage efter et tidligere kirurgisk indgreb Ekskluderer: Planlagt <u>sekundær operation</u>	
sekundær operation (sekundært indgreb)	kirurgisk indgreb der foretages som planlagt opfølgning til et tidligere kirurgisk indgreb Kommentar: Omfatter indgreb, der indgår i serielle behandlingsprogrammer, inkl. korrektioner efter tidligere foretaget indgreb, fx ved behandling af misdannelser eller ved plastikkirurgiske behandlingsserier. Omfatter Indgreb, hvor der tidligere har været foretaget indgreb, uden at der er tale om komplikation til behandling. Der findes på en række områder operationskoder for "sekundære operationer", fx udskiftning af en tidligere indsat hofteledsprotese	
<i>SKS-klassifikation</i>	klassifikation der indgår i Sundhedsvæsenets Klassifikations System (SKS) Kommentar: SKS-klassifikationerne vedligeholdes af Sundhedsdatastyrelsen	
<i>SKS-kode</i> datatype: SKSkode	identifikationskode for en post i en <u>SKS-klassifikation</u> Kommentar: Til indberetning til LPR kan kun anvendes LPR-indekserede SKS-koder, der har en gyldighedsperiode inden for en del af eller hele kontakten. En SKS-kode kan være en primærkode eller en tillægskode. Procedurekoder skal være gyldige under hele varigheden af proceduren.	
<i>SKS-kodeliste</i> (SKS-subset) (kodeliste)	delmængde (subset) af SKS Kommentar: Kodelister angives i vejledning og regler i firkantede parenteser, fx [diag] = diagnosekoder der kan indberettes til LPR.	
<i>SKS-serie</i> datatype: SKSerie	datatype for SKS <u>primærkode</u> med (mulighed for) tillægskode(r) Kommentar: En <u>SKS-serie</u> består af <u>SKS-kode</u> som <u>primærkode</u> og eventuelt specificeret med en eller flere <u>tillægskoder</u> .	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
primærkode (SKS primærkode)	primær betydningsbærende kode i en SKS-kodet egenskab Kommentar: Fx består en aktionsdiagnose af en SKS primærkode (fra diagnoseklassifikationen) og eventuelle tilhørende SKS tillægskoder	
tillægskode (SKS tillægskode)	<u>SKS-kode</u> der uddyber <u>primærkodens</u> betydning Kommentar: Tillægskoder kan supplere primærkoden på flere måder, idet der kan indberettes flere tillægskoder til samme primærkode	
telemedicin (telesundhed)	<u>sundhedsintervention</u> der udføres ved anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi, hvorved <u>patienten</u> og den <u>sundhedsprofessionelle</u> der leverer ydelsen, gøres uafhængige af et fysisk møde Kommentar: Situationen hvor sundhedsprofessionelle konfererer om en konkret <u>patient</u> , er ikke omfattet af definitionen, da den ikke erstatter et fysisk møde mellem <u>patienten</u> og den sundhedsprofessionelle. I situationen kan der dog sagtens gøres brug af informations- og kommunikationsteknologi samt af sundheds-it > Se også kommentarer i afs. 7.1.5	
undersøgelse	<u>sundhedsintervention</u> hvor <u>sundhedsformålet</u> er at belyse en <u>patients helbredstilstand</u> Kommentar: SKS- klassificeret. Se også 'udredning'	

7.1.2 Procedure uden patientkontakt

"Procedure uden (patient)kontakt" er de patientrettede ydelser, der foregår uden samtidig patientkontakt og indberettes direkte knyttet til et forløbselement.

Eksempler er Multidisciplinær team (MDT) conference, stamtræsoptegnelse og pårørendesamtale uden patientens tilstedeværelse.

Særlig *indikation* for proceduren kan indberettes – se afs. 7.1.11

Der kan være ydelser mellem kontakter, der indgår i afregningen. De enkelte klinikker bør selv være opmærksom på, hvad der er afregningsrelevant i hvilke situationer.

Betalingsoplysninger skal altid knyttes til indberetningen af procedurer uden patientkontakt.

► Dette er beskrevet under afs. 5.9 om betalingsoplysninger

7.1.3 "Assistancer"

Assistancer er de procedurer, der udføres, hvor producerende enhed er en anden end den rekvirerende enhed, dvs. en anden enhed end den kontaktansvarlige eller forløbsansvarlige enhed.

Begrebet "assistance" er dermed afhængig af SOR-opbygningen på de enkelte sygehuse.

Som konsekvens af LPR-kontaktmodellen skal der i forbindelse med udførelse af procedurer som fx røntgen, hvor der er et selvstændigt fysisk fremmøde, oprettes en selvstændig patientkontakt (fysisk fremmøde), som ydelsen knyttes til i indberetningen, når besøget/ydelsen ikke foretages som led i og inden for rammerne af et allerede eksisterende fremmøde. Dette afspejler, at der er et selvstændigt kontaktansvar ved alle selvstændige fremmøder, også på "assistanceafdelinger".

Dette betyder samtidig, at der skal indberettes relevante diagnoser for kontakten, og kontakten skal knyttes til det relevante forløbselement for det aktuelle sygdomsforløb.

Bemærk

Hvis patienten på tidspunktet for udførelsen af assistancen allerede har en åben kontakt 'fysisk fremmøde' på enheden, der rekvirerer ydelsen, er det valgfrit i forhold til indberetningen, om proceduren indberettes på en selvstændig kontakt (fysisk fremmøde med krav om diagnoseindberetning), eller om proceduren knyttes til den allerede eksisterende kontakt som assistance-ydelse

Der kan ydes klinisk-administrative ydelser og herunder også assistancer til forløbet fra andre enheder, hvor patienten ikke er fysisk til stede (dvs. uden fremmøde), fx i forbindelse med klinisk genetiske undersøgelser. Her skal proceduren indberettes uden kontakt (afs. 7.1.2) og knyttes direkte til det relevante forløbselement for den sygdom, som undersøgelser indgår i udredningen af.

7.1.4 Ydelser til afdøde

Hvis ydelser givet til afdød patient, som led i afslutningen af helbredsforløbet, skal indberettes, skal dette foretages under selvstændig patientkontakt med kontaktype: 'død' – se *under afs. 5.6.3.4*

► Se også under "obligatoriske ydelser" i afs. 7.2.1

7.1.5 Ydelser til pårørende

Ydelser til pårørende som led i en patients sygdomsforløb kan enten forekomme under patientkontakt, hvor patienten samtidigt er til stede, eller som ydelse uden patientkontakt, dvs. uden patientens tilstedeværelse.

Hvis patienten deltager i samtalen, kan en ydelse til pårørende indberettes som procedure knyttet til patientens kontakt af typen 'fysisk fremmøde' eller 'udekontakt'.

Ved pårørende-ydelse uden patientens tilstedeværelse indberettes ydelsen som procedure uden patientkontakt (afs. 7.1.2) knyttet direkte til patientens forløbselement. Dette gælder også ved ydelse til pårørende efter patientens død.

7.1.6 Procedure (logisk objekt)

Procedurer kan i indberetningen knyttes til Kontakt eller til Forløbselement, dvs. som procedure uden samtidig kontakt mellem patient og sundhedsperson. Procedure-objektet er skematisk nedenfor.

Procedurer indberettes med følgende oplysninger:

Procedure	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardi- nalitet	regel / beskrivelse
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt ID i indberetningen
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Kontakt eller til Forløbselement
kode	SKSserie	[proc.opr]	1	obligatorisk. For procedurer knyttet til Kontakt hhv. Forløbs- element, skal procedurekoden være gyldig i SKS på udførelsestidspunktet og i en periode inden for kontaktens hhv. forløbselementets tidsudstræk- ning. Tillægskode(r) kan angives.
sideangivelse	SKSkode	[spec.lateralproc]	(0)..1	obligatorisk for visse procedurer tilhørende kode- liste: [proc.lateral] Kun 'højresidig' (TUL1) og 'venstresidig' (TUL2) er tilladt ved procedurer. Kan angives frivilligt for andre procedurer
handlings- specifikation	SKSkode	[spec.handspec]	0..1	ikke omfattet af krav. Indberetningen giver mulighed for at specificere en procedurekode med status eller handling udført som led i behandling
anvendt kontrast	SKSkode	[spec.anvkontrast]	(0)..1	anvendes obligatorisk for visse procedurer (billed- diagnostik) tilhørende kodeliste: [proc.kontrast]
indikation	SKSserie	[diag] OR [admin.behandsigte]	0..1	frivillig. Kun diagnosekoder [diag] og koder for behand- lingssigte [admin,behandsigte] kan indberettes. Tillægskode(r) kan angives
producent	SORKode	SORKlass	1	obligatorisk angivelse af producerende enhed
personalekategori	SKSkode	[admin.personale]	0..1	anvendes obligatorisk for visse procedurer tilhørende kodeliste: [proc.inhabil.subb]

fortsætter

starttidspunkt	datoTid	tidspunkt	1	obligatorisk. Starttidspunkt skal ligge inden for kontaktens tidsramme
sluttidspunkt	datoTid	tidspunkt	0..1	obligatorisk ved procedurer tilhørende kodeliste: [proc.sluttid] Bemærk: Et indberettet sluttidspunkt skal ligge inden for kontaktens hhv. forløbets tidsramme

7.1.7 Kode (procedurekode)

Procedurer kodes efter SKS' forskellige procedureklassifikationer inkl. operationer (se SKS-browser).

Procedurekoder, der kan indberettes til LPR3, fremgår samlet af kodeliste: [proc.opr].

Andre SKS-procedurekoder kan ikke indberettes.

Tillægskoder kan indberettes sammen med procedurekode (SKS-serie).

Bemærk

Tidligere tillægskode-krav er flyttet til dedikerede egenskaber eller til resultatindberetninger.

Procedurekoder, der indberettes, skal være gyldige i SKS på procedurens udførelsestidspunkt. For længelevende procedurer med angivelse af sluttidspunkt skal koderne være gyldige i SKS under hele procedurens tidsudstrækning.

Procedurer og eventuelt tilhørende tillægskoder, der knyttes til kontakt, skal desuden tidsmæssigt ligge inden for kontaktens tidsudstrækning. Tilsvarende skal procedurer og eventuelle tillægskoder knyttet direkte til forløbselement ligge inden for sidstnævntes tidsudstrækning.

7.1.8 Sideangivelse

Der skal til visse procedurer, kodeliste: [proc.lateral], obligatorisk indberettes sideangivelse. Sideangivelse indberettes med værdi fra kodeliste: [spec.lateralproc]. Kun værdierne 'højresidig' {TUL1} og 'venstresidig' {TUL2} er tilladt ved procedurer. Sideangivelse kan frivilligt indberettes for andre procedurer.

7.1.9 Handlingsspecifikation

Handlingsspecifikation kan generelt anvendes til statusangivelse af en given procedure samt til andre former for specificering af udførelsen af en procedure.

LPR-modellen er *forberedt* til kunne indføre krav til indberetning af handlingsspecifikation til procedurer tilhørende kodeliste: [proc.handling].

Bemærk: Der er foreløbigt indmeldt koder for anvendt anæstesi og handlinger ved medicinsk behandling i kodeliste [spec.handspec]. Yderligere værdier for handlingsspecifikation kan indføres efter behov og nærmere aftale med regionerne.

7.1.9.1 Afregningsrelevante specifikationer og indberetning til kliniske databaser

► Vedrørende krav til indberetning af procedures varighed på patientkontakt – se under afs. 7.1.15

Der stilles i forhold til afregning og indberetning til kliniske databaser blandt andet på områderne medikamentel behandling (medicingivning), intensiv behandling og fødselsoplysninger regionale krav til registrering af visse specifikationer og supplerende oplysninger. *Disse krav og data er ikke beskrevet i denne vejledning.*

Indberetning af disse oplysninger kan ske efter de i denne vejledning beskrevne principper, herunder ved brug af tillægskodning til procedurer og diagnoser.

Mange af disse parametre bør beskrives og integreres i LPR-indberetningen ved anvendelse af bla. handlingsspecifikation (fx medicingivning) og resultater i resultatindberetninger.

Der er endnu ikke lavet aftaler med regionerne vedrørende disse supplerende data.

7.1.10 Anvendt kontrast

Der skal obligatorisk indberettes oplysning om anvendt kontrast til en række billeddiagnostiske procedurer. Kravene gælder for procedurer tilhørende sub-klassifikationen: [proc.kontrast]

Anvendt kontrast indberettes med værdier fra kodeliste: [spec.anvkontrast]

7.1.11 Indikation (frivillig)

Indikation er en ny ikke-obligatorisk egenskab i procedure-indberetningsobjektet.

Indikation kan anvendes til at angive et overordnet behandlingssigte eller den specificerede indikation for en procedure fx indikation for udførelse af akut graviditetsskanning.

Der kan anvendes diagnosekoder fra hele diagnoseklassifikationen [diag] inkl. tillægskodning samt koder fra kodeliste: [admin.behandsigte].

For behandling af kræftsygdomme findes følgende koder for overordnet behandlingssigte:

Overordnet behandlingssigte ved behandling af kræftsygdomme [admin.behandsigte]	
ZPZA02A	adjuverende behandling
ZPZA02B	neoadjuverende behandling
ZPZA02C	intenderet kurativ behandling
ZPZA02D	metastasebehandling
ZPZA02X	eksperimentel behandling
ZPZA05	palliativ behandling

► Se afs. 11.9.1 vedrørende kejsersnit udført efter moderens ønske

Indikation kan også anvendes i forhold til procedurer, der ikke indgår i et fremmøde, dvs. procedurer, der indberettes knyttet direkte til Forløbselement.

7.1.12 Producent – procedureansvar

Der skal obligatorisk indberettes producent (SOR-enhed) for Procedure. Producent angiver det kliniske procedureansvar.

7.1.13 Personalekategori

Der kan i indberetningen angives en personalekategori for den udførende eller ansvarlige sundhedsperson.

7.1.13.1 Indgreb over for somatisk inhabil patient

Indberetning af **personalekategori** er obligatorisk (ansvarlig for beslutning) ved kodeliste: [proc.inhabil.subb] tilbageholdelse og tilbageførsel på somatiske afdelinger, *som beskrevet i afs. 3.4.2*

7.1.14 Starttidspunkt (procedure)

Der skal uændret for alle procedurer obligatorisk indberettes starttidspunkt. Starttidspunktet skal være tidstro og ligge inden for kontaktens tidsramme, og for procedurer uden patientkontakt inden for forløbselementets tidsramme. *Se logiske regler i nedenstående tabel.*

For operationer (operationskode) anvendes starttidspunkt lig med starttidspunkt for anæstesi.

For andre procedurer (procedurekode) kan procedureperioden inkludere forberedende samtale og rådgivning af patienten som indledning til den konkrete ydelse.

Procedureperiode inkluderer **ikke** forberedelse uden patient til stede.

Logiske regler for procedure tidspunkter:

Kontekst	Procedure starttidspunkt	Procedure sluttidspunkt
Procedure	< Procedure.sluttidspunkt	> Procedure.starttidspunkt
Procedure under patientkontakt ("kontaktprocedure")	>= Kontakt.starttidspunkt <= Kontakt.sluttidspunkt	>= Kontakt.starttidspunkt <= Kontakt.sluttidspunkt
Procedure uden for patientkontakt ("forløbsprocedure")	>= Forløbselement.starttidspunkt <= Forløbselement.sluttidspunkt	>= Forløbselement.starttidspunkt <= Forløbselement.sluttidspunkt

7.1.15 Sluttidspunkt (procedure)

Regionerne skal ud over det her beskrevne være opmærksom på, hvad der skal registreres og indberettes i forhold til lokale krav, indberetning til kliniske databaser og DRG-afregningen.

Der er krav om obligatorisk indberetning af sluttidspunkt for følgende procedurer.

Disse ydelser er alle procedurer, der starter og afsluttes inden for kontaktens tidsramme. For disse procedurer skal der altid indberettes tidstro start- og sluttidspunkter.

Procedurer, der skal indberettes med sluttidspunkt	indgår i [proc.sluttid]
BAXY1	Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed
BAXY2	Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed
NABB	Intensiv terapi
NABE	Intensiv observation
BGDA0	Respiratorbehandling
BGDA1	Non-invasiv ventilation (NIV)

Krav gælder også for anvendte underkoder til det angivne kodeniveau.

For de følgende procedurer skal der kun i relevante tilfælde angives varighed inden for patientkontakten.

Da de samme procedurer (koder) i andre sammenhænge (se afs. 7.1.15.2) kan have en klinisk varighed ud over kontaktsluttidspunktet, er der ingen valideringer for sluttidspunkt for disse ydelser.

Procedurer, der betinget skal indberettes med sluttidspunkt.	
Kravene gælder kun i pædiatrien (pædiatriske og neonatal afdelinger) i perinatalperioden og kun ved varighed ud over en bestemt varighed på patientkontakten – se afs. 7.1.15.2	
BGFC32	CPAP behandling
BGXA5	Iltbehandling
BNGC0	Fototerapi af nyfødte
BIAD	Behandling med gastro-intestinal sonde
BUAJ0	Delvis sondeernæring
BUAJ1	Total sondeernæring
BUAL	Parenteral ernæring

Krav gælder også for udvalgte underkoder til det angivne kodeniveau – se afs. 7.1.15.1

Sluttidspunkt for procedure kan herudover frivilligt angives i indberetningen. Hvis der skal angives varighed for en procedure, foretages det ved angivelse af både tidstro start- og sluttidspunkt for den udførte procedure.

Bemærk: Et indberettet sluttidspunkt skal generelt ligge inden for kontaktens subsidiært forløbselementets tidsramme, afhængigt af, hvortil proceduren er knyttet. *De logiske regler er anført ovenfor* (afs. 7.1.14-15).

7.1.15.1 Særlige krav ved behandling og procedurevarighed på neonatalområdet

Der er krav til indberetning af visse behandlinger med obligatorisk angivelse af procedure-varighed i form af start- og sluttidspunkter for behandlingen.

Kravene gælder for indlæggelseskontakter startet i neonatalperioden (0-28 levedage) og omfatter følgende behandlinger og varigheder:

Hvis > 7 døgns behandling skal sluttidspunkt indberettes for følgende procedurer:

- Nasal CPAP behandling:
 - o {BGFC32} CPAP behandling
 - o {BGFC32A} Behandling med fasttryk CPAP med nasalmaske

Hvis > 3 døgns behandling skal sluttidspunkt for følgende procedurer:

- Parenteral ernæring:
 - o {BUAL} Parenteral ernæring
 - o {BUAL0} Delvis parenteral ernæring
 - o {BUAL1} Total parenteral ernæring

Hvis > 1 døgns behandling skal sluttidspunkt indberettes for følgende procedurer:

- Iltbehandling:
 - o {BGXA5} Iltbehandling
 - o {BGXA51} Iltbehandling med maske
 - o {BGXA52} Iltbehandling med tragt
 - o {BGXA53} Iltbehandling i iltelt
- Fototerapi af nyfødt
 - o {BNGC0}
- Behandling med gastro-intestinal sonde:
 - o {BIAD} Behandling med gastro-intestinal sonde
 - o {BIAD0} Behandling med nasalsonde til ventrikel og duodenum
 - o {BIAD5} Behandling med sonde til ventrikel og duodenum ikke klassificeret andet sted
 - o {BUAJ0} Delvis sondeernæring
 - o {BUAJ1} Total sondeernæring

Bemærk

- Varigheden (starttidspunkt-sluttidspunkt) er varigheden af behandlingen under den aktuelle patientkontakt.
- Et indberettet sluttidspunkt skal altid ligge inden for patientkontaktens tidsramme, jf. de logiske regler (afs. 7.1.14-15)

7.1.15.2 Langvarige behandlinger ud over kontakten

Procedurer registreret og indberettet til LPR er i udgangspunktet begrebsmæssigt "kontaktprocedurer", dvs. en dokumentation af en ydelse givet inden for rammen af en patientkontakt. Dette afspejles således også i de logiske tidsmæssige regler for start- og sluttidspunkter af en procedure, der indberettes som en kontaktprocedure.

Det er ikke altid klinisk intuitivt og ej heller meningsfuldt at skulle "afslutte" en behandling med krav om registrering af sluttidspunkt for en behandling, der strækker sig tidsmæssigt og klinisk set ud over patientkontaktens varighed. Eksempler kan være CPAP-behandling og iltbehandling, der fortsætter efter kontakt-afslutning fx som hjemmebehandling.

7.2 Obligatorisk indberetning af procedurer

Der er få udtrykte krav til procedureregistrering og indberetning. Enhederne bør selv være helt klar over, hvad der kræves nationalt, regionalt og lokalt på baggrund af de mange formål, der forenes i dokumentation og indberetning, herunder også i forhold til afregning og indberetning til kliniske databaser.

Flere specialer har udgivet kodevejledninger og kodelister, der afgrænser de procedurer, som specialet anbefaler, at afdelingerne registrerer og indberetter.

Bemærk

Detaljerede oplysninger om medikamentel behandling (givning/udlevering) er udgået af kravene til indberetning.

Procedurer tilhørende følgende områder skal obligatorisk indberettes til LPR:

Procedurekode	Kodeliste	Obligatoriske procedurer
Vedrørende indberetning af trigger-procedure [proc.implantat] ved resultatindberetning 'Implantatoplysninger' – se afs. 14.4 Særlige krav i pædiatrien: obligatoriske procedurer med obligatorisk sluttidspunkt – se afs. 7.1.15 Ydelser til afdøde – se afs. 7.2.1 Særlige krav ved behandling af kræftsygdomme – se afs. 7.2.2 Særlige krav i psykiatrien – se Kap. 8 Udarbejdelse af genoptræningsplan – se afs. 7.4.6 Udlivering af udredningsplan – se afs. 4.3.8.3 Bemærk: - Alle procedurer, der kan indberettes til LPR, er som minimum medlem af standard-kodelisten [proc.opr] - De angivne krav dækker ikke alle indberetninger til kliniske databaser		
Medicinske abortprocedurer (BKHD4-koder)		Medicinsk abort – se Kap. 12
BRXY10	[proc.inhabil.suba]	Påsætning af personligt alarm- eller pejlesystem over for somatisk inhabil patient (afs. 3.4.1) Trigger for resultatindberetning: 'Beslutning vedrørende personligt alarm- eller pejlesystem' – se afs. 3.4.1
BRXY11-12	[proc.inhabil.subb]	Tvangstilbageholdelse og tilbageførsel af somatisk inhabil patient (afs. 3.4.2) Der skal obligatorisk indberettes personalekategori (AP-kode) for ansvarlig for beslutning
AVSB1		Beslutning om fysisk fastholdelse, pga. nødvendighed for gennemførelse af tvangsbehandlingen
AVSB2		Beslutning om beroligende medicin, pga. nødvendighed for gennemførelse af tvangsbehandlingen
AVSB3		Beslutning om tvangsindlæggelse, pga. nødvendighed for gennemførelse af tvangsbehandlingen
AVSC		Endelig beslutning om tvangsindlæggelse
AVSD		Beslutning om tilbageholdelse
AVSE		Beslutning om tilbageførsel
K (min. 6 karakterer)		Operationer
UX (min. 6 karakterer)		Radiologiske procedurer
BL	[proc.fysergo]	Fysio- og ergoterapeutiske procedurer <i>Se fagenes kodekataloger</i>
BOQE		Behandling med stamcellekoncentrat
BOQF		Knoglemarvstransplantation
NABB	indgår i [proc.sluttid]	Intensiv terapi
NABE	indgår i [proc.sluttid]	Intensiv observation
BAXY1	indgår i [proc.sluttid]	Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed
BAXY2	indgår i [proc.sluttid]	Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed
BFCA0		Implantation af transvenøs kardial pacemaker ¹¹

¹¹ Ved denne procedure skal der indberettes til Implantatregisteret se afs. 14.4

Procedurekode	Kodeliste	Obligatoriske procedurer
BFCB0		Implantation af cardioverter-defibrillator ¹²
BFFA		Eksternt anvendt procedure v. behandling af kardiale rytme-forstyrrelser
BFFB		Radiofrekvensablation
BGDA0	indgår i [proc.sluttid]	Respiratorbehandling
BGDA1	indgår i [proc.sluttid]	Non-invasiv ventilation (NIV)
BGHF1		Behandling med surfactant
BJFD		Dialysebehandling
BOHA1		Fibrinolytisk behandling
BOQP		Aferesebehandling
BRXY8		Integreret tværfaglig smertebehandling (ITS)
BUAL		Parenteral ernæring
BVAA33A	[proc.telemed.suba]	Telefonkonsultation Indberettes som virtuel kontakt med procedurekode
BVAA33D	[proc.telemed.subb]	Videokonsultation Indberettes som virtuel kontakt med procedurekode
hørescreening (ZZ-koder)	[proc.hoerescreen]	<i>Procedurer og resultatindberetning - se afs. 14.1</i>
AVSA	[proc.tvangsforanst]	<i>Trigger-procedure for resultatindberetning 'Tvangsforanstaltning' - se afs. 14.5</i>
KWAA01; KWAB01	[proc.implantat]	<i>Trigger-procedurer i indberetningen</i> vedr. indsat og fjernet implantat – se nærmere i afs. 14.4

Tabellerne angiver obligatorisk minimumskodeniveau. Mere detaljerede koder kan anvendes.

7.2.1 Ydelser til afdøde

Følgende procedurer skal obligatorisk indberettes knyttet til patientkontakt med kontakttypen 'død':

Ydelser til afdøde	SKS-koder
respiratorbehandling	koder under {BGDA0}
udtagning af organer og væv til transplantation	relevante KY-koder

Andre ydelser ydet som led i afslutningen af sygdomsforløbet kan knyttes til "døde-kontakten" og indberettes. Ydelser til pårørende indberettes dog som procedure uden patientkontakt jf. afs. 7.1.5

7.2.2 Særlige krav ved kræftsygdomme

Der er ud over ovenstående krav til indberetning af procedurer ved behandling af kræftsygdomme (neoplastiske sygdomme), herunder bla. strålebehandling og kemoterapi.

► Se nærmere i indledningen til Kap. 10

7.2.3 Medikamentel behandling

Indberetning af "medikamentel behandling" foretages på et overordnet niveau – "behandlingen" – for de igangværende behandlinger, der skal indberettes, og som enheden har iværksat eller (i en periode) har ansvaret for.

Der er kun få krav til indberetning af medikamentelle behandlinger til LPR – se afs. 7.2. Der er derudover krav om indberetning af visse behandlinger ved kræftsygdomme.

¹² Ved denne procedure skal der indberettes til Implantatregisteret se afs. 14.4

- Særlige aktuelle krav ved kræftsygdomme – se afs. 7.2.2 og indledningen til Kap. 10

Registrering og indberetning af **behandling** dækker alle former for ydelser i forbindelse med den specifikke behandling, uanset om der gives behandling ved kontakten eller ej, herunder også **klinisk kontrol** af behandlingen, selvom der ikke indgives medicin på den aktuelle patientkontakt.

Eksempel – klinisk kontrol af cytostatisk behandling:

Patient møder til ambulant klinisk kontrol af pågående cytostatisk behandling mhp. monitorering af bivirkninger mv. Der indgives ikke medicin i forbindelse med besøget.

Patientkontakt 'fysisk fremmøde'

Procedure BWHA216 'Behandling med vinkristin+doxorubicin+dexametason (VAD)'

Indberetningen af behandling afspejler altså **behandlingsansvaret** for en ny eller pågående behandling, der varetages på den aktuelle kontakt.

Bemærk

SDS vil senere efter aftale med regionerne udfase de præparat- og indholdsstof-specifikke behandlingskoder i SKS, da indberetning af oplysninger om medicinske behandlinger vil ske gennem det nationale medicinregister.

7.3 Resultatindberetninger knyttet til Procedure

7.3.1 Procedure som trigger

Procedurer fungerer som trigger for indberetning af anmeldelser og andre former for resultatindberetninger. Dette er aktuelt tilfældet ved følgende obligatoriske resultatindberetning.

Resultatindberetning (obligatorisk) med Procedure som trigger:

Resultatindberetning	Trigger [kodeliste]
Resultat af hørescreening	Procedure/visse hørescreeningsprocedurer tilhørende kodeliste: [proc.hoerescreen]
Beslutning vedrørende personligt alarm og pejlesystem	kodeliste: [proc.inhabil.suba]
Kirurgisk komplikationsoplysning	kodeliste: [proc.opr.komplikat]
Implantatoplysninger	kodeliste: [proc.implantat] – se nærmere beskrivelse i afs. 14.4
Beslutning vedrørende visse tvangsforanstaltninger i somatikken	kodeliste: [proc.tvangsforanst]

- Se de nærmere beskrivelser i Kap. 14 "Andre resultatindberetninger"

7.4 Supplerende vejledning til indberetning

For indberetning af procedurer gælder følgende generelle regler og vejledning.

7.4.1 Operationer

For alle patienter skal udførte operationer registreres og indberettes til LPR.

Operationer kodes efter "Klassifikation af operationer", der er den danske oversættelse og udbygning af den nordiske operationsklassifikation NCSP (NOMESKO). Der sker løbende en udbygning af klassifikationerne med mere specificerede kodemuligheder.

Operationer og andre procedurer, der udføres samtidigt bilateralt, registreres generelt som to procedurer. For eksempel skal dobbeltsidig indsættelse af hofteproteser indberettes som to selvstændige operationskoder. Der findes dog en række koder med indbygget "bilateralitet" fx "KKFD46 Bilateral vaskotomi eller ligatur af vas deferens".

Sideangivelse kan angives. Man skal herunder være opmærksom på, om data til afregning eller kvalitetsmonitorering stiller krav til sideangivelse.

Eksempel – samtidig dobbeltsidig elektiv bilateral hoftedsalloplastisk:**Indberettes som to operationskoder: (sideangivelse frivillig)**

kode	KNFB20	Primær indsættelse af ucementeret totalprotese i hofted ¹³
sideangivelse	TUL1	højresidig
kode	KNFB30	Primær indsættelse af hybrid totalprotese i hofted ¹⁴
sideangivelse	TUL2	venstresidig

Bemærk

Bilateral (TUL3) må ikke anvendes som sideangivelse til indberettede procedurer.

7.4.1.1 Reoperationer

Der er i hvert operationskapitel koder for reoperationer som følge af komplikationer (sårintektion, blødning mv.) i den umiddelbare postoperative periode (≤30 dage). Der er herudover i relevante kapitler (fx ortopædkirurgi) koder for sekundære operationer. I denne sammenhæng regnes det ikke for en komplikation, at den primære operation ikke er lykkedes. Ved kodning af efterfølgende operation skal denne kodes, som var den primær.

7.4.1.2 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", jf ovenfor, selvom termene alment alment anvendes i flæng.

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

7.4.2 Behandlinger og undersøgelser

SKS har en række klassifikationer, der ud over operationsklassifikationen dækker områder udredning, behandling, pleje, screening og forebyggelse med henblik på dokumentation af de sundhedsfaglige aktiviteter.

Disse koder er ikke alle indberetningspligtige, men giver den enkelte enhed mulighed for aktivitetsregistrering på et klinisk meningsfuldt niveau. En del af disse aktiviteter har betydning for (DRG) afregning af patientkontakter og ydelser.

7.4.3 Billeddiagnostik

Det er obligatorisk at indberette alle radiologiske procedurer klassificeret i SKS til Landspatientregisteret.

Dette betyder, at såvel procedurer givet (som assistance) til en patient, der har en kontakt til en klinisk enhed, som procedurer givet til patienter med selvstændig kontakt i røntgenafdelingen, skal indberettes.

Udførte billeddiagnostiske undersøgelser klassificeres efter "Klassifikation af radiologiske procedurer" (UX*-koder). Indberetningen følger de generelle principper for procedureindberetning.

Diagnosekoden {DZ016} 'Radiologisk undersøgelse' kan anvendes som aktionsdiagnose for selvstændige patientkontakter på billeddiagnostisk enhed med mindre, at andet er aftalt på særlige områder.

Der er krav om obligatorisk indberetning af **sideangivelse** og anvendelse af **kontrast** for en del af de radiologiske procedurer – se skema "Procedure-objektet" under afs. 7.1.6

7.4.4 Fysio- og ergoterapeutiske ydelser

Det er obligatorisk at indberette visse fysio- og ergoterapeutiske ydelser til Landspatientregisteret.

Indberetningen af disse procedurer skal være dækkende for fremmødet, og der skal indberettes minimum én procedure pr. patientkontakt – kontaktype: 'fysisk fremmøde'.

- Lister over obligatoriske SKS-koder findes under "Vejledning for specialer og fagområder" på SDS' hjemmeside.

¹³ Ved denne procedure skal der indberettes til Implantatregisteret se afs. 14.4

¹⁴ Ved denne procedure skal der indberettes til Implantatregisteret se afs. 14.4

7.4.5 Genoptræning og rehabilitering

For at kunne monitorere sygehusenes produktion af genoptræning og rehabilitering, afgrænset fra "behandling", er der behov for at indkredse perioder med **specialiseret genoptræning** henholdsvis perioder med **rehabilitering på specialiseret niveau**. Dette foretages i indberetningen med **forløbsmarkører**.

► Dette beskrives nærmere i afs. 4.3.12

Aktionsdiagnosen for patientkontakter skal generelt være den vigtigste årsag (hovedindikationen) til kontakten. Hvis genoptræningsbehov henholdsvis rehabiliteringsbehov har været vigtigste årsag (herunder eneste) til patientkontakten, indberettes den relevante kode herfor som aktionsdiagnose.

7.4.6 Udarbejdelse af genoptræningsplan

Sygehusenes opgaver i forbindelse med genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus er dels at udarbejde genoptræningsplaner, dels at dokumentere de genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser, der udføres på sygehus.

Udarbejdelse af genoptræningsplan skal obligatorisk indberettes som procedurekoder på dagen for færdiggørelse af planen:

Procedure	Kodetekst
ZZ0175X	Udarbejdelse af genoptræningsplan for almen genoptræning
ZZ0175Y	Udarbejdelse af genoptræningsplan for specialiseret genoptræning
ZZ0175V	Udarbejdelse af genoptræningsplan for rehabilitering på specialiseret niveau

7.4.7 Neonatal hørescreening

Screeningen gennemføres som en tostadie-screening, og den 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 retningslinjer for neonatal hørescreening". Procedurekoderne [proc.hoerescreen] trigger en **resultatindberetning** af typen: 'Resultat af hørescreening'

► Se nærmere i Kap. 14, afs. 14.1

7.5 Om "Telemedicin", virtuelle kontakter og ydelser uden samtidigt fremmøde

Såkaldte "telemedicinske ydelser" er svære at afgrænse fra andre "ikke-telemedicinske ydelser", og meget er italesat som "telemedicin" ... "som vi skal have mere af".

I SKS og LPR er det primært tilstræbt at afgrænse og konkretisere sundhedsfaglige ydelser, der har et klinisk fagligt indhold i dialog med patienten, og som er en del af behandlingen af den enkelte patient. Dialog er i udgangspunktet tænkt som tovejskommunikation. Dialogen kan være fysisk eller virtuel, og den kan være synkron (samtidig) eller asynkron, dvs. forskudt i tid, som den fx er ved e-mailkonsultation.

Når dialogen er synkron ved fremmøde eller ved telefonkonsultation eller videokonsultation, dvs. synkron virtuel kontakt, er det ikke så svært. Her er der aftalt et patientkontakt-princip, der også indebærer diagnoseregistrering og -indberetning som ved de fysiske patientkontakter. Se oversigt nedenfor.

På den anden side er der sundhedsfaglige ydelser, der er ressourcekrævende for det sundhedsfaglige personale, men som foregår uden dialog eller, som sker forskudt i tid.

Disse omfatter kommunikation med patienten (i asynkron dialog, fx e-mail konsultation), men også ydelser, som er afledt af brug af nye digitale løsninger i patientbehandlingen, hvor mere og mere foregår "mellem besøgene" og ofte uden, at der er tale om klassisk dialog. Eksempler er forskellige vurderinger og analyser, der i stigende grad baseres på datadreven information.

Sundhedsdatastyrelsen ser en udfordring i afgrænsning og klassificering af disse "nye ydelser".

Samtidig er det vigtigt at sikre fokus på reelt sundhedsfagligt relevante ydelser af en vis signifikant tyngde, også så der ikke opstår en reel eller misforstået registreringsbyrde, der let bliver "dokumentation af dokumentationen".

Det er selvfølgelig vigtigt at følge med udviklingen, således at dokumentationen afspejler det moderne sundhedsvæsens reelle ydelser og ressourcetræk.

Ud fra disse fortsat udfordrende overvejelser er der i indberetningen til LPR aftalt følgende **principper og løsninger**:

- De egentlige **virtuelle kontakter** telefonkonsultation og videokonsultation. Kræver som patientkontakter også diagnoseindberetning:
 - o Virtuel kontakt med primært indhold telefonkonsultation eller videokonsultation (direkte kontakt) **UDEN** andet specificeret procedureindhold. Kræver diagnoseindberetning
 - o Virtuel kontakt med primært indhold telefonkonsultation eller videokonsultation **OG** andet procedurekode-indhold, der specificerer, hvad konsultationen har handlet om. Kræver diagnoseindberetning
- E-mail konsultation regnes ikke som virtuel kontakt og kan indberettes som procedure uden patientkontakt. Ingen diagnoseindberetning
- Andre procedurer uden samtidig patientkontakt, hvoraf nogle måske kan betegnes som "telemedicin" (?). Eksempler er analyse og klinisk vurdering af data fra analyse- eller monitoreringsapparat hjemme hos patienten. Ingen diagnoseindberetning.
Denne gruppe af ydelser er formentlig ikke fyldestgørende klassificeret i SKS i dag
- Skriftlig kommunikation som fx brevsvaret er mest at betragte som envejskommunikation og skal ikke indtænkes i "telemedicin" uanset, hvilket medie, der bruges, og uanset definition. Brevsvar og lignende ydelser kan indberettes som procedurer uden patientkontakt og uden diagnoseindberetning – se også afs. 5.6.3.5 om "Diagnoseindberetning uden patientkontakt".

Bemærk

Tillægskoden (+)ZPW00900 "Telemedicinsk ydelse" anvendes ikke mere i kravene til LPR-indberetningen eller DRG-afregningen. Erfaringer har vist, at denne har været anvendt ofte meget usystematisk, ofte i forbindelse med ydelser (procedurekoder), der intet har med "telemedicin" at gøre – uanset definition.

Sundhedsdatastyrelsen vil fortsat diskutere disse områder med de relevante sundhedsparter.

8 PSYKIATRI

Registrering og indberetning af data for psykiatriske patienter er i vid udstrækning identisk med den registrering og indberetning, der foretages for somatiske patienter.

Der er dog enkelte særlige krav knyttet til de psykiatriske forløb og patientkontakter.

Disse omfatter:

- Psykiatriske patientforløb
Psykiatriske patientforløb er sygdomsforløb, som indberettes under forløbslabel 'Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser' {ALAL03}. Der er et minimumskrav om oprettelse af ét sygdomsforløb og dermed et forløbselement – også ved "psykiatrisk multimorbiditet" – *se dog nærmere i afs. 8.4*
- Psykiatriske vilkår, indberettes som forløbsmarkører (afs. 8.5.10 med underafsnit), herunder:
 - o Retslige vilkår
 - o Vilkår med tvangsforanstaltninger
- Fravær, indberettes som "opholdsadresse" (afs.8.6.2) for:
 - o Længerevarende fravær med aftale
 - o Absenteringer
 - o Retspsykiatriske patienter og patienter behandlet under tvang indlagt på somatisk enhed
- Psykiatriske diagnoser (afs. 8.7)
 - o *anbefalet* aktionsdiagnoseliste
 - o bidiagnoser for tilsigtet selvskade og voldshandlinger
- Psykiatrisk ydelsesregistrering: Liste over obligatoriske procedurer (afs. 8.8)

Henvisninger til andre afsnit

- ▶ Kontaktregistrering og kontakttyper, herunder udekontakter, virtuelle kontakter mm. i Kap. 5
- ▶ Diagnoseregistreringens basale principper, som er beskrevet i Kap. 6
- ▶ Procedureindberetningen er generelt beskrevet i Kap. 7
- ▶ Forløb, sammenhæng og sammenkobling af helbredsforløb er beskrevet i Kap. 4
- ▶ Koder vedrørende udredningsret og ventetid håndteres som forløbsmarkører – generelt beskrevet i Kap. 4 – og medtaget i tabellerne over forløbsmarkører anvendt i psykiatrien

8.1 Introduktion

I dette kapitel beskrives primært de oplysninger, hvor indberetningskravene på det psykiatriske område afviger fra somatikken.

Der skelnes i *indberetningen* til det nye LPR ikke mellem indlæggelser og ambulante besøg, der alle indberettes som 'fysisk fremmøde' på klinisk enhed (SOR) med indberetning af tidstro kontakt-varighed. Dette betyder ikke, at der i regionerne ikke fortsat kan arbejdes med de gamle kontakttyper, ikke mindst fordi en række forhold, vilkår og foranstaltninger er nært knyttet til, om patienten er indlagt eller ambulant. Dette gælder ikke mindst i forhold til de psykiatriske vilkår.

Der er en del tidligere krav, som er forsvundet eller er blevet bragt i overensstemmende med LPR-modellen og det somatiske område.

Startvilkår er udgået som "startvilkår" af indberetningen. Oplysningerne indberettes (indholds-mæssigt uændret) som **forløbsmarkører**, der indgår i de samlede **vilkår** for retslige forhold og tvangsforanstaltninger som baggrund for kontakt, under igangværende patientkontakt og i det psykiatriske sygdomsforløb.

- ▶ Vedrørende forløbsmarkører: Se videre i afs. 8.5. Forløbsmarkører er generelt beskrevet i afs. 4.3

Forløbsmarkørerne erstatter også diagnoseregistreringen af retslige vilkår under kontakt.

Ved selvstændige patientkontakter som led i mentalobservation anvendes dog en administrativ diagnosekode {DZ046}, som kontaktbegrundelse, som aktionsdiagnose.

Psykiatriske patienter har **udredningsret** lig med, hvad der gælder på det somatiske område. Monitoreringen af udredningsretten baseres på forløbsmarkører – se *nærmere beskrivelse under afs. 8.3*

- Der er *regionale krav* til indberetning af forløbsmarkører for **psykiatriske pakkeforløb** – se afs. 8.5.11

Der skal på samme vis som i somatikken indberettes oplysninger om henvisninger og ventetider.

Der er til LPR3 i samarbejde med Dansk Psykiatrisk Selskabs Diagnoseudvalg samt den psykiatriske ERFA-gruppe (registreringskoordinatorer) foretaget en gennemgang og forenkling af den anbefalede psykiatriske aktionsdiagnose-liste og en revision og reduktion i kravene til ydelsesdokumentationen, som primært omhandler de ambulante ydelser.

8.2 Anvendte termer og definitioner – psykiatriske forløb og kontakter

- Se også under Kap. 5 om kontakt samt under afs. 4.3 vedrørende forløbsmarkører generelt og vedrørende generelle forløbsmarkører fælles for somatik og psykiatri

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
psykiatrisk patientkontakt (psykiatrisk kontakt)	<u>patientkontakt</u> hvor en psykiatrisk eller børne- og ungdomspsykiatrisk <u>afdeling</u> har <u>kontaktansvar</u> Kommentar: Afgrænses vha. angivelse af SOR-enhedens hovedspeciale psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri	
patientorlov (orlov)	<u>patientfravær</u> hvor en <u>patient</u> har tilladelse til at forlade <u>hospitalet</u> i op til tre døgn Kommentar: I forbindelse med helligdage kan orlovsperioden dog forlænges. <u>Patienten</u> er kortvarigt fraværende med aftale om at vende tilbage. <u>Patienten</u> disponerer over en <u>sengeplads</u> efter behov	
længerevarende patientfravær (længerevarende fravær med aftale)	<u>patientfravær</u> hvor en <u>patient</u> har tilladelse til at forlade hospitalet op til 30 døgn Kommentar: Gælder kun for psykiatriske indlagte <u>patienter</u> . <u>Patienten</u> disponerer over en <u>sengeplads</u> efter behov. Må ikke forveksles med orlov, som er op til tre døgn. Længerevarende fravær indberettes som "opholdsadresse" – se afs. 8.6.2	
patientfravær uden aftale (absentering)	<u>patientfravær</u> hvor en <u>patient</u> forlader hospitalet uden at der foreligger en aftale Kommentar: Gælder kun for retspsykiatrisk indlæggelseskontakt. Med ordet retspsykiatri menes den form for psykiatri, der udøves på et retsligt grundlag enten ved undersøgelse eller ved behandling. <u>Patienten</u> disponerer fortsat over en sengeplads. Omfatter typerne: Udeblivelse, undvigelse og rømning Længerevarende fravær indberettes som "opholdsadresse" – se afs. 8.6.2	
rømning	<u>patientfravær uden aftale</u> hvor <u>patienter</u> rømmer fra en lukket <u>afdeling</u> Kommentar: Gælder kun for retspsykiatriske <u>indlæggelseskontakter</u> . Der er tale om at bryde ud under forhold, hvor <u>patienten</u> ikke er givet nogen frihedsgrader fx fra en lukket have	
udeblivelse	<u>patientfravær uden aftale</u> hvor <u>patienten</u> ikke vender tilbage som aftalt i forlængelse af uledsaget færden på hospitalsområdet eller i forlængelse af uledsaget udgang. Kommentar: Gælder kun for retspsykiatriske indlæggelseskontakter Når <u>patienten</u> udebliver er det en overtrædelse af straffeloven, idet <u>patienten</u> ikke overholder den aftale, der er indgået	
undvigelse	<u>patientfravær uden aftale</u> hvor <u>patienten</u> undviger fra ledsagende personale Kommentar: Undvigelsen kan finde sted på og uden for de psykiatriske hospitalsmatrikler	
psykiatrisk retsligt vilkår (retsligt vilkår)	psykiatrisk vilkår begrundet i retsplejelovgivningen	
psykiatrisk vilkår med tvangsforanstaltning (vilkår med tvangsforanstaltning)	psykiatrisk vilkår begrundet i psykiatriloven	

8.3 Patientrettigheder

Der er krav om indberetning af forløbsmarkører for ventetider og til brug for monitorering af de til enhver tid gældende patientrettigheder, der også gælder på det psykiatriske område.

- ▶ De generelle principper for forløbsmarkører vedrørende udredning, Udredningsretten og behandling er beskrevet generelt i afs. 4.3 inkl. passivperioder i henvisningsperioden mv.

8.3.1 Udredningsretten jf. Sundhedsloven

Der skal af hensyn til monitorering af Udredningsretten obligatorisk indberettes forløbsmarkører i forbindelse med henvisninger og udredning i psykiatriske forløb.

- ▶ Se generel beskrivelse under afs. 4.3.8 og nærmere beskrivelse under forløbsmarkører i afs. 8.5

8.4 Psykiatriske forløb

Psykiatriske patientkontakter og eventuelle procedurer udført uden patientkontakt, der skal indberettes, knyttes i indberetningen til et helbredsforløb, der i indberetningen repræsenteres af et **forløbselement**.

- ▶ Forløb er generelt beskrevet i Kap. 4

I forhold til psykiatriske enheder er der et minimumskrav om oprettelse af ét forløb, dvs. minimum et (fælles) forløbselement med forløbslabel 'Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser', der således kan omfatte den "multimorbiditet", der ofte er tale om, inklusive eventuelle misbrugsproblematikker.

- ▶ Vedr. selvstændigt forløb for mental observation – se afs. 8.4.1

Dette gælder også for pakkeforløb for psykiatri. Hvis patienten over tid indgår i flere pakkeforløb, kan pakkeforløbsmarkører for disse forløb indgå under et og samme forløbselement i indberetningen.

Bemærk

Der kan efter ønske eller lokalt behov oprettes flere samtidige forløbselementer, der også kan indberettes selvstændigt. De skal i indberetningen alle have forløbslabelen 'Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser'.

Hvis der oprettes flere selvstændige psykiatriske forløb, skal forløbsmarkørerne knyttes til det relevante forløbselement.

Det psykiatriske helbredsforløb med forløbslabel, startmarkør og eventuelle yderligere forløbsmarkører omfatter også forløb for patienter, der er henvist til psykiatrien på mistanke om psykisk lidelse, men hvor dette afkræftes.

- ▶ Diagnoseregistrering ved afkræftet psykisk sygdom – se afs. 8.7.2-8.7.2.1

Som undtagelser til ovenstående skal der altid oprettes selvstændige forløbselementer for:

- mentalobservation, når dette ikke sker som led i et eksisterende psykiatrisk forløb. Der gælder særlige krav for selvstændige forløb for mental observation (se følgende afs. 8.4.1)
- forløb for udredning og behandling af "funktionel lidelse" (afs. 8.4.2)

8.4.1 Forløb for mentalobservation

Borgere indskrevet til mentalobservation skal som udgangspunkt håndteres i eget selvstændigt forløb, der lukkes igen, når konklusionen foreligger. Hvis patienten efter mentalobservation skal fortsætte i psykiatrien, skal der oprettes et nyt forløb (forløbselement) for den fremadrettede retslige foranstaltning.

Forløbslabel for forløb med *kun* mentalobservation er {ALAL90} 'Andre forløb'.

Mentalobservation kan også indgå i et eksisterende indlæggelsesforløb på en retspsykiatrisk afdeling, fx hvis patienten allerede er indlagt som surrogatfængslet.

Aktionsdiagnosen på patientkontakter med mentalobservation er {DZ046} 'Kontakt begæret af myndighed'. Dette gælder alle kontakter, uanset konklusionen på observationen.

- ▶ Se også diagnoseskemaet under afs. 8.7

Registreringer ved forløb og kontakter udelukkende begrundet i mentalobservation:

Dataelement	Værdi	Kodeliste
forløbslabel	'Andre forløb' {ALAL90}	[forloeb.label]
startforløbsmarkør	'henvist til andet' {AFV01A8}	[forloeb.markoer]
Periodemarkører (se vejledning i afs. 8.5.10.1)	AVRA4 start/Mentalundersøgelse, ambulant, rpl §809, stk.1 – AVRB4 slut/Mentalundersøgelse, ambulant, rpl §809, stk.1	[forloeb.markoer]
	AVRA5 start/Mentalundersøgelse, indlagt, rpl §809, stk.2 – AVRB5 slut/Mentalundersøgelse, indlagt, rpl §809, stk.2	
Kontakter		
prioritet	'planlagt'	[admin.prioritet]
kontakttype	'fysisk fremmøde'	[admin.konttype]
aktionsdiagnose	{DZ046}	[diag]

Perioden, hvorunder der foretages mentalobservation skal i alle tilfælde indrammes af forløbsmarkører – se *forløbsmarkør-koder for "psykiatriske vilkår"* (periodemarkører) *under afs. 8.5.10*

8.4.2 "Funktionelle lidelser"

Udredning og behandling for patienter med (mistanke om) funktionel lidelse foregår både i psykiatrien og i somatikken.

For patienter uden kendt eller mistænkt psykisk sygdom er det aftalt, at disse forløb håndteres som selvstændigt forløb (forløbselement) med forløbslabel 'Andre forløb' {ALAL90}.

Hvis der i løbet af udredningen opstår mistanke om eller påvises psykisk sygdom som væsentligste baggrund for patientens symptomer, ændres **forløbslabel** til 'Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser', der overskrider forløbselementets hidtil angivne forløbslabel.

8.4.3 Forløb og kontakter

De psykiatriske patientkontakter henholdsvis ydelser uden kontakt knyttes op til et forløbselement.

Hvis der er oprettet flere helbredsforløb (forløbselementer), og en patientkontakt omhandler flere af disse, skal kontakten/ydelserne altid knyttes op til et og kun et forløb – det forløb, som er den primære fokus for kontakten. Ved tvivl om denne prioritering knyttes der til den mest tilgrundliggende sygdom.

8.4.3.1 Akut patientkontakt – ny patient

Ved akutte patientkontakter 'fysisk fremmøde' på psykiatrisk enhed uden eksisterende psykiatrisk forløb (forløbselement) oprettes nyt forløbselement med forløbslabel 'Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser', hvortil den akutte kontakt knyttes.

Startmarkøren for forløbselementet er {AFV01A9} 'akut patient' – se *afs. 8.5.2*

Der skal ikke indberettes kontaktårsag for psykiatriske kontakter.

Bemærk

Akutte patientkontakter i et eksisterende forløb for en kendt psykiatrisk patient skal knyttes til det eksisterende og tilgængelige psykiatriske patientforløb. Hvis der ved akut kontakt oprettes selvstændigt forløbselement, skal dette i indberetningen knyttes til det eksisterende aktive patientforløb med referencetype: 'reference til andet forløbselement (samme sygdom)'.

8.4.4 Henviste psykiatriske patienter

Ved henvisning af en patient til psykiatrisk enhed skal der oprettes et nyt forløbselement på den enhed, som skal varetage patientens udredning eller behandling, hvis der ikke allerede findes et åbent forløbselement, som der arbejdes videre på.

Hvis patienten, også i et eksisterende forløb, har **ny patientrettighed**, der starter med en ny henvisning, fx udredningsret, skal der registreres de relevante forløbsmarkører til brug for monitorering af overholdelse af rettighederne.

8.4.5 Forløbslabel

- ▶ Forløb med mentalobservation – se afs. 8.4.1

Forløbselementet navngives med forløbslabelen 'Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser'.

Ved udredning og behandling af andre tilstande fx funktionel lidelse anvendes forløbslabel {ALAL90} 'Andre forløb'.

Det er en faglig definition og afgørelse, hvad der falder ind under 'Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser'.

8.4.6 Afslutningsmåde for forløb

Afslutningsmåde skal indberettes ved afslutning af forløbselement efter de generelle principper

- ▶ se afs. 4.1.5.5

Afslutningsmåde 'afsluttet til hjemmet' anvendes fx, når der ikke er behov for yderligere psykiatrisk behandling eller opfølgning, når:

- en patient forlanger sig afsluttet mod givet råd og ikke ønsker yderligere behandling
- et barn viderehenvises til psykologisk-pædagogisk rådgivning, socialforvaltning eller talepædagog

8.4.7 Fra psykiatrisk til somatisk forløb

Hvis man under udredning eller behandling for psykisk lidelse finder (mistanke om) somatisk sygdom som baggrund for patientens symptomer, vil dette oftest medføre, at det psykiatriske forløb afsluttes ved, at patienten viderehenvises til anden enhed, men det psykiatriske forløb kan også fortsætte, hvis der fortsat er behov for psykiatrisk behandling af patientens symptomer eller af anden grund, samtidig med at patienten henvises til anden enhed med henvisningsoplysning om "ny sygdom".

Hvis forløbselementet afsluttes med viderehenvielse, skal forløbslabel ikke ændres, idet patienten jo korrekt har været under psykiatrisk udredning i perioden frem til viderehenvielsen.

Hvis patienten fortsat opfylder kriterierne for og behandles under en DF-diagnose, fortsættes forløbet ligeledes under uændret forløbslabel.

Bemærk

Hvis forløbet derimod fortsætter på den psykiatriske enhed, og der ikke (fortsat) er klinisk belæg for en DF-diagnose, skal forløbslabel opdateres og dermed overskrives til (typisk) "Andre forløb".

Tidligere stillede og indberettede diagnoser må i princippet ikke ændres. En tidligere stillet og indberettet psykiatrisk DF-diagnose, der retrospektivt ikke var klinisk korrekt, kan jf. det generelle princip, beskrevet i afs. 6.5, markeres som "senere afkræftet" med efterfølgende genindberetning.

Simpel fejlretning derimod, fx som følge af tastefejl, skal rettes ved overskrivning af den originale diagnosekode og efterfølgende genindberetning af patientkontakten.

8.5 Forløbsmarkører anvendt i psykiatrien

Forløbsmarkører i psykiatrien omhandler de samme rettigheder og følger den samme logik, som beskrevet generelt under afs. 4.3. Der skal således for eksempel altid ved henviste patienter foretages registrering af "henvist til ..." (udredning eller behandling) ved modtagelse af henvisningen på den psykiatriske enhed, ligesom der skal registreres forløbsmarkører, der indikerer afslutning af ventetid til udredning og behandling.

- ▶ Vedrørende forløbsmarkører for psykiatriske pakkeforløb (regionale krav) – se afs. 8.5.11

8.5.1 Generelle forløbsmarkører vedrørende patientrettigheder

Der gælder de samme krav som i somatikken for indberetning af ventetidsoplysninger og andre oplysninger, der understøtter udredningsret og ventetider til udredning og behandling. Der anvendes de samme generelle forløbsmarkører som i somatikken, herunder de nedenfor beskrevne **startmarkører** for nyt forløb.

Forløbsmarkørerne for de generelle patientrettigheder er generelt **status-markører**. En ny forløbsmarkør på et givet område vil implicit afslutte den periode, som var indikeret af den forrige forløbsmarkør.

- ▶ Vedrørende passive venteperioder (indberettes som periodemarkører) med klinisk begrundelse eller efter patientens ønske – se generel beskrivelse i afs. 4.3.7.1

8.5.2 Startmarkører ved nyt forløbselement

Der skal ved nyt forløbselement uanset rettigheder altid indberettes en obligatorisk **startmarkør**, jf. det generelle afsnit 4.1.2

Startmarkøren ved nyt forløbselement i psykiatrien er en af følgende:

Startmarkører		Kommentarer
AFV01A1	henvist til udredning	ved patient henvist til psykiatrisk udredning. Inkl: Henvist til udredning for funktionel lidelse Ekskl: Mentalobservation {AFV01A8}, akut patient {AFV01A9}
AFV01A1B	patient i igangværende udredning	<i>frivillig specifikation.</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01A1} 'henvist til udredning' til at markere, at forløbet fortsætter en udredning for samme sygdom, der er startet under et andet forløbselement
AFV01A1C	henvist til udredning, omvisiteret fra anden enhed	<i>frivillig specifikation</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01A1} 'henvist til udredning' til at markere, at forløbet opstartes i en igangværende henvisningsperiode, der er startet på en anden enhed
AFV01A2	patient i igangværende pakkeforløb	kan <i>frivilligt</i> anvendes som startmarkør, når en patient i et tidligere opstartet psykiatrisk pakkeforløb modtages til videreudredning eller viderebehandling på anden psykiatrisk enhed Kan erstatte {AFV01A1} 'henvist til udredning' hhv. AFV01E1 'henvist til behandling'
AFV01E1	henvist til behandling	ved henvisning direkte til behandling, hvor patienten er færdigudredt på anden enhed. Bemærk: Anvendes også ved ny ventetid til behandling i eksisterende forløb (forløbselement)
AFV01E1B	patient i igangværende behandling	<i>frivillig specifikation.</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01E1} 'henvist til behandling' til at markere, at forløbet fortsætter en behandling for samme sygdom, der er startet under et andet forløbselement
AFV01E1C	henvist til behandling, omvisiteret fra anden enhed	<i>frivillig specifikation.</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01E1} 'henvist til behandling' til at markere, at forløbet opstartes i en igangværende henvisningsperiode, der er startet på en anden enhed
AFV01A7	henvist til kontrol	patienter (henvist) til klinisk kontrol af psykisk sygdom under nyt forløbselement. Inkl: Behandlingskontrol
AFV01A8	henvist til andet	anvendes som startmarkør for planlagte patienter, der ikke er omfattet af patientrettigheder vedrørende udredning og behandling. Inkl: Nyt forløb ved mentalobservation, forskellige rådgivninger (uden mistanke om eller manifest psykisk sygdom), forløb pga. kønsidentitetsforhold
AFV01A9	akut patient	ved nyt forløb, der starter som følge af akut kontakt. Bemærk: Der skal ikke oprettes nyt forløb ved akut patientkontakt i et eksisterende psykiatrisk forløb

Bemærk: Anvendelsen af de frivillige koder AFV01A1B, AFV01A1C, AFV01A2, AFV01E1B og AFV01E1C forudsætter, at generel obligatorisk henvisningskode (AFV01A1 hhv. AFV01E1) er registreret tidligere i samme helbredsforløb.

8.5.3 Ventetid til udredning

Hvis et nyt elektivt forløbselement opstartes ved henvisning til psykiatrisk udredning, angives dette ved obligatorisk **startmarkør** {AFV01A1} for 'henvist til udredning'.

Ventetiden til udredning afsluttes ved registrering af forløbsmarkør for start af udredning, se afs. 8.5.4

- ▶ Der kan fratrækkes passivperioder i venteperioden – se afs. 4.3.7.1
- ▶ Se afs. 4.3.6 vedrørende særlige scenarier (afvisning, omvisitering, afbrydelse) ifm. henvisningsperioden

8.5.3.1 Klinisk beslutning vedrørende udredning – udlevering af udredningsplan

For patienter omfattet af Udredningsretten, der ikke kan udredes inden for 30 dage, skal der udarbejdes en udredningsplan, der udleveres til patienten.

Baggrunden for, hvorfor udredningen ikke er afsluttet inden fristen, dokumenteres med en forløbsmarkør-kode {AFX01D*}, der registreres på dagen for udleveringen af udredningsplanen.

- Der henvises til kodeskema og de generelle beskrivelser under afs. 4.3. Koderne er fælles for somatik og psykiatri

8.5.4 Start af udredning

For patienter henvist til udredning skal der obligatorisk registreres forløbsmarkør for start af den kliniske udredning efter de gældende faglige retningslinjer. Der anvendes en af følgende forløbsmarkører.

Obligatoriske forløbsmarkører for start af udredning i voksen- og børne-/ungdomspsykiatrien:

Start af udredning		Kommentarer
AFV01B	udredning start (første patientkontakt)	Bemærk: Der anvendes <i>enten</i> generel forløbsmarkør for start af udredning <i>eller</i> (evt. begge) tilsvarende pakkeforløbsspecifik markør for start af udredning (første patientkontakt). Afslutter henvisningsperioden til udredning
eller		
AGA02A	Afklarende samtale: pakkeforløb start	pakkeforløbsmarkører, der kan erstatte den generelle forløbsmarkør {AFV01B} for start af udredning
AGA03A	Standard udredningspakke: pakkeforløb start	
AGA04A	Udvidet udredningspakke: pakkeforløb start	
eller		
AHA01A	BUP Afklarende samtale: pakkeforløb start	pakkeforløbsmarkører, der kan erstatte den generelle forløbsmarkør {AFV01B} for start af udredning
AHA02A	BUP Basis udredningspakke: pakkeforløb start	
AHA03A	BUP Standard udredningspakke: pakkeforløb start	
AHA04A	BUP Udvidet udredningspakke: pakkeforløb start	

Bemærk

Hvis der registreres pakkeforløbsmarkør, kan denne erstatte den tilsvarende generelle forløbsmarkør.

8.5.5 Afslutning af udredning

Der skal for alle patienter omfattet af Udredningsretten obligatorisk registreres forløbsmarkør ved afslutning af udredningen.

Registreringen foretages med kode {AFX01A*} eller {AFX01C} for "klinisk beslutning vedrørende behandling".

Forløbsmarkører for afslutning af udredningsperioden:

Forløbsmarkør	Klinisk beslutning vedrørende behandling – endeligt udredt	
AFX01A	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling i sygehusregi	
AFX01A3	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling igangsat i umiddelbar forlængelse af udredning	<i>Frivillig specifikation.</i> Kan anvendes i stedet for kombinationen: AFX01A-AFV01E*-AFV01F, når der behandles umiddelbart i forlængelse af afsluttet udredning på samme dato. Ekskl: patientoplevet ventetid –se {AFX01A-AFV01E*-AFV01F}
AFX01C	klinisk beslutning: endeligt udredt/udredning slut, ingen behandling i sygehusregi	

8.5.6 Ventetid til behandling

Hvis et nyt elektivt forløb opstartes ved henvisning til psykiatrisk behandling uden behov for udredning, angives dette jf. afs. 8.5.2 ved obligatorisk startmarkør {AFV01E1} for 'henvist til behandling'.

Hvis der i et eksisterende forløb efter udredning er en patientoplevet ventetid til behandling, skal der tilsvarende sættes en forløbsmarkør {AFV01E1} for 'henvist til behandling'.

Ventetiden til behandling afsluttes ved registrering af behandlingsstart – se følgende afsnit.

- Der kan fratrækkes passivperioder i venteperioden – se afs. 4.3.7.1

8.5.7 Start af behandling

For udredte patienter, der er henvist til behandling (startmarkør {AFV01E1}) på nyt forløbselement eller, som tilsvarende er henvist til behandling med ventetid til behandling i eksisterende helbredsforløb, skal der ved første behandlingskontakt registreres forløbsmarkør for start af behandling enten i form af specifik pakkeforløbsmarkør eller den generelle forløbsmarkør for start af behandling:

Obligatoriske forløbsmarkører for start af behandling i voksen- og børne-/ungdomspsykiatrien:

Start af behandling		Kommentarer
AFV01F	behandling start (første behandlingskontakt)	Bemærk: Der anvendes <i>enten</i> generel forløbsmarkør for start af behandling <i>eller</i> (evt. begge) tilsvarende pakkeforløbsspecifik markør for start af behandling (første behandlingskontakt). Afslutter venteperioden til behandling
<i>eller</i>		
AGB01A	Angst og social fobi: pakkeforløb start	pakkeforløbsmarkører, der kan erstatte den generelle forløbsmarkør {AFV01f} for start af behandling
AGB03A	Bipolar affektiv sindslidelse: pakkeforløb start	
AGB04A	Depressiv enkeltepisode: pakkeforløb start	
AGB05A	Periodisk depression: pakkeforløb start	
AGB06A	OCD: pakkeforløb start	
AGB08A	Spiseforstyrrelser: pakkeforløb start	
AGB09A	PTSD: pakkeforløb start	
AGB10A	Evasiv personlighedsforstyrrelse: pakkeforløb start	
AGB11A	Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse: pakkeforløb start	
AGB12A	ADHD: pakkeforløb start	
AGB13A	Incident skizofreni: pakkeforløb start	
AGB14A	Traumatiserede flygtninge: pakkeforløb start	
AHB01A	BUP ADHD: pakkeforløb start	
AHB02A	BUP Anoreksi: pakkeforløb start	
AHB03A	BUP Autisme: pakkeforløb start	
AHB04A	BUP Depression: pakkeforløb start	
AHB05A	BUP OCD: pakkeforløb start	

8.5.8 Afslutning af pakkeforløb

For alle patienter i pakkeforløb skal der indberettes afslutningsmarkør, når patienten udgår af pakken.

Behandlingen kan fortsætte herefter under det samme forløb (forløbselement) uden pakke eller i nyt pakkeforløb under samme eller et andet forløbselement.

Forløbsmarkører for afslutning af pakkeforløb, behandling hhv. forløb uden behandling:

Afslutning af behandling eller forløb	
AGB99X1	Psykiatriforløb: pakkeforløb afbrudt, andet forløb
AGB99X2	Psykiatriforløb: pakkeforløb afbrudt, patientens ønske
AGB99Y	Psykiatriforløb: pakkeforløb gennemført

AHB99X1	BUP: pakkeforløb afbrudt, andet forløb
AHB99X2	BUP: pakkeforløb afbrudt, patientens ønske
AHB99Y	BUP: pakkeforløb gennemført

► Afslutning af udredning – se afs. 8.5.5

Bemærk

Behandlingen kan fortsætte efter afslutning af pakkeforløb i det samme forløb (forløbselement) eller under andet forløbselement.

8.5.9 Vilkår i psykiatrien

De juridisk administrative forhold, der gælder for den psykiatriske patient, skal i forhold til forløbet og forløbskontakter til enhver tid afspejles i angivelsen af relevant(e) vilkår. Vilkår registreres som tidstro forløbsmarkører uafhængigt af den obligatoriske startmarkør (afs. 8.5.2).

Betegnelsen "vilkår" omhandler i det følgende:

- retslige vilkår jf. Retsplejeloven hhv. Lov om Social Service
- vilkår med tvangsforanstaltninger jf. Psykiatriloven

Vilkår dokumenteres med parrede periodemarkører for både start og afslutning af et givet vilkår.

Vilkår angives i indberetningen således med fuld tidstro historik med start- og slutkode for perioden for det enkelte konkrete vilkår. Det konkrete vilkår, der er angivet med en forløbsmarkør for start af vilkåret, er gældende, indtil det afsluttes ved eksplicit angivelse af en markør for afslutning af vilkåret.

Der kan være flere samtidige og uafhængige vilkår, der for det enkelte vilkår indebærer en start- og en slut-markør for det specifikke vilkår.

De retslige vilkår er logisk set uafhængige af tvangsvilkårene og omvendt, dvs. at retslige vilkår kan registreres samtidig med og tidsmæssigt uafhængigt af eventuelle tvangsvilkår.

Bemærk

Når et givet vilkår ophører, skal vilkåret registreringsmæssigt og tidstro afsluttes med {AVRB*} slut-kode.

Dette gælder også, selvom afslutningen af vilkår er tidsmæssigt sammenfaldende med forløbselementets afslutning. Vilkår skal således altid afsluttes eksplicit i indberetningen.

Et vilkår, der for patienten uændret fortsætter efter, at forløbet (forløbselementet) på enheden afsluttes ved overflytning af patienten til anden enhed (under andet forløbselement), må derimod **ikke** afsluttes med slut-markør "før tid".

Hvis et vilkår ophører, markeret ved forløbsmarkør for afslutning af det konkrete vilkår, og der ikke er et andet gældende vilkår, er patienten herefter implicit at betragte som 'frivillig' under det fortsatte forløb.

Som forløbsmarkører er der ikke en umiddelbar logisk-teknisk kobling til patientkontakten, men der er vilkår, der skal registreres i forbindelse med kontaktstart fx ved indlæggelse på røde papirer. Tidspunktet for forløbsmarkøren skal i disse tilfælde være før eller lig med kontaktstarttidspunktet.

De samlede vilkår er vist i de følgende underafsnit. Der kan være flere samtidige vilkår, der derfor har både specificerede markører for start af og afslutning af det enkelte specificerede vilkår.

8.5.9.1 Retslige vilkår

Angivelse af retslige vilkår er obligatorisk i psykiatriske patientforløb.

Dette inkluderer borgere indskrevet til mentalobservation og vilkår vedrørende børn begrundet i lovgivning om Social Service

Retslige vilkår indberettes som forløbsmarkører efter følgende klassifikation:

Forløbsmarkører for start og afslutning af retslige vilkår for retspsykiatriske patienter Inkluderer mentalobservation (ambulant/under indlæggelse)		
startkoder	Retsligt vilkår	slutkoder
AVRA1	Surrogatanbringelse, rpl §765, stk.2, nr.4	AVRB1
AVRA2	Anbringelse af helbredsmæssig grund, rpl §770,stk.2(2)	AVRB2
AVRA3	Anticiperet afsoning, rpl §777	AVRB3
AVRA4	Mentalundersøgelse, ambulant, rpl §809, stk.1	AVRB4
AVRA5	Mentalundersøgelse, indlagt, rpl §809, stk.2	AVRB5
AVRA6	Dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling	AVRB6
AVRA6S	Dom til anbringelse i Sikringsafdeling	AVRB6S
AVRA7	Dom til behandling på psykiatrisk afdeling	AVRB7
AVRA8	Dom til ambulant psykiatrisk behandling med bestemmelse om indlæggelse	AVRB8
AVRA9	Dom til ambulant psykiatrisk behandling	AVRB9
AVRAA	Psykiatrisk behandling i medfør af vilkår	AVRBA
AVRAB	Vilkår om sexologisk og psykoterapeutisk behandling	AVRBB
AVRAC	Farlighedsdekret	AVRBC
AVRAD	Strafasoner, straffuldbyrdelseslov §78	AVRBD
AVRAE	Udlændingelov §50a	AVRBE
AVRAW	Andet retsligt vilkår	AVRBW

Vilkår i henhold til Lov om Social Service		
startkoder	Retsligt vilkår	slutkoder
AVRK1	Barn indlagt i henhold til Lov om Social Service	AVRL1
AVRK2	Barn til ambulant undersøgelse i henhold til Lov om Social Service	AVRL2

► Vedrørende mentalobservander – se også afs. 8.4.1

8.5.9.1.1 Henviste patienter med uafsluttet vilkår

Hvis en patient med et igangværende retsligt vilkår modtages på en ny enhed, der fremadrettet indberetter forløbet under et *nyt forløbselement*, skal den nye enhed udover obligatorisk startmarkør **angive forløbsmarkør for det fortsatte retslige vilkår med en ny startkode**, selvom det på denne måde ikke er et "nyt vilkår".

Det retslige vilkår må, når dette fortsætter uændret, **ikke** afsluttes på den (videre)henvisende enhed.

► Se eksempel på næste side

8.5.9.2 Vilkår med tvangsforanstaltninger

Tvangsforanstaltninger kan være årsag til kontakt – og dermed årsag til forløb, hvis der ikke er et forløb i forvejen – og kan opstå under igangværende kontakt eller forløb. Omvendt kan en patientkontakt fortsætte efter et afsluttet tvangsvilkår.

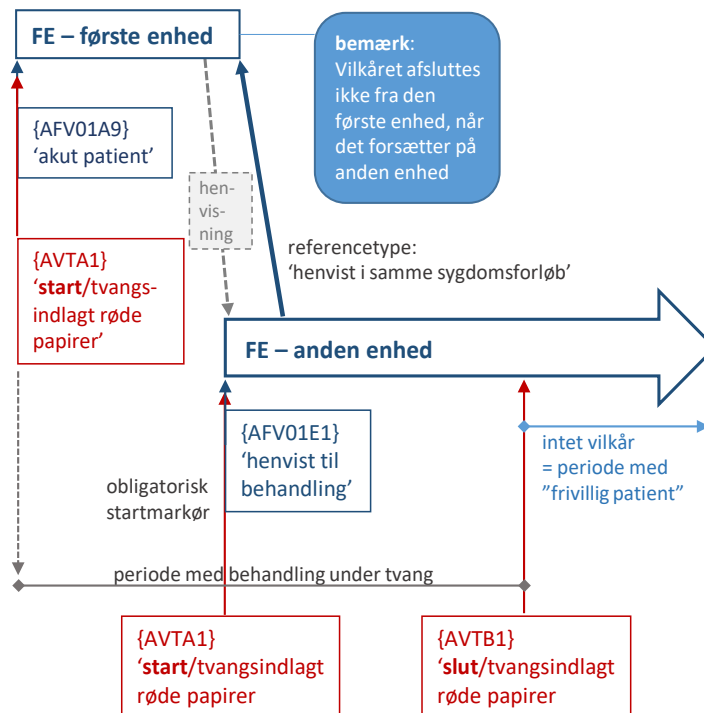
Dette betyder, at der kan introduceres eller afsluttes tvangsforanstaltninger uden, at dette medfører kontaktafbrydelse eller tvungen oprettelse af ny patientkontakt, når forholdene ændrer sig for en indlagt patient.

Der kan dog være lokale eller juridiske forhold, der gør, at dette regionalt håndteres på en anden måde.

Der er følgende forløbsmarkører for vilkår med tvangsforanstaltning:

Forløbsmarkører for start og afslutning af tvangsforanstaltning		
startkoder	Tvangsforanstaltning	slutkoder
AVTA1	tvangsindlagt, røde papir	AVTB1
AVTA2	tvangsindlagt, gule papir	AVTB2
AVTA3	tvangstilbageholdelse	AVTB3

Eksempel



Et tvangsvilkår skal som andre vilkår afsluttes af en forløbsmarkør for afslutning på tidspunktet for ophør af frihedsberøvelsen, dvs. når betingelserne for frihedsberøvelse (i § 5) ikke længere er til stede.

- ▶ Se dog ovenfor vedr. henviste patienter med uafsluttet vilkår samt indledningen til afs. 8.5.9

8.5.10 Pakkeforløb for psykiatrien

Der er et antal pakkeforløb for psykiatriske patienter, der kræver indberetning af forløbsmarkører. Der er ikke krav om oprettelse af selvstændige forløb (forløbselement) for pakkeforløb.

- ▶ De specifikke pakke-forløbsmarkører i psykiatrien er defineret og ejes af regionerne. Der henvises til nærmere vejledning på Danske Regioner's hjemmeside

Bemærk

Pakkeforløbsmarkører for "start af udredning" og "start af behandling" kan erstatte generelle forløbsmarkører i relevante tilfælde jf. afs. 8.5.4 og 8.5.7.

Kommentar: Regionerne kan dog vælge at registrere begge markører.

8.6 Psykiatriske patientkontakter

Psykiatriske kontakter afgrænses ved SOR-egenskaben: hovedspeciale = psykiatri / børne- og ungdomspsykiatri.

Psykiatriske patientkontakter skal som hovedregel i indberetningen knyttes til et fælles helbredsforløb med forløbslabel: 'Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser' {ALAL03}.

De psykiatriske kontakter følger de samme generelle principper som ved tilsvarende somatiske kontakttyper. Dette betyder, at ambulante besøg og indlæggelser indberettes under en fælles kontakttype 'fysisk fremmøde'. Varigheden af kontakten fremgår af kontaktens *tidstro* starttidspunkt hhv. sluttidspunkt.

Der skal senest 30 dage efter start af en længerevarende kontakt (dvs. indlæggelse) indberettes en relevant aktionsdiagnose, der beskriver patientens tilstand eller situation på indberetningstidspunktet.

- ▶ Anbefalet psykiatrisk aktionsdiagnoseliste – se afs. 8.7

Der er ikke krav til indberetning af kontaktårsag til psykiatriske patientkontakter og heller ikke krav til skaderegistrering fra psykiatriske afdelinger.

- ▶ Vedrørende selvmord og selvmordsforsøg umiddelbart før og under igangværende kontakt – se senere i dette kapitel under afs. 8.7.5.1

8.6.1 Hjemmebesøg og udebesøg (udekontakt)

Der skal obligatorisk indberettes udførte hjemmebesøg og udebesøg. Disse indberettes som patient-kontakter med kontakttypen 'udekontakt' jf. de generelle principper beskrevet i afs. 5.6.3.2

Udekontakt er at betragte som en konsultation uden for den sundhedsfaglige enhed. Der skal være tale om en klinisk konsultation som led i udredning eller behandling mellem en sundhedsperson og patienten eller eventuelt en stedfortræder for denne, hvis patienten ikke selv er i stand til at deltage.

Andre ydelser uden for sygehuset indberettes som **procedure uden patientkontakt** – dvs. procedure, der indberettes knyttet direkte til det relevante forløbselement.

8.6.2 Fravær i psykiatrien

De forskellige typer af fravær fra kontakt er kort beskrevet i de følgende underafsnit.

Indberetningen af fravær foretages i kontakt-egenskaben '**opholdsadresse**', jf. generel beskrivelse under afs. 5.8, idet fravær er knyttet til indlæggelseskontakten, ikke til forløbselementet.

8.6.2.1 Orlov

Der er generelt krav (afs. 5.8.1) om indberetning af orlov i forbindelse med indlæggelser. Dette gælder således også for psykiatriske patientkontakter.

8.6.2.2 Længerevarende fravær med aftale

Længerevarende fravær med aftale skal indberettes til LPR. Længerevarende fravær medfører ikke udskrivning. Der er således fortsat et **kontaktansvar**.

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

Fravær indberettes ligesom andet fravær under egenskaben 'opholdsadresse' ved angivelse af type af fravær (se kodeliste nedenfor) med historik inden for patientkontaktens tidsramme.

- ▶ Somatisk indlæggelse under psykiatrisk patientkontakt – se afs. 8.6.2.4

8.6.2.3 Absentering (fravær uden aftale)

Absenteringer, dvs. patientfravær uden aftale, skal indberettes til LPR. Absentering medfører ikke udskrivning. Der er således fortsat et **kontaktansvar**.

Patientfravær uden aftale omfatter kun obligatorisk de retspsykiatriske patienter, hvor der af juridisk-administrative grunde ikke kan ske en udskrivning.

Absentering indberettes ligesom andre fravær under klassen 'opholdsadresse' ved angivelse af type af fravær med historik inden for patientkontaktens tidsramme.

Der er følgende værdier for absenteringer og andre typer af fravær:

kodeliste: [admin.fravaer]	
ALCF01	orlov
ALCF02	længerevarende fravær med aftale
ALCF03	udeblivelse
ALCF04	undvigelse
ALCF05	rømning
ALCF06	fravær pga. samtidig somatisk indlæggelse

- ▶ Se definitioner i indledningen til kapitlet

8.6.2.4 Somatisk indlæggelse af indlagt psykiatrisk patient

Hvis en patient, der er i behandling under tvang, eller en indlagt retslig patient, der ifølge vilkåret ikke kan udskrives, skal behandles ved indlæggelse på en somatisk enhed, skal patienten have to samtidige indlæggelser, dvs. en indlæggelse på psykiatrisk enhed og en indlæggelse på somatisk enhed.

I perioden, hvor patienten har ophold på somatisk enhed, kan fraværskode {ALCF06} 'fravær pga. samtidig somatisk indlæggelse' under 'opholdsadresse' indberettes på den psykiatriske indlæggelseskontakt.

Psykiatriske tilsyn og andre ydelser, produceret af psykiatrien, registreres på patientens psykiatriske kontakt.

8.6.3 Færdigbehandlet stationær psykiatrisk patient

Når patienten ud fra en klinisk vurdering er færdigbehandlet under stationært ophold og derfor forsvareligt kan udskrives, er det obligatorisk, at sygehuset markerer (med forløbsmarkør), at patienten er færdigbehandlet, hvis indlæggelsen pga. eksterne årsager fortsætter ud over dette tidspunkt.

- ▶ Se definition og nærmere beskrivelse i afs. 4.3.13

8.7 Psykiatriske diagnoser

- ▶ Den generelle beskrivelse af principperne for diagnoseregistreringen findes i Kap. 6

Der skal ved afslutning af alle patientkontakter være registreret og indberettes en kvalificeret aktionsdiagnose. Ved længerevarende kontakter (indlæggelser) skal der senest 30 dage efter kontaktstart indberettes en aktionsdiagnose.

- ▶ De *anbefalede* psykiatriske aktionsdiagnoser er vist i tabellen på næste side.

Listen omfatter, foruden de egentlige psykiatriske DF-diagnoser, en række DZ-koder, der anvendes i forskellige situationer, hvor der ikke kan eller skal knyttes en psykiatrisk DF-diagnose til patientkontakten. Anvendelsen af DZ-koderne beskrives nærmere i de følgende afsnit.

Bemærk

Diagnoselisten er en *anbefalet* liste af diagnoser, der primært anvendes for patientkontakter med psykiatrisk diagnose som konklusion og dermed aktionsdiagnose.

Det er dog ikke sjældent tilfældet, at konklusionen efter psykiatrisk udredning er en somatisk diagnose, som indberettes som afsluttende aktionsdiagnose. Dette er derfor også muligt, og der er i LPR ingen indholdsmæssig validering på aktionsdiagnosen for psykiatriske patientkontakter

Som aktionsdiagnose indberettes den diagnose, som var den væsentligste årsag til de på kontakten gennemførte undersøgelser og behandlinger. Ved konkurrerende sygdomme og tilstande indberettes den væsentligste kliniske tilstand som aktionsdiagnose.

Som tommelfingerregel er aktionsdiagnosen den tilstand, der var **hovedindikationen** for ydelserne på patientkontakten.

Der skal altid registreres en DF-kode, når kriterierne herfor er til stede.

- ▶ Se nærmere i den psykiatriske diagnosebog (spiralbogen)

Det er vigtigt, at aktionsdiagnosen og eventuelle bidiagnoser valideres klinisk inden hver indberetning, hvilket i praksis vil sige, at diagnosen kvalificeres løbende i forbindelse med hvert besøg og indlæggelse samt fx ved modtagelse af fx skanningssvar, der påviser ny eller anden sygdom.

Bemærk

Kravet om diagnoseregistrering og -indberetning gælder i LPR fra og med første patientkontakt (besøg eller indlæggelse). I mange tilfælde kan patientens tilstand i første omgang bedst beskrives med en uspecificeret DF-kode

- ▶ Se dog også vedrørende anvendelsen af DZ032 "Obs. pro" nedenfor
- ▶ Se afs. 8.7.1 vedrørende diagnosekodning ved kontakter med mentalundersøgelse

Koder for retslige vilkår har tidligere været med på diagnoselisten. Disse forhold indberettes nu som forløbsmarkører – se *nærmere under* afs. 8.5.9

Der skal ud over den relevante aktionsdiagnose desuden indberettes **kontakt-relevante bidiagnoser** for komplicerende psykiatriske og somatiske sygdomme og tilstande og komplikationer til behandling efter de helt generelle principper for kontaktdiagnoseregistreringen, som beskrevet i Kap. 6.

- ▶ Se afs. 8.7.5.1 vedr. **bidiagnoser** for tilsluttet selvskade og voldshandling ifm. psykiatrisk patientkontakt

Psykiatrisk aktionsdiagnose-liste – anbefalede diagnosekoder

Psykiatriske aktionsdiagnoser – kodeliste: [diag.psykakt]			FL
DF00-99	Psykiatriske diagnoser (Kap V i sygdomsklassifikationen)	Inkl. psykisk lidelse ved demens-sygdom (DF00-03)	P
DZ032	Observation for psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse	se beskrivelse i tekst (afs. 8.7.2) Ekskl: Mentalobservation (DZ046)	P
DZ032X	Psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse afkræftet	se beskrivelse i tekst (afs. 8.7.2.1) Ekskl: Mentalobservation (DZ046)	P
DZ098P	Kontrolundersøgelse efter psykiatrisk behandling	se beskrivelse i tekst (afs. 8.7.3)	P
DZ006	Kontakt mhp undersøgelse som led i klinisk forsknings-program		P/A
DZ038	Observation pga. mistanke om anden sygdom eller tilstand		A
DZ039	Observation pga. mistanke om sygdom eller tilstand UNS		A
DZ046	Kontakt begæret af myndighed	DZ046 anvendes ved mental-observation (afs. 8.7.1) både som start- og slut-aktionsdiagnose for alle patientkontakter i observationsforløbet. De retslige vilkår og vilkår med tvangsforanstaltninger indberettes i LPR3 som forløbsmarkører	A ⁿ /P
DZ709	Seksualrådgivning UNS		A
DZ710	Person i konsultation på anden persons vegne		A
DZ711	Rådgivning ved bekymring for sygdom hos rask person		A
DZ719	Rådgivning uden nærmere specifikation		A
DZ765	Simulering		A
DZ768	<u>Kontakter pga. kønsidentitetsforhold:</u> DZ768E1 Kontakt pga. transkønnethed DZ768E2 Kontakt pga. kønsidentitetsforhold i barndommen DZ768E3 Kontakt pga. andet kønsidentitetsforhold DZ768E4 Kontakt pga. kønsidentitetsforhold UNS	Specificeret kode bør anvendes	A
Somatiske diagnoser kan være relevante som aktionsdiagnose i forbindelse med udredning og behandling af bla. funktionelle lidelser under psykiatrien og ved primær smertebehandling. Somatiske diagnoser bør kun anvendes som aktionsdiagnose i psykiatrien i disse specielle situationer - se afs. 8.7.4			A

FL: Forløbslabel | P: 'Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser' | A: 'Andre forløb'

n) Når mentalobservation dokumenteres i selvstændigt forløb, anvendes forløbslabel 'Andre forløb'

8.7.1 Mentalundersøgelse

Ved patientkontakter med mentalobservation (ambulant/indlagt) anvendes aktionsdiagnosen {DZ046} på alle kontakter *uanset* konklusionen af undersøgelsen.

► Se også afs. 8.4.1 vedr. øvrige registreringer ved mentalobservation

8.7.2 Obs. pro" (DZ032)

Diagnosekoden {DZ032} 'Observation for psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse' anvendes i de situationer, hvor en ny patient modtages til undersøgelse, udredning eller observation, og hvor der ikke er klinisk belæg for en (DF) psykiatrisk diagnose.

{DZ032} anvendes som aktionsdiagnose på patientkontakterne, indtil en psykiatrisk diagnose kan stilles, *eller* alternativt psykisk sygdom eller adfærdsforstyrrelse afkræftes {DZ032X} – se *følgende afsnit*.

Bemærk

Hvis (uspecificeret) DF-diagnose kan stilles allerede ved første patientkontakt, anvendes DF-diagnosekode fremfor {DZ032}.

Et andet eksempel på anvendelse af {DZ032/DZ032X} er en borger, der henvender sig selv eller henvises til undersøgelse med henblik på at få udelukket psykisk lidelse, fx tidligere psykiatrisk patient, der skal have dokumentation i forbindelse med vurdering af jobegnethed eller lignende.

8.7.2.1 'Psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse afkræftet' (DZ032X)

For borgere og patienter, hvor det efter psykiatrisk udredning (ekskl. mentalundersøgelse, se afs. 8.7.1) konkluderes, at der ikke er tale om psykisk lidelse eller adfærdsræssig forstyrrelse, anvendes slutdiagnosen {DZ032X} 'Psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse afkræftet' som aktionsdiagnose.

► Ved mentalobservation anvendes {DZ046} både som start- og slut-aktionsdiagnose (afs. 8.7.1).

8.7.3 Kontrol af rask patient (DZ098P)

Ved opfølgende besøg efter tidligere behandling, og hvor patienten efter de faglige kriterier ikke længere opfylder kriterierne for en (DF) psykiatrisk diagnose, anvendes diagnosekoden {DZ098P} 'Kontrolundersøgelse efter psykiatrisk behandling' som aktionsdiagnose for besøget. Forløbslabel er fortsat 'Psykiiske lidelser og adfærdsræssige forstyrrelser'.

Bemærk

Omfatter kun raske uden symptomer. {DZ098P} anvendes **ikke**, hvis patienten efter de psykiatriske diagnosekriterier er klassificeret som værende "i remission", fx {DF317} 'Bipolar affektiv sindslidelse i remission'.

De beskrevne principper, der er vedtaget af DPS' diagnoseudvalg, følger de samme principper som i somatikken samt er en konsekvens af kontakt-modellen, hvor diagnoseregistreringen er betinget af den løbende indberetning af selvstændige patientkontakter, allerede fra første (ambulante) besøg.

8.7.4 Patienter i psykiatrien med somatiske diagnoser

I LPR3 kan somatiske sygdomsdiagnoser også anvendes som aktionsdiagnose i indberetningerne fra psykiatriske enheder. Dette er særligt blevet aktuelt i forhold til de regionale klinikker for funktionelle lidelser, der ofte er organiseret under psykiatrien.

► Se afs. 8.4.2 om "Funktionelle lidelser"

Somatiske diagnoser kan også være bidiagnoser, hvis somatisk sygdom (komorbiditet) har en klinisk betydning for den psykiatriske behandling.

8.7.5 Kontaktrelevante bidiagnoser

Kontaktens psykiatriske aktionsdiagnose skal ud fra de helt generelle principper (Kap. 6) suppleres af kontaktrelevante bidiagnoser, der beskriver patienttilstanden og **indikationerne** for kontaktens ydelser, herunder eventuelle symptomer, psykisk og somatisk komorbiditet og forhold i øvrigt, der har forårsaget og bidraget til kontaktens kliniske ydelser og ressourcestræk.

Tilsligtet selvskade og voldshandlinger umiddelbart før henholdsvis under patientkontakt indberettes ligeledes som bidiagnoser.

8.7.5.1 Tilsligtet selvskade og voldshandlinger i forbindelse med psykiatriske patientkontakter

Indberetning af oplysninger om tilsligtet selvskade og voldshandlinger begået mod patienten **umiddelbart før og under patientkontakt** indgår i indberetningen på de psykiatriske patientkontakter.

Diagnosekoderne {DX60-99, DY00-09} beskriver den hændelse, der er sket. Indberetningen skal foretages som **bidiagnose** på den relevante patientkontakt.

SKS-koder	Tilsligtet selvskade og voldshandlinger i forbindelse med psykiatriske patientkontakter
DX60*-84*	Tilsligtet selvbeskadigelse
DX85*-99* DY00*-09*	Overfald eller mishandling Inkl. voldshandling, overgreb (inkl. seksuelle overgreb) og omsorgssvigt

Indberettes som bidiagnose. Disse diagnosekoder kan ikke anvendes som aktionsdiagnoser

Hvis en hændelse under et psykiatrisk forløb (aktivt forløbselement) sker på et tidspunkt uden for kontakten, foretages registreringen på den umiddelbart efterfølgende kontakt, jf. principperne beskrevet nedenfor.

8.7.5.1.1 Hændelser før patientkontakt

Tilsigtet selvskaade og vold **før** patientkontakt, hvor hændelsen udgør en væsentlig grund til eller baggrund for kontakten, indberettes som **bidiagnose** på den efterfølgende patientkontakt.

Registreringen skal ikke betragtes som en anamnestisk oplysning. Det er betydningen for den psykiatriske kontakt, der er afgørende.

Det er således ikke afgørende, om patienten **før** modtagelse på psykiatrisk enhed har været via somatisk skadebehandling eller ej.

Indberetning skal foretages via bidiagnose-kodningen på kontakten:

- ved selvmordsforsøg og anden selvtillføjet skade **før** patientkontakten indberettes relevant kode fra {DX60-84} (6 karakterer med endetal '0') som bidiagnose
- ved voldshandling med følger for patienten **før** patientkontakten indberettes relevant kode fra {DX85-99} eller {DY00-09} som bidiagnose

8.7.5.1.2 Hændelser under patientkontakt

Indberetning af oplysninger om tilsigtet selvskaade og vold **under** igangværende psykiatrisk patientkontakt skal foretages som **bidiagnose** på kontakten:

- ved selvmord, selvmordsforsøg og anden selvtillføjet skade **under** igangværende kontakt indberettes relevant kode fra {DX60-84} (6 karakterer med endetal '1') som bidiagnose
- ved voldshandling med følger for patienten **under** igangværende kontakt indberettes relevant kode fra {DX85-99} eller {DY00-09} som bidiagnose

8.8 Psykiatriske procedurer

Bemærk, at der i det følgende (afs. 8.8.2-3) skelnes mellem de fysiske fremmøder, der finder sted på et sengeafsnit, hvor patienten disponerer over en normeret seng, og øvrige fysiske fremmøder (ambulante besøg).

Medikamentel psykiatrisk behandling skal ikke LPR-indberettes.

Der skal generelt ikke indberettes varighed eller andre specifikationer af de psykiatriske ydelser.

Varighed *kan* indberettes ved angivelse af sluttidspunkt ud over det obligatoriske starttidspunkt. Et angivet sluttidspunkt for en kontakt-procedure skal ligge inden for kontaktens tidsramme.

8.8.1 Elektrokonvulsiv behandling

Der skal indberettes elektrokonvulsiv behandling (ECT) med følgende SKS-koder:

Procedurekode	Procedure – enkelt behandlingsseance
BRXA1*	Behandling med elektrokonvulsiv terapi ECT
BRTB1*	Tvangsbehandling med elektrokonvulsiv terapi ECT

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

Kravet gælder såvel stationære som ambulante patienter.

ECT indberettes med en procedurekode for hver enkelt behandlingsseance knyttet til den relevante patient-kontakt. Den samlede behandling (behandlingsserie) vil vise sig som et antal registrerede procedurekoder – en for hver behandlingsdag.

8.8.2 Ydelser til indlagte psykiatriske patienter

Der er, udover de generelle krav om indberetning af billeddiagnostiske undersøgelser, kun krav om indberetning af oplysninger om ECT-behandling – se *ovenfor*

8.8.3 Ambulante psykiatriske ydelser

Følgende ydelser skal obligatorisk registreres og indberettes for ikke-stationære patienter.

Dette omfatter ud over 'fysisk fremmøde' også de samme ydelser udført under hjemmebesøg og udebesøg (kontakttype 'udekontakt'), samt ved telefon- og videokonsultationer (kontakttype: 'virtuel kontakt').

Ydelser, der registreres og indberettes på ambulante psykiatriske patienter:

Procedurekode	Ydelse
BRXA1*	Behandling med elektrokonvulsiv terapi ECT
BRTB1*	Tvangsbehandling med elektrokonvulsiv terapi ECT
BRSP1	Individuel psykoterapi
BRSP5	Psykoterapi i gruppe
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse
ZZ4992	Semistruktureret diagnostisk interview
ZZ0149AX	Somatisk udredning
BRKP1	Individuel psykoedukation
BRKP8	Psykoedukation i gruppe
BVAA5	Samtale med pårørende
BVAW2	Netværksmøde
BVAW1	Kontakt med anden myndighed
BRBP	Træning af kombinerede psykosociale færdigheder
ZZ9970FA	Screening for selvmordsrisiko
BVAA33A	Telefonkonsultation #
BVAA33D	Videokonsultation #

#) **Telefonkonsultationer og videokonsultationer** indberettes som de angivne procedurekoder i en patientkontakt af kontakttypen: 'virtuel kontakt'.

8.8.4 Ydelser ved udekontakter

Hjemmebesøg og udebesøg indberettes som kontakter med kontaktttype: 'udekontakt'.

Ovenstående (ambulante) ydelser udført under udekontakt skal indberettes knyttet til udekontakten.

8.8.5 Ydelser uden samtidig patientkontakt

Hvis ydelser listet under afsnit 8.8.3 (ambulante ydelser) udføres uden samtidig patientkontakt, dvs. som "ydelse uden patientkontakt", skal disse også indberettes.

I disse tilfælde knyttes ydelserne direkte til forløbselementet i indberetningen.

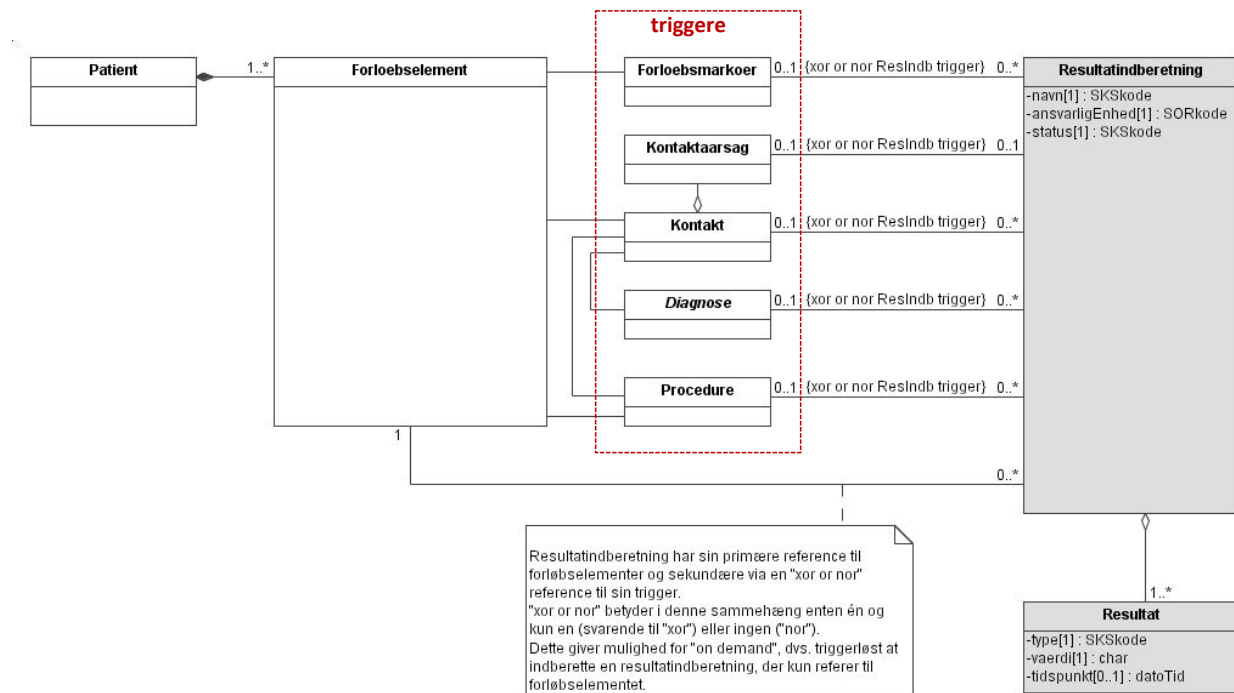
9 RESULTATINDBERETNING

Resultatindberetningen er betegnelsen for en fælles indberetningsstruktur til LPR (LPR3) af resultater, forstået i meget bred forstand, dvs. alle former for egentlige resultater af procedurer, men også (samlede) strukturerede indberetninger og anmeldelser til særlige registre og formål.

De kendte obligatoriske indberetninger og anmeldelser er eksempler på obligatoriske resultatindberetninger. Det er i udgangspunktet de samme anmeldelser, der blot indberettes i en generel og skalerbar form, som erstatning for obligatoriske tillægskodninger mv.

Modellen sikrer også fremtidige nye behov for formular-lignende indberetninger fx til kliniske kvalitetsdatabaser.

Modeludsnit – resultatindberetninger



► Vedr. tidsmæssige krav (DELAY) for indberetning af resultatindberetning – se afs. 9.2.2.3.

9.1 Introduktion

Resultatindberetning kan ske trigger-baseret eller ved eventuelt behov som trigger-løs resultatindberetning.

En **trigger** er en oplysning, der udløser krav om resultatindberetning. De kendte resultatindberetninger (canceranmeldelse, fødsler osv.) er alle trigger-baserede, dvs. er udløst af og tilknyttet et andet obligatorisk indberetningsobjekt.

En trigger fungerer efter 'hvis-så' princippet, det vil sige, at hvis der i indberetningssættet forekommer en bestemt foruddefineret værdi, eller kombination af værdier, vil det udløse krav om en specifik resultatindberetning.

Fx vil indberetning af en Kontakt med en kræftdiagnose (som aktions- eller bidiagnose) udløse krav om, **trigge**, en 'Canceranmeldelse', som beskrevet i Kap. 10.

Mulige triggere for resultatindberetninger kan være specifikke værdier/værdisæt inden for områderne: Diagnose, Procedure, Kontakt, Kontaktaarsag og Forløbsmarkør – jf. ovenfor viste modeludsnit.

For den enkelte resultatindberetning kan der tilknyttes regler og valideringer til sammenhæng mellem trigger og resultater, og mellem de enkelte resultater inden for resultatindberetningen.

Det er desuden muligt at indberette resultater uden trigger, hvis der er behov for dette.

Resultatindberetningen skal under alle omstændigheder i indberetningen knyttes til et aktuelt og relevant **Forløbselement** for den indberettende enhed.

Eksempler på forskellige *triggere* og tilhørende resultatindberetning

Trigger-objekt	trigger-udfaldsrum (SKS) [kodeliste]	Resultatindberetning	Kommentar
diagnose	fødselsdiagnose-kode (moder) [diag.foedmor]	Fødselsindberetning (flere resultater)	obligatorisk
procedure	hørescreeningsprocedurekode [proc.hoerescreen]	Resultat af hørescreening (et resultat)	obligatorisk
kontaktårsag	ulykke, vold, selvmordsforsøg [admin.kontaarsag.skade]	Skadeindberetning (flere resultater)	obligatorisk
forløbsmarkør	-	ingen aktuelle eksempler	-
kontakt	-	ingen aktuelle eksempler	-

Modellen er universel og kan udbygges løbende ved behov. Forløbsmarkør og Kontakt kan således ved senere behov anvendes som trigger til specificerede resultatindberetninger.

I dette kapitel beskrives kun de fælles generelle ting vedrørende resultatindberetningen.

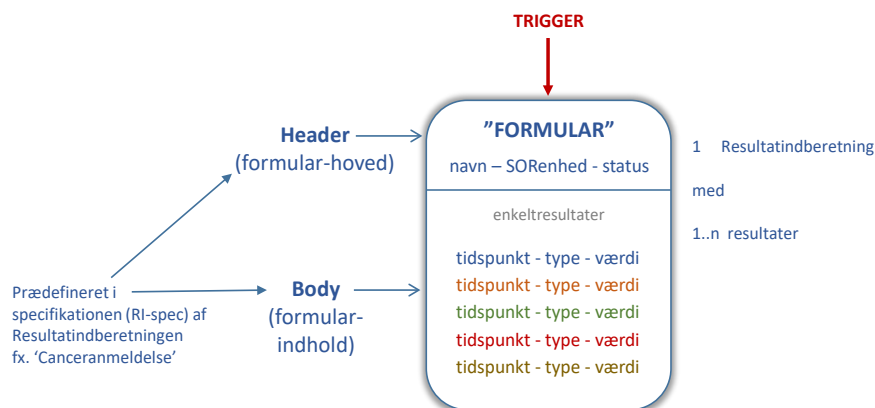
De enkelte specificerede resultatindberetninger er beskrevet i de følgende kapitler. Alle specifikationer af resultatindberetningerne (RI-specs) findes i den tekniske LPR3-dokumentation (Bilag 1a)

En resultatindberetning består af to dele:

- et (1) overordnet objekt (header), der er fælles for den samlede resultatindberetning
- et "body" med et eller flere (1..n) typificerede enkelt-resultater

En resultatindberetning kan indeholde fra et til mange enkeltresultater og er logisk set blot et navngivet skema eller formular med tilhørende eksterne (trigger) og interne regler for dataindhold.

Principtegning



Den følgende oversigt viser alle resultatindberetninger, der er integreret i LPR3's resultatindberetning, herunder de også tidligere obligatoriske indberetninger. Disse er alle indholdsmæssigt uændrede.

Oversigt over obligatoriske resultatindberetninger:

indberetning (navn)	vejlednings- område	LPR2 metode	LPR3 trigger, kodeliste	regel mv. / bem.
canceranmeldelse	Kræftsygdomme (Kap. 10)	obligatorisk tillægskodning til visse* diagnoser (aktions- og bidiagnoser) *) anmeldelsespligtige diagnoser til Cancerregisteret	Diagnose obligatorisk resultatindberetning til visse* diagnoser (aktions- og bidiagnoser), [diag.car]	uændrede krav, men med mulighed for udsættelse (ny anmeldelsesstatus AZCA0), indtil oplysninger om stadie er til stede
fødselsindberetning mor	graviditet, fødsel og barsel (Kap. 11)	tillægskoder, bidiagnoser og særlige datafelter ved fødselsdiagnose som aktionsdiagnose (moder)	Fødselsdiagnose (mor), aktionsdiagnose, [diag.foedmor]	uændrede krav
fødselsindberetning barn	graviditet, fødsel og barsel (Kap.11)	tillægskoder, bidiagnoser og særlige datafelter ved fødselsdiagnose som aktionsdiagnose (barn)	Fødselsdiagnose (barn), aktionsdiagnose, [diag.foedbarn]	inkl. dødfødte (ny fødselsdiagnose); i øvrigt uændrede krav
abortoplysninger	Aborter (Kap. 12)	tillægskoder ved abortdiagnose som aktionsdiagnose	Abortdiagnose, aktions- eller bidiagnose, [diag.abort]	uændrede krav
Misdannelsesoplysninger	Aborter (Kap. 12)	tillægskoder ved visse aborter	(Abortdiagnose) indgår i abortanmeldelsen	uændrede krav; validering for type af abort og svangerskabslængde
skadeindberetning	Skader (Kap. 13)	supplerende oplysninger for ydre årsager til skade (koder efter NOMESKO klassifikation) ved visse kontaktårsager	Kontaktårsag, [admin.kontaarsag.skade]	uændrede krav
resultat af neonatal hørescreening	procedure/ neonatal hørescreening (afs. 14.1)	obligatorisk tillægskodning (resultatkode) til visse procedurer	Procedure, [proc.hoerescreen]	uændrede krav
beslutning vedrørende personligt alarm og pejlesystem	andre resultatindberetninger (afs. 14.2)	obligatorisk tillægskodning til procedurekode (BRXY10)	Procedure, [proc.inhabil.suba]	obligatorisk for somatiske indlæggelser ved proceduren [proc.inhabil.suba] = {BRXY10}
kirurgisk komplikationsoplysning	(afs. 14.3)	obligatorisk tillægskodning til procedurekode	Procedure, [proc.opr.komplikat]	obligatorisk for visse kirurgiske procedurer
implantatoplysninger	(afs. 14.4)		Procedure, [proc.implantat]	obligatorisk for visse procedurer
tvangsforanstaltning	(afs. 14.5)		Procedure, [proc.tvangsforanst]	obligatorisk for visse procedurer

9.2 Beskrivelse – resultatindberetning

9.2.1 Anvendte termer og definitioner – resultatindberetninger

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
resultatindberetning	fælles betegnelse for struktureret (formular) indberetning til LPR af resultater Kommentar: Ved "resultat" forstås i meget bred forstand alle former for egentlige resultater af procedurer, samt samlede indberetninger og anmeldelser til særlige registre og formål, fx fødsler, aborter og skader, anmeldelser af kræftsygdomme	
ansvarlig enhed for resultatindberetning	<u>sundhedsproducerende enhed</u> der har ansvar for at der foretages en komplet <u>resultatindberetning</u>	
navn for resultatindberetning	navn på fastlagt <u>resultatindberetning</u> i SKS-klassificeret navneliste Kommentar: SKS-klassificeret - kodeliste [resindb.navn]	
resultatindberetningsspecifikation	specifikationerne og regler for <u>resultatindberetning</u>	
resultattidspunkt	tidspunkt for et resultats fremkomst	
resultattype	betegnelse for et enkelt resultat Kommentar: SKS-klassificeret - kodeliste [res.type]	
resultatværdi (værdi)	værdi af enkelt resultat inden for et fastlagt <u>udfaldsrum</u>	
status for resultatindberetning (indberetningsstatus) (status)	angivelse af kompleksitet af en indberettet <u>resultatindberetning</u> Kommentar: SKS-klassificeret - kodeliste [resindb.status]	
resultattrigger (trigger)	dataelement der udløser krav om en (bestemt) <u>resultatindberetning</u> Kommentar: En trigger kan være kontakt, kontaktårsag, kontaktdiagnose, forløbsmarkør eller procedure. Triggerne for den enkelte resultatindberetning findes altid inden for et SKS-klassificeret <u>udfaldsrum</u> = kodeliste angivet i firkantede parenteser, fx: [diag.abort] – abortdiagnoser, der trigger resultatindberetningen: 'Abortoplysninger'.	

9.2.2 Objekt – Resultatindberetning

Det overordnede element for en resultatindberetning, hvortil der knyttes et eller flere enkeltresultater – se "Objekt – Resultat".

Resultatindberetningens overordnede objekt indberettes med følgende oplysninger:

Resultatindberetning	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Forløbselement
triggerRef	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for trigger-objekt
navn	SKSkode	[resindb.navn]	1	obligatorisk. type af indberetning, fx "canceranmeldelse"
ansvarligEnhed	SORKode	SORKlass	1	obligatorisk. den enhed, der indberetter resultatindberetningen
status	SKSkode	[resindb.status]	1	obligatorisk. angivelse af kompleksitet af den indberettede resultatindberetning

9.2.2.1 Navn for resultatindberetning

'navn' typificerer, hvilken resultatindberetning, der er tale om, fx 'Canceranmeldelse'.

Sundhedsdatastyrelsen opretter og vedligeholder en liste over navne for resultatindberetninger.

Nye nationale resultatindberetninger kan oprettes efter aftale med regionerne.

9.2.2.2 Status for resultatindberetning

Det skal ved resultatindberetninger indgå oplysning (status) om, hvorvidt der er tale om en komplet (fuld) eller inkomplet (foreløbig) indberetning.

Der er følgende generelle status for resultatindberetninger [resindb.status]:

kodeliste	kode	kodetekst
[resindb.status.subb]	RAS00	resultatindberetning inkomplet
[resindb.status.suba]	RAS01	resultatindberetning komplet

Der er desuden særlige anmeldelsesstatus knyttet til canceranmeldelsen – se afs. 10.4.1.2

Der kan og vil ofte afhængig af status være forskellige indholdsmæssige krav til den samlede resultatindberetning. Ved status "komplet" {RAS01} gælder reglerne for den endelige og komplette indberetning. Dette betyder ikke, at en "komplet" ikke senere kan/skal kvalificeres – se afs. 9.3.1

9.2.2.3 Tidsmæssige krav til resultatindberetninger

Der er forskellige krav knyttet til de forskellige resultatindberetninger i forhold til, hvornår en komplet og eventuelt en inkomplet indberetning skal foretages i forhold til triggeren subs. *indberetningen* af triggeren for resultatindberetningen (RI).

Der er i praksis forskel på, om det er relevant at tale om en inkomplet, dvs. foreløbig (ufuldstændig og/eller ikke opkvalificeret) indberetning, fordi der forventeligt er en periode, hvor der kan ske indhentning af de nødvendige oplysninger for udfyldelse og kvalificering af den komplette RI, som det gælder for canceranmeldelsen.

Der er derfor forskel i de tidsmæssige krav til de forskellige obligatoriske resultatindberetninger.

DELAY angiver på baggrund af en betingelse tidsfristen for indberetning af en komplet resultatindberetning.

Tidsmæssige krav til resultatindberetninger:

RI	Trigger-klasse	DELAY (dage) for komplet RI	betingelse for komplet RI
cancer	Diagnose	30 [#]	kontaktafslutning (med trigger-diagnose)
fødsel mor	Diagnose	7	kontaktafslutning (med trigger-diagnose)
fødsel barn	Diagnose	7	kontaktafslutning (med trigger-diagnose)
abort	Diagnose	7	kontaktafslutning (med trigger-diagnose)
skadeindberetning	Kontaktårsag	3	kontaktafslutning (med trigger-kontaktårsag)
hørescreening	Procedure	0	procedure/starttidspunkt (trigger-procedure)
alarm- og pejlesystem	Procedure	0	procedure/starttidspunkt (trigger-procedure)
kirurgisk komplikationsoplysning	Procedure	3	kontaktafslutning (med trigger-procedure)
implantat	Procedure	0	procedure/starttidspunkt (trigger-procedure)
tvangsforanstaltning	Procedure	0	procedure/starttidspunkt (trigger-procedure)

[#] **Bemærk:** Ved canceranmeldelsen skal der altid indberettes en RI (inkomplet eller komplet) ved enhver indberetning af triggeren efter kontaktafslutning. For de øvrige er der ikke krav om en RI før den angivne "delay".

9.2.3 Objekt – Resultat

Det enkelte specifikke resultat indberettes som et selvstændigt objekt 'Resultat', der knyttes til (1) indberetningsobjektet Resultatindberetning, der overordnet typificerer den samlede resultatindberetning med tilhørende et eller flere tilknyttede enkelt-resultater.

Resultatindberetningens enkeltresultater indberettes med følgende oplysninger:

Resultat	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Resultatindberetningen
type	SKSkode	[res.type]	1	obligatorisk
værdi	char	relevant for den givne resultattype og dens specificerede værdienhed	1	obligatorisk
tidspunkt	datoTid	tidspunkt	0..1	obligatorisk for visse resultater (specificeres). Tidspunkt for opnåelse af resultatet

Der kan være regler for kodet og værdisat udfaldsrum, samt for obligatorisk/frivillig.

De enkelte resultatindberetninger i de følgende kapitler vises i en skema/formular-form, hvor enkelt-resultaterne viser som linjer under resultatindberetningens "header" jf. principtegningen i afs. 9.1

9.2.3.1 Resultattype

Resultattypen er den unikke klassificerede betegnelse for det enkelte resultat.

Sundhedsdatastyrelsen opretter og vedligeholder en SKS-kodeliste med anvendte generiske navne for resultattyper.

Resultattyper fastlægges og vedligeholdes efter behov og aftale med regionerne.

9.2.3.2 Resultatværdi

Værdien for det enkelte resultat skal være i overensstemmelse med den værdienhed, der er angivet for den enkelte resultattype. Dette er standardiseret ifølge specifikationen af den enkelte resultatindberetning. Værdier kan bla. være tal, tekst og SKS-kode, tilhørende specificeret kodeliste.

Der kan opsættes specifikke valideringer for specifikke resultaters type og værdier, fx intervaller. Resultatværdien angives i forhold til den værdienhed, der fremgår af specifikationen af resultatindberetningen.

9.2.3.3 Tidspunkt

For hvert resultat kan der være behov for at indberette tidspunktet for resultatets konstatering. Dette må ikke forveksles med resultattyper for tidspunkter, hvor tidspunkt er *værdien* for resultatet.

9.3 Obligatoriske resultatindberetninger

I de følgende kapitler (Kap. 10-13) er de specifikke anmeldelser/indberetninger for kræftsygdomme, fødsler (mor og barn), aborter samt skader beskrevet. I Kap. 14 findes indberetninger for resultat af neonatal hørescreening, kirurgisk komplikationsregistrering, indberetning vedrørende beslutning om tvangsforanstaltning over for varigt inhabil somatisk patient samt indberetning af oplysninger om indsættelse og fjernelse af implantater til brug for Implantatregisteret.

De angivne parametre er obligatoriske ved fuld indberetning (status {RAS01}) med mindre, at andet er angivet i specifikationer og skemaer.

Interne regler for sammenhænge og udfaldsrum for og mellem resultater beskrives systematisk i specifikationen (RI-spec) af den enkelte resultatindberetning og er medtaget tekstuel i skemaerne under de enkelte konkrete resultatindberetninger i Kap. 10-14.

- ▶ De samlede RI-specifikationer indgår i det samlede materiale i Bilag 1a.

9.3.1 Kvalificering af resultatindberetning

Der gælder, afhængig af indberetningsstatus, dvs. graden af komplethed af resultatindberetningen, specifikke regler for indholdet af den enkelte resultatindberetning, der sikrer en komplet udfyldt indberetning, eventuelt indenfor en krævet tidsramme (se afs. 9.2.2.3).

Dette sikrer dog ikke, at indberetningen er fuldt og aktuelt kvalificeret. Det er vigtigt, at indberetningerne og herunder anmeldelserne kvalificeres på baggrund af den opdaterede kliniske viden, samt når ny viden opstår, således at formålet med for eksempel canceranmeldelsen bliver opfyldt jf. bekendtgørelsen.

En opdateret resultatindberetning indberettes tilknyttet dens oprindelige trigger ved genindberetning med mindre, at der er fremkommet en senere ny trigger for samme resultatindberetning

- ▶ se videre i afs. 9.3.2

Der er for den enkelte af de obligatoriske resultatindberetninger sat en absolut tidsgrænse (DELAY, se afs. 9.2.2.3) for, hvornår en komplet udfyldt resultatindberetning senest skal være indberettet, fx 30 dage ved canceranmeldelsen, regnet fra den **første trigning** – dvs. en kontaktindberetning af den afsluttede patientkontakt med en anmeldelsespligtig kontaktdiagnose (triggeren) for kræftsygdommen.

Dette sikrer en komplet indberetning, men som sagt ikke nødvendigvis en endelig kvalificeret indberetning, hvorfor der altid bør være en sikring af, at der følges op på indberetningen, indtil den seneste indberetning også er den endelige.

For canceranmeldelsen gælder det særlige, at den incidente anmeldelse skal kvalificeres i hele incidensperioden, der er fire måneder fra incidensdatoen, så længe enheden fortsat har forløbsansvaret for sygdomsforløbet i denne periode.

Selv om, at der over tid ofte vil være flere *indberetninger* af den samme anmeldelse – det er dét, der er beskrevet i denne indberetningsvejledning – er dette kun krav til og en beskrivelse af de løbende (triggende) indberetninger af, hvad der for brugerne bør være én anmeldelsesformular, der kan tilgås og kvalificeres løbende i en relevant periode uafhængig af kontakter, så længe enheden har forløbsansvaret (svt. forløbs-elementet) for patienten i det aktuelle sygdomsforløb.

Det anbefales, at det lokale system understøtter, at der kun oprettes og opdateres en formular per sygdom, som brugerne løbende kan (vælge og) forholde sig til, efterhånden som de relevante kliniske oplysninger foreligger, og indtil den fulde anmeldelse er færdiggjort. Selve indberetningen kan foregå "bag om brugeren", betinget af triggere og systemets tidsmæssige valideringer.

- ▶ Se også beskrivelse og kommentar vedrørende canceranmeldelsen i afs. 10.4.1

9.3.2 Multiple trigninger af samme resultatindberetning

Det gælder i den kontaktbaserede indberetningsmodel, at den samme anmeldelse eller anden form for resultatindberetning kan blive triggert flere gange fx af kontaktdiagnoser (med samme diagnosekode eller en anden værdi) og derfor skal indberettes knyttet til flere besøg i samme sygdomsforløb.

I indberetningen skal en kvalificeret resultatindberetning altid knyttes til dens seneste forekomende trigger for resultatindberetningen.

- ▶ Dette er nærmere konkretiseret for canceranmeldelsen i afs. 10.4.1.1, for 'abortoplysninger' i afs. 12.3.3.3.1 og for 'kirurgisk komplikationsoplysning' i afs. 14.3.1.
- ▶ Se også afs. 9.3.1 vedr. kvalificering af resultatindberetningen

Bemærk

Hvis der er angivet en tidsgrænse for indberetning af en "komplet", status {RAS01}, resultatindberetning, gælder dette fra den første trigger-betingelse jf. tabellen i afs. 9.2.2.3 til første indberetning af den (første) komplette version.

For canceranmeldelsen gælder det, at en indberettet trigger, dvs. kontaktdiagnose tilhørende kodelisten [diag.car], altid skal ledsages af en canceranmeldelse. Der kan indenfor delayperioden på 30 dage indberettes en inkomplet resultatindberetning. Se nærmere i følgende kapitel under afsnit 10.4

10 KRÆFTSYGDOMME OG ANMELDELSE TIL CANCERREGISTERET

Indberetningskravene vedrørende kræftsygdomme omfatter diagnose for den primære kræftsygdom, sygdomsudvikling inklusive klinisk recidiv, behandling, kontrol, anmeldelse til Cancerregisteret (CAR), indberetning af sygdomsspecifikke pakkeforløbsmarkører, samt indberetning af forløbsmarkører i forbindelse med behandling under "maksimale ventetider".

Dette kapitel omhandler dels generel vejledning i kodning og specificering af kræftsygdomme, herunder i de forskellige faser i et kræftforløb, dels de særlige regler, der gælder for obligatorisk anmeldelse til CAR.

For kræftområdet gælder det særligt tydeligt, at der er forskel på kravene, som de her er beskrevet i forhold til *indberetningen*, og så den faktiske implementering af kravene i *registreringen* i den lokale system-brugergrænseflade. Dette kapitel skal derfor læses, som det det er – altså en logisk beskrivelse af indberetningen. Der henvises til den lokale registreringsvejledning vedrørende de registreringsnære muligheder og krav.

Anmeldelse til Cancerregisteret

Anmeldelsen af en kræftsygdom til CAR skal foretages som en specificeret kontaktdiagnose-triggeret resultatindberetning '**Canceranmeldelse**'. Det er altid diagnosekoden for den primære kræftsygdom (grundsygdommen), der anmeldes.

Dette inkluderer ukendt primær kræftsygdom {DC809}, hvis grundsygdommen på det aktuelt foreliggende grundlag på anmeldelsestidspunktet ikke kan specificeres nærmere.

Anmeldelsespligten gælder alle kliniske enheder, der er involveret i udredning og behandling af en anmeldelsespligtig neoplasie, jf. "Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Cancerregisteret af kræftsygdomme m.v.": BEK nr. 1049 af 12/08/2018

Fuld anmeldelse skal ske fra enheden **senest 30 dage** efter (første) kontaktafslutning på enheden med en **anmeldelsespligtig diagnose** (trigger). Anmeldelsesstatus "inkomplet" kan anvendes i indberetningen, indtil komplet og kvalificeret anmeldelse foretages.

- Kravene til anmeldelse til CAR er beskrevet i afs. 10.3-4

Sygdomsforløb

Der skal, hvis patienten ikke allerede har et **forløbselement** for kræftsygdommen, som enheden kan anvende, oprettes et selvstændigt forløbselement for den enkelte kræftsygdom med forløbslabel: 'Kræftsygdomme', hvortil de sygdomsrelaterede forløbsmarkører, kontakter, diagnoser, ydelser og anmeldelse (resultatindberetning) til CAR knyttes.

Forløbslabel 'Kræftsygdomme' dækker det samlede forløb med mistanke, udredning, behandling og klinisk kontrol for en kræftsygdom, også korte (pakke)forløb, hvor en begrundet mistanke om kræftsygdom afkræftes under udredningen. Forløbslabelen 'Kræftsygdomme' er således *ikke et diagnosebegreb*.

- Se også indledningen til Kap. 4 om "Forløb" samt vedrørende forløbslabel 'Kræftsygdomme' i afs. 4.1.7.2

Pakkeforløb

Der er en række specifikke pakkeforløb for kræftsygdomme, hvor der skal indberettes pakkespecificerede **forløbsmarkører** for hændelser i kræftforløbet. Disse er nærmere beskrevet i pakkeforløbsbeskrivelserne med tilhørende registreringsvejledninger.

- Se nærmere under Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside
- Pakkeforløbsmarkørerne er medtaget i oversigten over samtlige forløbsmarkører under afs. 4.3.4.1

Forløbsmarkørerne skal løbende knyttes *tidstro* til forløbselementet for kræftsygdommen, også selvom der ikke er en samtidig patientkontakt. Hvis patienten har flere kræftsygdomme, skal forløbsmarkøren indberettes på det forløbselement, som markøren primært omhandler.

- Se afs. 4.3.9.1 vedrørende forløbsmarkører for maksimale ventetider

Fjernmetastaser og lokalrecidiv

Aktuelt kvalificerede oplysninger om forekomst af fjernmetastaser og lokalrecidiv ved kræftsygdom er obligatorisk ved indberetning af en kræftdiagnose i hele kræftforløbet, herunder også under behandling og efterbehandling af sygdommen. Indberetningen vedrørende fjernmetastaser og lokalrecidiv identificerer forværring af sygdommen i de senere faser af forløbet, herunder ved egentligt klinisk recidiv.

Det er afgørende for patientoverblik, kliniske databaser og forskning, at kræftdiagnoser med obligatoriske supplerende oplysninger om forekomst af fjernmetastaser og lokalrecidiv klinisk valideres ved hver patientkontakt i kræftforløbet i forhold til det tidligere registrerede.

Kræftbehandling

Der er krav om indberetning af en række procedurer ved undersøgelse og behandling af kræftsygdomme.

Indberetning af procedurer ved udredning og behandling ved kræftsygdomme omfatter:

Procedurekoder	Områder
K*	Operationer
UX*	Billeddiagnostiske procedurer
BWG*	Strålebehandling
BOHJ*	Behandling med antistoffer og immunmodulerende behandling #
BOQE*	Behandling med stamcellekoncentrat
BOQF*	Knoglemarvstransplantation
BWHA*	Cytostatisk behandling #
BWHB*	Behandling med biologisk modificerende stoffer #
BWHC*	Hormonel/antihormonel antineoplastisk behandling #
BHWH1	Dendritcellevaccination

#) Oplysninger om medikamentel behandling indgår i DRG-afregningen. Enhederne skal være opmærksomme på, hvilke krav til detaljeringsgrad, der kræves i forhold til afregning og eventuel datafangst til kliniske databaser.

Bemærk: Kravene til LPR-indberetning af procedurer vedrørende medikamentel behandling kan blive justeret, når indberetninger til det nationale medicinregister dækker behovene til afregning og monitorering på kræftområdet.

Det anbefales udover de overordnede krav at registrere de væsentligste (ressourcetunge) undersøgelser, der førte frem til kræftdiagnosen og senere kliniske fund i forløbet, også selv om der ikke er noget formelt indberetningskrav.

Henvisninger til andre afsnit

- ▶ Pakkeforløbsmarkører samt andre markører for kræftsygdomme og maksimale ventetider indgår i forløbsmarkørerne, som er beskrevet i Kap. 4
- ▶ Kolorektal kræftscreening – se under afs. 4.3.10.1
- ▶ Diagnoseindberetningens basale principper er beskrevet i Kap. 6. De særlige nye principper vedrørende indberetning af aktuelle oplysninger om **metastaser** og **lokalrecidiv** er beskrevet i dette kapitel – se afs. 10.2.3-4
- ▶ De generelle principper for indberetningen af resultater er beskrevet i Kap. 9, herunder hvordan gentagen trigning af resultatindberetninger håndteres i indberetningen (afs. 9.3.2)
- ▶ Procedureindberetningen er beskrevet generelt i Kap. 7

10.1 Anvendte termer og definitioner – kræftsygdomme og anmeldelse til Cancerregisteret

Generelle definitioner og beskrivelser

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
<i>anmeldelsespligtig sygdom til Cancerregisteret</i>	diagnose der udløser særlige krav om anmeldelse og indberetning til Cancerregisteret Kommentar: Omfatter kræftsygdomme og visse andre udvalgte neoplastiske sygdomme Kodeliste: [diag.car]	
incidenstidspunkt	tidspunkt for klinisk erkendelse af en sygdom hos en <u>patient</u> Kommentar: Tidspunktet for, hvornår en sygdomsdiagnose stilles første gang Bemærk: En incident anmeldelse af en sygdom skal kvalificeres ved ændringer i sygdommens udbredelse inden for incidensperioden, når ny viden opnås, og enheden fortsat har kontakt med <u>patienten</u>	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.3
<i>incidensperiode</i>	periode fra incidenstidspunkt og fire måneder frem Kommentar: Incidensperioden er anmeldelsesperioden for nyopdaget kræftsygdom til Cancerregisteret. Der skal i incidensperioden foretages kvalificering af anmeldelsen, når der foreligger ny viden om sygdommen på enheden, der ændrer beskrivelsen i en tidligere foretaget anmeldelse	
klinisk recidiv (recidiv) (sygdomsrecidiv)	tilbagefald af sygdom efter periode med klinisk remission Kommentar: Den generelle betydning dækker enhver klinisk genkomst af en sygdom efter en periode uden klinisk erkendelig sygdomsaktivitet. For neoplastiske sygdomme inkluderer dette lokalrecidiv og fund af fjernmetastase efter sygdomsfri periode	
<i>metastase</i> (<i>fjernmetastase</i>)	forekomst af udsæd af kræftceller i andet organ eller væv Inkl: regionale lymfeknudemetastaser Kommentar: metastase betegnes ofte for (en type af) et "(klinisk) recidiv". Dette er formelt kun korrekt, hvis der har været tale om en periode med klinisk remission. Metastase påvist på incidenstidspunktet og i incidensperioden (op til fire måneder fra incidenstidspunktet) er ikke et "recidiv". Oplysninger om metastaser indgår i canceranmeldelsen i incidensperioden	
lokalrecidiv	klinisk recidiv (af kræftsygdom) opstået efter primær <u>behandling</u> i (utilsigtet) efterladt tumorvæv eller ved direkte indvækst af tumorvæv i tilstødende væv eller organ	
klinisk remission (remission)	forsvinden eller bedring af en sygdom eller et sygdomssymptom Kommentar: Opdeles i partiel (delvis) og komplet remission	
<i>klinisk stadie</i> (<i>stadie</i>)	anmeldelsespligtig sygdoms udbredelse på incidenstidspunktet Kommentar: Se nærmere vejledning i afs 10.4.2.4	
<i>TNM</i>	Kommentar: TNM-klassifikationen klassificerer tumorudbredelse, regional lymfeknudeinvolvering og forekomst af fjernmetastaser på incidenstidspunktet for neoplastiske (kræft) sygdomme T, N og M er defineret i "TNM, Classification of Malignant Tumours", (8. edition (2016))	
<i>lymfomsygdom</i>	Kommentar: Diagnoser, der er anmeldelsespligtige til Cancerregisteret og indgår i kodelisten: [diag.car.lymfom]	

Definitioner og beskrivelser for indberetningsoplysninger, der er SKS-klassificeret (kodelister)

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	kodeliste
<i>anmeldelsesstatus</i>	angivelse af en sygdoms status i forhold til anmeldelse til Cancerregisteret Kommentar: Indgår særskilt i resultatindberetningen 'Canceranmeldelse'.	[res.statuscar]
<i>makroskopisk diagnosegrundlag</i>	angivelse af hvilke makroskopiske undersøgelser der ligger til grund for den anmeldte sygdom	[res.makrogr]
<i>mikroskopisk diagnosegrundlag</i>	angivelse af hvilke mikroskopiske undersøgelser der ligger til grund for den anmeldte sygdom	[res.mikrogr]
<i>cT-stadie</i> (tumorudbredelse)	<i>klinisk</i> TNM-stadieangivelse for udbredelse af kræftsygdom	<i>indgår i</i> [res.tcstad]
<i>cN-stadie</i> (regional lymfeknude-status)	<i>klinisk</i> TNM-stadieangivelse for forekomst af regionale lymfeknudemetastaser ved kræftsygdom	<i>indgår i</i> [res.ncstad]
<i>cM-stadie</i> (fjernmetastasestatus)	<i>klinisk</i> TNM-stadieangivelse for forekomst af fjernmetastaser ved kræftsygdom	<i>indgår i</i> [res.mcstad]
<i>pT-stadie</i> (tumorudbredelse)	<i>patologisk korigeret</i> TNM-stadieangivelse for udbredelse af kræftsygdom	<i>indgår i</i> [res.tcstad]
<i>pN-stadie</i> (regional lymfeknude-status)	<i>patologisk korigeret</i> TNM-stadieangivelse for forekomst af regionale lymfeknudemetastaser ved kræftsygdom	<i>indgår i</i> [res.ncstad]
<i>pM-stadie</i> (fjernmetastasestatus)	<i>patologisk korigeret</i> TNM-stadieangivelse for forekomst af fjernmetastaser ved kræftsygdom	<i>indgår i</i> [res.mcstad]

<i>lymfom-stadie</i> (lymfomudbredelsesstatus)	klinisk stadiangivelse for udbredelse af lymfomsygdom Der anvendes en modificeret version af Ann Arbor stadie-klassifikationen	[res.aastad]
<i>lymfomlokalisering</i>	anatomisk lokalisering af en lymfomsygdom	[res.loklymf]

10.2 Klassifikationsprincipper og diagnoseregistrering

Der skal generelt, også på kræftområdet, altid angives den (de) bedst specificerede diagnose(r). Dette er helt afgørende for kvaliteten af Landspatientregisteret og Cancerregisteret. Det er omvendt vigtigt, at der ikke indberettes diagnoser for kræftsygdomme, som patienten ikke har.

Det er desuden vigtigt at være bevidst om, at diagnosebegreberne er **kontaktdiagnoser** og ikke er forløbsdiagnoser eller arbejdsdiagnoser for mulig kræftsygdom.

Det er en speciale-faglig afgørelse, hvornår patienten betragtes som *helbredt* for sin kræftsygdom. Kræftdiagnosen anvendes normalt så længe, at patienten ikke klinisk opfattes som helbredt. Der kan være forskelle på tværs af de forskellige sygdomsområder. Der henvises til de kliniske retningslinjer.

► Se afs. 10.3.2.5 vedr. revision af tidligere anmeldt diagnose

Anmeldelsespligtige diagnoser klassificeres efter sygdomsklassifikationen (ICD10) inden for de overordnede grupper: Godartede tumorer, carcinoma in situ (CIS) inkl: non-invasive uroteliale tumorer (Ta), neoplasie af usikker og ukendt karakter, primære kræftsygdomme, dysplasi i livmoderhals og mola (vandblære).

► Se nærmere i afs. 10.3.2 vedrørende de anmeldelsespligtige diagnoser, dvs. de diagnosekoder, som kræver og trigger en anmeldelse i form af en resultatindberetning 'Canceranmeldelse' og afs. 10.4.1.3 vedr. diagnosegrupper og tilhørende krav til registrering og anmeldelse

Der er derudover særlige diagnosekoder for forekomst af metastaser og lokalrecidiver – se afs. 10.2.3-4. Disse er i sig selv ikke anmeldelsespligtige. Det er den konkrete grundsygdom, som manifestationen udtrykker derimod.

► Vedr. kontakter med behandling af metastaser hhv. lokalrecidiv – se afs. 10.2.3.3 hhv. 10.2.4.1

Det er meget ofte tilfældet, at en kræftdiagnose kan stilles alene på det kliniske billede, ved operation, ved indvækst, ved metastasering, ved billeddiagnostik, på baggrund af patientens symptomatologi, prøvesvar i øvrigt eller kombinationer heraf. I andre tilfælde vil en endelig bekræftelse være betinget af først og fremmest patologi-svar (histologi).

Hvis patientkontakten afsluttes, før et endeligt eller konfirmerende svar foreligger, vil det være korrekt som aktionsdiagnose at registrere:

- ved sikker klinisk malignitet: DC-kode (efter lokalisering) for udgangspunktet (primærtumor) for kræftsygdommen med tilhørende anmeldelse – se følgende afs. 10.2.2 vedr. kodning af primærtumor, påvist metastase og ukendt primærtumor
- ved sikker klinisk carcinoma in situ (CIS): {DD00-09} kode, hvoraf nogle er anmeldelsespligtige – se afs. 10.3.2.1
- ved sikker klinisk benign tumor: {DD10-36} kode; nogle er anmeldelsespligtige – se afs. 10.3.2.1
- ved tumor (neoplasie) uden mulig nærmere klinisk specificering af benign, CIS eller malign på det foreliggende grundlag: {DD37-48} kode for "Tumorer af usikker og ukendt karakter". Disse diagnoser er alle anmeldelsespligtige
- ved tumor uden sikker viden om neoplasie eller ej, men hvor den tungeste kliniske sandsynlighed er "kræft": {DZ031} kode for "Mistanke om kræft(type)". DZ031-kode kan anvendes som aktionsdiagnose ved udredning i pakkeforløb for kræft, indtil den maligne diagnose er bekræftet eller afkræftet

10.2.1 Opdatering af diagnoser

Aktuel og fuld opdatering af forløbs diagnoser er afgørende for, at kræftsygdommen får den korrekte (tidligste) diagnosedato i Cancerregisteret. Dette gælder ikke mindst også opdatering af "**obs. pro**" ved klinisk bekræftelse af anmeldelsespligtig kræftsygdom til stede.

Klinisk validering af sygdomsforløbs diagnoser skal ske i forbindelse med afslutning af den enkelte patientkontakt.

Obs. pro-diagnose kan jf. ovenstående anvendes i udredningsperioden fra mistanke om en anmeldelsespligtig sygdom er rejst, til denne er klinisk af- eller bekræftet. Denne registrering udløser ikke krav om anmeldelse.

Hvis den anmeldelsespligtige diagnose stilles klinisk inden kontaktafslutning, skal dette afspejles i kontaktens slut-diagnose(r) med tilhørende anmeldelse til Cancerregisteret.

10.2.1.1 Diagnoseindberetning, når diagnosen stilles mellem patientkontakter

Hvis kræftsygdomsdiagnosen stilles mellem kontakter, skal diagnosen anvendes på den efterfølgende svar- eller behandlingskontakt, hvor diagnoseregistreringen med tilhørende anmeldelse foretages.

Bemærk

Hvis der af en eller anden grund mod forventning ikke er en efterfølgende patientkontakt, skal diagnose-registrering og anmeldelse foretages ved en såkaldt (kontakttype) "diagnoseindberetning", som er forbeholdt denne (og kun denne) situation.

► Dette er nærmere beskrevet i afs. 5.6.3.5

10.2.1.2 Diagnoseindberetning og anmeldelse ved kræftsygdom, der er radikalt fjernet under udredningen, men hvor den patologiske bekræftelse først foreligger senere

Der er en særlig udfordring i de tilfælde, hvor en tumorsygdom, der fjernes radikalt under udredningen, først bekræftes eller verificeres som malign, når det patologiske svar foreligger efter kontaktens afslutning.

I disse ikke sjældne tilfælde skal principperne beskrevet ovenfor følges. Dette betyder, at ...

- Kontakterne under udredningen registreres med "Mistanke om kræftsygdom" {DZ031}-kode eller anden relevant diagnose jf. ovenstående principper i afs. 10.2
- Patientkontakten (svarkontakten) efter, at svaret foreligger, der bekræfter kræftsygdommen, skal diagnoseregistreres og indberettes med kræftdiagnose (som aktionsdiagnose eller bidiagnose) med tilhørende resultatindberetning: 'Canceranmeldelse' – **altså også uanset, at tumor ikke længere er til stede**
 - i sidstnævnte tilfælde anvendes ved derefter følgende kontakter "kontrolldiagnose" {DZ08} kode med mindre, at de faglige retningslinjer tilsiger noget andet
- Hvis der ikke er en svarkontakt, foretages diagnoseindberetning og anmeldelse som beskrevet ovenfor og generelt i afs. 5.6.3.5

10.2.2 Primær kræftsygdom = grundsygdom

Det grundlæggende princip er, at koden for den primære kræftsygdom altid skal indberettes ved patientkontakter så længe, at behandling af grundsygdommen eller andre manifestationer af kræftsygdommen pågår, inklusiv behandling ved avanceret kræftsygdom i form af lokal eller fjern spredning af sygdommen, og uanset om patienten tidligere har været intenderet kurativt behandlet for den primære manifestation af sygdommen.

Dette inkluderer perioder med adjuverende og forebyggende kræftbehandling i direkte forlængelse af den primære kræftbehandling inkl. antihormonel behandling med mindre, at de kliniske retningslinjer tilsiger noget andet.

Koden for den primære kræftsygdom fx "Brystkræft" {DC50} dokumenterer således grundsygdommen i hele kræftforløbet, indtil patienten erklæres rask, klinisk fuldt remitteret og recidivfri.

Bemærk

Ved klinisk recidiv af sygdommen i form af lokalrecidiv og/eller metastasering, anvendes diagnosekoden for grundsygdommen igen.

► Se nærmere vedrørende kodning af metastaser og lokalrecidiv i følgende afsnit 10.2.3 og 10.2.4

10.2.2.1 Kodning af primær kræftsygdom

Den primære kræftsygdom klassificeres generelt efter WHO's ICD-10 klassifikation efter **lokaliseringen** (organ) for udgangspunktet af sygdommen efter kodeafsnittene {DC00-77} og {DC80}. De hæmatologiske kræftsygdomme kodes efter histo-morfologisk **type** under kodeafsnittet {DC81-96}.

Der er i diagnoseklassifikationen særlige kodeafsnit for:

- hæmatologiske kræftformer – lymfomer og leukæmier klassificeres efter type i kodeintervallet {DC81-96}
- maligne mesoteliomer {DC45}, underinddelt efter lokalisation
- Kaposi sarkom {DC46}, underinddelt efter lokalisation
- hudkræft - maligne melanomer {DC43} og non-melanom hudkræft {DC44} – underinddelt efter lokalisation med *undtagelse* af:
 - o hudkræft (melanomer/non-melanomer) lokaliseret til ydre kønsorganer skal klassificeres efter den primære lokalisation i kodegrupperne:
 - {DC51} ydre kvindelige kønsorganer
 - {DC52} skede
 - {DC60} penis
 - {DC63} andre og ikke specificerede mandlige kønsorganer
- kræftsygdom uden specifikation (UNS) {DC809} – se *følgende afs. 10.2.2.2-3*

Eksempler

- Et lymfom lokaliseret til tyndtarm skal *ikke* klassificeres som "kræft i tyndtarm", men som "lymfom af den givne type" {DC81-90}. Lokalisationen angives obligatorisk, fx {DC844F} 'Lymfoepiteloidt lymfom' med lymfomlokalisering: {T000695} 'tyndtarm' – indgår i resultatindberetningen
- Et malignt melanom lokaliseret til vulva skal klassificeres til {DC51} "Kræft i ydre kvindelige kønsorganer", fx DC510 'Kræft i stor kønslæbe'
- En læbekræft skal klassificeres til {DC00} "Kræft i læbe" ved ikke-hud morfologi (fx adenokarcinom), hvorimod en hudkræft i lokaliseringen læbe klassificeres som "hudkræft": {DC43/44} afhængigt af morfologi: DC440 "Hudkræft på læbe" og DC430 "Malignt melanom i hud på læbe"

10.2.2.2 Ukendt primær kræftsygdom

Ikke sjældent opdages en kræftsygdom første gang ved isoleret fund af regional lymfeknude- eller fjernmetastase, uden at det umiddelbart er klart, hvilken kræftsygdom, der grundlæggende er tale om.

Hvis der klinisk eller paraklinisk påvises kræftsygdom fx ved biopsi fra tumorfund, uden at det under kontakten kan fastslås, hvilken tilgrundliggende primær kræftsygdom, der er tale om, anvendes og anmeldes {DC809} 'Kræftsygdom UNS', og det aktuelle kliniske fund – fjernmetastase eller eventuelt regional lymfeknudemetastase – indberettes under dataelementet 'Metastase' jf. beskrivelsen i afs. 10.2.3

Eksempel

Fund af hjernemetastase hos kendt KOL-patient, der på begrundet klinisk mistanke indgår i udredning under pakkeforløb for lungekræft. Nyt forløbselement for kræftsygdommen (forløbslabel: *Kræftsygdomme) oprettes.

Eksempel på diagnoseregistrering ved første udredningskontakt:

(A) Aktionsdiagnose: Kræftsygdom UNS		DC809 anmeldes til Cancerregisteret
> Metastase:	Metastase i hjernen	DC793A
> Lokalrecidiv:	intet lokalrecidiv påvist	DZ063A
Bidiagnose:	Kronisk obstruktiv lungesygdom UNS	DJ449

(>) Oplysninger knyttet til diagnosen for kræftsygdommen, der her (på registreringstidspunktet) ikke er kendt

10.2.2.3 "Kræftsygdom uden specifikation"

I andre tilfælde vil det ikke på det aktuelle grundlag kunne afgøres, om de forskellige manifestationer er primære eller sekundære, og hvor de oprindeligt stammer fra (ukendt primærtumor). I sådanne tilfælde anvendes ligeledes DC809 'Kræftsygdom UNS', og denne anmeldes til Cancerregisteret.

Hvis enheden efterfølgende bliver klogere på sygdommen (eller sygdommene), skal ny korrekt diagnose registreres og indberettes i forbindelse med ny patientkontakt og tilhørende anmeldelse foretages eller korrigeres, herunder særskilte anmeldelser af flere kræftsygdomme, hvis udredningen konkluderer dette.

10.2.3 Kodning og indberetning ved metastaser

Fjernmetastaser og metastaser i regionale lymfeknuder kan, udover som primært fund, opstå med tilstedeværende primærtumor i hele kræftforløbet eller kan opstå som **klinisk recidiv** af kræftsygdommen efter tidligere tilsluttet radikal behandling af primærtumoren.

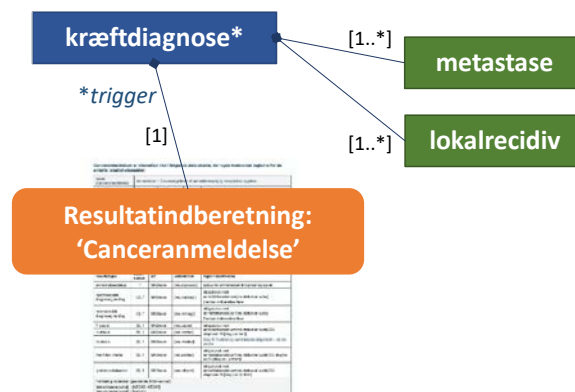
Den tilgrundliggende kræftsygdom skal altid registreres og indberettes ved metastasefund.

Dette gælder generelt ved fund af klinisk recidiv på alle tidspunkter i kræftforløbet, også selvom den primære tumor tidligere er fjernet radikalt.

- Vedr. fund af metastase uden kendt primærtumor – se afs 10.2.2.2 ovenfor (med eksempel)

Hvis enheden første gang involveres i kræftforløbet ved klinisk recidiv, skal kræftsygdommen nyanmeldes fra enheden til Cancerregisteret.

Principskitse for indberetning af grundsygdom med anmeldelse til Cancerregisteret og supplerende obligatoriske oplysninger om metastaser og lokalrecidiv



logisk model – se nedenfor

10.2.3.1 Indberetning af metastaseoplysning i kræftforløbet (logisk model)

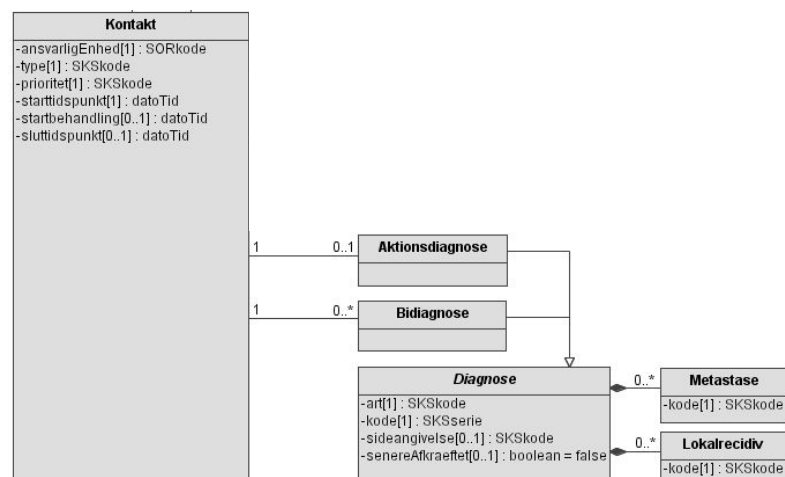
Indberetningen af oplysning om metastaser knytter sig i indberetningen som en supplerende oplysning til koden for den tilgrundliggende kræftsygdom, og indberetningen foretages med reference til den **Diagnose** (diagnose-objekt), som oplysningen tilhører, jf. nedenfor viste modeludsnit.

Opdateret metastaseoplysning er obligatorisk i hele kræftforløbet så længe, at der registreres en kræftdiagnose tilhørende kodeliste: [diag.primkraeft], og kravet omfatter som minimum en (1) kode vedrørende status for **fjernmetastaser** fra kodeliste: [diag.metastase] inkl.: 'ingen fjernmetastaser påvist'.

Flere metastase-lokalisationer kan indberettes.

Oplysning om **regionale lymfeknudemetastaser** opstået i forløbet kan ligeledes indberettes som metastase-oplysning. *Det anbefales at følge de kliniske retningslinjer for de forskellige kræftsygdomme.*

**Modeludsnit (logisk model)
for kontakt-diagnose og
tilhørende obligatoriske
supplerende oplysninger
om metastaser og lokalrecidiv**



Indberetningsobjekt for oplysning om metastase:

Metastase	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Diagnose
Kode	SKSkode	[diag.metastase]	1	obligatorisk ved diagnosekode tilhørende [diag.primkraeft] Inkluderer (default): ' <i>ingen fjernmetastaser påvist</i> ' Bemærk – minimumskrav: Oplysning om forekomst af fjernmetastase

10.2.3.2 Metastaser i incidensperioden

Oplysninger om påviste regionale metastaser og fjernmetastaser i **incidensperioden** – op til fire måneder fra incidenstidspunktet – indgår, ud over ovenstående generelle krav, også i kravene til anmeldelsen af den primære kræftsygdoms **udbredelse** (TNM eller lymfom-stadie – se nærmere beskrivelse i afs. 10.4.2.4).

10.2.3.3 Kontakt med metastasebehandling

Metastasekode kan også indberettes som selvstændig **aktionsdiagnose**, når hovedformålet med patientkontakten er metastasebehandling.

I disse tilfælde indberettes diagnoser for såvel metastase som kræftsygdommen. Den tilgrundliggende kræftsygdom skal så også indberettes som **bidiagnose** inklusiv obligatorisk metastase-oplysning – se følgende eksempel.

Det er altid grundsygdommen, der anmeldes, uanset om denne er aktionsdiagnose eller bidiagnose.

Eksempel

Radioablation af solitær levermetastase på Leverkirurgisk afdeling hos patient med flerårig kendt tyktarmskræft.

Grundsygdommen ikke tidligere anmeldt fra denne enhed:

(A) Aktionsdiagnose: Fjernmetastase i leveren DC787

(B) Bidiagnose: Kræft i tyktarmen UNS DC189 *anmeldes til Cancerregisteret*[#]
 > Metastase: Fjernmetastase i leveren DC787 (eller DC798 'Metastase UNS')
 > Lokalrecidiv: *intet lokalrecidiv påvist* DZ063A

#Anmeldelse af grundsygdommen:

- | | | |
|---------------------------------|--|--------|
| - Anmeldelsesstatus | ny anmeldelsespligtig kræftsygdom ikke tidl. fuldt anmeldt af afd. | AZCA1 |
| - Makroskopisk diagnosegrundlag | operation (inkl. biopsi) | AZCK0 |
| - Mikroskopisk diagnosegrundlag | histologi/cytologi fra metastase | AZCL1 |
| - T-stadie | cTx: Oplysning om tumors størrelse foreligger ikke i afd. | AZCD19 |
| - N-stadie | cNx: Opl om regional lymfeknudestatus foreligger ikke i afd. | AZCD39 |
| - M-stadie | cM1: Fjernmetastase | AZCD41 |

Da der ikke er tale om en *incident* anmeldelse, anvendes uspecificerede værdier for TNM.

Det anbefales dog, at M-værdien altid afspejler den aktuelle status for fjernmetastaser

10.2.3.4 Klassificering af metastaser

Indberetningen af oplysning om påviste metastaser anvender følgende klassifikation.

Kodeliste: [diag.metastase]

Oplysninger vedrørende fjernmetastaser	
Minimums kodeniveau markeret med fed skrift. Det anbefales at kode så specifikt som muligt.	
DZ061A	Ingen fjernmetastaser påvist (default)
DZ061B	Metastase status ikke afklaret
DC798	Metastase UNS Fjernmetastaser inkl. metastaser i ikke-regionale lymfeknuder og "In-transit" metastaser
DC798A	Carcinomatosis UNS
DC798C	Fjernmetastaser og regionale lymfeknudemetastaser UNS
DC798D	Fjernmetastase UNS
DC798E	In-transit metastase i hud
DC798F	Fjernmetastaser i multiple lokalisationer
DC798Z	Fjernmetastase i anden specificeret lokalisation, ikke klassificeret andetsteds
DC779A2	Fjernmetastase i lymfeknude UNS
DC799	Sekundær kræftsygdom UNS
Specifik lokalisation af fjernmetastase kan angives (i stedet for DC798-kode)	
> Ikke regionale lymfeknudemetastaser – se næste side	
DC770A2	Fjernmetastase i lymfeknude i hovedet
DC770C2	Fjernmetastase i lymfeknude i halsen
DC770E2	Fjernmetastase i lymfeknude i ansigtet
DC770G2	Fjernmetastase i supraklavikulær lymfeknude
DC771A2	Fjernmetastase i intratorakal lymfeknude
DC772A2	Fjernmetastase i intraabdominal lymfeknude
DC773A2	Fjernmetastase i lymfeknude i axil
DC773C2	Fjernmetastase i lymfeknude i overekstremitet
DC773E2	Fjernmetastase i pectoral lymfeknude
DC774A2	Fjernmetastase i lymfeknude i underekstremitet
DC774C2	Fjernmetastase i lymfeknude i lyske
DC775A2	Fjernmetastase i intrapelvin lymfeknude
DC778A2	Fjernmetastaser i lymfeknuder i multiple lokalisationer
DC780	Fjernmetastase i lunge
DC781	Fjernmetastase i mediastinum
DC782	Fjernmetastase i lungehinde
DC782A	Carcinomatosis pleurae
DC782B	Malign pleural effusion
DC783	Fjernmetastase med anden eller ikke specificeret lokalisation i åndedrætsorgan
DC784	Fjernmetastase i tyndtarmen
DC784A	Fjernmetastase i duodenum
DC785	Fjernmetastase i tyktarmen eller endetarmen
DC785A	Fjernmetastase i tyktarmen
DC785B	Fjernmetastase i endetarmen
DC786	Metastase i retroperitoneale rum eller i peritoneum
DC786A	Malign ascites UNS
DC786B	Metastase i peritoneum
DC786C	Metastase i retroperitoneale rum
DC786D	Carcinomatosis peritonei
DC786E	Pseudomyxoma peritonei
DC787	Fjernmetastase i leveren
DC788	Fjernmetastase med anden eller ikke specificeret lokalisation i fordøjelsesorgan
DC790	Fjernmetastase i nyre eller nyrebækken
DC790A	Fjernmetastase i nyrebækken
DC790B	Fjernmetastase i nyre

DC791	Fjernmetastase i urinblæren eller i andet eller ikke specificeret urinorgan
DC791I	Fjernmetastase i urinblæren
DC791J	Fjernmetastase i prostata
DC791S	Fjernmetastase i penis
DC791T	Fjernmetastase i testikel
DC791U	Fjernmetastase i urinleder
DC791V	Fjernmetastase i urinrør
DC792	Fjernmetastase i huden
DC793	Fjernmetastase i hjernen eller hjernebinder
DC793A	Fjernmetastase i hjernen
DC793B	Fjernmetastase i hjernebinder
DC793C	Fjernmetastase i rygmarsvshinde
DC794	Fjernmetastase med anden eller ikke specificeret lokalisering i nervesystemet
DC795	Fjernmetastase i knogle eller knoglemarven
DC795A	Fjernmetastase i knoglemarven
DC795B	Fjernmetastase i knogle
DC795C	Fjernmetastase i ryghvirvel
DC795D	Fjernmetastase i ribben
DC795E	Fjernmetastase i kraniet
DC796	Fjernmetastase i æggestok
DC797	Fjernmetastase i binyre
DC799	Sekundær kræftsygdom UNS
Oplysninger vedrørende lymfeknudemetastaser (regionale og ikke nærmere specificeret)	
DZ062A	<i>Ingen lymfeknudemetastaser påvist</i>
DZ062B	<i>Lymfeknude status ikke afklaret</i>
DC779	Metastase eller kræft UNS i lymfeknude UNS
DC779A	Metastase i lymfeknude UNS
DC779A1	Regional lymfeknudemetastase UNS
Specifik lokalisering af lymfeknudemetastase kan angives (i stedet for DC779-kode)	
DC770A	Metastase i lymfeknude i hovedet
DC770A1	Regional lymfeknudemetastase i hovedet
DC770C	Metastase i lymfeknude i halsen
DC770C1	Regional lymfeknudemetastase i halsen
DC770E	Metastase i lymfeknude i ansigtet
DC770E1	Regional lymfeknudemetastase i ansigtet
DC770G	Metastase i supraklavikulær lymfeknude
DC770G1	Regional supraklavikulær lymfeknudemetastase
DC771A	Metastase i intratorakal lymfeknude
DC771A1	Regional intratorakal lymfeknudemetastase
DC772A	Metastase i intraabdominal lymfeknude
DC772A1	Regional intraabdominal lymfeknudemetastase
DC773A	Metastase i lymfeknude i axil
DC773A1	Regional lymfeknudemetastase i axil
DC773C	Metastase i lymfeknude i overekstremitet
DC773C1	Regional lymfeknudemetastase i overekstremitet
DC773E	Metastase i pectoral lymfeknude
DC773E1	Regional pectoral lymfeknudemetastase
DC774A	Metastase i lymfeknude i underekstremitet
DC774A1	Regional lymfeknudemetastase i underekstremitet
DC774C	Metastase i lymfeknude i lyske
DC774C1	Regional lymfeknudemetastase i lyske
DC775A	Metastase i intrapelvin lymfeknude
DC775A1	Regional intrapelvin lymfeknudemetastase
DC778A	Metastase i lymfeknuder i multiple lokaliseringer
DC778A1	Multiple regionale lymfeknudemetastaser

Den direkte kobling af diagnosen for kræftsygdommen med de sygdomsrelevante oplysninger om metastaser og lokalrecidiver sikrer, at den enkelte kræftsygdom bliver beskrevet, anmeldt og indberettet bedre end tidligere.

Eksempler – fund af metastaser til to forskellige kræftsygdomme

Eks. 1 Kendte sygdomme med kendte metastaser

(A) Kræft i tyktarmen UNS	DC189 <i>anmeldes til Cancerregisteret</i>
> Metastase: Fjernmetastase i leveren	DC787
> Lokalrecidiv: <i>intet lokalrecidiv påvist</i>	DZ063A
(B) Brystkræft UNS	DC509 <i>anmeldes til Cancerregisteret</i>
> Metastase: Fjernmetastase i ryghvirvel	DC795C
> Lokalrecidiv: <i>intet lokalrecidiv påvist</i>	DZ063A

(A): Aktionsdiagnose (B): Bidiagnose

Eks. 2 Kendt lever-metastaseret tyktarmskræft. Nyt klinisk fund af hjernemetastase, der ikke er relateret til colon-kræftsygdommen

(A) Kræftsygdom UNS	DC809 <i>anmeldes til Cancerregisteret</i>
> Metastase: Fjernmetastase i hjernen	DC793A
> Lokalrecidiv: <i>intet lokalrecidiv påvist</i>	DZ063A
(B) Kræft i tyktarmen UNS	DC189 <i>anmeldes til Cancerregisteret</i>
> Metastase: Fjernmetastase i leveren	DC787
> Lokalrecidiv: <i>intet lokalrecidiv påvist</i>	DZ063A

10.2.4 Kodning og indberetning ved lokalrecidiv

Lokalrecidiv er et klinisk recidiv af en tidligere behandlet kræftsygdom, hvor primærtumor er søgt fjernet, men hvor sygdommen igen viser sig i samme organ eller et umiddelbart tilstødende naboorgan eller nabovæv. Lokalrecidiv forekommer ikke i incidensperioden.

Lokalrecidiv-kode skal parallelt med metastase-oplysning indberettes i *hele kræftforløbet* som obligatorisk supplerende oplysning til diagnosekoden for kræftsygdommen.

Lokalrecidivoplysningen skal altid som minimum omfatte en (1) kode fra kodeliste: [diag.lokalrecidiv], der inkluderer: *'intet lokalrecidiv påvist'*.

Indberetning af oplysning om lokalrecidiv foretages med reference til den **Diagnose** (diagnoseobjekt), som oplysningen tilhører. Flere lokalrecidiv-lokalisationer kan indberettes.

Indberetningsobjekt for oplysning om lokalrecidiv:

Lokalrecidiv	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Diagnose
kode	SKSkode	[diag.lokalrecidiv]	1	obligatorisk ved diagnosekode tilhørende [diag.primkraeft] Inkluderer: <i>'intet lokalrecidiv påvist'</i>

Eksempel

Brystkræft i flerårig adjuverende behandling med nyt fund af lokalrecidiv i cikatrice fra tidligere indgreb. Ingen kliniske tegn på fjernmetastaser. Sygdommen er tidligere fuldt anmeldt fra enheden.

(A) aktionsdiagnose:	Brystkræft UNS	DC509 (anmeldelsesstatus AZCA4) ^a
> Lokalrecidiv:	Lokalrecidiv i hud	DC991C
> Metastase:	<i>ingen fjernmetastaser påvist</i>	DZ061A

^a) sygdommen i dette tilfælde tidligere anmeldt af enheden

10.2.4.1 Kontakt med behandling af lokalrecidiv

Lokalrecidiv-kode kan også indberettes som selvstændig **aktionsdiagnose**, når hovedformålet med patientkontakten er behandling af lokalrecidivet.

I disse tilfælde indberettes diagnoser for såvel lokalrecidivet som kræftsygdommen. Den tilgrundliggende kræftsygdom skal så indberettes som **bidiagnose** inklusiv obligatorisk lokalrecidiv-oplysning.

Det er altid grundsygdommen, der anmeldes, uanset om denne er aktionsdiagnose eller bidiagnose.

Eksempel

Strålebehandling af lokalrecidiv i hud.

(A) Aktionsdiagnose:	Lokalrecidiv i hud	DC991C
(B) Bidiagnose:	Brystkræft UNS	DC509 (anmeldelsesstatus AZCA4) ^a
> Lokalrecidiv:	Lokalrecidiv i hud	DC991C (eller DC991 'Lokalrecidiv UNS')
> Metastase:	<i>ingen fjerne metastaser påvist</i>	DZ061A

^a) hvis tidligere fuldt anmeldt af enheden

10.2.4.2 Klassificering af lokalrecidiver

Indberetningen af oplysning om lokalrecidiv anvender følgende klassifikation.

Kodeliste: [diag.lokalrecidiv]

Oplysninger vedrørende lokalrecidiv	
DZ063A	<i>Intet lokalrecidiv påvist</i>
DZ063B	Lokalrecidiv status ikke afklaret
DZ063C	Lokalrecidiv status ikke relevant
DC991	Lokalrecidiv UNS
Specifik lokalisering af regional lymfeknudemetastase kan angives (i stedet for DC991)	
DC991A	Lokalrecidiv i efterladt væv
DC991B	Lokalrecidiv i marginalzone
DC991C	Lokalrecidiv i hud
DC991D	Lokalrecidiv i slimhinde
DC991E	Lokalrecidiv i bindevæv
DC991Y	Lokalrecidiv i multiple lokaliseringer

Lokalrecidiver klassificeres som lokalrecidiv efter lokaliseringen og indberettes som supplerende oplysning til diagnose(kode)n for den anmeldelsespligtige kræftsygdom.

Bemærk

Det er vigtigt, at der ikke kodes en primær kræftsygdom i lokaliseringen for lokalrecidivet, da dette vil give anledning til, at der oprettes en ny ikke korrekt kræftincidens for en primær kræftsygdom i Cancerregisteret.

En lokal indvækst af en urinblærekræft i tyktarmen er fortsat en urinblærekræft – *ikke* en colonkræft.

10.2.5 Sideangivelse for primær kræftsygdom

Der skal obligatorisk indberettes sideangivelse ved tumorsygdomme på ekstremiteter og i parrede organer.

Kravet gælder diagnoser tilhørende kodelisten [diag.lateral], dog **undtaget** diagnoser, der indberettes med anmeldelsesstatus [AZCA3; AZCA4; AZCA9] i 'Canceranmeldelse'.

Sideangivelse indberettes med Diagnose-objektet for den anmeldelsespligtige sygdom. Tilladte værdier er højresidig {TUL1}, venstresidig {TUL2} og bilateral {TUL3}.

- ▶ Se nærmere vedrørende krav om sideangivelse til diagnose i afs. 6.1.5

Der henvises til de kliniske retningslinjer i forhold til, hvad der regnes for en sygdom og flere sygdomme ved "bilateralitet" og ved multiple tumorer i samme organ(område).

- ▶ Se også afs. 10.3.2 vedr. afgrænsning af kræftsygdomme ift. bla. anmeldelseskravene til Cancerregisteret

10.2.6 Flere kræftsygdomme (multipel kræft)

I nogle tilfælde findes hos den samme patient flere samtidige kræftsygdomme, som registreres med en aktionsdiagnose og en eller flere bidiagnoser på samme kontakt. Disse skal betragtes, diagnosekodes og anmeldes hver for sig.

I sjældne tilfælde kan det aktuelt ikke afgøres, om der er tale om en eller flere sygdomme. Kun hvis der er klinisk belæg for flere selvstændige primære tumorer, registreres og anmeldes disse hver for sig. Ved **forskellig morfologi** skal det som udgangspunkt altid betragtes som forskellige kræftsygdomme.

Der kan være forskellige kliniske retningslinjer for, hvad der betragtes som selvstændig neoplastisk sygdom.

Der skal oprettes forløbselementer for de enkelte primære kræftsygdomme, hvortil forløbsmarkører, kontakter og ydelser fremadrettet knyttes sygdomsspecifikt – se nærmere i afs. 4.1.2

10.3 Anmeldelse til Cancerregisteret

Anmeldelse til Cancerregisteret skal ske ved diagnosticering af anmeldelsespligtig sygdom samt, når en ny enhed involveres i udredning eller behandling i et sygdomsforløb for anmeldelsespligtig sygdom, uanset hvornår i forløbet dette sker, fx ved klinisk recidiv.

Det er ved anmeldelse ud over diagnose obligatorisk at indberette:

- anmeldelsesstatus
- diagnosegrundlag (mikroskopisk og makroskopisk) for sygdommen

Og for udvalgte sygdomme:

- stadie for sygdommen (TNM eller lymfom-stadie)
- sideangivelse for lokaliseringen af kræft i parrede organer (afs. 10.2.5)
- for lymfomsygdomme: anatomisk lokalisation

Disse oplysninger indberettes i den kontaktbaserede resultatindberetning '**Canceranmeldelse**', der indeholder de specifikke krav til anmeldelsen. Den anmeldelsespligtige diagnose (kontaktdiagnose kodeliste: [diag.car]) for den anmeldelsespligtige sygdom er trigger for anmeldelsen.

I "Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Cancerregisteret af kræftsygdomme m.v.", BEK nr. 1049 af 12/08/2018 beskrives anmeldelsesproceduren, og sygdommene afgrænses.

► [Bekendtgørelsen findes på Cancerregisterets hjemmeside](#)

Anmeldelsespligten påhviler den kontaktansvarlige overlæge og gælder for den enkelte kliniske enhed, der diagnosticerer, behandler eller kontrollerer en anmeldelsespligtig sygdom på enheden.

Anmeldelsespligten omfatter alle førstegangskontakter på enheden med den anmeldelsespligtige sygdom, og indtil sygdommen er fuldt klinisk kvalificeret anmeldt, uanset at sygdommen eventuelt tidligere er anmeldt af andre enheder.

Enheder, der har rekvireret patoanatomiske undersøgelser, betragtes normalt som diagnosestillende, hvilket stiller krav om anmeldelse til Cancerregisteret. Hvis svaret foreligger inden kontaktafslutning, skal dette afspejles i indberetningen på den aktuelle patientkontakt, ellers på efterfølgende kontakt.

- Se afs. 10.3.1 om undtagelser for anmeldelsespligt
- Se afs. 10.2.1.1 om diagnoseindberetning, når diagnosen stilles mellem patientkontakter

Diagnoseregistreringen og dermed anmeldelsen til Cancerregisteret er klinisk i bredeste forstand, dvs. baseres på klinikerens samlede vurdering af klinik, patologi og billeddiagnostik mv.

Det er vigtigt, at der er overensstemmelse mellem indberetning, anmeldelse og journalens diagnoser, epikrise og eventuelt dødsattest

Der gælder det særlige ifm. kræftsygdomme, at de samlede oplysninger til brug for fuld kvalificeret, klinisk korrekt anmeldelse oftest først er til stede efter, at diagnosen er stillet, registreret og indberettet første gang. Det er derfor **vigtigt**, at en tidligere anmeldelse på den udredende kontakt følges op på den umiddelbart efterfølgende patientkontakt, hvis det fx i forbindelse med operationen viser sig, at diagnose, udbredelse eller diagnosegrundlag skal kvalificeres i forhold til det tidligere foreløbigt anmeldte.

- Se afs. 6.5 vedrørende "senere afkræftet diagnose"

Hvis oplysningerne er fremkommet før eller under en ny patientkontakt, indberettes blot en opdateret anmeldelse i forbindelse med denne kontakt.

- ▶ Se afs. 10.2.1.1 vedr. situationen, når der ikke er en ny patientkontakt

For canceranmeldelsen gælder det desuden særligt, at **den incidente anmeldelse skal kvalificeres** i hele incidensperioden, der er fire måneder fra incidenstidspunktet, dog selvfølgelig kun så længe enheden fortsat har forløbsansvaret for sygdomsforløbet i denne periode.

- ▶ Selve den konkrete anmeldelse som resultatindberetning er nærmere beskrevet i afs. 10.4

10.3.1 Undtagelser fra anmeldelsespligt

Anmeldelsespligten gælder generelt alle enheder, der er involveret i diagnosticering, behandling og klinisk kontrol af en anmeldelsespligtig sygdom.

Undtaget for anmeldelse er sygdomsfri og recidivfri klinisk kontrol samt følgende enheder:

Onkologiske enheder

Undtaget for anmeldelsespligt er onkologiske enheder i de tilfælde, hvor enheden ikke er diagnosestillende, dvs. de sygdomsforløb, hvor kræftsygdommen tidligere er diagnosticeret og fuldt anmeldt fra en medicinsk eller kirurgisk enhed.

De onkologiske enheder kan i denne situation anvende særlig anmeldelsesstatus {AZCA9} ved den anmeldelsespligtige diagnose.

- ▶ Se yderligere vedrørende anmeldelsesstatus under afs. 10.4.2.1

Radiologiske hospitalsenheder

Radiologiske enheder på hospital, der som første enhed i et udredningsforløb for kræft finder anmeldelsespligtig kræftsygdom, er undtaget for anmeldelsespligt, hvor fuld anmeldelse sker umiddelbart efterfølgende fra en klinisk hospitalsenhed, der har eller overtager kræftforløbet. Dette gælder også, selvom radiologisk enhed har rekvireret en patologisk undersøgelse, der viser kræft.

Hvis kræftforløbet trods påvist kræftsygdom efter patientens ønske eller af anden grund afsluttes fra radiologisk enhed uden viderehenvisning til en klinisk enhed, skal anmeldelse dog foretages af den radiologiske enhed som diagnosestillende enhed.

Bemærk: Hvis enheden anvender en anmeldelsespligtig diagnose som kontaktdiagnose, udløser dette krav om anmeldelse mv.

Bemærk: Disse undtagelser gælder ikke for indberetning af forløbsmarkører, der skal foretages tidstro, herunder for pakkeforløb, når enheden indgår i forløbet som selvstændig forløbsansvarlig enhed.

Forløbsmarkører knyttes til det relevante **forløbselement**, og hospitalet skal under alle omstændigheder sikre, at korrekt indberetning af *tidstro* forløbsmarkører foretages.

10.3.2 Anmeldelsespligtige sygdomme og diagnoser

- ▶ Se også klassifikationsprincipper med kommentarer i afs. 10.2

Anmeldelsen til Cancerregisteret (CAR) skal ske for **sygdomme** repræsenteret af diagnosekoder tilhørende kodelisten [diag.car]. Diagnosekoder fra denne liste er **trigger** for resultatindberetningen: 'Canceranmeldelse'.

10.3.2.1 Anmeldelsespligtige diagnoser

De anmeldelsespligtige diagnoser fremgår af oversigtstabellen på næste side

Kommentarer til diagnoseoversigten

Tilsammen udgør de viste koder i kodeområderne {DC00-76}, udvalgte {DC77}, {DC80} og {DC81-96} = diagnosegrupperne A-C, de primære kræftsygdomme, hvor forløbslabel i hele sygdomsforløbet, inkl. udredning, afkræftelse, sygdomsfaser samt klinisk kontrol (med/uden aktuel sygdom), er 'Kræftsygdomme' – se også afs. 4.1.7.2

De øvrige anmeldelsespligtige diagnoser indberettes og anmeldes under forløbslabel 'Andre forløb'.

Kodelister og tilhørende krav gælder alle underkoder i de angivne grupper og intervaller.

Diagnoser og kodelister for anmeldelsespligtige neoplastiske sygdomme [diag.car]

Diagnosekode	Kategori	FL*	Kodelister
Gruppe A	DC00-14	Kræftsygdomme	[diag.primkraeft] For kræftsygdomme registreret med diagnosekode tilhørende denne kodeliste, skal der obligatorisk indberettes supplerende metastase- og lokal-recidiv-oplysninger Indgår desuden i [diag.car.tnm]: Diagnoser, der kræver anmeldelse af TNM^(*) {DC80} = [diag.car.t0]
	DC15-26		
	DC30-39		
	DC40-41		
	DC43-44		
	DC45-49		
	DC50		
	DC51-58		
	DC60-63		
	DC64-68		
	DC69		
	DC73-75		
	DC76		
	DC800		
	DC809		
	DC809A		
B	DC70-72		[diag.car]
			▼
Grp. C	DC81-96		[diag.car.lymfom]
	herunder DC81-86; DC884 Koder, der kræver oplysninger om lymfom-stadie og anatomisk lokalisation		
Gruppe D	DD05	Andre forløb	[diag.car.tis] Indgår i [diag.car.tnm]
	DD06		
	DD090		
	DD091		
Gruppe E	DD095		[diag.car.ta] Indgår i [diag.car.tnm]
	DD096		
	DD301-309		
	DD37-38; DD397-399; DD40-41; DD44; DD48		
	Andre non-invasive solide tumorer		
Gruppe F	DD32		Øvrige anmeldelsespligtige diagnoser til Cancerregisteret. Indgår i [diag.car] sammen med ovenstående specificerede kodelister
	DD33		
	DD352		
	DD353		
	DD354		
	DD390-392; DD42-43; DD45-47		
	DN871-879		
	DO01		
	Blæremola		

^(*) TNM-krav, kodeliste: [diag.car.tnm]: Koder, der kræver TNM-angivelse i anmeldelsen til Cancerregisteret. Koder og kodeintervaller tilhørende denne kodeliste er markeret med blå skrift i ovenstående kategorier.

*) Forløbslabel (FL) anvendes i hele kræftforløbet – se afs. 4.1.7

Der er i forhold til anmeldelse til Cancerregisteret ikke kun tale om kræftsygdomme, men også om kræftrelaterede sygdomme og forstadier til kræft i form af neoplasier af usikker eller ukendt karakter, carcinoma in situ (CIS) i visse organer, visse godartede tumorer samt dysplasi i livmoderhals.

Anmeldelsespligtige diagnoser anvendt som aktions- eller bidiagnose på patientkontakten giver som trigger anledning til yderligere anmeldelseskrav, som beskrevet i det følgende.

De anmeldelsespligtige diagnoser, også betegnet de "neoplastiske grundsygdomme" udgør indholdet i kodelisten [diag.car].

► Se diagnose-oversigten på forrige side og diagnosegrupper i afs. 10.4.1.3

Anmeldelse til Cancerregisteret skal foretages ved fund af ny grundsygdom tilhørende de anmeldelsespligtige diagnoser til Cancerregisteret, kodeliste: [diag.car], og desuden ved involvering af ny afdeling i udredning, behandling, efterbehandling og kontrol af disse sygdomme.

Anmeldelsen af ny (incident) sygdom skal *kvalificeres* i incidensperioden fra sygdommen er klinisk erkendt og indtil fire måneder efter incidensdatoen. Kvalificeringen skal inden for denne periode ske så længe, at enheden har forløbsansvar for sygdomsforløbet.

Efter incidensperioden kan uspecifikke værdier for diagnosegrundlag og udbredelse anvendes i indberetningen for nye enheder, der involveres, når fuld canceranmeldelse er sket tidligere fra anden klinisk enhed.

Kravene til indberetning og anmeldelse for de neoplastiske grundsygdomme er opdelt i forhold til forskellige **diagnosegrupper** (sv.t. kodelister) med forskellige krav til registrering, anmeldelse og indberetning.

► Dette er nærmere beskrevet under afs. 10.4.1.3

10.3.2.2 Ny anmeldelsespligtig sygdom

Anmeldelsespligten omfatter ifølge bekendtgørelsen om lægers anmeldelse til Cancerregisteret også:

- progression af prækrankrøse forandringer eller carcinoma in situ til invasiv vækst – se oversigten nedenfor
- revision af tidligere anmeldt forkert specificeret diagnose med genindberetning – se afs. 10.3.4

Det første punkt betyder, at man i de tilfælde, hvor fx en tidligere anmeldt carcinoma in situ forandring progredierer til invasiv kræft, skal foretage en nyanmeldelse, idet det betragtes som en **ny anmeldelsespligtig sygdom**.

Følgende oversigtsskema (næste side) giver et overblik over de tilstande og situationer, der skal anmeldes som "ny anmeldelsespligtig sygdom" efter retningslinjerne beskrevet i de følgende afsnit.

Enhver førstegangsdagnosticering og enhver progression dvs. trin til højre i oversigten fra en type til en højere skal hver især udløse en fuld nyanmeldelse dvs. med anvendelse af anmeldelsesstatus {AZCA1} eller eventuelt anmeldelsesstatus {AZCA0}, indtil fuld anmeldelse kan foretages.

Der skal fx nyanmeldes ved fund af malign blæretumor trods tidligere anmeldt benign blæretumor.

Ved senere fund af samme eller lavere type, som udtryk for samme sygdom, skal der ikke nyanmeldes. I disse tilfælde anvendes anmeldelsesstatus "tidligere fuldt anmeldt af afdelingen" {AZCA4}.

Ved samtidige fund af højere og lavere type inden for **samme morfologiske gruppe** i samme organ, er der kun krav om anmeldelse af den "højeste" med status {AZCA1}. Den anden diagnose kan, hvis den registreres, anmeldes med status {AZCA4}. Dette ses hyppigst ved uro-epiteliale tumorer i urinblæren og de øvrige urinveje.

Ved samtidige fund af flere anmeldelsespligtige tumorer tilhørende **forskellige morfologiske grupper**, skal hver tumor betragtes som anmeldelsespligtig sygdom og anmeldes for sig. Der skal oprettes forløbs-elementer for de enkelte primære kræftsygdomme, hvortil forløbsmarkører, kontakter og ydelser kan knyttes fremadrettet – se nærmere i afs. 4.1.5

Anmeldelsespligt i forhold til organlokalisering og tumortype:

	dysplasi	benign	neoplasi af usikker og ukendt karakter [#]	carcinoma in situ (CIS) [□]	malign
livmoderhals	+	-	+	+	+
bryst	-	-	+	+	+
nyre	-	-	+	+	+
nyrebækken	-	+	+	+ [□]	+
urinleder	-	+	+	+ [□]	+
urinblæren	-	+	+	+ [□]	+
urinrøret	-	+	+	+ [□]	+
urinveje u. spec.	-	+	+	+ [□]	+
hjernehinde	-	+	+	-	+
hjerne/CNS	-	+	+	-	+
hypofysen	-	+	+	-	+
ductus craniopharyngea	-	+	+	-	+
corpus pinealis	-	+	+	-	+
alle andre	-	-	+	-	+

[□] inkl. uroteliale Ta-tumorer (DD095/DD096*)

[#] Vedr "neoplasi af usikker og ukendt karakter" – se afs. 10.2 om klassificering

10.3.2.3 Klinisk recidiv

Klinisk recidiv, lokalt og regionalt samt fjernmetastaserings, betragtes som samme sygdom og skal ikke nyanmeldes, hvis sygdommen tidligere er anmeldt fra enheden.

10.3.2.4 Kræftsygdom i parrede organer – "bilateral kræft"

Det er primært en klinisk vurdering og afgørelse, hvad der betragtes som en selvstændig og dermed ny anmeldelsespligtig sygdom. De kliniske retningslinjer på området bør altid følges, herunder også, hvorvidt en ny modsidig tumor i parret organ betragtes som en selvstændig og dermed anmeldelsespligtig sygdom.

Generelt vil **tumorer med forskellig morfologi** normalt være forskellige sygdomme, der således anmeldes hver for sig, fx småcellet lungekræft og ikke-småcellet lungekræft uanset lokalisering, og adenokarcinom og planocellulært karcinom i slimhinde inden for samme lokalisering.

► [Vedrørende anmeldelseskrav om sideangivelse for kræftsygdom i parrede organer – se afs. 10.2.5](#)

10.3.2.5 Revision af tidligere anmeldt diagnose

Anmeldelsespligten omfatter opfølgning af tidligere anmeldelser med fejlagtige diagnoser således, at Cancerregisteret kan dannes på det korrekte datagrundlag.

Der er to måder, hvorpå en tidligere indberettet diagnose kan korrigeres:

- afmærkning af tidligere indberettet diagnose som 'senere afkræftet' – se afs. 6.5
- egentlig fejlretning ved indtastningsfejl – se *beskrivelse af indberetningssnitflade*

I begge tilfælde foretages genindberetning til LPR med det korrigerede datagrundlag, der overskriver tidligere indberetning.

10.4 Canceranmeldelsen (resultatindberetning)

Anmeldelse af neoplastiske sygdomme (kræftsygdomme og visse andre tumorsygdomme) følger i LPR3 de samme retningslinjer som tidligere.

Dette afsnit beskriver den konkrete implementering af anmeldelsen i indberetningen.

- Anmeldelse til Cancerregisteret er generelt beskrevet i afs. 10.3 med underafsnit

10.4.1 Logisk struktur

Anmeldelse til Cancerregisteret sker ved indberetning af **resultatindberetningen** 'Canceranmeldelse'.

Trigger for anmeldelsen er en **anmeldelsespligtig diagnose** som aktions- eller bidiagnose. Ved komplet anmeldelse, status {AZCA1}, skal alle oplysninger være udfyldt.

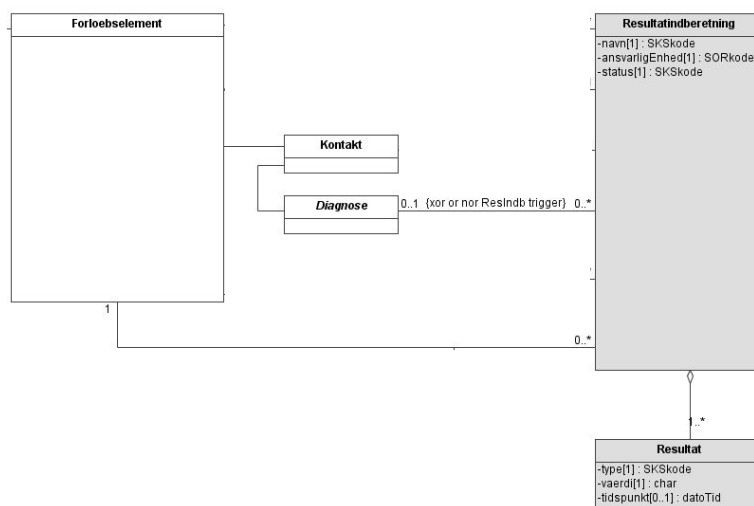
Anmeldelsesstatus {AZCA0} 'Ny anmeldelsespligtig kræftsygdom, anmeldelse ikke færdiggjort' kan anvendes i indberetningen, indtil en komplet anmeldelse kan udfyldes og indberettes.

Hvis der er foretaget en foreløbig anmeldelse, skal denne altid **senest 30 dage** efter første kontaktafslutning (med trigger-diagnose) efterfølges af en fuld anmeldelse, anmeldelsesstatus {AZCA1}, af kræftsygdommen fra den samme enhed med alle oplysninger udfyldt og klinisk opdateret, hvis ikke enheden har anmeldt sygdommen fuldt tidligere.

Der kan være mellemliggende indberetninger med status {AZCA0}, men dette ændrer ikke ved kravet, der gælder fra afslutning af den første indberettede kontakt med trigger-diagnosen.

Logisk model for "Canceranmeldelsen" med diagnose som trigger

Fuld anmeldelse skal indberettes senest 30 dage efter første patientkontakt med den anmeldelsespligtige diagnose



- Resultatindberetningen er generelt beskrevet i Kap. 9

Den fulde canceranmeldelse omfatter opdateret angivelse af makro- og mikroskopisk diagnosegrundlag, for udvalgte sygdomme sygdomsstadiet (TNM el. lymfom-stadie), samt for maligne lymfomer desuden anatomisk lokalisation.

- Vedr. sideangivelse til anmeldelsespligtig diagnose – se afs. 10.2.5 og videre i afs. 6.1.5

Canceranmeldelse (resultatindberetning)

Hosstående skema illustrerer princip, struktur og regler for resultatindberetningen, der svarer til en **formular** med en **header** for den samlede **resultatindberetning** og et antal rækker for de **enkelte resultater**, der indgår obligatorisk eller frivilligt, og som er regelsat.

Canceranmeldelsen er skematisk vist i følgende data-skema, der også indeholder reglerne for de enkelte resultat-elementer:

navn: Canceranmeldelse (RAA01)		Anmeldelse til Cancerregisteret af anmeldelsespligtig neoplastisk sygdom			
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt	
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Forløbselement	
trigID (til) Diagnose	Trigger udfaldsrum [diag.car]		Regel for trigning: diagnose IN [diag.car] Omfatter aktionsdiagnose og bidiagnose		
ansvarlig enhed	SORklass				
status	[resindb.status]		generel status/komplethed af resultatindberetningen (Se Kap. 9) Obligatorisk		
inkomplet anmeldelse krævet	ja. Anmeldelsesstatus = {RAS00} med visse krav (se nedenfor). Anmeldelse skal indberettes umiddelbart i forbindelse med enhver indberetning af anmeldelsespligtig diagnose. Inkomplet anmeldelse kan anvendes, indtil krav om komplet anmeldelse				
DELAY for komplet RI-indberetning	fuld anmeldelse (status = {RAS01}) skal ske senest 30 dage efter afslutning af patient-kontakten med trigger-diagnosen				
Resultattekst	resul-tattype	kardi-nalitet	art	udfaldsrum	regel / beskrivelse
anmeldelsesstatus	RDA01	1	SKS kode	[res.statuscar]	status for anmeldelsen til Cancerregisteret
makroskopisk diagnosegrundlag	RDA02	(0)..*	SKS kode	[res.makrogr]	obligatorisk ved: anmeldelsesstatus=[res.statuscar.suba] Der kan indberettes flere
mikroskopisk diagnosegrundlag	RDA03	(0)..*	SKS kode	[res.mikrogr]	obligatorisk ved: anmeldelsesstatus=[res.statuscar.suba] Der kan indberettes flere
T-stadie	RDA04	(0)1..n	SKS kode	[res.tcstad]	obligatorisk ved: anmeldelsesstatus=[res.statuscar.subb] OG diagnose IN [diag.car.tnm]. Flere kan indberettes. <i>Krav til T-værdi og samhørende diagnoser – se afs. 10.4.2.4.2</i>
N-stadie	RDA05	(0)1..n	SKS kode	[res.ncstad]	
M-stadie	RDA06	(0)1..n	SKS kode	[res.mcstad]	
lymfom-lokalisation	RDA07	(0)1..n	SKS kode	[res.loklymf]	obligatorisk ved: anmeldelsesstatus=[res.statuscar.subb] OG diagnose IN [diag.car.lymfom] Der kan indberettes flere
AnnArbor-stadie	RDA08	(0)..1	SKS kode	[res.aastad]	obligatorisk ved: anmeldelsesstatus=[res.statuscar.subb] OG diagnose IN [diag.car.lymfom]
Forklaring: SKS-kodelister og gældende SKS-værdier		[res.statuscar.suba] = {AZCA0; AZCA1} [res.statuscar.subb] = {AZCA1} [res.statuscar.subd] = {AZCA0} [res.statuscar.subc] = {AZCA3; AZCA4; AZCA9}			

NB: Tidspunkter for enkeltresultater ikke medtaget i oversigten. *Se RI-specs i Bilag 1A*

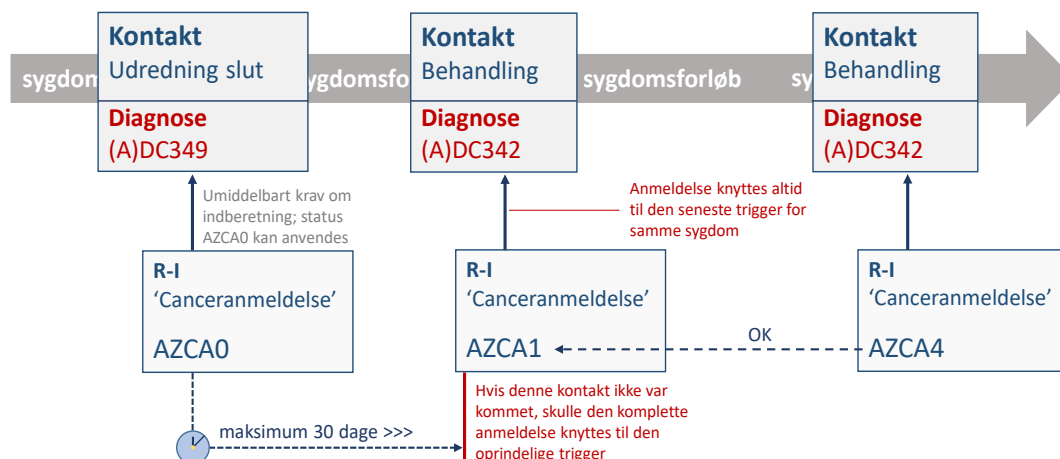
10.4.1.1 Triggere og tidsmæssige krav til anmeldelse – indberetning ved flere kontakter, der trigger den samme anmeldelse

Anmeldelsen til Cancerregisteret gælder for den enkelte sygdom fra den enkelte organisatoriske enhed.

Da triggeren for canceranmeldelsen er en **kontakttdiagnose**, vil der ofte være en række af trigninger for den samme sygdom fra den samme enhed under forløbet af kontakter for sygdommen, indtil fuld kvalificeret anmeldelse kan og er foretaget.

Ved flere fortløbende indberettede patientkontakter med *trigger* for anmeldelse af den samme kræftsygdom, er triggeren for den opdaterede anmeldelse altid den tidsmæssigt **seneste** – se følgende illustration.

Multiple triggere (principtegning)



Først, når der er foretaget en fuld anmeldelse, kan resultatindberetningen indberettes med status {AZCA4} 'sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen'. Kopi af den fulde AZCA1-anmeldelse kan dog alternativt også anvendes i den fortsatte indberetning.

10.4.1.2 Opkvalificering af anmeldelsen

Der kan altid indberettes en korrigeret resultatindberetning i incidensperioden, når der foreligger nye relevante oplysninger, der skal korrigere en tidligere indberettet incident {AZCA1}-anmeldelse.

Hvis ikke dette sker i relation til en ny (seneste) trigger, skal indberetningen foretages som genindberetning relateret til den tidligere (seneste) trigger.

Opkvalificering af anmeldelsen omfatter principielt hele incidensperioden (første diagnosetidspunkt + 4 måneder), dog selvfølgelig kun så længe, at enheden har **forløbsansvar** for kræftforløbet.

10.4.1.3 Diagnosegrupper

Krav til anmeldelse og indberetning vedrørende kræftsygdomme mv. er betinget af den aktuelle diagnose. Sygdomsdiagnoserne er i det følgende opdelt i fem grupper med de tilhørende gruppespecifikke krav. Disse grupper er også vist i oversigtsskemaet i afs. 10.3.2

10.4.1.3.1 A. Primære solide kræftsygdomme = [diag.primkraeft]

Denne gruppe omfatter de primære organspecifikke kræftsygdomme, hvor primærsygdommen oftest i udgangspunktet er begrænset til et organ, fx lunge eller tyktarm. I forløbet kan der i mange tilfælde ske en udvikling af sygdommen med udvikling af regionale lymfeknudemetastaser, gennemvækst til andre organer og eventuelt fjernmetastaser. Ukendt kræftsygdom (DC80) medregnes til denne gruppe.

For disse sygdomme skal der ud over anmeldelsen foretages indberetning af supplerende oplysninger om forekomst af **metastaser** og **lokalrecidiv**. Indberetningskravet vedr. metastaser er som minimum indberetning af oplysning om tilstedeværende fjernmetastaser. Indberetningen kan desuden indeholde oplysninger om andre metastaser end fjernmetastaser jf. kodelisterne i afs. 10.2.3.4.

Denne registrering følger, i modsætning til ny-anmeldelsen, sygdommen i hele forløbet på enheden, så længe en diagnose for sygdommen anvendes ifølge de kliniske retningslinjer.

Indberetningen omfatter, ud over diagnosen, anmeldelsesstatus, diagnosegrundlag og sygdommens udbredelse angivet ved TNM-klassificering (se nærmere i afs. 10.4.2.4.1) – se oversigtstabel nedenfor.

10.4.1.3.2 B. Kræft i hjernen og andre dele af centralnervesystemet (CNS)

Ved primær kræft i hjernen og centralnervesystemet er der kun få krav til registrering og anmeldelse – jf. nedenstående oversigtsskema.

10.4.1.3.3 C. Lymfomsygdomme = [diag.car.lymfom]

Denne gruppe omfatter sygdomme med udgangspunkt i bloddannende væv og immunsystemet. Der er andre krav til registrering og indberetning i forhold til primære solide kræftformer.

Kravene omfatter diagnosen med anmeldelsesstatus, diagnosegrundlag, anatomisk lokalisation og sygdommens udbredelse angivet ved lymfom-stadieklassificering (Ann Arbor *Lugano* modifikation, se nærmere i afs. 10.4.2.4.3) – se oversigtstabel nedenfor.

10.4.1.3.4 D. Carcinoma in situ = [diag.car.tis]

Carcinoma in situ neoplasi (CIS) er lokaliserede kræftceller i organ/væv uden invasiv vækst. Udvalgte CIS-diagnoser er anmeldelsespligtige (se afs. 10.3.2.1).

Kravene til indberetningen omfatter diagnosen med anmeldelsesstatus, diagnosegrundlag og udbredelse angivet ved TNM-klassificering.

Udfaldet af TNM er givet ved CIS. – se oversigtstabellen.

Oversigtstabel. Krav i forhold til diagnosegruppe

For de ovennævnte grupper af anmeldelsespligtige diagnoser er kravene oversigtsmæssigt:

Diagnose-gruppe	Kodeliste	RI-resultater i RI-Canceranmeldelse Enkeltresultater (klassificerede parametre) i resultatindberetningen 'Canceranmeldelse'						LPR- indberetning		Forløbs- label
Anmeldelsespligtige diagnoser:	[diag.car]	Sta- tus	Ma- kro	Mi- kro	TNM	Lokal.	Ann Arbor	Meta- stase	Lokal- recidiv	
A Primære solide kræftsygdomme ⁽¹⁾	[diag.primkraeft]	+	+	+	+			+	+	Kræft- sygdomme
B Kræft i hjerne og CNS	[diag.car]	+	+	+						
C Lymfomsygdomme	[diag.car.lymfom]	+	+	+		+	+			
D Carcinoma in situ (CIS)	[diag.car.tis]	+	+	+	+ T(tis), N0,M0					Andre forløb
E Non-invasiv neoplasi (NIT)	[diag.car.ta]	+	+	+	+ T(a), N0,M0					
F Andre anmeldelsespligtige sygdomme	Rest [diag.car]	+	+	+						

Forklaring

Status	Anmeldelsesstatus til Cancerregisteret
Makro	Makroskopisk diagnosegrundlag
Mikro	Mikroskopisk diagnosegrundlag
TNM	T-stadie, N-stadie og M-stadie for tumorstørrelse og udbredelse
Lokal.	Lymfom-lokalisation
Ann Arbor	AnnArborstadie (lymfom-stadie) for udbredelse
LPR-indberetning	Indberetning til Landspatientregisteret skal, uafhængigt af (RI) anmeldelse, ske i hele kræftforløbet for gruppe A-diagnoser

(1) Inkl. ukendt primær kræftsygdom (DC80). Ekskl. Hjerne og øvrige centralnervesystem (CNS), indgår i grp. B

(2) T = Ttis = AZCD12 / AZCE12, N0/Nx (AZCD30/39), M0/Mx (AZCD40/49)

(3) T = Ta = AZCD11 / AZCE11, N0/Nx (AZCD30/39), M0/Mx (AZCD40/49)

► Hvilke diagnosekoder, der er omfattet af hvilke krav, er vist i oversigtstabellen i afs. 10.3.2.1

10.4.1.3.5 E. Non-invasiv neoplasi = [diag.car.ta]

Non-invasiv neoplasi (NIT) er ligesom CIS potentielt forstadie til egentlig kræft, uden at der er påvist invasiv vækst. NIT-tumorer omfatter i *anmeldelsessammenhæng* også benigne tumorer i urinveje.

Kravene til indberetningen vedrørende anmeldelsespligtige NIT omfatter diagnosen med anmeldelsesstatus, diagnosegrundlag og udbredelse angivet ved TNM-klassificering.

Udfaldet af TNM er givet for NIT-tumorer (inkl. Ta-tumorer) – se tabellen overfor.

10.4.1.3.6 F. Andre anmeldelsespligtige sygdomme

Denne gruppe omfatter en blandet gruppe af benigne tumorer og andre anmeldelsespligtige tumorer og tumorfremkaldende sygdomme.

Til denne gruppe hører bla. diagnoser for godartede hjerne- og andre CNS-tumorer, neoplasi med uspecifiseret opførsel (benign/malign), visse sygdomme i blod- og lymfesystem, dysplasi i livmoderhals og mola i moderkagen under graviditet.

Kravene til indberetningen omfatter udover diagnosen kun anmeldelsesstatus og diagnosegrundlag.

10.4.2 Dataindhold i 'Canceranmeldelse'

I det følgende gennemgås de enkelte resultater (parametre), der indgår i resultatindberetningen 'Canceranmeldelse'.

- Strukturen for skemaet med tilhørende regler er illustreret under afs. 10.4.1

10.4.2.1 Anmeldelsesstatus ved anmeldelse af sygdom til Cancerregisteret

Der er følgende særlige anmeldelsesstatus knyttet til canceranmeldelsen:

SKS-kode	anmeldelsesstatus til Cancerregisteret [res.statuscar]
AZCA0	ny anmeldelsespligtig sygdom, anmeldelse ikke færdiggjort
AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
AZCA3	afdelingen ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen
AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
AZCA9	onkologisk afdeling skal ikke anmelde, sygdommen tidligere fuldt anmeldt af anden afdeling

Anmeldelsesstatus angives obligatorisk som første oplysning i resultatindberetningen, der knytter sig til den anmeldelsespligtige diagnosekode. Der skal og kan kun være en (1) anmeldelse pr. anmeldelsespligtig diagnose pr. kontakt.

Anmeldelsesstatus er betingende for krav i forhold til de andre oplysninger i canceranmeldelsen.

10.4.2.1.1 Fuld anmeldelse

Anmeldelsen af sygdommen fra den enkelte enhed til Cancerregisteret skal foretages fuldt, jf. kodeteksterne til status {AZCA1} og {AZCA4}, hvilket betyder, at anmeldelsen ikke betragtes som fyldestgørende og korrekt, før end...

- diagnosen er endelig og korrekt, herunder korrekt klinisk specificeret
 - o hvilket også omfatter de obligatoriske oplysninger om metastaser og lokalrecidiv
- TNM-stadie respektive lymfom-stadie er komplet svarende til den endelige diagnose, inklusive eventuel korrektion efter kirurgisk staging og eventuelt behandling
- diagnosegrundlagene (mikroskopisk og makroskopisk) er komplette, dvs. det samlede grundlag for den endelige diagnose

Dette betyder, at den fulde anmeldelse for den samme enhed kan strække sig over flere fortløbende kontakter, når anmeldelsen ikke foretages fuldt på den (de) indledende kontakt(er).

Kravet om fuld anmeldelse rækker i forhold til den enkelte enhed selvfølgelig kun så langt, som enheden har forløbsansvaret for patienten.

- Vedrørende gentagne kontakter, trigninger og kvalificering af anmeldelsen – se afs. 10.4.1.1-2

10.4.2.1.2 Anmeldelsesstatus AZCA0

Denne anmeldelsesstatus kan anvendes på forløbet, så længe der ikke kan indberettes en kvantitativt og kvalitativt komplet incident anmeldelse af kræftsygdommen. En AZCA0-indberetning skal altid følges af en AZCA1-anmeldelse senest 30 dage efter kontaktafslutning.

Hvis der indberettes flere fortløbende AZCA0-indberetninger, gælder de 30 dage uændret fra afslutningstidspunktet for den første patientkontakt med trigger-diagnose.

10.4.2.1.3 Anmeldelsesstatus AZCA1

Primært forbeholdt den komplette anmeldelse, hvor alle oplysninger er kvalificeret udfyldt. Alle obligatoriske oplysninger er krævet og valideres, når {AZCA1} anvendes.

► Se "validering af anmeldelsesstatus" i afs. 10.4.2.1.7

At der er indberettet en AZCA1-anmeldelse betyder dog ikke, at det ikke kan være relevant at kvalificere anmeldelsen igen ved nytilkommen viden inden for **incidensperioden**. Dette skal gøres, hvis nye kliniske eller parakliniske svar fx korrigerer den tidligere indberettede udbredelse (TNM eller lymfom-stadie).

10.4.2.1.4 Anmeldelsesstatus AZCA3

Denne anmeldelsesstatus kan kun anvendes for anmeldelsespligtige diagnoser for kendte kræftsygdomme, der indberettes som **bidiagnose**. {AZCA3} må kun anvendes i følgende to situationer:

- anmeldelsespligtig sygdom som bidiagnose på kontakt, der indgår i **kræftforløb**, men hvor sygdommen jf. kodeteksten ikke diagnosticeres, behandles eller kontrolleres på kontakten.
Dette omfatter:
 - o kontakter med hovedfokus på behandling af symptom eller andet aspekt, følge eller konsekvens af kræftsygdommen
 - o kontakter ved multiple kræftsygdomme, hvor hovedfokus er behandling af den sygdom, der registreres og indberettes som aktionsdiagnose
- anmeldelsespligtig sygdom som bidiagnose på kontakt, der indgår i **et andet forløb** end kræftforløb, men hvor kræftsygdommen komplicerer den aktuelle kontakt

Hvis en anmeldelsespligtig kræftsygdom første gang (incident) opdages og diagnoseregistreres på en patientkontakt, skal denne altid anmeldes fuldt på det foreliggende grundlag med {AZCA1}, også selvom patienten viderehenvises til videre udredning og behandling på anden enhed.

10.4.2.1.5 Anmeldelsesstatus AZCA4

Anmeldelsesstatus {AZCA4} må kun anvendes, hvis sygdommen tidligere er fuldt kvalificeret anmeldt fra enheden. Dette gælder uanset, at andre enheder primært varetager og anmelder sygdommen.

10.4.2.1.6 Anmeldelsesstatus AZCA9 (onkologiske enheder)

Anmeldelsesstatus {AZCA9} er udelukkende forbeholdt indberetninger fra **onkologiske enheder**, hvor fuld anmeldelse foretages fra den kliniske enhed, hvor sygdommen tidligere er diagnosticeret.

Nyopdagede (incidente) primære kræftsygdomme skal altid anmeldes fuldt fra enheden med anmeldelsesstatus {AZCA1} *uanset speciale*, og uanset, at andre enheder overtager videre udredning og behandling af sygdommen.

10.4.2.1.7 Validering af anmeldelsesstatus

Der er obligatorisk (valideres) følgende sammenhænge mellem generel status for resultatindberetning (se afs. 9.2.2.2) og anmeldelsesstatus for canceranmeldelsen i indberetningen:

generel status for resultatindberetning [resindb.status] se afs. 9.2.2.2		særlig anmeldelsesstatus til Cancerregisteret [res.statuscar]	
RAS00 [resindb.status.subb]	resultatindberetning ikke komplet	AZCA0 [res.statuscar.subd]	ny anmeldelsespligtig kræftsygdom, anmeldelse ikke færdiggjort
RAS01 [resindb.status.suba]	resultatindberetning komplet	AZCA1 [res.statuscar.subb]	kodetekster – se tabel ovenfor
		AZCA3; AZCA4; AZCA9 [res.statuscar.subc]	

10.4.2.2 Makroskopisk diagnosegrundlag

For at dokumentere, hvilke undersøgelser, der ligger til grund for diagnosen, skal der ved anmeldelsen indberettes mindst en kode for makroskopisk diagnosegrundlag.

Dette gælder for anmeldelser med anmeldelsesstatus {AZCA0} og {AZCA1}.

Hvis diagnosegrundlaget udbygges over flere kontakter på enheden, fx efter operation, skal dette afspejles i den fuldt opdaterede anmeldelse fra enheden.

Oplysning om makroskopisk diagnosegrundlag indberettes efter følgende klassifikation:

SKS-kode	Makroskopisk diagnosegrundlag [res.makrogr]
AZCK0	operation (inkl. biopsi)
AZCK1	endoskopisk undersøgelse/operation (inkl. biopsi)
AZCK2	billeddiagnostisk undersøgelse røntgen, CT-skanning, ultralyd, MR-skanning og lignende
AZCK3	obduktion
AZCK4	klinisk undersøgelse inkluderer eksploration, palpation og lignende
AZCKX	klinisk-makroskopisk diagnosegrundlag ikke aktuel ved denne anmeldelse

Biopsi opfattes som operation hhv. endoskopisk undersøgelse/operation afhængigt af adgangs måde.

Der kan angives flere koder for makroskopisk diagnosegrundlag.

10.4.2.3 Mikroskopisk diagnosegrundlag

For at dokumentere, hvilke cytologiske og histologiske metoder, der ligger til grund for diagnosen, skal der ved anmeldelsen indberettes mindst en kode for mikroskopisk diagnosegrundlag.

Dette gælder for anmeldelser med anmeldelsesstatus {AZCA0} og {AZCA1}.

Hvis diagnosegrundlaget udbygges over flere kontakter på enheden, fx ved patologisk-anatomisk undersøgelse efter operation, skal dette afspejles i den fuldt opdaterede anmeldelse fra enheden.

Oplysning om mikroskopisk diagnosegrundlag indberettes efter følgende klassifikation:

SKS-kode	Mikroskopisk diagnosegrundlag [res.mikrogr]
AZCL0	histologi/cytologi fra primærtumor inkl. knoglemarvsundersøgelse
AZCL1	histologi/cytologi fra metastase
AZCL2	histologi/cytologi, uvist om fra primærtumor eller metastase
AZCL3	andre klinisk/mikroskopiske undersøgelser blodanalyse, differentieltælling, immunologi, cytogenetik, tumormarkører og lignende
AZCL9	ingen histologisk/cytologisk/klinisk-mikroskopisk undersøgelse udover almindelige blodprøver. Fx Hgb, elektrolytter og lign.
AZCLX	klinisk-mikroskopisk diagnosegrundlag ikke aktuel ved denne anmeldelse

Der kan angives flere koder for mikroskopisk diagnosegrundlag.

10.4.2.4 Kræftsygdommens udbredelse (stadie)

Fuld anmeldelse kan først foretages, når relevante svar på billeddiagnostik og histologiske undersøgelser foreligger. Patienter, der ikke opereres, kan ofte anmeldes umiddelbart efter endt relevant udredning.

Ved forløb, der indeholder operation som initial behandling, kan fuld kvalificeret anmeldelse ofte først ske, når histologien på operationspræparatet foreligger. Dette gælder i særlig grad for korrekt angivelse af udbredelsen af kræftsygdommen (stadie) i den incidente anmeldelse af sygdommen.

Udbredelsen indgår i canceranmeldelsen og angives ved TNM-stadie specificering, dog for hæmatologiske neoplastiske sygdomme (lymfomsygdomme) ved lymfom-stadie klassificering – se afs. 10.4.2.4.3

10.4.2.4.1 Krav til angivelse af TNM-stadie

Der er som minimum krav om, at det kliniske TNM-stadie – **cTNM** – anmeldes og kvalificeres på baggrund af klinik og resultater, der er opnået under udredningen.

Der er herudover mulighed for, og det *anbefales*, at korrigere de registrerede cTNM koder med patologisk korrigeret pTNM kode på en eller flere akser efter svar på patologiske prøver og oplysninger opnået ved den primære behandling.

Sygdomme, der kodes med diagnosekode tilhørende SKS-kodeliste: [diag.car.tnm], skal ved nyanmeldelse {AZCA1} have angivet TNM-stadie, som minimum i form af et kvalificeret cTNM-stadie.

- Diagnosekoderne, der skal TNM-stadie specificeres, fremgår af diagnoseoversigten i afs. 10.3.2.1. Kravet gælder alle underkoder i de angivne kodegrupper og -intervaller.

Der anvendes seneste version (pt. vers. 8) af TNM med mindre andet er aftalt med det enkelte speciale.

TNM skal registreres fra hver af grupperne:

Stadie	Kodeliste	Beskrivelse
T	[res.tcstad]	'T' angiver primærtumors størrelse og udstrækning i og udenfor organet
N	[res.ncstad]	'N' angiver, om der er fundet metastaser til regionale lymfeknuder eller ej
M	[res.mcstad]	'M' angiver, hvorvidt der er fundet fjernmetastaser eller ej (ekskl. regionale lymfeknuder)

Forklaring

cTNM "klinisk TNM" vurderes ved klinisk undersøgelse, billeddiagnostik og eventuelle biopsier^a, men før eventuel radikal behandling

pTNM "patologisk korrigeret TNM" eller "postkirurgisk TNM" baserer sig på cTNM, men korrigeret ud fra svar på patologiske undersøgelser

a) inkl. diagnostisk og terapeutisk tumorfjernelse under udredning fx TURB ved blæretumorer

Der kan for hver af akserne (T, N og M) vælges mellem c- og p-kode til indberetningen. Betydningen af den enkelte kode varierer efter organ/område. Ikke alle detaljer bruges af alle specialer.

- Der henvises til de enkelte kliniske specialer og databaser for yderligere information vedrørende specialaets registreringspraksis

Eksempel

Patient med påvist muskelinvasiv blærekræft ved TURB og billeddiagnostik, ingen synlige lymfeknudemetastaser eller fjernmetastaser. Det primære kliniske TNM-stadie er cT2cN0cM0.

Patienten opereres (cystektomi) som initial behandling. Ved patologisk undersøgelse af cystektomipræparatet findes ingen resttumor, men en enkelt lymfeknudemetastase (N1).

Samlet set er patientens endelige TNM-stadie cT2pN1cM0, som anmeldes, når patologibeskrivelsen foreligger efter operation

I de tilfælde, hvor en enhed henviser en patient til videre udredning eller behandling i en anden enhed, fortsætter anmeldelsespligten på den modtagende enhed, som anmelder efter endt udredning og eventuel operation i lighed med patienter, der har hele udrednings- og behandlingsforløbet på én klinisk enhed.

Undtaget herfra er henvisning til onkologisk enhed. Her påhviler det henvisende enhed at anmelde (opdateret) klinisk TNM status senest ved henvisning til onkologisk behandling.

Onkologiske enheder er undtaget for krav om TNM anmeldelse, idet de som udgangspunkt ikke udreder patienter, men udelukkende modtager relevant udredte patienter til ikke-kirurgisk behandling.

De onkologiske enheder kan i disse tilfælde anvende anmeldelsesstatus {AZCA9} til den anmeldelsespligtige diagnose, hvorved der ikke kræves yderligere anmeldelse.

10.4.2.4.2 Validering af samhørende diagnosekoder og T-værdier

Der er følgende krav til sammenhæng mellem sygdomsdiagnose og T-værdier. Der valideres for dette for anmeldelser med anmeldelsesstatus {AZCA1}:

Sammenhæng mellem diagnoseværdier og T-stadie:

Diagnose	Kodeliste	tilhørende T-stadie	Kodeliste
DC80	[diag.car.t0]	T0 primærtumor ikke påvist	[res.tcstad.t0] AZCD10/AZCE10
DD095, DD096, DD301-309, DD37-38, DD397-399, DD40-41, DD44, DD48	[diag.car.ta]	Ta tumor uden invasion	[res.tcstad.ta] AZCD11/AZCE11
DD05, DD06, DD090, DD091	[diag.car.tis]	Tis carcinoma in situ	[res.tcstad.tis] AZCD12/AZCE12

Kravet gælder alle underkoder i de angivne kodegrupper og -intervaller.

10.4.2.4.3 Krav til angivelse af lymfom-stadie ved lymfomsygdomme

Lymfomsygdomme, der kodes med diagnosekode tilhørende SKS-kodelisten: [diag.car.lymfom], skal ved nyanmeldelse {AZCA1} have angivet lymfom-stadie *samt* anatomisk lokalisation (afs. 10.4.2.5)

- Diagnosekoderne fremgår af diagnoseoversigten i afs. 10.3.2.1

Kravet gælder alle underkoder i de angivne kodegrupper og -intervaller.

Lymfom-stadie angives efter gældende kodeliste: [res.aasted]. Der anvendes som lymfom-stadie *Lugano* modifikationen af Ann Arbor stadie-klassifikationen.

- Der henvises til det hæmatologiske speciales nærmere vejledning i lymfom-kategorierne ved de forskellige lymfomsygdomme

10.4.2.5 Anatomisk lokalisation ved lymfomsygdomme

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

I diagnoseklassifikationen (ICD-10) er visse tumortyper (lymfomsygdomme) klassificeret ud fra mikroskopiske udseende (morfologi), og ikke ud fra lokalisation.

Der skal for lymfomdiagnoser, kodeliste: [diag.car.lymfom] obligatorisk anmeldes anatomisk lokalisation.

Anatomisk lokalisation angives ved gældende kodeliste: [res.loklymf] for anatomisk lokalisation.

11 GRAVIDITET, FØDSEL OG BARSEL

Graviditet, fødsel og barsel udgør for kvindens vedkommende et samlet forløb med en række kontakter og ydelser, der normalt vil starte med henvisning til svangrekontrol og videre forløbe under et samlet forløbsansvar på obstetrisk enhed, der indberettes i et sammenhængende forløb under et **forløbselement** med forløbslabel: 'Graviditet, fødsel og barsel'.

Barnets fødselsforløb (forløbselement) starter normalt ved fødslen, dvs. ved start af fødselskontakten. Det eksakte fødselstidspunkt indgår i fødselsindberetningen.

Forløbslabel for barnets forløb er 'Nyfødt', der i indberetningen omfatter såvel levendefødte som dødfødte børn.

Fødselsforløbene for mor og barn kan indeholde en barselsperiode og eventuelle rutinemæssige kontakter (kontrolbesøg) og ydelser, der er en direkte følge af fødslen fx ammeproblematik, kontrol for sphincterruptur (mor) og hørescreening (barn) i obstetrisk regi.

Forløbene kan også inkludere kortvarige ophold på fx intensiv eller neonatal afsnit for forbigående tilstande, hvad enten dette dokumenteres som ophold (under obstetrisk kontakt) eller som en selvstændig patientkontakt under et andet kontaktansvar. Fødselsforløbet (forløbselementet) afsluttes normalt ved afslutning fra obstetrisk enhed.

Forløbslabel 'Graviditet, fødsel og barsel' hhv. 'Nyfødt' er forbeholdt fødselsforløbet for mor hhv. barn, som beskrevet ovenfor.

Bemærk

Ved komplikationer og følgetilstande til graviditet og fødsel, der skal videre udredes og behandles på anden enhed, skal der i alle tilfælde henvises til og oprettes nyt forløb, dvs. nyt forløbselement.

Det nye forløbselement kan oprettes med referencetyper 'henvist til nyt sygdomsforløb' {ALAA02} eller 'henvist i samme sygdomsforløb' {ALAA01} afhængigt af det kliniske skøn.

Omvendt kan forløbet med fødsel og barsel vare, indtil afslutning af fx kontrol for spincterruptur eller anden tilstand, som er opstået i direkte følge af fødslen.

Fødselsindberetningerne indberettes som specificerede resultatindberetninger.

Trigger for fødselsindberetningerne er moderens hhv. barnets **fødselsdiagnose**.

Fuld fødselsindberetning skal ske **senest 7 dage** efter kontaktafslutning (med trigger-diagnose). Dette gælder for både mor og barn.

Henvisninger til andre afsnit

- ▶ Indberetning ved spontane og provokerede aborter, inkl. fødsel af barn med livstegn efter abortprocedure – Kap. 12
- ▶ Diagnoseindberetningens basale principper er beskrevet i Kap. 6
- ▶ Procedureindberetningens basale principper er beskrevet i Kap. 7
- ▶ De generelle principper for indberetningen af resultater er beskrevet i Kap. 9. De to fødselsindberetninger for mor hhv. barn er beskrevet i nærværende kapitel

Kvinder i fertilitetsbehandling, der opnår graviditet

Når en kvinde i fertilitetsforløb (forløbslabel: 'Andre forløb') bliver gravid, skal der oprettes et nyt forløb med forløbslabel: 'Graviditet, fødsel og barsel' for graviditetsforløbet og referencetype "ny sygdom".

Forløb på familieambulatorie

Det er aftalt med regionerne, at **forløb på familieambulatorier** kan registreres og indberettes som selvstændige forløb (forløbselementer) med forløbslabel 'Andre forløb', parallelt til forløbet 'Graviditet, fødsel og barsel'.

Hvis regionen vælger at integrere graviditetsforløb og forløb på familieambulatorie under et fælles forløbselement under graviditetsperioden, skal dette forløb indberettes med forløbslabel 'Graviditet, fødsel og barsel' – uanset, hvem der organisatorisk "ejer" forløbet.

Hvis moderen skal fortsætte på familieambulatoriet i en længere periode efter afslutning af fødsel og barsel, skal dette registreres på et nyt selvstændigt forløb, der indberettes med forløbslabel 'Andre forløb'.

11.1 Graviditetsforløbet

Moderens forløb ved graviditet, fødsel og barsel indberettes normalt som en række af selvstændige patient-kontakter, der vil være knyttet til et **forløbselement** med forløbslabel: 'Graviditet, fødsel og barsel'.

Forløbet afsluttes, som beskrevet ovenfor, når moderen afsluttes fra obstetrisk enhed.

- ▶ Vedrørende forløb på familieambulatorie – se indledningen til dette kapitel

11.1.1 Svangrekontroller

Kontrolbesøg på sygehuset under graviditeten indberettes som selvstændige patientkontakter 'fysisk frem-møde' – og omfatter såvel besøg ved jordemoder som lægekontroller.

Der skal obligatorisk registreres ydelseskoder for svangrekontrollerne samt for de udførte skanninger.

Ydelseskoderne fremgår af nationale registreringsskemaer, der kan findes på Jordemoderforeningens hhv. obstetrisk selskabs (DSOG) hjemmesider.

- ▶ Principperne for diagnoseregistreringen i graviditetsforløbet beskrives nærmere i det obstetriske speciales (DSOG) kodevejledning: <https://www.dsog.dk/koder-og-kvalitetssikring/obstetriske-og-fotalmedicinske-koder>
- ▶ Specialet udgiver herunder også en særlig vejledning rettet mod registreringen i familieambulatorier

Aktionsdiagnosen på graviditetsforløbets kontakter afspejler kun graviditetens overordnede status. Der anvendes efter aftale med DSOG altid en af følgende koder som aktionsdiagnose. Dette gælder således alle kontakter i graviditeten, der ikke ender i abort (aktionsdiagnose: DO00-06) eller fødsel (DO80-84).

Aktionsdiagnosekoder anvendt ved patientkontakter i graviditetsforløbet:

Graviditetsdiagnosekoder		
DZ340	Graviditet, førstegangsfødende	
DZ348A	Graviditet, flergangsfødende	
DZ348B	Graviditet, paritet ukendt	Må kun anvendes, hvis pariteten er ukendt

Bemærk

Væsentlige komplikationer, symptomer og risikofaktorer i graviditeten registreres som **bidiagnoser**.

Hjemmebesøg og virtuelle kontakter kan også indgå i graviditetsforløbet.

11.1.2 Hjemmebesøg i graviditetsforløbet

Hjemmebesøg indberettes som selvstændige kontakter med kontaktype: 'udekontakt', der knyttes til graviditetsforløbet. Der bør suppleres med procedurekode(r) for den kliniske ydelse, der er givet i forbindelse med hjemmebesøget.

Hjemmefødsler indberettes ligeledes som 'udekontakt'. Dette gælder for både moderens og barnets vedkommende.

- ▶ Se også afs. 11.5.3

11.1.3 Virtuelle kontakter

Følgende ydelser indberettes som selvstændige kontakter med kontaktype: 'virtuel kontakt' med tilhørende ydelseskode (procedure):

Ydelser, der erstatter konsultation ved fremmøde. Må kun registreres, hvis der er en direkte kontakt mellem jordemoderen og den gravide/moderen med et fagligt indhold, der har et omfang, så det fører til et klinisk notat.

Det er således ikke tilstrækkeligt, hvis der fx aftales tid til efterfølgende konsultation.

Ekskl: e-mailkonsultation. e-mailkonsultation kan indberettes som procedure uden patientkontakt

BVAA33A	Telefonkonsultation
BVAA33D	Videokonsultation

Graviditetsdiagnose (afs. 11.1.1) anvendes som aktionsdiagnose ved virtuelle kontakter i graviditeten.

11.1.4 Aflastningsophold

Hvis kvinden er indlagt til aflastning før fødsel, afsluttes aflastningskontakten før fødslen, og **fødslen indberettes som selvstændig kontakt**, som beskrevet i afsnit 11.5 og de efterfølgende afsnit.

11.2 Anvendte termer og definitioner – graviditet, fødsel og barsel

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	kodeliste
graviditetsforløb (svangreforløb)	<u>helbredsforløb</u> der er udløst af graviditet Omfatter graviditet, fødsel og barsel	
”fødsel på vej”	fødsel hvor barnet fødes udenfor hjem og hospital Kommentar: Indberettes fra hospital med fødested (barnet) ’uden for hospital, fødeklinik og hjem’	
abort (abortering)	abortering af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger Kommentar: Svangerskabslængde $\leq 21+6$ Omfatter spontan og provokeret abort før fulde 22 svangerskabsuger	
dødfødsel (fødsel af dødt barn)	fødsel af barn uden livstegn efter 22 svangerskabsuger Kommentar: Svangerskabslængde $\geq 22+0$ Dette gælder uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven. Der skal i alle tilfælde foretages ligsyn og udstedes dødsattest.	
flernummer (nummer ved flerfolds- fødsel)	angivelse af barnets nummer i rækkefølge ved fødsel (SKS-klassificeret) Inkl. enkeltfødsel, der kan indberettes med værdien ’A’	[res.flernr]
fosterpræsentation	barnets stilling i fødselsvejen ved fødsel	[res.præsent]
fødsel	Fødsel defineres ved fremkomst af levendefødt barn (uanset gestationsalder) eller dødfødt barn efter 22 fulde svangerskabsuger	
fødselsdiagnoser mor	kodeliste: [diag.foedmor] Kommentar: Trigger for resultatindberetning ’Fødselsindberetning mor’	[diag.foedmor]
fødselsdiagnoser barn	kodeliste: [diag.foedbarn] Inkl: Dødfødt barn Kommentar: Trigger for resultatindberetning ’Fødselsindberetning barn’	[diag.foedbarn]
fødselsresultat	angivelse af det samlede antal børn som resultat af fødslen	
fødselstidspunkt (for barn)	tidspunkt hvor barnet er helt ude af moderen Kommentar: Fødselstidspunktet bestemmer fødested, dvs. typen af fødsel (hospital / hjemme mm.)	
gestationsalder (svangerskabslængde) (graviditetslængde)	klinisk vurderet graviditetslængde angivet i hele forløbne svangerskabsuger og dage Kommentar: SKS-klassificeret. I daglig klinisk tale anvendes ofte betegnelsen ”svangerskabsuger X uger og x dage” eller blot ”svangerskabsuge X+x”	[res.gestald]
hjemmefødsel	fødsel hvor barnet er født i hjemmet Kommentar: Fødsel, der er startet i hjemmet, men hvor barnet ikke er født i hjemmet, betragtes ikke som hjemmefødsel. Hjemmefødsler (mor og barn) indberettes som <u>udekontakt</u>	
hospitalsfødsel (sygehusfødsel)	fødsel hvor barnet fødes på hospital	
levendefødt barn	barn der efter fødsel eller fremhjælpning viser livstegn Kommentar: Det gælder uanset svangerskabslængde og uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	kodeliste
<i>begrundelse for samrådstilladelse</i>	klassificeret angivelse af begrundelse for samrådstilladelse til sen provokeret abortering (efter 12. svangerskabsuge) Inkl: Ved fødsel af barn med livstegn efter provokeret abortering med samrådstilladelse	[res.samraad]
<i>paritet</i>	antallet af gennemførte graviditeter Kommentar: Inklusive aktuelle graviditet og Inklusive dødfødsler (graviditeter $\geq 22+0$). Pariteten er altid ≥ 1 i indberetningen. Ved flere fødsler indenfor samme graviditet er pariteten for alle fødsler (af barn) den samme - pariteten ved afslutning af den aktuelle graviditet	
<i>placentavægt</i>	vægt af moderkagen efter fødslen Kommentar: Ved flerfoldfødsel registreres hver placenta for sig. Ved sammenhængende placenta registreres den totale vægt på hvert barn	
<i>tobaksforbrug i graviditeten</i>	angivelse af moderens tobaksforbrug under graviditeten Kommentar: SKS-klassificeret	[res.tobakgrav]

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

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

Bemærk

Dette betyder, at der altid ved livstegn skal oprettes og indberettes en fødselskontakt med fødselsdiagnose (aktionsdiagnose), og at der skal foretages fuld fødselsindberetning til LPR for både mor og barn

Der er mulighed for at kombinere fødselsdiagnose (ved livstegn) og abortdiagnose samt operations- eller behandlingskode(r) for abortprocedure i de tilfælde, hvor der trods abortprocedure fremkommer et barn med livstegn – se yderligere beskrivelse af kravene til indberetning i disse særlige situationer i afs. 11.6.3

11.4 Dødfødsler

Efter 22 svangerskabsuger (fra uger 22+0) er alle børn, der fødes uden livstegn, "fødsel af dødt barn", der skal indberettes og anmeldes til Sundhedsdatastyrelsen. Der skal desuden foretages ligsyn og udstedes dødsattest.

Bemærk

Dette gælder uanset en eventuelt udført abortprocedure, herunder udført før 22 uger, og uanset, at intrauterin fosterdød eventuelt er konstateret inden 22 uger

Fødslen indberettes for moderens vedkommende efter de generelle regler for indberetning af fødsel, hvor fødselsresultatet 'antal dødfødte' indgår i fødselsindberetningen.

Der skal til LPR foretages fødselsindberetning vedrørende det dødfødte barn. Dette vil sige, at der, som ved det levendefødte barn, skal oprettes en fødselskontakt for barnet, og der skal foretages indberetning. Barnet indberettes med **administrativt CPR-nummer** eller eventuelt med erstatningsnummer.

Kontakttypen for fødselskontakten ved dødfødsel er 'død'. Aktionsdiagnosen er DP950 'Dødfødt barn'. Aktionsdiagnosen er trigger for resultatindberetningen 'fødselsindberetning barn'.

- Oplysninger med værdier, der indberettes ved dødfødt barn – se afs. 11.8.1

11.5 Forløb og fødselskontakter

Moderen vil normalt have et forløbselement for graviditetsforløbet, hvor forløbet afsluttes efter fødselskontakten eller et efterfølgende barselsophold eller kontrolbesøg.

- Principperne for fødselsforløb mv. er nærmere beskrevet i indledningen af dette kapitel

For levendefødte og dødfødte børn skal der i forbindelse med fødslen oprettes et nyt forløbselement – se nærmere under afs. 11.8.1. Forløbet afsluttes som for moderens vedkommende efter fødslen eller barselsopholdet ved afslutning fra obstetrisk enhed.

Forløbet med forløbslabel 'Nyfødt' er således forbeholdt det afgrænsede og oftest kortvarige forløb på obstetrisk enhed. Fødselsforløbet kan også inkludere kortvarige ophold og ydelser på anden enhed ved observation og behandling af midlertidige neonatale tilstande, så længe forløbsansvaret fortsat tilhører obstetrisk enhed.

Hvis barnet fremadrettet efter fødslen henvises til andet speciale, skal dette ske til et nyt forløbselement med relevant forløbslabel for den sygdom/tilstand, som barnet henvises for.

- Vedrørende nyfødt barn med klinisk problemstilling – se afs. 11.9.2

Fødslerne (mor og barn) indberettes på selvstændige **fødselskontakter**, der kun omhandler selve fødslen inklusive eventuel igangsættelse (mor) og eventuelt et tidsmæssigt uafbrudt barselsophold under samme organisatoriske enhed (forløbsansvar). Hvis der oprettes og indberettes selvstændige barselskontakter, må fødselsdiagnose ikke anvendes på disse kontakter.

Fødsler er per definition akutte med mindre, at der er tale om planlagt kejsersnit eller planlagt igangsættelse. Nyfødt barn betragtes altid som **akut**, uanset om moderens fødselskontakt eventuelt er planlagt. Kontaktårsagen ved fødselskontakter, er 'anden'.

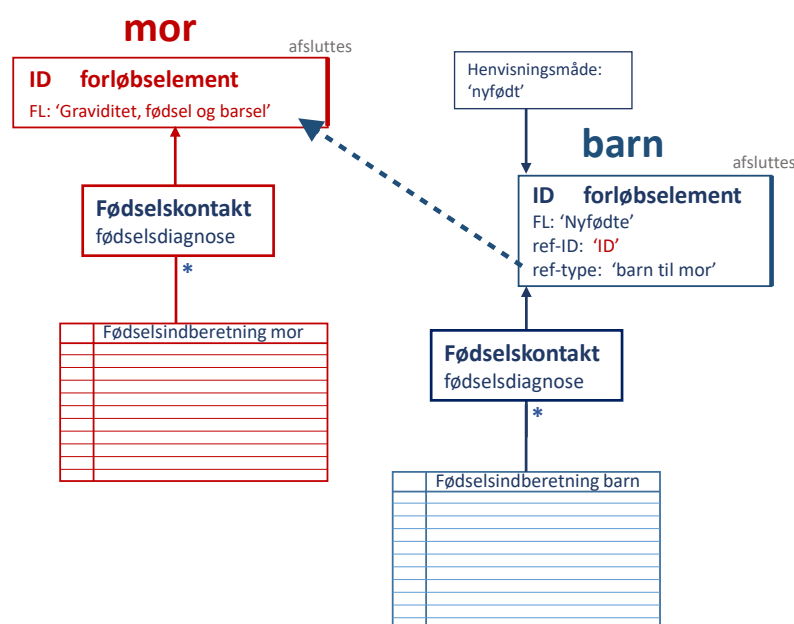
Ved fødsel skal der foretages indberetninger til Landspatientregisteret vedrørende moderen og hvert af de levendefødte børn, dvs. børn uanset gestationsalder, der har vist livstegn efter fødslen, samt foretages indberetning vedrørende dødfødte børn efter 22 svangerskabsuger – se også afs. 11.4

Ved indberetning af fødsler er det, ud over diagnoser og procedurer, som beskriver selve fødslen, obligatorisk at indberette en række supplerende oplysninger. Dette gælder både for moderen og barnet, der beskrives hver for sig i det følgende.

Bemærk

Det nyoprettede forløbselement for barnet skal via referencetyper: 'barn til mor' pege tilbage på moderens forløbselement, der indeholder moderens fødselskontakt.

Principtegning for forløbselementer, fødselskontakter og fødselsindberetninger for mor og barn:



Indberetningerne ved fødsel foretages ud over kontaktindberetningen som **resultatindberetningerne** 'Fødselsindberetning mor' hhv. 'Fødselsindberetning barn'.

Trigger for indberetning er moderens hhv. barnets fødselsdiagnose, dvs. aktionsdiagnosen på fødselskontakten for mor hhv. barn.

Fødselsindberetningernes struktur og indhold er nærmere beskrevet under afs. 11.6 for moderens fødselskontakt og indberetning hhv. i afs. 11.8 vedrørende barnets fødselskontakt og indberetning.

Fødsler, der indberettes fra hospital, omfatter foruden egentlige hospitalsfødsler også fødselsforløb, der starter i hjemmet eller på vej til hospitalet, men afsluttes på hospitalet, samt **hjemmefødsler** med deltagelse af hospitalsansat jordemoder.

11.5.1 Anonyme bortadoptioner

Der må ikke trækkes en reference mellem barn og mor i tilfælde af anonym bortadoption.

11.5.2 Fødsel efter abortprocedure

I de særlige situationer, hvor en abortprocedure resulterer i fødsel af levendefødt barn, dvs. barn med livstegn uanset gestationsalder, gælder de generelle krav for registrering og indberetning ved fødsel, der er beskrevet i de følgende afsnit.

Der skal samtidig foretages indberetning af abortoplysninger jf. beskrivelsen i afs. 11.6.3

11.5.3 Hjemmefødsler

11.5.3.1 Hjemmefødsel med jordemoder

Hjemmefødsler indberettes (både mor og barn) som (kontakttype) **'udekontakt'**, når der i forbindelse med fødslen har været en jordemoder eller anden relevant sundhedsperson til stede før, under eller efter fødslen. At der er tale om en hjemmefødsel fremgår af **fødested** på barnets fødselsindberetning.

Kontaktstarttidspunktet for fødselskontakterne er for moderen lig med starttidspunktet for hjemmebesøget.

Barnets fødselskontakt starter normalt på fødselstidspunktet.

Hvis jordemoderen først ankommer til hjemmet efter, at barnet er født, sættes starttidspunktet for fødselskontakten lig med starttidspunktet for hjemmebesøget (udekontakt).

Barnets angivne fødselstidspunkt dokumenteres i fødselsindberetningen for barnet.

11.5.3.2 Hjemmefødsel uden jordemoder

I de tilfælde, hvor fødslen sker hjemme (ude) uden, at der er jordemoder- eller lægeassistance, skal fødselsindberetningerne foretages af den jordemoder, der først får kontakt til moder og barn – enten via LPR (hospitalsansat jordemoder), SEI-LPR eller om nødvendigt blanket (privatpraktiserende jordemoder).

Ved hjemmefødsel uden sundhedsperson i hjemmet, hvor moderen og barnet modtages efterfølgende på hospitalet, skal fødslen indberettes som hjemmefødsel på "post partum" patientkontakter med starttidspunkter (mor og barn) lig med tidspunkt for fysisk fremmøde på hospitalet.

Det skal af fødselsindberetningen fremgå, at fødslen var en hjemmefødsel (fødested på barnet), og det konkrete fødselstidspunkt for barnet ude, der således ligger før kontaktstart, skal ligeledes indgå i indberetningen på barnet.

11.5.3.3 Akut indlæggelse efter hjemmefødsel

Som aktionsdiagnose på moderens barselsindlæggelse, hvor fødselsindberetning er foretaget på tidligere udekontakt, anvendes ved ukompliceret barselsseng {DZ390} 'Undersøgelse og pleje efter fødsel' som aktionsdiagnose. Ved komplikationer anvendes relevant(e) komplikationsdiagnose(r).

► Se også DSOG's registreringsvejledning

Hvis moderen indlægges som ledsager til barn med komplikationer, kan lokal patientkontakt for moderen oprettes med aktionsdiagnose {DZ763} 'Rask ledsager'. Kontakten indberettes **ikke** til LPR.

11.5.4 Fødsler, der er startet i hjemmet, men hvor det ikke slutter som en hjemmefødsel

Hvis barnet ved en fødsel, der er startet i hjemmet, ikke fødes i hjemmet, er der ikke tale om en hjemmefødsel, og det er hospitalet, der skal foretage registrering og indberetning af fødslen – som født på hospital eller "uden for hospital, fødeklinik og hjem".

Kontaktstarttidspunktet for moderens fødselskontakt er ved ankomst til obstetrisk (evt. pædiatrisk) enhed.

Er barnet født før ankomst til hospitalet, skal hospitalet ikke tilbagedatere kontaktstart til det angivne fødselstidspunkt. Kontaktstarttidspunktet sættes lig med ankomsttidspunktet. Barnets eksakte fødselstidspunkt indgår i fødselsindberetningen.

De fødselsoplysninger, der eventuelt er registreret i hjemmet, skal medbringes til hospitalet og medtages i indberetningen.

Hvis barnet derimod ikke er født ved ankomst, oprettes barnets fødselskontakt først gældende fra fødselstidspunktet.

11.5.5 Fødsel på vej til hospital

Sker fødslen af barnet på vej til sygehuset, fx i privatbil eller taxi, skal hospitalet foretage fødselsindberetningen med de obstetriske fødselsoplysninger. Kontaktstarttidspunktet for fødselskontakterne (mor og barn) er ved ankomst til obstetrisk (evt. pædiatrisk) enhed.

At der er tale om en fødsel "uden for hospital, fødeklinik og hjem" fremgår af **fødested** på barnets fødselsindberetning. Barnets eksakte fødselstidspunkt indgår i fødselsindberetningen og registreres, som oplyst af anden part.

11.5.6 Fødselsforløb over to hospitalskontakter

11.5.6.1 Overflytning under fødsel

I nogle tilfælde starter en fødsel på et fødested men afsluttes på et andet fødested, 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 {DO60-75} 'Fødselskomplikationer'. Fødselsdiagnose {DO80-84} må ikke forekomme på kontakter, hvor barnet ikke er født.

Overflyttes moderen derimod til specialafdeling efter barnets fødsel, skal aktionsdiagnosen på den første kontakt være en fødselsdiagnose, kodeliste: [diag.foedmor], og komplikationen, der har ført til overflytningen, registreres som bidiagnose {DO60-75}. På den nye kontakt (specialafdelingen) registreres årsagen til overflytningen (komplikationen) som aktionsdiagnose på moderen.

Et rask barn, der følger moderen, uden ydelser til barnet, der skal indberettes, kan registreres på selvstændig lokal patientkontakt som rask ledsager med aktionsdiagnose {DZ763B} 'Rask nyfødt som ledsager'. Kontakten indberettes **ikke** til LPR.

11.5.6.2 Flerfoldsfødsel på flere patientkontakter

I de tilfælde ved flerfoldsfødsler, hvor et barn (eventuelt flere) fødes på første kontakt på en enhed, og et barn (eventuelt flere) fødes på en kontakt på en anden enhed, skal de obstetriske fødselsoplysninger indberettes fra begge kontakter.

Hvis man på den første enhed, hvor et barn i flerfoldsgaviditet fødes, ikke ved, hvordan fødslen ender, fx fordi patienten overflyttes til anden enhed, indberettes de oplysninger, man har fx

(A){DO809} 'Spontan enkeltfødsel' og

(B){DO300} 'Tvillingegaviditet'

Kuld og flernummer registreres efter den aktuelle situation og viden.

Den enhed, hvor moderen føder det andet barn, indberetter med nyeste og samlede oplysninger, fx

(A){DO842A} 'Flerfoldsfødsel med vaginal fødsel af A og akut kejsersnit af B' og

(B){DO300} 'Tvillingegaviditet'.

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

11.6 Moderens fødselskontakt

Moderens fødselskontakt skal, uanset hvornår kontakten er startet, indberettes som en selvstændig patientkontakt og overholde kravene til fødselskontakten, hvor aktionsdiagnosen er en fødselsdiagnose [diag.foedmor].

Moderens fødselskontakt kan inkludere:

- igangsættelse, hvis dette sker under samme fysiske fremmøde på samme organisatoriske enhed
- ophold på barselsgang/i barselsseng umiddelbart efter fødslen under samme forløbsansvar (organisatorisk enhed)

► **Ekskl. aflastningsophold** inden fødsel – se afs. 11.1.4

11.6.1 Obligatoriske fødselsoplysninger vedrørende moderen

De obligatoriske obstetriske oplysninger indberettes for moderens vedkommende på den patientkontakt, hvorunder barnet er født. Dette omfatter alle levendefødte børn (dvs. alle børn med livstegn uanset gestationsalder) samt dødfødte børn efter 22 svangerskabsuger.

Oplysninger, der indberettes på moderens fødselsforløb og fødselskontakt:

dataelement	værdi	kodeliste
forløbslabel	'Graviditet, fødsel og barsel'	[forloeb.label]
prioritet	'akut' eller 'planlagt'	[admin.prioritet]
kontaktårsag - krav ved akutte kontakter af type 'fysisk fremmøde'	'anden kontaktårsag'	[admin.kontaarsag]
kontakttype	'fysisk fremmøde' eller 'udekontakt'	[admin.konttype]
aktionsdiagnose	{DO80-DO84}	[diag.foedmor]
bidiagnose(r)	eventuelle komplikationer, komorbiditet og andre tilstande på og af betydning for fødselskontakten	[diag]
resultatindberetning	'Fødselsindberetning mor'	[resindb.navn]

Kontaktens prioritet kan være planlagt eller akut.

Hvis fødslen indberettes på selvstændigt forløbselement, skal startmarkøren ved normal ikke-planlagt fødsel være: 'akut patient' {AFV01A9}; ved planlagt fødsel: 'henvist i graviditet' {AFV01A6}.

Alle øvrige oplysninger indgår i **resultatindberetningen**: 'Fødselsindberetning mor' – se afs. 11.6.2

11.6.1.1 Starttidspunkt for moderens fødselskontakt

Moderens fødselskontakt (kontakttype: 'fysisk fremmøde') vil normalt starte ved moderens ankomst til fødeafsnittet, herunder ved fremmøde til igangsættelse, når dette sker på samme patientkontakt.

Hvis moderen har født inden ankomst til hospitalet, og der skal oprettes en fødselskontakt til fødselsindberetningen fra hospitalet, sættes kontaktstarttidspunktet ligeledes til tidspunktet for fremmøde. Der skal ikke "tilbagedateres".

Ved hjemmefødsel er kontaktstarttidspunktet for moderens fødselskontakt lig med starttidspunktet for jordemoderens hjemmebesøg.

11.6.1.2 Aktionsdiagnose på moderens fødselskontakt

Aktionsdiagnosen på fødselskontakten er forbeholdt denne særlige kontakt og er trigger for den videre fødselsindberetning (resultatindberetning). Fødselsdiagnosen må kun forekomme på patientkontakt (fysisk fremmøde) med fødsel af barn. Det er tidspunktet for, hvornår barnet er ude af moderen, der definerer fødselstidspunktet.

Fødselsdiagnosen kan suppleres af bidiagnoser for komplikationer til fødslen og efterforløbet til fødslen under samme patientkontakt.

Aktionsdiagnosen for moderens fødselskontakt vælges ud fra koderne i kodeliste [diag.foedmor]:

Fødselsdiagnose for moderen.		
- Diagnosekoder kodeliste: [diag.foedmor] - Indberettes som aktionsdiagnose på moderens fødselskontakt		
Enkeltfødsler		
DO809	Spontan enkeltfødsel	Inkl: Fremhjælpning Ekskl: Efter igangsættelse {DO837}
DO819	Enkeltfødsel med instrumentel forløsning	Inkl: Tang og/eller vakuumeksikator Ekskl: Anvendelse af vending og anden fremhjælpning {DO809}; enkeltfødsel ved kejsersnit {DO829} Bem: Metode registreres som procedure
DO829	Enkeltfødsel ved kejsersnit	Inkl: Forløsning ved laparotomi og andre indgreb i abdomen, herunder ved indgreb på anden og kombineret indikation Bem: Metode registreres som procedure; indikation som bidiagnose på moderens fødselskontakt Prioritet kan indberettes til Procedure
DO836	Enkeltfødsel efter abortprocedure	Bemærk: Specificering af samrådstilladelsen indgår i abortindberetningen. Abortmetode registreres som procedure
DO837	Enkeltfødsel efter igangsættelse	Bem: Igangsættelse registreres som procedure
DO838	Anden form for enkeltfødsel	Inkl: Efter embryotomi og abdominal graviditet
DO839	Enkeltfødsel UNS	
Flerfoldsfødsler		
DO840	Spontan flerfoldsfødsel	Inkl: Fremhjælpning Ekskl: Efter igangsættelse {DO847}
DO841	Flerfoldsfødsel med instrumentel forløsning	Bem: Metode registreres som procedure; indikation som bidiagnose på moderens fødselskontakt
DO842	Flerfoldsfødsel ved kejsersnit	Bem: Metode registreres som procedure; indikation som bidiagnose på moderens fødselskontakt
DO842A	Flerfoldsfødsel med vaginal fødsel af A og akut kejsersnit af B	
DO846	Flerfoldsfødsel efter abortprocedure	Bemærk: Specificering af samrådstilladelsen indgår i abortindberetningen. Abortmetode registreres som procedure
DO847	Flerfoldsfødsel efter igangsættelse	Bem: Igangsættelse registreres som procedure
DO848	Anden form for flerfoldsfødsel	Inkl: Efter embryotomi og abdominal graviditet
DO849	Flerfoldsfødsel UNS	

11.6.2 Fødselsindberetning vedrørende moderen (resultatindberetning)

Indberetningen vedrørende moderen fremgår af det følgende skema. Fødselsindberetningen omfatter alle fødsler uanset antallet af levendefødte hhv. dødfødte børn, der angives i fødselsindberetningen.

Indberetning til Landspatientregisteret foretages som resultatindberetningen: 'Fødselsindberetning mor' ved patientkontakter af typerne: 'fysisk fremmøde' og 'udekontakt'.

Trigger for indberetningen er en fødselsdiagnose [diag.foedmor] som aktionsdiagnose.

Fødselsdiagnoser må kun anvendes på patientkontakter med fødsel af barn (børn).

11.6.2.1 Frist for komplet indberetning

Hvis der er indberettet en ikke færdiggjort fødselsindberetning (status = {RAS00}), skal denne altid **senest 7 dage efter afslutning af fødselskontakten** følges op af en fuld kvalificeret indberetning (status = {RAS01}) med samme trigger.

11.6.2.2 Angivelse af svangerskabslængde ved fødselsindberetning – mor

Der skal obligatorisk indberettes svangerskabslængde ved fødsel.

Svangerskabslængde angives i hele uger og dage og er SKS-klassificeret, kodeliste: [res.gestald].

11.6.2.3 Paritet

Pariteten ved den aktuelle fødsel skal obligatorisk indberettes. Pariteten inkluderer den aktuelle graviditet.

11.6.2.4 Indberetning af øvrige oplysninger i forbindelse med fødslen

Moderens tobaksforbrug under graviditeten, højde og vægt skal altid indberettes efter de til enhver tid gældende fagligt fastsatte principper. Tobaksforbrug er SKS-klassificeret, kodeliste: [res.tobakgrav].

Resultatindberetning 'Fødselsindberetning mor' ved fødselskontakt:

navn: Fødselsindberetning mor (RAA02)		Indberetning af fødsel vedrørende moderen til Landspatientregisteret			
objektID	Char	UUID	1	identifikation for dette objekt	
refID	Char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Forløbselement	
trigID (til) Diagnose	Trigger udfaldsrum [diag.foedmor] = {DO80-84}		Regel for trigning: <i>diagnose</i> <- aktionsdiagnose IN [diag.foedmor] Omfatter aktionsdiagnose for moderens fødselskontakt		
ansvarlig enhed	SORklass				
status	[resindb.status]		generel status/komplethed af resultatindberetningen Obligatorisk		
inkomplet RI-indberetning krævet		nej			
DELAY for komplet RI-indberetning		fuld indberetning (status = {RAS01}) skal ske senest 7 dage efter afslutning af fødselskontakten			
Resultattekst	Resultat-type	Kardinalitet	art	udfaldsrum	regel / kommentar
gestationsalder (svangerskabslængde)	RDA20	(0)..1	SKSkode	[res.gestald]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] (= "komplet anmeldelse") Svangerskabslængde i (uger+dage)
paritet	RDA22	(0)..1	integer	heltal (1-mange)	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
antal levendefødte	RDA23	(0)..1	integer	heltal (0-mange)	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
antal dødfødte	RDA24	(0)..1	integer	heltal (0-mange)	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
tobaksforbrug under graviditet	RDA25	(0)..1	SKSkode	[res.tobakgrav]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
højde før graviditet	RDA26	(0)..1	integer	heltal (cm) °	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
vægt før graviditet	RDA27	(0)..1	integer	heltal (kg) °	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]

[resindb.status.suba] = {RAS01} | ° Heltalsværdien "-1" kan anvendes i indberet- | NB: Tidspunkter for resultater
| ningen, når der ikke foreligger et resultat | ikke medtaget i oversigten

Heltalsværdi "-1" kan anvendes i indberetningen af oplysninger for højde og vægt, når undersøgelsesresultat ikke foreligger.

11.6.3 Fødsel af barn efter sen og meget sen svangerskabsafbrydelse med og uden samrådstilladelse

Hvis resultatet af en sen abortprocedure før udgangen af 22. svangerskabsuge mod forventning er et barn med livstegn, skal der (jf. afs. 11.3) foretages fødselsindberetning efter de generelle retningslinjer.

Ved meget sen svangerskabsafbrydelse efter 22 svangerskabsuger er resultatet altid et barn, dødfødt eller levendefødt. Der skal i alle tilfælde foretages fødselsindberetning samt ved udført abortprocedure tillige indberettes abortoplysninger, herunder med specificeret samrådstilladelse efter de følgende beskrevne principper.

Aktionsdiagnosen (fødselsdiagnosen) på moderens fødselskontakt skal i disse tilfælde være fra kodelisten: [diag.foedmor.samraad], dvs. {DO836} eller {DO846}.

Der skal herudover obligatorisk angives en abortdiagnose [diag.abort.samraad] {DO059} eller {DO050} som **bidiagnose** og foretages en komplet abortanmeldelse, hvoraf samrådsoplysningen skal fremgå.

► se også afs. 12.4.2

Indberetningskravene på moderen er således i disse sjældne tilfælde en **kombineret fødsels-/abort-kontakt** med dobbelt-indberetning af to relaterede indberetninger for fødslen hhv. aborten.

Kombineret fødsels-/abort-kontakt med fødselsindberetning og abortanmeldelse ved fødsel af levendefødt barn efter provokeret abortindgreb:

kontaktdiagnoser			diagnose-trigget resultatindberetning	Bemærkning
art	kodeliste	aktuelle værdier		
aktionsdiagnose	[diag.foedmor.samraad]	DO836; DO846	fødselsindberetning mor	samrådsoplysning fremgår af abortoplysningerne
bidiagnose	[diag.abort.samraad]	DO050; DO059;	abortoplysninger	specificeret samrådsoplysning Inkl: uden samrådstilladelse ved fare for kvindens liv og helbred

Der valideres for obligatorisk bidiagnose tilhørende [diag.abort.samraad] ved aktionsdiagnose tilhørende [diag.foedmor.samraad]

► Se nærmere i afs. 12.4.2

11.7 Procedureregistrering i forbindelse med fødsel

Relevante overordnede procedurer (igangsættelse, stimulation, instrumentation mv) udført i forbindelse med fødslen bør registreres og indberettes.

- Der henvises til den obstetriske kodeliste og vejledning
- **Indikation** for indgreb kan angives i forhold til den givne **Procedure** – se afs 7.1.11

11.7.1 "Maternal request"

At der er foretaget igangsættelse af fødsel eller elektivt kejsersnit på maternal request (ønsket af moderen) kan registreres som **indikation** {KZYM00} til operationskoden for kejsersnittet hhv. for procedurekoden for igangsættelse af fødsel.

11.8 Barnets fødselskontakt

► Vedrørende barnets fødselsforløb – se indledningen til dette kapitel

Barnets fødselskontakt indberettes med aktionsdiagnosen [diag.foedbarn.vital]: {DZ389} ved levendefødt barn og [diag.foedbarn.doed]: {DP950} ved dødfødt barn.

Kontakttyperne er for levendefødte 'fysisk fremmøde' eller 'udekontakt'. Ved dødfødsel anvendes kontakttype 'død'.

Barnets fødselskontakt kan indeholde ophold på barselsgang umiddelbart efter fødslen samt kortvarige ophold på andre afdelinger, hvis dette sker i umiddelbar forlængelse af fødslen under samme forløbsansvar (organisatorisk enhed).

I indberetningen relateres barnet til moderen gennem **referencetype**

► se oversigtsgrafik i afs. 11.5

Referencetyper angiver på barnets **forløbselement** relationen (koblingen) til moderens forløbselement, hvorunder moderens fødselskontakt ligger.

Bemærk: Der må ved anonym bortadoption ikke trækkes en reference mellem barn og mor.

11.8.1 Obligatoriske fødselsoplysninger vedrørende barnet

Der skal altid oprettes et forløbselement, en fødselskontakt samt foretages fødselsindberetning for hvert barn, der viser **livstegn** uanset gestationsalder, samt for dødfødte børn efter 22 svangerskabsuger.

Nyfødt barn indberettes under et nyt **forløbselement** med forløbslabel: 'Nyfødte' og henvisningsmåde: 'nyfødt'. Barnets fødselskontakt indberettes med prioritet 'akut'.

De samlede krav til fødselsindberetningen for nyfødt barn, dvs. diagnoseregistreringen og de øvrige fødselsoplysninger på barnets fødselskontakt er skematisk vist i følgende tabel.

Oplysninger, der indberettes på barnets fødselsforløb og fødselskontakt:

dataelement	værdi	kodeliste
forløbslabel	'Nyfødte'	[forloeb.label]
startmarkør på forløbselement	'akut patient'	[forloeb.markoer]
henvisningsmåde	'nyfødt'	[admin.henvmaade]
prioritet (kontakt)	'akut'	[admin.prioritet]
kontaktårsag - krav ved akutte kontakter	'anden kontaktårsag' Bemærk: Kun krav ved kontakttype: 'fysisk fremmøde', dvs. ved levendefødt barn på hospital/klinik	[admin.kontaarsag]
kontakttype	- levendefødte: 'fysisk fremmøde' eller 'udekontakt' - dødfødte: 'død'	[admin.konttype]
aktionsdiagnose	[diag.foedbarn.vital] = DZ389 (levendefødt); [diag.foedbarn.doed] = DP950 (dødfødt)	[diag.foedbarn]
bidagnose(r)	eventuelle tilstande af betydning for fødselskontakten. Andre kliniske fund fx misdannelser	[diag]
resultatindberetning	'Fødselsindberetning barn'	[resindb.navn]
reference til mor ^a	UUID for moderens forløbselement	

^a) **Bemærk:** reference må ikke trækkes ved trækkes ved **anonym bortadoption** (afs. 11.5.1)

Alle øvrige oplysninger indgår i **resultatindberetningen**: 'Fødselsindberetning barn' – se afs. 11.8.2

11.8.1.1 Starttidspunkt for barnets fødselsforløb

Barnets forløbselement (nyfødtforløb) skal senest have starttidspunkt ved start af barnets fødselskontakt.

Forløbselementet indberettes med forløbslabel 'Nyfødte', der er forbeholdt barnets fødselsforløb på obstetrisk enhed.

11.8.1.2 Starttidspunkt for barnets fødselskontakt

Starttidspunkt for barnets fødselskontakt er normalt fødselstidspunktet ved fødsel på hospitalet og ved hjemmefødsel.

Hvis barnet ved hjemmefødsel er født før jordemoderens ankomst, angives som kontaktstarttidspunkt tidspunktet for jordemoderens ankomst til hjemmet.

Hvis det nyfødte barn modtages på hospitalet efter fødslen, og der skal foretages fødselsindberetning fra hospitalet, oprettes tilsvarende en fødselsindberetningskontakt med starttidspunkt lig med barnets ankomst til hospitalet. *Der skal således ikke "tilbagedateres".*

Det eksakte **fødselstidspunkt** for det enkelte barn skal under alle omstændigheder altid fremgå af barnets fødselsindberetning. Fødselstidspunktet kan ligge før kontaktstart jf. ovenstående situationer.

11.8.1.3 Aktionsdiagnose på barnets fødselskontakt

Aktionsdiagnosen for barnets fødselskontakt vælges ud fra koderne i kodeliste [diag.foedbarn]:

Fødselsdiagnoser. Diagnosekoder kodeliste: [diag.foedbarn]		
DZ389	Levendefødt barn	[diag.foedbarn.vital]
DP950	Dødfødt barn	[diag.foedbarn.doed]

Disse diagnose-værdier må kun anvendes på barnets fødselskontakt og kun som aktionsdiagnose.

11.8.2 Fødselsindberetning vedrørende barnet (resultatindberetning)

Indberetningen vedrørende barnet fremgår af det følgende skema, der viser indberetningen, der foretages som resultatindberetningen: 'Fødselsindberetning barn'.

Trigger for fødselsindberetningen er en fødselsdiagnose [diag.foedbarn] {DZ389} eller {DP950} som aktionsdiagnose.

11.8.2.1 Frist for komplet indberetning

Hvis der er indberettet en ikke færdiggjort fødselsindberetning (status = {RAS00}), skal denne altid **senest 7 dage efter afslutning af fødselskontakten** følges op af en fuld indberetning (status = {RAS01}) med samme trigger.

11.8.2.2 Fødselstidspunkt

Tidspunktet for, hvornår barnet er ude af moderen indberettes som fødselstidspunktet i indberetningen. Fødselstidspunktet kan ligge inden kontaktstarttidspunktet, jf. afs. 11.8.1.2

11.8.2.3 Angivelse af gestationsalder ved fødselsindberetning – barn

Der skal obligatorisk indberettes gestationsalder (= svangerskabslængde) på barnets fødselstidspunkt.

Gestationsalder angives i hele uger og dage og er SKS-klassificeret, kodeliste: [res.gestald].

11.8.2.4 Kuld

Der skal obligatorisk indberettes kuld, som er det samlede antal af levendefødte og dødfødte børn ved den aktuelle fødsel.

11.8.2.5 Flernummer

Flernummer er obligatorisk ved kuld større end 1.

Flernummeret angiver barnets nummer i rækkefølgen ved flerfoldsfødsel og er SKS-klassificeret, kodeliste: [res.flernr].

Ved enkeltfødsel kan SKS-koden for værdien {RGAC01} 'barn A' indberettes.

11.8.2.6 Indberetning af øvrige oplysninger i forbindelse med fødslen

De øvrige oplysninger i resultatindberetningen ved barnets fødsel skal altid indberettes efter de til enhver tid gældende fagligt fastsatte principper.

Resultatindberetning ved fødselskontakt – barn

navn: Fødselsindberetning barn (nyfødt) (RAA03)				Indberetning af fødsel af barn til Landspatientregisteret	
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt	
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Forløbselement	
trigID (til Diagnose)	Trigger udfaldsrum [diag.foedbarn] = [diag.foedbarn.vital] OG [diag.foedbarn.doed] = {DZ389; DP950}			Regel for trigning: <i>diagnose</i> <- aktionsdiagnose IN [diag.foedbarn] Omfatter aktionsdiagnose for barnets fødselskontakt	
ansvarlig enhed	SORKlass				
status	[resindb.status]			generel status/komplethed af resultatindberetningen Obligatorisk	
inkomplet RI-indberetning krævet			nej		
DELAY for komplet RI-indberetning			fuld indberetning (status = {RAS01}) skal ske senest 7 dage efter afslutning af fødselskontakten		
Resultattekst	Resultat-type	kardinalitet	art	udfaldsrum	regel
fødselstidspunkt	RDA31	1	datoTid	tidspunkt	obligatorisk. Fødselstidspunktet kan ligge før kontaktstart
gestationsalder (svangerskabslængde ved fødslen)	RDA20	(0)..1	SKSkode	[res.gestald]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] Gestationsalder i (uger+dage)
kuld	RDA32	(0)..1	integer	heltal (antal)	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
flernummer	RDA33	(0)..1	SKSkode	[res.flernr]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] OG kuld større end 1
fosterpræsentation	RDA34	(0)..1	SKSkode	[res.praesent]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
apgar-5	RDA35	(0)..1	integer	heltal (-1;0-10) °	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
hovedomfang	RDA36	(0)..1	integer	heltal (cm) °	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
abdominalomfang	RDA37	(0)..1	integer	heltal (cm) °	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
placentavægt	RDA38	(0)..1	integer	heltal (gram) °	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
fødselsvægt	RDA39	(0)..1	integer	heltal (gram) °	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
fødselslængde	RDA40	(0)..1	integer	heltal (cm) °	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
fødested	RDA41	(0)..1	SKSkode	[res.foedested]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
Overførsel #	RDA42	0..1	SKSkode	[res.overfoert]	frivillig. Ved overførsel til hospital under fødsel ved planlagt hjemmefødsel hhv. planlagt fødsel på fødeklinik
pH fra navlesnorsarterie	RDA46	(0)..1	real	pos. decimaltal	indberettes, hvis målinger er foretaget
pH fra navlesnorsvene	RDA47	(0)..1	real	pos. decimaltal	
base-excess fra navlesnorsarterie	RDA48	(0)..1	real	decimaltal	
base-excess fra navlesnorsvene	RDA49	(0)..1	real	decimaltal	

[resindb.status.suba] = {RAS01} | ° Heltalsværdien "-1" kan anvendes i indberetningen, når der ikke foreligger et resultat.

NB: Tidspunkter for resultater ikke medtaget i oversigten

#) Obstetrikere ønsker, at dette resultat (overførsel) flyttes til moderens fødselsindberetning. Dette vil blive behandlet under LPR-driftsgovernance

Fosterpræsentation, fødested samt oplysning om **overførsel til hospital** (frivillig) under igangværende fødsel er SKS-klassificerede oplysninger.

Heltalsværdien "-1" kan anvendes i indberetningen af oplysninger for mål, vægt og Apgarscore ved 5 minutter, når undersøgelsesresultat ikke foreligger.

11.9 Barselsperioden

Moderens og barnets uafbrudte ophold på barselsgangen efter fødslen kan indgå i fødselskontakterne.

► Vedrørende indlæggelse af moderen efter hjemmefødsel – se afs. 11.5.3.3

Forløbene (forløbselement) for mor og barn i obstetrisk regi kan fortsætte, så længe der, der gives ydelser under fortsat forløbsansvar på obstetrisk enhed.

11.9.1 Nyfødt som rask ledsager

Raske nyfødte, der ledsager moderen på barselskontakt efter fødslen, skal ikke indberettes til LPR, men kan registreres på lokal kontakt med aktionsdiagnose {DZ763B} 'Rask nyfødt som ledsager' som aktionsdiagnose. Disse kontakter indberettes **ikke**.

Hvis barnet på barselsgangen skal modtage ydelser, der skal indberettes – fx hørescreening – skal der oprettes en ambulant kontakt på barnet (se afs. 11.9.4), hvis ikke barnet allerede har en igangværende patientkontakt.

Ydelser givet til barnet må ikke registreres på moderen.

11.9.2 Nyfødt barn med klinisk problemstilling

Hvis der under barnets fødsel-barselsperiode opstår mistanke om eller konkret sundhedsfaglig problematik, kan dette varetages under fødselsforløbet så længe, at observation og behandling sker under kontaktsvar på obstetrisk enhed.

Hvis barnet overføres til anden forløbsansvarlig enhed, afsluttes fødselselementet, og der oprettes et **nyt forløbselement** på barnet med relevant forløbslabel forskellig fra 'Nyfødt'.

Forløbet med forløbslabel 'Nyfødt' er forbeholdt det afgrænsede og oftest kortvarige forløb på obstetrisk enhed. Fødselsforløbet kan dog også inkludere kortvarige ophold og ydelser på anden enhed ved observation og behandling af midlertidige neonatale tilstande, så længe forløbsansvaret fortsat tilhører obstetrisk enhed.

Som aktionsdiagnose på den nye patientkontakt angives den vigtigste indikation for kontakten efter de generelle diagnose-principper. Fødselsdiagnose må ikke anvendes på kontakter efter fødselskontakten.

Hvis moderen indlægges sammen med barnet, kan moderens ophold registreres på lokal kontakt, der ikke indberettes.

11.9.3 Undersøgelse af "rask nyfødt"

Hvis der efter fødslen foretages (rutine)undersøgelse af det nyfødte barn på selvstændig patientkontakt uden sygdom eller mistanke om sygdom eller anden tilstand før og efter undersøgelsen, kan aktionsdiagnosen {DZ769A} 'Rask nyfødt' anvendes.

Der kan i forbindelse med denne kontakt også foretages hørescreening og andre lignende ydelser, der skal procedureregistreres med tilhørende resultatindberetning – se nærmere i afs. 14.1

11.9.4 Neonatal hørescreening

Ved selvstændig patientkontakt for det nyfødte barn efter fødselskontakten, der udelukkende eller primært er begrundet i, at der skal foretages hørescreening, anvendes aktionsdiagnosen {DZ135C} 'Screening for medfødt høretab'.

Der skal desuden foretages procedureregistrering med indberetning af tilhørende resultatindberetning – se nærmere i afs. 14.1

12 ABORTER

Abort-området, der beskrives for sig selv i dette kapitel, omfatter spontane og provokerede aborter, samt graviditet med patologisk graviditetsprodukt.

► Se også afs. 12.5 vedr. fødsel af barn med livstegn efter abortprocedure

I indberetningen til LPR afspejles et (graviditet-)abortforløb sig ofte i en række af patientkontakter under et samlet forløbsansvar under den samme organisatoriske enhed svarende til et forløbselement.

Forløbselementet for abortforløbet indberettes med **forløbslabel**: 'Graviditet, fødsel og barsel' og startforløbsmarkør 'Henvist i graviditet', evt. 'Akut patient', hvis forløbet starter med akut kontakt uden henvisning.

En abortdiagnose (afs. 12.3.1) trigger en **resultatindberetning**: 'Abortoplysninger' med oplysninger om svangerskabslængde på sluttidspunktet for abortindgrebet hhv. starttidspunktet for spontan abort, samt supplerende oplysninger om misdannelser ved sene provokerede aborter på medicinsk indikation og ved meget sene spontane aborter.

Fuld indberetning skal ske **senest 7 dage** efter afslutning af patientkontakten med trigger-diagnosen.

Spontan eller provokeret abortering kan forekomme indenfor rammerne af et andet sygdomsforløb (fx kræftforløb). Der behøver i disse særlige *per occasionem* situationer ikke at blive oprettet et selvstændigt abortforløb, men der skal ved abortering i alle tilfælde registreres og indberettes en relevant abortdiagnose (som bidiagnose) med tilhørende resultatindberetning.

Henvisninger til andre afsnit

- Graviditet, fødsel og barsel i øvrigt er beskrevet i Kap. 11
- "Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv." – se afs. 11.3
- Diagnoseindberetningens og procedureindberetningens basale principper findes i Kap. 6 hhv. 7
- De generelle principper for indberetningen af resultater er beskrevet i Kap. 9, herunder hvordan gentagne resultatindberetninger håndteres i indberetningen – se også afs. 12.3.3.1

Bemærk

Ved aborter tilsiger den nuværende lovgivning, at det er *kvitteringstidspunktet*, dvs. tidspunktet for, hvornår fosteret eller svangerskabsproduktet er ude af moderen, der betinger svangerskabslængden for aborten og dermed, om der er tale om et dødt foster eller et dødfødt barn (efter 22 svangerskabsuger).

Dette gælder såvel spontane aborter som provokerede medicinske og kirurgiske aborter.

Særlig opmærksomhed skal rettes mod de provokerede aborter, hvor det altså **ikke** er starttidspunktet for den svangerskabsafbrydende handling, der sætter svangerskabslængden. En provokeret abort, der skal foregå inden for en tidsgrænse, skal altså være afsluttet inden denne tidsgrænse.

12.1 Aborter – indberetning og anmeldelse

Abortering kan foretages planlagt eller ske spontant, førende til akut patientkontakt, eller eventuelt ske i forbindelse med en igangværende patientkontakt (og forløb) for en anden helbredstilstand.

Abort og abortanmeldelse omfatter kontakttyperne: 'fysisk fremmøde' og 'udekontakt'. Kontaktårsag ved akutte abortkontakter er 'anden'.

Startmarkør for nyt forløbselement for abort er 'Henvist i graviditet' {AFV01A6} eller 'Akut patient' {AFV01A9} ved forløb opstartet ved akut henvendelse ved spontan abortering.

Anmeldelser af spontane og provokerede aborter til Landspatientregisteret foretages via diagnose- og procedureindberetningerne, samt som supplerende oplysninger via særlig **resultatindberetning**: 'Abort-oplysninger'.

Trigger for indberetningen er en **abortdiagnose**. Der anvendes særlige diagnosekoder for abortkontakter, som altid skal anvendes ved kontakter med abort – se afs. 12.3.1

Hvis abort er det vigtigste på kontakten, registreres abortdiagnosen som aktionsdiagnose.

Hvis abortering sker i forbindelse med kontakt for anden sygdom, kan abortdiagnosen også registreres som **bidiagnose**. Indberetningskravene er uafhængige af diagnosetypen.

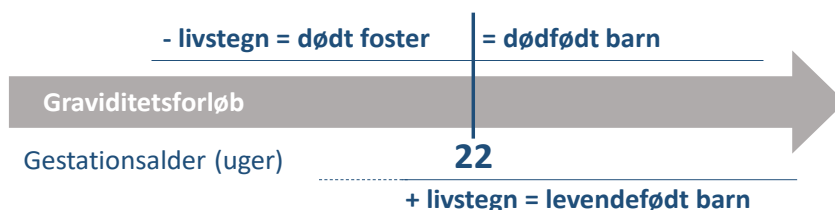
12.2 Anvendte termer og definitioner – aborter

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	kodeliste
<i>abort</i> (abortering)	abortering af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger Kommentar: Svangerskabslængde $\leq 21+6$ Omfatter spontan og provokeret abort før fulde 22 svangerskabsuger	
<i>provokeret abort</i>	abortering på baggrund af en <u>sundhedsintervention</u> af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger Kommentar: Indgreb skal være indledt, således at fosteret er aborteret inden tidsrammen for den lovbestemmelse, som indgrebet udføres under	
<i>spontan abort</i>	abortering der ikke sker på baggrund af et indgreb af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger Kommentar: Efter 22 uger anvendes betegnelsen "spontan fødsel af dødt barn"	
<i>abortdiagnose</i>	diagnosekode der er trigger for resultatindberetningen 'Abortoplysninger'	[diag.abort]
<i>begrundelse for samrådstilladelse</i>	klassificeret angivelse af begrundelse for samrådstilladelse til sen provokeret abortering	[res.samraad]
<i>diagnose ved medicinsk provokeret abort</i>	Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Abortoplysninger'	[diag.abort.prov.medind]
<i>diagnose ved patologisk graviditetsprodukt</i>	Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Abortoplysninger'.	[diag.abort.patogavid]
<i>diagnose ved provokeret abort</i>	Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Abortoplysninger'	[diag.abort.prov]
<i>diagnose ved sen provokeret abort</i>	Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Abortoplysninger'	[diag.abort.prov.sen]
<i>diagnose ved spontan abort</i>	Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Abortoplysninger'	[diag.abort.spon]
<i>misdannelsediagnose</i>	Kommentar: Klassificeret betegnelse for forekomst af misdannelse (inkl. mistanke om misdannelse), der er obligatorisk ved resultatindberetningen 'Abortoplysninger'	[diag.misdann] <i>foreløbigt afgrænset til {DQ}</i>

12.3 Beskrivelse – abortindberetning

Anvendelse af betegnelsen "abort" skal ses i forhold til det enkelte foster, og anvendelsen af termen "abort" i diagnoseregistreringen er kun forbeholdt de situationer, hvor "resultatet" er et foster uden livstegn inden fulde 22 svangerskabsuger.

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



Efter 22 svangerskabsuger er der altid tale om et barn, dvs. at der er krav om fødselsindberetning eller anmeldelse af dødfødsel.

Dette betyder, at:

- hvis en abortprocedure resulterer i et barn med livstegn, betragtes dette som en fødsel af levedefødt barn, hvorfor der skal registreres fødselsdiagnose^a og foretages fuld fødselsindberetning. Dette gælder uanset svangerskabslængde
 - hvis en abortprocedure foretaget efter 22 svangerskabsuger ($\geq 22+0$) resulterer i barnets død, dvs. at der ikke er livstegn, betragtes dette som fødsel af dødt barn og skal derfor indberettes og anmeldes som dødfødsel
 - hvis der er foretaget en abortprocedure inden 22 svangerskabsuger, men barnet (uden livstegn) først fødes efter 22. uge, skal dette jf. Sundhedsloven ligeledes betragtes som fødsel af et dødt barn og skal derfor indberettes og anmeldes som dødfødsel.
- Dette inkluderer fosterreduktion ved flerfoldsgraviditet

^a ... som aktionsdiagnose samt abortdiagnose som bidiagnose. Se nærmere i afs. 11.6.3 og 12.5

Eventuelle **misdannelser** hos barnet indberettes som bidiagnose(r) på barnets patientkontakt.

Bemærk

Lovgivningen tillader i dag ikke konstatering af fosterdød intrauterint. Dette gælder uanset udført intervention (inkl. fosterreduktion tidligere i graviditeten).

12.3.1 Diagnoser ved abortkontakt

Der skal ved abortering anvendes følgende aktionsdiagnoser i de angivne situationer:

Diagnosekode	SKS-kodeliste	Situation
DO00-02	[diag.abort.patogavid]	Patologisk graviditetsprodukt
DO03	[diag.abort.spon]	Spontan abortering
DO04-06	[diag.abort.prov]	Provokeret abortering

Der er krav om anmeldelse til Landspatientregisteret i hver af disse situationer. Dette foretages med **resultatindberetningen** 'Abortoplysninger' – se afs. 12.4

Diagnosekoderne kan også anvendes som bidiagnoser på kontakter, der primært er begrundet i behandling af anden sygdom. Indberetningskravene er uafhængig af diagnosetype.

12.3.1.1 Komplikationer i forbindelse med og efter provokeret abort

Eventuelle komplikationer (DO08-koder) opstået indenfor abortkontakten registreres som bidiagnoser.

Ved ny patientkontakt pga. komplikation i efterforløbet anvendes komplikationsdiagnose {DO08} som aktionsdiagnose.

12.3.2 Sene spontane aborter

Der er ved sene spontane aborter efter 16 svangerskabsuger særlige krav til resultatindberetningen 'Abortoplysninger', som nærmere beskrevet under afs. 12.4.

Efter 22 svangerskabsuger er der tale om dødfødsel, også selv om intrauterin fosterdød er påvist inden denne tidsgrænse.

12.3.3 Provokeret abort

- ▶ Vedrørende de særlige situationer, hvor en abortprocedure resulterer i et barn med livstegn – se afs 12.5

12.3.3.1 Registreringer ved provokeret abort

Det samlede abortforløb vil normalt finde sted i samme ambulatorium over flere fremmøder, fx udredning/samtale, indgift/udlevering af medicin eller kirurgisk indgreb, samt kontrolundersøgelse/indgreb efter abortering.

Kontaktregistreringer ved provokeret abort:

Kode	Beskrivelse
DO04-06; (DO088J; DO088K)**	Aktionsdiagnose (evt. bidiagnose)
evt. komplikationsdiagnose(r) (DO08*)	Eventuelle komplikationer opstået indenfor abortkontakten indberettes som bidiagnoser
KLCH*	Kirurgisk abortindgreb. Obligatorisk
BKHD4*	Medicinsk abort behandlingskode(r). Obligatoriske procedurer
svangerskabslængde og misdannelsesoplysninger	Indberettes i resultatindberetningen: 'Abortoplysninger'

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

12.3.3.2 Sene provokerede aborter

Ved sene provokerede aborter med føtucidium eller clamping er det tidspunktet for, hvornår fosteret eller barnet er ude, der er afgørende for, om der er tale om dødt foster eller dødfødt barn.

Der er ved sene provokerede aborter på medicinsk indikation efter 12 svangerskabsuger særlige krav til resultatindberetningen 'Abortoplysninger', som nærmere beskrevet under afs. 12.4.

12.3.3.3 Diagnoser og abortanmeldelse ved provokeret abort

Hvis udredning finder sted på en selvstændig kontakt uden behandling eller udlevering af medicin, indberettes {DZ324} 'Uønsket graviditet' som aktionsdiagnose til at beskrive denne kontakt.

På første **behandlingskontakt** med indgift eller udlevering af abortmedicin eller udførelse af abortindgreb, registreres og indberettes aktionsdiagnose for provokeret abort [diag.abort.prov]: {DO04-06}, der **trigger** den tilhørende **resultatindberetning**: 'Abortoplysninger', og der indberettes relevant(e) behandlingskode(r) knyttet til kontakten.

► [Resultatindberetningen er nærmere beskrevet i afs. 12.4](#)

12.3.3.3.1 Indberetning ved flere kontakter med abortdiagnose

Hvis udlevering og behandling strækker sig over to eller flere fremmøder på hospitalet, indberettes aktionsdiagnosen for provokeret abort på hver af disse kontakter. Dette vil *trigge* den samme resultatindberetning flere gange.

Hvis komplet anmeldelse er foretaget ved indberetning af den første kontakt, indberettes blot en kopi af denne i forbindelse med den næste kontakt (trigning).

Hvis oplysningerne ikke er komplette (status = {RAS00}) ved første indberetning, indberettes komplet (status = {RAS01}) resultatindberetning knyttet til **seneste** trigger jf. det generelle princip for resultatindberetninger beskrevet i afs. 9.3.2.

Ved en kontrolkontakt efter endt behandling anvendes i ukomplicerede tilfælde aktionsdiagnosen {DZ098A} 'Kontrolundersøgelse efter medicinsk tidlig abort'. Ved kontrolbesøg efter sen abortering anvendes aktionsdiagnosen {DZ098C} 'Kontrolundersøgelse efter abort IKA'.

12.3.3.4 Procedureindberetning ved provokeret abort

Medicinske og kirurgiske procedurer, der fører til eller anvendes i forbindelse med provokeret abort, skal obligatorisk registreres og indberettes på dagen for udførelse hhv. indgift eller udlevering af abortmedicin.

Ved medicinsk abort anvendes behandlingskode(r) fra {BKHD4*}. Ved kirurgisk abort relevant operationskode fra {KLCH*}.

Udleveret medicin (antiprogesteron, prostaglandin-analog) til hjemmebrug mellem besøgene registreres som behandling på dagen for udlevering.

Om, og i givet fald hvornår, at patienten indtager medicinen bliver ikke dokumenteret i indberetningen.

Resultatindberetning af svangerskabslængde, oplysninger om misdannelse og eventuel samrådstilladelse:

navn: Abortoplysninger (RAA04)			Angivelse af svangerskabslængde og oplysninger om misdannelse ved patologisk graviditet, samt ved provokeret og spontan abort		
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt	
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Forløbselement	
trigID (til) Diagnose	Trigger udfaldsrum [diag.abort] = {DO00-02; DO03; DO04-06}			Regel for trigning: <i>diagnose</i> IN [diag.abort] Omfatter aktionsdiagnose og bidiagnose	
ansvarlig enhed	SORklass				
status	[resindb.status]			generel status/komplethed af resultatindberetningen Obligatorisk	
inkomplet RI-indberetning krævet		nej			
DELAY for komplet RI-indberetning		fuld anmeldelse (status = {RAS01}) skal ske senest 7 dage efter afslutning af patientkontakten med trigger-diagnosen			
Resultattekst	resultat-type	kardi-nalitet	art	udfalds-rum	regel / kommentar
samrådstilladelse (ST)	RDA51	(0)..1	SKSkode	[res.samraad]	obligatorisk ved fødsel af barn efter abortprocedure med baggrund i samrådstilladelse: [resindb.status.suba] OG <i>diagnose</i> IN [diag.abort.samraad.subb] ELLER [diag.abort.samraad.suba]: abortdiagnose = {DO059; DO069}
gestationsalder (svangerskabslængde)	RDA20	0..1	SKSkode	[res.gestald]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] Gestationsalder i (uger+dage)
misdannelsesoplysning	RDA52	0..1	SKSkode	[res.misdann]	(a) obligatorisk ved: [resindb.status.suba] OG gestationsalder IN [res.gestald.provabort] OG <i>diagnose</i> IN [diag.abort.samraad.subb]
					(b) obligatorisk ved: [resindb.status.suba] OG gestationsalder IN [res.gestald.spontabort] OG <i>diagnose</i> IN [diag.abort.spon]
misdannelsesdiagnose	RDA53	0..*	SKSkode	[diag.misdann]	obligatorisk ved misdannelsesoplysning: =[res.misdann.suba] [#]
Bemærk	Indberetning af gestationsalder skal foretages i alle tilfælde ved kontakt med abortdiagnose, kodeliste [diag.abort] Misdannelsesoplysninger skal indberettes i forbindelse med sene provokerede aborter på medicinsk indikation og ved meget sene spontane aborter: - provokerede aborter =[diag.abort.samraad.subb] i perioden 13-22. uge (inkl.) svangerskabsuge = [res.gestald.provabort]: uger 12+0 til 21+6 på medicinsk indikation uden livstegn - spontane aborter =[diag.abort.spon] i perioden 17-22. uge (inkl.) svangerskabsuge = [res.gestald.spontabort]: uger 16+0 til 21+6 [#]) Ved misdannelsesoplysning med kodeværdi i [res.misdann.suba] (= 'misdannelse bekræftet' (RGAH01)/'mistanke om misdannelse' (RGAH03)) skal der yderligere være registreret mindst en misdannelsesdiagnose (DQ-kode) fra "Klassifikation af sygdomme", kapitel DQ 'Medfødte misdannelser og kromosomanomalier'.				

[resindb.status.suba] = {RAS01} | [diag.abort.samraad.subc] = {DO050} (efter 12 uger uden ST)

[diag.abort.samraad.subb] = {DO059} (efter 12 uger med ST)

[diag.abort.samraad.suba] = {DO069} (før 12 uger med ST)

12.4 Indberetning af 'Abortoplysninger' (resultatindberetning)

Ved abortkontakt, dvs. kontakt med abort-diagnose, kodeliste: [diag.abort], skal der obligatorisk indberettes en resultatindberetning: 'Abortoplysninger' med oplysning om **svangerskabslængde** for abortindgrebet hhv. for spontan abort, se afs. 12.4.3, samt **misdannelsesoplysninger** ved spontan abort i perioden fra 17. til 22. svangerskabsuge (16+0 – 21+6) og ved provokerede aborter i perioden fra 13. svangerskabsuge (12+0) på medicinsk indikation.

Der skal ved abortering med samrådstilladelse desuden indberettes specificeret oplysning om tilladelsen – se afs. 12.4.2

Patologisk graviditetsprodukt (diagnoser i {DO00-02}) skal ligeledes tilsvarende indberettes med resultatindberetning med obligatorisk svangerskabslængde.

► Alle regler fremgår af det følgende data-skema – se forrige side.

12.4.1 Frist for komplet anmeldelse

Hvis der er indberettet en ikke færdiggjort abortanmeldelse (status = {RAS00}), skal denne altid **senest 7 dage efter afslutning af abortkontakten** følges op af en fuld anmeldelse (status = {RAS01}) med samme trigger.

12.4.2 Samrådstilladelse

Der skal ved provokeret svangerskabsafbrydelse efter 12 svangerskabsuger (med og uden samrådstilladelse) samt før 12 svangerskabsuger med samrådstilladelse indberettes klassificeret oplysning om samrådstilladelse (ST).

Kravene til indberetningen er betinget af abort-diagnosekoden.

► Sammenhængene fremgår af [tabellen på næste side](#) ►

12.4.3 Angivelse af svangerskabslængde ved patologisk graviditet samt ved spontane og provokerede aborter

Der skal obligatorisk indberettes svangerskabslængde (= gestationsalder) ved kontakter med abort-diagnose, kodeliste [diag.abort].

Svangerskabslængden angives som det skønnede graviditetstidspunkt **ved kvittering af fosteret** (uden livstegn) eller fødsel af barn (ved livstegn).

Svangerskabslængde indgår i resultatindberetningen: 'Abortoplysninger' og angives i hele uger og dage og er SKS-klassificeret [res.gestald].

12.4.4 Indberetning af misdannelsesoplysninger i forbindelse med visse aborter

Misdannelsesoplysninger skal indberettes i forbindelse med sene provokerede aborter på medicinsk indikation og ved meget sene spontane aborter.

Indberetninger vedrørende misdannet foster og kromosomanomalier:

Diagnose		Betingelse vedr. svangerskabslængde
Provokeret abort kodeliste: [diag.abort.samraad.subb] = {DO059}		>12 uger og <22 uger dvs. interval: [12+0 - 21+6] kodeliste: [res.gestald.provabort]
Spontan abort kodeliste: [diag.abort.spon] = {DO03*}		>16 uger og <22 uger dvs. interval: [16+0 - 21+6] kodeliste: [res.gestald.spontabort]
koder for misdannelsesoplysning (misdannet foster/barn inklusiv kromosomanomali) [res.misdann]:		
RGAH01	misdannelse bekræftet	til RGAH01 og RGAH03 skal der yderligere registreres kode (misdannelsediagnose) for specifik (mistænkt) misdannelse
RGAH02	misdannelse afkræftet	
RGAH03	mistanke om misdannelse	
RGAH09	misdannelse ikke oplyst	

Diagnosekoder og samhørende oplysning for samrådstilladelse ved abortprocedure på baggrund af samrådstilladelse:

Diagnose [diag.abort.samraad]		Samrådstilladelse [res.samraad] (.subliste)		
kode (sub- liste)	kodetekst	kode	kodetekst	krav
DO050 (.subc)	Fremkaldt abort efter 12 graviditetsuger uden samrådstilladelse	RGAG01 (.subc)	uden samrådstilladelse ved fare for kvindens liv eller helbred	frivillig
DO059 (.subb)	Fremkaldt abort efter 12 graviditetsuger med samrådstilladelse	samrådstilladelse angives med en af følgende koder: (.subb)		
		RGAG02	samrådstilladelse ved risiko for forringelse af kvindens helbred	obligatorisk
		RGAG03	samrådstilladelse ved graviditet der skyldes omstændigheder nævnt i straffeloven	
		RGAG04	samrådstilladelse på grund af arvelige anlæg hos fosteret	
		RGAG05	samrådstilladelse på grund af beskadigelse eller sygdom hos fosteret	
		RGAG06	samrådstilladelse på grund af kvindens manglende evne til at drage omsorg for barnet	
		RGAG07	samrådstilladelse på grund af kvindens unge alder eller umodenhed	
		RGAG08	samrådstilladelse på grund af alvorlig belastning af kvinden	
		RGAG09	samrådstilladelse efter anmodning fra en særlig beskikket værge	
		RGAG11	samrådstilladelse uden samtykke fra forældre	
		RGAG12	samrådstilladelse trods nægtet samtykke fra forældre	
DO069 (.suba)	Fremkaldt abort før 12 graviditetsuger med samrådstilladelse	samrådstilladelse angives med en af følgende koder: (.suba)		
		RGAG09	samrådstilladelse efter anmodning fra en særlig beskikket værge	obligatorisk
		RGAG10	samrådstilladelse med samtykke fra forældre	
		RGAG12	samrådstilladelse trods nægtet samtykke fra forældre	

Bemærk

Der er ikke krav om misdannelsesoplysninger, når resultatet er et levende barn (+livstegn). I disse tilfælde vil misdannelser blive registreret på barnet.

Ved svangerskabsafbrydelse udført efter 22 svangerskabsuger, hvor resultatet er enten et dødfødt barn eller et levendefødt barn, skal eventuelle misdannelser hos barnet indberettes på anmeldelsen af dødfødsel hhv. som bidiagnose på barnets fødselsindberetning.

12.5 Fødsel af barn med livstegn efter svangerskabsafbrydelse

Med baggrund i "Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv." (se afs. 11.3) vil der i sjældne tilfælde opstå situationer, hvor planlagt svangerskabsafbrydelse fører til et barn, der viser livstegn efter adskillelsen fra moderen.

I disse tilfælde skal barnet efter vejledningen betragtes som levendefødt, og der skal foretages komplet fødselsindberetning af barnet via LPR.

Dette gælder uanset svangerskabslængde, og uanset hvor kort tid, der er livstegn. Et uafvendeligt døende barn er således også et levendefødt barn. Barnet skal tildeles et personnummer.

Indberetningerne vedrørende moderen foretages som en **samlet fødsels-/abort-kontakt**, som beskrevet i afs. 11.6.3. **Fødselsdiagnosen** {DO836} eller {DO846} er aktionsdiagnose, og relevant **abortdiagnose** skal indberettes som bidiagnose.

Den specificerede baggrund for samrådstilladelsen angives i abort-indberetningen med relevant kode [res.samraad] i resultatet 'samrådstilladelse'.

Herudover skal indberetningen foretages som ved andre fødsler hhv. abortkontakter.

13 SKADER

Akutte patientkontakter med fysisk fremmøde kan opstå som led i et eksisterende sygdomsforløb eller som en ny selvstændig sygdoms- eller skadeproblematik.

Akutte patientkontakter

Hvis en akut patientkontakt opstår som led i et eksisterende sygdomsforløb eller skadeforløb, skal patientkontakten principielt knyttes til forløbselementet for denne sygdom. Hvis der er oprettet et nyt selvstændigt forløbselement i forbindelse med en akut patientkontakt, kan sammenknytning foretages "efterfølgende".

- ▶ se også afs. 5.3-5.3.1

Akutte somatiske skadekontakter

Skadekontakter er **akutte somatiske kontakter** med skade eller mistanke om skade som den vigtigste årsag til patientkontakten.

De detaljerede krav til skadekontakter, som beskrevet i dette kapitel, er afgrænset til kontakttypen 'fysisk fremmøde' på somatiske enheder. Kontaktårsag og tilhørende skadeindberetning anvendes ikke for psykiatriske patientkontakter.

Baggrunden for den akutte skadekontakt angives ved indberetning af **kontaktårsag**. Kontaktårsagen er "**trigger**" for de yderligere krav til indberetning af ydre årsager til skade ved ulykker, selvmordsforsøg og voldshandlinger.

Kontaktårsagen 'anden tilsigtet selvskade' (ny i LPR) anvendes ved selvmutilation (fx "cutter") uden selvmordsforsøg. Denne kontaktårsag medfører ikke krav til resultatindberetning.

- ▶ Kontaktårsagerne er nærmere beskrevet under afs. 5.7

Indberetningen af **ydre årsager til skade** foretages ved **resultatindberetningen**: 'Skadeindberetning', der erstatter tidligere tilsvarende indberetningskrav til tillægskodning. De uændrede krav bygger grundlæggende på den nordiske klassifikation af ydre årsager til skade (NCECI vers. 4, NOMESKO).

Anmeldelsesstatus {RAS00} kan anvendes af enheden, indtil indberetningen er færdigudfyldt. Fuld anmeldelse {RAS01} skal foretages **senest 3 dage** efter afslutning af skadekontakten.

Henvisninger til andre afsnit

- ▶ **Kontaktårsagerne** er beskrevet under Kontakt i Kap. 5. Kontaktårsag indberettes knyttet til skadekontakten.
- ▶ De generelle principper for resultatindberetningen er beskrevet i Kap. 9
- ▶ Diagnoseindberetningens basale principper er beskrevet i Kap. 6
- ▶ Procedureindberetningen er beskrevet generelt i Kap. 7. Der er bla. krav til indberetning af operationer og billed-diagnostiske procedurer, der også er aktuelt ved undersøgelse og behandling af skade og mistanke om skade

13.1 Primære skadekontakter

Kravene til resultatindberetningen: 'Skadeindberetning' gælder ved primære akutte somatiske patientkontakter med kontaktårsagerne (den primære baggrund): Ulykke, voldshandling og selvmordsforsøg.

Bemærk

Dette gælder også specialafdelinger, hvor patienter med skader modtages til akut behandling (kontakt), fx øjenafdelinger og øre-næse-hals afdelinger

Reglerne for primære skadekontakter tager udgangspunkt i kontaktårsag og kontakttypen, ikke i diagnoser.

13.1.1 Kontaktårsager

Kontaktårsagen angiver den umiddelbare baggrund for den aktuelle kontakt. Der er som sagt krav om at indberette kontaktårsag knyttet til kontaktindberetningen ved **akutte somatiske patientkontakter**, dvs. akutte patientkontakter på somatiske enheder begrundet i sygdom, samt alle primære (førstegangs-)kontakter ved skade og mistanke om skade som følge af ulykker, voldshandlinger eller tilsigtet selvskade.

Kontaktårsagen er "trigger" for de yderligere krav til specificering af de ydre årsager til skade.

- ▶ Kontaktårsagerne er udførligt beskrevet under Kontakt i Kap. 5, afs. 5.7

Det er vigtigt, at kontaktårsagsregistreringen ved indhentning af relevant information gøres så korrekt som muligt. Kontaktårsagen skal klinisk valideres inden kontaktafslutning.

Det er herunder vigtigt at være opmærksom på, at selv om meget eventuelt kan tilbageføres til patientens grundsygdom og den dertil hørende adfærd, så er det den umiddelbare baggrund for den aktuelle patientkontakt, som kontaktårsagen beskriver.

Det er fx *faldet*, der medførte hovedskaden (aktionsdiagnose), der er fokus i de ydre årsager til skaden, ikke den svimmelhed, der førte til faldet. Bagvedliggende sygdom som medvirkende årsag til hændelsen kan registreres som bidiagnose på skadekontakten.

13.1.1.1 Valg af kontaktårsag

Kontaktårsagen skal ses i direkte relation til den eller de behandlede sygdomme og skader på den akutte patientkontakt.

Den klinisk set tungeste tilstand, der registreres som kontaktens aktionsdiagnose, vil også være den tilstand, der afspejles i den registrerede kontaktårsag.

Den registrerede kontaktårsag er bestemmende for de yderligere krav til registreringen af ydre årsager til skade i 'Skadeindberetning'.

Kontaktårsag {ALCC01} 'sygdom' anvendes efter udelukkelse af de andre specificerede kontaktårsager.

Komplikationer til undersøgelse og behandling {DT80-98} henregnes til kontaktårsag 'sygdom', med mindre, at der er tale om en ulykke, dvs. at tilstanden er opstået som følge af utilsigtet eller u hensigtsmæssigt udført procedure eller handling, fx ved utilsigtet fejl dosering af lægemiddel.

Ved skade eller mistanke om skade vil kontaktårsagen være ulykke, voldshandling, selvmordsforsøg eller anden tilsigtet selvskade. Hvis det i løbet af kontakten ikke kan afklares, hvilken af disse, der er korrekt, anvendes {ALCC02} 'ulykke'.

Kontaktårsag {ALCC90} 'anden kontaktårsag (UNS)' anvendes kun ved anden specificeret årsag til kontakt, der efter udelukkelse ikke er dækket af en af de øvrige, samt i de situationer, hvor kontaktårsagen ikke kan angives, fx ved bevidstløs indbragt patient, hvor det ikke i løbet af kontakten er afklaret, om baggrunden er sygdom eller anden (ydre) kontaktårsag.

Personer med psykisk choktilstand uden somatisk skade registreres ligeledes med kontaktårsag {ALCC90} 'anden kontaktårsag (UNS)'.

Fremkommer der i løbet af kontakten oplysninger af relevans for ændring af kontaktårsagen, skal den initiale registrering korrigeres. Kontaktårsagen kan ændres uden, at dette nødvendigvis ændrer ved de registrerede oplysninger i 'Skadeindberetning'.

Kontaktårsagen skal klinisk valideres på afslutningstidspunktet for den akutte patientkontakt.

13.1.2 Viderevisiteret skade-patient

I de tilfælde, hvor patienten ikke behandles på enheden, hvor patienten primært indbringes, og patienten derfor umiddelbart viderevisiteres til anden sundhedsfaglig enhed, kan indberetningen af ydre årsager udskydes til den efterfølgende patientkontakt.

Dette foretages ved at anvende kontaktårsagen {ALCC70} 'skadeindberetning foretages på efterfølgende patientkontakt' på den første akutte patientkontakt. Herved er der ikke yderligere krav til skadeindberetningen fra den første enhed.

13.1.3 Sekundære kontakter

Sekundære kontakter efter skade er akutte og elektive fortsættende og opfølgende patientkontakter, hvor skadediagnosen (fx fraktur) fortsat kan være i fokus ved behandling.

Hvis komplet skadeindberetning allerede er sikret og foretaget i forbindelse med den initiale akutte patientkontakt, kan sekundære akutte skadekontakter indberettes med særlig kontaktårsag {ALCC80} 'sekundær patientkontakt efter skade', hvorved der ikke er yderligere krav knyttet til indberetningen.

Eksempler på anvendelse af kontaktårsag 'sekundær patientkontakt efter skade':

En person bliver behandlet for knoglebrud på højre arm ved at få armen lagt i gips, og der bliver foretaget en komplet skadeindberetning fra akutmodtagelsen. Hvis patienten opfølgende bliver behandlet, på samme eller anden enhed, fx at gipsen skal af eller genanlægges, eller som følge af komplikationer, fx at gipsen er for stram, eller der er opstået en infektion, registreres denne anden kontakt med kontaktårsag {ALCC80} 'sekundær patientkontakt efter skade'.

En person indbringes til akut modtageafdeling efter trafikulykke. Der konstateres kompliceret brud af lårbensknoglen, som skal opereres akut under indlæggelse. Da der er foretaget komplet skadeindberetning på kontakten på akutmodtagelsen, indberettes den akutte indlæggelseskontakt på ortopædkirurgisk enhed med kontaktårsag {ALCC80} 'sekundær patientkontakt efter skade'

13.2 Anvendte termer og definitioner – skaderegistrering

Følgende definitioner og beskrivelser indgår i skaderegistreringen. Definitionerne er baseret på NOME-SKO's klassifikation af ydre årsager til skader (NCECI, version 4).

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	kodeliste
<i>ulykke</i>	en ufrivillig hændelse karakteriseret ved en hurtigtvirkende kraft eller påvirkning, som kan ytre sig i form af skade på kroppen	
<i>transportulykke</i>	ulykke der involverer et transportmiddel eller et dyr, som anvendes til transport af personer eller gods Kommentar: Inkl: transport (ikke lønnet) og lønnet transportarbejde	
<i>arbejdsulykke</i>	ulykke der indtræffer i arbejdstiden i forbindelse med lønnet arbejde eller arbejde som selvstændig	
<i>voldshandling</i>	tilsigtet handling der med fortsæt fører til skade på anden person	
<i>selvmordshandling (selvskadehandling)</i>	hændelse i form af tilsigtet handling der med fortsæt fører til skade på egen person Kommentar: Se vedrørende afgrænsning af selvmordsforsøg i afs. 13.3.6	
<i>skadesaktivitet (aktivitet)</i>	aktivitet som den tilskadekomne var i gang med på skadestidspunktet Kommentar: SKS-klassificeret	[res.skadeakt]
<i>skademekanisme</i>	direkte skadevoldende effekt på den tilskadekomne Kommentar: SKS-klassificeret	[res.skademek]
<i>Skadested</i>	sted hvor tilskadekomne befandt sig på tidspunkt for skades opståen Kommentar: SKS-klassificeret	[res.skadested]
<i>Branche</i>	brancheområde for tilskadekomnes arbejdsgiver Kommentar: SKS-klassificeret. Anvendes ved arbejdsulykker.	[res.branche]
<i>modpart ved voldshandling (skadeforvolder)</i>	modparts relation til voldsramte (tilskadekomne) Kommentar: SKS-klassificeret	[res.modpvold]
<i>transportform for tilskadekomne</i>	tilskadekomnes transportform på tidspunkt for skades opståen Kommentar: SKS-klassificeret. Obligatorisk ved transportulykke	[res.tfskadede]
<i>transportform for modpart</i>	modparts transportform på tidspunkt for skades opståen Kommentar: SKS-klassificeret. Obligatorisk ved transportulykke	[res.tfmodpart]
<i>trafikanontrolle for tilskadekomne</i>	tilskadekomnes trafikanontrolle på tidspunkt for skades opståen Kommentar: SKS-klassificeret. Fx fodgænger, buspassager	[res.trafikrolle]
<i>anvendt sikkerhedsudstyr</i>	sikkerhedsudstyr anvendt af tilskadekomne ved transportulykke Kommentar: SKS-klassificeret	[res.sikkuds]

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	kodeliste
uheldssituation	omstændigheder ved en transportsulykke Kommentar: SKS-klassificeret. Fx eneulykke, modpart i modsat færdselsretning	[res.uheldssituation]
sportsaktivitet	sportsaktivitet udført på tidspunkt for skades opståen Kommentar: SKS-klassificeret. Kan anvendes til yderligere specificering af tilskadekomnes sportsaktivitet på ulykkestidspunktet eller tidspunktet for en voldshandling	[res.sport]
produkt (ved skademekanisme)	produkt der er involveret i skademekanisme Kommentar: SKS-klassificeret	[res.skadeprod]

13.3 Ydre årsager til skade – skadeindberetning

For akutte somatiske patientkontakter af typen 'fysisk fremmøde' med kontaktårsagerne 'ulykke' {ALCC02}, 'voldshandling' {ALCC03} og 'selvmordsforsøg' {ALCC04} skal der indberettes koder for **ydre årsager til skade**, som beskrevet i det følgende.

Nedenstående tabel viser en oversigt over alle elementer i skadeindberetningen i såvel den obligatoriske del (markeret med fed) som den frivillige del, der kan anvendes til yderligere specificeringer ved transportulykker, arbejdsulykker og vold.

Skadeindberetningens overordnede opbygning og regler:

Skadeindberetning \ Kontaktårsag (ydre årsager)	Kodeliste	Ulykke {ALCC02}	Voldshandling {ALCC03}	Selvmonds- forsøg {ALCC04}
Skademekanisme {EUB?}	[res.skademek]	+	+	+
- produkt {EUY??*}	[res.skadeprod]	(+)	(+)	(+)
- modpart ved voldshandling {EUD?}	[res.modpvold]		(+)	
Skadested {EUG?(?)*}	[res.skadested]	+	+	+
Stedfæstelse: - X-koordinat (tal) - Y-koordinat (tal) - X,Y-præcision {EUZ?} - UTM-zone {32/33}	[res.stedpraec]	(+)	(+)	(+)
Aktivitet {EUA?*}	[res.skadeakt]	+	+	
- sportsaktivitet {EUC??*}	[res.sport]	(+)	(+)	
- branche {EUE?*}	[res.branche]	(+)	(+)	
Transportform for tilskadekomne {EUP?(?)}	[res.tfskade]	+		
Krav ved {EUA0/2} = transportulykke				
Transportform for modpart {EUM?(?)}	[res.tfmodpart]	+		
Krav ved {EUA0/2} = transportulykke				
- trafikantrolle for tilskadekomne {EUT?}	[res.trafikrolle]	(+)		
- uheldssituation {EUU?*}	[res.uheldssituation]	(+)		
- anvendt sikkerhedsudstyr {EUQ?*}	[res.sikkuds]	(+)		

koder angiver obligatorisk niveau (inkl. "?")
koder med * kan specificeres yderligere

+ obligatorisk indberetning
(+) frivillig indberetning

Bemærk

Der er ingen krav til skadeindberetning ved anden tilsigtet selvskade – kontaktårsag {ALCC05}

13.3.1 Skademekanisme

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

Skademekanisme skal obligatorisk registreres ved **kontaktårsag** 'ulykke' {ALCC02}, 'voldshandling' {ALCC03} og 'selvmordsforsøg' {ALCC04} efter følgende klassifikation.

Skademekanisme-klassifikationen er fælles for de tre typer af skadehændelser ulykke, voldshandling og selvmordsforsøg. Ikke alle værdier er dog relevante ved alle skadehændelser.

SKS-kode	Skademekanisme [res.skademek]	Kommentar
EUBA	Fald og hop i niveau eller under 1 meter	Inkl: Snublen
EUBB	Fald og hop over 1 meter	
EUBC	Slag og stød	Ekskl: Ved fald {EUBA/EUBB}
EUBD	Skud	
EUBE	Knivstik	Inkl: Andre former for stikvåben og -redskaber anvendt ved voldshandling (intenderet stikskade)
EUBF	Andet stik, snit og bid	Inkl: Menneskebid, dyrebid og -stik, savning, gennem-boring Ekskl: Knivstik {EUBE}
EUBG	Klemning og masning	Ekskl: Medførende kvælning {EUBM}
EUBH	Termisk effekt	Inkl: Varme (forbrænding), kulde (forfrysning) Ekskl: Solforbrænding {EUBK}, alene røgforgiftning {EUBM}
EUBJ	Ekspllosion og lufttryk	Ekskl: Forbrænding {EUBH}
EUBK	Elektrisk, strålings- og anden energieffekt	Inkl: Effekter af solstråling, vibrationer, støj Ekskl: Støj ved eksplosion {EUBJ}
EUBL	Nærdrukning og drukning	
EUBM	Kvælning (asfyksi)	Inkl: Hængning, strangulering, fremmedlegeme i luft-veje, begravet, lav iltension, kulilteforgiftning, røgforgiftning, klemning og masning medførende kvælning Ekskl: Nærdrukning og drukning {EUBL}, forbrænding {EUBH} m/u røgforgiftning)
EUBN	Fremmedlegeme	Ekskl: I luftveje, der medfører kvælning {EUBM}
EUBP	Fejlbrug af lægemiddel eller andet biologisk stof	Inkl: Forkert lægemiddel og fejdosering. Narkotika og substanser med biologisk effekt, herunder anvendt ifm undersøgelse og behandling
EUBQ	Anden kemisk effekt	Inkl: Forgiftninger, ætsninger og andre lokale effekter af kemiske stoffer
EUBR	Akut overbelastning af krop eller kropsdel	Ekskl: Fald/hop {EUBA}/{EUBB}, slag/stød {EUBC}
EUBX	Anden og ikke specificeret skademekanisme	<i>Ingen af ovenstående</i>

I forbindelse med skademekanisme er der mulighed for at specificere involveret **produkt** [res.skadeprod] {EUY}, dvs. det produkt eller de produkter, der forårsager skaden på personen.

Ved voldshandling kan skademekanismen suppleres af oplysning om modpart – se afs. 13.3.5

Mere specificerede kodemuligheder og produktklassifikation {EUY} kan findes i [SKS-Browser](#)

13.3.2 Skadested

Skadested skal obligatorisk registreres ved **kontaktårsag** 'ulykke' {ALCC02}, 'voldshandling' {ALCC03} og 'selvmordsforsøg' {ALCC04}.

Skadested skal som minimum specificeres ved kodeniveauet angivet i tabellens venstre kolonne.

SKS-kode	Skadested [res.skadested]	Kommentar
EUG0	Offentlig vej og parkeringsområde	Inkl: Offentligt transportområde, fortov og stier, ophold og færden i offentligt og privat transportmiddel fx bus, tog og personbil Ekskl: Private områder {EUG1B}
EUG1A	Boligområde, indenfor	
EUG1B	Boligområde, udenfor	Inkl: Legeplads i boligområde {EUG1B6}, have og grønt friareal {EUG1B7}, privat indkørsel {EUG1B8}
EUG1C	Boligområde, andet og ikke specificeret	
EUG2	Produktions- og værkstedsområde	
EUG3	Butiks-, handels- og erhvervsområde	Inkl: Service-område
EUG4	Institutionsområde og offentlig administration	Inkl: Skole {EUG41}, skolegård {EUG42}, legeplads i institutionsområde {EUG43}
EUG5	Idræts- og sportsområde	Ekskl: Tilskuertribune {EUG6/EUG66}
EUG6	Forlystelses- og parkområde	Inkl: Offentlig legeplads {EUG6/EUG64}
EUG7	Fri natur	Ekskl: Hav og søområde {EUG8*}
EUG8	Hav- og søområde	
EUG9	Andet og ikke specificeret skadested	

Mere specificerede kodemuligheder kan findes i [SKS-Browser](#)

I forbindelse med den obligatoriske angivelse af skadested kan der indberettes **stedfæstelse** med X- og Y-koordinater.

13.3.3 Aktivitet

Personens aktivitet på skadetidspunktet skal obligatorisk registreres ved **kontaktårsag** 'ulykke' {ALCC02} og 'voldshandling' {ALCC03}.

Aktiviteten skal som minimum specificeres ved det angivne kodeniveau i følgende tabel.

Aktiviteterne {EUA0*} og {EUA2*} definerer registreringsmæssigt **transportulykker** – se afs. 13.3.4

Aktiviteterne {EUA0*} og {EUA1*} definerer registreringsmæssigt **arbejdsulykker**.

SKS-kode	Aktivitet [res.skadeakt]	Kommentar
EUA0	Lønnet transportarbejde	Inkl: Professionel sport, der involverer transportmiddel Ekskl: Transport til og fra arbejde – se {EUA2/EUA21}
EUA1	Lønnet arbejde	Inkl: Professionel sport, der ikke involverer transportmiddel
EUA2	Transport i fritid	Inkl: Transport til og fra arbejde, uddannelse og sport Ekskl: Lønnet transportarbejde – se {EUA0} Transport omfatter alle former for transport, der ikke finder sted under lønnet arbejde (se {EUA0}), herunder gang, cykling, kørsel med bil, bus og tog og transport til vands og i luften)
EUA3	Huslig aktivitet og ulønnet arbejde	Inkl: Ulønnet havearbejde {EUA33}, gør-det-selv arbejde {EUA34} Ekskl: Lønnet huslig aktivitet – se {EUA1} Ekskl: Leg og anden lignende fritidsaktivitet - se {EUA6}

SKS-kode	Aktivitet [res.skadeakt]	Kommentar
EUA4	Uddannelse	Ekskl: Lønnet undervisningsaktivitet – se {EUA1}, transport til og fra uddannelse – se {EUA2/EUA22} Bem: {EUA4} omfatter kun at modtage undervisning
EUA5	Sport og motion	Ekskl: Lønnet sports- og træningsaktivitet – se {EUA1} Ekskl: Transport til/fra sport – se {EUA2} Ekskl: Sport og motion under uddannelsesaktivitet – se {EUA4/EUA42}
EUA6	Leg og anden fritidsaktivitet	
EUA7	Vitalaktivitet	
EUA8	Anden aktivitet	
EUA9	Aktivitet ikke specificeret	

Ved arbejdsulykker er der mulighed for at registrere **branche** [res.branche] {EUE} for den virksomhed, hvor skaderamte er ansat.

I forbindelse med sports- og træningsaktiviteter er der mulighed for at specificere den aktuelle **sportsaktivitet** [res.sport] {EUC}.

Mere specificerede kodemuligheder kan findes i [SKS-Browser](#)

13.3.4 Transportulykker

Under kontaktårsag 'ulykke' {ALCC02} skal der ved transportulykker, dvs. **aktivitet** 'Lønnet transport-arbejde' {EUA0} og 'Transport' (ikke lønnet) {EUA2}, obligatorisk indberettes kode for transportform for tilskadekomne og transportform for modpart med en af hver af følgende koder.

Transportulykke og skadested 'Offentlig vej og parkeringsområde' {EUG0} definerer **trafikulykke**.

Indberetningen ved transportulykker kan suppleres med **uheldssituation** [res.uheldssituation] {EUU}, **trafikantholdelse** for **tilskadekomne** [res.trafikrolle] {EUT} og **anvendt sikkerhedsudstyr** [res.sikkuds] {EUQ} – se [SKS-Browser](#) og følgende databeskrivelse.

13.3.4.1 Transportform for tilskadekomne

Der findes følgende klassificering af transportform for tilskadekomne ved transportulykker:

SKS-kode	Transportform for tilskadekomne [res.tfskade]	Kommentar
EUP1	til fods	Inkl: Rulleskøjter Alle tilfælde, hvor skaderamte uanset aktivitet påkøres af et køretøj, Fx cafégæst; barn, der leger på parkeringsplads; havemand, der rammes af køretøj
EUP2	på cykel	
EUP2A	på el-cykel med effekt op til 25 km/t	
EUP2B	på el-cykel med effekt op til 45 km/t (speed pedelec)	
EUP2C	på ladcykel	
EUP2C1	på el-ladcykel med effekt op til 25 km/t	
EUP3	på knallert	
EUP4	på motorcykel	
EUP5	i personbil	Inkl: i varevogn
EUP7	i lastbil (bus)	
EUP8	anden transportform for tilskadekomne	
EUP8A	til hest	

SKS-kode	Transportform for tilskadekomne [res.tfskadede]	Kommentar
EUP8B	på elektrisk drevet en-akslet køretøj (Segway)	
EUP8C	på løbehjul	
EUP8C1	på løbehjul uden el-motor	
EUP8C2	på løbehjul med el-motor	
EUP8D	på skateboard	
EUP8D1	på skateboard uden el-motor	
EUP8D2	på skateboard med el-motor	
EUP9	transportform for tilskadekomne ikke specificeret	

13.3.4.2 Transportform for modpart

Der findes følgende klassificering af transportform for modpart ved transportulykker:

SKS-kode	Transportform for modpart [res.tfmodpart]	Kommentar
EUM0	ingen modpart	
EUM0A	kollision med fast genstand	Inkl: træ, mur, parkeret køretøj
EUM1	til fods	
EUM2	på cykel	
EUM2A	på el-cykel med effekt op til 25 km/t	
EUM2B	på el-cykel med effekt op til 45 km/t (speed pedelec)	
EUM2C	på ladcykel	
EUM2C1	på el-ladcykel med effekt op til 25 km/t	
EUM3	på knallert	
EUM4	på motorcykel	
EUM5	i personbil	Inkl: i varevogn
EUM7	i lastbil (bus)	
EUM8	anden transportform for modpart	
EUM8A	til hest	
EUM8B	på elektrisk drevet en-akslet køretøj (Segway)	
EUM8C	på løbehjul	
EUM8C1	på løbehjul uden el-motor	
EUM8C2	på løbehjul med el-motor	
EUM8D	på skateboard	
EUM8D1	på skateboard uden el-motor	
EUM8D2	på skateboard med el-motor	
EUM9	transportform for modpart ikke specificeret	

Bemærk

Der er tilføjet nye koder for kategorier under transportformer, el-cykler mv, som der er stor fokus på i forhold til trafiksikkerhed og forebyggelse.

Trafikstyrelsen og Ulykkesanalysegruppen anbefaler, at der i alle tilfælde kodes så specificeret som muligt.

13.3.5 Voldshandlinger

Voldshandling adskilles fra ulykke ved intentionen om at forvolde skade på skaderamte.

Bemærk

Voldshandling omfatter også seksuelle overgreb.

Ved skade eller mistanke om skade (undersøgelse) som følge af voldshandling skal følgende registreringer af "ydre årsager" foretages for akutte somatiske patienter:

Kontaktårsag	Voldshandling {ALCC03}	kodeliste
Skademekanisme	EUB?	[res.skademek]
Skadested	EUG?(?)*	[res.skadested]
Aktivitet	EUA?*	[res.skadeakt]

Registreringen af skademekanisme kan suppleres af angivelse af **modpart** [res.modpvold] ved voldshandling (modpartens relation til tilskadekomne).

Der er herudover mulighed for at specificere involverede **produkter** [res.skadeprod] i forhold til skademekanismen.

Den obligatoriske registrering af skadested kan suppleres med specifik **stedfæstelse**.

13.3.5.1 Voldshandling på arbejdet

Vold på arbejdet omfatter skader, hvor skaderamte var i arbejde på tidspunktet for voldshandlingen.

Skade som følge af voldshandling opstået på vej til og fra arbejde medregnes ikke til denne kategori, men derimod til transportulykker. Det er som ved arbejdsulykker aktiviteten {EUA0}/{EUA1}, der afgrænser, at skaderamte var i en arbejdsituation.

Ved vold på arbejdet er der som ved arbejdsulykker mulighed for at registrere **branche** [res.branche] for den virksomhed, hvor skaderamte er ansat.

Ved vold i forbindelse med professionel sport kan der suppleres med specifik angivelse af **sportsaktivitet** [res.sport].

13.3.6 Selvmordsforsøg

Flere undersøgelser peger på en underrapportering af selvmordsforsøg i Danmark. En korrekt registrering og indberetning af selvmordsforsøg har afgørende betydning for muligheden for forskning og forebyggelse af selvmord.

Det er samtidig vigtigt, at de selvmordstruede patienter identificeres, således at der kan foretages de fornødne forebyggende tiltag over for den enkelte patient i rette tid.

Denne beskrivelse gælder for den primære skadekontakt på somatisk akutenhed efter selvmordsforsøg.

Det er oftest en akut somatisk modtagefunktion, der har den primære kontakt. I sjældnere tilfælde kan det dog også være en psykiatrisk enhed. Kontaktårsag og skadeindberetning skal ikke indberettes for psykiatriske patientkontakter.

- Se afs. 8.7.5.1 vedrørende psykiatrisk bidiagnose ved selvskade før patientkontakt

WHO's definition af selvmordsforsøg

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

Denne definition af selvmordsforsøg (fra WHO) er meget bred. Det bemærkes, at der ikke behøver at være et dødsønske, og at handlingen ikke behøver at være livsfarlig. Intention om handling, der ville være skadevoldende, men som blev forhindret, indgår også under begrebet. Den kliniske betydning af 'selvmordsforsøg' er således bredere end den almensproglige opfattelse af termen.

Det er jf. Sundhedsstyrelsens vejledning¹⁵ enhedens ansvar at sikre rutiner for en korrekt vurdering af modtagne patienter og registreringen af selvmordsforsøg.

Det er vigtigt at forholde sig til den brede definition af selvmordsforsøg. Registreringen indgår i den epidemiologiske kortlægning og fungerer som baggrund for forebyggelsesindsatsen overfor selvmord og selvmordsforsøg.

Hvis enheden i løbet af kontakten bliver opmærksom på, at der ligger et selvmordsforsøg som umiddelbar baggrund for den akutte patientkontakt, skal der følges op på dette med korrektion af kontaktårsag og indberetning af koder for ydre årsager på baggrund af de indhentede oplysninger – og selvfølgelig allervigtigst de nødvendige forebyggende tiltag.

Ved skade eller mistanke om skade (undersøgelse) som følge af selvmordsforsøg skal følgende registreringer af "ydre årsager" foretages for akutte somatiske patienter:

Kontaktårsag	Selvordsforsøg {ALCC04}	kodeliste
Skademekanisme	EUB?	[res.skademek]
Skadested	EUG?(?)*	[res.skadested]

Der er herudover mulighed for at specificere involveret **produkt** [res.skadeprod] i forhold til skademekanismen.

Den obligatoriske registrering af skadested kan desuden suppleres med specifik **stedfæstelse** (X/Y-koordinater)

13.3.7 Anden tilsigtet selvskade

I indberetningen til LPR er der indført en ny kontaktårsag {ALCC05} for 'anden tilsigtet selvskade', som bla. omfatter "cuttere", hvor der jf. WHO's definition (se ovenfor) ikke er tale om selvmordsforsøg.

Denne kontaktårsag medfører ikke krav om indberetning af ydre årsager til skade. Det anbefales dog at indberette skademekanismen bag tilsigtet selvskade.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at denne kontaktårsag ikke må anvendes, hvis omstændighederne opfylder kriterierne for selvmordsforsøg.

► Vedrørende selvmordsforsøg – se afs. 13.3.6

13.4 Skadeindberetningen (resultatindberetning)

Indberetningen af ydre årsager til skade ved skadekontakter sfa. ulykke, voldshandling og selvmordsforsøg foretages med resultatindberetningen: 'Skadeindberetning'.

Trigger for anmeldelsen er Kontaktårsag ved akutte somatiske patientkontakter af typen 'fysisk fremmøde' efter ulykke, voldshandling og selvmordsforsøg.

Ved komplet anmeldelse, status {RAS01}, skal alle obligatoriske oplysninger være udfyldt. Kun skadetidspunktet er obligatorisk ved foreløbige indberetninger, status {RAS00}.

Foreløbige skadeindberetninger kan foretages, indtil komplet og kvalificeret indberetning kan foretages.

Komplet indberetning (fuld anmeldelse (status {RAS01}) skal foretages senest 3 dage efter afslutning af skadekontakten.

¹⁵ (ref) "VURDERING OG VISITATION AF SELVMORDSTRUEDE / Rådgivning til sundhedspersonale", Sundhedsstyrelsen 2007

Skadeindberetningen er skematisk vist i følgende tabel, der også indeholder reglerne for de enkelte delelementer:

navn: Skadeindberetning (RAA005)			Indberetning af ydre årsager til skade		
objektID	Char	UUID	1	identifikation for dette objekt	
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Forløbselement	
trigID (til) Kontaktårsag	SKSklass=[admin.kontaarsag.skade]		Akut somatisk kontakt Kontaktårsag IN kodeliste: [admin.kontaarsag.skade] = {ALCC02-ALCC04} OG Kontakt.type IN kodeliste: [admin.konttype.fysfr] = {ALCA00}		
ansvarlig enhed	SORkode		SORklass		
status	SKSkode		SKSklass=[resindb.status] Obligatorisk generel status/komplethed af resultatindberetningen		
inkomplet RI-indberetning krævet		nej			
DELAY for komplet RI-indberetning		fuld anmeldelse (status = {RAS01}) skal ske senest 3 dage efter afslutning af skadekontakten			
Resultattekst	resul-tattype	kardi-nalitet	art	udfaldsrum	regel
skadetidspunkt	RDA60	1	datoTid	tidspunkt	obligatorisk (se afs. 13.4.1)
skademekanisme	RDA61	(0)..1	SKSkode	[res.skademek]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
skadested	RDA62	(0)..1	SKSkode	[res.skadested]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
aktivitet	RDA63	(0)..1	SKSkode	[res.skadeakt]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] OG Kontaktårsag.kode IN kodeliste: [admin.kontaarsag.skade.suba] = ulykke/voldshandling
transportform for tilskadekomne	RDA64	(0)..1	SKSkode	[res.tfskadede]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] OG Kontaktårsag.kode IN kodeliste: [admin.kontaarsag.skade.subb] =ulykke OG [skadeindberetning]aktivitet IN kodeliste: [res.skadeakt.transp] (=transportulykke)
transportform for modpart	RDA65	(0)..1	SKSkode	[res.tfmodpart]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] OG Kontårsag.kode IN kodeliste: [admin.kontaktaarsag.skade.subb] =ulykke OG [skadeindberetning]aktivitet IN kodeliste: [res.skadeakt.transp] (=transportulykke)

[resindb.status.suba] = {RAS01}: komplet indberetning

[admin.kontaarsag.skade.suba] = ulykke/voldshandling

[admin.kontaarsag.skade.subb] = ulykke

[res.skadeakt.transp] = transportulykke

NB: Tidspunkter for resultater ikke medtaget i oversigten

Der kan være krav til minimums kodeniveau for specificerede egenskaber.

13.4.1 Skadetidspunkt

Der skal som udgangspunkt angives det rapporterede eller formodede konkrete skadetidspunkt i indberetningen.

I de tilfælde, hvor skadetidspunktet ikke kan tilvejebringes eller skønnes med en vis sandsynlighed, angives skadetidspunktet lig med starttidspunktet for den akutte patientkontakt.

Ud over de obligatoriske parametre kan følgende indberettes:

ikke obligatoriske oplysninger (valideres kun for kodeliste/værdi(er))					
trafikanthold for tilskadekomne	RDA66	0..1	SKSkode	[res.trafikrolle]	ikke obligatorisk (kun relevant ved transportulykke)
uheldssituation	RDA67	0..1	SKSkode	[res.uheldssituation]	ikke obligatorisk (kun relevant ved transportulykke)
branche	RDA68	0..1	SKSkode	[res.branche]	ikke obligatorisk (kun relevant ved arbejdsulykker og vold på arbejdsplads)
modpart ved vold	RDA69	0..1	SKSkode	[res.modpvold]	ikke obligatorisk (kun relevant ved voldshandling)
sportsaktivitet	RDA70	0..1	SKSkode	[res.sport]	ikke obligatorisk (kun relevant ved aktivitet=sport)
anvendt sikkerhedsudstyr	RDA71	0..1	SKSkode	[res.sikkuds]	ikke obligatorisk (kun relevant ved ulykke)
X-koordinat	RDA72	0..1	numerisk	heltal Værdi i intervallet 400000-1000000	stedsfæstelse ikke obligatorisk
Y-koordinat	RDA73	0..1	numerisk	heltal Værdi i intervallet 6000000-6500000	stedsfæstelse ikke obligatorisk
X,Y-præcision	RDA74	0..1	SKSkode	[res.stedpraec]	stedsfæstelse ikke obligatorisk
UTM-zone	RDA75	0..1	numerisk	[32;33]	stedsfæstelse ikke obligatorisk
produkt	RDA76	0..*	SKSkode	[res.skadeprod]	ikke obligatorisk; flere produkter kan angives

13.5 Skadediagnoser

Diagnoser på akutte skadekontakter omfatter de egentlige skader, der er klassificeret i sygdomsklassifikationens skadekapitel (Kap. 19 diagnosekoder i kodeområdet DS-DT).

Ved mistanke om skade anvendes relevant kode fra Kap. 21 i diagnoseklassifikationen.

Eksempler:

DZ033D	Obs. pga mistanke om hjernerystelse
DZ036	Obs. pga mistanke om toksisk effekt af indtaget stof
DZ038G	Obs. pga mistanke om fysisk overgreb/mishandling
DZ038J	Obs. pga mistanke om røgforgiftning
DZ041	Kontakt mhp. undersøgelse og observation eft færdselsulykke
DZ042	Kontakt mhp. undersøgelse og observation efter arbejdsulykke
DZ043	Kontakt mhp. undersøgelse og observation efter andet ulykkestilfælde
DZ044	Kontakt mhp. undersøgelse og observation efter påstået voldtægt eller forførelse
DZ045	Kontakt mhp. undersøgelse og observation efter anden påført skade

13.5.1 Multiple skader

Oftentimes vil der ved skadekontakt være tale om flere samtidige skader, der bedst beskrives ved flere skadediagnosekoder. Den væsentligste skade registreres som aktionsdiagnose.

Det er også denne, der er udgangspunktet for registreringerne i 'Skadeindberetning' af ydre årsager til skade.

13.5.2 Forgiftninger

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

Både utilsigtet og tilsigtet overdosering af lægemidler medregnes til forgiftning.

- Bivirkninger af lægemidler anvendt i normale terapeutiske doser betragtes ikke som forgiftning – se nærmere under diagnoser Kap. 6

13.5.2.1 Klassificering

Sygdomsklassifikationen skelner mellem selve **forgiftningen** og de sygdomme/symptomer, der er **følger af forgiftningen**.

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

Forgiftninger med lægemidler indberettes som en skade efter Kap. 19 i "Klassifikation af sygdomme" (kodeinterval {DT36*-65*}).

Eksempel

SKS-kode	kodetekst
DT398A	Forgiftning med paracetamol

Hvis det er forgiftningen, der er årsag til kontakt med observation eller behandling, registreres denne som aktionsdiagnose.

Ved forgiftninger med psykoaktive stoffer, der ikke er lægemidler, anvendes specificerede forgiftningskoder fra {DT40*} og {DT43*}.

Forgiftninger med ikke-medicinske kemikalier (inklusiv alkohol) indberettes med forgiftningskoder fra kodeintervallet {DT51*-65*}.

Ved observation pga. mistanke om forgiftning, der ikke bekræftes, anvendes {DZ036*} 'Observation pga. mistanke om toksisk effekt af indtaget stof'.

13.5.2.2 Forgiftning som årsag til patientkontakt

Hvis forgiftning er årsag til akut somatisk patientkontakt, anvendes relevant kontaktårsag {ALCC02} 'ulykke', {ALCC03} 'voldshandling' eller {ALCC04} 'selvmordsforsøg', og der foretages en komplet skadeindberetning.

- Vedrørende bivirkninger ved normal, terapeutisk dosering – se under diagnoser Kap. 6

13.5.2.3 Supplerende diagnosekodning

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

14 ANDRE RESULTATINDBERETNINGER

Resultatindberetningen er udformet til at kunne indeholde mange typer af oplysninger, herunder kvalitetsoplysninger, der kan supplere de øvrige obligatoriske oplysninger. Supplerende oplysninger kan udløses (trigges) af og dermed kobles til indberetningen af diagnoser, procedurer, kontakter (forskellige typer), kontaktårsager samt forløbsmarkører.

LPR er således forberedt til fremadrettet at kunne opsamle fx oplysninger til videre overføring til kliniske kvalitetsdatabaser og lignende eksterne registre samt til projekt- og forskningsformål.

Der er i det følgende beskrevet fem øvrige obligatoriske resultatindberetninger (afs. 14.1-5), alle proceduretrigget:

afsnit	Resultatindberetning
14.1	Neonatal hørescreening
14.2	Beslutning vedrørende personligt alarm- eller pejlesystem
14.3	Kirurgisk komplikationsregistrering Inkl. krav om indberetning af komplikationsdiagnoser (afs. 14.3.2)
14.4	Indberetning til Implantatregisteret
14.5	Indberetning i forbindelse med visse tvangsforanstaltninger udført ved somatisk behandling over for varigt inhabil patient

► Resultatindberetningen er generelt beskrevet i Kap. 9; øvrige obligatoriske resultatindberetninger i Kap. 10-13

14.1 Neonatal hørescreening (resultatindberetning)

Neonatal hørescreening skal udføres og indberettes indenfor 3 måneder efter barnets fødsel på en patient-kontakt med en procedurekode, der beskriver typen af den pågældende screening.

For visse af disse procedurer, kodeliste: [proc.hoerescreen] er der krav om, at resultatet af proceduren også skal indberettes som en særskilt resultatindberetning.

Det gælder således, at hvis der er registreret en procedurekode (mærket □ i nedenstående tabel) af typen {ZZ1450A; ZZ7100A; ZZ7306A; ZZ7307A}, og barnets alder på proceduretidspunktet er under 90 dage, trigger det resultatindberetningen: 'Resultat af hørescreening'.

14.1.1 Procedureregistrering ved hørescreening

Hørescreeningen skal obligatorisk registreres med følgende udvalgte procedurekoder:

Procedurekode	Procedurer [□] [proc.hoerescreen]
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)
ZZ7306A □	Automatiseret Transient Evoked OtoAcoustic Emissions (A-TEOAE)
ZZ7306D	Diagnostisk Transient Evoked OtoAcoustic Emissions (D-TEOAE)
ZZ7307A □	Automatiseret Distortion Product OtoAcoustic Emissions (A-DPOAE)
ZZ7307D	Diagnostisk Distortion Product OtoAcoustic Emissions (D-DPOAE)

Procedureregistreringen og den tilhørende resultatindberetning dækker en given undersøgelse samlet for begge ører.

De med $\square$ mærkede procedurekoder skal suppleres med resultatindberetning for resultatet af undersøgelsen efter denne klassificering:

Resultatkode	Resultat af undersøgelse	Bemærkning
ZPR01A	bestået	anvendes som resultat ved undersøgelser, hvor det samlede resultat er "bestået"
ZPR00A	ikke bestået, henvises	anvendes som resultat ved 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

Kravet gælder for procedurekoder tilhørende kodeliste: [proc.hoerescreen]

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

Indberetningen skal ske **umiddelbart** i forbindelse med første indberetning af patientkontakten med trigger-proceduren. Status er 'komplet' {RAS01}.

Resultatindberetningen 'Resultat af hørescreening' skal indberettes med følgende oplysninger:

navn: Resultat af neonatal hørescreening (RAA06)				Indberetning af resultat af neonatal hørescreening	
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt	
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Forløbselement	
trigID (til) Procedure	Trigger udfaldsrum [proc.hoerescreen]		Regel for trigning: Procedure.kode IN [proc.hoerescreen]		
ansvarlig enhed	SORKlass				
status	[resindb.status.suba]		generel status/komplethed af resultatindberetningen Obligatorisk		
inkomplet RI-indberetning krævet		nej			
DELAY for komplet RI-indberetning		0 dage. Fuld indberetning (status = {RAS01}) skal ske umiddelbart sammen med indberetning af trigger-proceduren			
Resultattekst	resultattype	kardinalitet	art	udfaldsrum	regel / beskrivelse
hoerescreen	RDA80	1	SKSkode	[res.hoerescreen] = { ZPR00A 'ikke bestået, henvises'; ZPR00B 'ikke bestået'; ZPR01A 'bestået' }	obligatorisk

NB: Tidspunkter for resultater ikke medtaget i oversigten

14.2 Beslutning vedrørende personligt alarm- eller pejlesystem (resultatindberetning)

De nærmere omstændigheder vedrørende beslutningen om anvendelse af alarm- eller pejlesystem skal angives i resultatindberetningen: 'Beslutning vedrørende personligt alarm og pejlesystem'.

Kravet gælder for procedurekoder tilhørende kodeliste: [proc.inhabil.suba].

Denne kodeliste indeholder aktuelt kun procedurekoden {BRXY10} 'Påsætning af personlig alarm- og pejlesystem på inhabil patient'.

► Reglerne kan ses i skemaet nedenfor

Indberetningen skal ske **umiddelbart** i forbindelse med indberetningen af patientkontakten med trigger-proceduren. Status er 'komplet' {RAS01}.

Resultatindberetning ved 'Påsætning af personlig alarm- og pejlesystem på inhabil' {BRXY10}:

navn: Beslutning vedrørende personligt alarm og pejlesystem (RAA07)		Indberetning af omstændigheder for beslutning vedrørende anvendelse af personligt alarm- eller pejlesystem over for somatisk indlagt patient			
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt	
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Procedure	
trigID (til) Procedure	Trigger udfaldsrum [proc.inhabil.suba] = {BRXY10}		Indberetning af BRXY10 omfatter somatiske indlagte patienter		
ansvarlig enhed	SORklass				
status	[resindb.status.suba]		generel status/komplethed af resultatindberetningen Obligatorisk		
inkomplet RI-indberetning krævet		nej			
DELAY for komplet RI-indberetning		0 dage. Fuld indberetning (status = {RAS01}) skal ske umiddelbart sammen med indberetning af trigger-proceduren			
Resultattekst	resul-tattype	kardi-nalitet	art	udfaldsrum	regel / kommentar
begrundelse for indgreb	RDA91	1	SKSkode	[res.inhabbegrundelse]	obligatorisk
samtykke	RDA92	1	SKSkode	[res.inhabsamtykke]	obligatorisk
beslutning	RDA93	1	SKSkode	[res.inhabbeslutning]	obligatorisk
overlæges stillingtagen	RDA94	(0)..1	SKSkode	[res.inhabstilling]	obligatorisk ved beslutning IN [res.inhabbeslutning.suba] = {BZBB2}

NB: Tidspunkter for resultater ikke medtaget i oversigten

Der anvendes i resultatindberetningen følgende kodelister/småklassifikationer.

Begrundelse for indgreb - kodeliste: [res.inhabbegrundelse]

BZBA	Begrundelse for indgreb i selvbestemmelsesretten for inhabil
BZBA1	Begrundelse for indgreb: Bedste løsning af hensyn til patientens sikkerhed
BZBA2	Begrundelse for indgreb: Åbenbar risiko for patienten forlader sygehuset og udsætter sig for fare

Samtykke til beslutning - kodeliste: [res.inhabsamtykke]

BZBD	Samtykke til indgreb i selvbestemmelsesretten for inhabil
BZBD1	Nærmeste pårørende har givet samtykke
BZBD2	Værge har givet samtykke
BZBD3	Ingen nærmeste pårørende eller værge
BZBD4	Pårørende el værge forvalter samtykke t åbenbar skade for pt

Beslutning (beslutningsperson) - kodeliste: [res.inhabbeslutning]

BZBB	Beslutning af indgreb i selvbestemmelsesretten for inhabil
BZBB1	Beslutningen er truffet af overlæge
BZBB2	Beslutningen er truffet af anden læge

Stillingtagen - kodeliste: [res.inhabstilling]

BZBC	Tilslutning til indgreb i selvbestemmelsesretten for inhabil
BZBC1	Overlægen har givet sin tilslutning til indgrebet
BZBC2	Overlægen har ophævet indgrebet

14.3 Kirurgisk komplikationsregistrering (resultatindberetning)

Der er i forbindelse med visse udførte operationer krav om indberetning af oplysninger vedrørende komplikationer opstået per- og postoperativt inden for patientkontakten, hvor operationen er udført.

Kravene omfatter dels komplikationsoplysning (resultatindberetning), dels diagnoseregistrering af komplikationsdiagnose.

Kravene er kontakt-baserede, dvs. at kravet kun gælder inden for tidsrammen af patientkontakten. Dette vil i praksis sige peroperativt erkendte komplikationer og inden for indlæggelsen erkendte postoperative komplikationer.

Bemærk: Eventuel senere opstået postoperativ komplikation er ikke omfattet af indberetningen, men vil kunne findes i LPR ved ny patientkontakt begrundet (aktionsdiagnose) i komplikation i en periode efter den primære kirurgiske kontakt.

Oplysninger om komplikation opstået som følge af eller i forbindelse med udført indgreb indberettes som resultatindberetningen: 'Kirurgisk komplikationsoplysning'.

Trigger for LPR-indberetningen er procedurekoder (operationskoder) tilhørende:

kodeliste: [proc.opr.komplikation]	
KJJB*	Leverresektioner
KJLC*	Pancreasresektioner
KJDC*	Ventrikelresektioner
KJCC*	Spiserørsresektioner
KJFB20-64	Colonresektioner
KJGB*	Rectumresektioner

Komplet kvalificeret indberetning skal ske senest **3 dage** efter afslutning af patientkontakten, hvorunder indgrebet (triggerproceduren) er udført. De obligatoriske data valideres ved status 'komplet' {RAS01}.

Hvis ikke resultatindberetningen kan kvalificeres fuldt i forbindelse med første indberetning, kan der indberettes inkomplet med status 'inkomplet' {RAS00}.

Når oplysningerne foreligger, foretages genindberetning med status 'komplet' {RAS01}, der overskriver den tidligere indberetning. De indberettede oplysninger skal klinisk valideres i forbindelse med kontaktafslutning.

► [Resultatindberetningen er vist på næste side](#)

Der skal i resultatet 'Clavien' enten angives en Clavien-kode: {ZDA03A?} eller 'ingen komplikation': {VV00051}. Det samlede udfaldsrum er indeholdt i kodeliste: [res.clavien].

Clavien klassifikation af kirurgiske komplikationer – resultattype: 'Clavien', kodeliste: [res.clavien]:

Inkl: 'ingen komplikation'

ZDA03A1	Clavien grad 1
ZDA03A2	Clavien grad 2
ZDA03A3	Clavien grad 3
ZDA03A3A	Clavien grad 3a
ZDA03A3B	Clavien grad 3b
ZDA03A4	Clavien grad 4
ZDA03A4A	Clavien grad 4a
ZDA03A4B	Clavien grad 4b
ZDA03A5	Clavien grad 5
VV00051	ingen komplikation

Minimumsniveau for ZDA03A-kode: 7 karakterer {ZDA03A?}, markeret ovenfor

Resultatindberetningen 'Kirurgisk komplikationsoplysning' indberettes med følgende oplysninger:

navn: Kirurgisk komplikationsoplysning (RAA09)			Indberetning til kliniske databaser af komplikationer efter visse operationer		
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt	
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Forløbselement	
trigID (til) Procedure	Trigger udfaldsrum [proc.opr.komplikat]		Regel for trigning: Procedure.kode IN [proc.opr.komplikat]		
ansvarlig enhed	SORklass				
status	[resindb.status]		generel status/komplethed af resultatindberetningen Obligatorisk		
inkomplet RI-indberetning krævet		nej			
DELAY for komplet RI-indberetning		fuld anmeldelse (status = {RAS01}) skal ske senest 3 dage efter afslutning af patientkontakten med trigger-proceduren			
Resultattekst	resultat-type	kardinalitet	art	udfaldsrum	regel / beskrivelse
Clavien	RDA85	1	SKSkode	[res.clavien]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]

[resindb.status.suba] = {RAS01}: komplet indberetning

14.3.1 Indberetning ved multiple trigninger under en patientkontakt

Indberetningen af komplikationsoplysninger gælder principielt for den samlede kirurgiske behandling af sygdommen under patientkontakten. Der skal således, selvom der indenfor patientkontakten er flere samtidige eller tidsmæssigt adskilte triggere, ideelt set kun være en "komplikationsoplysning".

Indberetningskravene kræver imidlertid en resultatindberetning pr. trigger. For, at dette krav ikke skal belaste brugerne unødigt, anbefales det, at IT-systemet sikrer, at der (kun) holdes én resultatindberetning "i luften" fra første trigning til kontaktafslutning, og at det er denne ene og samme "formular", der kvalificeres over tid indtil kontaktafslutning. Den til enhver tid opdaterede resultatindberetning knyttes ved indberetningen til de enkelte trigger-procedurer.

► Se også generelle beskrivelser i afs. 9.3.1-2

14.3.2 Indberetning af komplikationsdiagnose

Når der er angivet en Clavien-grad (ZDA-kode, se ovenfor), skal der også indberettes en kontaktdiagnose på den samme patientkontakt. Diagnosekode for komplikationen indberettes som **bidiagnose** efter følgende kodeliste:

Komplikationsdiagnose vælges ud fra kodeliste: [diag.kirkomplikat]

DK912B	Korttarmssyndrom
DK913	Postoperativ tarmobstruktion
DK913A	Tarmstenose efter kirurgi
DK913B	Stenose ved gastrojejunostomi
DK913C	Dårligt fungerende colostomi eller enterostomi
DK914A	Dårligt fungerende enterostomi
DK914B	Dårligt fungerende colostomi
DK914C	Postoperativ stominekrose
DK914D	Postoperativ stomikomplikation IKA
DK918B	Nekrose af gastrisk pouch
DT814	Infektion efter indgreb IKA
DT814A	Absces i operationscicatrice

DT814B	Postoperativ intraabdominal absces
DT814C	Postoperativ subfrenisk absces
DT814D	Postoperativ sepsis
DT814E	Postoperativt sårgranulom
DT814F	Postoperativ sårinfektion
DT814G	Postoperativ overfladisk sårinfektion
DT814H	Postoperativ dyb sårinfektion
DT814I	Postoperativ intraabdominal infektion UNS
DT814J	Postoperativ retroperitoneal infektion
DT814P	Postoperativ pneumoni
DT814U	Postoperativ urinvejsinfektion
DT814X	Anden postoperativ infektion
DT810E	Postoperativ intraperitoneal blødning eller hæmatom
DT810G	Postoperativ blødning UNS
DT810J	Blødning som følge af endoskopi
DT810J1	Blødning som følge af koloskopi
DT812G	Utilsigtet peroperativ punktur eller læsion af gastrointestinalkanalen
DT812G1	Utilsigtet peroperativ punktur eller læsion af tarmen ved koloskopi
DT812UC	Utilsigtet peroperativ punktur eller læsion af urinleder
DT812UD	Utilsigtet peroperativ punktur eller læsion af urinblære
DT813	Postoperativ sårruptur IKA
DT813A	Anastomoselækage
DT813A1	Anastomoselækage, anastomose bevaret
DT813A2	Anastomoselækage, anastomose nedbrudt
DT813G	Postoperativ komplikation ved anastomose eller stoma i gastrointestinalkanalen
DT814P1	Postoperativ aspirationspneumoni
DT815	Fremmedlegeme utilsigtet efterladt i operationsfelt
DT817B	Tromboembolisk komplikation IKA
DT817B1	Postoperativ arteriel emboli eller trombose
DT817C	Postoperativ dyb venetrombose
DT817D	Postoperativ lungeemboli
DT817E	Postoperativ lymphocele
DT817X	Anden kirurgisk komplikation til indgreb IKA
DT817Y	Anden medicinsk komplikation til indgreb IKA
DT817Y1	Postoperativ apoplexia cerebri
DT817Y2	Postoperativt akut myokardieinfarkt
DT817Y3	Postoperativ hjerterinsufficiens
DT817Y4	Postoperativ nyreinsufficiens
DT855A	Mekanisk komplikation til gastrointestinalt implantat
DT857	Infektion eller inflammation omkring anden intern protese, implantat eller transplantat
DT858	Anden komplikation til intern protese, implantat eller transplantat
DT858B	Lapnekrose
DT888L	Post-polypektomi syndrom
DT888U1	Medicinsk komplikation til koloskopi

14.4 Indberetning til Implantatregisteret (resultatindberetning)

Oplysninger om indsatte og fjernede implantater skal indberettes til Sundhedsdatastyrelsen. Oplysningerne indgår i Implantatregisteret til brug for opsporing af patienter ved problemer eller potentielle problemer med anvendte implantater.

Kravene er baseret på principperne i Bekendtgørelse nr 657 af 28-06-2019 (nr 1334 af 27-11-2017 for de private). Kravene omfatter jf. bekendtgørelserne *ikke*:

- Spiraler (antikonception)
- Skruer og skinner til osteosyntese
- Suturer
- Dentalimplantater

Bemærk

Der er efter aftale med regionerne mulighed for dispensation i en aftalt periode for regional indberetning af resultatindberetningen: 'Implantatoplysninger'. Der skal i givet fald i stedet foretages som sftp-indberetning eller indberetning via SEI-systemet (SEI-LPR).

Alle andre indsatte og fjernede implantater, der har et unikt identifikationsnummer (efter gældende standard) skal indberettes med tilhørende oplysninger vedrørende det enkelte implantat til Implantatregisteret.

En indberetning (RI) er lig med en unik implantat identifikation (ID - afs. 14.4.2).

En indberetning kan anvendes til dokumentation af indsættelse *eller* fjernelse af flere implantater med *samme* identifikation – se resultatet "antal implantater" (afs. 14.4.4). Samtidig fjernelse og indsættelse af implantat kan ikke indberettes i samme "skema" (se også afs. 14.4.2.1)

Indberetningen foretages med resultatindberetningen: 'Implantatoplysninger'. Denne RI er logisk set en procedurekode-trigget RI. Trigger for indberetningen er koder tilhørende kodeliste: [proc.implantat]:

Trigger-koder for resultatindberetning 'Implantatoplysninger': [proc.implantat] *aktuelle koder*

KWAA01	Implantat indsat
KWAB01	Implantat fjernet

Bemærk

Disse koder er nødvendige for at sikre, at indberetningen kræves. Triggerkoden skal indberettes.

Om koderne eksplicit skal registreres i systemets operations- eller procedure-registreringsbillede er en anden sag, som er betinget af den lokale systemopsætning.

Indberetningen skal ske **umiddelbart** i forbindelse med indberetningen af patientkontakten med en af ovenstående trigger-procedurer. Status er 'komplet' {RAS01}.

14.4.1 Starttidspunkt for triggerprocedure

Triggerproceduren skal indberettes med **starttidspunkt** lig med starttidspunktet for en operationskode, der er registreret og indberettet for det kirurgiske indgreb, hvorunder indsættelse eller fjernelse af implantat er sket.

14.4.2 Identifikation (ID)

Det enkelte implantat identificeres (ID) ud fra mindst 2 obligatoriske parametre: Produktnummer, batch-lot-nummer og/eller serienummer. En unik implantat identifikation kræver mindst en RI-implantatoplysninger – se også 'Antal implantater' (afs. 14.4.4)

Værdien {-1} kan anvendes i de obligatoriske felter i indberetningen i de situationer, hvor der ikke kan tilvejebringes en korrekt værdi for et fjernet implantat.

14.4.2.1 Udskiftning af implantat

Hvis der foretages udskiftning af implantater med identifikation, skal dette opløses i særskilte indberetninger af fjernelse hhv. indsættelse, idet hver RI som anført svarer til et unikt ID.

Resultatindberetningen 'Implantatoplysninger' skal indberettes med følgende oplysninger:

navn: Implantatoplysninger (RDA008)			Indberetning til Implantatregisteret af oplysninger vedrørende anvendt implantat ved visse operationer		
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt	
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Forløbselement	
trigID (til) Procedure	Trigger udfaldsrum [proc.implantat]		Regel for trigning: Procedure.kode IN [proc.implantat]		
ansvarlig enhed	SORklass				
status	[resindb.status.suba]		generel status/komplethed af resultatindberetningen Obligatorisk		
inkomplet RI-indberetning krævet		nej			
DELAY for komplet RI-indberetning		0 dage. Fuld indberetning (status = {RAS01}) skal ske umiddelbart sammen med indberetning af trigger-proceduren			
Resultattekst	resultattype	kardinalitet	art	udfaldsrum	regel / beskrivelse
produktnummer	RDB02	1	char	alfanumerisk	obligatorisk ^a . Kan evt. hentes via skanningsfunktionalitet – se også 'registreringstids-punkt'
batch-lotnummer	RDB03	0..1 OR serienummer	char	alfanumerisk	obligatorisk ^a enten batch-lotnummer eller serienummer. Begge kan indberettes. Kan evt. hentes via skanningsfunktionalitet – se også 'registreringstids-punkt'
serienummer	RDB04	0..1 OR batch-lotnummer	char	alfanumerisk	
registreringsstandard	RDB05	1	char	alfanumerisk - OID description format	obligatorisk ^a . OID description, OID-IRI (Internationalized Resource Identifier) format. Fx GS1: /GS1
antal implantater	RDB06	1	char	positivt heltal (1..n)	tal større end 1 kan anvendes ved flere implantater med samme ID indsat eller fjernet. Se nærmere i afs. 14.4.4
registreringstidspunkt	RDB07	0..1	datoTid	minimum dato [%]	skal udfyldes, hvis ID er fremfundet ved skanning af implantatets produkt-information
produktionstidspunkt	RDB08	0..1	datoTid	minimum dato [%]	frivillig
udløbstidspunkt	RDB09	0..1	datoTid	minimum dato [%]	frivillig

[resindb.status.suba] = {RAS01}: komplet indberetning

^a hvis kun dato: Indberettes med time:minut:sekund = {00:00:00}[%] værdien {-1} kan indberettes, når der ikke foreligger en værdi, hvilket kan være relevant ved fjernelse af ældre implantat

14.4.3 Registreringsstandard

Den anvendte standard skal obligatorisk angives i indberetningen.

Værdien {-1} kan anvendes i indberetningen i de situationer, hvor der ikke kan tilvejebringes en korrekt værdi for et fjernet implantat.

14.4.4 Antal implantater

Der skal i indberetningen angives et **antal** for antallet af implantater indsat eller fjernet med samme ID-nummer.

En RI kan dog kun anvendes til enten indsættelse *eller* fjernelse af implantater med samme ID.

Hvis der er tale om både indsættelse og fjernelse under samme kirurgiske indgreb, skal dette således udtrykkes i mindst to RI, en for fjernelse og en for indsættelse.

Flere implantater med samme ID kan også indberettes som flere selvstændige RI (antal=1).

14.4.5 Registreringstidspunkt

Tidspunktet for produktskanning udført skal udfyldes, hvis ID er fremfundet ved skanning af implantatets produktinformation. Minimumsniveau dato (time:minut:sekund kan sættes til 00:00:00). Ellers frivillig.

14.4.6 Produktionstidspunkt

Frivillig. Implantatets produktionsdato/tidspunkt kan indberettes. Minimumsniveau ved indberetning dato (time:minut:sekund kan sættes til 00:00:00).

14.4.7 Udløbstidspunkt

Frivillig. Implantatets udløbsdato/tidspunkt kan indberettes. Minimumsniveau ved indberetning dato (time:minut:sekund kan sættes til 00:00:00).

14.5 Indberetning i forbindelse med visse tvangsforanstaltninger udført ved somatisk behandling over for varigt inhabil patient (resultatindberetning)

Der er krav om indberetning af forskellige oplysninger vedrørende beslutning om anvendelse af tvangsforanstaltninger over for varigt inhabile patienter med et somatisk behandlingsbehov.

Kravene omfatter generel beslutning (afs. 14.5.1) om planlagt anvendelse af behandlingsnødvendig tvangsforanstaltning samt indberetning af (afs. 14.5.2) procedurekoder for beslutning ved udførelse af konkrete tvangsforanstaltninger.

Bemærk

Der er efter aftale med regionerne mulighed for dispensation i en aftalt periode for regional indberetning af resultatindberetningen: 'Tvangsforanstaltning' til LPR. Der skal i givet fald i stedet foretages indberetning via SEI-systemet.

► Der henvises i øvrigt til bekendtgørelsen: BEK nr 1370 af 01/12/2017

14.5.1 Generel beslutning om anvendelse af tvang ved somatisk behandling

Generel beslutning om planlagt anvendelse af behandlingsnødvendig tvangsforanstaltning skal indberettes med procedurekoden:

AVSA	Beslutning om tvangsbehandling i somatikken
------	---

Procedurekoden skal registreres med proceduretidspunkt lig med **beslutningstidspunktet** for den generelle beslutning om tvangsbehandling. Denne procedurekode (kodeliste: [proc.tvangsforanst]) er trigger for den tilhørende resultatindberetning 'Tvangsforanstaltning' med oplysninger, der specificerer beslutningen.

Resultatindberetningen skal indberettes **umiddelbart** sammen med indberetningen af trigger-proceduren. Status er 'komplet' {RAS01}.

Resultatindberetningen 'Tvangsforanstaltning' skal indberettes med følgende oplysninger:

navn: Tvangsforanstaltning (RAA10)			Indberetning til Landspatientregisteret vedrørende beslutning om anvendelse af tvangsforanstaltninger ved somatisk behandling af varigt inhabil		
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt	
refID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Forløbselement	
trigID (til) Procedure	Trigger udfaldsrum [proc.tvangsforanst]		Regel for trigning: Procedure.kode IN [proc.tvangsforanst]		
ansvarlig enhed	SORKlass				
status	[resindb.status.suba]		generel status/komplethed af resultatindberetningen. Obligatorisk		
inkomplet RI-indberetning krævet		nej			
DELAY for komplet RI-indberetning		0 dage. Fuld indberetning (status = {RAS01}) skal ske sammen med indberetning af trigger-proceduren			
Resultattekst	resul-tattype	kardi-nalitet	art	udfaldsrum	regel / beskrivelse
Begrundelse	RDA96	1	SKSKode	[res.tvangsbegrund]	Begrundelse for beslutning (se afs. 14.5.1.1)
Behandlingssted	RDA97	1	SKSKode	[res.tvangsbehsted]	Forventet behandlingssted (afs. 14.5.1.2)
Seneste behandlingsdato	RDA98	1	datoTid	dato (timer, minutter, sekunder kan i indberetningen angives som "00")	Seneste behandlingsdato er maksimalt fire måneder fra beslutningsdato

[resindb.status.suba] = {RAS01}: komplet indberetning

14.5.1.1 Begrundelse for beslutning om tvangsbehandling

Resultatindberetningen skal indeholde oplysning om begrundelsen for beslutningen.

Begrundelsen klassificeres og indberettes efter følgende klassifikation.

Begrundelse for beslutning - kodeliste: [res.tvangsbegru]

AZAD1A	vital indikation
AZAD1B	risiko for invaliditet eller forværring heraf
AZAD1C	udredning for sygdom, der kan medføre væsentlig forringelse af helbred eller død
AZAD1D	risiko for forværring af behandlingskrævende sygdom
AZAD1E	nødvendighed for bevarelse af kognitive funktioner
AZAD1F	minimere smerte, lidelse, angst eller væsentlig ulempe for patienten

Er der flere konkurrerende begrundelser registreres, hvad der vurderes at være den primære begrundelse.

14.5.1.2 Behandlingssted

Forventet behandlingssted skal indberettes i resultatindberetningen efter følgende klassifikation.

Forventet behandlingssted - kodeliste: [res.tvangsbehst]

AZAD2A	speciallægepraksis, inkl. almen medicin	
AZAD2B	offentlig sygehussektor	Inkl: Egen enhed
AZAD2C	hjemmesygepleje/hjemmepleje/plejehjem	
AZAD2D	bosted	
AZAD2E	tandlæge, tandplejer og tandtekniker	
AZAD2F	andet forventet behandlingssted	Inkl: Private hospitaler

Er der flere forventede behandlingssteder til samme beslutning registreres, hvad der vurderes at være det primære forventede behandlingssted.

14.5.1.3 Seneste behandlingsdato

Der skal obligatorisk angives tidsramme for beslutningen om tvangsbehandling, der i indberetningen angives som seneste behandlingsdato, dvs. seneste dato for afslutning af den behandling, der i henhold til den konkrete beslutning (kan) foretages under tvang.

Seneste behandlingsdato kan jf. bekendtgørelsen være maksimalt fire (4) måneder efter beslutningsdatoen, dvs. efter procedure-datoen for {AVSA}. Hvis behandlingen skal strække sig ud over det angivne tidsrum, skal dette ske inden for rammen af en ny beslutning om tvangsansøgning.

14.5.2 Indberetning af procedurekoder vedrørende beslutning om tvangsforanstaltning anvendt i somatikken

Følgende procedurekoder vedrørende beslutning om konkrete anvendte tvangsforanstaltninger skal indberettes.

Der er ingen yderligere krav i forbindelse med indberetningen af disse procedurekoder.

Procedurekoder skal registreres med proceduredato lig med **beslutningstidspunktet** for den beslutning, som procedurekoden beskriver.

Procedurekoder for beslutning om anvendelse af tvangsprocedure:

AVSB1	Beslutning om fysisk fastholdelse, pga. nødvendighed for gennemførelse af tvangsbehandlingen
AVSB2	Beslutning om beroligende medicin, pga. nødvendighed for gennemførelse af tvangsbehandlingen
AVSB3	Beslutning om tvangsindlæggelse, pga. nødvendighed for gennemførelse af tvangsbehandlingen
AVSC	Endelig beslutning om tvangsindlæggelse

AVSD	Beslutning om tilbageholdelse
AVSE	Beslutning om tilbageførsel

STIKORDSREGISTER

”

”Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv.”184

A

abort.....	198
ABORTER (KAP.12)	197
Aborter – indberetning og anmeldelse	197
abortprocedure.....	186; 199
Absentering (fravær uden aftale)	140
Absenteringer i retspsykiatrien	99
ADMINISTRATIVE OPLYSNINGER (KAP.3).....	27
administrativt CPR-nummer	32
Aflastningsophold.....	183
Afslutning af forløb	43
Afslutning af udredning – ”endeligt udredt”	72
afslutning af udredningen.....	135
afslutningsmåde.....	43; 133
afslutningsmåde for forløbselement.....	46
afslutningstidspunkt for forløbselement.....	46
Afvisning af henvisning	68
Aktionsdiagnose.....	107
Aktionsdiagnose på barnets fødselskontakt.....	193
Aktionsdiagnose på moderens fødselskontakt.....	188
aktionsdiagnose ved genoptræning	126
Aktivitet	210
Akut indlæggelse efter hjemmefødsel.....	186
akutte patientkontakter.....	40; 41
Akutte patientkontakter	81
anatomisk lokalisation.....	180
Anden tilsigtet selvskade	214
Andre forløb	36; 48
Andre forløb – startmarkører for forløb uden yderligere markører	67
ANDRE RESULTATINDBERETNINGER (KAP.14) 219	
Angivelse af svangerskabslængde ved fødselsindberetning – mor	190
Anmeldelse til Cancerregisteret	167
anmeldelser	147
anmeldelsespligtig diagnose.....	155
anmeldelsespligtig sygdom.....	156
anmeldelsesstatus	155
Anmeldelsesstatus.....	176
anmeldelsesstatus {AZCA9}	168
Anonyme bortadoptioner.....	186
ansvarlig enhed – forløbsansvar	44
ansvarsniveauer.....	15
Ansvarsniveauer	30
anvendelse af kontrast.....	125
Anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer....	34
Anvendt kontrast.....	118
Anvendte termer og definitioner – administrative oplysninger	29
Art (diagnose)	107
assistance	125
Assistancer	116

B

barn med livstegn.....	199; 203; 204
barn til mor (referencetype).....	47

Barnets fødselskontakt.....	192
barselsoophold	188; 195
Barselsperioden	195
Begrebsanvendelse.....	19
Begrebsmodel	15
begrundelsen for beslutning	230
behandling.....	113
Behandling og procedurevarighed på neonatal-området	120
behandlingsdato	230
Behandlingsstart.....	94
behandlingssted	230
Beskrivelse – diagnoser	106
Beskrivelse – Forløbselementet	36
Beskrivelse – Kontakten	83
Beskrivelse – procedurer.....	114
Beskrivelse – resultatindberetning.....	150
Beslutning vedrørende personligt alarm- eller pejlesystem	221
Betalder	101
Betalingsaftale	101
betalingsoplysninger.....	18
Betalingsoplysninger	99
betænkningstid	43
bevidstløs patient	97
Bidiagnose.....	108
bilateral	124
Billeddiagnostik	125
bivirkninger	217
bopælskommune	33
Bopælsoplysninger.....	33
brevsvar.....	92; 127
brugergrænseflade	14
Brystkræftscreening	75

C

canceranmeldelse	155
Canceranmeldelsen (resultatindberetning).....	172
Cancerregisteret (CAR)	155
CPR-nummer	32

D

DAGS-gruppering.....	125
Dataindhold i 'Canceranmeldelse'	176
Dataindholdet i forløbselementet.....	44
Dataindholdet i henvisningsoplysningerne	51
definitioner og beskrivelser af anvendte termer.....	15
delay.....	151
DEN LOGISKE DATAMODEL (KAP.2)	21
Diagnose senere afkræftet.....	112
diagnosegrundlag.....	167; 172; 176; 178
Diagnosegrupper, anmeldelsespligtige sygdomme	174
diagnoseindberetning	88
Diagnoseindberetning uden patientkontakt	91
Diagnosekodning ved kontrol (DZ08-09).....	110
Diagnose-objektet	107
DIAGNOSER (KAP.6).....	105
Diagnoser og abortanmeldelse ved provokeret abort.....	200
Diagnoser ved abortkontakt.....	199
Diagnoseregistrering ved hjernedød	83
DRG-gruppering	125

drukning	209
dyrebid	209
død	88
Dødfødsler	184
dødfødt barn	203

E

egenskab	19
eksperimentel behandling	18
eksplosion	209
Elektrokonvulsiv behandling	144
Enheder, der indberetter	17; 80
erstatningsnummer	32; 33

F

fald	209
fjernmetastaser	174
Flere besøg samme dag	87
flerfoldsfødsel	187
flernummer	193
flow-diagrammer	15; 53; 65
forbrænding	209
forfrysning	209
Forgiftning som årsag til patientkontakt	217
Forgiftninger	217
forgiftningskoder	217
FORLØB (KAP.4)	35
Forløb "uden patientrettigheder" med startmarkører for nyt forløbselement	67
Forløb for mentalobservation	131
forløbsansvar	24; 35; 39; 44; 46
Forløbsansvar	31
forløbselement	15; 40; 41
forløbslabel	35; 40; 133
Forløbslabel	48
forløbsmarkører	13; 15; 36
Forløbsmarkører	52
Forløbsmarkører [forloeb.markoer]	57
Forløbsmarkører anvendt i psykiatrien	133
Forløbsmarkører for somatiske pakkeforløb	76
forløbsmarkører vedrørende patientrettigheder	133
Forløbsspor, flow-diagrammer og indgange til forløb	65
formular	148
Formål med indberetning til Landspatientregisteret	16
forskningsbetalt kontakt eller procedure	18
foster uden livstegn	198
fosterpræsentation	195
Fravær i psykiatrien	140
fremmedlegeme	209
Frist for komplet indberetning	190
Frit valg	52
fuld anmeldelse til Cancerregisteret	176
funktionel lidelse	133; 143
Funktionelle lidelser	132
Fysio- og ergoterapeutiske ydelser	125
fysisk fremmøde	88; 214
Færdigbehandlet patient	64; 77
Færdigbehandlet stationær psykiatrisk patient	141
fødested	195
Fødsel af barn efter sen og meget sen svangerskabsafbrydelse med og uden samrådstilladelse	191
Fødsel af barn med livstegn efter intenderet svangerskabsafbrydelse	204
Fødsel efter abortprocedure	186
Fødsel på vej til sygehus	187

fødselsanmeldelse	184; 198; 199; 204
fødselsdiagnose	184
Fødselsforløb og fødselskontakter	185
Fødselsforløb over to sygehuskontakter	187
Fødselsindberetning vedrørende barnet (resultatindberetning)	193
fødselsindberetningen for nyfødt barn	192
fødselskomplikationer	187
Fødselskontakter	185
Fødselstidspunkt	193
Fødsler, der er startet i hjemmet, men hvor det ikke slutter som en hjemmefødsel	187

G

Generel beslutning om anvendelse af tvang ved somatisk behandling	229
Generelle markører for forløb i somatik og psykiatri ..	60
Genoptræningsperioder	64
genoptræningsplan	126
gestationsalder	193; 202
graviditet, fødsel og barsel	183
GRAVIDITET, FØDSEL OG BARSEL (KAP.11)	181
Graviditet, fødsel og barsel (forløbslabel)	197
graviditetsforløb	38
Graviditetsforløbet	182
Grundlag for indberetning til Landspatientregisteret ..	17

H

Handlingsspecifikation	118
helbredsforløb	14; 15; 16; 25; 35; 36; 38; 42; 44; 47
Henvissende instans	52
henvissning til psykiatrisk behandling	136
henvissning til psykiatrisk udredning	134
henvissningsmåde	50
Henvissningsmåde	51
henvissningsoplysninger	72
Henvissningsoplysninger knyttet til forløbselement	50
henvissningsperiode	68
Henvissningsperiode afbrudt inden første fremmøde ..	69
henvissningstidspunkt	41; 50
Henvissningstidspunkt	51
Henvissningsårsag	52
henvist til behandling	42
henvist til udredning	42
Henviste patienter med uafsluttet vilkår	138
herfødt	192
hjemmebesøg	90
Hjemmebesøg i graviditetsforløbet	182
hjemmebesøg og udebesøg	140
Hjemmefødsler	90; 186
hjernedød	83
hovedindikation	109
hudkræft	160
hængning	209

I

igangsættelse	188
Implantatoplysninger (resultatindberetning)	226
incidensperiode	174
incident anmeldelse	168
Indberetning af 'Abortoplysninger' (resultatindberetning)	202
Indberetning af forløbsmarkører	57
Indberetning af komplikationsdiagnose	224
Indberetning af misdannelsesoplysninger i forbindelse med visse aborter	202

Indberetning af procedurekoder vedrørende beslutning om tvangsforanstaltning anvendt i somatikken	230
Indberetning i forbindelse med visse tvangsforanstaltninger udført ved somatisk behandling over for varigt inhabil patient (resultatindberetning).....	229
Indberetning til Implantatregisteret (resultatindberetning).....	226
Indberetning ved misbrug (DF10-19)	110
Indberetning vedrørende afdøde borgere og patienter	82
Indberetning vedrørende moderen.....	189
Indgreb over for somatiske inhabile patienter	34
INDHOLDSFORTEGNELSE	4
Indikation	119
INDLEDNING (KAP.1).....	13
ingen henviser.....	51
initial behandling	73
inkomplet indberetning.....	151
involverede produkt.....	209; 213; 214

K

kirurgisk abortindgreb	200
Kirurgisk komplikationsregistrering (resultatindberetning).....	223
Klassificering af lokalrecidiver	166
Klassificering af metastaser	163
Klassifikation af operationer	124
Klassifikation af radiologiske procedurer.....	125
Klassifikation af sygdomme	108; 201
Klassifikationsprincipper og diagnoseregistrering (kræftsygdomme)	158
klemning	209
klinisk beslutning om behandling – endeligt udredt....	62
Klinisk beslutning om behandling (KPF)	59
klinisk enhed (SOR)	36
klinisk kontrol	110
klinisk recidiv	71; 155
klinisk vurdering	36; 41; 42; 48; 49
kliniske databaser	18
knivstik	209
Knytning af kontakter til forløb.....	41
Kobling af forløb.....	81
Kode (diagnosekode)	108
Kode (procedurekode)	118
kodeliste.....	14
kodelister	19
Kodning af primær kræft	159
Kolorektal kræftscreening	73
kolorektalscreening	73
kombineret fødsels-/abort-kontakt.....	191
kommunal medfinansiering	76; 77
kommunekode	33
komorbiditet	143; 188
komplet indberetning.....	151
komplicerende sygdom	108; 109
komplikation	125; 199; 224
komplikationer.....	109
komplikationsdiagnose.....	224
konceptuel model for LPR3.....	15
Kontakt.....	87; 93
kontaktafslutning	105; 110
kontaktansvar	25; 140
Kontaktansvar	31
kontaktdiagnoser.....	105
Kontaktdiagnoser	102
kontaktmodel.....	14

Kontaktrelevante bidiagnoser	143
Kontaktrelevante diagnoser – principper og registrering	108
Kontakttyper	88
kontaktårsag	205; 211; 214
Kontaktårsager	95
kontrol.....	110
Kontrol af rask patient (DZ098P)	143
kontrolperiode.....	70
kontrolundersøgelse	110
kræftpakkeforløbsmarkører	52
Kræftsygdom i parrede organer.....	171
Kræftsygdom uden specifikation	160
Kræftsygdomme	36; 48
Kræftsygdomme (forløbslabel)	155
KRÆFTSYGDOMME OG ANMELDelse TIL CANCERREGISTERET (KAP.10).....	155
Kræftsygdommens udbredelse (stadie).....	179
kuld.....	193
Kvalificering af forløbslabel.....	48
Kvalificering af resultatindberetning.....	153
kvælning	209

L

landekode.....	33
Landspatientregisteret.....	13
leukæmier.....	160
levendefødt barn	184; 203
livstegn	184
logisk datamodel	21
logisk-tekniske valideringsregler	19
lokalisering.....	180
lokalrecidiv.....	108; 155; 165
lymfomer.....	160
lymfom-stadie	167; 176; 179; 180
lymfomsygdomme	180
lægemiddelbivirkning.....	110
Længerevarende fravær med aftale i psykiatrien	99; 140

M

Makroskopisk diagnosegrundlag	178
maksimale ventetider	75
Maksimale ventetider	73
maligne melanomer	160
manglende fremsendte oplysninger	71
Markører for diagnostisk pakkeforløb	58
Markører for kræftpakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype	58
Markører for specifikke kræftpakkeforløb (KPF).....	58
Maternal request	191
medfødte misdannelser og kromosomanomalier.....	201
medicinsk abort	200
Medikamentel behandling.....	123
menneskebid	209
Mentalundersøgelse	142
metastaser.....	108; 155; 161
metastaserings.....	171
Mikroskopisk diagnosegrundlag	178
mikroskopisk udseende	180
misbrugsdiagnoser	110
misdannelse	197; 199
misdannelsesoplysninger	202
mistanke om forgiftning	217
mistanke om skade	111
mistanke om sygdom	110
model- og kodenære regler	15

Moderens fødselskontakt.....	188
multimorbiditet.....	36; 109
multiple kræft.....	167
multiple (skader)(frakturer)(sår)(læsioner).....	111
Multiple skader.....	216
multiple sygdomme.....	109
multiple triggere.....	174
multiple trigninger.....	200; 224
Multiple trigninger af samme resultatindberetning.....	153
Multiple årsager til kontakt.....	97

N

nationale screeningsprogrammer.....	73
Navn for resultatindberetning.....	151
Neonatal hørescreening.....	126; 195
Neonatal hørescreening (resultatindberetning).....	219
NOMESKO.....	124
non-melanom hudkræft.....	160
ny anmeldelsespligtig sygdom til Cancerregisteret ..	170
ny patientrettighed.....	67; 70; 132
ny skade.....	40
ny sygdom.....	40
Nyfødt barn med klinisk problemstilling.....	195
Nyfødt som rask ledsager.....	195
nyfødt.....	51
nyfødtforløb.....	38

O

objekt.....	19
Objekt – Resultat.....	152
Objekt – Resultatindberetning.....	150
Obligatorisk indberetning af procedurer.....	121
Obligatoriske resultatindberetninger.....	153
Obs. pro (DZ03).....	110
obs. pro, kræftsygdom.....	158
Obs. pro” (DZ032).....	142
Om ”Telemedicin”, virtuelle kontakter og ydelser uden samtidigt fremmøde.....	127
Omvisering i venteperiode.....	68
Opdatering af diagnoser.....	158
Operationer.....	124
opholdsadresse.....	78; 140
Opholdsadresse.....	31
Opholdsadresse og fravær.....	98
Opkvalificering af anmeldelsen.....	174
Oplysninger om metastaser og lokalrecidiv til kræftdiagnoser.....	108
Oprettelse af forløbselement.....	40
Orlov.....	140
overdosering.....	217
overflytning af færdigbehandlet patient.....	77
Overflytning med sundhedsperson-ledsaget transport.....	90
Overflytning under fødsel.....	187
overførsel til hospital under igangværende fødsel ..	195

P

pakkeforløb.....	36; 40; 48; 70
pakkeforløb for brystkræft.....	75
pakkeforløb for kræftsygdomme.....	155
pakkeforløb for psykiatiske patienter.....	139
pakkeforløb for tarmkræft.....	74
pakkeforløbsmarkører for kræftsygdomme.....	155
paritet.....	187
Paritet.....	190
passivperiode.....	63; 71; 73

Patienter i psykiatrien med somatiske diagnoser	143
patienthotel.....	103
Patientidentifikation.....	32
patientkontakt.....	15
PATIENTKONTAKTER (KAP.5).....	79
Patientoplysninger.....	32
Patientorlov.....	98
Patientorlov og andet fravær.....	78
patientrettighed.....	36; 62; 70; 73; 81; 131
periodemarkører.....	53; 54
Personalekategori.....	119
primær kræftsygdom.....	159
Primær kræftsygdom = grundsygdom.....	159
Prioritet.....	93
private sygehuse og klinikker.....	17
Procedure uden patientkontakt.....	116
procedureansvar.....	119
Procedureansvar.....	31
Procedureindberetning ved provokeret abort.....	200
Procedure-objektet.....	117
PROCEDURER (KAP.7).....	113
procedurer ved udredning og behandling ved kræftsygdomme.....	156
Procedurer ydet under kontakt.....	102
Procedureregistrering ved hørescreening.....	219
Producent – procedureansvar.....	119
Provokeret abort.....	199
Præhospital.....	90
PSYKIATRI (KAP.8).....	129
psykiatrisk aktionsdiagnose.....	142
Psykiatiske diagnoser.....	141
Psykiatiske forløb.....	131
Psykiatiske kontakter.....	82
psykiatiske patienter.....	129
Psykiatiske patientkontakter.....	139
Psykiatiske procedurer.....	144
Psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse afkræftet (DZ032X).....	143
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser	133; 139

R

radiologisk undersøgelse (DZ016).....	125
radiologiske afdelinger.....	168
radiologiske procedurer.....	125
Rask nyfødt.....	103
Raske forsøgspersoner, forskningspatienter og procedurer betalt af forskningsmidler.....	17
Raske ledsagere.....	103
raske nyfødte.....	195
Reference-ID (refID) og referencetype (reftype).....	46
referencetype.....	36; 41; 46; 47
reoperation.....	125
Reoperationer.....	125
resultatindberetning.....	78; 181; 200
RESULTATINDBERETNING (KAP.9).....	147
Resultatindberetning 'Abortoplysninger'.....	202
Resultatindberetning 'Beslutning vedrørende personligt alarm og pejlesystem'.....	221
Resultatindberetning 'Fødselsindberetning barn'	193
Resultatindberetning 'Fødselsindberetning mor'	189
Resultatindberetning 'Implantatoplysninger'.....	226
Resultatindberetning 'Kirurgisk komplikations- oplysning'.....	223
Resultatindberetning 'Resultat af hørescreening'	219
Resultatindberetning 'Skadeindberetning'.....	214
Resultatindberetning 'Tvangsforanstaltning'.....	229
resultatindberetninger.....	15

Resultatindberetninger knyttet til Diagnose	112
Resultatindberetninger knyttet til Procedure	124
resultatindberetningsspecifikationer (RI-specs)	15
Resultattype	152
Resultatværdi	152
Retslige vilkår	137
retspsykiatriske patienter	140
Revision af tidligere anmeldt diagnose	171
røgforgiftning	209

S

Sammenhæng mellem forløbselementer	43
samrådstilladelse	204
Samrådstilladelse	202
Samtidige fremmøder	89
Samtykke til behandling	43
Samtykke til behandling (maksimale ventetider)	73
screening	126
Screeninger	111
screeningsforløb	39
seksuelt overgreb	96; 213
sekundær operation	125
sekundære kontakter efter skade	206
selvmordsforsøg	97
Selvmondsforsøg	213
selvmutilation	96
selvtilføjet skade	144
Sene provokerede aborter	200
Sene spontane aborter	199
serviceafdeling	40; 88
sideangivelse	125; 166
Sideangivelse	108; 118
Skadediagnoser	216
Skadediagnoser (DS-DT)	111
skadeforløb	38
skadeindberetning	208
Skadeindberetning ved skade som følge af ulykker, voldshandlinger og selvmordsforsøg	97
Skadeindberetningen (resultatindberetning)	214
Skadekontakter	205
Skademekanisme	209
SKADER (KAP.13)	205
Skadested	210
Skadetidspunkt	215
Skift af forløbsansvar	42
SKS-koder og kodelister	19
slutregistrering	110
Sluttidspunkt for kontakt	94
sluttidspunkt for procedure	34
snit	209
solforbrænding	209
Somatisk indlæggelse af indlagt psykiatrisk patient	99; 140
SOR	3
Specialer og faggrupper	17
specialiseret rehabilitering og specialiseret genoptræning	76
Specialiseringsniveau	102
stadie	167
start af behandling	136
start af den kliniske udredning	135
startmarkør	40; 41; 42; 45; 53; 65; 134
Starttidspunkt for barnets fødselskontakt	193
starttidspunkt for forløbselement	45
Starttidspunkt for kontakt	93
Starttidspunkt for moderens fødselskontakt	188
Starttidspunkt for procedure	119; 120
Starttidspunkter for fødselskontakter	94

Status for resultatindberetning	151
stedefæstelse	210
sundhedsfaglige aktiviteter	125
sundhedsperson	17; 24; 90
Sundhedspersoner	80
Sundhedsvæsenets Organisations Register (SOR)	3
svangerskabslængde	200
svangrekontroller	182
Svangrekontroller	182
sygdom	95
sygdomsforløb	25; 35; 38; 44
symptomdiagnose	109
Særlig markør for kræftforløb uden pakke	58
Særlige krav (procedurer) ved kræftsygdomme	123

T

takstgivende ydelser	125
telefonkonsultation	182
telemedicinske ydelser	127
terminale patienter	77
Tidsmæssige krav til resultatindberetninger	151
tidstro	52
Tilbageholdelse og tilbageførsel af inhabil patient	34
tillægskoder	18
Tilsluttet selvskade og voldshandlinger i forbindelse med psykiatriske patient-kontakter	143
TNM-stadie	167; 176
transportform for modpart	212
transportform for tilskadekomne	211
Transportulykker	211
trigge	95; 112; 124; 147; 151; 197; 214; 220; 221; 226
tumorer af usikker og ukendt karakter	169
Tvangsforanstaltning (resultatindberetning)	229
Type 2-diabetes	35
Typer af forløbsmarkører	53

U

Udarbejdelse af genoptræningsplan	126
udebesøg	90
udekontakt	88; 90; 140; 145
udfaldsrum	19
Udlevering af opfølgingsplan	76
Udlevering af udredningsplan	72
udredningsplan	72; 135
udredningsret	65; 130; 131
Udredningsretten	71; 72; 74; 75; 135
Ukendt primær kræftsygdom	160
ulykke	97; 211
undersøgelse	113
Undersøgelse af "rask nyfødt"	195
Undtagelser fra anmeldelsespligt	168

V

valg af aktionsdiagnose	82; 107; 109
Valg af kontakårsag	206
Validering af anmeldelsesstatus	177
Validering af samhørende diagnosekoder og T-værdier	180
Vedrørende SKS	3
Ventetid til behandling	73
Ventetid til udredning	72
ventetider til udredning og behandling	65
Ventetidsoplysninger	70
Viderevisiteret skade-patient	206
Vilkår i psykiatrien	137

Vilkår med tvangsforanstaltninger.....	138
virtuel kontakt.....	88
Virtuel kontakt.....	90; 182
Visitationspatienter.....	103
vold på arbejdet.....	213
voldshandling.....	97
Voldshandlinger.....	213
voldshændelse.....	144

X

X- og Y-koordinater.....	210
--------------------------	-----

Y

Ydelse uden samtidig patientkontakt.....	103
Ydelser til afdøde.....	117; 123
Ydelser til ambulante psykiatriske patienter.....	145
Ydelser til indlagte psykiatriske patienter.....	145
Ydelser til pårørende.....	91; 104; 117
Ydelser uden samtidig patientkontakt.....	145
ydre årsager til skade.....	95; 205; 208; 213; 214
Ydre årsager til skade – skadeindberetning.....	208

Æ

Ændringer og fornyelser i Landspatientregisteret.....	18
---	----

Indberetningsvejledning til Landspatientregisteret

Version 1.3 – gældende fra 1. januar 2020

Denne vejledning beskriver udførligt indberetningen til LPR – Landspatientregisteret – som det gælder for alle parter, der er forpligtet til indberetning jf. Sundhedslovens bestemmelser.

Denne version 1.3 erstatter version 1.2 fra juni 2018.

Version 1.3 er gældende fra d. 1. januar 2020.

Næste version er ikke planlagt.

Vejledningen er godkendt af Udvalg for Datakvalitet og Indberetning (UDI) efter en dialog-proces i LPR-Følgegruppen om principper og vejledning.

Det er vigtigt at erkende, at denne vejledning beskriver indberetningen, og ikke nødvendigvis de lokale registreringer, der kan have forskellige systemmæssige udformninger og brugergrænseflader afhængig af det lokale IT-system.

Der er en række logisk-tekniske bilag til denne vejledning, som udbygger den primært tekstuelle vejledning i dette dokument. Disse kan sammen med denne vejledning (pdf) findes på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside under «Landspatientregisteret»:

<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-patientregistrering/indberetning-lpr3>

