



**SUNDHEDSDATA-
STYRELSEN**

VEJLEDNING TIL INDBERETNING TIL LANDSPATIENTREGISTERET (LPR3)

2018

Version: 1.2

Forord



"Vejledning til indberetning til Landspatientregisteret (LPR3)" version 1.2 erstatter "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" (seneste version er 2018) og tidligere version 1.1 som den formelle beskrivelse af indberetningskravene og vejledning til indberetning til det moderniserede landspatientregister (LPR3).

Vejledning dækker i sine principper og regler mm. indberetning til LPR3 fra de parter i sundhedsvæsenet, der er forpligtede til indberetning, som det gælder fra ibrugtagningen primo november måned 2018.

Version 1.2 baserer sig på version 1.1 (okt. 2017) og er justeret efter diskussion og kommentering i Koordinationsgruppen og Følgegruppen samt efterfølgende godkendt i styregruppen for LPR3.

Justeringerne omfatter:

- Endelige beskrivelser af de lovbestemte resultatindberetninger for:
 - o indberetning af oplysninger om indsatte og fjernede implantater (afs. 14.4)
 - o indberetning af oplysninger vedrørende beslutning om anvendelse af visse tvangsforanstaltninger over for varigt inhabile somatiske patienter (afs. 14.5)
- Mulighed for at indberette patologisk korrigeret TNM-stadieangivelse (pTNM) ud over den obligatoriske kliniske TNM (cTNM)
- Definitioner er gennemgået og koordineret til NBS-begrebsarbejdet. Definitionerne findes i de enkelte kapitler, hvor de primært er relevante. Samlede lister over de anvendte definitioner kan findes i bilagene
- Retsligt vilkår (eksisterende koder) startkode AVRA7 og slutkode AVRB7 vedr. dom til behandling på psykiatrisk afdeling under tilsyn tilføjet tabel i afs. 8.5.9.1
- ALFC9 'specialiseringsniveau uoplyst' tilføjet kodeliste: [admin.specialniv]. Denne værdi kan anvendes for intraregionale patienter. "Uoplyst" må ikke anvendes for patientkontakter med patient fra anden region
- Stikordsregister tilføjet

Der er derudover, som følge af indkomne kommentarer og spørgsmål, foretaget en række mindre justeringer og især opstramninger og enkelte steder udbygning af den tekstuelle vejledning.

Indberetningsvejledningen vil være et dynamisk dokument i drift, dvs. ligesom "Fællesindholdet" har været det med primært årlige opdateringer efter behov og aftale i LPR3 driftsgovernance.

Indberetningsvejledningen indgår i den samlede indberetningsdokumentation for indberetning til LPR3, der kan findes på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside. Dette omfatter en række tekniske orienterede bilag med regler, kodelister, resultatindberetningsspecifikationer, definitioner mm.

Sundhedsdatastyrelsen vil fortsætte dialogen med regionerne, RKKP, privathospitalerne og de kliniske specialer om mulighederne for LPR-baseret dataindsamling til kliniske databaser med henblik på at understøtte og sikre rationel datafødsel, datafangst og dataanvendelse af sundhedsdata fra og til de kliniske enheder og miljøer.

Sundhedsdatastyrelsen, juni 2018

afdelingschef Karen Marie Lyng

Kommentarer til denne version kan sendes til: patientregistrering@sundhedsdata.dk

Vejledning til indberetning til Landspatientregisteret (LPR3)

Forfatter, udgiver, ansvarlig institution og copyright: Sundhedsdatastyrelsen

Version: 1.2 (pdf)

Versionsdato: 2018-06-01

Målgruppen

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

Vejledningen henvender sig i mindre grad til slutbrugeren, selvom der er selvfølgelig i nogen grad også er elementer, der adresserer noget relativt system- og brugernært.

Det anbefales, at man lokalt udarbejder registreringsvejledninger baseret på viden om de hospitalsinformationssystemer 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 LPR3.

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.

Det blev således besluttet: (at) *'Parterne er enige om, at SOR er den løsning, som i dag har den relevante struktur og rummer de relevante oplysninger, der også på sigt adresserer de fremtidige behov for fælles organisationsdata på tværs af sundhedsvæsenet. Derfor skal SOR klargøres til en bredere og øget anvendelse i hele sundhedsvæsenet'.*

Den fortsatte udvikling af SOR bliver drøftet med regionerne og kommunerne i SOR projektfora, hvorfor anvendelsen af SOR i dette dokument alene beskrives i generelle termer.

Der lægges dog generelt til grund, at der kan indberettes på et niveau, som er mere detaljeret end det nuværende SHAK-7-niveau, idet dette detaljeringsniveau efterspørges i forhold til patientens **opholdsadresse**, som udtryk for den geografiske lokalitet, hvor patienten modtager de konkrete kliniske ydelser, samt i forhold til beskrivelse af aktivitet, økonomi og kvalitet mv.

SHAK-SOR mapping er ligesom SOR videreudvikling ikke en del af LPR3 projektet, men der er en tæt relation og afhængighed mellem LPR3-løsningen og SOR videreudviklingsprojektet.

Vedrørende de nye resultatindberetninger

Resultatindberetningerne 'Implantatoplysninger' (afs. 14.4) og 'Tvangsforanstaltning' (afs. 14.5) er nye lovbestemte krav i den foreliggende version af denne vejledning.

Fordi disse først er detaljeret beskrevet sent i processen frem mod LPR3, er der mulighed for, at der kan ansøges om dispensation for at foretage indberetningen via LPR i en nærmere aftalt periode.

Der er ikke tale om dispensation for indberetning, hvilket betyder, at anden form for indberetning skal ske.

Dette er nærmere specificeret i de relevante afsnit.

INDHOLDSFORTEGNELSE

INDHOLDSFORTEGNELSE	4
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	18
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	20
2 DEN LOGISKE DATAMODEL	21
2.1.1 Anvendte generelle og logiske termer og definitioner	23
3 ADMINISTRATIVE OPLYSNINGER	27
3.1 Administrative oplysninger i LPR3	28
3.1.1 Anvendte termer og definitioner – administrative oplysninger	29
3.2 Ansvarsniveauer	30
3.2.1 Forløbsansvar	30
3.2.2 Kontaktansvar	31
3.2.3 Procedureansvar	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	36
4.1.2 Forløbselement	38
4.1.3 Objekt-ID for Forløbselement	38
4.1.4 Ansvarlig enhed – forløbsansvar	38
4.1.5 Oprettelse af forløbselement	39
4.1.5.1 Knytning af kontakter til forløb	41
4.1.5.2 Forløbsmarkører og forløbselement	41
4.1.5.3 Skift af forløbsansvar	42
4.1.6 Reference-ID (refID) og referencetype (reftype)	42
4.1.6.1 Referencetype	43
4.1.7 Forløbslabel	44
4.1.7.1 Indberetning af forløbslabel	44
4.1.7.2 Klassificering af forløbslabels	44
4.1.7.3 Kvalificering af forløbslabel	45
4.1.8 Starttidspunkt for forløbselement	45
4.1.9 Afslutning af forløb	45
4.1.10 Afslutningstidspunkt for forløbselement	46

4.1.11	Afslutningsmåde for forløbselement	46
4.1.12	Patient henvist til planlagt forløb, der starter akut "før tid"	46
4.2	Henvisningsoplysninger knyttet til forløbselement	47
4.2.1	Anvendte termer og definitioner – henvisningsoplysninger	47
4.2.2	Henvisningstidspunkt	48
4.2.3	Henvisningsmåde	48
4.2.4	Henvisende instans (frivillig)	49
4.2.5	Henvisningsårsag (frivillig)	49
4.2.6	Frit valg	49
4.2.7	Håndtering af sammenhæng mellem forløbselementer	50
4.2.7.1	Henvisning fra eksisterende forløb – henviser	50
4.2.7.2	Henvisning til forløb – modtager	50
4.3	Forløbsmarkører	50
4.3.1	Typer af forløbsmarkører	51
4.3.1.1	Forløbsmarkører, der afgrænser perioder	52
4.3.2	Anvendte termer og definitioner – forløbsmarkører	53
4.3.3	Indberetning af forløbsmarkører	55
4.3.4	Anvendte generelle og specialiserede forløbsmarkører	55
4.3.4.1	Forløbsmarkører [forløb.markoer]	55
4.3.5	Forløbsspor, flow-diagrammer og indgange til forløb	60
4.3.5.1	Indgange til forløb – startmarkører for forløb	61
4.3.5.2	Andre forløb – startmarkører for forløb uden yderligere markører	62
4.3.6	Ventetidsoplysninger	63
4.3.6.1	Ventetid til udredning	63
4.3.7	Omvisitering i venteperiode	64
4.3.7.1	Omvisitering i passivperiode	64
4.3.8	Udredningsretten	65
4.3.8.1	Udlevering af udredningsplan	65
4.3.8.2	Afslutning af udredning – "endeligt udredt"	65
4.3.9	Ventetid til behandling	65
4.3.9.1	Maksimale ventetider	65
4.3.9.1.1	'Samtykke til behandling' (maksimale ventetider)	66
4.3.9.1.2	'Samtykke til onkologisk efterbehandling' (maksimale ventetider)	66
4.3.10	Forløbsmarkører for somatiske pakkeforløb	66
4.3.10.1	Udlevering af opfølgningsplan	66
4.3.11	Udførelse af specialiseret genoptræning og specialiseret rehabilitering	67
4.3.12	Færdigbehandlet patient	67
4.3.12.1	Overflytning af færdigbehandlet patient	67
4.3.12.2	Tilbagefald	68
4.3.13	Forløbsmarkører i psykiatrien	68
4.4	Patientorlov og andet fravær	68
4.5	Regler for sammenhænge (tid, indbyrdes indhold, og i forhold til specifikke forløb)	68
4.6	Resultatindberetning knyttet til Forløbselement	68
5	PATIENTKONTAKTER	69
5.1	Enheder, der indberetter til LPR3	70
5.2	Sundhedspersoner	70
5.3	Akutte patientkontakter	71
5.3.1	Kobling af forløb	71
5.3.2	Afslutning af "akut forløb"	71
5.3.3	Akut startet forløb, der fortsætter efter første kontakt	71
5.4	Psykiatriske patientkontakter	72
5.5	Beskrivelse – Kontakten	72

5.5.1	Anvendte termer og definitioner – kontakter	72
5.5.2	Kontakt	76
5.5.3	Ansvarlig enhed (kontaktansvar)	76
5.5.4	"Flere besøg samme dag"	77
5.5.5	Overflytning med sundhedsperson-ledsaget transport	77
5.5.6	Kontakttyper	78
5.5.6.1	Fysisk fremmøde	78
5.5.6.1.1	Samtidige fremmøder	79
5.5.6.1.2	Præhospital (frivillig)	79
5.5.6.2	Udekontakt	79
5.5.6.2.1	Hjemmefødsel	80
5.5.6.3	Virtuel kontakt	80
5.5.6.4	Døde borgere og patienter – døde-kontakter	80
5.5.6.4.1	Indbragte døde	80
5.5.6.4.2	Døde på sygehus med ydelser efter døden	81
5.5.6.4.3	Ydelser, der obligatorisk skal indberettes på "døde-kontakt"	81
5.5.6.4.4	Aktionsdiagnose for "døde-kontakt"	81
5.5.6.4.5	Ydelser til pårørende	81
5.5.7	"Diagnoseindberetning uden patientkontakt"	81
5.5.8	Prioritet	82
5.5.9	Starttidspunkt for kontakt	82
5.5.9.1	Starttidspunkter for fødselskontakter	83
5.5.10	Sluttidspunkt for kontakt	83
5.5.11	Behandlingsstart (frivillig)	83
5.6	Kontaktårsager	83
5.6.1	Skadeindberetning ved skade som følge af ulykker, voldshandlinger og selvmordsforsøg	86
5.6.2	Multiple årsager til kontakt	86
5.7	Opholdsadresse og fravær	86
5.7.1	Patientorlov	87
5.7.2	Længerevarende fravær med aftale i psykiatrien	87
5.7.3	Absenteringer i retspsykiatrien	87
5.7.4	Somatisk indlæggelse af indlagt psykiatrisk patient	87
5.8	Betalingsoplysninger	88
5.8.1	Indberetning af betalingsoplysninger	88
5.8.1.1	Patientkontakter	88
5.8.1.2	Procedurer uden patientkontakt	88
5.8.1.3	Procedurer under patientkontakt	88
5.8.1.4	Anvendte termer og definitioner – betalingsoplysninger	89
5.8.2	Betalingsaftale	89
5.8.3	Betaler	89
5.8.4	Specialiseringsniveau	90
5.8.5	Start- og sluttidspunkt for betalingsoplysninger	90
5.8.5.1	Betalingsoplysninger knyttet til patientkontakt	90
5.8.5.2	Betalingsoplysninger knyttet til procedure uden patientkontakt	90
5.9	Kontakt diagnoser	90
5.10	Procedurer ydet under kontakt	91
5.11	Supplerende vejledning til indberetning af kontakter	91
5.11.1	Kobling af kontakt til Forløbselement	91
5.11.2	Visitationspatienter	91
5.11.3	Død under kontakt	91
5.11.3.1	Diagnoseregistrering ved hjernedød	91
5.11.3.2	Postmortem kontakt	91

5.11.4	"Indbragte døde"	92
5.11.5	Død inden ankomst	92
5.11.6	Færdigbehandlet patient	92
5.11.6.1	Terminale patienter	92
5.11.7	Patienter med ophold på patienthotel	92
5.11.8	Raske ledsagere	92
5.11.8.1	Rask nyfødt	92
5.11.9	Ydelse uden samtidig patientkontakt	93
5.11.9.1	Ydelser til pårørende til patient (frivillig)	93
6	DIAGNOSER	95
6.1	Beskrivelse - diagnoser	96
6.1.1	Anvendte termer og definitioner – diagnoser	96
6.1.2	Diagnose-objektet	97
6.1.3	Art (diagnose)	98
6.1.3.1	Aktionsdiagnose	98
6.1.3.2	Bidiagnose	98
6.1.4	Kode (diagnosekode)	98
6.1.5	Sideangivelse	98
6.2	Supplerende oplysninger om metastaser og lokalrecidiv til kræftdiagnoser	98
6.3	Kontaktrelevante diagnoser – principper og registrering	99
6.3.1	Obs. pro (DZ03)	100
6.3.2	Diagnosekodning ved kontrol (DZ08-09)	100
6.3.3	Indberetning ved misbrug (DF10-19)	100
6.3.4	Lægemiddelbivirkninger	101
6.3.5	Skadediagnoser (DS-DT)	101
6.3.6	Screeninger	101
6.3.6.1	Påvisning af sygdom eller mistanke om sygdom ved screening	101
6.4	Resultatindberetninger knyttet til Diagnose	102
6.4.1	Diagnose som trigger	102
6.5	Diagnose senere afkræftet	102
7	PROCEDURER	103
7.1	Beskrivelse - procedurer	104
7.1.1	Anvendte termer og definitioner – procedurer	104
7.1.2	Procedure uden patientkontakt	106
7.1.3	"Assistancer"	106
7.1.4	Ydelser til afdøde	107
7.1.5	Ydelser til pårørende	107
7.1.6	Procedure-objektet	107
7.1.7	Kode (procedurekode)	107
7.1.8	Sideangivelse	107
7.1.9	Handlingsspecifikation (anvendes ikke pt.)	107
7.1.10	Anvendt kontrast	107
7.1.11	Indikation (frivillig)	108
7.1.12	Producent	109
7.1.13	Personalekategori	109
7.1.13.1	Indgreb over for somatisk inhabil patient	109
7.1.14	Starttidspunkt (procedure)	109
7.1.15	Sluttidspunkt (procedure)	109
7.2	Obligatorisk indberetning af procedurer	110
7.2.1	Ydelser til afdøde	111
7.2.2	Særlige krav ved behandling og procedurevarighed på neonatalområdet	112

7.2.3	Særlige krav ved kræftsygdomme	112
7.3	Resultatindberetninger knyttet til Procedure	112
7.3.1	Procedure som trigger	112
7.4	Supplerende vejledning til indberetning	113
7.4.1	Operationer	113
7.4.1.1	Reoperationer	113
7.4.1.2	Sekundære operationer	113
7.4.2	Behandlinger og undersøgelser	113
7.4.3	Billeddiagnostik	113
7.4.4	Fysio- og ergoterapeutiske ydelser	114
7.4.5	Udarbejdelse af genoptræningsplan	114
7.4.6	Neonatal hørescreening	114
7.4.7	Medikamentel behandling	114
8	PSYKIATRI	115
8.1	Introduktion	115
8.2	Anvendte termer og definitioner – psykiatriske forløb og kontakter	116
8.3	Patientrettigheder	117
8.3.1	Udredningsretten jf. Sundhedsloven	117
8.4	Psykiatriske forløb	117
8.4.1	Forløb for mentalobservation	117
8.4.2	"Funktionelle lidelser"	118
8.4.3	Forløb og kontakter	118
8.4.3.1	Akut patientkontakt – ny patient	118
8.4.4	Henviste psykiatriske patienter	118
8.4.5	Forløbslabel	118
8.4.6	Afslutningsmåde for forløb	118
8.4.7	Fra psykiatrisk til somatisk forløb	119
8.5	Forløbsmarkører anvendt i psykiatrien	119
8.5.1	Generelle forløbsmarkører vedrørende patientrettigheder	119
8.5.2	Startmarkører ved nyt forløb	119
8.5.3	Ventetid til udredning	119
8.5.4	Klinisk beslutning vedrørende udredning – udlevering af udredningsplan	119
8.5.5	Start af udredning	120
8.5.6	Afslutning af udredning	120
8.5.7	Ventetid til behandling	121
8.5.8	Start af behandling	121
8.5.9	Vilkår i psykiatrien	121
8.5.9.1	Retslige vilkår	122
8.5.9.1.1	Henviste patienter med uafsluttet vilkår	123
8.5.9.2	Vilkår med tvangsforanstaltninger	123
8.5.10	Frivillig indlagt psykiatrisk patient	124
8.5.11	Pakkeforløb for psykiatrien	124
8.6	Psykiatriske patientkontakter	124
8.6.1	Hjemmebesøg og udebesøg (udekontakt)	124
8.6.2	Fravær i psykiatrien	125
8.6.2.1	Orlov	125
8.6.2.2	Længerevarende fravær (med aftale)	125
8.6.2.3	Absentering (fravær uden aftale)	125
8.6.2.4	Somatisk indlæggelse af indlagt psykiatrisk patient	125
8.6.3	Færdigbehandlet stationær psykiatrisk patient	125
8.7	Psykiatriske diagnoser	126
8.7.1	Mentalundersøgelse	126

8.7.2	"Obs. pro" (DZ032)	127
8.7.2.1	'Psyisk lidelse eller adfærdsförstyrrelse afkræftet' (DZ032X)	128
8.7.3	Kontrol af rask patient (DZ098P)	128
8.7.4	Patienter i psykiatrien med somatiske diagnoser	128
8.7.5	Kontaktrelevante bidiagnoser	128
8.7.5.1	Tilslgtet selvskade og voldshandlinger i forbindelse med psykiatriske patientkontakter	128
8.7.5.1.1	Hændelser før patientkontakt	128
8.7.5.1.2	Hændelser under patientkontakt	129
8.8	Psykiatriske procedurer	129
8.8.1	Elektrokonvulsiv behandling	130
8.8.2	Ydelser til indlagte psykiatriske patienter	130
8.8.3	Ydelser til ambulante psykiatriske patienter	130
8.8.3.1	Ydelser uden patientkontakt	130
8.8.4	Ydelser ved udekontakter	130
9	RESULTATINDBERETNING	131
9.1	Introduktion	131
9.2	Beskrivelse	134
9.2.1	Anvendte termer og definitioner – resultatindberetninger	134
9.2.2	Objekt – Resultatindberetning	134
9.2.2.1	Navn for resultatindberetning	135
9.2.2.2	Status for resultatindberetning	135
9.2.2.3	Tidsmæssige krav til resultatindberetninger	135
9.2.3	Objekt – Resultat	136
9.2.3.1	Resultattype	136
9.2.3.2	Resultatværdi	136
9.2.3.3	Tidspunkt	136
9.3	Obligatoriske resultatindberetninger	136
9.3.1	Kvalificering af resultatindberetning	137
9.3.2	Multiple trigninger af samme resultatindberetning	137
10	KRÆFTSYGDOMME OG ANMELDELSE TIL CANCERREGISTERET	139
10.1	Anvendte termer og definitioner – kræftsygdomme og anmeldelse til Cancerregisteret	140
10.2	Diagnoseregistrering - klassifikationsprincipper	141
10.2.1	Opdatering af diagnoser	142
10.2.1.1	Diagnoseindberetning, når diagnosen stilles mellem patientkontakter	143
10.2.1.2	Diagnoseindberetning og anmeldelse ved kræftsygdom, der er radikalt fjernet under udredningen, men hvor den patologiske bekræftelse først foreligger senere	143
10.2.2	Kodning af primær kræftsygdom	143
10.2.2.1	Ukendt primær kræftsygdom	144
10.2.2.2	"Kræftsygdom uden specifikation"	144
10.2.3	Kodning ved metastaser	144
10.2.3.1	Klassificering af metastaser	146
10.2.4	Kodning ved lokalrecidiv	148
10.2.4.1	Klassificering af lokalrecidiver	149
10.2.5	Flere kræftsygdomme (multipel kræft)	150
10.3	Anmeldelse til Cancerregisteret	150
10.3.1	Undtagelser fra anmeldelsespligt	151
10.3.1.1	Onkologiske afdelinger	151
10.3.1.2	Radiologiske afdelinger	151
10.3.2	Anmeldelsespligtige diagnoser	151
10.3.3	Kræftsygdom i parrede organer	154

10.3.4	Revision af tidligere anmeldt diagnose	154
10.4	Canceranmeldelsen (resultatindberetning)	154
10.4.1	Struktur, indhold og regler	154
10.4.1.1	Validering af samhørende diagnosekoder og T-værdier	156
10.4.1.2	Validering af anmeldelsesstatus	156
10.4.1.3	Triggere og tidsmæssige krav til anmeldelse – indberetning ved flere kontakter, der trigger den samme anmeldelse	156
10.4.1.4	Opkvalificering af anmeldelsen	156
10.4.2	Indholdet i 'Canceranmeldelsen'	157
10.4.2.1	Anmeldelsesstatus ved anmeldelse af sygdom til Cancerregisteret	157
10.4.2.1.1	Fuld anmeldelse	157
10.4.2.1.2	Anmeldelsesstatus AZCA0	158
10.4.2.1.3	Anmeldelsesstatus AZCA1	158
10.4.2.1.4	Anmeldelsesstatus AZCA3	158
10.4.2.1.5	Anmeldelsesstatus AZCA4	158
10.4.2.1.6	Anmeldelsesstatus AZCA9	158
10.4.2.2	Makroskopisk diagnosegrundlag	158
10.4.2.3	Mikroskopisk diagnosegrundlag	159
10.4.2.4	Kræftsygdommens udbredelse (stadie)	159
10.4.2.4.1	Krav til angivelse af TNM-stadie	159
10.4.2.4.2	Krav til angivelse af Ann Arbor-stadie ved lymfomsygdomme	161
10.4.2.5	Anatomisk lokalisation ved lymfomsygdomme	161
10.4.3	Sideangivelse for primær kræftsygdom	161
11	GRAVIDITET, FØDSEL OG BARSEL	163
11.1	Graviditetsforløbet	163
11.1.1	Svangrekontroller	163
11.1.2	Hjemmebesøg i graviditetsforløbet	164
11.1.3	Virtuelle kontakter	164
11.1.4	Aflastningsophold	164
11.2	Anvendte termer og definitioner – graviditet, fødsel og barsel	164
11.3	"Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv." – og konsekvenser heraf	166
11.4	Dødfødsler	166
11.5	Forløb og fødselskontakter	166
11.5.1	Anonyme bortadoptioner	167
11.5.2	Fødsel efter abortprocedure	167
11.5.3	Hjemmefødsler	168
11.5.3.1	Akut indlæggelse efter hjemmefødsel	168
11.5.4	Fødsler, der er startet i hjemmet, men hvor det ikke slutter som en hjemmefødsel	168
11.5.5	Fødsel på vej til hospital	168
11.5.6	Fødselsforløb over to hospitalskontakter	168
11.5.6.1	Overflytning under fødsel	168
11.5.6.2	Flerfoldsfødsel på flere hospitalskontakter	169
11.6	Moderens fødselskontakt	169
11.6.1	Obligatoriske fødselsoplysninger vedrørende moderen	169
11.6.1.1	Starttidspunkt for moderens fødselskontakt	169
11.6.1.2	Aktionsdiagnose på moderens fødselskontakt	170
11.6.2	Fødselsindberetning vedrørende moderen (resultatindberetning)	170
11.6.2.1	Frist for komplet indberetning	171
11.6.2.2	Angivelse af svangerskabslængde ved fødselsindberetning – mor	171
11.6.2.3	Paritet	171
11.6.2.4	Indberetning af øvrige oplysninger i forbindelse med fødslen	172

11.6.3	Fødsel af barn efter sen og meget sen svangerskabsafbrydelse med og uden samrådstilladelse	172
11.7	Procedureregistrering i forbindelse med fødsel	172
11.7.1	"Maternal request"	172
11.8	Barnets fødselskontakt	173
11.8.1	Obligatoriske fødselsoplysninger vedrørende barnet	173
11.8.1.1	Starttidspunkt for barnets fødselskontakt	174
11.8.1.2	Aktionsdiagnose på barnets fødselskontakt	174
11.8.2	Fødselsindberetning vedrørende barnet (resultatindberetning)	174
11.8.2.1	Frist for komplet indberetning	174
11.8.2.2	Fødselstidspunkt	174
11.8.2.3	Angivelse af gestationsalder ved fødselsindberetning – barn	174
11.8.2.4	Kuld	174
11.8.2.5	Flernummer	174
11.8.2.6	Indberetning af øvrige oplysninger i forbindelse med fødslen	174
11.9	Barselsperioden	176
11.9.1	Nyfødt som rask ledsager	176
11.9.2	Nyfødt barn med klinisk problemstilling	176
12	ABORTER	177
12.1	Aborter – indberetning og anmeldelse	177
12.2	Anvendte termer og definitioner – aborter	177
12.3	Beskrivelse	178
12.3.1	Diagnoser ved abortkontakt	179
12.3.1.1	Komplikationer i forbindelse med provokeret abort	179
12.3.2	Sene spontane aborter	179
12.3.3	Provokeret abort	179
12.3.3.1	Registreringer ved provokeret abort	179
12.3.3.2	Sene provokerede aborter	179
12.3.3.3	Diagnoser og abortanmeldelse ved provokeret abort	180
12.3.3.3.1	Indberetning ved flere kontakter med abortdiagnose	180
12.3.3.4	Procedureindberetning ved provokeret abort	180
12.4	Indberetning af 'Abortoplysninger' (resultatindberetning)	180
12.4.1	Frist for komplet anmeldelse	182
12.4.2	Samrådstilladelse	182
12.4.3	Angivelse af svangerskabslængde ved patologisk graviditet samt ved spontane og provokerede aborter	183
12.4.4	Indberetning af misdannelsesoplysninger i forbindelse med visse aborter	183
12.5	Fødsel af barn med livstegn efter intenderet svangerskabsafbrydelse	183
13	SKADER	185
13.1	Primære skadekontakter	185
13.1.1	Viderevisiteret skade-patient	185
13.1.2	Sekundære kontakter	186
13.1.3	Kontaktårsager	186
13.1.3.1	Valg af kontaktårsag	186
13.2	Anvendte termer og definitioner – skaderegistrering	187
13.3	Ydre årsager til skade – skadeindberetning	188
13.3.1	Skademekanisme	189
13.3.2	Skadested	190
13.3.3	Aktivitet	191
13.3.4	Transportulykker	192
13.3.4.1	Transportform for tilskadekomne	192
13.3.4.1.1	Transportform for modpart	192

13.3.5	Voldshandlinger	193
13.3.5.1	Voldshandling på arbejdet	193
13.3.6	Selvordsforsøg	193
13.3.7	Anden tilsigtet selvskade	194
13.4	Skadeindberetningen (resultatindberetning)	195
13.5	Forgiftninger	197
13.5.1	Klassificering	197
13.5.2	Forgiftning som årsag til patientkontakt	197
13.5.3	Supplerende diagnosekodning	197
14	ANDRE RESULTATINDBERETNINGER	199
14.1	Neonatal hørescreening (resultatindberetning)	199
14.1.1	Procedureregistrering ved hørescreening	199
14.2	Beslutning vedrørende personligt alarm- eller pejlesystem (resultatindberetning)	201
14.3	Kirurgisk komplikationsregistrering (resultatindberetning)	202
14.3.1	Indberetning ved multiple trigninger under en patientkontakt	203
14.3.2	Indberetning af komplikationsdiagnose	204
14.4	Indberetning til Implantatregisteret (resultatindberetning)	206
14.4.1	Starttidspunkt for triggerprocedure	206
14.4.2	Identifikation (ID)	206
14.4.2.1	Udskiftning af implantat	206
14.4.3	Registreringsstandard	206
14.4.4	Antal implantater	207
14.4.5	Registreringstidspunkt	208
14.4.6	Produktionstidspunkt	208
14.4.7	Udløbstidspunkt	208
14.5	Indberetning i forbindelse med visse tvangsforanstaltninger udført ved somatisk behandling over for varigt inhabil patient (resultatindberetning)	209
14.5.1	Generel beslutning om anvendelse af tvang ved somatisk behandling	209
14.5.1.1	Begrundelse for beslutning om tvangsbehandling	210
14.5.1.2	Behandlingssted	210
14.5.1.3	Seneste behandlingsdato	210
14.5.2	Indberetning af procedurekoder for konkrete tvangsforanstaltning anvendt i somatikken	211
	STIKORDSREGISTER	212

1 INDLEDNING

Landspatientregisteret (LPR) er sundhedsvæsenets vigtigste og mest centrale register, der anvendes i rigtig mange sammenhænge. LPR3 er det nye landspatientregister, som indføres i november 2018, således at al indberetning til Landspatientregisteret for alle indberettere derefter sker via LPR3, 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, indberetningsnitflade 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 LPR3 bliver et mere logisk opbygget og lettere tilgængeligt datagrundlag for analyser, statistik og andre former for ud-data.

LPR vil derfor fremover være 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.

Til brug for den konkrete tilpasning af de indberettende systemer i regionerne er der til indberetningsvejledningen udarbejdet en omfattende bilagsdokumentation af 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 afklaring.

Indberetningsvejledningen har til formål at beskrive de *indberetningsmæssige* krav (og muligheder) til sygehuse og klinikker til det nye landspatientregister - i det følgende kaldet "LPR3".

Grundlaget er fortsat centreret omkring kontakten mellem patient og sundhedsvæsen. LPR3 er som LPR2 **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 skal sikre, at aktiviteterne og sammenhæng mellem disse kan beskrives uden de begrænsninger, som ligger i LPR2-modellen.

Samtidig er den "ambulance container", der anvendes i LPR2, nu generaliseret og udvidet til et generelt **forløbselement**, som kan samle alle kontakter, korte og længerevarende og procedurer under en fælles hat – et klinisk forløb – datalogisk repræsenteret ved et forløbselement.

Udgangspunktet for LPR3 har været behovet for en forenkling og mere logisk opbygning af den grundlæggende datastruktur. LPR3 retter op på de begrænsninger, som den nuværende opbygning og knopvis udbygning af Landspatientregisteret har givet anledning til, blandt andet i forhold til monitorering af ambulante besøg, diagnosehistorik og forløb.

LPR3 giver samtidig mulighed for mere fleksibelt at kunne indarbejde nye dataområder, i takt med at nye behov opstår. Det er således ambitionen, at modellen bag LPR3 kan fastholde og styrke Landspatientregisterets position som det centrale register over patientkontakter i hele det danske sundhedsvæsen. Der er således tale om en evolutionær udvikling af Landspatientregisteret, som afspejler den udvikling, der sker i sundhedsvæsenet.

Ved udvikling af LPR3 er der taget hensyn til de erfaringer, som er høstet med indberetning til og anvendelse af Landspatientregistret siden registrets 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 gælder især 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 registrering med forløbsmarkører, der beskriver de hændelser, som rettighederne skal monitoreres ud fra.

Overgangen til LPR3 betyder blandt andet, at ...

- der indføres 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 ved indberetning. Der kræves i stedet tidstro start- og sluttidspunkter for patientkontakter. En tilsvarende ændring gennemføres i DRG-grupperingen
- det bliver muligt at sammenkæde kontakter, diagnoser, procedurer og resultatindberetninger i kliniske forløb (forløbselement) for den enkelte patient
- der etableres 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 trigger af foruddefinerede forløbsmarkører, kontakter (typer), kontaktårsager, diagnoser eller 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 firkantede 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. Regionerne vil helt overvejende opleve, at der er tale om ændringer, justeringer og tilpasninger, der kan løses "bag om brugerne", men LPR3-indberetningen 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.

I forhold til det tilsvarende dokument for det tidligere LPR (LPR2) – "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" – indikerer titlen på herværende dokument nu, at det primært handler om **indberetning** fremfor registrering, og at det er i forhold til indberetningen, at kravene primært stilles og er formuleret.

Vejledning stiller således ikke nogen formelle krav til, hvad og hvordan der registreres i de lokale systemlandskaber, men stiller krav til, hvad og hvordan der **indberettes** til LPR. De fleste patientadministrative 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, der rækker længere ind mod sundhedsvæsenets brugere i den primære datafødsel. De forskellige vejledninger til indberetning under de enkelte områder er suppleret med brugerorienterede dele, der vejleder i forhold til den primære datafødsel af klinisk-administrative data, der obligatorisk skal indberettes til LPR3.

Som led i den ønskede forenkling af LPR er der på flere områder sket en revision af de klassificeringerne, således at modellen understøttes på den mest hensigtsmæssige måde

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

Der findes desuden følgende bilag til indberetningsvejledningen:**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 flowdiagrammer

Bilag 2 LPR3 katalog over navngivne SKS-kodelister

LPR3-modellen, beskrivelserne og reglerne anvender navngivne kodelister for de SKS-klassificerede udfaldsrum for indberetningens egenskaber og klassificerede værdier

Bilag 3 LPR3 samlede definitioner og beskrivelser af anvendte termer

systematisk og alfabetisk version

1.1 Begrebsmodel

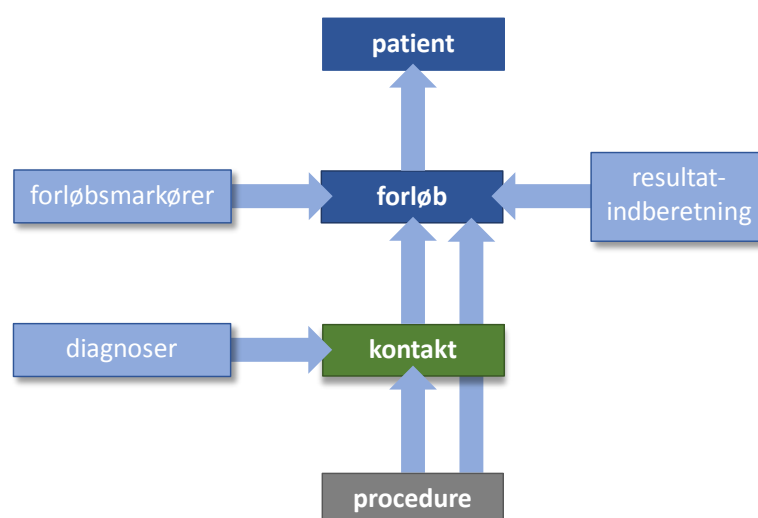
Nedenfor er gengivet den grundlæggende konceptuelle model for LPR3. Begrebsmodellen har dannet grundlag for den videre logiske modellering af indberetningskonceptet og de tilhørende krav til indberetning, som beskrives i dette dokument.

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 begrebsmæssige ansvarsniveauer – se også afs. 3.2

Med udgangspunkt i kontakten mellem patient og sundhedsvæsen som det centrale element, giver forløbet 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 vil bl.a. medføre 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 kliniske forløb. 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 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 sygehusbehandlinger
 - o grundlag for mellemregional afregning af sygehusbehandlinger
- Bidrage til den medicinske forskning
- Bidrage til kvalitetssikring i sundhedsvæsenet
- Give sundhedsfagligt uddannet personale adgang til medicinske og administrative data vedrørende tidligere sygehusbehandling på afdelinger 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 kompletthed 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 anvendes til, stiller store krav til præcision og rettidighed i indberetning.

Data fra Landspatientregistret 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 Landspatientregistret kernen i forbrugs-, aktivitets- og sundhedsøkonomisk monitorering.

Det er en ambition, at data fra Landspatientregistret i stigende omfang vil kunne anvendes til løbende kvalitetsmonitorering af aktiviteterne i sundhedsvæsenet. Det er derfor væsentligt, at indberetningen af data til Landspatientregistret 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 Landspatientregistret, således at Landspatientregistret med sikkerhed og præcision kan anvendes til de mange beskrevne formål.

Forløb i LPR3

LPR3 skal dække alle de formål, som Landspatientregistret hidtil har gjort. Derudover har det været ønsket, at LPR3 skal skabe mulighed for dannelse af ægte patientforløb, ved at alle ydelser, der vedrører 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 LPR3.

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. 293 af 27/03/2017 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 forpligtelsen til at indberette oplysninger om lægelig behandling af patienter til LPR særskilt behandlet i "Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Sundhedsstyrelsens 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 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 regler, som er beskrevet i denne indberetningsvejledningen.

1.4 Specialer og faggrupper

Indberetningen som beskrevet i denne vejledning omfatter alle lægefaglige specialer samt andre **sundhedspersoner**, dvs. autoriseret sundhedsfagligt personale jf. BEK nr 990 af 18/08/2017.

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, hvis disse er omfattet af indberetningskrav.

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

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 kliniske retningslinjer indgår i udredning og behandling i patientens sygdomsforløb.

Som en undtagelse skal patientens kontakter på klinisk kemisk afdeling ("laboratoriet") til blodprøvetagning ikke indberettes til LPR3.

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 screening, ikke indberettes til LPR. Hvis kontaktregistrering (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 sygdomsforløb og patientkontakter, som i forbindelse med sygdomsbehandling 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 er oprettet 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 eksisterende landspatientregister fortsat indgå i modellen, så der ikke opstår væsentlige databrud. Indberetningen til LPR3 er derfor på langt de fleste områder *indholdsmæssigt* genkendelig.

I det omfang, der opstår 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 LPR3-modellen.

Endvidere er LPR3 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 aktører.

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.

LPR3-modellen giver desuden mulighed for, at der på en række områder, hvor der i dag anvendes 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 LPR3.

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 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.

Kapitlerne 8-13 håndterer indberetning af specifikke kliniske problemstillinger, og der forekommer en del gentagelser, da 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 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 ingen 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 (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. I alle tilfælde er navngivne kodelister en god funktionalitet bag ved brugerinterfacet.

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.

Det skal understreges, at det kun er det aktuelle (klassificerede) billede, der tegnes, og at det grundlæggende element i forhold til regler er navngivne kodelister, hvor indholdet kan justeres over tid. SDS forbeholder sig fortsat ret til at ændre og tilføje SKS-koder efter behov.

SKS vil i øvrigt blive vedligeholdt, således at det kan fungere som klassifikationsgrundlag for både LPR2 og LPR3. På de store klassifikationsområder medfører overgangen fra LPR2 til LPR3 ingen ændringer, de fleste koder vil således være lige så LPR3-relevante, som de var LPR2-relevante.

Der er især en række småklassifikationer, der er oprettet som LPR3-specifikke, og der vil i en periode omvendt være LPR2-specifikke koder, idet der fortsat skal kunne ske en "efter-indberetning" af LPR2-kontakter til LPR2-registeret, ligesom der kan være midlertidige LPR2-baserede registreringer, der skal konverteres til LPR3.

Hvor længe denne overgangsperiode vil vare, vides ikke på nuværende tidspunkt. Relevant information vil tilgå sundhedsvæsenets parter og vil blive aftalt under den fremadrettede LPR3-governance.

Alle de LPR3-relevante dele af SKS er under alle omstændigheder 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

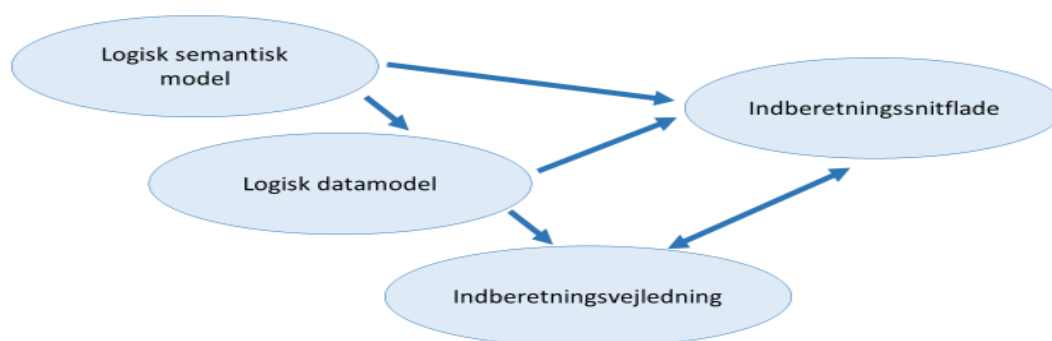
Grundlaget for indberetningsvejledningen udgøres af dels det begrebsmæssige arbejde (den logisk-semantiske model for LPR3), og dels – med udgangspunkt i dette arbejde – den derfra udarbejdede logiske datamodel, som igen skal udmøntes i en konkret indberetningssnitflade.

Den logiske datamodel for LPR3 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 LPR3.

Bilag 1 indeholder:

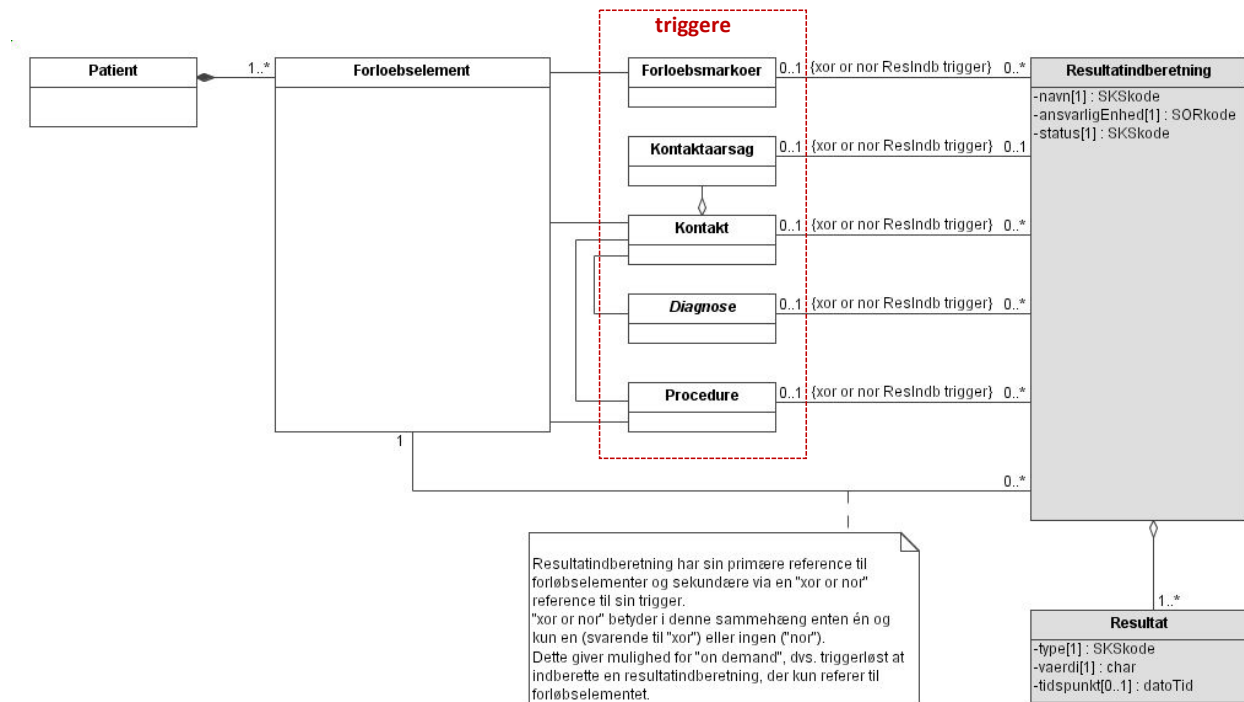
- den logiske datamodel i form af et UML-klassediagram
- modelnære regler, der er en integreret del af modellen
- kodenære regler, der regelsætter iht. indekserede SKS-kodelister
- administrative koder (småklassifikationer)
- kodeliste for betalere
- Bilag 1a: specifikationer for resultatindberetninger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

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 Kap. 9)



Del 2 Resultatindberetningen foldet ud



2.1.1 Anvendte generelle og logiske termer og definitioner

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
<i>Indberetningsobjekt</i>	anvendes i vejledningen om et objekt i den logiske LPR3-model, der beskrives som et afgrænset indberetningsselement	
<i>egenskab</i>	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)	
<i>udfaldsrum</i>	krævede eller tilladte værdier for en <u>egenskab</u> i indberetningen	
<i>kardinalitet</i>	krav til et objekts eller egenskabs udfyldelse i indberetningen Kommentar: kan være obligatorisk, betinget obligatorisk eller frivillig. Der kan desuden være krav til antal	
<i>char</i>	alfanumerisk karakterstreng (string)	
<i>datoTid</i>	datatype anvendt for tidspunkt	
<i>MynKod</i>	myndighedskode i et format, der anvendes i Myndighedsregisteret	
<i>SKS</i>	Sundhedsvæsenets Klassifikations System	
<i>SKS-kode</i> 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.	
<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.	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
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 på flere måder, idet der kan indberettes flere tillægskoder til samme primærkode.	
SORKlass	SOR-klassifikation som <u>udfaldsrum</u> for en egenskab	
SOR-kode (SORkode)	<u>identifikationskode</u> der identificerer en post i SOR-klassifikationen	
sundhedsformål	overordnet hensigt med en <u>sundhedsaktivitet</u> i forhold til at belyse eller påvirke en <u>patients helbredstilstand</u> Kommentar: At fastholde en sundhedstilstand er en form for påvirkning	
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, og personer, der handler på disses 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. forløb, procedure og kontakt.	
forløbsansvar	<u>klinisk-administrativt ansvar</u> for et <u>sundhedsrelateret forløb</u> Kommentar: Forløbsansvaret i LPR3 omfatter et tematiseret dvs. klinisk afgrænset sundhedsrelateret forløb, fx et kræftforløb for en kræftsygdom. I praksis kan ansvaret for en patients samlede forløb være hos en SOR-enhed (fx på et kræft-center) 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 sundhedsrelateret forløb, 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 opretholdes også selv om enkelte kontakter i sygdomsforløbet foregår på kliniske 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.	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
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>kontakt diagnoser</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: <u>Kontakt diagnose</u> skal i relevante tilfælde suppleres med indberetning af oplysninger om <u>fjernmetastaser</u> og <u>lokalrecidiv</u>	
behandling	<u>sundhedsintervention</u> hvor <u>sundhedsformålet</u> er at påvirke en patients <u>helbredstilstand</u>	
sundhedsrelateret forløb	forløb der foregår i sundhedsvæsenet Kommentar: Når de sundhedsrelaterede forløb udmøntes i praksis skal de være <u>patientnære</u> dvs. de skal kunne tilføjес et CPR-nummer Bemærk: I LPR3 afgrænses et sundhedsrelateret forløb klinisk til et tematiseret sygdomsområde – se <u>også forløbsansvar</u>. Derfor anvendes også betegnelsen "<u>sygdomsforløb</u>" i indberetningsvejledningen	
sygdomsforløb	helbredsforløb 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 forløb inkluderer også skadeforløb, screening, samt graviditet, fødsel og barsel. Se <u>også 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>. Eksempel på sundhedsrelateret aktivitet (rettet mod både gruppe og individ): mammografi-screening. Eksempel på sundhedsrelateret aktivitet (rettet mod gruppe): rengøring på sygehus. Eksempel på sundhedsrelateret aktivitet (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 <u>også 'opholdsadresse'</u>.	
sundhedsproducent	<u>sundhedsaktør</u> der udfører <u>sundhedsaktivitet</u>	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
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 <u>indikation</u> tilsigter at belyse eller påvirke en <u>patients helbredstilstand</u> Kommentar: Sundhedsinterventioner kan være undersøgelse, behandling, pleje, forebyggelse og rådgivning, "Behandling" anvendes ofte mere bredt om alle ydelser, når der ikke er behov for nærmere ud-specificering af, hvad der er udredning, behandling, pleje m.m. I Sundhedsloven (LBK nr 1188 af 24/09/2016, § 5) hedder det: "Behandling omfatter efter den- ne lov undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sund- hedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte <u>patient</u>." jf. i øvrigt <u>behandling</u> og <u>undersøgelse</u>	
sundhedsproducerende enhed	enhed der danner ramme for <u>sundhedsprofessionel</u>les sundhedsaktiviteter Kommentar: Enheder, der indgår i LPR3-indberetningen, er SOR-klassificerede	
procedure (ydelse)	<i>Procedure er et indberetningsbegreb for indberetning af <u>sundhedsinterventioner</u>. Procedurer indberettes formaliseret som procedurekoder til LPR efter gældende SKS procedureklassifikatio- ner</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, herunder henvisningsoplysninger, der obligatorisk knyttes til forløb
 - o henvisningsoplysninger knyttet til forløbselement (afs. 4.2)

Forløbsmarkører (afs. 4.3 og afs. 8.4.6 (psykiatri))

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

Administrative oplysninger i tilknytning til kontakten (Kap. 5)

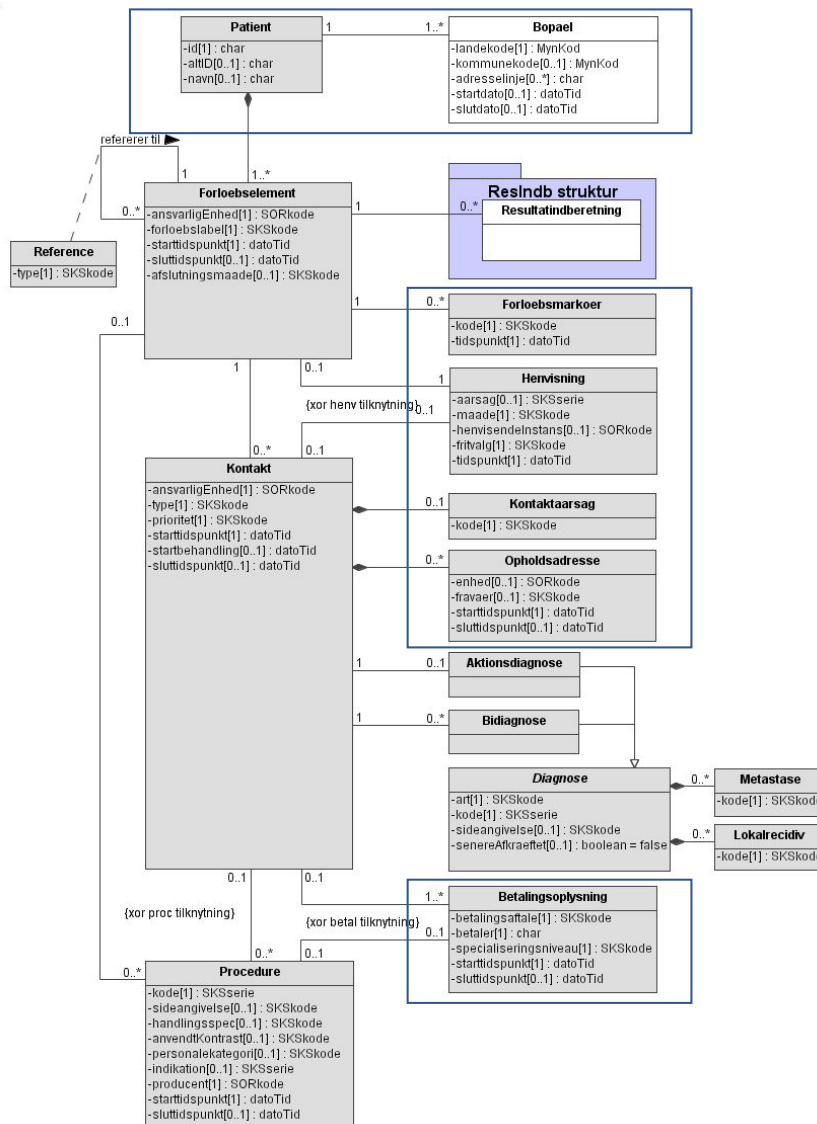
- Opholdsadresse og fravær (afs. 5.5)
 - o inkl. patientorlov og længevarende fravær med og uden aftale (absenteringer) i psykiatrien
- Henvisningsoplysninger (frivillig) – se beskrivelse under forløb afs. 4.2
- Kontaktårsag (afs. 5.4)
- Betalingsoplysninger (afs. 5.6)

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, der logisk svarer til den tidligere måde for pakkeforløbsmarkører.

3.1 Administrative oplysninger i LPR3

Modeludsnit – administrative oplysninger



Henvisningsoplysninger skal obligatorisk angives ved oprettelse af nyt forløbselement. 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 LPR3

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 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	

3.1.1 Anvendte termer og definitioner – administrative oplysninger

► se også under afs. 4.3 om forløbsmarkører

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
henvisningsoplysninger	se afs. 4.2 samt afs. 4.3 om forløbsmarkører ("henvist til")	
opholdsadresse	se under kontakt (kap. 5)	
prioritet	se under kontakt (Kap. 5)	
adresselinje (adresse)	tekstuel angivelse af patientens adresse Kommentar: Anvendes kun for udlændinge med bopæl i Danmark	
kommunekode (bopælskommune)	identifikationskode for en kommune Kommentar: <u>Patientens</u> (borgerens) bopælskommune. Skal indberettes for <u>patienter</u> med erstatningsnummer og bopæl i Danmark	
landekode	identifikationskode for et land i henhold til Myndighedsregisteret	
navn (patientnavn)	<u>patientens</u> fulde navn Kommentar: Anvendes i indberetningen kun for <u>patienter</u> uden CPR-nummer	
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 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 udenlandske statsborgere 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.	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
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 LPR3-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 logistisk) og klinisk ansvar. Det klinisk-administrative ansvarsniveau angives ved SOR-koden for den relevante enhed.

3.2.1 Forløbsansvar

Forløbsansvaret er ansvaret for sygdomsforløbet eller den del af sygdomsforløbet, der afspejles i forløbs-elementets tidsudstrækning for den givne organisatoriske enhed.

► Vedr. sygdomsforløb og forløbselementet – se Kap. 4

Indberetningsmodellen sikrer en høj grad af sammenhæng og fleksibilitet, således at regionerne 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". Forløbs-elementet er oprettet ved modtagelse af henvisningen 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 kontakt- og procedureansvarlig.

Patienten indlægges til planlagt operation på "Ortopædkirurgisk sengeafsnit" – kontaktansvar og opholds-adresse, kontakttype: 'fysisk fremmøde'.

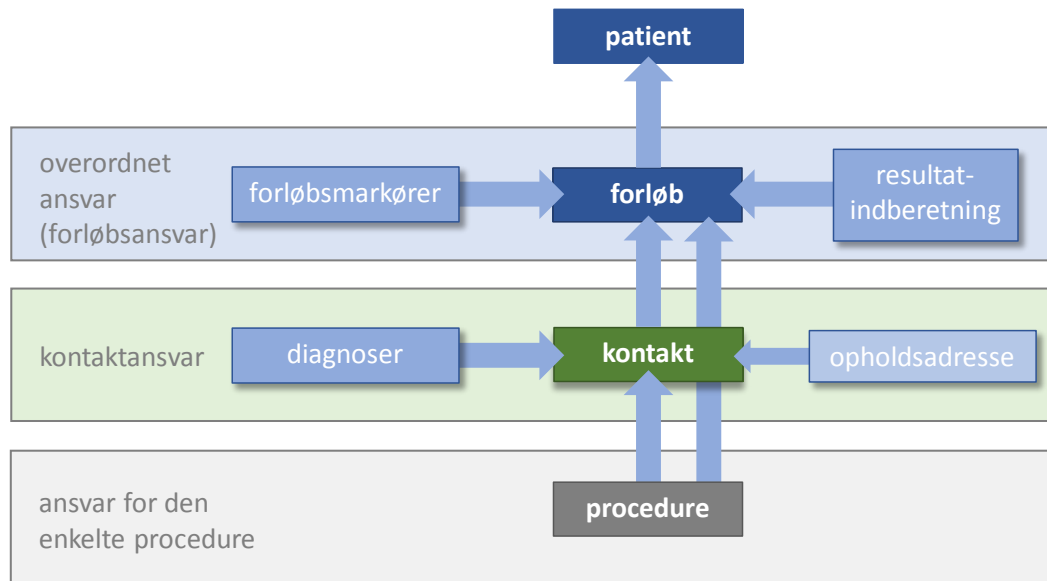
Billeddiagnostisk afdeling yder (assistance)procedure (procedureansvar), der knyttes til kontakten på sengeafsnittet

Forløbsansvar vil altid ligge på samme eller højere hierarkisk SOR-niveau end kontakten. Hvis ansvaret for kontakten ligger på afdelingsniveau (medicinsk afdeling) eller eventuelt afsnitsniveau (sengeafsnit, ambulatorium), vil ansvaret for forløbet typisk ligge på afdelings- eller eventuelt centerniveau – se også figurer i Kap. 4

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.

Konceptuel LPR3-model med ansvars niveauer og opholdsadresse



3.2.2 Kontaktansvar

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 en helt anden organisatorisk enhed ved (assistance)ydelser, hvor en anden enhed yder en procedure, der knyttes til kontakten eller forløbet i indberetningen – se *ovenstående eksempel*.

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 selvfølgelig 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	kardinalitet	regel / beskrivelse
objektID			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 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, 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 af regionerne
 - o kendt patient bosiddende i DK, der tildeles et erstatningsnummer, indberettes med landekode, personnavn og adresse, samt kommunekode for bopælskommune iht. Myndighedsregisteret
 - o kendt udenlandsk patient, der tildeles et erstatningsnummer, indberettes med personnavn og landekode iht. myndighedsregisteret
 - o ukendt patient, der tildeles erstatningsnummer kan indberettes med lande- og kommunekode 'ukendt'. Hvis og når identiteten tilvejebringes, genindberettes med de korrekte oplysninger

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 statsborgerskab:</u> landekode Danmark: 5100 landekode Færøerne: 5902 landekoder: 5102-5779 landekode ukendt: 5999 Ved flere statsborgerskaber har "Danmark" fortrinsret
kommunekode	MynKod	officiel kommune-kode i henhold til Myndighedsregisteret	0..1	<u>Kode for bopælskommune:</u> kommuner i Danmark: 0101-0860 kommuner i Grønland: 0956-0961 kommune ukendt: 0009
startdato	datoTid	tidspunkt	0..1	historik for CPR-oplysninger hentes via opslag i CPR
slutdato	datoTid	tidspunkt	0..1	

► Myndighedsregisteret kan findes under: www.cpr.dk

Den logiske datamodel for LPR3 indeholder oplysninger i form af lande- og kommunekode, samt – som en del af nødvendige data vedr. betalingsoplysninger – mulighed for at indberette egentlige adresseoplysninger.

Vejledning for udfyldelse af landekode og kommunekode:

Patient med:	landekode	kommunekode
CPR-nummer	(CPR-opslag)	(CPR-opslag)
administrativt CPR-nummer	+	-
erstatningsnummer, dansk bopæl	+	+
erstatningsnummer, udlænding	+	-
erstatningsnummer, ukendt person	5999	0009

► Se nærmere regler og validering i Bilag 1

► Administrativt CPR-nummer anvendes for dødfødt barn – se afs. 11.4

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 **somatiske 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}.

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 *afs. 7.1.13*

4 FORLØB

Forløbselementet (FE) samler alle typer af kontakter, diagnoser, forløbsmarkører og kliniske ydelser, som patienten har modtaget i en periode i et sygdomsforløb, knyttet til en forløbsansvarlig organisatorisk (SOR) enhed. Sygdomsforløbet og afgrænsning af sygdommen er således helt grundlæggende i forståelsen af indberetningen.

Et sygdomsforløb er et samlet forløb af en given patienttilstand, der over tid kan udtrykkes ved forskellige diagnoser. Sygdomsforløbet varetages under en eller flere organisatoriske enheder.

Sygdomsforløbet 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. I den anden ende omfatter sygdomsforløbet adjuverende og recidiv-forebyggende behandling, genoptræning og klinisk kontrol. Forløbet kan slutte tidligt, fx ved afkræftelse af mistanke om kræftsygdom uden behov for fortsat sygdomsbehandling.

Et sygdomsforløb omfatter også de følgetilstande og komplikationer, som er en direkte følge af sygdommen og behandling af sygdommen. Selvstændige kontakter for følgetilstande og komplikationer skal således knyttes til det sygdomsforløb, som de klinisk relaterer sig til.

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

Alle enhedens kontakter (med diagnoser og procedurer), forløbsmarkører, resultatindberetninger og ydelser uden samtidig kontakt, der hører til det konkrete sygdomsforløb, knyttes i indberetningen til et **forløbselement**, der overordnet tematiseres ved en **forløbslabel** - fx 'KOL' – se aftalte klassifikation i afs. 4.1.7.2

En klinisk enhed kan være involveret i sygdomsforløbet 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.

Det enkelte forløbselement skal sammenknyttes til andre forløbselementer, når fx samme sygdom skal behandles på en anden enhed, og der ikke indberettes under samme fælles forløbselement. Om forskellige centre og afdelinger kan anvende *det samme forløbselement* afhænger af de lokale systemmuligheder og lokal praksis.

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

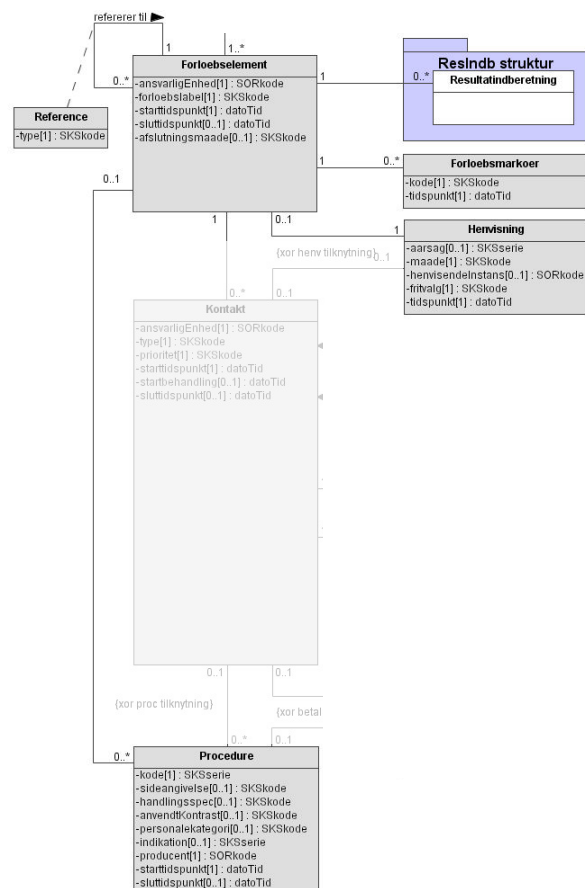
- ▶ De eksakte krav beskrives nærmere i afs. 4.1.5

Modeludsnit – Forløbselement

Enhver kontakt, forløbsmarkør 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



Det er nærmere beskrevet under "referencetype" afs. 4.1.6, hvordan der skabes sammenhæng 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 lokalt oprettes flere forløbselementer for den samme sygdom, skal disse også indberettes som selvstændige forløbselementer.

Hvis der i denne forbindelse anvendes lokale sub-labels for specifikke sygdomme, skal der ved indberetning aggregeres til den relevante nationale label fx 'andre forløb'.

Eksempel

"Onkologisk center" har forløbsansvaret for to kræftforløb (forløbselementer) for behandlingen af en 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 knyttes éntydigt til hvert af de to forløbselementer

Ved patientkontakter i forløbene skal **den enkelte kontakt** (med kontaktdiagnoser og procedurer) knyttes til det forløbselement, som kontakten primært har drejet sig om. Ved ligeværdige sygdomme, der behandles samtidig (fx i ovenfor viste eksempel), skal kontakten knyttes til det klinisk set tungeste sygdomsforløb. Det er således i sidste ende en klinisk vurdering.

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

► Se nærmere om ydelser til afdøde under Kap. 7

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 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. Et forløbselement kan i sig selv ikke være trigger for en resultatindberetning.

4.1 Beskrivelse - Forløbselementet

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

- 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).

4.1.1 Anvendte termer og definitioner – forløb og forløbselementet

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
henvisningsoplysninger	Henvisningsoplysninger knyttet til nyt forløbselement - se afs. 4.2	
begreber indeholdt under forløbsmarkører	Se afs. 4.3.2	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
sygdomsforløb	helbredsforløb 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 forløb inkluderer også skadeforløb, screening, samt graviditet, fødsel og barsel. Se også <u>forløbsansvar</u>, <u>forløbselement</u> og <u>forløbslabel</u>	
afslutning ved død	afslutning af forløb ved patients død Kommentar: Afslutningsmåde = 'død' anvendes i alle tilfælde, hvor 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 LPR3-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>sundhedsrelateret forløb</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 sygdomsforløb 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>sundhedsrelateret forløb</u> Eksempel: 'Lungekræft: Henvisning til pakkeforløb start' Forløbsmarkører er SKS-klassificeret	
referencetype - for forløbselement	type af sammenhæng fra et nyt forløbselement 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.	
startmarkør	termen "startmarkør" anvendes om forløbsmarkører, der kræves og anvendes ved start af nyt forløbselement. 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)..." Eksempler: (afs. 4.3.11) specialiseret genoptræning og rehabilitering og (afs. 8.5.9) psykiatriske vilkår Termen "startmarkør" – se ovenfor	

4.1.2 Forløbselement

Forløbselementet afgrænser en større eller mindre del (periode) af patientens **sygdomsforløb**.

Forløbselementet indberettes med følgende oplysninger:

Forløbselement	datatype	udfaldsrum [SKS-kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
objektID	char	UUID	1	identifikation for dette objekt
refID reference-ID til Patient	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til Patient (ID i indberetningen for dette)
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

4.1.3 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).

4.1.4 Ansvarlig enhed – forløbsansvar

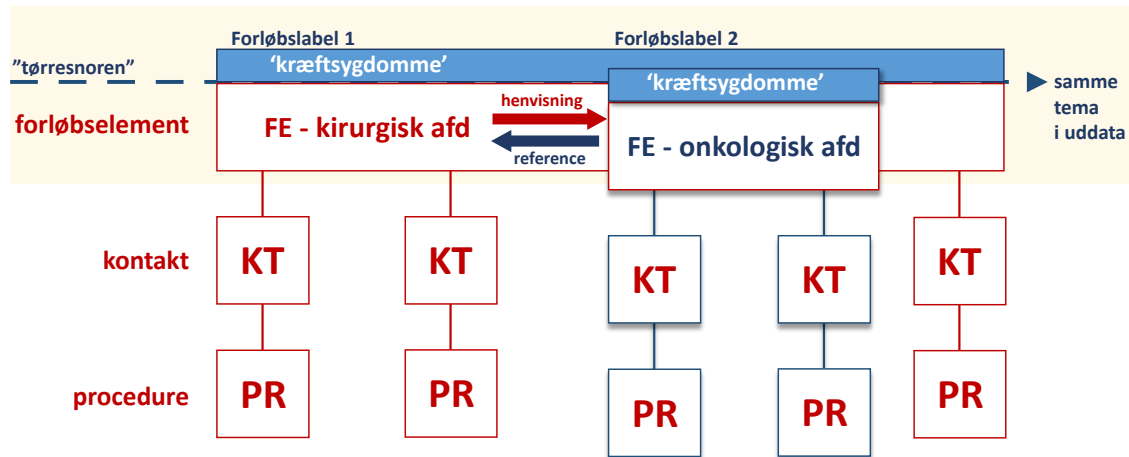
Det overordnede koordinerende administrative og kliniske ansvar, **forløbsansvaret** (se afs. 3.2) for varetagelse af den sygdomsforløbsperiode, der afspejles inden for rammerne af forløbselementet, angives ved SOR-koden for den organisatoriske enhed i indberetningen af forløbselementet.

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.

Bemærk

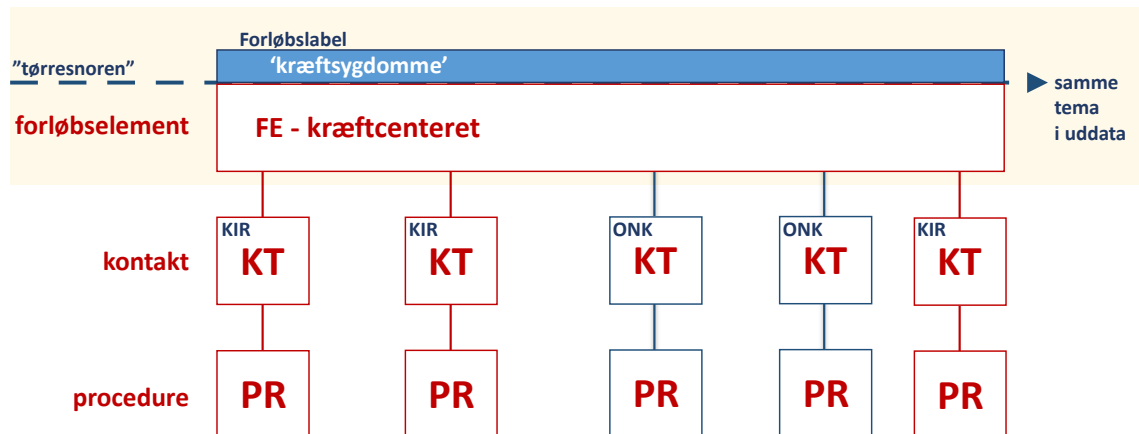
Indberetningsmodellen er robust overfor, om et givet sygdomsforløb indberettes som ét "bredt forløbselement" under et overordnet ansvar med alle tilhørende kontakter og ydelser, eller om det samme forløb indberettes som flere sammenkædede (parallelle og/eller serielle) "smalle" forløbselementer af kortere varighed – og dermed robust overfor de forskellige regionale organisatoriske opbygninger og ansvarsfordelinger

Eksempel – forsimplet 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 er der to forløbselementer, fordi sygehuset her har valgt at fordele forløbsansvaret mellem de to afdelinger, svarende til en specialeopdeling.

Sygehuset kunne også vælge at lægge det samlede forløbsansvar for hele patientens kræftforløb på sygehuset 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"

**4.1.5 Oprettelse af forløbselement**

Enhver indberetning knyttes til et forløbselement. Patienten skal ved flere **sygdomsforløb** have tilsvarende flere samtidige forløbselementer, også selvom kontakterne varetages under den samme organisatoriske 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. 4.1.12

Der gælder følgende generelle krav til oprettelsen af forløbselement:

- Der skal oprettes et nyt forløbselement ved enhver ny patienttilstand, der umiddelbart klinisk vurderet ikke har en klinisk relation til et eksisterende eller kendt tidligere sygdomsforløb
 - dvs. 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 oprettes ved **første**:
 - obligatoriske forløbsmarkør (startmarkør) fx 'henvist til udredning'
 - patientkontakt
 - anden form for ydelse, som afdelingen yder til det specifikke forløb*... afhængigt af, hvad der kommer først*
- Der skal obligatorisk angives en **startmarkør** i forbindelse med et nyt forløbselement, herunder og så startmarkøren "akut patient" ved ny akut sygdom og ved ny skade. Forløbselementet kan starte tidligere, men startmarkøren skal senest sættes ved modtagelse af henvisning 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 til sygdommen og behandlingen af sygdommen medfører i sig selv ikke 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" og have samme forløbslabel. Dette gælder i princippet uanset, hvilke afdelinger og specialer, der er involveret i sygdommen.

At en given patienttilstand kvalificeres til en anden diagnose, som et bedre udtryk for den samme sygdom, skal ikke i sig selv medføre et nyt forløbselement jf. overskrivning af forløbslabel (afs. 4.1.7.3).

Principperne er generelle og omfatter også start af nyt forløb, hvor patienten har sin første kontakt (fysisk fremmøde) på en "serviceafdeling" som fx en røntgenafdeling. Dette gælder og er særligt beskrevet for visse pakkeforløb, hvor udredningen jf. beskrivelserne starter på en billeddiagnostisk afdeling.

Eksempel

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

Billediagnostisk 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'

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 FE skal så referere med (reftype) "samme sygdom" til det primære forløbselement og have samme forløbslabel.

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 referencetyper '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, der senest starter på tidspunktet (forløbsstartmarkør) for modtagelsen af den visiterede henvisning på afdelingen.

Der kan være selvstændige patientrettigheder knyttet til et "sidespor", fx ved ventetid til specifik udredning af et aspekt af sygdommen på en specialafdeling.

4.1.5.1 Knytning af kontakter til forløb

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

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**.

4.1.5.2 Forløbsmarkører og forløbselement

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

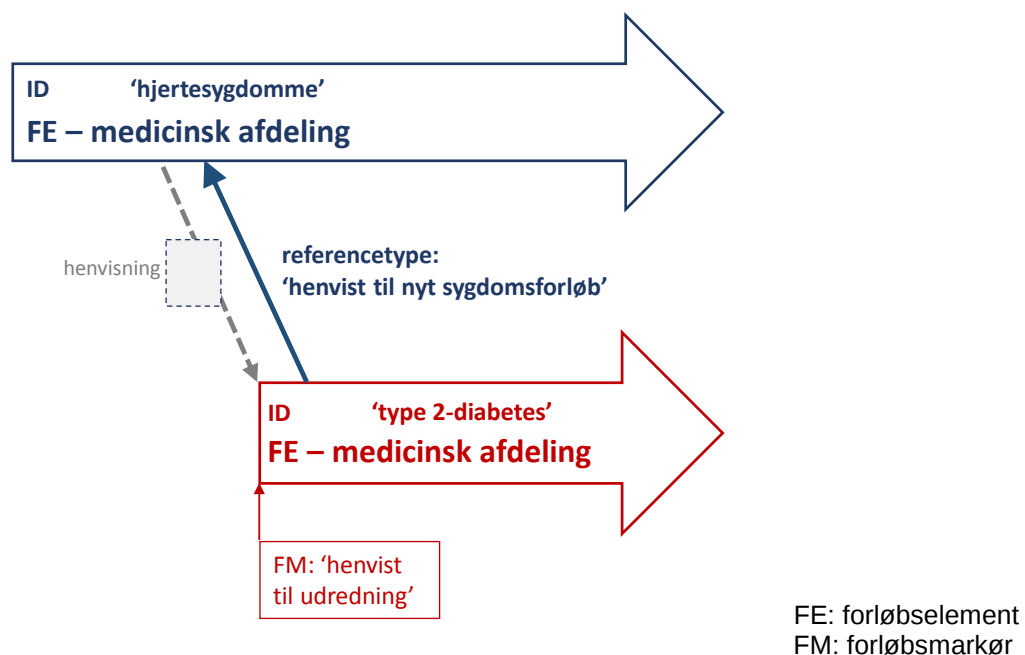
Hvis der ikke er et tilgængeligt aktuelt gældende forløbselement for sygdommen i forvejen, skal der oprettes et nyt forløbselement senest ved modtagelse af henvisningen på enheden, der registreres med en **startmarkør** for det nye forløb.

Eksempel

Afdelingen har en patient gående i et udredningsforløb for hjertesygdom. Indberetningen af dette foretages derfor ved 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)



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

- ▶ Modtagelse af henvisning på sygehuset før en eventuel visitation dokumenteres med henvisningstidspunkt i henvisningsoplysningerne – se afs. 4.2.2

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.

4.1.5.3 Skift af forløbsansvar

Hvis forløbsansvaret skal skifte eller deles midt i forløbet, skal der oprettes et nyt forløbselement under den organisatoriske enhed, der overtager hele eller dele af forløbsansvaret, og den relevante sammenkædning skal foretages og specificeres i forhold til **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.

Eksempel

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

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'.

*Læg mærke til, at det er **samme sygdomsforløb**, selvom diagnoserne er vidt forskellige. Diagnoserne (inkl. "Obs.pro...") udtrykker den samme patienttilstand på forskellige vidensniveauer og på forskellige tidspunkter, og herunder på forskellige enheder*

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

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.

Reference-ID angiver i indberetningen objektID-værdien for det forløbselement, der peges tilbage på. Der peges altid bagud.

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 forløbet 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 tilstand.

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", hvor der reelt ikke har været noget ansvar.

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).

Referencetyper [forloeb.reftype] for reference mellem et nyt forløbselement og et andet aktuelt eller tidligere 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 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 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 (patienttilstand). Sammenkædningen vurderet af den enhed, der opretter et nyt forløbselement
ALAA04	barn til mor "træk ID"	reference fra nyfødt barn til moderens fødselsforløb/ graviditetsforløb
[#]) henvisning kan være fra ekstern part eller intern		

Der er i oversigten ovenfor 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, der skal anvendes i indberetningen af det nye forløbselement.

Der er to situationer:

- o {ALAA01} henvisning til anden enhed, der skal fortsætte ansvaret eller have ansvaret for en del af sygdomsbehandlingen i det eksisterende forløb, dvs. **samme sygdom**
- o {ALAA02} henvisning til anden enhed ved (mistanke om) **ny sygdom**, der klinisk vurderet på det foreliggende grundlag ikke har noget at gøre med sygdommen i det eksisterende sygdomsforløb
- Ved "træk ID" forstås, at det er **opretteren** af et nyt forløbselement, der trækker objektID'et fra et andet igangværende eller tidligere forløb, som der skal (og kan) relateres til.

Dette sker i to situationer:

- o {ALAA03} oprettelse af forløbselement, hvor der allerede findes et kendt forløb for **samme sygdom**, 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 refereres til (i stedet for at fortsætte under dette)
- o {ALAA04} barnets fødselsforløb med fødselskontakt kobles til moderens (graviditets-) fødselsforløb. Inkluderer levendefødt og dødfødt barn

Det anbefales, at det lokale system understøtter, at henvisningsoplysninger fra henvisende part (ekstern/intern) inklusive oplysning om, **hvorfor** der henvises, *automatisk* føder de relevante oplysninger til indberetningen af reference-ID, referencetype og henvisningsmåde

4.1.7 Forløbslabel

Til forløbselementet skal der fra første indberetning være en forløbslabel, der angiver det **overordnede sygdomstema** 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'. Alle oprettede forløb indberettes også som selvstændige forløbselementer.

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 (begrundet mistanke) 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

Hvis udredning eller behandling i eksemplet derimod fortsætter under samme forløbselement efter afkræftelse af kræftsygdom, ændres forløbslabelen til relevant værdi, hvilket ofte (foreløbigt) vil være 'andre forløb'.

Ovenstående generelle principper gælder for alle typer af forløb (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 aggregeres til det nationale niveau. Finere regionale niveauer kan altså ikke indberettes. Regionalt indberettede forløb skal også indberettes som selvstændige forløb.

Bemærk derfor, at udtræk og oversigter baseret på LPR kun vil kunne vise det aggregerede niveau.

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

Der er aftalt følgende forløbslabels [forloeb.label]

SKS-kode	Forløbslabel [forloeb.label]	Bemærkninger
ALAL01	kræftsygdomme	anvendes uanset om patienten indgår i et pakkeforløb eller ej
ALAL03	psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser	
ALAL02	hjertesygdomme	
ALAL21	kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)	
ALAL22	type 2-diabetes	
ALAL23	osteoporose	

SKS-kode	Forløbslabel [forloeb.label]	Bemærkninger
ALAL51	graviditet, fødsel og barsel	se nærmere i Kap. 11
ALAL52	nyfødte	
ALAL61	nationale screeningsprogrammer	kun nationale screeningsprogrammer, dvs. forløb, der udelukkende er begrundet i mammografiscreening, hælblodprøve hos nyfødt, neonatal hørescreening, screening for livmoderhalskræft og kolorektalkræftscreening. 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)	<i>anvendes for sygdomme og tilstande, der ikke falder ind under en af de ovenfor specificerede kategorier</i>

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 afklarer, hvad der klinisk set reelt er tale om.

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

Hvis den samme patienttilstand bedre udtrykkes ved en ændret label, skal labelen blot overskrives, idet den nye label jo netop bedre beskriver det kliniske forløb fra starten af det aktuelle forløbselement.

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

Patient indlagt med akut sammenfald af ryghvirvel umiddelbart vurderet som på osteoporotisk baggrund. Der oprettes forløbselement med forløbslabel 'osteoporose'.

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

Forløbslabel overskrives fra 'osteoporose' til 'kræftsygdomme', hvorved forløbselementet nu fra start korrekt beskrives som 'kræftsygdomme'. Der skal i dette tilfælde så også registreres forløbsmarkører for kræftpakkeforløb

Den nye label dækker hele den tidsmæssige udstrækning af forløbselementet. Ved overskrivning af forløbslabel foretages ny indberetning.

4.1.8 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 altid være en forløbsmarkør (startmarkør), idet der er krav om **startmarkør** for alle nye forløbselementer.

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

4.1.9 Afslutning af forløb

- ▶ Vedrørende omfang af og afslutning af fødselsforløb (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 sygdomsforløb – dvs. så længe, at der er planlagt nye kontakter eller procedurer eller andre former for afta-

ler i sygdomsforløbet under den organisatoriske enhed. Forløbselementet afspejler således et fortsat **forløbsansvar**.

Hvis patienten fx har fået at vide, at hun kan henvende sig direkte på enheden ved sygdomsrelaterede problemer eller spørgsmål, holdes forløbet (og forløbselementet) åbent, så længe dette gælder, hvilket samtidig betyder, at afdelingen fortsat har forløbsansvaret for behandlingen (inkl. kontrol) af den aktuelle sygdom.

Hvis der er ydelser til patientens forløb efter patientens død, kan forløbselement 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 sygdomsbehandlingen. Hvorvidt, der kan eller skal oprettes parallelle FE'ere med tilhørende delansvar for forskellige aspekter af samme sygdom, kan være organisatorisk og system-afhængigt.

Forløbet afsluttes med oplysninger om sluttidspunkt og relevant **afslutningsmåde**.

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

4.1.10 Afslutningstidspunkt for forløbselement

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

4.1.11 Afslutningsmåde for forløbselement

Afslutningsmåde er obligatorisk ved afslutning af et forløbselement og angiver typen af instans, som forløbsansvaret herefter overdrages til. Ved afslutning ifm. ved eller efter patientens død anvendes afslutningsmåde "død".

Der er følgende afslutningsmåder [admin.afslutmaade]

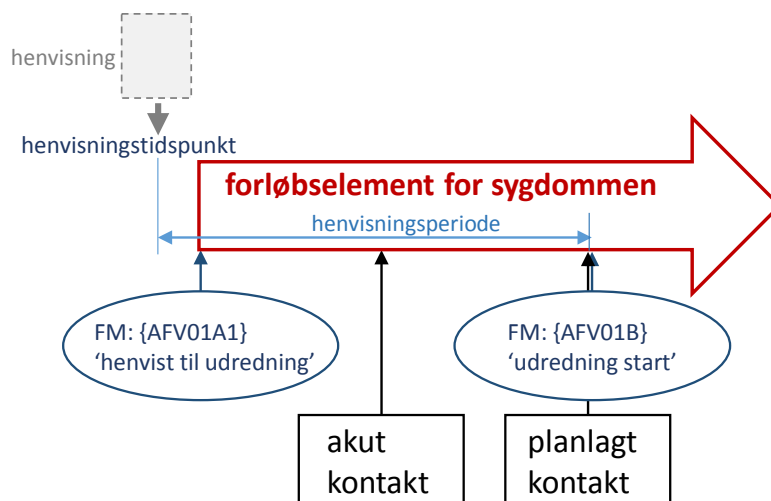
SKS-kode	afslutningsmåde [admin.afslutmaade]	Bemærkninger
ALAC01	afsluttet til klinisk enhed	Inkl: afsluttet til eksisterende og nyt forløb., samt afsluttet til privat sygehus eller klinik
ALAC20	afsluttet til primærsektor	Inkl: egen læge, speciallæge, kommunal genoptræning
ALAC40	afsluttet til behandling 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

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

Et planlagt forløb oprettes senest ved modtagelse af henvisningen (forløbsmarkør) på den sundhedsfaglige 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 forløbet starte med en akut kontakt.

Hvis patienten efterfølgende fortsat er henvist til planlagt udredning eller behandling, fortsætter henvisningsforløbet indtil den første planlagte patientkontakt, hvor forløbsmarkøren, der afslutter henvisningsperioden, sættes.



4.2 Henvisningsoplysninger knyttet til forløbselement

Henvisningsoplysninger skal obligatorisk indberettes ved opstart af nyt **forløbselement**. Henvisningsårsag er frivillig. Se *modeludsnit i starten af dette kapitel*.

Hvis forløbet startes akut uden henvisning, angives **henvisningsmåde** 'ingen henviser' i indberetningen, og henvisingstidspunktet sættes lig med starttidspunktet for forløbselementet.

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

- Modtagelse af henvisning på afdelingen og andre henvisnings- og ventetidsoplysninger indberettes som **forløbsmarkører**. Disse er beskrevet under afs. 4.3

4.2.1 Anvendte termer og definitioner – henvisningsoplysninger

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
henvisningsinstans (henviseende instans)	<u>sundhedsaktør</u> med henvisningsret til sundhedsvæsenet Kommentar: SOR-klassificeret	
henvising	anmodning fra en <u>henvisningsinstans</u> til en <u>sundhedsproducent</u> om udførelse af eller medvirken til en <u>sundhedsaktivitet</u> Henviseende instans kan være primærsektoren eller en anden <u>sundhedsproducerende enhed</u> (SOR-klassificeret)	
<i>Henvisningsmåde</i>	angivelse af <u>henvisningsinstans</u> Kommentar: SKS-klassificeret. Omfatter også 'ingen henvisning', der indberettes for forløbselementer, der er oprettet akut uden henviseende part.	
<i>henvisningsperiode</i>	periode fra <u>henvisingstidspunkt</u> til tidspunkt for første <u>fysisk fremmøde</u> på hospitalet Kommentar: Første fysiske fremmøde er indlæggelse eller første ambulante besøg	
<i>henvisingstidspunkt</i> (<i>henvisningsmodtagelsestidspunkt</i>)	tidspunkt for modtagelse af en <u>henvising</u> i sundhedsvæsenet Kommentar: Modtagelsestidspunktet er <i>før</i> en eventuel visitation på sygehuset Starttidspunkt for henvisnings- og venteperiode <i>Se også forløbsmarkører under afs. 4.3</i>	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
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> . Regional registrering. Anvendes ikke nationalt	
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> kan foregå på fx et privathospital eller i udlandet	

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 Forløbs-element (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 Henvisningstidspunkt

Dato for modtagelse af en henvisning i sygehusvæsenet skal obligatorisk angives for nyt forløbselement, uanset om forløbet startes akut eller planlagt.

Henvisningstidspunktet skal være før eller lig med starttidspunktet for forløbselementet, som er senest ved modtagelse af patienten (start af patientkontakt).

For uvarslede akutte patienter vil henvisningstidspunktet være lig med kontaktstarttidspunktet for den akutte kontakt.

4.2.3 Henvisningsmåde

Henvisende instans er typen af sundhedsfaglig enhed (under lægefagligt ansvar), **der senest har henvist**, visiteret eller behandlet patienten før henvisning til sygehus.

Der skal obligatorisk angives (klassificeret) henvisende instans 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 aftale. Selvbetaler inkl. forsikringsbetalt 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 - selvhenvender med aftale
ALDA30	praktiserende læge	
ALDA31	praktiserende speciallæge	Ekskl: Private klinikker
ALDA40	nyfødt	Kun barnets fødselskontakt. Ekskl: Sekundære kontakter efter fødselskontakt
ALDA50	udlandet	Patient henvist eller overført fra udlandet
ALDA90	anden (UNS)	Andre instanser fx Dansk Røde Kors, infirmerier, fængsler, Kriminalforsorgen, bosteder, tandlæger og forsikringsselskaber

4.2.4 Henvisende instans (frivillig)

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

4.2.5 Henvisningsårsag (frivillig)

Henvisningsårsag har erstattet henvisningsdiagnose. *Indberetning af henvisningsårsag er frivillig.*

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

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

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

4.2.6 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	default værdi
ALDB01	frit sygehusvalg	ved henvisning til offentligt sygehus fra offentligt sygehus, når patienten har benyttet sig af frit sygehusvalg til at vælge et andet sygehus
ALDB02	udvidet frit sygehusvalg	ved henvisning til privat eller forsikringsejet sygehus eller klinik fra offentligt sygehus

SKS-kode	frit valg [admin.fritvalg]	Bemærkninger
ALDB03	offentligt udbud / samarbejdsaftale	kun private sygehuse og klinikker

4.2.7 Håndtering af sammenhæng mellem forløbselementer

4.2.7.1 Henvisning fra eksisterende forløb – henviser

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

Disse oplysninger skal fremgå af meddelelsen "henvisningen" eller på anden måde overføres fra henviser til modtager af (intern/ekstern) henvisningen

Hvis forløbet afsluttes med henvisningen til anden instans, skal typen af denne instans fremgå af **afslutningsmåden** – se afs. 4.1.11

4.2.7.2 Henvisning til forløb – modtager

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 egen enhed.

Sammenhæng mellem nyt forløbselement og et andet forløbselement vil fremgå af **referencetypen**, der indberettes på det nyoprettede forløbselement – se afs. 4.1.6.1

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 hændelser, der angiver målepunkter i patientens forløb.

Forløbsmarkører i LPR3 har således erstattet en række forskelligartede registreringer (administrative procedurekoder o.a.) på områderne ventestatus, udredningsret, pakkeforløbsmarkører mv. – se oversigt nedenfor. 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 (reference-ID) i indberetningen til det (mest) relevante **Forløbselement**.

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

Patientens samlede forløbsmarkører omfatter alle patientens sygdomsforløb på tværs af forløbselementer, hvis patienten har flere sygdomme, eller der er flere enheder involveret med egne forløbselementer.

Oversigt over obligatoriske indberetninger, der er integreret i LPR3's forløbsmarkører:

indberetning	vejledningsområde
ventestatus	ventetidsoplysninger (afs. 4.3.6)
Udredningsretten: Markører for udredningsstatus/udredningsplan	Udredningsretten (afs. 4.3.8) inkl. markør for "endeligt udredt"
færdigbehandlet patient	afs. 4.3.12 og afs. 5.11.6 (kontakt)
pakkeforløbsmarkører	monitorering af specifikke pakkeforløb (afs. 4.3.10) inkl. markør for udlevering af opfølgingsplan
maksimale ventetider:	ventetidsoplysninger vedrørende behandling (afs. 4.3.9) <i>Forløbsmarkører for samtykke til behandling og start af behandling for patientforløb omfattet af maksimale ventetider</i>

afgrænsning af perioder med specialiseret rehabilitering og genoptræning	rehabilitering og genoptræning (afs. 4.3.11)
retslelige vilkår og vilkår med tvangsforanstaltninger	psykiatrisk forløb/kontakt (afs. 8.5) <i>De psykiatriske markører vedrørende retslelige vilkår, tvangsforanstaltninger og psykiatriske pakkeforløb beskrives under Kap. 8 "Psykiatri"</i>

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

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

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 diabetes-forløbet) oprette et nyt forløbselement med **referencetype** 'ny sygdom' for den mistænkte hjertesygdom (**forløbslabel** 'hjertesygdomme') (senest) ved den første forløbshændelse – **startmarkør** 'henvist til udredning' {AFV01A1} – der skal indberettes.

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

[#]) 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.

4.3.1 Typer af forløbsmarkører

Forløbsmarkørerne markerer **tidstro hændelser** i et patientforløb. 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 markører:

- markør for enkelthændelse ("statement-markør") fx 'udredningsplan udarbejdet (årsag)'
- forløbsmarkør for start af periode (statusmarkør) fx 'henvist til udredning', 'ikke ventende, klinisk begrundelse, start', 'specialiseret genoptræning start' og 'initial behandling start, kirurgisk' (pakkeforløb for kræft)
- forløbsmarkør for afslutning af periode eller for pakkeforløb. Eksempler: '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 set sammen for "periodemarkører".

Bemærk

Betegnelsen **startmarkør** anvendes i forhold til det generelle krav om, at der ved nyt forløbselement altid skal angives mindst én forløbsmarkør – startmarkøren. Den samme forløbsmarkør kan også være markør inde i et igangværende forløb, fx 'henvist til behandling', men så anvendes betegnelse 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 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 (i henvisnings-/venteperioder) og perioder med specialiseret genoptræning og rehabilitering.

På nogle områder er der således krav om en specifik forløbsmarkør for afslutning, mens det på andre områder kan/vil være en ny forløbsmarkør (for start), 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 flowdiagrammer, der indgår i **Bilag 1b**.

Eksempler

Start på udredning (første kontakt) afløser 'henvist til udredning', hvorefter patienten ikke længere er aktivt ventende (til udredning), indtil der eventuelt oprettes en ny markør for aktiv ventetid fx 'henvist til behandling'

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

Hvis patienten ikke afsluttes ved "afkræftet diagnose", skal der registreres en anden forløbsmarkør, der angiver den nye status for forløbet

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*

Der er i visse sammenhænge tidsmæssig relation mellem forløbsmarkør(er) og patientkontakt.

4.3.1.1 Forløbsmarkører, der afgrænser perioder

Der er en række forløbsmarkører, der 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.

Disse forløbsmarkører for start og afslutning af perioder betegnes også "**periodemarkører**".

Det drejer sig om følgende områder¹:

- Passivperiode (ikke-aktiv periode i henvisningsperiode)
- Periode med specialiseret genoptræning
- Periode med specialiseret rehabilitering
- Færdigbehandlet i stationært regi
- 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 periodemarkører²:

- Der skal kun sættes en forløbsmarkør (FM) for afslutning, når perioden faktisk afsluttes, før eller ved forløbselementsafslutning
 - 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

¹ Orlov og længerevarende fravær med og uden aftale (psykiatri) indgår i indberetningen under 'Opholdsadresse' – se videre under afs. 5.7

² Disse principper gælder alle specificerede perioder med mindre, at andet konkret er angivet i denne vejledning

- Perioder, der faktisk afslutter samtidig med afslutning af FE, behøver ikke afsluttes med slut-markør
 - 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 (forny)et start af perioden
 - 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, og dette samme vilkår er gældende over to FE

4.3.2 Anvendte termer og definitioner – forløbsmarkører

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
samtykke til behandling	<u>informeret samtykke</u> der gives i forhold til en konkret <u>behandling</u>	
"diagnose afkræftet"	(indgår i pakkeforløb for kræft (forløbsmarkør)): "diagnose afkræftet" anvendes som term, når en specifik mistænkt kræftsygdom afkræftes)	
(samtykke til) onkologisk efterbehandling	(indgår i forløbsmarkør): adjuverende onkologisk behandling hvortil der indhentes samtykke under <u>patientrettigheder</u> for "maksimale ventetider" Kommentar: adjuverende behandling er fortsættende onkologisk behandling ud over den primære (første) behandling af kræftsygdom. Adjuverende behandling er supplerende behandling og/eller recidivforebyggende	
behandling	<u>sundhedsintervention</u> hvor <u>sundhedsformålet</u> er at påvirke en patients <u>helbredstilstand</u>	
initial behandling	(indgår i pakkeforløb for kræft (forløbsmarkør)): den første behandling i <u>endelig behandling</u> af kræftsygdom	
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. I kræftforløb anvendes også betegnelsen "primær behandling", som den uafbrudte endelige behandling, der kan bestå af flere behandlingsmodaliteter	
færdigbehandlet patient	<u>indskrevet patient</u> hvis behandling ud fra en lægelig vurdering er afsluttet	
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	
forløbsmarkør	tidsstempelt angivelse af en begivenhed i et <u>sundhedsrelateret forløb</u> Eksempel: 'Lungekræft: Henvisning til pakkeforløb start' Forløbsmarkører er SKS-klassificeret	
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>	
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	
omvisitering	afslutning af en <u>henvisning</u> ved viderehenvisning til en anden <u>sundhedsproducerende enhed</u>	
ret til opfølgning ved alvorlig sygdom	<u>patientrettighed</u> for <u>patient</u> der har fået primær behandling for alvorlig sygdom	
opfølgningsplan	individuel handlingsplan der beskriver det videre behandlings- og kontrolforløb, der kommer efter primær behandling af alvorlig sygdom	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
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>	
patientrettighed	rettighed som <u>patient</u> har i forbindelse med kontakt med sundhedsvæsenet	
udredningsret (ret til hurtig udredning)	<u>patient</u> rettighed 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	
udredningsplan	individuel handlingsplan der beskriver det videre udredningsforløb	
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>	
ret til genoptræning	<u>patient</u> rettighed for <u>patient</u> der ud fra en sundhedsfaglig vurdering har behov for genoptræning	
genoptræningsplan	individuel handlingsplan der beskriver det videre genoptræningsforløb	
primær udredning	(forløbsmarkør, pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype): <i>Se pakkeforløbsbeskrivelse</i>	
sekundær udredning	(forløbsmarkør, pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype): <i>Se pakkeforløbsbeskrivelse</i>	
klinisk beslutningstidspunkt	tidspunkt for klinisk beslutning om det videre sygdomsforløb Kommentar: For <u>patient</u> med rettighed til udredning eller behandling	
udredningsperiode	periode fra påbegyndelse af <u>udredning</u> til <u>klinisk beslutningstidspunkt</u> Kommentar: Der kan i udredningsperioden ske behandling, dog ikke endelig behandling	
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>	
aktiv ventetid	del af <u>venteperiode</u> hvor en patient er aktivt ventende Kommentar: I forbindelse med monitoreringen af ventetider er den patientoplevede (=aktive) ventetid der er i fokus	
ventende patient (ventepatient) (ventelistepatient)	<u>patient</u> som afventer <u>endelig behandling</u> Kommentar: <u>Patienten</u> er i forhold til behandling ventende fra henvisningstidspunktet til start af <u>endelig behandling</u> . Ventetid til behandling omfatter eventuel udredning	
venteperiode	periode fra <u>henvisningstidspunkt</u> til start af <u>endelig behandling</u> Kommentar: Venteperioden kan afsluttes uden undersøgelse/behandling, hvis <u>patienten</u> ikke kan, skal eller vil behandles. Venteperioden kan indeholde (passive) perioder hvor <u>patienten</u> ikke er aktivt ventende	
venteperiode til behandling	periode fra dato for <u>klinisk beslutningstidspunkt</u> til dato for begyndelse af <u>endelig behandling</u>	
venteperiode til udredt	periode fra <u>henvisningstidspunkt</u> til dato for <u>klinisk beslutningstidspunkt</u> for <u>endelig behandling</u>	
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 forløbsmarkører

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-lister er en syntese af eksisterende markørkoder (primært pakkekoder), der er LPR3-relevante, samt nye koder oprettet til LPR3, der har afløst de eksisterende LPR2-koder 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 i Kap. 8

Bemærk

De specifikke markører har fortrinsret frem for de generelle markører og erstatter disse ved pakkeforløb. De generelle markører er ikke krævet, når en specifik markør dækker hændelsen – fx (somatik) "henvist til pakkeforløb start" frem for "henvist til udredning"

4.3.4.1 Forløbsmarkører [forloeb.markoer]

Kun registreringsniveau er vist – ingen klassifikations overskriftsniveauer (koder der ikke må indberettes). Kodelisten [forloeb.markoer] indeholder de forløbsmarkører, der kan indberettes til LPR3.

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.

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

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

AFB??A	KPF: henvisning til pakkeforløb start Bemærk: Ved start af sekundære forløbsselementer i pakkeforløb anvendes den generelle startmarkør {AFV01A2} 'patient i igangværende pakkeforløb' – se under generelle forløbsmarkører
AFB??B	KPF: udredning start, første fremmøde Bemærk: Erstatte registrering af generel kode for "udredning start" Denne forløbsmarkør afslutter venteperioden til udredning

Klinisk beslutning om behandling (KPF)

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
AFB??C2A	KPF: beslutning: initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling Obligatorisk specificeringsniveau
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)

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

Opfølgning (KPF)

AFB??P1	KPF: udlevering af opfølgningsplan
---------	------------------------------------

Afslutning af pakkeforløb (KPF)

AFB??X1	KPF: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet
AFB??X2	KPF: pakkeforløb slut, patientens ønske

► Vedr. onkologisk efterbehandling (maksimale ventetider) – se generelle markører

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

Særlig markør for kræftforløb uden pakke

AFC01P1	Kræftforløb uden pakke: udlevering af opfølgningsplan
---------	---

- Vedr. onkologisk efterbehandling (maksimale ventetider) – se generelle markører

Generelle markører for forløb i somatik og psykiatri

Henvist til udredning eller undersøgelse		vedrørende (henvist til) behandling – se senere
AFV01A1	henvist til udredning	Inkl. henvist til fortsat udredning på ny klinisk enhed Ekskl: henvist til diagnostisk undersøgelse (AFV01A3); patient henvist i igangværende pakkeforløb (AFV01A2) Frivillig underkode kan anvendes i stedet Inkl: Patienter henvist til koloskopi som led i tarmkræftscreening (indgår i maksimale ventetider), evt. {AFV01A1A}
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. 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, der er startet under et andet forløbselement
AFV01A2	patient i igangværende pakkeforløb	anvendes i alle situationer, hvor nyt forløbselement oprettes som led i et igangværende somatisk pakkeforløb. Omfatter kun pakkeforløb for kræftsygdomme. Ekskl: Første forløbselement i pakkeforløb for kræft, hvor der anvendes AFB??A-kode <i>Anvendes ikke i psykiatriske forløb</i>
AFV01A3	henvist til diagnostisk undersøgelse fra primærsektor	kun undersøgelser rekvireret fra og afsluttet til primærsektor. Ekskl: screening (henvist til andet)
AFV01A4	henvist til diagnostisk undersøgelse, internt henvist	frivillig. Ekskl: Undersøgelse rekvireret fra og afsluttet til primærsektor
AFV01A6	henvist i graviditet	elektivt inkl. elektiv fødsel Ekskl: 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	når der ikke er tale om ventetid til udredning eller behandling eller henvist til en af de øvrige under AFV01A* Inkl: national screening, forskning og fortsat behandling på ny enhed uden ventetid, fortsættelse af tidligere lukket forløb fx ved udfyldelse af erklæring eller lignende. Ekskl: mere relevant kategori
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)

Henvist til udredning eller undersøgelse		vedrørende (henvist til) behandling – se senere
AFV01A9	akut patient	anvendes kun ved start af nyt forløb ved akut kontakt – ikke når en patient modtages til akut kontakt i et eksisterende sygdomsforløb (forløbselement) Inkl: Fødsel mor (ekskl: planlagt kejsersnit og planlagt igangsættelse) ved nyt forløbselement for fødslen, fødsel barn (startmarkør)
De med fed markerede koder er startkoder for forløb, hvor der normalt ikke forventes yderligere markører		

Start af udredning		
AFV01B	udredning start	Afslutter venteperioden til udredning. 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 sygdomsforløb. 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 pakkeforløbsspecifik AFB??B-kode – se under pakkeforløbskoder ovenfor

Markører for udrednings- og behandlingsret (somatik og psykiatri)

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

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. Erstatter {AFX01A}
AFX01A2	Klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling, ej ret til udvidet frit sygehusvalg	
AFX01C	Klinisk beslutning: endeligt udredt/udredning slut, ingen behandling i sygehusregi	

Beslutning vedrørende behandling (somatik, inkl. maksimale ventetider)		
AFV01C8	samtykke til behandling, maksimale ventetider	frivillig for patienter, der er omfattet af maksimale ventetider
AFV01C9	samtykke til onkologisk efterbehandling, maksimale ventetider	frivillig for patienter, der er omfattet af maksimale ventetider.

Henvist til behandling		
AFV01E1	henvist til behandling	obligatorisk ved ventetid til behandling. Inkl. henvist til fortsat behandling på ny klinisk enhed Inkl. genoptræning og rehabilitering
AFV01E1A	henvist til behandling, maksimale ventetider	frivillig specifikation. Kan anvendes i stedet for (AFV01E1) 'Henvist til behandling' til at markere, at patienten er omfattet af maksimale ventetider
AFV01E1B	patient i igangværende behandling	frivillig specifikation. Kan anvendes i stedet for (AFV01E1) 'Henvist til behandling' til at markere, at forløbet fortsætter en behandling, der er startet under et andet forløbselement
AFV01E2	henvist til behandling, ej ret til udvidet frit sygehusvalg	fx sterilisation Erstatter {AFV01E1}
AFV01E3	henvist til onkologisk efterbehandling, maksimale ventetider	frivillig for patienter, der er omfattet af maksimale ventetider. Kan erstatte {AFV01E1}
AFV01F	behandling start	afslutter venteperioden til behandling. Inkl: Maksimale ventetider fra samtykke er givet eller 'henvist til behandling'
AFV01F1	behandling start, onkologisk efterbehandling, maksimale ventetider	frivillig for patienter, der er omfattet af maksimale ventetider. Kan erstatte {AFV01F}
AFX01X9	behandling slut	frivillig

Passivperioder (afs. 4.6.3.1)

Ventetidsmarkører for "ikke ventende"	
Passivperioder, der kan indberettes i venteperiode til udredning eller behandling. Angives med forløbsmarkører for start og afslutning af passivperiode	
AFV02K1	ikke ventende, klinisk begrundelse, start
AFV02K2	ikke ventende, klinisk begrundelse, slut
AFV02L1	ikke ventende, patientens ønske, start
AFV02L2	ikke ventende, patientens ønske, slut

Afslutning af venteperiode i særlige situationer

Venteperiode til behandling afsluttet		
AFV01X1	venteperiode afsluttet, klinisk begrundelse	frivillige. Kan anvendes til markering i de tilfælde, hvor en venteperiode afsluttes "før tid" (uafhængig af om forløbet fortsætter eller ej)
AFV01X2	venteperiode afsluttet, patientens ønske	

Markører ved national screening for tyk- og endetarmskræft

AFX02C	intet fund af polypper/adenomer eller tarmkræft ved koloskopi
AFX02D	intet fund af polypper/adenomer eller tarmkræft ved CT-kolografi
AFX02X	adenomkontrolprogram slut

Færdigbehandlet patient (afs. 4.3.12)

AWA1	færdigbehandlet i stationært regi
AWX1	ikke færdigbehandlet i stationært regi

Genoptræningsperioder (afs. 4.3.11)

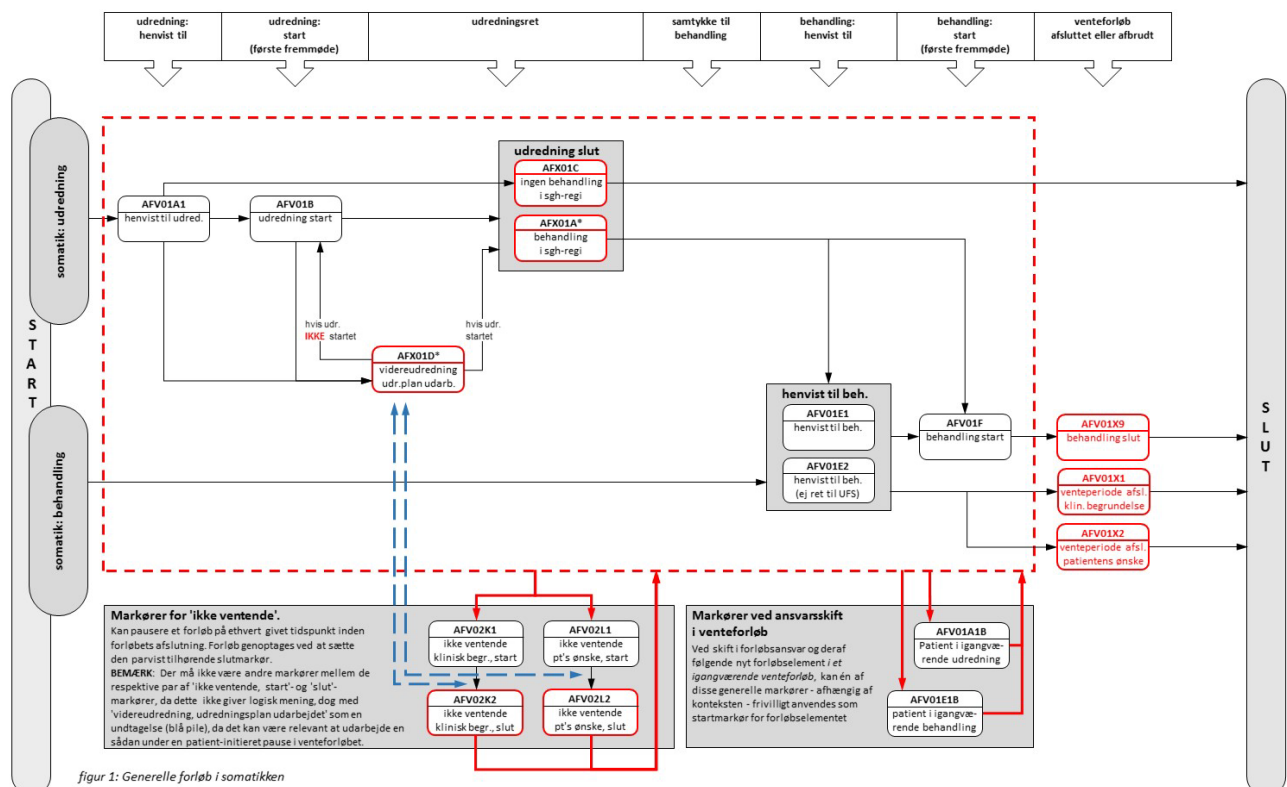
Forløbsmarkører for start af genoptræning og rehabilitering		
AWG2	almen genoptræning, start	forløbsmarkører for start af periode af den angivne type
AWG2A	almen genoptræning på basalt niveau, start	
AWG2B	almen genoptræning på avanceret niveau, start	
AWG1	specialiseret genoptræning, start	
AWG5	rehabilitering 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** findes et antal flow-diagrammer, der grafisk viser de forskellige **forløbsspor** med de relevante (obligatoriske og frivillige) forløbsmarkører, som et sygdomsforløb kan indgå i. Diagrammerne viser, hvilke forløbsmarkører, der kan eller skal følge hinanden i det enkelte forløb (spor).

Et eksempel er det (1) generelle diagram for somatisk udredning og behandling, som er vist her:



Diagrammerne skal generelt læses fra venstre mod højre, men der er, som det ses i eksemplet, 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**. Diagrammet findes også (lidt større) på den bagerste side af denne vejledning

Diagram 1 omfatter generel udredning og behandling *med* patientrettigheder, dvs. forløb der er omfattet af udredningsret, maksimale ventetider og generelle oplysninger til brug for monitorering af ventetider til udredning og behandling.

Diagrammet dækker *ikke* pakkeforløb for kræftsygdomme og psykiatiske 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

Flow-diagrammerne har (i venstre side) nogle primære indgange til sporene. Disse svarer til indgangen ved ny start af sygdomsforløb subs. forløbselement. I nogle tilfælde vil en indgang umiddelbart springe langt ind i diagrammet, fx ved start på ny enhed ved henvisning modtaget til behandling.

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

Et forløbselement kan starte på en ny enhed på ethvert tidspunkt af sygdomsforløbet.

4.3.5.1 Indgange til forløb – startmarkører for forløb

Der skal for alle nystartede forløbselementer umiddelbart registreres en forløbsstartmarkør. De i tabellen nedenfor viste **startmarkører** dækker planlagte forløb med en eller flere patientrettigheder og monitoreringsområder.

Der er i Bilag 1b følgende flow-diagrammer (1-9) med tilhørende *state-skemaer* (= interne regler) og relevante startmarkører:

Forløb (flow) – henvist til ...	Startmarkør for nyt forløbselement	Kommentarer
1. Generelle forløb i somatikken (det ovenfor viste flow)	AFV01A1 henvist til udredning eller AFV01A1B patient i igangværende udredning AFV01E1 henvist til behandling eller AFV01E1B patient i igangværende behandling AFV01E2 henvist til behandling, ej ret til udvidet frit sygehusvalg (kun somatik)	aktivt ventende til (videre) udredning hhv. (videre) behandling på forløbselementet
2. Somatiske forløb, der indgår under bekendtgørelse om maksimale ventetider	AFV01A1A henvist til udredning, maksimale ventetider eller AFV01A1B patient i igangværende udredning AFV01E1A henvist til behandling, maksimale ventetider eller AFV01E1B patient i igangværende behandling	aktivt ventende, patient under maksimale ventetider, til (videre) udredning hhv. til (videre) behandling
3. Diagnostisk pakkeforløb	AFA01A henvist til diagnostisk pakkeforløb	aktivt ventende
4. Metastaser uden organspecifik kræfttype	AFD01A henvist til pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype	aktivt ventende
5. Organspecifikke kræftpakkeforløb	AFB??A henvist til kræftpakkeforløb start eller AFV01A2 patient i igangværende (kræft)pakkeforløb	aktivt ventende. Anvendes både ved henvisning til udredning og til behandling Anvendes ved sekundære forløbselementer, der oprettes som led i et igangværende kræftpakkeforløb

6. Onkologisk efterbehandling	AFV01E3 eller AFV01C9 eller AFV01F1	henvist til onkologisk efterbehandling samtykke til onkologisk efterbehandling behandling start, onkologisk efterbehandling	aktivt ventende, patient under maksimale ventetider
7. Forløb i voksenpsykiatri 8. Forløb i børne- og unge-psykiatri	AFV01A1 AFV01E1	henvist til udredning henvist til behandling	aktivt ventende til (videre) udredning hhv. (videre) behandling
(9) Startkoder for (del)forløb uden yderligere markører	Se tabel i afs. 4.3.5.2		

?? angiver de to numeriske karakterer for den specifikke pakke – se SKS

Tabellen angiver kun de primære indgange til forløbene.

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

Der kan i sygdomsforløbet 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 egne forløbselementer.

4.3.5.2 Andre forløb – startmarkører for forløb uden yderligere markører

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

Forløb "uden patientrettigheder" omfatter forløb med følgende startmarkører.

Forløb "uden patientrettigheder" med startmarkører for nyt forløbselement:

Forløb – henvist til ...	Startmarkører for forløbselement	
diagnostisk undersøgelse (eksternt/internt henvist)	AFV01A3	'henvist til diagnostisk undersøgelse, eksternt henvist' Henvist fra og afsluttes til primærsektor Ekskl. screening {AFV01A8}
	AFV01A4	'henvist til diagnostisk undersøgelse, internt henvist'
graviditet	AFV01A6	'henvist i graviditet' Ekskl: (akut) fødsel {AFV01A9}
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' Inkl: Planlagt fødsel (mor) *) Ekskl: Tarmkræftscreening (patienter henvist til koloskopi) {AFV01A1/AFV01A1A}
screeningspatient *		
forskningspatient		
selvhenvender i privat regi	AFV01A8A	kun private sygehuse og klinikker
akut patient	AFV01A9	'akut patient' Inkl: fødsel (mor), nyfødt Ekskl: planlagt fødsel (mor) {AFV01A8}

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. Disse startmarkører dækker alle forløbsstarter, idet der altid skal angives en relevant startmarkør for forløbselement.

4.3.6 Ventetidsoplysninger

Oplysninger til brug for monitorering af henvisnings- og venteperioder indberettes som forløbsmarkører.

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 og ikke samtidigt.

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 "henvisning modtaget" hhv. "udredning start" osv.

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

De eneste generelle forløbsmarkører, der kan forekomme inden for et pakkeforløb, er markører for passivperioder, jf. følgende afs. 4.3.6.1, samt startmarkør for 'patient i igangværende pakkeforløb' – se *under generelle forløbsmarkører i afs. 4.3.4.1*

Hvis patienten i hele eller dele af forløbet ikke indgår i et pakkeforløb, skal de generelle markører anvendes for de målepunkter, der anvendes til monitorering af patientrettighederne vedrørende udredning og behandling. Dette er i overensstemmelse med, at der skiftes spor svt. 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":

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

Patienten kan ikke udredes inden 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 (inkl. maksimale ventetider)

4.3.6.1 Ventetid til udredning

Ventetid til udredning starter med en specifik eller en generel forløbsmarkør for "henvist til ...". Herfra tæller aktiv ventetid.

'Henvist til udredning' {AFV01A1/AFV01A1A} skal normalt efterfølges af 'udredning start' {AFV01B} med mindre, at patienten viderehenvises i henvisningsperioden, eller henvisningsperioden afbrydes af patienten eller med klinisk begrundelse.

I venteperioden kan der indberettes **passive perioder**, der begrundes klinisk eller efter patientens ønske.

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

Ventetidsmarkører for "ikke ventende"	
Passivperioder, der kan indberettes i venteperiode til udredning eller behandling. Angives med forløbsmarkører for start og afslutning	
AFV02K1	ikke ventende, klinisk begrundelse, start
AFV02K2	ikke ventende, klinisk begrundelse, slut
AFV02L1	ikke ventende, patientens ønske, start
AFV02L2	ikke ventende, patientens ønske, slut

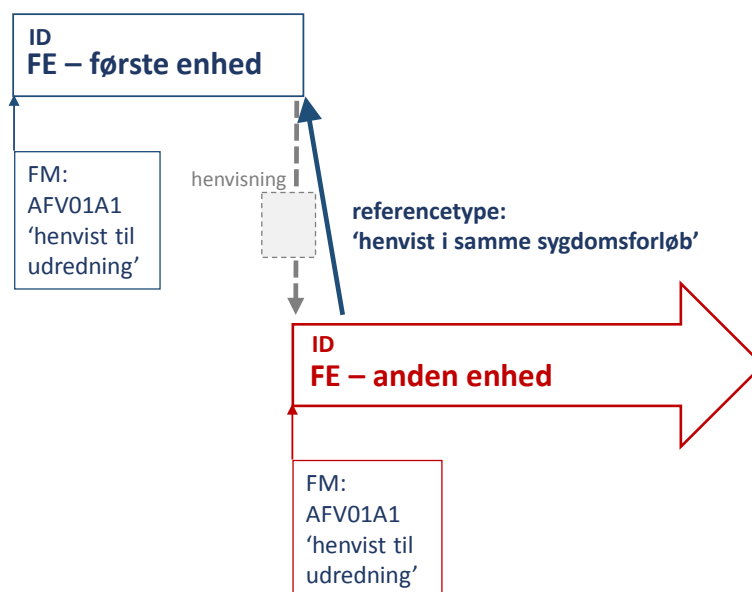
En startkode for en passivperiode skal normalt altid efterfølges af en slutkode, og der skal altid være en startkode før en slutkode. Der kan være flere passive perioder inden for en venteperiode, men perioder af samme type må ikke overlappe.

► Vedr. omvisitering i passivperiode – se afs. 4.3.7.1

4.3.7 Omvisitering i venteperiode

Hvis en patient, der er henvist og visiteret til en klinisk enhed, omvisiteres i venteperioden, dvs. inden første patientkontakt, vil dette, hvis den nye enhed ikke fortsætter på samme forløbselement, afspejles i afslutning af det første forløbselement (FE) (med den oprindelige henvisning) og oprettelse af et nyt forløbselement på en anden enhed, svarende til, at forløbsansvaret overgives fra den første enhed til en ny enhed.

Det nedenfor illustrerede princip viser omvisitering i venteperiode til udredning. Princippet er det samme ved omvisitering i venteperiode til behandling. Begge forløbselementer indberettes til LPR.



Bemærk

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

4.3.7.1 Omvisitering i passivperiode

Ved omvisitering til anden enhed af en patient i en ikke afsluttet passivperiode, skal passivperioden ikke afsluttes, hvis forløbselementet afsluttes ved omvisiteringen.

På det nye forløbselement skal der registreres ny forløbsmarkør for start af passivperiode, der afsluttes, når patienten igen er aktivt ventende.

4.3.8 Udredningsretten

Alle henviste patienter har krav på udredning inden for 30 dage. Dette og de afledte krav til indberetning af forløbsmarkører omfatter både somatik og psykiatri.

Udredningsretten monitoreres ud fra henvisningstidspunktet (indberettes i henvisningsoplysningerne - se afs. 4.2.2) og de obligatoriske specifikke eller generelle forløbsmarkører for første kontakt og afsluttet udredning hhv. udlevering af udredningsplan.

4.3.8.1 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	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	Udredningsplan udarbejdet pga. andre årsager

4.3.8.2 Afslutning af udredning – ”endeligt udredt”

Der skal for patienter med udredningsret 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.
AFX01A2	Klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling, ej ret til udvidet frit sygehusvalg	Erstatter {AFX01A}
AFX01C	Klinisk beslutning: endeligt udredt/udredning slut, ingen behandling i sygehusregi	

4.3.9 Ventetid til behandling

Ventetid til behandling initieres som ved ventetid til udredning med en forløbsmarkør for ”henvist til ...”.

I venteperioden kan der fratrækkes **passive perioder**, der begrundes klinisk eller efter patientens ønske jf. beskrivelse og koder ovenfor (afs. 4.3.6.1).

’Henvist til behandling’ {AFV01E1} skal normalt efterfølges af ’behandling start’ {AFV01F} med mindre, at patienten videregives i henvisningsperioden, eller henvisningsperioden afbrydes af patienten eller med klinisk begrundelse.

4.3.9.1 Maksimale ventetider

Til brug for monitorering af maksimale ventetider anvendes generelle eller specifikke 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, start forløbsmarkør {AFV01A1} eller {AFV01A1A}.

Registreringen og monitoreringen vedr. maksimale ventetider omfatter følgende forløbsmarkører:

Forløbsmarkører til monitorering af maksimale ventetider		kommentar
AFA01A AFB??A AFD01A AFV01A1/ AFV01A1A	henvist til udredning	diagnostisk pakkeforløb, kræftpakkeforløb eller generel markør
AFA01B AFB??B AFD01B AFH??B AFV01B	udredning start	
AFV01E1	henvist til behandling	
AFV01C8	samtykke til behandling, maksimale ventetider	
AFV01C9	samtykke til onkologisk efterbehandling, maksimale ventetider	
AFV01F	behandling start	generel obligatorisk markør
AFV01F1	onkologisk efterbehandling start, maksimale ventetider	

4.3.9.1.1 'Samtykke til behandling' (maksimale ventetider)

Skal kun registreres ved patientforløb omfattet af maksimale ventetider, dvs. kræftsygdomme (m/u pakke) og visse iskæmiske hjertesygdomme. Registreringen vedrører samtykke til **initial behandling**.

4.3.9.1.2 'Samtykke til onkologisk efterbehandling' (maksimale ventetider)

Skal kun registreres ved patientforløb omfattet af maksimale ventetider. For patienter, der efter initial behandling informeres om og samtykker til medicinsk efterbehandling eller stråleterapi som efterbehandling.

- ▶ 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 Forløbsmarkører for somatiske pakkeforløb

De eksisterende administrative procedurekoder for pakkeforløb for kræftsygdomme og psykiatri fortsætter klassifikationsmæssigt uændret som forløbsmarkører.

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

- ▶ Definitioner og vejledning til pakkeforløbsmarkører findes sammen med forløbsbeskrivelser for pakkeforløb på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside.

4.3.10.1 Udlevering af opfølgingsplan

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

Udlevering af opfølgingsplan dokumenteres på tidspunktet for udleveringen til patienten:

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

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

4.3.11 Udførelse af specialiseret genoptræning og specialiseret rehabilitering

Perioder med specialiseret rehabilitering og specialiseret genoptræning skal ift. kommunal finansiering 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".

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		Forløbsmarkør – markører for afslutning af periode	
Start-kode registreres på tidspunktet for første ydelse i en sammenhængende genoptræningsperiode hhv. rehabiliteringsperiode		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 procedurekoder. 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".

4.3.12 Færdigbehandlet 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 er kun nødvendig, 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.

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

Markeringen af, at patienten er færdigbehandlet, foretages med forløbsmarkøren:

Forløbsmarkør	
AWA1	færdigbehandlet i stationært regi

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

4.3.12.1 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.

4.3.12.2 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, hvor fortsættelse af sygehusindlæggelsen er påkrævet. I disse situationer er patienten ikke længere færdigbehandlet.

Gældende fra det tidspunkt, hvor patienten ikke længere anses for færdigbehandlet på indlæggelseskontakten, indberettes forløbsmarkør for afslutning af perioden:

Forløbsmarkør	
AWX1	ikke færdigbehandlet i stationært regi

4.3.13 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 LPR3. Orlov indberettes som perioder i egenskaben 'fravaer' under Opholdsadresse. Periode for fravær indberettes med start- og sluttidspunkt.

- ▶ Se nærmere under "Opholdsadresse" i afs. 5.5

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

LPR3 har kontakten mellem patient og sundhedsvæsenet som det centrale element. Alle kontakter med klinisk sigte mellem patient og sundhedspersoner indberettes særskilt.

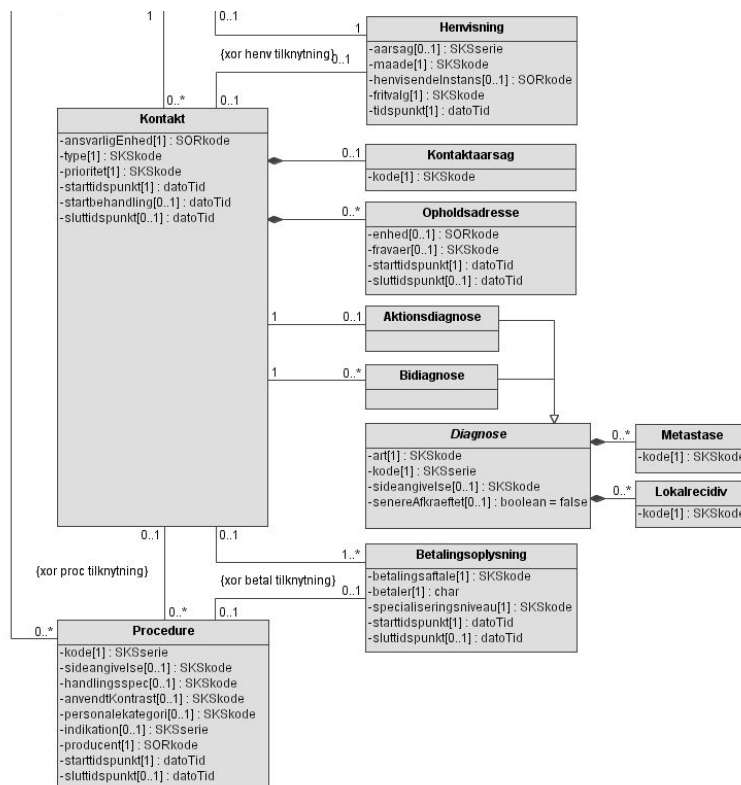
En patientkontakt, ofte blot betegnet "kontakten", kan være (kontakttyper) et 'fysisk fremmøde', en 'udekontakt', en 'virtuel kontakt' eller 'død'. Kontakttypen 'død' anvendes kun for patienter, der er erklæret døde ved kontaktstart. *Se om kontakttyper i afs. 5.5.6*

► **Diagnoseindberetning uden patientkontakt** – se afs. 5.5.7

Bemærk

Ambulant besøg og indlæggelse er i indberetningen til LPR3 samlet under den fælles kontakttype 'fysisk fremmøde'. Der skelnes således i indberetningen ikke længere mellem "ambulant" og "indlagt", der hermed bliver et uddatafænomen.

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, herunder kontakter af forskellige typer i forbindelse med et givent sygdomsforløb og giver herved mulighed for at afspejle det kliniske forløb, som kontakterne indgår i

- **Diagnose**

Patientens kontaktrelevante diagnoser (aktionsdiagnose og bidiagnoser) knyttes til kontakten. De generelle definitioner og krav til indberetning af **kontaktdiagnoser** uændrede i LPR3. En kontaktdiagnose kan trigge en resultatindberetning, fx en fødselsindberetning (aktionsdiagnose) eller en canceranmeldelse (aktions- eller bidiagnose)

- **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

- **Betalingsoplysninger**

Betalingsoplysninger skal obligatorisk indberettes for alle patientkontakter efter gældende aftalte krav – se afs. 5.8

Kontaktårsag og **Opholdsadresse** er ligeledes kontaktrelaterede oplysninger, der nærmere beskriver patientkontakten.

Henvisninger til andre afsnit

- ▶ 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

Der er i LPR3 indført et forenklet 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

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 indtil videre frivillig.

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

5.1 Enheder, der indberetter til LPR3

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.

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

Som en undtagelse skal patientens kontakter på klinisk kemisk afdeling til blodprøvetagning ikke indberettes til LPR3.

Dette betyder også, at fremmøde på laboratorium i henvisningsperioden inden kontakt med klinisk afdeling ikke afbryder henvisnings- og venteperioden, med mindre at andet er aftalt og gældende ifølge de til enhver tid gældende 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 med fysisk fremmøde kan opstå som led i et eksisterende sygdomsforløb eller som en ny selvstændig sygdoms- eller skadeproblematik.

Hvis patienten modtages på akut kontakt pga. (akut) forværring af eller tilbagefald (recidiv) af sygdom, eller ved komplikationer til kendt sygdom, herunder komplikationer til behandlingen af sygdommen, skal denne patientkontakt knyttes til det sygdomsforløb, 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 skade (eller mistanke om skade) oprettes altid et nyt forløb(selement), og den akutte patientkontakt knyttes til dette forløb.

Kontaktårsag er obligatorisk for akutte somatiske patientkontakter, såvel ved akut fremmøde i et eksisterende sygdomsforløb samt ved akut fremmøde i et nyt sygdoms- eller skadeforløb. Kontaktårsagen er trigger for de yderligere krav til skadeindberetning ved skade på baggrund af ulykke, selvmordsforsøg eller vold.

- ▶ Se nærmere i Kap. 13 om skaderegistrering
- ▶ Vedrørende patient henvist til planlagt forløb, der starter akut "før tid" – se afs. 4.xxx

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 forløb.

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, som der i forvejen er oprettet et forløb for, kan det nye forløbselement efterfølgende kobles (træk ID "samme sygdom") til det eksisterende sygdomsforløb.

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. er begrundet i ny sygdom eller 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 henvender sig igen vedrørende samme problematik, oprettes nyt forløbselement, der kobles via referencetype {ALAA03} 'reference til andet forløbselement (samme sygdom)'.

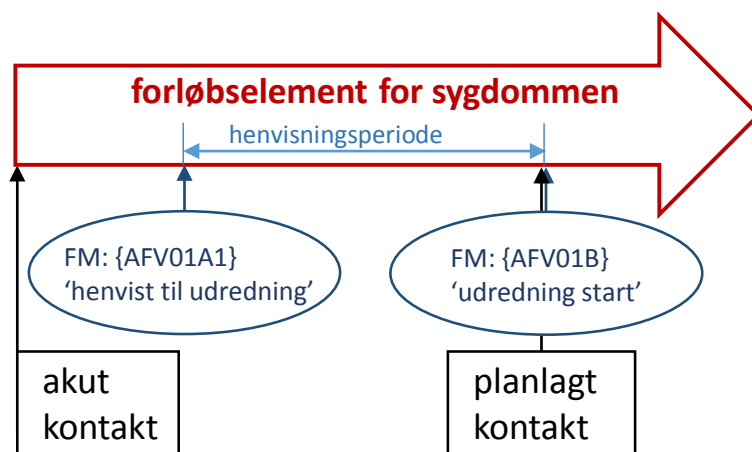
5.3.3 Akut startet forløb, der fortsætter efter første kontakt

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 er 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 forsættes 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. 5.5.6).

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

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

5.5 Beskrivelse – Kontakten

Kontakten er det centrale element i Landspatientregisteret og i LPR3-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. 5.6
- Opholdsadresse(r) (obligatorisk) for 'fysisk fremmøde' – afs. 5.7
 - o orlov og andre former for fravær under patientkontakt håndteres i "opholdsadresse"
- Betalingsoplysning(er) og specialiseringsniveau – afs. 5.8
- Diagnose(r) – se afs. 5.9 og Kap. 6
- Procedurer – afs. 5.10 og Kap. 7
- Henvisningsoplysninger (frivillig) – er nærmere beskrevet under forløbselementet afs. 4.2

5.5.1 Anvendte termer og definitioner – kontakter

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
afdeling (hospitalsafdeling) (sygehusafdeling)	del af <u>hospita</u> som består af et eller flere afsnit og har en klinisk-administrativ ledelse	
afsnit (hospitalsafsnit) (sygehusafsnit)	del af en <u>afdeling</u> bestemt for en eller få afgrænsede funktioner	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar v. 1.2
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>patient</u>kontakter i LPR3-indberetningen Kommentar: En <u>patient</u>kontakt kan også foregå mellem en sundhedsperson og en stedfortræder for <u>patienten</u>. En <u>patient</u>kontakt kan være fysisk eller virtuel
Kontaktansvar	<u>klinisk-administrativt ansvar</u> for en <u>patient</u>kontakt 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. 5.5.6</i>
fysisk fremmøde (tilstedeværelse) (fremmøde)	<u>patient</u>kontakt 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>patient</u>hotel
udekontakt	<u>patient</u>kontakt 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 LPR3 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 kontakttypen)</i>

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar v. 1.2
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. 1.2
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. 5.6</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 3 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>kontaktansvar</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 helbredstilstand</u> Kommentar: Sundhedsinterventioner kan være undersøgelse, behandling, pleje, forebyggelse og rådgivning. Behandling” anvendes ofte mere bredt om alle ydelser, når der ikke er behov for nærmere udspecificering af, hvad der er udredning, behandling, pleje m.m. I Sundhedsloven (LBK nr 1188 af 24/09/2016) 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 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	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
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 '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 '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 'e-mail konsultation' uden patientkontakt	

5.5.2 Kontakt

Patientkontakten beskriver et afgrænset møde, fysisk eller virtuelt, mellem patienten og en **sundhedsperson** af kortere eller længere varighed. I LPR3 indberettes kontakten med tidstro varighed i form af *realtid* start- og sluttidspunkter – se afs. 5.5.9-10

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. 5.5.6
prioritet	SKSKode	[admin.prioritet] (akut/planlagt)	1	obligatorisk for alle kontakter
starttidspunkt	datoTid	tidspunkt	1	obligatorisk
startbehandling	datoTid	tidspunkt	0..1	frivillig
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

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 og niveau, 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.

5.5.3 Ansvarlig enhed (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 ofte være på afdelingsniveau eller på afsnitsniveau (speciale-niveau), eventuelt på centerniveau.

Hvis ansvaret skifter, fx hvis patienten flyttes til anden afdeling, 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. 5.7

5.5.4 "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 én generel regel, der uanset den lokale struktur altid skal overholdes i indberetningen:

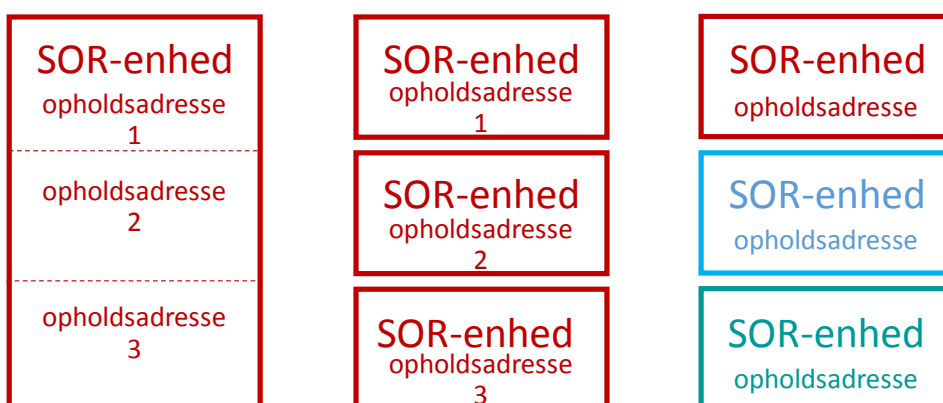
Der må under et forløb (forløbselement) og under samme SOR-enhed ikke være flere samtidige patientkontakter af typerne 'fysisk fremmøde' og 'død'

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) kontaktansvar, eller det kan indberettes opdelt i flere efter hinanden følgende fremmøder under samme enhed.

En tredje mulighed er, at flere besøg indberettes som et kontinuert fysisk fremmøde, men med skiftende opholdsadresse.

Hvis patienten derimod også rationelt har flere besøg på samme dag under forskellige ambulatorier (specialer), der er selvstændigt SOR-klassificeret, er det selvstændige kontakter med selvstændige kontaktansvar.

De forskellige mulige scenarier kan illustreres på denne måde:



Bemærk

LPR3-indberetningen er robust overfor de forskellige måder, som de regionale enheder er organiseret på.

5.5.5 Overflytning med sundhedsperson-ledsaget transport

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

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

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

5.5.6 Kontakttyper

Der skelnes på indberetningssiden ikke mellem ambulante kontakter og indlæggelseskontakter. De forskellige kortere (besøg) og længerevarende fremmøder (indlæggelser) er i *indberetningen* samlet i en fælles kontaktttype '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 kontaktttyper.

Der er følgende kontaktttyper: [admin.konttype]

SKS-kode	kontaktttype [admin.konttype]	bemærkning
ALCA00	fysisk fremmøde	Inkl. fremmøde på præhospitalet og fødselskontakt for levendefødt se afs. 5.5.6.1
ALCA01	udekontakt	se afs. 5.5.6.2
ALCA03	virtuel kontakt	anvendes som kontaktttype ved ydelserne (procedure-indberettes) telefonkonsultation og videokonsultation - se afs. 5.5.6.3
ALCA10	død	ny i LPR3 – se afs. 5.5.6.4 Inkl: dødfødt barn (Kap. 11)
ALCA20	diagnoseindberetning	kontaktttype for indberetning af diagnose(r) og eventuelt tilhørende procedurer, 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. 5.5.7

5.5.6.1 Fysisk fremmøde

Fysisk fremmøde anvendes som fælles kontaktttype for alle patientens fremmøder på en sundhedsfaglig 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' skal anvendes på alle typer afdelinger inkl. "serviceafdelinger"³, når patienten har et selvstændigt fremmøde på afdelingen, uden at dette er led i et samtidigt fremmøde på anden klinisk afdeling.

- ▶ Vedr. færdigbehandlet patient i stationært regi – se afs. 4.3.12

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 kontakt (kontakt-type: '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)

³ Undtagelse: Blodprøvetagning inden klinisk patientkontakt

Akutte patientkontakter:

- 4) Kendt patient med eksisterende KOL-forløb, der modtages ved akut fysisk fremmøde på sygehuset 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 stamafdeling, 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 Akutmodtagelsen⁴

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

5.5.6.1.1 Samtidige fremmøder

Der er i LPR3 reglerne ingen teknisk begrænsning i, at der kan være flere samtidige fremmøder (se dog afs. 5.5.4), 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.

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 sengeafsnit som stamafsnit 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 afdeling til undersøgelse eller behandling. Dette håndteres som patientorlov – se afs. 5.7.1

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

5.5.6.1.2 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 afdeling (SOR-enhed) med eget selvstændigt forløbselement.

5.5.6.2 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 til LPR3 under en fælles selvstændig kontaktttype: 'udekontakt'.

Dette betyder, at der skal indberettes relevante diagnoser og procedure(r) ydet under kontakten.

⁴ Kan også registreres og indberettes som selvstændigt 'fysisk fremmøde' på røntgenafdelingen

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

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

5.5.6.2.1 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

5.5.6.3 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 skal, hvis det indberettes (ikke obligatorisk), indberettes som "procedure uden kontakt" knyttet direkte til et forløbselement. Der skal og kan ikke foretages diagnoseindberetning.

5.5.6.4 Døde borgere og patienter – døde-kontakter

Indberetningen til LPR3 inkluderer indberetning af døde borgere og patienter, herunder indbragte borgere, der er **erklæret døde** inden ankomst til sygehuset.

Afdøde holdes i indberetningen skarpt adskilt fra indberetningen af levende patienter. **Kontakttype: 'død'** anvendes til registrering og indberetning af kontakter på afdøde borgere og patienter.

Indberetningen vedrørende afdøde kan omfatte følgende kategorier:

- Afdøde patienter (borgere), der modtages på sygehus (organisatorisk enhed)
 - hvor døden (hjernedød eller hjertedød) er erklæret af læge inden ankomsten
 - hvor døden er så tydeligt indtruffet, at det jf. ligsynslovgivningen ikke fordrer en læge til at fastslå, at patienten er død
- Afdøde patienter (hjernedød/hjertedød), hvor der er ydelser på sygehusafdeling efter døden
- Dødfødte børn (obligatorisk) – se nærmere under Kap. 12

Borgere uden livstegn, der indbringes til sygehus, men hvor døden ikke er konstateret ved læge inden ankomsten, betragtes som levende patienter og oprettes derfor som normal patientkontakt 'fysisk fremmøde', indtil en læge har konstateret døden, hvorefter kontakten afsluttes. Hvis forløbet samtidig afsluttes, skal dette ske med afslutningsmåde: 'død'.

Hvis der herefter er patientrettede ydelser, der skal dokumenteres og indberettes, oprettes en døde-kontakt under samme forløbselement eller evt. under et nyt forløbselement, der refererer (træk ID "samme sygdom") tilbage til det tidligere forløbselement.

5.5.6.4.1 Indbragte døde

Der skal obligatorisk oprettes en døde-kontakt i følgende situationer:

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

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

Døde-kontakten knyttes til det relevante eksisterende forløbselement, hvis der er et tilgængeligt. I andre tilfælde oprettes et nyt forløbselement med relevant forløbslabel, hvis den primære årsag til patientens død er kendt, fx 'kræftsygdomme'. Ellers anvendes forløbslabel: 'andre forløb'.

Kontakten fortsætter, så længe der er ydelser til den afdøde, der skal dokumenteres og indberettes. Forløbselementet holdes åbent, hvis forløbsansvaret fortsætter i forbindelse med en *postmortem* kontakt ved ydelser til patient (indberettes på døde-kontakt), der skal dokumenteres og indberettes. Forløbet afsluttes herefter med afslutningsmåde: 'død'.

5.5.6.4.2 Døde på sygehus med ydelser efter døden

For patienter, der afgår ved døden under kontakt på sygehus, skal kontakten afsluttes ved døden med afslutningsmåde 'død'.

- ▶ [Diagnoseregistrering ved konstatering af hjernedød under patientkontakt – se afs. 5.11.3.1](#)

Hvis der efter dette tidspunkt er patientrettede ydelser, der skal dokumenteres og indberettes, oprettes en døde-kontakt, dvs. kontakttipe 'død', under samme forløbselement (og samme forløbslabel).

Hvis den afdøde overføres til anden afdeling, og det ikke er muligt at fortsætte under samme forløbselement, oprettes nyt forløbselement.

Kontakten fortsætter, så længe der er ydelser til den døde, der skal dokumenteres og indberettes. Forløbet afsluttes herefter med afslutningsmåde: 'død'.

5.5.6.4.3 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 i afs. 7.2.1](#)

5.5.6.4.4 Aktionsdiagnose for "døde-kontakt"

Aktionsdiagnosen for døde-kontakten er altid "hjernedød" {DR991} eller "hjertedød" {DR992}, afspejlende situationen ved kontaktens start – kodeliste: [diag.doed]

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

5.5.6.4.5 Ydelser til pårørende

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

Hvis indberetning ønskes, skal dette ske som **procedure uden kontakt**, dvs. som procedure knyttet direkte til forløbselementet.

5.5.7 "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 kontakttipe '**diagnoseindberetning**'.

Der er følgende situationer, der håndteres vha. denne særlige løsning:

- det er planlagt, at der ikke skal være en patientkontakt, fx fordi patienten skal modtage brevsvar 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

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

Løsningen dækker udelukkende et behov for at kunne tilføje patientforløbet den rette konklusive diagnose, når denne er fremkommet og skal LPR-indberettes, herunder ved obligatorisk canceranmeldelse..

Bemærk

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

Der er således 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.

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 minutter	1	obligatorisk

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 kontaktttyper, 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) brev-svar, 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.

5.5.8 Prioritet

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

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

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

► Se nærmere i Kap. 13 vedr. skadeindberetning

5.5.9 Starttidspunkt for kontakt

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

kontaktttype	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 kontaktansvar
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	der ikke skal foretages yderligere registrering/indberetning
diagnoseindberetning	registreringstidspunkt	registreringstidspunkt +1 minutter

5.5.9.1 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. Dette gælder også, hvis fødslen er startet, eller barnet er født.

Ved hjemmefødsel er kontaktstarttidspunktet for moderens vedkommende lig med starttidspunktet for hjemmebesøget.

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 angivne fødselstidspunkt angives i fødselsindberetningen og kan altså ligge før kontaktstart.

► Se i øvrigt nærmere beskrivelse af fødselskontakter i Kap 11

5.5.10 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 nærmere i Kap. 11

5.5.11 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 behandlingsydelse, 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.

Henvisning ved visitor til radiologisk eller anden undersøgelse inden egentlig objektiv undersøgelse kvalificerer således i sig selv ikke til "behandlingsstart".

5.6 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 ulykker, voldshandlinger og tilsigtet selvskade (selvmordsforsøg/selv mord, 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]	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
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.

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, 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/selv mord (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

Værdi	Kontaktårsag	Beskrivelse
		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 fejdosering 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/ selvmord	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. Ekskl: selvmutilation - se 'anden tilsigtet selvskade' (ALCC05)
ALCC05	anden tilsigtet selvskade	Selvmutilation. Bevidst udført og tilsigtet selvskade, der ikke opfylder kriterierne for selvmordsforsøg jf WHO's definition 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, barsel og abort

Værdi	Kontaktårsag	Beskrivelse
		- fødselskontakter for mor og barn - patologiske tilstande (sygdom eller mistanke om sygdom), herunder patologisk graviditetsprodukt - spontan abort - tilstande og sygdomme under graviditeten hos gravide, der modtages på gynækologisk-obstetrisk afdeling - uønsket graviditet - 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 eller tilsigtet skade

5.6.1 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/selv mord' skal der obligatorisk indberettes en resultatindberetning af typen: 'Skadeindberetning'.

► Skadeindberetningen er indholdsmæssigt uændret i forhold til LPR2 og er detaljeret beskrevet i Kap. 13

5.6.2 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. Der skal i disse tilfælde prioriteres.

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.

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.

5.7 Opholdsadresse og fravær

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 under samme (SOR) organisatoriske 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.

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 ELLER SKS-kode tilhørende kodeliste: [admin.fravaer]
fravær	SKSKode	[admin.fravaer]	0..1	
starttidspunkt	datoTid	tidspunkt	1	obligatorisk
sluttidspunkt	datoTid	tidspunkt	(0)..1	obligatorisk ved afslutning. Blank for uafsluttet opholdsadresse

5.7.1 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 fortsat et kontaktsansvar, 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
ALCF03	udeblivelse	
ALCF04	undvigelse	
ALCF05	rømning	
ALCF06	fravær pga. samtidig somatisk indlæggelse	

For patienter indlagt på hospice inkluderer patientorlov et kortvarigt ophold (<4 d.) på anden klinisk enhed.

5.7.2 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 også afs. 8.6.2.2

5.7.3 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

5.7.4 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 afsnit og en indlæggelse på somatisk afsnit.

I perioden, hvor patienten har ophold på somatisk afdeling, anvendes fraværskode {ALCF06} 'fravær pga. samtidig somatisk indlæggelse' som Opholdsadresse på den psykiatriske indlæggelseskontakt.

► Se også afs. 8.6.2.4

5.8 Betalingsoplysninger

Som noget nyt i LPR3 skal betalingsoplysninger indberettes direkte til LPR.

Betalingsoplysningerne angiver, om betalingen skal foretages af bopælsregionen, om der er tale om selv-betaler, forsikringsbetaler mv. Disse oplysninger er dels til regionernes eget brug ifm. den mellemregionale afregning, dels til udregning af kommunal medfinansiering af sygehusaktivitet.

Et sæt betalingsoplysninger består af angivelse af betaler, betalingsaftale samt også 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.

5.8.1 Indberetning af betalingsoplysninger

Betalingsoplysninger skal i indberetningen obligatorisk knyttes til den enkelte **patientkontakt** hhv. til **procedure uden patientkontakt**.

5.8.1.1 Patientkontakter

Der skal indberettes mindst ét sæt af betalingsoplysninger pr. **patientkontakt** (uanset kontaktttype). 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 sættene.

5.8.1.2 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.

5.8.1.3 Procedurer under patientkontakt

For procedurer, der er givet under patientkontakt, kan der ligeledes indberettes selvstændige betalingsoplysninger. Dette er ikke et krav.

Indberetningen består af følgende oplysninger:

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	char	tekst	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

5.8.1.4 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

5.8.2 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.betalafte]:

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. 5.8.3) fx {ALFB5} 'selvbetaler'
ALFA6	forskning	

Overordnet klassifikation. De enkelte koder kan eventuelt senere suppleres med underkoder.

SKS-opdateringskadencen anses for at være tilstrækkelig til eventuelle ændringer for underområder.

5.8.3 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 anden betaler for proceduren.

Der er i første omgang lagt op til, at betaler indberettes som en tekststreng, men oplysningen bør nok klassificeres på en eller anden måde. Udfordringen er, at behovet for en "ny kode" er *her-og-nu*.

Det skal afklares, om klassifikationen skal lægges uden for SKS med en tilknyttet service, der gør det muligt for regionerne – evt. via den Mellemregionale Afregningsgruppe – at vedligeholde en klassifikation efter behov (ad hoc)

Der er (mindst) følgende områder ((over)niveauer), der skal dækkes:

ALFB	Betaler
ALFB01	region 81
ALFB02	region 82
ALFB03	region 83
ALFB04	region 84
ALFB05	region 85
ALFB11	Grønland
ALFB12	Færøerne
ALFB21	asylcenter
ALFB22	bopælskommune
ALFB31	E-125
ALFB32	S2
ALFB4	staten

ALFB	Betaler
ALFB41	Forsvarsministeriet
ALFB42	Udlændingestyrelsen
ALFB43	Christians Ø forvaltning
ALFB5	selvbetaler
ALFB61	dansk forsikringsselskab
ALFB62	udenlandsk forsikringsselskab
ALFB71	dansk flyselskab
ALFB72	udenlandsk flyselskab
ALFB9	anden betaler
ALFB91	forskningsmidler
ALFB92	delvis selvbetaler / delvis forsikringsbetalt
ALFB99	betaler uden specifikation

Ovenstående koder er oprettet i SKS, men kan i udgangspunktet ikke indberettes. Teksterne (og andre tekster) kan indberettes i egenskaben 'betaler'. Hvis klassifikationen lægges uden for SKS, vil de tentative koder ovenfor få et format, der ikke kan forveksles med SKS-koder. Klassifikation og logistik aftales nærmere i dialog med regionerne.

5.8.4 Specialiseringsniveau

Specialiseringsniveau indgår 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
ALFC9	specialiseringsniveau uoplyst

Bemærk: Koderne er flyttet til det administrative LPR3-område som primærkoder i stedet for de hidtidige tillægskoder

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.

5.8.5 Start- og sluttidspunkt for betalingsoplysninger

5.8.5.1 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.

5.8.5.2 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 procedures starttidspunkt.

Har proceduren et sluttidspunkt (bla. for procedurer, hvor dette er påkrævet), skal sluttidspunkt for betalingsoplysning være lig med procedures sluttidspunkt – ellers blank.

5.9 Kontaktdiagnoser

Kontaktdiagnoserne er uændrede i LPR3. Det vil sige, at der til hver indberettet kontakt skal senest ved kontaktafslutning angives en **aktionsdiagnose** samt de i forhold til den aktuelle kontakt tilhørende kliniske og **kontaktrelevante bidiagnoser**.

Der skal 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 diagnostisk tema), der i indberetningen knyttes til forløbselementet. Dette er beskrevet i afs. 4.1.7

5.10 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, 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. 5.11.9

5.11 Supplerende vejledning til indberetning af kontakter

5.11.1 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 et klinisk valg, hvilket forløbselement kontakten knyttes til – på baggrund af, at klinikerne 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.

5.11.2 Visitationspatienter

Patienter, der ankommer til et akut-afsnit, men som viderehenvises 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 viderehenvises til specialafdeling, medregnes til visitationspatienter.

5.11.3 Død under kontakt

Hvis patienten dør under igangværende kontakt (fysisk fremmøde), herunder ved konstatering af hjernedød, skal kontakten afsluttes på tidspunktet for dødens konstatering.

5.11.3.1 Diagnoseregistrering ved hjernedød

Diagnosen {DR991} 'Hjernedød i henhold til Sundhedsloven § 176' kan indberettes på patientens kontakt som **bidiagnose**. Aktionsdiagnose skal være den tilgrundliggende tilstand, der har medført hjernedød.

{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).

5.11.3.2 Postmortem kontakt

Hvis patienten fortsat skal have en kontakt efter konstatering af hjernedød eller hjertedød, skal der til dette formål oprettes en selvstændig kontakt med kontaktype {ALCA10} 'død'.

- ▶ Se nærmere i afs. 5.5.6.4 med underafsnit

5.11.4 "Indbragte døde"

Skadestuer og andre akutte modtageafsnit modtager ofte patienter uden livstegn. Disse patienter er ikke legalt set døde, før en læge har konstateret døden. Den ofte anvendte betegnelse "indbragt død" er i disse tilfælde misvisende.

Hvis der ikke har været en læge, der har konstateret døden før den akutte patientkontakt (fx lægeambulance, præhospital), og der ikke for lægmand er sikre dødstegn (hovedet skilt fra krop eller udtalt forrådnelse), vil dette først ske på patientkontakten, og patienten skal betragtes som enhver anden levende patient og indberettes til LPR med kontakttypen 'fysisk fremmøde', også selvom der ikke er foretaget forsøg på genoplivning.

Registrering af aktionsdiagnosen på den akutte patientkontakt følger det generelle princip for valg af aktionsdiagnose. Hvis døden skyldes kendt årsag, registreres denne som aktionsdiagnose.

Eksempler

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

Hvis sygdommen, der forårsager døden, ikke er kendt, kan en af følgende diagnosekoder anvendes som aktionsdiagnose:

(A)DR991	Hjernerød i henhold til Sundhedsloven § 176
(A)DR992	Hjertedød i henhold til Sundhedsloven § 176

5.11.5 Død inden ankomst

Hvis borgeren derimod ved læge fx. på et ulykkessted er erklæret død, og den afdøde indbringes til et modtageafsnit på sygehuset, typisk med henblik på efterfølgende ligsyn, udtagning af væv til transplantation eller eventuel obduktion, kan der oprettes en døde-kontakt med kontakttypen {ALCA10} 'død', der kan anvendes til dokumentation af ydelser givet til afdøde.

Der skal oprettes en døde-kontakt for alle hjernerødde patienter og andre afdøde, der modtager en af følgende ydelser: Respiratorbehandling eller udtagning af organer og væv til transplantation.

► Se også afs. 5.5.6.4.3 og afs. 7.2.1

5.11.6 Færdigbehandlet patient

Vedrørende indberetning af færdigbehandlet patient, der pga. eksterne årsager ikke kan udskrives – se *under forløbsmarkører afs. 4.3*

5.11.6.1 Terminale patienter

Patienter, der lægeligt vurderes som terminale, skal ikke indberettes som "færdigbehandlet".

5.11.7 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

5.11.8 Raske ledsagere

Raske personer, der ledsager en patient, skal ikke indberettes til LPR. Koden {DZ763*} for 'Rask ledsager' kan anvendes som aktionsdiagnose på lokalt oprettede kontakter. Disse skal frasorteres ved indberetning til LPR.

5.11.8.1 Rask nyfødt

Nyfødte indberettes på egen første **fødselskontakt** med kontakttypen: 'fysisk fremmøde', kontaktårsag: 'anden kontaktårsag', fødselsdiagnose 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 barselsafdeling eller anden klinisk afdeling, kan barnet, hvis barnet ikke skal modtage særlige ydelser, medtages som 'Rask nyfødt' {DZ769A} på moderens kontakt. Dette er dog ikke et krav. Hvis barnet skal modtage klinisk ydelse fx hørescreening, oprettes ny patientkontakt for barnet.

5.11.9 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.

5.11.9.1 Ydelser til pårørende til patient (frivillig)

Ydelser til pårørende givet uden patientens deltagelse kan indberettes som procedure uden patientkontakt.

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 LPR3 er **kontaktdiagnoser**, dvs. tager udgangspunkt i den enkelte patientkontakt og er beskrivende for patienttilstanden ved den aktuelle patientkontakt, der kan være et ambulant besøg, en indlæggelse, en udekontakt eller virtuel kontakt i form af en telefon- eller videokonsultation.

- ▶ Vedr. "diagnoseindberetning uden patientkontakt" – se afs. 5.5.7

Kontaktdiagnose-begreberne er i LPR3 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

Der er i LPR3 indført et ændret princip for diagnoseindberetningen ved kræftsygdomme, idet supplerende oplysninger om **metastaser** og **lokalrecidiv** i indberetningen skal knyttes direkte til kontaktdiagnosen for kræftsygdommen, hvilket 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:

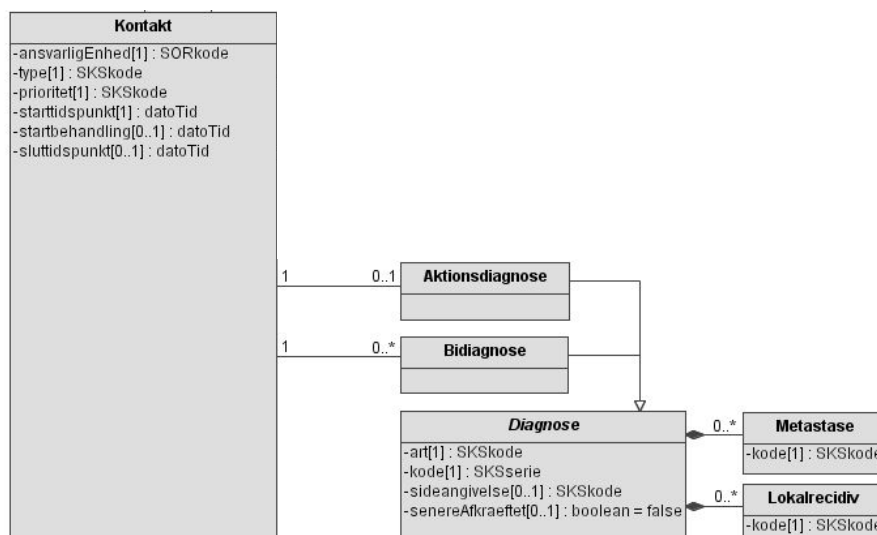
- oplysning om metastaser og lokalrecidiv til kræftsygdom – se afs. 6.2
- resultatindberetning – en diagnose kan være trigger for en resultatindberetning – se afs. 6.4
- vedrørende "diagnose senere afkræftet" – se afs. 6.5

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
- ▶ Forløbslabel afgrænser overordnet det klinisk-administrative tema og angives med en særlig klassifikation – se Kap. 4 om forløb. Forløbslabel er **ikke** et diagnosebegreb, da det beskriver et sygdomstema fra start ved begrundet mistanke mv. – også ved forløb, hvor den mistænkte sygdom afkræftes
- ▶ Aktionsdiagnose på "døde-kontakt" – se afs. 5.5.6.4.4
- ▶ 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

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 diagnose inden kontaktafslutning, vil den nye diagnoseværdi overskrive den tidligere indberettede.

► Vedrørende (senere) afkræftet diagnose – se afs. 6.5

6.1.1 Anvendte termer og definitioner – diagnoser

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
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>til-lægskoder</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. Kommentar: Indberettes som <u>SKS-serie</u> med SKS-diagnosekode som <u>primærkode</u> og eventuelt specificeret med en eller flere <u>til-lægskoder</u>	
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	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
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.	
SKS-klassifikation	klassifikation der indgår i Sundhedsvæsenets Klassifikations System (SKS) Kommentar: SKS-klassifikationer 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. 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.	
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 består 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-objektet

Diagnoser indberettes i Diagnose-objektet knyttet til Kontakt 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
kode	SKSerie	[diag]	1	obligatorisk. Diagnosekoden skal være gyldig i SKS ved kontaktens afslutning. Tillægskode(r) kan angives. Tillægskode til diagnosekode skal være gyldig i SKS ved kontaktens afslutning,
sideangivelse	SKSkode	[spec.lateraldiag]	(0)..1	obligatorisk ved visse diagnoser tilhørende kodeliste: [diag.lateral] [spec.lateraldiag] = {TUL1; TUL2; TUL3} kan anvendes. Kan angives frivilligt 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 kontakt-diagnoserne 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.

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 vejledningsprincipper 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.*

Bemærk

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 indberettes 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.

6.2 Supplerende oplysninger om metastaser og lokalrecidiv til kræftdiagnoser

Der er i LPR3 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.

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.

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, før end 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 klinisk valideres ved kontaktafslutning.

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.

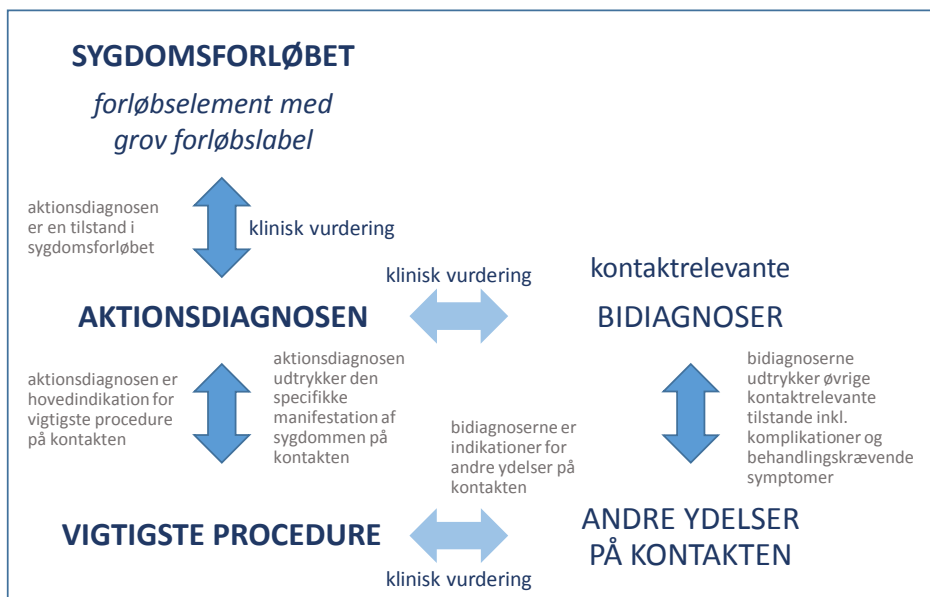
Der gælder følgende generelle vejledning for angivelse af de kontaktrelevante diagnoser:

- 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 er hovedindikationen for de på kontakten udførte ydelser
- ved multimorbiditet indberettes den væsentligste kliniske tilstand som aktionsdiagnose; øvrige kontakt-relevante konkurrerende diagnoser 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

For indberetning af diagnosekoder gælder principperne, som beskrevet i de følgende afsnit 6.3.1-6.3.6).

Principperne for diagnoseregistreringen med relationer til andre indberetninger er illustreret:



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) tilstand 'Obs pro', som kontakten vedrørte, uden at der ved kontaktafslutning klinisk er blevet stillet en egentlig eller endelig diagnose. 'Obs pro' inkluderer ej befundet eller 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 procedureregistrering 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 til-lægskode 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 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 kodekapitlerne {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' og 'udekontakt' (ved undersøgelser foretaget i hjemmet) og forløbselement med forløbslabel: 'nationale screeningsprogrammer' og startmarkør: 'henvist til andet'.

"Screeningsdiagnoserne" under {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 "screening", fx øjenundersøgelse af diabetespatient uden øjenssymptomer.

6.3.6.1 Påvisning af sygdom eller mistanke om sygdom ved screening

Hvis der ved en screeningsundersøgelse findes sygdom eller mistanke om sygdom, skal der ved henvisning til anden klinisk enhed oprettes et nyt sygdomsforløb, dvs. forløbselement, for sygdommen (inkl. mistænkt sygdom) med relevant forløbslabel og startmarkør.

6.4 Resultatindberetninger knyttet til Diagnose

Bemærk

Skadeindberetningen tager i LPR3 udgangspunkt i **kontaktårsag** for akutte somatiske patientkontakter af kontakttypen: 'fysisk fremmøde' – *ikke* i skadediagnose.

6.4.1 Diagnose som trigger

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	Diagnose / morens fødselsdiagnose [diag.foedmor]
Fødselsindberetning barn	11	Diagnose / barnets fødselsdiagnose [diag.foedbarn]
Abortoplysninger - svangerskabslængde og oplysninger om misdannelse - samrådstilladelse	12	Diagnose / abortdiagnose [diag.abort]

6.5 Diagnose senere afkræftet

Diagnosebegreberne i LPR3 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.

Kommentar

Man kan så argumentere for, at diagnosen fejlagtigt blev stillet præmaturligt 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.

Manifeste diagnoser, der tidligere er blevet indberettet på nu afsluttede kontakter 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.

7 PROCEDURER

Procedurer er et samlet begreb, som omhandler alle 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 har nødvendigvis været til stede, fx MDT-konference i kræftforløb.

Principper, krav og vejledning er generelt uændrede i LPR3, 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

Bemærk: Tidligere krav til indberetning af medikamentel behandling bortfalder med LPR3, idet disse oplysninger opsamles på anden vis.

Indberetning af procedurer omfatter den obligatoriske indberetning af procedurer for operationer og radiologi samt indberetning af behandlinger og undersøgelser, hvoraf nogle obligatorisk skal indberettes.

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:

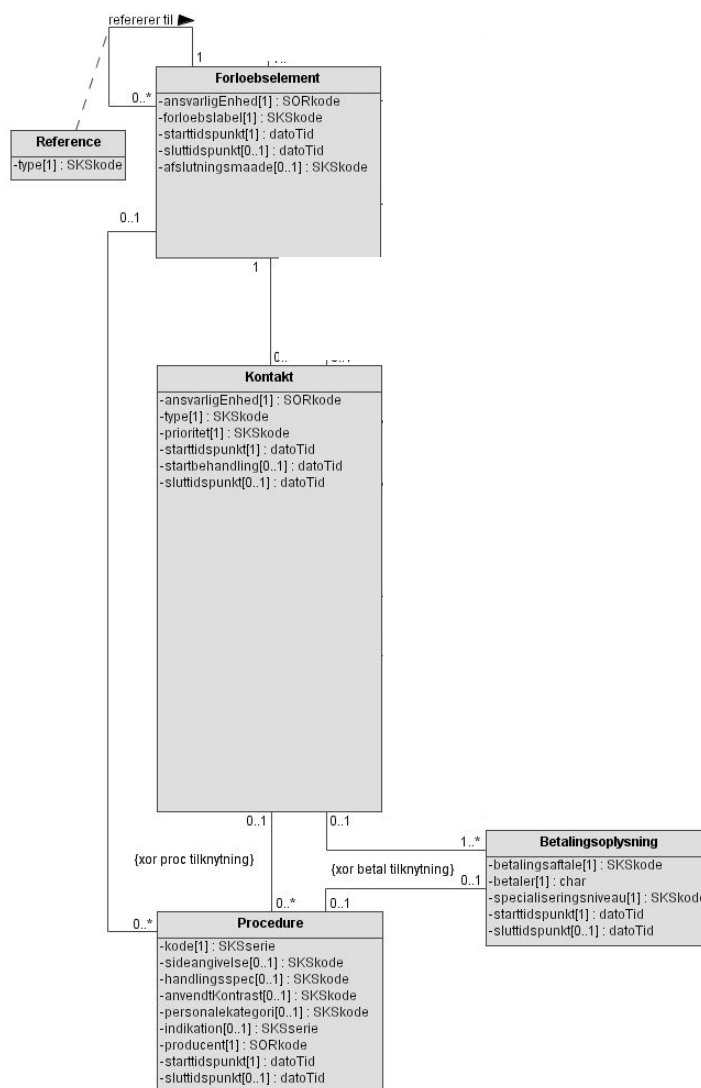
- sideangivelse, obligatorisk ved visse radiologiske procedurer, se afs. 7.1.8
- handlingsspecifikation (frivillig), se afs. 7.1.9
- anvendt kontrast, obligatorisk ved visse radiologiske procedurer, se afs. 7.1.10
- indikation (frivillig) kan angives, se afs. 7.1.11

Herudover kan procedurekoder suppleres med yderligere relevante oplysninger i form af tillægskoder.

Henvisninger til andre afsnit

- Behandlingsstart på kontakt – se Kap. 5 om kontakter
- Betalingsoplysninger på procedure uden patientkontakt (obligatorisk) – se under afs. 5.8
- Tidligere obligatoriske administrative markører ("flag"), indberettet som administrative procedurekoder, er i LPR3-indberetningen flyttet til **forløbsmarkører** – se nærmere under afs. 4.3
- Psykiatrisk ydelsesregistrering – se Kap. 8

Modeludsnit – procedurer



7.1 Beskrivelse - procedurer

Behov for vejledning afklares med Koordinationsgruppen

7.1.1 Anvendte termer og definitioner – procedurer

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
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 ... 'aflyst' <> Procedure: Hoftelalloplastik (<u>operation</u>)	
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 <u>patientens 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 <u>patientens</u> 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" og indberettes med foranstillet SKS-hovedgruppe bogstav 'K'. 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> . SKS-klassificeres efter gældende "Behandlings- og Plejeklassifikation"	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
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 1188 af 24/09/2016) 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] = procedurekoder fra SKS-procedureklassifikationer, der kan indberettes Kommentar: Indberettes som <u>SKS-serie</u> med SKS-procedurekode som <u>primærkode</u> og eventuelt specificeret med en eller flere <u>tillægskoder</u>	
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 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.	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
SKS-serie datatype: SKSserie	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> .	
<u>primærkode</u> (SKS primærkode)	primær betydningsbærende kode i en SKS-kodet egenskab Kommentar: Fx består en aktionsdiagnose består af en SKS primærkode (fra diagnoseklassifikationen) og eventuelle tilhørende SKS tillægskoder	
<u>tillægskode</u> (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	
undersøgelse	<u>sundhedsintervention</u> hvor <u>sundhedsformålet</u> er at belyse en <u>patients</u> <u>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) konference, stamtræsoptegnelse og pårørendesamtale uden patientens tilstedeværelse.

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. 5.8 om betalingsoplysninger

7.1.3 "Assistancer"

Assistancer er de procedurer, der udføres, hvor producerende afdeling er en anden end den rekvirerende afdeling, dvs. en anden afdeling end den kontaktansvarlige eller forløbsansvarlige enhed. Begrebet "assistance" er dermed afhængig af SOR-opbygningen på de enkelte sygehuse.

Som konsekvens af LPR3-kontaktmodellen skal der i forbindelse med udførelse af procedurer som fx røntgen, hvor der er et selvstændigt fysisk fremmøde, og ydelsen ikke foretages som led i og inden for rammerne af et allerede eksisterende fremmøde, oprettes en selvstændig patientkontakt (fysisk fremmøde), som denne procedure knyttes til i indberetningen. Dette afspejler, at der er et selvstændigt kontaktansvar ved 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 afdelingen, der rekvirerer ydelsen, er det valgfrit, 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 assistancer, 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 direk-

te til det relevante forløbselement for den sygdom, som undersøgelser indgår i udredningen af. Særlig indikation (afs. 7.1.11) for proceduren kan indberettes.

7.1.4 Ydelser til afdøde

Hvis ydelser givet til afdød patient eller til pårørende til afdøde, som led i afslutningen af patientforløbet, skal indberettes, skal dette foretages under selvstændig patientkontakt med kontaktttype: 'død' – se afs. 5.5.6.4

► 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 ydelser som procedure uden patientkontakt (afs. 7.1.2) knyttet direkte til patientens forløbselement.

7.1.6 Procedure-objektet

Procedurer kan i indberetningen knyttes til Kontakt eller til Forløbselement, dvs. som procedure uden samtidig kontakt mellem patient og sundhedsperson. Procedure-objektet er skematisk vist på følgende side.

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). *Der er ingen gældende krav.*

Bemærk

Tidligere tillægskode-krav er i LPR3-indberetningen flyttet til dedikerede egenskaber eller til resultatindberetninger.

Procedurekoder og tillægskoder, der indberettes, skal være gyldige i SKS på procedures udførelsestidspunkt. For længerevarende procedurer med angivelse af sluttidspunkt skal koderne således være gyldige i SKS under hele procedures 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 (anvendes ikke pt.)

Handlingsspecifikation (HS) kan generelt anvendes til statusangivelse af en given procedure samt til andre former for specificering af udførelsen af en procedure. HS er ikke obligatorisk i indberetningen.

LPR3-modellen er *forberedt* til kunne indføre krav til indberetning af HS til procedurer tilhørende kodeliste: [proc.handling].

Bemærk: *Der er pt. ingen medlemmer af denne kodeliste, og der er ikke oprettet nogen HS-værdier, hvorfor indberetning ikke kan foretages i praksis. Værdier for HS kan indføres efter behov.*

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]

Procedurer indberettes i Procedure-objektet 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]	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. Tillægskode til procedurekode skal være gyldig i SKS i en periode inden for kontak- tens/forløbselementets tidsudstrækning,
sideangivelse	SKSkode	[spec.lateralproc]	(0)..1	obligatorisk for visse procedurer tilhørende kodeli- ste: [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 <i>Der er pt. ingen mulighed for indberetning</i>
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 tilhø- rende kodeliste: [proc.inhabil.subb]
starttidspunkt	datoTid	tidspunkt	1	obligatorisk. Starttidspunkt skal ligge inden for kontaktens tids- ramme
sluttidspunkt	datoTid	tidspunkt	0..1	obligatorisk ved procedurer tilhørende kodeliste: [proc.sluttid] Sluttidspunkt skal ligge inden for kontaktens tids- ramme

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

Der skal obligatorisk indberettes producent (SOR-kode) for Procedure.

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 for alle procedurer obligatorisk indberettes starttidspunkt. Starttidspunktet skal være tidstro og ligge inden for kontaktens tidsramme, for procedurer uden patientkontakt inden for forløbselementets tidsramme.

7.1.15 Sluttidspunkt (procedure)

Der er generelt ikke krav om indberetning af **varighed** for udførte procedurer.

Der er krav om obligatorisk sluttidspunkt for følgende procedurer:

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)
BUAL	Parenteral ernæring

Krav omfatter også anvendte underkoder til det angivne kodeniveau.

Følgende procedurer skal indberettes med sluttidspunkt. indgår i [proc.sluttid] Kravene gælder kun i pædiatrien (pædiatriske og neonatal afdelinger) og kun ved varighed ud over en bestemt varighed – se afs. 7.2.2	
BGFC32	CPAP behandling
BGXA5	Iltbehandling
BNGC0	Fototerapi af nyfødte

BIAD	Behandling med gastro-intestinal sonde
BUAJ0	Delvis sondeernæring
BUAJ1	Total sondeernæring

Krav omfatter også anvendte underkoder til det angivne kodeniveau.

Sluttidspunkt for procedure kan herudover 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.

Et indberettet sluttidspunkt skal generelt ligge inden for kontaktens subsidært forløbselementets tidsramme, afhængigt af, hvortil proceduren er knyttet.

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.

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 LPR3:

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 og afs. 7.2.2		
Ydelser til afdøde – se afs. 7.2.1		
Særlige krav ved behandling af kræftsygdomme – se afs. 7.2.3		
Særlige krav i psykiatrien – se Kap. 8		
Udarbejdelse af genoptræningsplan – se afs. 7.4.5		
Udlevering af udredningsplan – se afs. 4.3.8.1		
Bemærk: De angivne krav dækker ikke alle indberetninger til kliniske databaser		
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
AVSA	[proc.tvangsforanst]	Trigger for resultatindberetning 'Tvangsforanstaltning' - se afs. 14.5
K (min. 6 karakterer)	[proc.opr]	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

Procedurekode	Kodeliste	Obligatoriske procedurer
BAXY2	indgår i [proc.sluttid]	Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed
BFA0		Implantation af transvenøs kardial pacemaker
BFCB0		Implantation af cardioverter-defibrillator
BFFA		Eksternt anvendt procedure v. behandling af kardielle rytmeforstyrrelser
BFFB		Radiofrekvensablation
BGDA0	indgår i [proc.sluttid]	Respiratorbehandling
BGDA1	indgår i [proc.sluttid]	Non-invasiv ventilation (NIV)
BGHF1		Behandling med surfactant
BJFD		Dialysebehandling
BKHD4-koder	[proc.abortprov.med]	Medicinsk abort <i>Krav om resultatindberetning ved abortkontakter – se Kap. 12</i>
BOHA1		Fibrinolytisk behandling
BOQP		Aferesebehandling
BRXY8		Integreret tværfaglig smertebehandling (ITS)
BUAL	indgår i [proc.sluttid]	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 Kap. 14</i>
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
KWAA01; KWAB01	[proc.implantat]	Trigger-procedurer i indberetningen 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 patientforløbet kan knyttes til "døde-kontakten" og indberettes.

7.2.2 Særlige krav ved behandling og procedurevarighed på neonatalområdet

Der er krav til indberetning af visse behandlinger med obligatorisk angivelse af procedure-varighed for behandlingen – se liste under afs. 7.1.15

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 {BGFC32, BGFC32A}

Hvis > 3 døgns behandling skal sluttidspunkt for følgende procedurer:

- Parenteral ernæring {BUAL; BUAL0; BUAL1}

Hvis > 1 døgns behandling skal sluttidspunkt indberettes for følgende procedurer:

- Iltbehandling {BGXA5; BGXA51; BGXA52; BGXA53}
- Fototerapi af nyfødte {BNGC0}
- Behandling med gastro-intestinal sonde {BIAD; BIAD0; BIAD5; BUAJ0; BUAJ1}

7.2.3 Særlige krav ved kræftsygdomme

Der er ud over ovenstående krav til indberetning af procedurer ved behandling af kræftsygdomme (neoplastiske sygdomme).

► Se nærmere i indledningen til Kap. 10

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 vasektomi 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 hofteledsalloplastisk:

Indberettes som to operationskoder: (sideangivelse frivillig)		
kode	KNFB20	Primær indsættelse af ucementeret totalprotese i hofteled
sideangivelse	TUL1	højresidig
kode	KNFB30	Primær indsættelse af hybrid totalprotese i hofteled
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 sprogligt anvendes i flæng.

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

7.4.2 Behandlinger og undersøgelser

SKS indeholder 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 afdeling mulighed for aktivitetsregistrering på et klinisk meningsfuldt niveau. En del af disse aktiviteter har betydning for 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 afdeling 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 – kontaktttype: 'fysisk fremmøde'.

- ▶ Lister over obligatoriske SKS-koder findes under "Vejledning for specialer og fagområder" på SDS' hjemmeside.

7.4.5 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

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**.

- ▶ beskrives nærmere i afs. 4.3.11

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 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 under Kap. 14, afs. 14.1

7.4.7 Medikamentel behandling

Indberetning af "medikamentel behandling" foretages på et overordnet niveau – "behandlingen" – for de igangværende behandlinger, der skal indberettes, og som afdelingen har iværksat eller (i en periode) har (haft) ansvaret for.

Der er kun få krav til indberetning af medikamentelle behandlinger til LPR3 – se afs. 7.2.

- ▶ Særlige aktuelle krav ved kræftsygdomme – se 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. Registrering af behandling afspejler altså **behandlingsansvaret** for en ny eller pågående behandling, der varetages på den aktuelle kontakt.

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.

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
Bemærk: Det er generelt besluttet, at der i forhold til de psykiatriske afdelinger kun er et minimumskrav om oprettelse af ét forløb (forløbselement), også ved psykiatrisk multimorbiditet – se dog nærmere i afs. 8.4
- Psykiatriske vilkår, indberettes som forløbsmarkører (afs. 8.5 med underafsnit), herunder:
 - o Retslige vilkår
 - o Vilkår med tvangsforanstaltninger
 - o Frivillig indlagt psykiatrisk patient (ikke obligatorisk)
- 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 afdeling
- 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 forløb 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 LPR3 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.

Der er en del tidligere krav, som er forsvundet eller er blevet bragt i overensstemmende med LPR3-modellen og det somatiske område.

Startvilkår er udgået som "startvilkår" af indberetningen. Oplysningerne indberettes (indholdsmæssigt 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.

"Frivillig patient" er udgået af indberetningen. At en retspsykiatrisk patient er frivilligt indlagt kan angives med forløbsmarkør – se nærmere i afs. 8.5.10

- ▶ 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. Kun ved patient-kontakter som led i mentalobservation anvendes en "administrativ diagnoseregistrering" {DZ046} 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. 8.5.3*

Der skal på samme vis som i somatikken indberettes oplysninger om henvisninger og ventetider.

Bemærk: Ventetidsoplysningen: 'ventende pga. manglende oplysninger er udgået af indberetningen.

Der er til LPR3 i samarbejde med Dansk Psykiatrisk Selskabs Diagnoseudvalg samt den psykiatriske ERFA-gruppe (registreringskoordinatorer) foretaget en gennemgang og forenkling af den 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. 1.2
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	
patientorlov (orlov)	periode i en <u>indlæggelseskontakt</u> hvor en <u>patient</u> har tilladelse til at forlade hospitalet i op til 3 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 3 døgn. Længerevarende fravær indberettes som "opholdsadresse" – se afs. 8.5.3.2	
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	
psykiatrisk aktionsdiagnose	kodeliste: [diag.psykakt] Anbefalede psykiatriske aktionsdiagnoser	
rømning	<u>patientfravær uden aftale</u> hvor <u>patienter</u> stikker af 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> stikker af fra ledsagende personale Kommentar: Undvigelsen kan finde sted på og uden for de psykiatriske hospitalsmatrikler	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
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

- ▶ De generelle principper for forløbsmarkører vedrørende udredning, Udredningsretten og behandling er beskrevet generelt i afs. 4.3

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.

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 i 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 forløb, der i indberetningen repræsenteres af et **forløbselement**.

- ▶ Forløb er generelt beskrevet i Kap. 4

Der skal for psykiatriske patienter som minimum kun oprettes et forløb (et fælles forløbselement) med forløbslabel 'Psykiiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser', der således kan omfatte den "multimorbiditet", der ofte er tale om, inklusive eventuelle misbrugsproblematikker.

Dette gælder også for pakkeforløb for psykiatri (afs. 8.5.3). 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 forløb, der også kan indberettes selvstændigt. De skal i indberetningen alle have forløbslabelen 'Psykiiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser'.

Hvis der oprettes flere selvstændige forløb, skal forløbsmarkørerne knyttes til det relevante forløb (forløbselement).

Det psykiatriske sygdomsforløb med forløbslabel, startmarkør og eventuelle yderligere forløbsmarkører omfatter også forløb for patienter, der er henvist til psykiatrien på mistanke om psykiatrisk 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

Nye 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 '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

Perioden, hvorunder der foretages mentalobservation skal i alle tilfælde indrammes af forløbsmarkører – se *forløbsmarkør-koder for "psykiatriske vilkår"* under afs. 8.5.9.1

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 psykiatrisk sygdom (DF-diagnose) er det aftalt, at disse forløb håndteres som selvstændigt forløb (forløbselement) med forløbslabel 'Andre forløb'.

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 overskriver forløbselementets hidtil angivne forløbslabel ('Andre forløb').

8.4.3 Forløb og kontakter

De psykiatriske patientkontakter henholdsvis ydelser uden kontakt knyttes op til et forløb(selement).

Hvis der er oprettet flere forløb, og en patientkontakt omhandler flere af disse, skal kontakten/ydelsen 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 (den psykiatriske grundmorbus).

8.4.3.1 Akut patientkontakt – ny patient

Ved akutte patientkontakter 'fysisk fremmøde' på psykiatrisk afdeling 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 registreres kontakårsag for psykiatriske kontakter.

Akutte patientkontakter i et eksisterende forløb for en kendt psykiatrisk patient knyttes til det eksisterende og tilgængelige psykiatriske patientforløb. Der skal (bør) således ikke oprettes et nyt forløb.

8.4.4 Henviste psykiatriske patienter

Ved nyhenvisning af en patient til psykiatrisk afdeling skal der oprettes et nyt forløbselement, hvis ikke patienten allerede har et aktivt forløbselement for sygdommen, som der arbejdes videre på.

Hvis patienten, også i et eksisterende forløb, har **nye rettigheder**, 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 mental observation – se afs. 8.4.1

Forløbselementet navngives med forløbslabelen 'Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser'.

Ved udredning og behandling af andre tilstande fx funktionel lidelse anvendes forløbslabel 'Andet forløb'.

Det er en faglig definition og afgørelse, hvad der falder ind under 'Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser'. Se også *diagnose-skema* under afs. 8.7

8.4.6 Afslutningsmåde for forløb

Afslutningsmåde skal indberettes ved afslutning af Forløbselement efter de generelle principper – se afs. 4.1.11

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 videregives 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 forløbet afsluttes med videregivelse, skal forløbslabel ikke ændres, idet patienten jo korrekt har været under psykiatrisk udredning.

Hvis patienten fortsat opfylder kriterierne for og behandles under en DF-diagnose, fortsættes forløbet ligeledes under uændret forløbslabel.

Bemærk

Hvis forløbet derimod fortsætter på psykiatrisk enhed, og der ikke (fortsat) er klinisk belæg for en DF-diagnose, skal forløbets forløbslabel opdateres og dermed overskrives til (typisk) "andre forløb".

Eventuel 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. Tidligere stillede og indberettede diagnoser må i princippet ikke ændres, men altså godt markeres, som anført.

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 (registreres som periodemarkører) med klinisk begrundelse eller efter patientens ønske – se generel beskrivelse i afs. 4.3.6.1

8.5.2 Startmarkører ved nyt forløb

Der skal uanset rettigheder ved nyt forløbselement altid indberettes en obligatorisk **startmarkør**, jf. det generelle afsnit 4.1.5. Se tabellen på næste side.

8.5.3 Ventetid til udredning

Hvis et nyt elektivt forløb 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. 8.5.5

- ▶ Der kan fratrækkes passivperioder i venteperioden – se afs. 4.3.6.1

8.5.4 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

Startmarkøren ved nyt forløb 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}
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)
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 patientret-tigheder vedrørende udredning og behandling. Inkl: Nyt forløb ved mentalobservation, forskellige rådgivninger (uden mistanke om el-ler manifest psykiatrisk 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

8.5.5 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:

Henvist til udredning eller undersøgelse ...		Kommentarer
AFV01B	udredning start (første patientkontakt)	Bemærk: Der anvendes <i>enten</i> generel forløbsmarkør for start af udredning <i>eller</i> tilsvarende pakkeforløbsspecifik markør for start af udredning (første patientkontakt). Afslutter venteperioden til udredning
eller		
AGA02A	Afklarende samtale: pakkeforløb start	pakkeforløbsmarkører, der erstatter den generelle forløbsmarkør for start af udredning
AGA03A	Standard udredningspakke: pakkeforløb start	
AGA04A	Udvidet udredningspakke: pakkeforløb start	
eller		
AHA01A	BUP Afklarende samtale: pakkeforløb start	pakkeforløbsmarkører, der erstatter den generelle forløbsmarkør 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, erstatter denne den tilsvarende generelle forløbsmarkør.

8.5.6 Afslutning af udredning

Der skal for patienter omfattet af udredningsretten registreres forløbsmarkør ved afslutning af udredningen. Dette foretages med kode {AFX01A*} eller {AFX01C} for "klinisk beslutning vedrørende behandling".

- Der henvises i øvrigt til kodeskema og de generelle beskrivelser under afs. 4.3. Koderne er fælles for somatik og psykiatri.

Forløbsmarkører for afslutning af udredningsperioden:

Forløbsmarkør	Klinisk beslutning vedrørende behandling – endeligt udredt
AFX01A	Klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling i sygehusregi
AFX01C	Klinisk beslutning: endeligt udredt/udredning slut, ingen behandling i sygehusregi

8.5.7 Ventetid til behandling

Hvis et nyt elektivt forløb opstartes ved henvisning til psykiatrisk behandling, 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. 4.3.6.1

8.5.8 Start af behandling

For udredte patienter, der er henvist til behandling (startmarkør {AFV01E1}) på nyt forløb eller, som tilsvarende er henvist til behandling med ventetid til behandling i eksisterende psykiatrisk forløb, skal der ved første behandlingspatientkontakt 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:

Henvist til behandling ...		Kommentarer
AFV01F	behandling start (første behandlingskontakt)	Bemærk: Der anvendes <i>enten</i> generel forløbsmarkør for start af behandling <i>eller</i> 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 erstatter den generelle forløbsmarkør for start af behandling
AGB02A	Tilpasningsreaktion: pakkeforløb start	
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	

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

Kommentar: Forløbsmarkørerne for vilkår erstatter de tidligere startvilkår (knyttet til kontakten)

Vilkår dokumenteres med parrede periodemarkører for både indledning og afslutning 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 obligatorisk relateret 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.

- ▶ Vedr. frivillig indlagt patient med vilkår – se afs. 8.5.10

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 således **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.

- ▶ "Frivillighed" (periode) kan markeres med forløbsmarkører – se afs. 8.5.10

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 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 under tilsyn	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

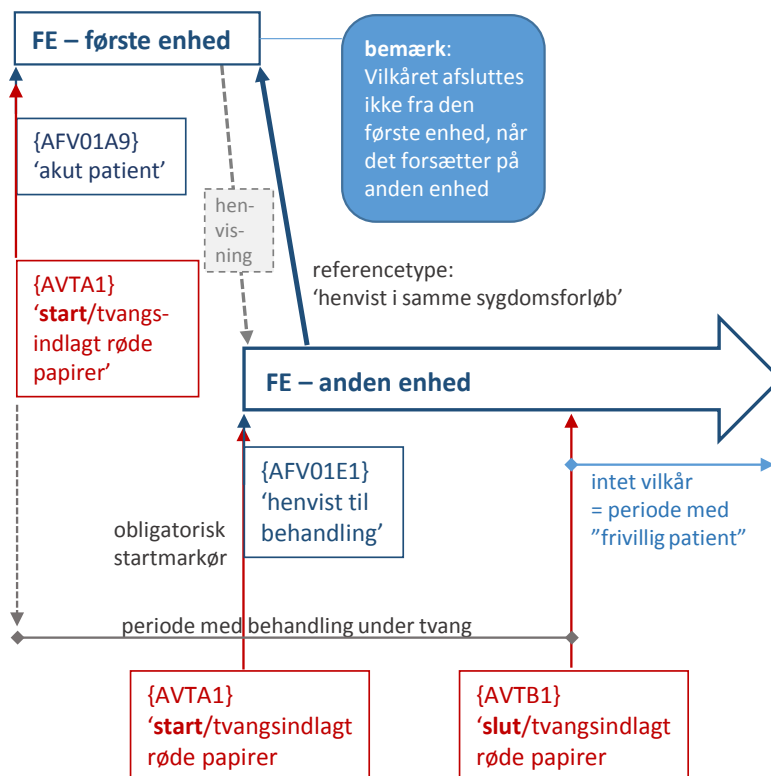
AVRK1	Barn indlagt i henhold til Lov om Social Service	AVRL1
AVRK2	Barn til ambulant undersøgelse i henhold til Lov om Social Service	AVRL2

► 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.

Eksempel**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
AVTA4	tvungen ambulant opfølgning	AVTB4

Et tvangsvilkår skal som ved andre vilkår altid afsluttes af en forløbsmarkør for afslutning på tidspunktet for ophør af frihedsberøvelsen, dvs. når overlægen finder, at 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 Frivillig indlagt psykiatrisk patient

En psykiatrisk patient med et vilkår kan vælge at være "frivillig indlagt". Dette kan dokumenteres i indberetningen som periode med start- og slutmarkør. Der er ingen datamæssig sammenhæng mellem vilkår og eventuelt registreret "frivillighed".

Registrering og indberetning kan foretages med:

Forløbsmarkører for perioder med "frivillig indlagt patient"		
startkode	Tvangsforanstaltning	slutkode
AVPA1	frivillig indlagt patient	AVPB1

Indberetning er ikke obligatorisk.

8.5.11 Pakkeforløb for psykiatrien

Der er et antal pakkeforløb for psykiatiske patienter, der kræver indberetning af forløbsmarkører. Der er ikke krav om oprettelse af selvstændige forløb 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" erstatter generelle forløbsmarkører i relevante tilfælde jf. afs. 8.5.5 og 8.5.8

8.6 Psykiatiske patientkontakter

Psykiatiske kontakter afgrænses ved SOR-egenskaben: hovedspeciale = psykiatri/børne- og ungdomspsykiatri.

Psykiatiske patientkontakter skal som hovedregel i indberetningen knyttes til et fælles **forløbselement** med forløbslabel: 'Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser' {ALAL03}.

De psykiatiske kontakter følger de samme generelle principper som ved tilsvarende somatiske kontaktttyper. Dette betyder, at ambulante besøg og indlæggelser indberettes under en fælles kontaktttype 'fysisk fremmøde'. Varigheden af kontakten fremgår af kontakts 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 psykiatiske patientkontakter og heller ikke krav til skaderegistrering fra psykiatiske 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 obligatoriske indberettes udførte hjemmebesøg og udebesøg. Disse indberettes som patientkontakter med kontakttypen 'udekontakt' jf. de generelle principper beskrevet i afs. 5.5.4.2

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 sundhedsperson og patient 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 egenskaben '**opholdsadresse**', jf. generel beskrivelse under afs. 5.7

8.6.2.1 Orlov

Der er generelt krav 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 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 afdeling, indberettes fraværskode {ALCF06} 'fravær pga. samtidig somatisk indlæggelse' under egenskaben 'opholdsadresse' 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 forsvarligt kan udskrives, er det obligatorisk, at sygehuset markerer (med forløbsmarkør), at patienten er færdigbehandlet, hvis indlæggelsen pga. eksterne årsager fortsætter ud over dette tidspunkt.

Markeringen af, at patienten er færdigbehandlet, foretages med forløbsmarkøren:

Forløbsmarkør	
AWA1	færdigbehandlet i stationært regi

- ▶ Se nærmere beskrivelse i afs. 4.3.12

8.7 Psykiatriske diagnoser

- ▶ Den generelle beskrivelse af principperne for diagnoseregistreringen findes i Kap. 6

Der skal ved afslutning af **alle psykiatriske besøg** og øvrige 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 den følgende tabel.

Listen er reduceret og revideret til LPR3 og udgør 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 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 LPR3 ingen indholdsmæssig validering på aktionsdiagnosen for psykiatriske patientkontakter

Aktionsdiagnosen skal ud fra det generelle princip primært ses som den aktuelle psykiatriske konklusion vedrørende patientens sundhedstilstand (sygdom) med den viden, der nu er gældende på tidspunktet for indberetning, dvs. ved kontaktafslutning (inkl. besøg), samt ved længerevarende kontakter, når der er krav om og foretages indberetning af den uafsluttede patientkontakt.

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 skanningssvar, der påviser ny eller anden sygdom. Diagnoserne bør i det hele taget altid være klinisk valide.

Bemærk

Kravet om diagnoseregistrering og -indberetning gælder i LPR3 fra og med første patientkontakt (besøg eller indlæggelse). **Der skal altid registreres en DF-kode, når kriterierne herfor er til stede**, typisk hvis patientens tilstand i første omgang bedst kan beskrives med en mere 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 i LPR3 som forløbsmarkører – se nærmere under afs. 8.5.7

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 (Kap. 6).

- ▶ Se afs. 8.7.5.1 vedr. bidiagnoser for tilsigtet selvskade og voldshandling i forbindelse med psykiatrisk patientkontakt

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.

Psykiatrisk aktionsdiagnose-liste – anbefalede diagnosekoder

Psykiatriske aktionsdiagnoser – kodeliste: [diag.psykakt]			FL
DF00-99	Psykiatriske diagnoser (Kap V i sygdomsklassifikationen)		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 forskningsprogram		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. Øvrige retslige vilkår og vilkår med tvangsforanstaltninger indberettes i LPR3 som forløbsmarkører. De mere specificerede koder er lukket	A ^a /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 i 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: 'Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser' | A: 'Andre forløb'

a) Når mentalobservation dokumenteres i selvstændigt forløb anvendes forløbslabel 'Andre forløb'

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 psykiatrisk lidelse, fx tidligere psykiatrisk patient, der skal have dokumentation i forbindelse med vurdering af egnethed eller lignende.

8.7.2.1 'Psyisk 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 adfærdsmæssig forstyrrelse, anvendes slutdiagnosen {DZ032X} 'Psyisk 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 'Psyiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser'.

Bemærk

Omfatter kun raske uden symptomer. {DZ098P} anvendes **ikke**, hvis patienten efter de psykiatriske diagnosekriterier er klassificeret som værende "i remission", fx {DF317} 'Bipolær affektiv sindslidelse i remission'.

Kommentar: De beskrevne principper, der er vedtaget af DPS' diagnoseudvalg, følger nu tilsvarende principper i somatikken samt er en konsekvens af kontakt-modellen i LPR3, hvor diagnoseregistreringen er betinget af den løbende indberetning af selvstændige patientkontakter.

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.

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 bidraget til kontaktens ressourcestræk.

Tilsluttet selvskaade og voldshandlinger umiddelbart før henholdsvis under patientkontakt indberettes ligeledes som bidiagnoser.

8.7.5.1 Tilsluttet selvskaade og voldshandlinger i forbindelse med psykiatriske patientkontakter

Indberetning af oplysninger om tilsluttet selvskaade 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 sker som **bidiagnose** på den relevante patientkontakt.

SKS-koder	Obligatoriske bidiagnoser
DX60*-84*	Tilsluttet selvbeskaadigelse
DX85*-99* DY00*-09*	Overfald eller mishandling Inkl. voldshandling, overgreb (inkl. seksuelle overgreb) og omsorgssvigt

Disse diagnosekoder kan ikke anvendes som aktionsdiagnoser

Hvis en hændelse under et psykiatrisk sygdomsforløb 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

Tilsluttet 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 afdeling har været via somatisk skadebehandling eller ej.

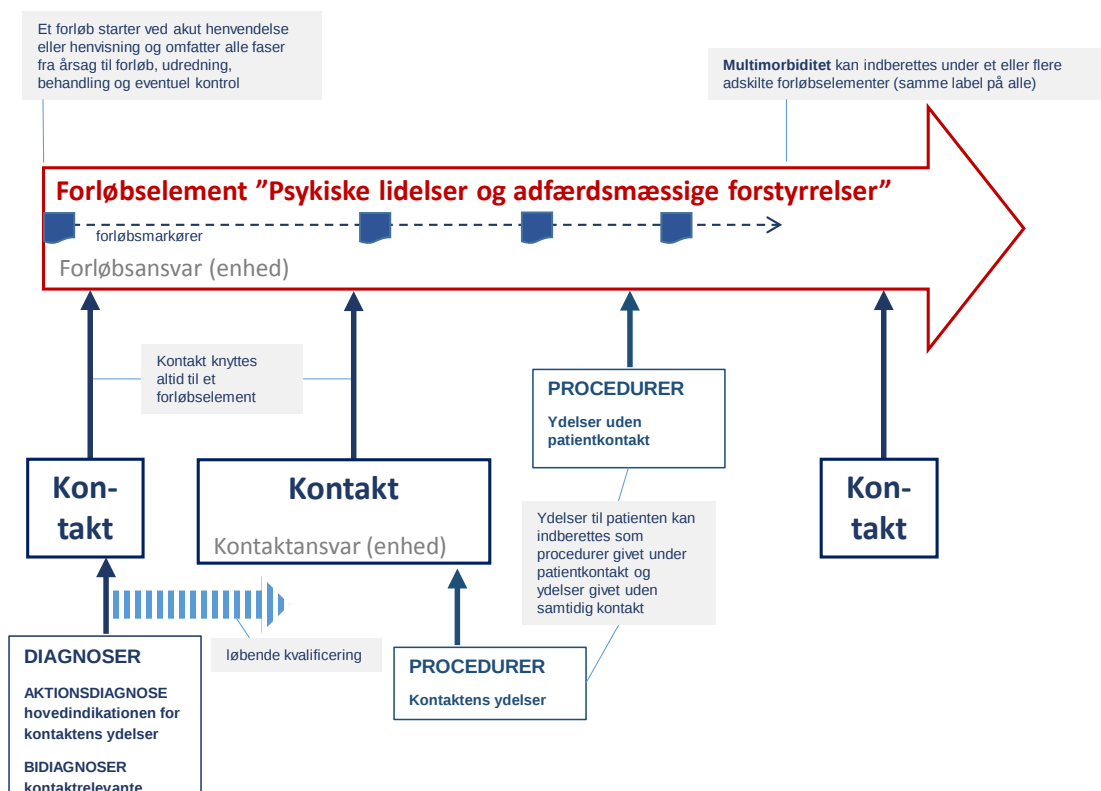
Indberetning skal foretages via bidiagnose-kodningen på kontakten:

- ved selvmord, selvmordsforsøg og anden selvtilføjet 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 selvskade og vold **under** igangværende psykiatrisk patientkontakt skal foretages som **bidiagnose** på kontakten:

- ved selvmord, selvmordsforsøg og anden selvtilføjet 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+) 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.

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 patientkontakt. 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 kun krav om indberetning af oplysninger om ECT-behandling – se *ovenfor*

8.8.3 Ydelser til ambulante psykiatriske patienter

Følgende ydelser skal obligatorisk registreres og indberettes for ikke-stationære patienter. Dette omfatter ud over 'fysisk fremmøde' også kontakttypen 'udekontakt', samt ved telefon- og videokonsultationer også 'virtuel kontakt'.

Ydelser, der registreres og indberettes på ambulante psykiatriske patienter:

Procedurekode	Ydelse
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 kontakt af kontakttypen: 'virtuel kontakt'.

8.8.3.1 Ydelser uden 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 forløbs-elementet i indberetningen.

8.8.4 Ydelser ved udekontakter

Hjemmebesøg og udebesøg indberettes som kontakter med kontakttypen: '**udekontakt**'. Ovenstående (ambulante) ydelser udført under udekontakt skal indberettes.

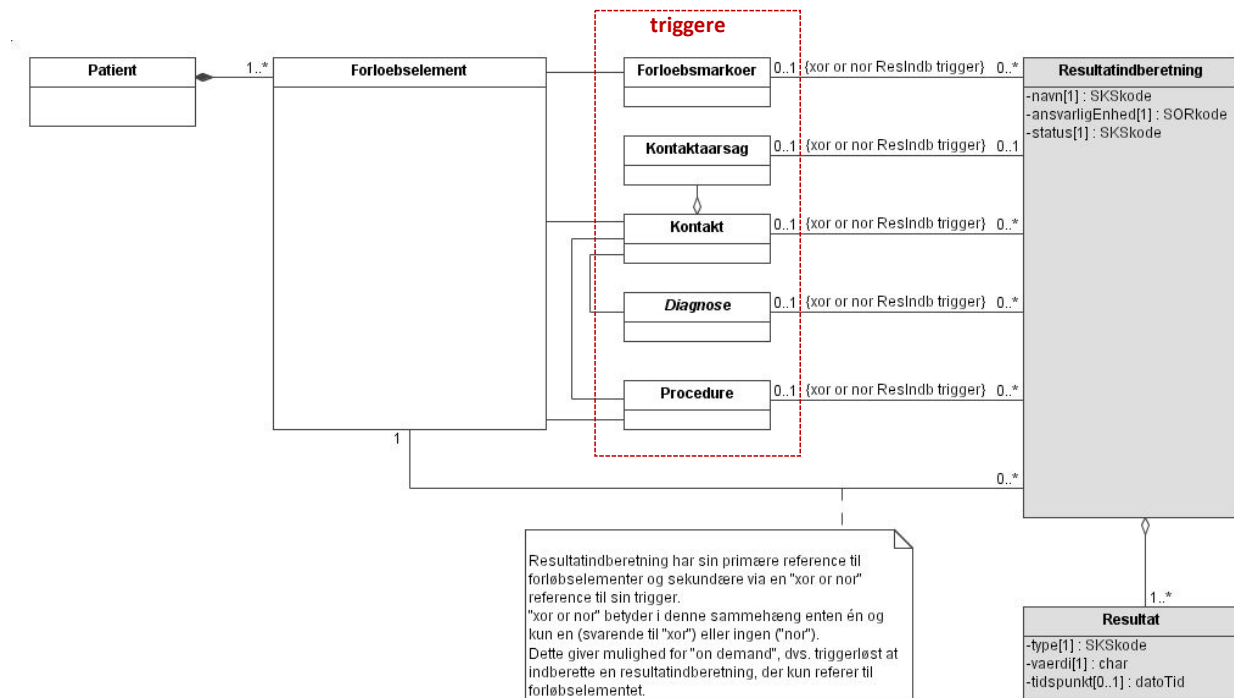
9 RESULTATINDBERETNING

Resultatindberetningen er betegnelsen for en fælles indberetningsstruktur til 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 obligatoriske eksempler på 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 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.

For eksempel vil indberetning af en Kontakt med en kræftdiagnose (som aktions- eller bidiagnose) udløse krav om, *trigger*, 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.hørescreen]	Resultat af hørescreening (et resultat)	obligatorisk
kontaktårsag	ulykke, vold, selvmordsforsøg/ selvmord [admin.kontaarsag.skade]	Skadeanmeldelse (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.

Bemærk

Resultatindberetningen (RI) er en standardiseret metode for supplerende indberetninger.

I forbindelse med implementeringsarbejdet af LPR3 udvikles et submodul til håndtering af RI-specifikationer (RI-specs). Specifikationsmodulet er en del af LPR3-administrationsmodulet.

Der fastlægges et format til udmelding af RI-specs, der ude hos de indberettende parter kan anvendes til at konfigurere formularer eller lignende som grundlag for den registrering, der er nødvendig for at kunne indberette resultatindberetning i henhold til gældende RI-specifikation.

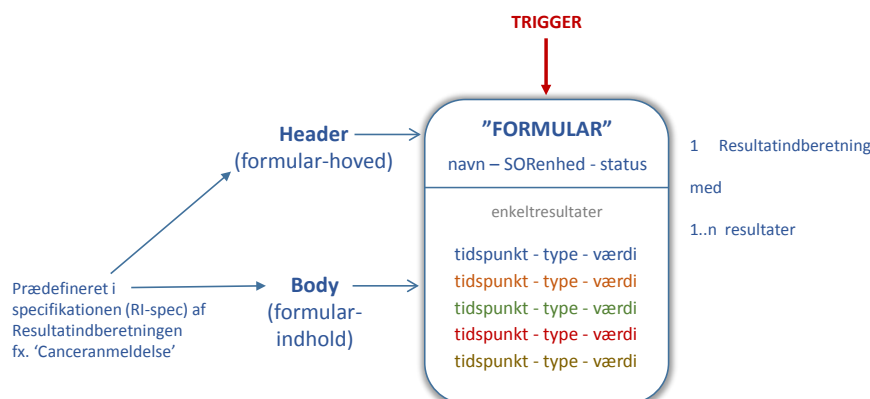
Alle specifikationer af resultatindberetningerne findes i den tekniske LPR3-dokumentation (bilag 1a)

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 indberetninger i LPR2, der er integreret i LPR3's resultatindberetning. Disse er alle uændret obligatoriske og indholdsmæssigt uændrede.

Oversigt over obligatoriske indberetninger i LPR2, der er integreret i resultatindberetningen:

indberetning (navn)	vejlednings- område	LPR2 metode	LPR3 trigger	regel mv. / bem.
skadeindberetning	skader	supplerende oplysninger for ydre årsager til skade (koder efter NOMESKO klassifikation) ved visse kontaktårsager	Kontaktårsag	uændrede krav
resultat af neonatal hørescreening	procedure/ neonatal hørescreening	obligatorisk tillægskodning (resultatkode) til visse procedurer	Procedure	uændrede krav
canceranmeldelse	kræft-sygdomme	obligatorisk tillægskodning til visse* diagnoser (aktions- og bidiagnoser) *)anmeldelsespligtige diagnoser til Cancerregisteret	Diagnose obligatorisk resultatindberetning til visse* diagnoser (aktions- og bidiagnoser)	uændrede krav, men med mulighed for ud-sættelse (ny anmeldelsesstatus AZCA0), indtil oplysninger om stadie er til stede
fødselsindberetning mor	graviditet, fødsel og barsel	tillægskoder, bidiagnoser og særlige datafelter ved fødselsdiagnose som aktionsdiagnose (moder)	Fødselsdiagnose (mor), aktionsdiagnose	uændrede krav
fødselsindberetning barn	graviditet, fødsel og barsel	tillægskoder, bidiagnoser og særlige datafelter ved fødselsdiagnose som aktionsdiagnose (barn)	Fødselsdiagnose (barn), aktionsdiagnose	inkl. dødfødte (ny fødselsdiagnose); i øvrigt uændrede krav
abortoplysninger	aborter	tillægskoder ved abortdiagnose som aktionsdiagnose	Abortdiagnose, aktionsdiagnose	uændrede krav
misdannelsesoplysninger	aborter	tillægskoder ved visse aborter	(Abortdiagnose) indgår i abort-anmeldelsen	uændrede krav; validering for type af abort og svangerskabslængde

I takt med nye indberetningskrav er der ud over ovenstående oprettet enkelte nye resultatindberetninger, der ibrugtages i LPR3.

Nye resultatindberetninger i LPR3:

Indberetning (navn)	vejledningsområde	LPR3 trigger	regel mv. / bem.
beslutning vedrørende personligt alarm og pejlesystem	administrative oplysninger (Kap. 3)	Procedure	obligatorisk for somatiske indlæggelser ved proceduren [proc.inhabil.suba] = {BRXY10}
kirurgisk komplikationsregistrering	andre resultatindberetninger (Kap. 14)	Procedure	obligatorisk for visse kirurgiske procedurer [proc.opr.komplikat]
implantatoplysninger		Procedure	obligatorisk for visse trigger-procedurer tilhørende [proc.implantat]
tvangsforanstaltning		Procedure	obligatorisk for visse procedurer [proc.tvangsforanst]

9.2 Beskrivelse

9.2.1 Anvendte termer og definitioner – resultatindberetninger

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
resultatindberetning	fælles betegnelse for struktureret (formular) indberetning til LPR3 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 for <u>resultatindberetningerne</u> vil blive gjort tilgængelig for IT-leverandører under udarbejdelsen af LPR3-løsningen. Kommentar: Værdienhed for et enkelt (type af) resultat er angivet i specifikationen af resultatindberetningen	
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 komplethed 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, kontakårsag, 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 komplethed 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

DELAY	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)
skaderegistrering	Kontaktårsag	3	kontaktafslutning (med trigger-kontaktårsag)
hørescreening	Procedure	0	procedure/starttidspunkt (trigger-procedure)
alarm- og pejlesystem	Procedure	0	procedure/starttidspunkt (trigger-procedure)
kirurgisk komplikationsregistrering	Procedure	3	kontaktafslutning (med trigger-procedure)
implantater	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 enkeltresultaterne 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 (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. 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 cancer, 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) 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 afdelingen 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 afdelingen har forløbsansvaret (svt. forløbselementet) 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 trigget 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 forekommende trigger for resultatindberetningen.

- ▶ Dette er nærmere konkretiseret for canceranmeldelsen i afs. 10.4.1.3, 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" resultatindberetning (status {RAS01}), 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 diagnoser vedrørende primær kræftsygdom, sygdomsudvikling inklusive klinisk recidiv, behandling, kontrol, anmeldelse til Cancerregisteret (CAR) ved ny kræftsygdom, samt indberetning af sygdomsspecifikke pakkeforløbsmarkører for kræftsygdomme.

Dette kapitel omhandler dels de særlige regler, der gælder for obligatorisk anmeldelse af kræft og visse andre sygdomme til CAR, dels vejledning i kodning og specificering af kræftsygdomme, herunder i de forskellige situationer, der kan være i et kræftforløb.

Indberetningskravene er uændrede i LPR3, men anmeldelsen til CAR skal foretages som en specificeret **kontaktdiagnose-trigget resultatindberetning 'Canceranmeldelse'**.

Fuld canceranmeldelse skal ske fra afdelingen **senest 30 dage** efter (første) kontaktafslutning med en **anmeldelsespligtig kræftdiagnose** (triggeren). Anmeldelsesstatus "inkomplet" kan anvendes af afdelingerne i indberetningen, indtil komplet anmeldelse kan foretages.

Der er indført et nyt princip for indberetning af oplysninger om metastaser og lokalrecidiv ved kræftsygdom. Det er således altid **kræftsygdommen**, dvs. diagnosekoden for grundsygdommen, der anmeldes. Dette inkluderer ukendt primær kræftsygdom, hvis grundsygdommen på det aktuelt foreliggende grundlag ikke kan endeligt specificeres.

Sygdomsforløb

Der skal, hvis patienten ikke allerede har et **forløbselement** (med forløbslabel) for kræftsygdommen, oprettes et selvstændigt forløbselement for den enkelte kræftsygdom med forløbslabel: 'Kræftsygdomme', hvortil de sygdomsrelaterede forløbsmarkører, kontakter, diagnoser, ydelser og resultatindberetninger til CAR knyttes.

- ▶ Se dog afs. 10.4.2.1.4 vedrørende anmeldelsesstatus AZCA3

Pakkeforløb

Der er en række pakkeforløb for kræftsygdomme, hvor der skal indberettes forløbsmarkører for de hændelser, der er specificeret i pakkeforløbsbeskrivelserne med tilhørende registreringsvejledninger.

Forløbsmarkører, der omhandler hændelser i kræftforløbet, skal fremadrettet knyttes til forløbselementet for kræftsygdommen. Hvis patienten har flere kræftsygdomme, skal forløbsmarkørerne indberettes på det forløbselement, som markørerne primært refererer til.

Henvisninger til andre afsnit

- ▶ Pakkeforløbsmarkører samt andre markører for kræftsygdomme indgår i forløbsmarkørerne, som er beskrevet i Kap. 4
- ▶ Diagnoseindberetningens basale principper er beskrevet i Kap. 6. De særlige principper vedrørende 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 gentaget trigning af resultatindberetninger håndteres i indberetningen (afs. 9.3.2)
- ▶ Procedureindberetningen er beskrevet generelt i Kap. 7

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
BWHA*	# Cytostatisk behandling

Procedurekoder	Områder
BWHB*	# Behandling med biologisk modificerende stoffer
BWHC*	# Hormonel/antihormonel antineoplastisk behandling
BOQE*	Behandling med stamcellekoncentrat
BOQF*	Knoglemarvstransplantation
BHWH1	Dendritcellevaccination

#) Oplysninger om medikamentel behandling indgår i DRG-afregningen.

Kravene til LPR-indberetning af procedurer vedrørende medikamentel behandling vil blive justeret, når indberetninger til det nationale medicinregister dækker behovene til afregning og monitorering på kræftområdet.

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

10.1 Anvendte termer og definitioner – kræftsygdomme og anmeldelse til Cancerregisteret

Generelle definitioner og beskrivelser

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 1.2
<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 diagnose hos en <u>patient</u> Kommentar: Tidspunktet for, hvornår en diagnose 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>	
<i>lymfomsygdom</i>	Kommentar: Diagnoser, der er anmeldelsespligtige til Cancerregisteret og indgår i kodelisten: [diag.car.lymfom]	
klinisk recidiv (recidiv) (sygdomsrecidiv)	tilbagefald af sygdom efter periode med komplet eller partiel 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"	
lokalrecidiv	klinisk recidiv (af kræftsygdom) opstået efter primær <u>behandling</u> i 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 10.4.5	
TNM	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), Wiley-Blackwell's forlag), der udgives af UICC, International Union Against Cancer	

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	indgår i [res.tcstad]
<i>cN-stadie</i> (regional lymfeknude-status)	<i>klinisk</i> TNM-stadieangivelse for forekomst af regionale lymfeknudemetastaser ved kræftsygdom	indgår i [res.ncstad]
<i>cM-stadie</i> (fjernmetastasesstatus)	<i>klinisk</i> TNM-stadieangivelse for forekomst af fjernmetastaser ved kræftsygdom	indgår i [res.mcstad]
<i>pT-stadie</i> (tumorudbredelse)	<i>patologisk</i> TNM-stadieangivelse for udbredelse af kræftsygdom	indgår i [res.tcstad]
<i>pN-stadie</i> (regional lymfeknude-status)	<i>patologisk</i> TNM-stadieangivelse for forekomst af regionale lymfeknudemetastaser ved kræftsygdom	indgår i [res.ncstad]
<i>pM-stadie</i> (fjernmetastasesstatus)	<i>patologisk</i> TNM-stadieangivelse for forekomst af fjernmetastaser ved kræftsygdom	indgår i [res.mcstad]
<i>Ann Arbor stadie</i> (lymfomudbredelsesstatus)	klinisk stadieangivelse for udbredelse af lymfomsygdom	[res.aastad]
<i>lymfomlokalisering</i>	anatomisk lokalisering af en lymfomsygdom	[res.loklymf]

10.2 Diagnoseregistrering - klassifikationsprincipper

Der skal generelt, således også på kræftområdet, altid angives den (de) bedst specificerede diagnose(r). Dette er helt afgørende for kvaliteten af Cancerregisteret.

Det er omvendt vigtigt, at der ikke indberettes diagnoser for kræftsygdomme, som patienten ikke har.

► Se afs. 10.3.4 vedr. revision af tidligere anmeldt diagnose

Anmeldelsespligtige diagnoser (neoplasier samt dysplasi i livmoderhals) klassificeres efter ICD10-klassifikationen inden for de overordnede grupper, som vist i følgende skema.

En komplet, detaljeret oversigt over de **anmeldelsespligtige diagnoser** findes i afs. 10.3.2, dvs. de diagnosekoder, som kræver og trigger en anmeldelse i form af en resultatindberetning 'Canceranmeldelse' til Cancerregisteret.

Det er meget ofte tilfældet, at diagnosen 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 for kræftsygdommen med tilhørende anmeldelse – se de følgende underafsnit vedr. kodning af primær-tumor, påvist metastase og ukendt primærtumor
- ved sikker klinisk carcinoma in situ (CIS): {DD00-09} kode; nogle er anmeldelsespligtige – se afs. 10.3.2
- ved sikker klinisk benign tumor: {DD10-36} kode; nogle er anmeldelsespligtige – se afs. 10.3.2

- ved neoplasi 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 neoplasi eller ej, men hvor den tungeste kliniske sandsynlighed er "kræft": {DZ031} kode for "Mistanke om kræft(type)". DZ031-kode anvendes som aktionsdiagnose ved udredning i pakkeforløb for kræft, indtil den maligne diagnose er bekræftet eller afkræftet

Oversigt over klassifikationsgrupper for neoplastiske sygdomme

Godartede tumorer	DD301-309; DD32; DD33; DD352; DD353; DD354
Carcinoma in situ (CIS) inkl: non-invasive uroteliale tumorer (Ta):	DD05; DD06; DD090; DD091 DD095; DD096*
Primær kræft Inkl: (DC77) Ikke nærmere specificeret kræft i lymfeknuder og kræftsygdom UNS {DC809} Koden for den primære kræftsygdom skal altid indberettes, så længe 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. Inkl: Perioden for adjuverende og forebyggende kræftbehandling i direkte forlængelse af den primære kræftbehandling inkl. antihormonel behandling *) Se koderne i tabel over anmeldelsespligtige diagnosekoder: Diagnosekoder for "ikke specificeret kræft i lymfeknude"	DC00-76; udvalgte DC77-koder ^{*)} ; DC80; DC81-96
Metastaser - fjernmetastaser DC78-79 (ekskl. lymfeknuder) - lymfeknudemetastaser (regionale og fjernmetastaser) DC770A; DC770C; DC770E; DC770G; DC771A; DC772A; DC773A; DC773C; DC773E; DC774A; DC774C; DC775A; DC778A; DC779A Metastasekoderne indberettes som supplerende oplysninger (klassen: ' Metastase ') til diagnosen for kræftsygdommen (primær kræft) - se afs. 10.2.3 Metastasekoderne kan desuden anvendes som aktionsdiagnose på kontakter, hvor metastasen udgør hovedindikationen for kontaktens ydelse(r), dvs. ved specifik metastasebehandling	DC78-79; udvalgte DC77-koder
Lokalrecidiver Koderne for lokalrecidiv indberettes som supplerende oplysninger (klassen: ' Lokalrecidiv ') til diagnosen for kræftsygdommen (primær kræft) - se afs. 10.2.4 Kan desuden anvendes som aktionsdiagnose på kontakter, hvor lokalrecidivet udgør hovedindikationen for kontaktens ydelse(r), dvs. ved specifik behandling af lokalrecidivet	DC99
Neoplasi af usikker og ukendt karakter Når det på det foreliggende grundlag ikke vides, om en tumor er sikker godartet, CIS eller ondartet (primær eller sekundær)	DD37-48
Dysplasi i livmoderhals	DN871-879
Mola (vandblære)	DO01

10.2.1 Opdatering af diagnoser

Aktuel og fuld opdatering af forløbets 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.

Obs. pro-diagnose kan 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.

Bemærk

Klinisk validering af sygdomsforløbets diagnoser skal ske i forbindelse med hver patientkontakt.

10.2.1.1 Diagnoseindberetning, når diagnosen stilles mellem patientkontakter

Hvis kræftsygdomsdiagnosen stilles mellem patientkontakter, skal diagnosen anvendes på den efterfølgende svar- eller behandlingskontakt, og hvor diagnoseindberetningen med tilhørende anmeldelse så skal foretages.

Bemærk

Hvis der af en eller anden grund mod forventning ikke er en efterfølgende patientkontakt, skal diagnoseindberetning og anmeldelse foretages ved en såkaldt "diagnoseindberetning" (kontakttype). *Dette er nærmere beskrevet i afs. 5.5.7*

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 ...

- den efterfølgende patientkontakt, hvor svaret normalt gives til patienten, skal diagnoseregistreres og indberettes med kræftdiagnose (som aktionsdiagnose eller bidiagnose) med tilhørende resultatindberetning: 'Canceranmeldelse'
- hvis der ikke er en efterfølgende patientkontakt, foretages diagnoseindberetning og anmeldelse som beskrevet ovenfor og generelt i afs. 5.5.7

10.2.2 Kodning af primær kræftsygdom

Den primære kræftsygdom klassificeres generelt efter WHO's ICD-10 klassifikation efter **lokaliseringen** (organ) for udgangspunktet af tumoren efter kodeafsnittene {DC00-77} og {DC80}. De hæmatologiske kræftsygdomme kodes efter {DC81-96}.

Koden for den primære kræftsygdom fx "Brystkræft" dokumenterer grundsygdommen i hele kræftforløbet, indtil patienten erklæres rask, klinisk fuld remitteret og recidivfri.

Ved klinisk recidiv af sygdommen i form af lokalrecidiv og/eller metastasering, anvendes diagnose-koden for grundsygdommen igen.

► Se nærmere vedrørende kodning af metastaser og lokalrecidiv i følgende afsnit 10.2.3 og 10.2.4

Der er 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. 10.2.2.1-2

Det er vigtigt, disse principper følges. Hvis lymfomer, leukæmier og metastaser fejlagtigt klassificeres som "primær kræft efter lokalisation", vil der blive oprettet nye forkerte kræfttilfælde i Cancerregisteret.

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 (lokalisering) {T000695} tyndtarm (indgår i resultatindberetningen)

- Et malignt melanom lokaliseret til vulva 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 lokalisationen læbe klassificeres som "hudkræft": {DC43/44} afhængigt af morfologi: DC440 "Hudkræft på læbe" og DC430 "Malignt melanom i hud på læbe"

10.2.2.1 Ukendt primær kræftsygdom

Ikke sjældent opdages en kræftsygdom første gang ved isoleret fund af lymfeknudemetastase eller fjernmetastase, uden at det umiddelbart er klart, hvilken kræftsygdom (grundsygdom), der er tale om.

Hvis der klinisk eller paraklinisk påvises kræftsygdom fx ved biopsi fra tumorfund, uden at det under kontakten kan fastslås, hvilken tilgrundsiggende primær kræftsygdom, der er tale om, anvendes og anmeldes {DC809} 'Kræftsygdom UNS', og det aktuelle kliniske fund – lymfeknudemetastase eller fjernmetastase – 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 oprettes.

(A) Aktionsdiagnose: **Kræftsygdom UNS** DC809 *anmeldes til Cancerregisteret*

Metastase: Metastase i hjernen DC793A

Lokalrecidiv: *intet lokalrecidiv påvist* DZ063A

Bidiagnose: Kronisk obstruktiv lungesygdom UNS DJ449

Bidiagnose: Obs. pga. mistanke om lungekræft DZ031B (ikke krav)

) oplysninger knyttet til diagnosekoden for kræftsygdommen, der her (på registreringstidspunktet) er ukendt

10.2.2.2 "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 afdelingen efterfølgende bliver klogere på sygdommen (eller sygdommene), skal ny korrekt diagnose registreres, og tilhørende anmeldelse foretages.

10.2.3 Kodning ved metastaser

Metastaser i regionale lymfeknuder og fjernmetastaser kan, udover som primært fund, opstå med tilstedeværende primærtumor på alle tider af kræftforløbet eller kan opstå som **klinisk recidiv** af kræftsygdommen efter tidligere tilsigtet radikal behandling af primærtumoren.

Oplysninger om påviste metastaser i incidensperioden – op til fire måneder fra incidenstidspunktet – indgår i kravene til anmeldelsen af den primære kræftsygdom til Cancerregisteret.

Kravene omfatter diagnoseindberetningen af grundsygdommen med tilknyttet metastaseoplysning og anmeldelse af kræftsygdommens udbredelse (TNM eller Ann Arbor).

Metastasekode(r) indberettes som obligatorisk supplerende oplysning til diagnosekoden for kræftsygdommen (kodeliste: [diag.primkræft] inkl. ukendt primær kræftsygdom).

Metastaseoplysningen skal altid som minimum omfatte en (1) kode fra kodeliste: [diag.metastase]. Inkluderer: 'ingen fjernmetastaser påvist'.

Den tilgrundsiggende kræftdiagnose skal altid indberettes og anmeldes ved metastasefund efter de gældende principper for anmeldelse af kræftsygdomme til Cancerregisteret.

- ▶ Vedr. fund af metastase uden kendt primærtumor – se afs 10.2.2.1

Indberetning af oplysning om metastase foretages med reference til den **Diagnose**, som oplysninger tilhører, jf. nedenfor viste modeludsnit. Flere metastase-lokalisationer kan angives.

Bemærk

Metastasekode kan også indberettes som selvstændig aktionsdiagnose, når hovedformålet med kontakten er metastasebehandling.

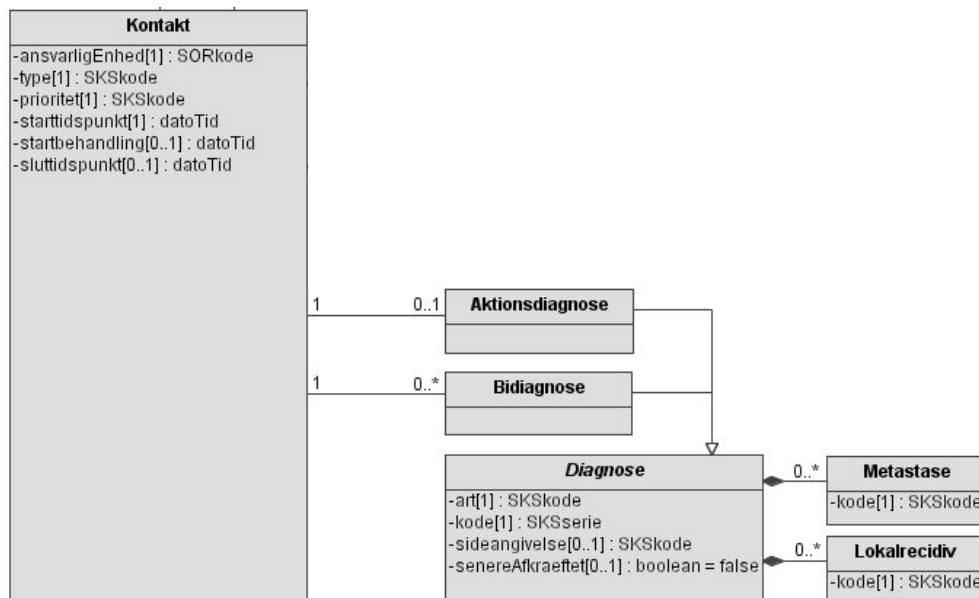
I disse tilfælde skal den tilgrundliggende kræftsygdom altid indberettes som bidiagnose inklusiv obligatorisk metastase-oplysning.

Det er altid grundsygdommen, der anmeldes, uanset om denne er aktionsdiagnose eller bidiagnose

I disse tilfælde indberettes diagnoser for såvel metastase som kræftsygdommen – se følgende eksempel.

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.primkræft] Inkluderer: 'ingen fjernmetastaser påvist'

Modeludsnit vedrørende kontakt-diagnoserne og tilhørende obligatoriske supplerende oplysninger om metastaser og lokalrecidiv**Eksempel**

Radioablation af solitær levermetastase fra colonkræft på Leverkirurgisk afdeling.
Sygdommen ikke tidligere anmeldt fra denne afdeling:

(A) Aktionsdiagnose: Metastase i leveren DC787

(B) Bidiagnose: Kræft i tyktarmen UNS DC189 *anmeldes til Cancerregisteret*

Metastase: Metastase i leveren DC787

Lokalrecidiv: *intet lokalrecidiv påvist* DZ063A

10.2.3.1 Klassificering af metastaser

Indberetningen af oplysning om påviste metastaser anvender følgende klassifikation.

Kodeliste: [diag.metastase]

Fjernmetastaser i åndedrætsorganer og fordøjelsessystemet	
DZ061A	<i>Ingen metastaser påvist</i> (default)
DZ061B	<i>Metastase status ikke afklaret</i>
DC798	Metastase til stede UNS Inkl. metastase i ikke-regional lymfeknude
DC798B	Regional lymfeknudemetastase til stede UNS
DC798C	Fjernmetastase og regional lymfeknudemetastase til stede UNS
Specifik lokalisation af fjernmetastase kan angives (i stedet for DC798)	
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 rygmarvshinde
DC794	Fjernmetastase med anden eller ikke specificeret lokalisation 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
DC798A	Carcinomatosis UNS
DC799	Sekundær kræftsygdom uden kendt lokalisation
Lymfeknudemetastaser (regionale og fjernmetastaser)	
DZ062A	<i>Ingen lymfeknudemetastaser påvist</i> (default)
DZ062B	<i>Lymfeknude status ikke afklaret</i>
DC779A	Metastase i lymfeknude UNS
DC779A1	Regional lymfeknudemetastase UNS
DC779A2	Fjernmetastase i lymfeknude UNS
Specifik lokalisation af lymfeknudemetastase kan angives (i stedet for DC779A)	
DC770A	Metastase i lymfeknude i hovedet
DC770A1	Regional lymfeknudemetastase i hovedet
DC770A2	Fjernmetastase i lymfeknude i hovedet
DC770C	Metastase i lymfeknude i halsen
DC770C1	Regional lymfeknudemetastase i halsen
DC770C2	Fjernmetastase i lymfeknude i halsen
DC770E	Metastase i lymfeknude i ansigtet
DC770E1	Regional lymfeknudemetastase i ansigtet
DC770E2	Fjernmetastase i lymfeknude i ansigtet
DC770G	Metastase i supraklavikulær lymfeknude
DC770G1	Regional supraklavikulær lymfeknudemetastase
DC770G2	Fjernmetastase i supraklavikulær lymfeknude
DC771A	Metastase i intratorakal lymfeknude
DC771A1	Regional intratorakal lymfeknudemetastase
DC771A2	Fjernmetastase i intratorakal lymfeknude
DC772A	Metastase i intraabdominal lymfeknude
DC772A1	Regional intraabdominal lymfeknudemetastase
DC772A2	Fjernmetastase i intraabdominal lymfeknude
DC773A	Metastase i lymfeknude i axil
DC773A1	Regional lymfeknudemetastase i axil
DC773A2	Fjernmetastase i lymfeknude i axil
DC773C	Metastase i lymfeknude i overekstremitet
DC773C1	Regional lymfeknudemetastase i overekstremitet
DC773C2	Fjernmetastase i lymfeknude i overekstremitet
DC773E	Metastase i pectoral lymfeknude
DC773E1	Regional pectoral lymfeknudemetastase
DC773E2	Fjernmetastase i pectoral lymfeknude
DC774A	Metastase i lymfeknude i underekstremitet
DC774A1	Regional lymfeknudemetastase i underekstremitet
DC774A2	Fjernmetastase i lymfeknude i underekstremitet
DC774C	Metastase i lymfeknude i lyske
DC774C1	Regional lymfeknudemetastase i lyske
DC774C2	Fjernmetastase i lymfeknude i lyske
DC775A	Metastase i intrapelvin lymfeknude
DC775A1	Regional intrapelvin lymfeknudemetastase
DC775A2	Fjernmetastase i intrapelvin lymfeknude
DC778A	Metastase i lymfeknuder i multiple lokalisationer
DC778A1	Multiple regionale lymfeknudemetastaser
DC778A2	Fjernmetastaser i lymfeknuder i multiple lokalisationer

Den direkte kobling af diagnosen for kræftsygdommen med de sygdomsrelevante oplysninger om metastaser og lokal-recidiver sikrer, at den enkelte kræftsygdom bliver beskrevet og anmeldt bedre end tidligere.

Eksempler

<u>Fund af metastaser til to forskellige kræftsygdomme</u>		
Eks. 1	Kendte sygdomme med kendte metastaser	
(A)	Kræft i tyktarmen UNS	DC189 <i>anmeldes til Cancerregisteret</i>
	Metastase: Metastase i leveren	DC787
	Lokalrecidiv: <i>intet lokalrecidiv påvist</i>	DZ063A
(B)	Brystkræft UNS	DC509 <i>anmeldes til Cancerregisteret</i>
	Metastase: Metastase i ryghvirvel	DC795C
	Lokalrecidiv: <i>intet lokalrecidiv påvist</i>	DZ063A
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: Metastase i hjernen	DC793A
	Lokalrecidiv: <i>intet lokalrecidiv påvist</i>	DZ063A
(B)	Kræft i tyktarmen UNS	DC189 <i>anmeldes til Cancerregisteret</i>
	Metastase: Metastase i leveren	DC787
	Lokalrecidiv: <i>intet lokalrecidiv påvist</i>	DZ063A
(A): Aktionsdiagnose (B): Bidiagnose		

10.2.4 Kodning ved lokalrecidiv

Lokalrecidiv er et klinisk recidiv af en tidligere behandlet kræftsygdom, hvor primærtumor er fjernet, men hvor sygdommen igen viser sig i samme organ eller et umiddelbart tilstødende naboorgan eller nabovæv. Lokalrecidiv forekommer ikke i incidensperioden.

Lokalrecidiv-kode(r) indberettes som obligatorisk supplerende oplysning til diagnosekoden for kræftsygdommen (kodeliste: [diag.primkraeft] inkl. ukendt primær kræftsygdom).

Lokalrecidivoplysningen skal altid som minimum omfatte en (1) kode fra kodeliste: [diag.lokalrecidiv]. Inkluderer: *'intet lokalrecidiv påvist'*.

Den tilgrundliggende kræftdiagnose skal altid indberettes og anmeldes ved lokalrecidiv efter de generelle principper for anmeldelse af kræftsygdomme til Cancerregisteret.

Eksempel

Ikke radikalt behandlet brystkræft med nyt fund af lokalrecidiv i cicatrice fra tidligere indgreb. Sygdommen tidligere er fuldt anmeldt fra afdelingen		
(A) aktionsdiagnose:	Brystkræft UNS	DC509 (anmeldelsesstatus AZCA4) ^a
Lokalrecidiv:	Lokalrecidiv i hud	DC991C
Metastase:	<i>ingen fjernmetastaser påvist</i>	DZ061A
^a) sygdommen tidligere anmeldt af afdelingen		

Indberetning af oplysning om lokalrecidiv foretages med reference til den **Diagnose**, som oplysninger tilhører. Flere lokalrecidiv-lokalisationer kan angives.

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> '

Bemærk

Lokalrecidiv-kode kan også indberettes som selvstændig aktionsdiagnose, når hovedformålet med kontakten er behandling af lokalrecidivet.

I disse tilfælde skal den tilgrundliggende kræftsygdom altid indberettes som bidiagnose inklusiv obligatorisk lokalrecidiv-oplysning.

I disse tilfælde indberettes diagnoser for såvel lokalrecidivet som kræftsygdommen.

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
Metastase:	ingen fjernmetastaser påvist	DZ061A
^a) hvis tidligere anmeldt af afdelingen		

10.2.4.1 Klassificering af lokalrecidiver

Indberetningen af oplysning om lokalrecidiv anvender følgende klassifikation.

Kodeliste: [diag.lokalrecidiv]

Lokalrecidiver	
DZ063A	<i>Intet lokalrecidiv påvist</i> (default)
DC991	Lokalrecidiv til stede 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.

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 således fortsat en urinblærekræft (ikke en colon-kræft).

10.2.5 Flere kræftsygdomme (multipel kræft)

I nogle tilfælde findes hos den samme patient flere samtidige anmeldelsespligtige sygdomme, som registreres med en aktionsdiagnose og en eller flere bidiagnoser på samme kontakt. Disse betragtes, diagnosekodes og anmeldes hver for sig.

I sjældne tilfælde kan det på det foreliggende grundlag ikke afgøres, om der er tale om en eller flere sygdomme. Hvis der er klinisk belæg for flere selvstændige primære tumorer, anmeldes disse hver for sig. Ved forskellig morfologi skal det som udgangspunkt altid betragtes som forskellige kræftsygdomme.

Der skal oprettes forløbselementer for de enkelte primære kræftsygdomme, hvortil forløbsmarkører, kontakter og ydelser kan knyttes fremadrettet – se nærmere i afs. 4.1.5

10.3 Anmeldelse til Cancerregisteret

Det er ved nyanmeldelse ud over diagnose og anmeldelsesstatus obligatorisk at indberette:

- anmeldelsesstatus
- diagnosegrundlag (mikroskopisk og makroskopisk)
- sideangivelse for parrede organer
- stadie for sygdommen (TNM eller Ann Arbor)
- ved lymfomsygdomme desuden anatomisk lokalisation

Disse oplysninger indberettes i den kontaktbaserede **resultatindberetning 'Canceranmeldelse'**, der indeholder de specifikke krav til anmeldelsen. Den anmeldelsespligtige kræftdiagnose (kontakt diagnose) er trigger for anmeldelsen.

I "Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Cancerregisteret af kræftsygdomme m.v.", BEK nr. 294 af 16. 03.2016 beskrives anmeldelsesproceduren, og sygdommene afgrænses. Bekendtgørelsen findes på Cancerregisterets hjemmeside. Resultatindberetningen erstatter tidligere tilsvarende krav til tillægskodning.

Anmeldelsespligten påhviler den kontaktansvarlige overlæge og gælder således for den enkelte kliniske afdeling, der første gang diagnosticerer, kontrollerer eller behandler en anmeldelsespligtig sygdom på afdelingen.

Anmeldelsespligten omfatter alle førstegangskontakter på enheden med den anmeldelsespligtige sygdom, og indtil sygdommen er fuldt klinisk kvalificeret anmeldt, uanset om sygdommen tidligere er anmeldt af andre enheder.

Enheder, der har rekvireret patoanatomiske undersøgelser, betragtes som diagnosestillende, hvilket stiller krav om anmeldelse til Cancerregisteret, hvis svaret foreligger inden kontaktafslutning.

Hvis en patient har flere anmeldelsespligtige sygdomme, som indberettes som aktions- og bidiagnose(r) på samme kontakt, skal den sygdomsspecifikke anmeldelse foretages for hver kræftsygdom (diagnose) for sig.

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 forhold ved kræftsygdomme, at de endelige 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 vigtigt, at en tidligere anmeldelse på den udredende kontakt skal følges op på den umiddelbart efterfølgende behandlingskontakt, hvis det fx i forbindelse med operationen viser sig, at diagnosen eller udbredelsen skal kvalificeres i forhold til det tidligere anmeldte. Der skal foretages fuld anmeldelse af sygdommen, også selvom anden enhed overtager patientens videre behandling.

Hvis oplysningerne er fremkommet før eller under en ny patientkontakt, indberettes blot en ny 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 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

10.3.1.1 Onkologiske afdelinger

Undtaget for anmeldelsespligt er onkologiske afdelinger i de tilfælde, hvor afdelingen ikke er diagnosestillede, dvs. de sygdomsforløb, hvor kræftsygdommen tidligere er diagnosticeret og fuldt anmeldt fra en medicinsk eller kirurgisk afdeling.

De onkologiske afdelinger kan i denne situation anvende særlig anmeldelsesstatus {AZCA9} ved den anmeldelsespligtige diagnose.

- Se yderligere vedrørende anmeldelsesstatus under afs. 10.4.2.1

10.3.1.2 Radiologiske afdelinger

Radiologiske afdelinger, der som første afdeling i et udredningsforløb for kræft finder anmeldelsespligtig kræftsygdom, er undtaget for anmeldelsespligt, hvor fuld anmeldelse sker umiddelbart efterfølgende fra klinisk afdeling, der har eller overtager kræftforløbet. Dette gælder også, selvom radiologisk afdeling har rekvireret en patologisk undersøgelse, der viser kræft.

Hvis kræftforløbet trods påvist kræftsygdom efter patientens ønske eller af anden grund afsluttes fra radiologisk afdeling uden viderehenvisning til en klinisk afdeling, skal anmeldelse foretages af den radiologiske afdeling som diagnosestillede afdeling.

Bemærk

Denne undtagelse gælder **ikke** indberetning af forløbsmarkører, der skal foretages tidstro, herunder for pakkeforløb, når radiologisk afdeling indgår i forløbet som selvstændig forløbsansvarlig afdeling.

Forløbsmarkører knyttes til det relevante **forløbselement**, og sygehuset skal under alle omstændigheder sikre, at korrekt indberetning af forløbsmarkører foretages

10.3.2 Anmeldelsespligtige diagnoser

Anmeldelsen til Cancerregisteret (CAR) skal for diagnoser tilhørende kodelisten [diag.car].

En anmeldelsespligtig diagnose er trigger for resultatindberetningen: 'Canceranmeldelse'.

Der er ikke udelukkende tale om kræftsygdomme, men også om kræftrelaterede sygdomme og neoplasi 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.

Anmeldelsespligten omfatter ifølge bekendtgørelsen om lægers anmeldelse til Cancerregisteret også:

- progression af prækrankrøse forandringer eller carcinoma in situ til invasiv vækst
- revision af tidligere anmeldt forkert 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 progresserer til invasiv kræft, skal foretage en nyanmeldelse, idet det betragtes som en ny sygdom i anmeldelsessammenhæng.

Diagnoser og kodelister for neoplastiske sygdomme [diag.car]

Diagnosekode	Kategori	Kodelister		
DC00-DC14	Kræft i læbe, mundhule og svælg	[diag.primkraeft]	[diag.car]	
DC15-DC26	Kræft i mave-tarmkanal			
DC30-DC39	Kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthule			
DC40-DC41	Kræft i knogle og ledbrusk			
DC43-DC44	Modermærkekræft i hud og anden hudkræft			
DC45-DC49	Kræft i mesotel, bindevæv og andet bløddelsvæv			
DC50*	Brystkræft			
DC51-DC58	Kræft i kvindelige kønsorganer			
DC60-DC63	Kræft i mandlige kønsorganer			
DC64-DC68	Kræft i nyre og urinveje			
DC69-DC72	Kræft i øje, hjerne og andre dele af centralnervesystemet			
DC73-DC75	Kræft i skjoldbruskkirtel og andre endokrine kirtler			
DC76*	Kræft med andre og dårligt specificerede lokalisationer			
udvalgte DC77	Ikke specificeret kræft i lymfeknude: DC770; DD770B; DC770D; DC770F; DC770H; DC771; DC771B; DC772; DC772B; DC773; DC773B; DC773D; DC773F; DC774; DC774B; DC774D; DC775; DC775B; DC778; DC778B; DC779D; C779B			
DC800	Primær kræftsygdom uden kendt lokalisation	[diag.car.t0]		
DC809	Kræftsygdom UNS			
DC809A	Malign kakeksi			
herunder:	DC00*-69*; DC73*-80*; DD05*; DD06*; DD090*; DD091*; DD095; DD096*; DD301-309; DD37*-41*; DD44*; DD48*			[diag.car.tnm]
DC81-DC96	Kræft i lymfatisk og blodannede væv			[diag.haemoneoplasi]
herunder:	DC81-86; DC884; DC902*; DC903*; DC923*			[diag.car.lymfom]
DD05*	Carcinoma in situ i bryst		[diag.car.tis]	
DD06*	Carcinoma in situ i livmoderhals			
DD090*	Carcinoma in situ i urinblæren			
DD091*	Carcinoma in situ med anden og ikke spec. lokalisation i urinveje			
DD095	Non-invasiv papillær tumor (Ta) i urinblæren		[diag.car.ta]	
DD096*	Non-invasiv papillær tumor (Ta) i anden eller ikke specificeret lokalisation i urinveje			
DD301-DD309	Godartede tumorer i urinveje (ekskl. nyre)			
DD37-DD41; DD44*; DD48*	Andre non-invasive solide tumorer			
DD32*	Godartede tumorer i hjernebinder og rygmarvshinder		øvrige anmeldelsespligtige diagnoser til Cancerregisteret. Indgår i [diag.car] sammen med øvrige specificerede kodelister	
DD33*	Godartede tumorer i hjerne og andre dele af centralnervesystemet			
DD352*	Godartede tumorer i hypofysen			
DD353	Godartede tumorer i ductus craniopharyngeus			
DD354	Godartede tumorer i corporis pinealis			
DD42-DD43; DD45-DD47	(Andre) Tumorer af usikker og ukendt karakter			
DN871-DN879	Celleforandring i slimhinde på livmoderhals (dysplasi)			
DO01*	Blæremola			

Andre kodelister, der indgår i regler for diagnoseindberetning og anmeldelse ved kræftsygdomme		
DC78-DC79;; DZ061A; DZ061B; DZ062A; DZ062B; udvalgte DC77:	Metastaser Inkl. metastase (fjern/regional) i lymfeknude: DC770A; DC770C; DC770E; DC770G; DC771A; DC772A; DC773A; DC773C; DC773E; DC774A; DC774C; DC775A; DC778A; DC779A	[diag.metastase]
DC99*; DZ063A	Lokalrecidiver	[diag.lokalrecidiv]

Følgende oversigtsskema giver et overblik over de tilstande og situationer, der skal anmeldes som "ny anmeldelsespligtig sygdom" efter retningslinjerne beskrevet i de følgende afsnit.

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"

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} – evt. {AZCA0}, til 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, anmeldes kun den højeste med status {AZCA1}. Den anden diagnose registreres 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.

Der skal oprettes forløbselementer for de enkelte primære kræftsygdomme, hvortil forløbsmarkører, kontakter og ydelser kan knyttes fremadrettet – se nærmere i afs. 4.1.5

Klinisk recidiv af samme type, lokalt og regionalt, samt fjernmetastaserings betragtes som samme anmeldelsespligtige sygdom og skal **ikke** nyanmeldes, hvis der foreligger en fuld anmeldelse af sygdommen.

10.3.3 Kræftsygdom i parrede organer

Det er altid 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 lokalisation, og adenokarcinom og planocellulært karcinom i slimhinde inden for samme lokalisation.

► Vedrørende krav om sideangivelse - se afs. 10.4.3

10.3.4 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.

10.4 Canceranmeldelsen (resultatindberetning)

Anmeldelse af neoplastiske sygdomme (kræftsygdomme og visse andre tumorsygdomme) følger i LPR3 de samme retningslinjer som tidligere. Anmeldelsespligten påhviler den enhed, der har en kontakt med en anmeldelsespligtig diagnose som kontaktdiagnose (aktionsdiagnose eller bidiagnose).

10.4.1 Struktur, indhold og regler

Anmeldelse til Cancerregisteret sker ved indberetning af **resultatindberetningen 'Canceranmeldelse'**.

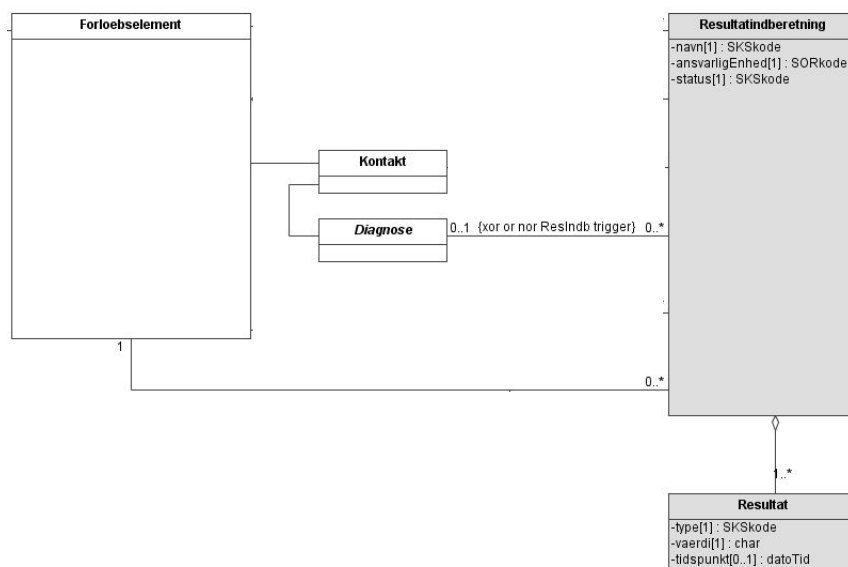
Trigger for anmeldelsen er en anmeldelsespligtig **diagnose** som aktions- eller bidiagnose. Ved fuld anmeldelse, status {AZCA1}, skal alle oplysninger være udfyldt.

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 kontaktafslutning (med triggeren) følges af en fuld anmeldelse, anmeldelsesstatus {AZCA1}, vedrørende 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 resultatindberetningen med diagnose som trigger



► Resultatindberetningen er generelt beskrevet i Kap. 9

Den fulde canceranmeldelse omfatter opdateret angivelse af makro- og mikroskopisk diagnosegrundlag, sygdomsstadie (TNM el. Ann Arbor), samt for maligne lymfomer desuden anatomisk lokalisation.

TNM-kravet er som minimum **klinisk TNM** (cTNM) ved anmeldelse fra de kliniske afdelinger – se *nærmere i afs. 10.4.2.4.1*

Sideangivelse (lateralitet) skal obligatorisk indberettes ved visse anmeldelsespligtige diagnoser (kodeliste: [diag.lateral]). Indberetningen sker i **Diagnose**-objektet – se afs. 6.1.5

Canceranmeldelsen er skematisk vist i følgende data-skema, der også indeholder reglerne for de enkelte resultat-elementer:

navn: Canceranmeldelse	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: <i>diagnose</i> 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 patientkontakten med trigger-diagnosen			
resultattype	kardinalitet	art	udfaldsrum	regel / beskrivelse
anmeldelsesstatus	1	SKSkode	[res.statuscar]	status for anmeldelsen til Cancerregisteret
makroskopisk diagnosegrundlag	(0)..*	SKSkode	[res.makrogr]	obligatorisk ved: anmeldelsesstatus=[res.statuscar.suba] Der kan indberettes flere
mikroskopisk diagnosegrundlag	(0)..*	SKSkode	[res.mikrogr]	obligatorisk ved: anmeldelsesstatus=[res.statuscar.suba] Der kan indberettes flere
T-stadie	(0)..1	SKSkode	[res.tcstad]	obligatorisk ved: anmeldelsesstatus=[res.statuscar.subb] OG <i>diagnose</i> IN [diag.car.tnm] <i>Krav til T-værdi og samhørende diagnoser – se nedenfor</i>
N-stadie	(0)..1	SKSkode	[res.ncstad]	
M-stadie	(0)..1	SKSkode	[res.mcstad]	
AnnArbor-stadie	(0)..1	SKSkode	[res.aastad]	obligatorisk ved: anmeldelsesstatus=[res.statuscar.subb] OG diagnose IN [diag.car.lymfom]
lymfom-lokalisation	(0)..1	SKSkode	[res.loklymf]	obligatorisk ved: anmeldelsesstatus=[res.statuscar.subb] OG <i>diagnose</i> IN [diag.car.lymfom]
Forklaring kodelister (gældende SKS-værdier) [res.statuscar.suba] = {AZCA0; AZCA1} [res.statuscar.subb] = {AZCA1}				

NB: Tidspunkter for enkeltresultater ikke medtaget i oversigten. Se *RI-specs i Bilag 1A*

Bemærk

Komplet anmeldelse (anmeldelsesstatus = {AZCA1}/RI-status = {RAS01}) skal ske senest 30 dage efter afslutning af patientkontakten med trigger-diagnosen for canceranmeldelse

Skemaet illustrerer samtidig princippet for resultatindberetningerne, 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 – se *generelt i Kap. 9*

10.4.1.1 Validering af samhørende diagnosekoder og T-værdier

Der er ud over ovenstående følgende krav til sammenhæng mellem sygdomsdiagnose og T-værdier. Der valideres for dette for anmeldelser med status AZCA1:

Sammenhæng mellem diagnoseværdier og T-stadie:

T-stadie	Kodeliste	Samhørende diagnose	Kodeliste
T0 primærtumor ikke påvist	[res.tcstad.t0]	DC80*	[diag.car.t0]
Ta tumor uden invasion	[res.tcstad.ta]	DD095, DD096*, DD301-309, DD37*-DD41*, DD44*, DD48*	[diag.car.ta]
Tis carcinoma in situ	[res.tcstad.tis]	DD05*, DD06*, DD090, DD091	[diag.car.tis]

10.4.1.2 Validering af anmeldelsesstatus

Der er obligatorisk (valideres) følgende sammenhænge mellem generel status for resultatindberetning (se afs. 9.2.2.2) og anmeldelsesstatus for canceranmeldelsen:

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 nedenfor
		AZCA3 AZCA4 AZCA9 [res.statuscar.subc]	

[res.statuscar.subc] = {AZCA3; AZCA4; AZCA9}

10.4.1.3 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.

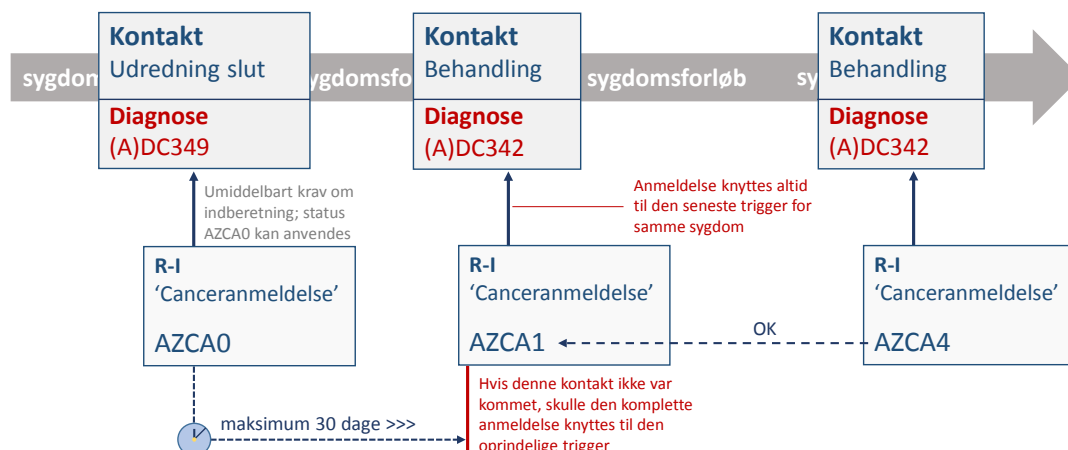
Da triggeren for canceranmeldelsen er en **kontaktdiagnose**, vil der ofte være en række af trigninger for den samme sygdom fra den samme enhed under forløbet af kontakter for sygdommen, indtil fuld anmeldelse er foretaget.

Ved flere fortløbende indberettede kontakter med trigger for anmeldelse af den samme kræftsygdom, er triggeren for *den opdaterede* anmeldelse altid den tidsmæssigt **seneste** – se *følgende illustration*. Først, når der er foretaget en fuld anmeldelse, kan resultatindberetningen indberettes med status {AZCA4} 'sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen'.

10.4.1.4 Opkvalificering af anmeldelsen

Der kan altid indberettes en ny resultatindberetning, når der foreligger nye relevante oplysninger, der skal korrigere en tidligere indberettet incident {AZCA1} anmeldelse.

Multiple triggere (principtegning)



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 (incidenstidspunkt + 4 måneder), dog kun så længe afdelingen har forløbsansvar for kræftforløbet.

10.4.2 Indholdet i 'Canceranmeldelsen'

I det følgende gennemgås de enkelte resultater, der indgår i 'Canceranmeldelse'.

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 kræftsygdom, anmeldelse ikke færdiggjort
AZCA1	anmeldelsespligtig kræftsygdom ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
AZCA3	afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen
AZCA4	kræftsygdom tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
AZCA9	anmeldes ikke af onkologisk afdeling – sygdom anmeldt fuldt 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. anmeldelsespligtige diagnose pr. kontakt.

10.4.2.1.1 Fuld anmeldelse

Anmeldelsen af sygdommen fra den enkelte afdeling 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 oplysninger om metastasering og lokalrecidivering
- TNM-stadie respektive Ann Arbor-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 afdeling 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.

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 er indberettes flere fortløbende AZCA0-indberetninger af den samme anmeldelse (forløbselement for kræftsygdom), gælder de 30 dage uændret fra afslutningstidspunktet for den første patientkontakt med trigger-diagnose.

10.4.2.1.3 Anmeldelsesstatus AZCA1

Forbeholdt den komplette anmeldelse, hvor alle oplysninger er udfyldt. Alle obligatoriske oplysninger er krævet og valideres, når {AZCA1} anvendes.

► Se også "validering af anmeldelsesstatus" i afs. 10.4.1.2

At der er indberettet en AZCA1-anmeldelse betyder ikke, at det ikke kan være relevant at kvalificere anmeldelsen igen ved nytilkommen viden inden for incidensperioden. Dette bør principielt gøres, hvis fx nye svar korrigerer den tidligere indberettede udbredelse (TNM/Ann Arbor-stadier).

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 med {AZCA1}, også selvom patienten viderehenvises til videre udredning og behandling på anden afdeling.

10.4.2.1.5 Anmeldelsesstatus AZCA4

Anmeldelsesstatus {AZCA4} må kun anvendes, hvis sygdommen er fuldt kvalificeret anmeldt fra afdelingen tidligere. Dette gælder, uanset at andre afdelinger primært varetager og anmelder sygdommen.

10.4.2.1.6 Anmeldelsesstatus AZCA9

Anmeldelsesstatus {AZCA9} er udelukkende forbeholdt indberetninger fra **onkologiske afdelinger**, hvor fuld anmeldelse foretages fra den kliniske afdeling, hvor sygdommen tidligere er diagnosticeret.

Nyopdagede (incidente) primære kræftsygdomme skal altid anmeldes fuldt fra afdelingen med anmeldelsesstatus {AZCA1} uanset speciale, og uanset at andre afdelinger overtager videre udredning og behandling af sygdommen.

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 status {AZCA0} og {AZCA1}.

Hvis diagnosegrundlaget udbygges over flere kontakter på afdelingen, fx efter operation, skal dette afspejles i den fuldt opdaterede anmeldelse fra afdelingen.

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 adgangsmåde.

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 status {AZCA0} og {AZCA1}.

Hvis diagnosegrundlaget udbygges over flere kontakter på afdelingen, fx ved patologisk-anatomisk undersøgelse efter operation, skal dette afspejles i den fuldt opdaterede anmeldelse fra afdelingen.

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, differentialtælling, 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 først ske, når histologien på operationspræparatet foreligger. Dette gælder i særlig grad for korrekt angivelse af udbredelsen af kræftsygdommen (stadie) i anmeldelsen.

Udbredelsen indgår i canceranmeldelsen og angives ved TNM-stadie specificering, dog for hæmatologiske neoplastiske sygdomme (lymfesygdomme) ved Ann Arbor lymfom klassificering – se afs. 10.4.2.4.2

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 korrigeret pTNM kode på en eller flere akser efter svar på patologiske prøver og oplysninger opnået ved den primære behandling.

Følgende sygdomme, repræsenteret af deres diagnosekode tilhørende SKS-kodelisten: [diag.car.tnm], skal ved nyanmeldelse {AZCA1} have angivet TNM-stadie, som angivet som minimum i form af et kvalificeret cTNM-stadie.

Diagnosekoder, der skal TNM-stadie specificeres – kodeliste: [diag.car.tnm]:

Diagnosekoder [diag.car.tnm]	Sygdomme
DC00*-69*	Kræft i læbe, mundhule, svælg, mave-tarmkanal, åndedrætsorganer, brysthuleorganer, knogler, hud, bindevæv, bryst, kønsorganer, urinveje og øje
DC73*-80*	Kræft i skjoldbruskkirtel, andre endokrine organer og kræft i dårligt eller uspecificerede lokalisationer
DD05*	Carcinoma in situ i bryst
DD06*	Carcinoma in situ i livmoderhals
DD090*	Carcinoma in situ i urinblæren
DD091*	Carcinoma in situ med anden eller ikke specificerede lokalisation i urinveje
DD095	Non-invasiv papillær tumor (Ta) i urinblæren
DD096*	Non-invasiv papillær tumor (Ta) i anden eller ikke specificeret lokalisation i urinveje
DD301-309	Godartede tumorer i urinveje (ekskl. nyre)
DD37*-41*, DD44*, DD48*	Tumorer af usikker og ukendt karakter med specificeret lokalisation

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 metastaser til regionale lymfeknuder eller ej
M	[res.mcstad]	'M' angiver, hvorvidt der er 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 "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.

Betydningen af den enkelte kode varierer efter organ/område. Ikke alle detaljer bruges af alle specialer/afdelinger. Der henvises til de enkelte kliniske specialer for yderligere information vedrørende specialets registreringspraksis.

Eksempel

Patient har påvist muskelinvasiv blærekraft ved TURB og ved 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 kan anmeldes, når patologibeskrivelsen foreligger efter operation

I de tilfælde, hvor en afdeling henviser en patient til videre udredning og eventuelt til behandling i en anden enhed, fortsætter anmeldelsespligten på den modtagende enhed, som skal foretages 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 afdeling. Her påhviler det henvisende enhed at anmelde (opdateret) klinisk TNM status senest ved henvisning til onkologisk behandling.

Onkologiske afdelinger 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 afdelinger kan i disse tilfælde anvende anmeldelsesstatus {AZCA9} til den anmeldelsespligtige diagnose, hvorved der kræves yderligere anmeldelse.

10.4.2.4.2 Krav til angivelse af Ann Arbor-stadie ved lymfomsygdomme

Følgende lymfomsygdomme, repræsenteret af deres diagnosekode tilhørende SKS-kodelisten: [diag.car.lymfom], skal ved nyanmeldelse {AZCA1} have angivet Ann Arbor-stadie samt anatomisk lokalisation.

Diagnosekoder, hvortil der skal indberettes anatomisk lokalisation og Ann Arbor stadie – kodeliste: [diag.car.lymfom]:

Diagnosekoder [diag.car.lymfom]	Lymfomsygdomme
DC81*	Hodgkin lymfomer
DC82*	Follikulære lymfomer
DC83*	Ikke-follikulære lymfomer
DC84*	Modne NK/T-celle lymfomer
DC85*	Andre og ikke specificeret non-Hodgkin lymfomer
DC86*	Andre NK/T-celle lymfomer
DC884*	Ekstranodalt marginalzone B-celle lymfom
DC902	Solitært ikke-ossøst plasmacytom
DC903	Solitært ossøst plasmacytom
DC923*	Myeloidt sarkom

Ann Arbor-stadie angives efter gældende kodeliste: [res.aasted].

Der henvises til det hæmatologiske speciales nærmere vejledning i Ann Arbor-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. Kodelisten over koder, hvor der skal indberettes lokalisation, kan ses ovenfor i afs. 10.4.2.4.2

Anatomisk lokalisation angives ved gældende kodeliste: [res.loklymf] for anatomisk lokalisation.

10.4.3 Sideangivelse for primær kræftsygdom

Der skal obligatorisk indberettes sideangivelse ved tumorsygdomme på ekstremiteter og i parrede organer. Kravene gælder diagnoser tilhørende kodelisten [diag.lateral].

Sideangivelse indberettes med Diagnose-objektet for den anmeldelsespligtige sygdom – se afs. 6.1.5

Tilladte værdier er højresidig {TUL1}, venstresidig {TUL2} og bilateral {TUL3}.

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 **forløbselement** med forløbslabel: 'Graviditet, fødsel og barsel'.

Barnets fødselsforløb (forløbselement) starter normalt ved fødslen, dvs. ved start af fødselskontakten. Barnets eksakte fødselstidspunkt indgår i fødselsindberetningen. Forløbslabel for barnets forløb er 'Nyfødte', 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).

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 afdeling.

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.

Forløbslabel 'Graviditet, fødsel og barsel' hhv. 'Nyfødte' er forbeholdt fødselsforløbet, som beskrevet ovenfor.

Det er aftalt, at **forløb på familieambulatorier** skal registreres og indberettes som selvstændige forløb (forløbselementer). Forløbslabel er 'Andre forløb'.

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 – se 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

11.1 Graviditetsforløbet

Moderens forløb – graviditet, fødsel og barsel – indberettes normalt som en række af selvstændige patientkontakter, der vil være knyttet til et **forløbselement** med forløbslabel: 'Graviditet, fødsel og barsel'.

Forløbet afsluttes, som beskrevet ovenfor, når moderen afsluttes fra obstetrisk afdeling.

11.1.1 Svangrekontroller

Kontrolbesøg på sygehuset under graviditeten indberettes som selvstændige patientkontakter 'fysisk fremmøde' – 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 her:

Jordemødrenes registreringsskema hhv. Obstetrisk registreringsskema

Aktionsdiagnoser på graviditetsforløbets kontakter afspejler kun graviditetens overordnede status. Der anvendes efter aftale med DSOG altid en af følgende koder som aktionsdiagnose:

Aktionsdiagnosekoder anvendt ved patientkontakter i graviditetsforløbet:

Graviditetsdiagnosekoder	
DZ340	Graviditet, førstegangsfødende
DZ348A	Graviditet, flergangsfødende

Bemærk

Væsentlige komplikationer, symptomer og risikofaktorer i graviditeten registreres som bidiagnoser. Principperne for diagnoseregistreringen i graviditetsforløbet beskrives nærmere i det obstetriske speciales (DSOG) [kodevejledning](#).

11.1.2 Hjemmebesøg i graviditetsforløbet

Hjemmebesøg indberettes som selvstændige kontakter med kontaktttype: 'udekontakt'. 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 kontaktttype: '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 indberettes som procedure uden patientkontakt	
BVAA33A	Telefonkonsultation
BVAA33D	Videokonsultation

Graviditetsdiagnoserne (afs. 11.1) anvendes som aktionsdiagnose ved virtuelle kontakter i graviditetsforløbet.

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
"fødsel på vej"	fødsel hvor barnet fødes udenfor hjem og hospital Kommentar: Indberettes fra hospital som "fødsel på vej"	
abort (abortering)	abortering af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger Kommentar: Svangerskabslængde ≤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 ≥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 flerfoldsfødsel)	angivelse af barnets nummer i rækkefølge ved fødsel Inkl. enkeltfødsel, der indberettes med værdien 'A' Kommentar: SKS-klassificeret	[res.flernr]
fosterpræsentation	barnets stilling i fødselsvejen ved fødsel	[res.praesent]

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	kodeliste
<i>fødsel</i>	Fødsel defineres ved fremkomst af levendefødt barn (uanset gestationsalder) eller dødfødt barn efter 22 fulde svangerskabsuger Kommentar: Fødslen som periode fra aktiv fødsel til barnet er helt ude (fødselstidspunkt) indgår ikke i indberetningens definitioner. En fødselsperiode kan omfatte flere fødsler af et eller flere børn, eventuelt over flere patientkontakter	
<i>fødselsdiagnoser mor</i>	kodeliste: [diag.foedmor] Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Fødselsindberetning mor'	[diag.foedmor]
<i>fødselsdiagnoser barn</i>	kodeliste: [diag.foedbarn] Inkl: Dødfødt barn Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Fødselsindberetning barn'	[diag.foedbarn]
<i>fødselsresultat</i>	angivelse af det samlede antal børn som resultat af fødslen	
<i>fødselstidspunkt (for barn)</i>	tidspunkt hvor barnet er helt ude af moderen Kommentar: Omfatter ikke moderkagen. Fødselstidspunktet bestemmer fødested, dvs. typen af fødsel (hospital / hjemme / "på vej") ud fra en indberetningsmæssig betragtning	
<i>gestationsalder (svangerskabslængde) (graviditetslængde)</i>	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]
<i>hjemmefødsel</i>	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. Inkluderer komplette (moderkage født i hjemmet) og inkomplette (moderkage ikke født i hjemmet) hjemmefødsler. Hjemmefødsler (mor og barn) indberettes som <u>hjemmebesøg</u>	
<i>hospitalsfødsel (sygehusfødsel)</i>	fødsel hvor barnet fødes på hospital	
<i>levendefødt barn</i>	barn der efter fødsel eller fremhjælpning viser livstegn Kommentar: Det gælder uanset svangerskabslængde og uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven	
<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 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 (=22+0 eller højere) 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 LPR3 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 **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 er nærmere beskrevet i indledningen af dette kapitel

For levendefødte og dødfødte børn skal der ved fødsel 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 afdeling. Forløbet med forløbslabel 'Nyfødte' er således forbeholdt det afgrænsede og oftest kortvarige forløb på obstetrisk afdeling. Fødselsforløbet kan også inkludere kortvarige ophold og ydelser på anden afdeling ved observation og behandling af midlertidige neonatale tilstande, så længe forløbsansvaret fortsat tilhører obstetrisk afdeling.

Hvis barnet fremadrettet efter fødslen henvises til behandling for sygdom under andet speciale, skal dette ske under et nyt forløbselement med relevant forløbslabel for den sygdom/tilstand.

- Vedrørende 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 "før tid". Nyfødt barn betragtes altid som **akut**, uanset om moderens fødselskontakt eventuelt er planlagt. Kontaktårsag ved akutte patientkontakter, og herunder fødselskontakter, er 'anden'.

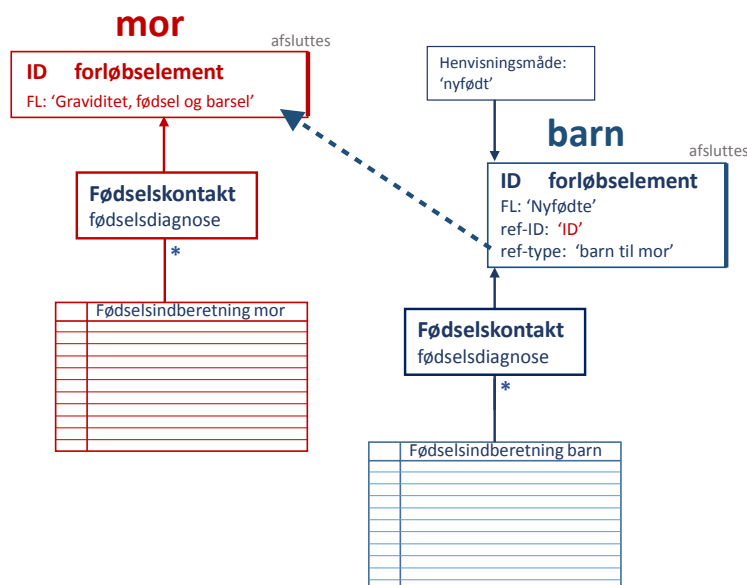
Ved fødsel skal der foretages indberetninger til Landspatientregisteret vedrørende moderen og hvert af de levendefødte børn, dvs. børn uanset gestationsalder, der har vist livstegn efter fødslen, samt foretages indberetning for dødfødte børn efter 22 svangerskabsuger – se også afs. 11.4

Ved indberetning af fødsler til LPR3 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 peger, via referencetypen: 'barn til mor', 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 **resultatindberetning** 'Fødselsindberetning mor' hhv. 'Fødselsindberetning barn', der erstatter tidligere supplerende krav til tilægskodning hhv. bidiagnoser. **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 til Landspatientregisteret.

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 det trods abortprocedure mhp. intenderet svangerskabsafbrydelse 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

Hjemmefødsler udført ved hospitalsansat jordemoder indberettes som (kontakttype) '**udekontakt**' (både mor og barn). At der er tale om en hjemmefødsel fremgår af **fødested** på barnets fødselsindberetning.

Kontaktstarttidspunktet for fødselskontakterne er for moderens vedkommende lig med starttidspunktet for hjemmebesøget.

Barnets fødselskontakt starter normalt på fødselstidspunktet. Hvis barnet er født inden jordemoderens ankomst, sættes starttidspunktet for fødselskontakten lig med starttidspunktet for hjemmebesøget (udekontakt). Barnets angivne fødselstidspunkt dokumenteres i fødselsindberetningen for barnet.

I de tilfælde, hvor fødslen sker uden, at der er jordemoder- eller lægeassistance, skal fødselsindberetningen 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).

11.5.3.1 Akut indlæggelse efter hjemmefødsel

Som aktionsdiagnose på barselsindlæggelsen anvendes ved ukompliceret barselsseng {DZ390} 'Undersøgelse og pleje efter fødsel' som aktionsdiagnose. Ved komplikationer anvendes relevant(e) komplikationsdiagnose(r).

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 morens fødselskontakt er ved ankomst til obstetrisk (evt. pædiatrisk) afsnit.

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.

Hvis barnet derimod ikke er født ved ankomst, oprettes barnets fødselskontakt først gældende fra fødselstidspunktet.

De fødselsoplysninger, der eventuelt er registreret i hjemmet, skal medbringes til hospitalet og medtages i indberetningen.

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) afsnit.

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 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}. Den nye kontakt (specialafdelingen) skal registreres med

komplikationen som aktionsdiagnose på moderen. Et rask barn, der følger moderen, kan registreres som rask ledsager (indberettes ikke).

11.5.6.2 Flerfoldsfødsel på flere hospitalskontakter

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

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)

11.6.1 Obligatoriske fødselsoplysninger vedrørende moderen

De obligatoriske obstetriske oplysninger indberettes for moderens vedkommende på den patientkontakt, hvor under barnet er født. Dette omfatter alle levendefødte børn (dvs. alle børn med livstegn uanset gestationsalder) samt dødfødte børn efter 22 svangerskabsuger.

Moderens fødselskontakt skal i alle tilfælde indberettes med følgende oplysninger:

dataelement	værdi	kodeliste
forløbslabel	'Graviditet, fødsel og barsel'	[forloeb.label]
prioritet	'akut' eller 'planlagt'	[admin.prioritet]
kontaktårsag - krav ved akutte kontakter	'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 således ikke "tilbagedateres".

Ved hjemmefødsel er kontaktstarttidspunktet for moderens fødselskontakt lig med starttidspunktet for jordemoderens hjemmebesøg.

11.6.1.2 Aktionsdiagnose på moderens fødselskontakt

Aktionsdiagnosen for moderens fødselskontakt vælges ud fra koderne i kodeliste [diag.foedmor]:

Fødselsdiagnoser. Diagnosekoder kodeliste: [diag.foedmor]		
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 spontan 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 (=gestationsalder) for tidspunktet for, at moderen går i fødsel.

Svangerskabslængde angives i hele uger og dage og er SKS-klassificeret, kodeliste: [res.gestald].

Resultatindberetning 'Fødselsindberetning mor' ved fødselskontakt:

navn: Fødselsindberetning mor		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: diagnose <- aktionsdiagnose IN [diag.foedmor] Omfatter aktionsdiagnose for morens 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		
resultattype	kardinalitet	art	udfaldsrum	regel / kommentar
gestationsalder (svangerskabslængde)	(0)..1	SKSkode	[res.gestald]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] (= "komplet anmeldelse") Svangerskabslængde i (uger+dage)
paritet	(0)..1	integer	heltal (1-mange)	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
antal levendefødte	(0)..1	integer	heltal (0-mange)	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
antal dødfødte	(0)..1	integer	heltal (0-mange)	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
tobaksforbrug under graviditet	(0)..1	SKSkode	[res.tobakgrav]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
højde før graviditet	(0)..1	integer	heltal (cm) °	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
vægt før graviditet	(0)..1	integer	heltal (kg) °	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]

[resindb.status.suba] = {RAS01} | ° Heltalsværdien "-1" kan anvendes i indberetningen (se afs. 11.6.2.4)

NB: Tidspunkter for resultater ikke medtaget i oversigten

Indikation for indgreb kan angives i forhold til den givne **Procedure** – se afs 7.1.11

11.6.2.3 Paritet

Pariteten ved den aktuelle fødsel skal obligatorisk indberettes. Pariteten inkluderer den aktuelle graviditet jf. definitionen i afs. 11.2

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.

Heltalsværdien "-1" kan anvendes i indberetningen af oplysninger for højde og vægt, når undersøgelsesresultat ikke foreligger eller angives med en skønnet værdi.

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 eventuelt levendefødt. Der skal i alle tilfælde foretages fødselsindberetning samt ved udført abortprocedure 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 i disse tilfælde obligatorisk angives en abortdiagnose [diag.abort.samraad] {DO059} eller {DO050} som **bidiagnose** og foretages en komplet abortanmeldelse, hvoraf samrådsoplysningen skal fremgå. *Dette er nærmere beskrevet i afs. 12.4.1*

Indberetningskravene er således i disse sjældne tilfælde en kombineret fødsels-/abort-kontakt med dobbeltindberetning 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. 12.4.1

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.

11.7.1 "Maternal request"

At der fx er foretaget et elektivt kejsersnit på maternal request (ønsket af moderen) kan registreres som **indikation** {KZYM00} til operationskoden for kejsersnittet.

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 kan være 'fysisk fremmøde', 'udekontakt' (ved levende hjemmefødt) eller 'død' (ved dødfødsel).

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 (organisatoriske enhed).

I indberetningen relateres barnet til moderen gennem **referencetype** – se *oversigtsgrafik i afs. 11.5*.

Referencetypen angiver på barnets **forløbselement** relationen (koblingen) til moderens forløbselement, hvor under 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 børn, 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'. Nyfødt barn indberettes med prioritet 'akut', uanset om moderens fødselskontakt eventuelt er planlagt.

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 kontaktttype: 'fysisk fremmøde', dvs. ved levendefødt barn på hospital	[admin.kontaarsag]
kontaktttype	- levendefødte: 'fysisk fremmøde' eller 'udekontakt' - dødfødte: 'død'	[admin.konttype]
aktionsdiagnose	[diag.foedbarn.vital] = DZ389 (levendefødt); [diag.foedbarn.doed] = DP950 (dødfødt)	[diag.foedbarn]
bidiagnose(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 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 fødselskontakt 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 fødselsindberetningen vedr. barnet. Fødselstidspunktet kan ligge før kontaktstart jf. ovenstående situationer.

11.8.1.2 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]

11.8.2 Fødselsindberetning vedrørende barnet (resultatindberetning)

Indberetningen vedrørende barnet fremgår af det følgende skema, der viser indberetningen til Landspatientsregisteret, 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. 11.8.1.1

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 indberettes kuld, som er det samlede antal af levendefødte og dødfødte børn ved den aktuelle fødsel.

11.8.2.5 Flernummer

Flernummeret angiver barnets nummer i rækkefølgen ved flerfoldsfødsel og er SKS-klassificeret, kodeliste: [res.flernr]. Ved enkeltfødsel indberettes SKS-koden for værdien {RGAC01} 'barn A'.

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.

Fosterpræsentation, fødested samt oplysning om **overførsel til hospital** under igangværende fødsel er SKS-klassificerede oplysninger.

Heltalsværdien "-1" kan anvendes i indberetningen af oplysninger for mål og vægt, når undersøgelsesresultat ikke foreligger.

Resultatindberetning ved fødselskontakt – barn

navn: Fødselsindberetning barn (nyfødt)				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	
resultattype	kardinalitet	art	udfaldsrum	regel
fødselstidspunkt	1	datoTid	tidspunkt	obligatorisk. Fødselstidspunktet kan ligge før kontaktstart
gestationsalder (svangerskabslængde ved fødslen)	(0)..1	SKSkode	[res.gestald]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] Gestationsalder i (uger+dage)
kuld	(0)..1	integer	heltal (antal)	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
flernummer	(0)..1	SKSkode	[res.flernr]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] OG kuld større end 1
fosterpræsentation	(0)..1	SKSkode	[res.praesent]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
apgar-5	(0)..1	integer	heltal (0-10)	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
hovedomfang	(0)..1	integer	heltal (cm) [°]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
abdominalomfang	(0)..1	integer	heltal (cm) [°]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
placentavægt	(0)..1	integer	heltal (gram) [°]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
fødselsvægt	(0)..1	integer	heltal (gram) [°]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
fødselslængde	(0)..1	integer	heltal (cm) [°]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
fødested	(0)..1	SKSkode	[res.foedested]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
overførsel	0..1	SKSkode	[res.overfoert]	frivillig. Ved overførsel til hospital under fødsel ved planlagt hjemmefødsel hhv. planlagt fødsel på fødeklinik. Bemærk: Obstetrikere ønsker, at dette resultat flyttes til moderens fødselsindberetning. Dette vil blive behandlet under LPR-driftsgovernance
pH fra navlesnorsarterie	(0)..1	real	heltal	indberettes, hvis målinger er foretaget
pH fra navlesnorsvene	(0)..1	real	heltal	
base-excess fra navlesnors-arterie	(0)..1	real	heltal	
base-excess fra navlesnorsvene	(0)..1	real	heltal	

[resindb.status.suba] = {RAS01} | [°] Heltalsværdien "-1" kan anvendes i indberetningen (se afs. 11.8.2.6)

NB: Tidspunkter for resultater ikke medtaget i oversigten

11.9 Barselsperioden

Moderens og barnets uafbrudte ophold på barselsgangen efter fødslen kan indgå i fødselskontakterne.

► Vedrørende indlæggelse af moderen efter hjemmefødsel – se afs. 11.5.3.1

11.9.1 Nyfødt som ledsager

Raske nyfødte, der ledsager moderen på barselskontakt efter fødslen, skal ikke indberettes til LPR, men kan registreres på lokal kontakt med {DZ763B} 'Rask nyfødt som ledsager' som aktionsdiagnose. Disse lokale kontakter frasorteres ved indberetning til LPR.

Hvis barnet på barselsgangen skal modtage ydelser, der skal indberettes – fx hørescreening – oprettes en ambulant kontakt på barnet, hvis ikke barnet allerede har en igangværende patientkontakt.

Fødselskontakten kan fortsætte til endelig udskrivning fra barselsopholdet.

11.9.2 Nyfødt barn med klinisk problemstilling

Hvis der under barnets fødsels-barselsperiode opstår mistanke om eller konkret sundhedsfaglig problematik, kan dette varetages under fødselsforløbet så længe, at observation og behandling sker under kontaktansvar på obstetrisk enhed.

Hvis barnet overføres til andet forløbsansvarlig enhed, afsluttes fødselselementet, og der oprettes et **nyt forløbselement** på barnet med relevant forløbslabel forskellig fra 'Nyfødt'.

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.

12 ABORTER

Abort-området, der beskrives for sig selv i dette kapitel, omfatter spontane og provokerede aborter, samt graviditet med patologisk graviditetsprodukt.

- ▶ Se afs. 12.5 vedr. fødsel af barn med livstegn efter abortprocedure

I indberetningen til LPR afspejles et 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'.

En abortdiagnose (afs. 12.3.1) trigger en **resultatindberetning**: 'Abortoplysninger' med oplysninger om svangerskabslængde på starttidspunktet 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

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'.

Anmeldelser af spontane og provokerede aborter til Landspatientregisteret foretages via diagnose- og procedureindberetningerne, samt som supplerende oplysninger via særlig **resultatindberetning**: 'Abortoplysninger'.

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. Anmeldelseskravet er uafhængig af diagnosetypen.

12.2 Anvendte termer og definitioner – aborter

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	kodeliste
<i>abort</i> (<i>abortering</i>)	abortering af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger Kommentar: omfatter spontane og provokerede aborter med svangerskabslængde ≤21+6	
<i>provokeret abort</i>	abortering på baggrund af en <u>sundhedsintervention</u> af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger	
<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"	

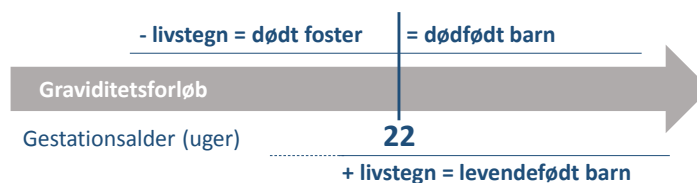
term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	kodeliste
abortdiagnose	diagnosekode der er trigger for resultatindberetningen 'Abortoplysninger'	[diag.abort]
diagnose ved patologisk graviditetsprodukt	Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Abortoplysninger'.	[diag.abort.patogavid]
diagnose ved provokeret abort	Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Abortoplysninger'	[diag.abort.prov]
diagnose ved medicinsk provokeret abort	Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Abortoplysninger'	[diag.abort.prov.medind]
diagnose ved sen provokeret abort	Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Abortoplysninger'	[diag.abort.prov.sen]
diagnose ved spontan abort	Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Abortoplysninger'	[diag.abort.spon]
procedurer ved provokeret abort	Kommentar: kodeliste	[proc.abortprov]
begrundelse for samrådstilladelse	klassificeret angivelse af begrundelse for samrådstilladelse til sen provokeret abortering (efter 12. svangerskabsuge) Kommentar: Ved fødsel af barn med livstegn efter provokeret abortering med samrådstilladelse	[res.samraad]
misdannelsediagnose	Kommentar: SKS-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

► Se også afs. 11.3 om "Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv."

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 levendefødt 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. Ligsynsloven 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 på anmeldelsen af dødfødsel hhv. som bidiagnose(r) på barnets patientkontakt ved levendefødt barn.

12.3.1 Diagnoser ved abortkontakt

Der skal ved abortering anvendes følgende aktionsdiagnoser i følgende 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. Anmeldelsen er uafhængig af diagnosetype.

12.3.1.1 Komplikationer i forbindelse med 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
BKHD4*	Medicinsk abort behandlingskode(r)
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 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 **trigge** den tilhørende **resultatindberetning**: 'Abortoplysninger', og der indberettes relevante behandlingskoder 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'.

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.

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** på starttidspunktet for abortindgrebet hhv. starttidspunktet for spontan abort, samt **misdannelsesoplysninger** ved spontan abort i perioden fra 17. til 22. svangerskabsuge og ved provokerede aborter i perioden fra 13. til 22. svangerskabsuge 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.

Resultatindberetning af svangerskabslængde, oplysninger om misdannelse og eventuel samrådstilladelse:

navn: Abortoplysninger	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		
resultattype	kardinalitet	art	udfaldsrum	regel / kommentar
samrådstilladelse	(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)	0..1	SKSkode	[res.gestald]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] Gestationsalder i (uger+dage)
misdannelsesoplysning	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	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)

12.4.1 Frist for komplet anmeldelse

Hvis der er indberettet en ikke færdiggjort aborts anmeldelse (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.

Kravene til indberetningen er betinget af abort-diagnosekoden. Sammenhængene fremgår af tabellen nedenfor.

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 kvin- dens helbred	obligatorisk
		RGAG03	samrådstilladelse ved graviditet der skyldes omstæn- digheder nævnt i straffeloven	
		RGAG04	samrådstilladelse på grund af arvelige anlæg hos fo- steret	
		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 el- ler 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 be- skikket værge	obligatorisk
		RGAG10	samrådstilladelse med samtykke fra forældre	
		RGAG12	samrådstilladelse trods nægtet samtykke fra forældre	

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]. 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 uændret 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	

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 intenderet svangerskabsafbrydelse

Med baggrund i "Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv." (se afs. 11.3) vil der i sjældne tilfælde kunne opstå situationer, hvor planlagt svangerskabsafbrydelse ikke fører til det forventede kliniske resultat, hvis barnet 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, skal patientkontakten principielt og ideelt set 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 afs. 5.3-5.3.1

Skadekontakter er **akutte somatiske kontakter** med skade eller mistanke om skade som den vigtigste årsag til patientkontakten. Kravene er afgrænset til kontakttypen 'fysisk fremmøde'. Kontaktårsag og tilhørende skadeindberetning anvendes ikke for psykiatriske patientkontakter.

Baggrunden for kontakten angives ved indberetning af **kontaktårsag**. Kontaktårsagen er "**trigger**" for de yderligere krav til indberetning af ydre årsager til skade ved ulykker, selvmordsforsøg/selv mord og voldshandlinger.

Kontaktårsagen 'anden tilsigtet selvskade' (ny i LPR3) anvendes ved selv mutilation (fx "cutter") uden selvmordsforsøg. Denne kontaktårsag medfører ikke yderligere krav til indberetningen.

- ▶ Kontaktårsagerne er nærmere beskrevet under afs. 5.6

Indberetningen af ydre **årsager til skade** foretages ved **resultatindberetningen**: 'Skadeindberetning', der erstatter tidligere tilsvarende krav 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 afdelingerne, indtil indberetningen er færdigudfyldt. Fuld anmeldelse {RAS01} skal foretages **senest 3 dage** efter afslutning af skadekontakten.

Henvisninger til andre afsnit

- ▶ De generelle principper for resultatindberetningen er beskrevet i Kap. 9
- ▶ Kontaktårsagerne er beskrevet under Kontakt i Kap. 5. Kontaktårsag indberettes knyttet til skadekontakten.
- ▶ Diagnoseindberetningens basale principper er beskrevet i Kap. 6
- ▶ Procedureindberetningen er beskrevet generelt i Kap. 7. Der er bla. krav til indberetning af operationer og billeddiagnostiske 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/selv mord.

Bemærk

Dette gælder også specialafdelinger, hvor patienter med skader modtages til akut behandling (kontakt), fx øjenafdelinger og øre-næse-hals afdelinger

Reglerne for de primære skadekontakter tager udgangspunkt i kontaktårsag og kontaktttype, ikke i diagnoser.

13.1.1 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.

13.1.2 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 afdeling, 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'.

13.1.3 Kontaktårsager

Kontaktårsagen angiver den umiddelbare baggrund for den aktuelle kontakt. Der er 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 tilsluttet 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. 5.6

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.

13.1.3.1 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.

Komplicationer 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 uheldsmæssigt udført procedure eller handling, fx ved utilsigtet fejl dosering af lægemiddel.

Ved skade eller mistanke om skade vil kontaktårsagen være ulykke, voldshandling, selvmordsforsøg/selv mord eller anden tilsluttet 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 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 skal klinisk valideres på afslutningstidspunktet for den akutte patientkontakt.

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>anvendt sikkerhedsudstyr</i>	sikkerhedsudstyr anvendt af tilskadekomne ved transportulykke Kommentar: SKS-klassificeret	[res.sikkuds]
<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>produkt (ved skademekanisme)</i>	produkt der er involveret i skademekanisme Kommentar: SKS-klassificeret	[res.skadeprod]
<i>selvmordshandling (selvskadehandling)</i>	hændelse i form af tilsigtet handling der med fortsæt fører til skade på egen person Kommentar: Se dog afgrænsning af selvmordsforsøg i Kap. 7	
<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>sportsaktivitet</i>	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]
<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>trafikanthold for tilskadekomne</i>	tilskadekomnes trafikanthold på tidspunkt for skades opståen Kommentar: SKS-klassificeret. Fx fodgænger, buspassager	[res.trafikrolle]

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	kodeliste
uheldssituation	omstændigheder ved en transportsulykke Kommentar: SKS-klassificeret. Fx eneulykke, modpart i modsat færdselsretning	[res.uheldssituation]

13.3 Ydre årsager til skade – skadeindberetning

For akutte somatiske patientkontakter af typerne 'fysisk fremmøde' med kontaktårsagerne {ALCC02} 'ulykke', {ALCC03} 'voldshandling' og {ALCC04} 'selvmordsforsøg/selv mord' skal der indberettes koder for ydre årsager til skade, som beskrevet i det følgende.

Nedenstående tabel viser en oversigt over alle elementer 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:

Kontaktårsag	Ulykke {ALCC02}	Voldshandling {ALCC03}	Selvordsforsøg/ selv mord {ALCC04}
Skademekanisme [res.skademek] {EUB?}	+	+	+
- produkt {EUY??*}	(+)	(+)	(+)
- modpart ved voldshandling {EUD?}		(+)	
Skadested [res.skadested] {EUG?(?)*}	+	+	+
Stedfæstelse: - X-koordinat (tal) - Y-koordinat (tal) - X,Y-præcision EUZ? - UTM-zone {32/33}	(+)	(+)	(+)
Aktivitet [res.skadeakt] {EUA?*}	+	+	
- sportsaktivitet {EUC??*}	(+)	(+)	
- branche {EUE?*}	(+)	(+)	
Transportform for tilskadekomne [res..tfskadede] {EUP?(?)} ved {EUA0/2} = transportulykke	+		
Transportform for modpart [res.tfmodpart] {EUM?(?)} ved {EUA0/2} = transportulykke	+		
- trafikantrolle for tilskadekomne {EUT?}	(+)		
- uheldssituation {EUU?*}	(+)		
- anvendt sikkerhedsudstyr {EUQ?*}	(+)		

koder angiver obligatorisk niveau;
koder med * kan specificeres
yderligere

+

(+)

obligatorisk indberetning
frivillig indberetning

Der er ingen krav til skadeindberetning ved anden tilsigtet selvskade

13.3.1 Skademekanisme

Skademekanismen angiver den påvirkning, der medfører skaden (skaderne) på personen.

Skademekanisme skal obligatorisk registreres ved **kontaktårsag** {ALCC02} 'ulykke', {ALCC03} 'voldshandling' og {ALCC04} 'selvmordsforsøg/selv mord' efter følgende klassifikation.

Skademekanisme-klassifikationen er fælles for de tre typer af skadehændelser ulykke, voldshandling og tilset selvskade. Ikke alle værdier er dog relevante ved alle skadehændelser.

SKS-kode	Skademekanisme [res.skademek]
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 luftveje, begravet, lav ilttension, 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
EUBX	Anden og ikke specificeret skademekanisme

I forbindelse med skademekanisme er der mulighed for at specificere involveret **produkt** {EUY}, dvs. det produkt eller de produkter, der forårsager skaden på personen.

Mere specificerede kodemuligheder og produktklassifikation {EUY} kan findes i [SKS-Browser](#)

13.3.2 Skadested

Skadested skal obligatorisk registreres ved **kontaktårsag** {ALCC02} 'ulykke', {ALCC03} 'voldshandling' og {ALCC04} 'selvmordsforsøg/selv mord'.

Skadested skal som minimum specificeres ved kodeniveauet angivet i tabellens venstre kolonne.

SKS-kode	Skadested [res.skadested]
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 (EUG66)
EUG6	Forlystelses- og parkområde Inkl: Offentlig legeplads (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 **stedsfæstelse** med X- og Y-koordinater.

13.3.3 Aktivitet

Personens aktivitet på skadetidspunktet skal obligatorisk registreres ved **kontaktårsag** {ALCC02} 'ulykke' og {ALCC03} 'voldshandling'.

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]
EUA0	Lønnet transportarbejde Inkl: Professionel sport, der involverer transportmiddel Ekskl: Transport til og fra arbejde – se EUA2(21)
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
EUA4	Uddannelse Ekskl: Lønnet undervisningsaktivitet – se EUA1, transport til og fra uddannelse – se EUA2(22) 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 (42)
EUA6	Leg og anden fritidsaktivitet
EUA7	Vitalaktivitet
EUA8	Anden aktivitet
EUA9	Aktivitet ikke specificeret

Ved arbejdsulykker er der mulighed for at registrere **branche** {EUE} for den virksomhed, hvor skaderamte er ansat.

I forbindelse med sports- og træningsaktiviteter er der mulighed for at specificere den aktuelle **sportsaktivitet** {EUC}.

Mere specificerede kodemuligheder kan findes i [SKS-Browser](#)

13.3.4 Transportulykker

Under kontaktsag {ALCC02} 'ulykke' skal der ved transportulykker, dvs. **aktivitet** {EUA0} 'Lønnet transportarbejde' og {EUA2} 'Transport' (ikke lønnet), obligatorisk indberettes kode for transportform for tilskadekomne og transportform for modpart med en af hver af følgende koder:

13.3.4.1 Transportform for tilskadekomne

En af følgende koder registreres obligatorisk ved transportulykker:

SKS-kode	Transportform for tilskadekomne [res.tfskade]
EUP1	til fods Inkl: Rulleskøjter, skateboard og lignende 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
EUP3	på knallert
EUP4	på motorcykel
EUP5	i personbil Inkl: i varevogn
EUP7	i lastbil (bus)
EUP8	anden transportform for tilskadekomne
EUP8A	til hest
EUP9	transportform for tilskadekomne ikke specificeret

13.3.4.1.1 Transportform for modpart

En af følgende koder registreres obligatorisk ved transportulykker:

SKS-kode	Transportform for modpart [res.tfmodpart]
EUM0	ingen modpart
EUM0A	kollision med fast genstand Inkl: træ, mur, parkeret køretøj
EUM1	til fods
EUM2	på cykel
EUM3	på knallert
EUM4	på motorcykel
EUM5	i personbil Inkl: i varevogn
EUM7	i lastbil (bus)
EUM8	anden transportform for modpart
EUM8A	til hest
EUM9	transportform for modpart ikke specificeret

Indberetningen ved transportulykker kan suppleres med 'uheldssituation' {EUU}, 'trafikantholdelse for tilskadekomne' {EUT} og 'anvendt sikkerhedsudstyr' {EUQ} – se [SKS-Browser](#) og følgende databeskrivelse.

Transportulykke og skadested {EUG0} 'Offentlig vej og parkeringsområde' definerer **trafikulykke**.

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** ved voldshandling (modpartens relation til tilskadekomne).

Der er herudover mulighed for at specificere involverede **produkter** i forhold til skademekanismen.

Den obligatoriske registrering af skadested kan suppleres med specifik **stedsfæstelse**.

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 arbejds-situation.

Ved vold på arbejdet er der som ved arbejdsulykker mulighed for at registrere **branche** for den virksomhed, hvor skaderamte er ansat.

Ved vold i forbindelse med professionel sport kan der suppleres med specifik angivelse af **sportsaktivitet**.

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 akut-afdeling efter selvmordsforsøg.

Det er oftest en akut somatiske modtagefunktion, der har den primære kontakt. I sjældnere tilfælde kan det dog også være en psykiatrisk afdeling. 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 vejledning⁵ afdelingernes 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.

Hvis afdelingen 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 (inkl. selvmord) skal følgende registreringer af "ydre årsager" foretages for akutte somatiske patienter:

Kontaktårsag	Selvordsforsøg/selvord {ALCC04}	kodeliste
Skademekanisme	EUB?	[res.skademek]
Skadested	EUG?(?)*	[res.skadested]

Der er herudover mulighed for at specificere involveret **produkt** i forhold til skademekanismen.

Den obligatoriske registrering af skadested kan suppleres med specifik **stedfæstelse** (X/Y-kordinater)

13.3.7 Anden tilsigtet selvskade

I indberetningen til LPR3 er der indført en ny kontaktårsag for {ALCC05} 'anden tilsigtet selvskade', som bla. omfatter "cuttere", hvor der jf. WHO's definition (afs. 13.3.6) 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 – se afs. 13.3.6

⁵ (ref) "VURDERING OG VISITATION AF SELVMORDSTRUEDE / Rådgivning til sundhedspersonale", Sundhedsstyrelsen 2007

13.4 Skadeindberetningen (resultatindberetning)

Indberetningen af ydre årsager til skade ved skadekontakter efter ulykke, voldshandling og selvmordsforsøg/selv mord sker i **resultatindberetningen** 'Skadeindberetning'.

Trigger for anmeldelsen er **Kontaktårsag** ved akutte somatiske patientkontakter af typen 'fysisk fremmøde' efter ulykke, voldshandling, selvmordsforsøg/selv mord.

Ved komplet anmeldelse (status {RAS01}) skal alle obligatoriske oplysninger være udfyldt. Kun skadetidspunkt 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.

Skadeindberetningen er skematisk vist i følgende tabel, der også indeholder reglerne for de enkelte delelementer:

navn: Skadeindberetning		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		
Resultattype	kardinalitet	art	udfaldsrum	regel
skadetidspunkt	1	datoTid	tidspunkt	obligatorisk
skademekanisme	(0)..1	SKSkode	[res.skademek]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
skadested	(0)..1	SKSkode	[res.skadested]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
aktivitet	(0)..1	SKSkode	[res.skadeakt]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] OG Kontaktårsag.kode IN kodeliste: [admin.kontaarsag.skade.suba] = ulykke/voldshandling
transportform for tilskadekomne	(0)..1	SKSkode	[res.tfskade]	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	(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)

► Se kommentarer på næste side

ikke obligatoriske oplysninger (valideres kun for kodeliste/værdi(er))				
trafikantrølle for tilskadekomne	0..1	SKSkode	[res.trafikrolle]	ikke obligatorisk (kun relevant ved transportulykke)
uheldssituation	0..1	SKSkode	[res.uheldssituation]	ikke obligatorisk (kun relevant ved transportulykke)
branche	0..1	SKSkode	[res.branche]	ikke obligatorisk (kun relevant ved arbejdsulykker og vold på arbejdsplads)
modpart ved vold	0..1	SKSkode	[res.modpvold]	ikke obligatorisk (kun relevant ved voldshandling)
sportsaktivitet	0..1	SKSkode	[res.sport]	ikke obligatorisk (kun relevant ved aktivitet=sport)
anvendt sikkerhedsudstyr	0..1	SKSkode	[res.sikkuds]	ikke obligatorisk (kun relevant ved ulykke)
X-koordinat	0..1	numerisk	heltal Værdi i intervallet 400000-1000000	stedsfæstelse ikke obligatorisk
Y-koordinat	0..1	numerisk	heltal Værdi i intervallet 6000000-6500000	stedsfæstelse ikke obligatorisk
X,Y-præcision	0..1	SKSkode	[res.stedpraec]	stedsfæstelse ikke obligatorisk
UTM-zone	0..1	numerisk	[32;33]	stedsfæstelse ikke obligatorisk
produkt	0..*	SKSkode	[res.skadeprod]	ikke obligatorisk; flere produkter kan angives

[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.

13.5 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 tilsvaret overdosering af lægemidler medregnes til forgiftning.

- Bivirkninger af lægemidler anvendt i normale terapeutiske doser betragtes ikke som forgiftning – se nærmere under diagnoser Kap. 6

13.5.1 Klassificering

Sygdomsklassifikationen skelner mellem selve **forgiftningen** og de sygdomme/symptomer, der er **følger af forgiftningen**.

Lægemedelforgiftninger er forgiftninger, der opstår ved utilsigtet eller tilsvaret 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 (inklusive 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 Forgiftning som årsag til patientkontakt

Hvis forgiftning er årsag til akut somatisk patientkontakt, anvendes relevant kontaktårsag {ALCC02} 'ulykke', {ALCC03} 'voldshandling' eller {ALCC04} 'selvmordsforsøg/selv mord', og der foretages en komplet skadeindberetning.

- Vedrørende bivirkninger ved normal, terapeutisk dosering – se under diagnoser Kap. 6

13.5.3 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 af (trigges) og dermed kobles til indberetningen af diagnoser, procedurer, kontakter (forskellige typer), kontaktårsager samt forløbsmarkører.

LPR3 er således forberedt til efter nærmere aftale 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 obligatoriske resultatindberetninger (afs. 14.1-5), alle procedure-trigget:

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

Henvisninger til andre afsnit

- Resultatindberetningen er generelt beskrevet i Kap. 9

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 en resultatindberetning af typen: 'Resultat af hørescreening'.

14.1.1 Procedureregistrering ved hørescreening

Hørescreeningen skal obligatorisk registreres med følgende udvalgte procedurekoder:

Procedurekode	Procedurer ^a [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 **■** 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

Resultatet (resultatindberetning) refererer entydigt til den enkelte undersøgelseskode, hvortil den er knyttet.

Kravet gælder for procedurekoder tilhørende kodeliste: [proc.hoerescreen]

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			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		
Resultattype	kardi-nalitet	art	udfaldsrum	regel / beskrivelse
hoerescreen	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'.

Reglerne kan ses i skemaet.

Kravet gælder for procedurekoder tilhørende kodeliste: [proc.inhabil.suba]

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		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			
Resultattype	kardinalitet	art	udfaldsrum	regel / kommentar
begrundelse for indgreb	1	SKSkode	[res.inhabbegrundelse]	obligatorisk
samtykke	1	SKSkode	[res.inhabsamtykke]	obligatorisk
beslutning	1	SKSkode	[res.inhabbeslutning]	obligatorisk
overlæges stillingtagen	(0)..1	SKSkode	[res.inhabstilling]	obligatorisk ved beslutning IN [res.inhabbeslutning.suba] = {BZBB2}

NB: Tidspunkter for resultater ikke medtaget i oversigten

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.

Kravet er kontakt-baseret, dvs. at kravet kun gælder inden for tidsrammen af patientkontakten. Det 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 kontakt begrundet 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 LPR3-indberetningen er procedurekoder (operationskoder) tilhørende:

kodeliste: [proc.opr.komplikat]	
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 er udført. De obligatoriske data valideres ved status 'komplet' {RAS01}. Foreløbig indberetning kan foretages.

► 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?}

Resultatindberetningen 'Kirurgisk komplikationsoplysning' indberettes med følgende oplysninger:

navn: Kirurgisk komplikationsoplysning			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.suba]		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 patient-kontakten med trigger-proceduren		
Resultattype	kardi-nalitet	art	udfaldsrum	regel / beskrivelse
Clavien	1	SKSkode	[res.clavien]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]

[resindb.status.suba] = {RAS01}: komplet indberetning

Bemærk

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.

Komplet indberetning (fuld anmeldelse med status {RAS01}) skal foretages senest 3 dage efter afslutning af patientkontakten med det kirurgiske indgreb (trigger-proceduren).

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 luf-ten" 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. 1333 af 27-11-2017.

Kravene omfatter jf. bekendtgørelsen *ikke*:

- Spiraler (antikonception)
- Skruer og skinner til osteosyntese, herunder 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 indberetning via SEI-systemet (SEI-LPR) eller som sftp-indberetning jf. BEK nr. 1334 af 27-11-2017

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.

Om koderne skal eksplicit 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-lotnummer og/eller serienummer. En unik implantat identifikation kræver mindst en RI-implantatoplysninger – se også 'Antal implantater' (afs. 14.4.4)

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.

14.4.3 Registreringsstandard

Den anvendte standard skal obligatorisk angives i indberetningen.

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 (antal>1).

Hvis der er tale om både indsættelse og fjernelse under samme kirurgiske indgreb, skal dette 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).

Resultatindberetningen 'Implantatoplysninger' skal indberettes med følgende oplysninger (ikke endeligt fastlagt):

navn: Implantatoplysninger			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		
Resultattype	kardinalitet	art	udfaldsrum	regel / beskrivelse
produktnummer	1	char	alfanumerisk	obligatorisk. Kan evt. hentes via skanningsfunktionalitet – se også 'registreringstids-punkt'
batch-lotnummer	0..1 OR serienummer	char	alfanumerisk	obligatorisk enten batch-lotnummer eller serienummer. Begge kan indberettes. Kan evt. hentes via skanningsfunktionalitet – se også 'registreringstids-punkt'
serienummer	0..1 OR batch-lotnummer	char	alfanumerisk	
registreringsstandard	1	char	alfanumerisk - OID description format	obligatorisk. OID description, OID-IRI (Internationalized Resource Identifier) format. Fx GS1: /GS1
antal implantater	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. 14.4.3
registreringstidspunkt	0..1	datoTid	minimum dato%	skal udfyldes, hvis ID er fremfundet ved skanning af implantatets produkt-information
produktionstidspunkt	0..1	datoTid	minimum dato%	frivillig
udløbstidspunkt	0..1	datoTid	minimum dato%	frivillig

[resindb.status.suba] = {RAS01}: komplet indberetning

% hvis kun dato: Indberettes med time:minut:sekund = {00:00:00}

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 (SEI-LPR).

► 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 tidspunktet 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		Indberetning til Landspatientregisteret vedrørende beslutning om anvendelse af tvangsforanstaltninger ved somatisk behandling af varigt inhabil patient		
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		
Resultattype	kardinalitet	art	udfaldsrum	regel / beskrivelse
Begrundelse	1	SKSkode	[res.tvangsbegrund]	Begrundelse for beslutning (se afs. 14.5.1.1)
Behandlingssted	1	SKSkode	[res.tvangsbehold]	Forventet behandlingssted (afs. 14.5.1.2)
Seneste behandlingsdato	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.tvangsbegrund]

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

14.5.1.2 Behandlingssted

Forventet behandlingssted skal indberettes i resultatindberetningen efter følgende klassifikation:

Forventet behandlingssted - kodeliste: [res.tvangsbehsted]

AZAD2A	speciallægepraksis, inkl. almen medicin	
AZAD2B	offentlig sygehussektor	Inkl: Egen afdeling
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 for konkrete tvangsforanstaltning anvendt i somatikken

Følgende procedurekoder for konkrete anvendte tvangsforanstaltninger skal indberettes. Der er ikke yderligere krav i forbindelse med indberetningen af disse procedurekoder.

Procedurekoder skal registreres med proceduretidspunkt 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

"

"Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter"	14
"Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv."	166

A

abort	178
Aborter – indberetning og anmeldelse	177
ABORTER (KAP.12)	177
Abortoplysninger	180
abortprocedure	167; 178
Absentering (fravær uden aftale)	125
Absenteringer i retspsykiatrien	87
ADMINISTRATIVE OPLYSNINGER (KAP.3)	27
Administrative oplysninger i LPR3	28
administrativt CPR-nummer	32
Aflastningsophold	164
Afslutning af forløb	45
Afslutning af udredning – "endeligt udredt"	65
afslutning af udredningen	120
Afslutning af venteperiode i særlige situationer	59
afslutningsmåde	46; 118
Afslutningsmåde for forløbselement	46
Aktionsdiagnose	98
Aktionsdiagnose på barnets fødselskontakt	174
Aktionsdiagnose på moderens fødselskontakt	170
aktionsdiagnose ved genoptræning	114
aktivitet	192
Aktivitet	191
Akut indlæggelse efter hjemmefødsel	168
Akutte patientkontakter	71
anatometisk lokalisering	161
Anden tilset selvskade	194
Andet forløb	118
Andre forløb – startmarkører for forløb uden yderligere markører	62
ANDRE RESULTATINDBERETNINGER (KAP.14)	199
Angivelse af svangerskabslængde ved fødselsindberetning – mor	171
Anmeldelse til Cancerregisteret	150
anmeldelser	131
anmeldelsespligtig sygdom	139; 150
Anmeldelsespligtige diagnoser	151
anmeldelsesstatus	139; 157
Ann Arbor-stadie	161
Anonyme bortadoptioner	167
Ansvarlig enhed – forløbsansvar	38
Ansvarlig enhed (kontaktansvar)	76
Ansvarsniveauer	30
anvendelse af kontrast	114
Anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer	34
Anvendt kontrast	107
Art	98
assistance	113
Assistancer	106

B

barn med livstegn	178; 183
barnets fødselskontakt	173; 174
Barnets fødselskontakt	173
barselsophold	169; 176

Barselsperioden	176
Begrebsanvendelse	19
Begrebsmodel	15
behandling	103
Behandling og procedurevarighed på neonatalområdet	112
Behandlingsstart	83
Beslutning vedrørende personligt alarm- eller pejlesystem	201
Beslutning vedrørende personligt alarm og pejlesystem (resultatindberetning)	201
Betaler	89
Betalingsaftale	89
betalingsoplysninger	18
Betalingsoplysninger	88
bevidstløs patient	86
Bidiagnose	98
bilateral	113
Billeddiagnostik	113
bivirkninger	197
bopælskommune	33
Bopælsoplysninger	33

C

canceranmeldelse	139
Canceranmeldelsen	157
Canceranmeldelsen (resultatindberetning)	154
Cancerregisteret (CAR)	139
CPR-nummer	32

D

DAGS-gruppering	113
definition af selvmordsforsøg	193
definitioner og beskrivelser af anvendte termer	15
delay	135
DEN LOGISKE DATAMODEL (KAP.2)	21
Diagnose senere afkræftet	102
diagnosegrundlag	150; 155; 157; 158; 159
diagnoseindberetning	78
Diagnoseindberetning uden patientkontakt	81
Diagnosekodning ved kontrol (DZ08-09)	100
Diagnose-objektet	97
DIAGNOSER (KAP.6)	95
Diagnoser og abortanmeldelse ved provokeret abort	180
Diagnoser ved abortkontakt	179
Diagnoseregistrering ved hjernedød	91
DRG-gruppering	113
drukning	189
dyrebid	189
død	78
Død inden ankomst	92
Død under kontakt	91
Døde borgere og patienter – døde-kontakter	80
dødfødsel	166; 179
Dødfødsler	166
dødfødt barn	183

E

egenskab	19
eksperimentel behandling	18
eksplosion	189

Elektrokonvulsiv behandling	130
Enheder, der indberetter	17
Enheder, der indberetter til LPR3.....	70
erstatningsnummer	32

F

fald	189
Flere besøg samme dag	77
flerfoldsfødsel.....	169
flernummer	174
flowdiagrammer	15
forbrænding.....	189
forfrysning	189
Forgiftning som årsag til patientkontakt	197
forgiftninger.....	189
Forgiftninger.....	197
forgiftningskoder	197
FORLØB (KAP.4).....	35
Forløb "uden patientrettigheder" med startmarkører for nyt forløbselement.....	62
Forløb for mentalobservation	117
forløbsansvar	46
Forløbsansvar	30
forløbselement.....	13; 15; 47
Forløbselement.....	38
forløbslabel	118
Forløbslabel	44
forløbsmarkører	13; 15
Forløbsmarkører	50
Forløbsmarkører [forloeb.markoer]	55
Forløbsmarkører anvendt i psykiatrien.....	119
Forløbsmarkører for somatiske pakkeforløb	66
Forløbsmarkører og forløbselement.....	41
forløbsmarkører vedrørende patientrettigheder	119
Forløbsspor, flow-diagrammer og indgange til forløb.....	60
formular.....	132
Formål med indberetning til Landspatientregistret	16
forskningsbetalt kontakt eller procedure	18
foster uden livstegn.....	178
fosterpræsentation	174
Fravær i psykiatrien	125
fremmedlegeme.....	189
Frist for komplet indberetning.....	171
Frit valg	49
Frivillig indlagt psykiatrisk patient.....	124
fuld anmeldelse til Cancerregisteret.....	157
Funktionelle lidelser	118
fysio- og ergoterapeutiske ydelser	114
Fysio- og ergoterapeutiske ydelser	114
fysisk fremmøde.....	78; 195
Færdigbehandlet patient.....	59; 67
Færdigbehandlet stationær psykiatrisk patient	125
fødested.....	174
Fødsel af barn efter sen og meget sen svangerskabsafbrydelse med og uden samrådstilladelse.....	172
Fødsel af barn med livstegn efter intenderet svangerskabsafbrydelse	183
Fødsel efter abortprocedure	167
fødsel på vej til sygehus.....	168
Fødsel på vej til sygehus	168
fødselsanmeldelse	166; 178; 183
fødselsdiagnose.....	166
Fødselsforløb over to sygehuskontakter	168
Fødselsindberetning barn	174
Fødselsindberetning mor	170
fødselsindberetningen for nyfødt barn	173
fødselskomplikationer	168

fødselskontakt	169
Fødselskontakter	166
Fødselstidspunkt	174
Fødsler, der er startet i hjemmet, men hvor det ikke slutter som en hjemmefødsel	168
første fremmøde	47

G

Generelle markører for forløb i somatik og psykiatri..	57
Genoptræningsperioder.....	60
genoptræningsplan.....	114
gestationsalder	174; 183
graviditet, fødsel og barsel	164
Graviditet, fødsel og barsel (forløbslabel).....	177
GRAVIDITET, FØDSEL OG BARSEL (KAP.11)	163
Graviditetsforløbet	163
Grundlag for indberetning til Landspatientregisteret..	17

H

Handlingsspecifikation.....	107
Henvissende instans	49
henvissning til psykiatrisk behandling	121
henvissning til psykiatrisk udredning	119
Henvissningsmåde.....	48
Henvissningsoplysninger knyttet til forløbselement.....	47
Henvissningstidspunkt	48
Henvissningsårsag.....	49
henvist til behandling.....	41
henvist til udredning	41
Henviste patienter med uafsluttet vilkår.....	123
herfødt.....	173
hjemmebesøg.....	79
Hjemmebesøg i graviditetsforløbet.....	164
hjemmebesøg og udebesøg.....	124
Hjemmefødsel	80
Hjemmefødsler	168
hjernerød	91
hovedindikationen	99
hudkræft	143
hængning	189

I

igangsættelse	169
Implantatoplysninger (resultatindberetning).....	206
Indberetning af forløbsmarkører	55
Indberetning af komplikationsdiagnose	204
Indberetning af misdannelsesoplysninger i forbindelse med visse aborter	183
Indberetning ved misbrug (DF10-19).....	100
Indberetning vedrørende barnet	174
Indberetning vedrørende moderen	170
indbragt død	92
Indbragte døde	92
Indgange til forløb – startmarkører for forløb	61
Indgreb over for somatiske inhabile patienter.....	34
INDHOLDSFORTEGNELSE	4
Indikation	108
INDLEDNING (KAP.1).....	13
initial behandling.....	66
inkomplet indberetning	135
involverede produkt	189; 193; 194

K

kirurgisk abortindgreb.....	179
-----------------------------	-----

Kirurgisk komplikationsoplysning (resultatindberetning).....	202
Kirurgisk komplikationsregistrering	202
Klassificering af lokalrecidiver	149
Klassificering af metastaser	146
Klassifikation af operationer	113
Klassifikation af radiologiske procedurer.....	114
Klassifikation af sygdomme	98; 181
klemning	189
klinisk forløb	13
klinisk kontrol	100
klinisk vurdering	36; 41; 42; 44; 45
knivstik	189
Knytning af kontakter til forløb.....	41
Kobling af forløb.....	71
Kode (diagnosekode).....	98
Kode (procidurekode)	107
kodelister	14
Kodning af primær kræft	143
kombineret fødsels-/abort-kontakt.....	172
kommunekode	33
komplet indberetning.....	135
komplicerende sygdom	98; 99
komplikation	113
komplikationen	204
komplikationer	99
komplikationsdiagnose.....	204
konceptuel model for LPR3.....	15
Kontakt.....	76
kontaktafslutning	95; 99
Kontaktansvar	31
kontaktdiagnoser.....	95
Kontakttdiagnoser	90
kontaktmodel.....	14
Kontaktrelevante bidiagnoser	128
Kontakttyper	78
kontaktårsag	84; 186; 192
Kontaktårsager.....	83
kontrol	100
Kontrol af rask patient (DZ098P).....	128
kontrolundersøgelse	100
Kræftsygdom i parrede organer	154
Kræftsygdom uden specifikation	144
Kræftsygdomme (forløbslabel).....	139
KRÆFTSYGDOMME OG ANMELDELSE TIL CANCERREGISTERET (KAP.10)	139
Kræftsygdommens udbredelse (stadie)	159
kuld	174
Kvalificering af forløbslabel	45
Kvalificering af resultatindberetning	137
kvælning	189

L

landekode	33
Landspatientregistret	13
leukæmier	143
levendefødt barn	166; 183
livstegn.....	166
logisk datamodel	21
lokalisering	161
lokalrecidiv	98; 139; 148
lymfomer	143
lymfomsygdomme.....	161
lægemiddelbivirkning	101
Længerevarende fravær (med aftale)	125
Længerevarende fravær med aftale i psykiatrien.....	87

M

Makroskopisk diagnosegrundlag	158
Maksimale ventetider	65
maligne melanomer	143
Markører for diagnostisk pakkeforløb	55
Markører for kræftpakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype	56
Markører for specifikke kræftpakkeforløb (KPF)	56
Markører for udrednings- og behandlingsret (somatik og psykiatri)	58
Markører ved national screening for tyk- og endetarmskræft.....	59
maternal request	172
medfødte misdannelser og kromosomanomalier.....	181
medicinsk abort	179
medikamentel behandling.....	103; 114
menneskebid	189
Mentalundersøgelse	126
metastaser.....	98; 139; 142; 144
metastaserings	153
Mikroskopisk diagnosegrundlag	159
mikroskopisk udseende	161
misbrugsdiagnoser	100
misdannelsesoplysninger	183
misdannet foster.....	181
mistanke om forgiftning	197
mistanke om skade	101
mistanke om sygdom	100
model- og kodenære regler	15
moderens fødselskontakt	169; 170
multimorbiditet	99
multipel kræft.....	150
multiple (skader)(frakturer)(sår)(læsioner).....	101
multiple sygdomme	99
multiple triggere.....	156
multiple trigninger	180
Multiple trigninger af samme resultatindberetning ...	137
multiple årsager til akut patientkontakt	86
Multiple årsager til kontakt.....	86

N

Navn for resultatindberetning	135
Neonatal hørescreening	114; 199
NOMESKO	113
non-melanom hudkræft	143
ny anmeldelsespligtig sygdom til Cancerregisteret..	153
nyfødte	49

O

objekt.....	19
Objekt – Resultat.....	136
Objekt – Resultatindberetning	134
Obligatorisk indberetning af procedurer	110
Obligatoriske resultatindberetninger.....	136
Obs. pro (DZ03)	100
Obs. pro (DZ032)	127
obs. pro, kræftsygdom.....	142
Omvisitering i venteperiode	64
onkologiske afdelinger.....	151
Opdatering af diagnoser	142
Operationer	113
opholdsadresse	68
Opholdsadresse og fravær.....	86
Opkvalificering af anmeldelsen	156
Oprettelse af forløbselement	39
Orlov.....	125

overdosering	197
Overflytning med sundhedsperson-ledsaget	
transport	77
Overflytning under fødsel.....	168
overførsel til hospital under igangværende fødsel ...	174

P

pakkeforløb for kræftsygdomme	139
pakkeforløb for psykiatiske patienter	124
pakkeforløbsmarkører for kræftsygdomme	139
paritet.....	169
Paritet	171
passiv periode.....	63; 65
Passivperioder	59
Patienter i psykiatrien med somatiske diagnoser.....	128
patienthotel	92
Patientidentifikation.....	32
patientkontakt.....	15
PATIENTKONTAKTER (KAP.5)	69
Patientoplysninger	32
Patientorlov	87
periodemarkør.....	51
Personalekategori	109
Postmortem kontakt.....	91
primær kræftsygdom.....	143
Prioritet	82
private sygehuse og klinikker	17
Procedure uden patientkontakt	106
Procedureansvar.....	31
Procedureindberetning ved provokeret abort.....	180
Procedure-objektet.....	107
PROCEDURER (KAP.7)	103
procedurer ved udredning og behandling ved	
kræftsygdomme.....	139
Procedurer ydet under kontakt.....	91
Procedureregistrering ved hørescreening.....	199
Producent	109
Provokeret abort	179
præhospital	79
Præhospital.....	79
PSYKIATRI (KAP.8).....	115
psykiatrisk aktionsdiagnose	127
Psykiatiske diagnoser	126
Psykiatiske forløb.....	117
Psykiatiske kontakter	72
psykiatiske patienter	115
Psykiatiske patientkontakter	124
Psykiatiske procedurer	129
Psyisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse afkræftet	
(DZ032X)	128
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser.....	124
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser'	118

R

radiologisk undersøgelse (DZ016)	114
radiologiske afdelinger	151
radiologiske procedurer	113
Rask nyfødt.....	92
Raske forsøgspersoner, forskningspatienter og	
procedurer betalt af forskningsmidler	18
Raske ledsagere	92
raske nyfødte	176
Reference-ID (refID) og referencetype (reftype)	42
reoperation.....	113
Reoperationer	113
Resultat af hørescreening (resultatindberetning)	199

resultatindberetning.. 15; 112; 141; 163; 180; 195; 199;	
.....	201; 202
RESULTATINDBERETNING (KAP.9)	131
resultatindberetningsspecifikationer (RI-specs).....	15
Resultattype	136
Resultatværdi	136
Retslige vilkår	122
retspsykiatiske patienter.....	125
Revision af tidligere anmeldt diagnose	154
røgforgiftning	189

S

Sammenhæng mellem forløbselementer	50
samrådstilladelse.....	183
Samrådstilladelse	182
Samtidige fremmøder	79
Samtykke til behandling (maksimale ventetider)	66
screening.....	114
Screeninger	101
seksuelt overgreb	85; 193
sekundær operation	113
sekundære kontakter efter skade	186
selvmord.....	194
selvmordsforsøg.....	86
Selvmordsforsøg	193
selvmutilation.....	85
selvtilføjet skade.....	129
Sene provokerede aborter.....	179
Sene spontane aborter	179
serviceafdeling	40; 78
sideangivelse.....	114; 161
Sideangivelse	98; 107
Skadediagnoser (DS-DT)	101
skadeindberetning (resultatindberetning)	195
Skadeindberetning ved skade som følge af	
ulykker, voldshandlinger og selvmordsforsøg	86
Skadekontakter	185
Skademekanisme.....	189
SKADER (KAP.13)	185
Skadested	190
Skift af forløbsansvar.....	42
SKS-koder og kodelister.....	20
slutregistrering.....	99
Sluttidspunkt (procedure)	109
Sluttidspunkt for kontakt	83
snit	189
solforbrænding	189
Somatisk indlæggelse af indlagt psykiatrisk patient	
.....	87; 125
SOR	3
Specialer og faggrupper	17
specialiseret rehabilitering og specialiseret	
genoptræning.....	67
Specialiseringsniveau.....	90
stadie.....	150
start af behandling	121
start af den kliniske udredning.....	120
startmarkør	41; 45; 119
Starttidspunkt (procedure)	109
Starttidspunkt for barnets fødselskontakt	174
Starttidspunkt for kontakt.....	82
Starttidspunkt for moderens fødselskontakt	169
Starttidspunkter for fødselskontakter	83
Status for resultatindberetning.....	135
stedfæstelse	190
sundhedsfaglige aktiviteter	113
sundhedsperson.....	79
Sundhedspersoner	70

Sundhedsvæsenets Organisations Register (SOR).....	3
svangerskabslængde	179
svangrekontroller	163
Svangrekontroller	163
sygdom	84; 186
symptomdiagnose	99
Særlig markør for kræftforløb uden pakke	57
Særlige krav (procedurer) ved kræftsygdomme	112

T

takstgivende ydelser	113
telefonkonsultation	164
terminale patienter	67; 92
Tidsmæssige krav til resultatindberetninger	135
Tilbageholdelse og tilbageførsel af inhabil patient	34
Tilsigtet selvskade og voldshandlinger i forbindelse med psykiatriske patient-kontakter	128
TNM-stadie	157
transportform for modpart	192
transportform for tilskadekomne	192
transportulykke	192
Transportulykker	192
Triggere 83; 102; 112; 131; 135; 177; 195; 200; 201; 206	
Triggere og tidsmæssige krav til anmeldelse – indberetning ved flere kontakter, der trigger den samme anmeldelse	156
tumorer af usikker og ukendt karakter	152
Tvangsforanstaltning (resultatindberetning)	209
Typer af forløbsmarkører	51

U

Udarbejdelse af genoptræningsplan	114
udebesøg	79
udekontakt	78; 79; 124; 130
udfaldsrum	19
Udlevering af opfølgingsplan	66
Udlevering af udredningsplan	65
udredningsplan	65; 119
udredningsret	116; 117
Udredningsretten	65
Ukendt primær kræftsygdom	144
ulykke	86; 192

undersøgelse	103
Undtagelser fra anmeldelsespligt	151

V

Valg af kontaktårsag	186
Validering af anmeldelsesstatus	156
Validering af samhørende diagnosekoder og T-værdier	156
Ventetid til behandling	65
Ventetid til udredning	63
Ventetidsoplysninger	63
Viderevisiteret skade-patient	185
Vilkår i psykiatrien	121
Vilkår med tvangsforanstaltninger	123
virtuel kontakt	78
Virtuel kontakt	80
Virtuelle kontakter	164
visitationspatienter	91
Visitationspatienter	91
vold på arbejdet	193
voldshandling	86
Voldshandlinger	193
voldshændelse	129

X

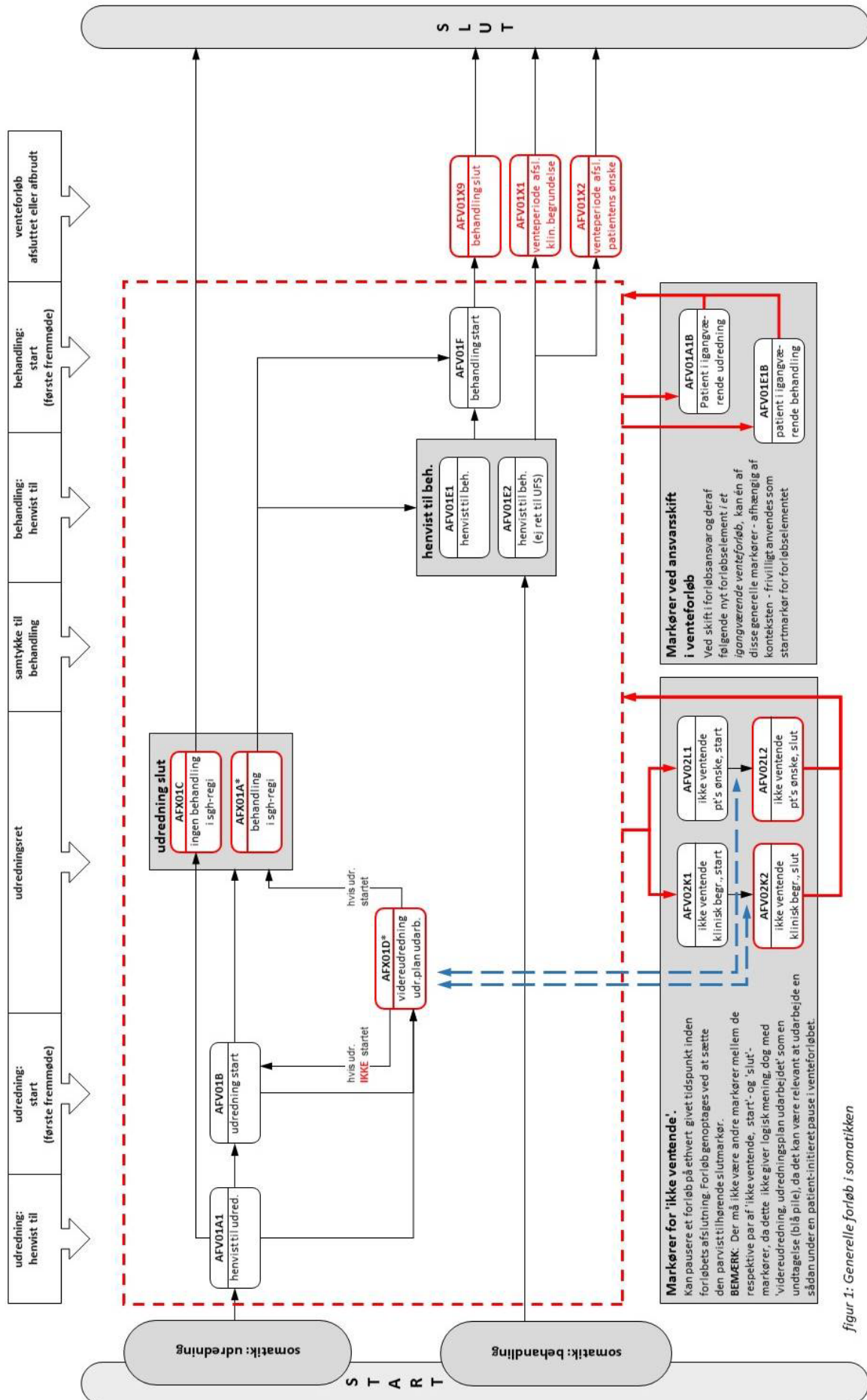
X- og Y-koordinater	190
---------------------------	-----

Y

Ydelse uden samtidig patientkontakt	93
Ydelser til afdøde	107; 111
Ydelser til ambulante psykiatriske patienter	130
Ydelser til indlagte psykiatriske patienter	130
Ydelser til pårørende	107
Ydelser til pårørende til patient	93
ydre årsager til skade	83; 186; 188; 193; 194
Ydre årsager til skade – skadeindberetning	188

Æ

Ændringer og fornyelser i Landspatientregisteret	18
--	----



figur 1: Generelle forløb i somatikken