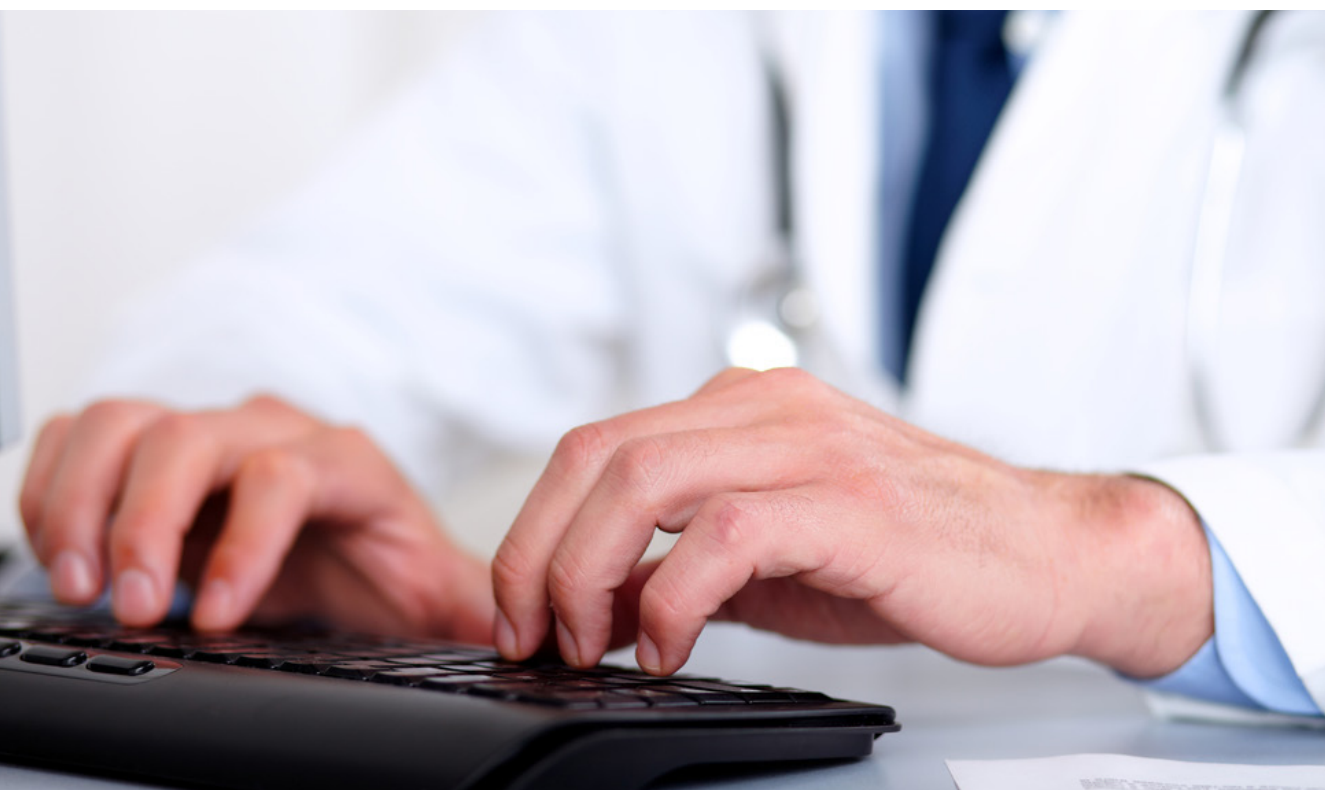




FÆLLESINDHOLD FOR BASISREGISTRERING AF SYGEHUSPATIENTER

Vejledningsdel



2015-1

Koordinationsgruppen for
individbaseret patientregistrering

24. udgave af Rapport nr. 6

Fællesindhold 2015-1 / Vejledningsdel

Forfatter: Statens Serum Institut
Udgiver: Statens Serum Institut
Ansvarlig institution: Statens Serum Institut
Copyright: Statens Serum Institut
Version: 2015-1-VEJL (januar 2015)
Versionsdato: 20141204
Format: PDF

FORORD

"Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2015, Vejledningsdel", version 2015-1 er 1. udgave af Fællesindholdet 2015 gældende fra 1. januar 2015.

Pr. 1. januar 2015 bortfalder de særlige krav til registrering af tidsforbrug ved ambulante besøg samt personale-involvering ved ambulante besøg i børne- og ungdomspsykiatrien.

Pr. 1. januar 2015 træder en ny bekendtgørelse (BEK nr. 1088) med tilhørende bilag og vejledning (VEJ nr. 9759) i kraft. Dette indeholder bla (Bilag 1) nye "Niveauer af genoptræning og rehabilitering".

Siden 1. september 2014 er det i forbindelse med Udredningsretten obligatorisk at indberette procedurerekode(r) ved psykiatriske patientkontakter - se vejledning på Fællesindholdets hjemmeside.

Der er ved patientkontakter som led i screening for kolorektal-kræft (CRC) krav om indberetning via LPR af supplerende oplysninger. Der henvises til regionernes registreringsvejledning vedr dette.

I forhold til seneste version (2014-2) er der følgende væsentlige justeringer og ændringer:

- **Kap 1 Indledning**
Nyt afsnit 1.4 om indberetning til kliniske kvalitetsdatabaser via LPR indsat
- **Registrering af hjernedøde – afs 4.5**
Nyt afsnit 4.5 indsat under kapitlet for indlagte patienter. Teksten flyttet fra Kap 9 og justeret lidt
- **Multiple årsager til akut patientkontakt – afs 6.2.1**
Tekstafsnittet (uændret) flyttet fra afs 7.1.2
- **Kap 8 Psykiatri**
De særlige krav (afs 8.7) til indberetning af administrativ kode (AAF22) og tidsforbrug ved ambulante besøg samt personale-involvering ved ambulante besøg i børne- og ungdomspsykiatrien udgår fra 1. januar 2015. Dette omfatter også krav beskrevet i forbindelse med "ambulante ydelser uden besøg"
- **Afs 10.6 Genoptræning**
Afsnittet er helt nyskrevet efter de nye kategorier for genoptræning og rehabilitering
- **Afs 10.7 Neonatal hørescreening**
 - der er sket justeringer i kravene til resultat-indberetning ved neonatal hørescreening, idet der var krav til resultat ved visse procedurer, hvor det ikke giver klinisk mening
 - proceduretabellen (afs 10.7.2) angiver nu kun det obligatoriske minimums indberetningsniveau
- **Afs 10.12 Telemedicinske ydelser**
Tydeliggørelse af, at der kun må indberettes ambulant besøgsdato på dagen, hvis patienten også møder på sygehuset til ambulant besøg, eller der er et hjemmebesøg på samme dato
- **Kap 12 Graviditet**
 - kapitlet om svangerskab, fødsler, aborter og misdannelser omdøbt til det kortere "Graviditet", og kapitlet er enkelte steder i afsnittene justeret strukturelt og sprogligt
 - nyt afsnit 12.4 om registreringer for mor og barn i barselsperioden indsat
- **Kap 13 Anmeldelse til Cancerregisteret**
 - nyt underafsnit 13.2.1 indsat vedr undtagelser til anmeldelsespligt for onkologiske og radiologiske afdelinger jf nyeste bekendtgørelse
 - ny diagnosekoder for (DC800) "Primær kræftsygdom uden kendt lokalisation" samt (DC799) "Sekundær kræftsygdom uden kendt lokalisation" medtaget i oversigten i afs 13.1.1

Denne publikation (pdf) bliver løbende vedligeholdt i takt med nødvendige og vedtagne ændringsønsker. Ændringshistorikken kan ses under [Patientregistrering](#)

Indholdsfortegnelse

FORORD	3
Indholdsfortegnelse	4
1 INDLEDNING	9
1.1 Private sygehuse og klinikers indberetning til Landspatientregisteret	9
1.2 Fællesindholdet	9
1.3 Formål med indberetningen	10
1.4 Indberetning til kliniske kvalitetsdatabaser	10
1.5 Diverse forklaringer	10
1.5.1 Symbolforklaring	10
1.5.2 Anvendte forkortelser	11
1.5.3 Hvor findes yderligere materiale	11
2 KONTAKTMODELLEN	13
2.1 Værdisæt	14
2.2 Arbejdsgange	14
3 HENVISNINGS- OG VENTEPERIODE	15
3.1 Ventestatus	16
3.2 Vejledning til registrering	17
3.2.1 Henvissningsdato	17
3.2.2 Henvissningsdiagnose	17
3.2.3 Henvissningsmåde	17
3.2.4 Afslutningsmåde	18
3.2.5 Kobling af ventetid	19
3.2.6 Kobling af kontakter til venteforløb	19
3.3 Afslutning af ambulant udredningskontakt	21
3.4 Ydelser i henvisningsperioden	21
3.5 Udredningsretten jf Sundhedsloven	22
3.6 Patienten melder afbud	22
3.7 Omvisitering	22
3.8 Ændring af stamafsnit efter start af udredning	23
3.9 Behandlingsmodning og betænkningstid	23
3.10 Kontrolpatienter	23
3.11 Gravide og fødende	24
3.12 Ventetid på grund af andet afsnit	24
3.13 Nødvendig udredning/behandling for en anden tilstand	24
3.14 Ventende pga manglende oplysninger	25
3.15 Ikke ventende, under behandling	25
3.16 Oplysninger om henvisningsperioder og venteperioder, der medtages ved indberetning til LPR	25
4 INDLAGTE PATIENTER	27
4.1 Assistancer	28
4.2 Indlagt patient på patienthotel	28
4.3 Hjemmebesøg og udebesøg	28
4.4 Færdigbehandlet patient	28
4.4.1 Terminale patienter	29
4.5 Registrering af hjernedød	30

4.6	Oplysninger om indlagte patienter, der medtages ved indberetning til LPR	30
4.7	Afslutning af indlæggelseskontakt	32
5	AMBULANTE PATIENTER	33
5.1	Hotelpatient	34
5.2	Sundhedsfagligt uddannet personale	35
5.3	Afgrænsning af ambulant patientkontakt	35
5.3.1	Afslutning af ambulante patientkontakter	35
5.3.2	Kontrolpatient	36
5.3.3	Væsentlig ændring af aktionsdiagnosen	36
5.3.4	Recidiv af sygdom	36
5.3.5	Genoptræning	36
5.4	Hjemmebesøg og udebesøg	37
5.5	Oplysninger om ambulante patienter, der medtages ved indberetning til LPR	38
5.6	Afslutning af ambulant patientkontakt	40
6	DEN AKUTTE PATIENTKONTAKT	41
6.1	Den akutte ambulante patientkontakt	41
6.1.1	Varighed af den akutte ambulante patientkontakt	41
6.1.2	Akut besøg i eksisterende ambulant patientkontakt	41
6.2	Kontaktårsag ved akutte somatiske patientkontakter	41
6.2.1	Multiple årsager til akut patientkontakt	42
6.3	Skaderegistrering	42
6.4	Ydelsesregistrering	42
6.4.1	Udlevering af medicin, receptfornyelse mm	42
6.5	"Indbragte døde"	42
6.5.1	Diagnosekoder anvendt ved patienter, der erklæres døde på akut patientkontakt	43
7	SKADEREGISTRERING	45
7.1	Kontaktårsag	45
7.1.1	Kontaktårsag 7	48
7.2	Indberetning af ydre årsager til skade ved ulykker, voldshandlinger og selvmordsforsøg	48
7.2.1	Skademekanisme	51
7.2.2	Aktivitet	52
7.2.3	Skadested	53
7.2.4	Transportulykker	53
7.3	Indberetning af voldshandlinger	54
7.3.1	Voldshandling på arbejdet	55
7.4	Indberetning af selvmordsforsøg	55
7.5	Forgiftninger	56
7.5.1	Klassificering	56
7.5.2	Forgiftning som årsag til patientkontakt	56
7.5.3	Supplerende kodning	56
7.5.4	Lægemiddelforgiftninger	57
7.5.5	Forgiftninger med psykoaktive stoffer	57
8	PSYKIATRI	59
8.1	Diagnoseregistrering	59
8.2	Elektroshockbehandling	59
8.3	Retslige forhold	61
8.4	Selv mord, selvmordsforsøg og voldshandlinger under igangværende psykiatrisk kontakt	61
8.5	Indlagt psykiatrisk patient	61
8.5.1	Fysio- og ergoterapeutiske ydelser	62
8.5.2	Fravær	62
8.5.3	Absenteringer i retspsykiatrien	62

8.6	Ambulant psykiatrisk patient	63
8.6.1	Akut ambulant psykiatrisk patientkontakt	64
8.7	Ambulante psykiatriske ydelser	64
8.7.1	Ambulante besøg	64
8.7.2	Dagbehandling	65
8.7.3	Hjemmebesøg og udebesøg	65
8.7.4	Ambulante ydelser uden besøg	66
9	REGISTRERING AF DIAGNOSER	67
9.1	Generelle registreringsprincipper	67
9.1.1	De basale principper	67
9.1.2	Slutregistrering	68
9.2	Diagnosearter	68
9.2.1	Aktionsdiagnosen	68
9.2.2	Relevante bidiagnoser	69
9.2.3	Henvisningsdiagnose	69
9.2.4	Komplicationer til undersøgelse og behandling	70
9.3	Tillægskodning	70
9.4	Særlige regler vedrørende diagnoseregistrering	71
9.5	Særlige kode- og registreringsprincipper	71
9.5.1	"Obs. pro"- diagnoser	71
9.5.2	"Anamnese med..."	72
9.5.3	Diagnosekodning ved kontrol	73
9.5.4	Registrering ved misbrug	73
9.5.5	Lægemiddelbivirkninger	73
9.5.6	Klassificering af skader (skadediagnoser)	74
9.5.7	Screeninger	75
10	REGISTRERING AF PROCEDURER	77
10.1	SKS-hovedgrupper	78
10.1.1	Behandlings- og plejeklassifikation	78
10.2	Indberetningsstruktur	78
10.3	Assistancer	78
10.4	Operationsregistrering	79
10.4.1	Angivelse af operationsart	79
10.4.2	Reoperationer	79
10.4.3	Sekundære operationer	79
10.5	Indberetning af fysio- og ergoterapeutiske ydelser	80
10.6	Genoptræning	80
10.6.1	Udarbejdelse af genoptræningsplan	81
10.6.2	Udførelse af genoptræning og rehabilitering på sygehus	81
10.7	Neonatal hørescreening	82
10.7.1	Diagnoseregistrering i forbindelse med hørescreening	82
10.7.2	Procedureregistrering ved hørescreening	83
10.8	Hjemmebesøg	84
10.9	Udebesøg	84
10.10	Registrering af andre procedurer	84
10.10.1	Radiologiske ydelser	84
10.10.2	Andre ydelser	85
10.10.3	Medikamentel behandling	86
10.10.4	Behandlinger ved kræftsygdomme	88
10.11	Ambulante ydelser	88
10.11.1	Registrering af kliniske ydelser	88
10.11.2	Ydelser af administrativ karakter	88
10.12	Telemedicinske ydelser	89
10.12.1	"Indirekte ydelser"	89
10.12.2	Telefonkonsultation	90

10.13	Tillægskodning	90
11	KOMPLIKATIONER TIL UNDERSØGELSE OG BEHANDLING	93
11.1	Klassificeringsprincipper (WHO)	93
11.2	Særlig fokus på tidlige postoperative komplikationer	93
11.2.1	Udvalgte definitioner	94
11.2.2	Komplikation som årsag til patientkontakt	95
12	GRAVIDITET	97
12.1	"Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv." - og konsekvenser heraf	98
12.2	Svangerskab	98
12.2.1	Registrering ved svangrekontroller	98
12.3	Indberetning af fødselsoplysninger	103
12.3.1	Fødselsanmeldelser	103
12.3.2	Dødfødsel	103
12.3.3	Fødsler, der indberettes fra sygehus	103
12.3.4	Fødsel på vej til sygehus	104
12.3.5	Hjemmefødsel	104
12.3.6	Obligatoriske fødselsoplysninger, moderens fødselskontakt	105
12.3.7	Obligatoriske fødselsoplysninger, barnets fødselskontakt	106
12.3.8	Fødselsforløb over to sygehuskontakter	107
12.4	Barselsperioden	108
12.4.1	"Raske nyfødte"	108
12.4.2	Nyfødt barn med klinisk problemstilling	108
12.5	Aborter	108
12.5.1	Spontan abort	109
12.5.2	Provokeret abort	109
12.5.3	Abortprocedure, der resulterer i barn med livstegn	110
12.5.4	Abortprocedure udført efter fulde 22 svangerskabsuger	111
12.5.5	Tidlig spontan fødsel	112
12.6	Misdannelser	112
12.7	Angivelse af svangerskabslængde	113
13	ANMELDELSE TIL CANCERREGISTERET	115
13.1	Klassificeringsprincipper (WHO)	115
13.1.1	Kodning af primær kræft	116
13.1.2	Kodning ved metastaser	117
13.1.3	Kodning ved lokalrecidiv	117
13.1.4	Flere kræftsygdomme (multipel kræft)	117
13.2	Anmeldelsespligtig sygdom	118
13.2.1	Undtagelser fra anmeldelsespligt	118
13.2.2	Anmeldelsespligtige diagnoser	118
13.2.3	Registrering og indberetning af anmeldelsespligtig sygdom	121
13.2.4	Kodning (Obs. pro) under udredning for anmeldelsespligtig sygdom	123
13.2.5	Udvikling i en anmeldelsespligtig sygdom	124
13.2.6	Kontakter, der ikke omfatter diagnostik, behandling eller kontrol	127
13.2.7	Kontrol	128
13.3	Indberetning af anmeldelsesstatus ved anmeldelsespligtige sygdomme	129
13.3.1	Fuld anmeldelse	129
13.3.2	Beskrivelse af de enkelte anmeldelsesstatus	130
13.3.3	Validering af statuskode for afsluttede patienter	132
13.3.4	Komplikationer eller hændelser, der relaterer sig til en anmeldelsespligtig sygdom	132
13.4	Yderligere registreringer ved anmeldelse af ny sygdom - anmeldelsesstatus AZCA1	133
13.4.1	Stadie	133
13.4.2	Diagnosegrundlag	137
13.4.3	Sideangivelse	138
13.4.4	Anatomisk lokalisation	139

13.5	Eksempler på fuld anmeldelse	140
13.6	Revision af tidligere anmeldt diagnose	141
13.7	Procedureregistrering ved anmeldelsespligtig sygdom	141
14	PAKKEFORLØB	143
15	DEFINITIONER OG BESKRIVELSER TIL PATIENTREGISTRERINGEN	145
15.1	Organisatoriske begreber	145
15.2	Administrative begreber	146
15.3	Henviſning og venteperiode	149
15.4	Indlæggelseskontakter	151
15.5	Ambulante kontakter	151
15.6	Kliniske termer	152
15.7	Diagnoseregistrering	153
15.8	Procedureregistrering	154
15.9	Komplikationsregistrering	156
15.10	Psykiatri	156
15.11	Graviditet mv	157
15.12	Kræft	158
15.13	Skaderegistrering	159
15.14	Genoptræning	159
	Stikordsregister	160

1 INDLEDNING

Baggrund for publikationen

"Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" (Fællesindholdet) udgives af Statens Serum Institut.

Fællesindholdet indeholder vejledning og regler for indberetning af data til Landspatientregisteret. Fællesindholdet er delt i to dele - en vejledningsdel rettet mod de registrerende slutbrugere ude på sygehusene, og en mere teknisk del rettet mod softwareleverandører og andre, der udvikler de patient-administrative systemer.

Kravene til indberetningen til Landspatientregisteret vedtages af "Koordinationsgruppen for individbaseret patientregistrering". Gruppens medlemmer er udpeget af de enkelte regioner, som hver har 3 repræsentanter. Desuden har Danske Regioner, KL, National Sundheds-it (NSI), Brancheforeningen for privathospitaler og klinikker (BPK), Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), Ministeriet for sundhed og forebyggelse og Statens Serum Institut repræsentanter i gruppen.

1.1 Private sygehuse og klinikkers indberetning til Landspatientregisteret

Private sygehuse og klinikker er forpligtede til at indberette oplysninger om lægelig behandling af patienter til LPR efter reglerne i "Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister af patienter behandlet på private sygehuse eller klinikker" (Bekendtgørelse nr. 1073 af 6. september 2007).

Oplysninger om lægelig behandling af patienter skal indberettes til Landspatientregisteret, uanset om disse patienter er henvist fra offentlige sygehuse, selvbetalere eller forsikringsbetalte. Der skal dog ikke foretages anmeldelse til Landspatientregisteret af lægelig patientbehandling, der er omfattet af overenskomster på praksisområdet.

Private sygehuse og klinikker skal indberette til Landspatientregisteret efter de gældende regler, som er beskrevet i "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter", suppleret med oplysning om betalerforhold men undtaget klokkeslæt for procedurer, klokkeslæt for kontaktstart samt udskrivningstime.

1.2 Fællesindholdet

Ved fastlæggelse af Fællesindholdets krav for indberetning af indlagte og ambulante patienter er der taget hensyn til de erfaringer, der er høstet under arbejdet med registreringerne på lokalt plan og i Landspatientregisteret (LPR) siden registerets start i 1977, samt i Det Psykiatriske Centralregister siden 1969.

Registreringsgrundlaget for henholdsvis indlagte og ambulante patienter er gjort så ensartet som muligt. Endvidere er afgrænsningen af Fællesindholdet foretaget under hensyntagen til "Definitioner til patientregistrering".

Fællesindholdets opbygning

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

Vejledningsdelen

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

I vejledningsdelen findes også et kapitel med definitioner på de anvendte begreber - se Kap 15

Den tekniske del

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

1.3 Formål med indberetningen

Fællesindholdet er de oplysninger, der er fælles for de lokale patientregistreringssystemer og LPR. LPR ajourføres ved dataoverførsel fra de lokale patientregistreringssystemer. Fællesindholdet binder således LPR og de lokale patientregistreringssystemer sammen med nogle basale data, men Fællesindholdet forhindrer ikke sygehusene i at registrere flere oplysninger i de lokale registreringssystemer.

LPR har ikke alene givet en arbejdslettelse på sygehusene men også et væsentligt bedre grundlag for sygestatistikken, som i højere grad end tidligere kan anvendes i sundhedsplanlægningen og den løbende administration. LPR har tillige betydet, at medicinske forskningsprojekter kan baseres på en større mængde materiale end tidligere, enten ved direkte brug af patientdata evt. sammen med data fra andre kilder eller ved at bruge patientregistreringen til udtagning af repræsentative stikprøver.

Det er yderst vigtigt, at indberetningen af data til LPR bliver så ensartet og korrekt som muligt, idet LPR anvendes i mange sammenhænge til analyse af sygehusenes aktiviteter og resultater.

Ensartet patientregistrering har muliggjort opgørelser af kommunernes sygehusforbrug baseret på oplysninger om den enkelte patients bopælskommune (forbrugsstatistik). Statistikken supplerer den traditionelle aktivitetsstatistik baseret på oplysninger om sygehusenes produktion.

Forbrugsstatistikken kan i modsætning til aktivitetsstatistikken sættes i relation til en veldefineret befolkning, hvilket giver mulighed for standardberegninger, som korrigerer for forskelle i befolkningens køns- og alderssammensætning. Forbrugsstatistikken giver endvidere mulighed for fremskrivninger, hvorved man kan beregne konsekvensen af den fremtidige befolkningsudvikling på sygehusforbruget.

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

Samtidig får LPR en stadig større rolle i arbejdet med kvalitetsudviklingen af sygehusvæsenet. I nogle specialer i højere grad end andre. Det er en realistisk vision, at LPR i de kommende år vil finde yderligere direkte anvendelse i kvalitetsarbejdet.

1.4 Indberetning til kliniske kvalitetsdatabaser

Det er jf 'Bekendtgørelse om indberetning af oplysninger til kliniske kvalitetsdatabaser m.v.' (BEK 1725 af 21/12/2006) obligatorisk at indberette oplysninger til de godkendte kliniske kvalitetsdatabaser. Dette gælder i forhold til LPR således også for de for databaserne relevante oplysninger, der indhentes via LPR.

1.5 Diverse forklaringer

1.5.1 Symbolforklaring

I kodelisterne anvendes følgende symboler - jokertegn - i koderne, herunder i forhold angivelse af krav til specifik kodelængde og mulige kodelængder:

?	angiver, at kodepladsen skal udfyldes efter gældende klassifikation
*	angiver, at kodepladsen og de eventuelt følgende pladser kan udfyldes efter gældende klassifikation

Eksempel - skademekanisme: EUB?*, der skal registreres mindst 4 karakterer; der kan registreres mere detaljeret (se klassifikation).

Eventuelle krav knyttet til specifikke koder - fx om yderligere tillægskodning - referer altid til det obligatoriske niveau. Det samme krav gælder også for de underordnede koder til den kravsificerede kode, der altså nedarver kravet.

1.5.2 Anvendte forkortelser

Følgende forkortelser er anvendt i denne publikation:

LPR	Landspatientregisteret
SSI	Statens Serum Institut
SST	Sundhedsstyrelsen
DRG	Diagnoserelateret gruppering anvendes til afregning af stationære patienter
DAGS	Dansk Ambulant Grupperings System anvendes til afregning af ambulante patienter
NCSP	Nordisk operationsklassifikation (NOMESKO)

1.5.3 Hvor findes yderligere materiale

Der er en række henvisninger fra denne publikation til andre kilder, især på forskellige hjemmesider.

Disse steder er for at holde henvisningerne korte og læsevenlige angivet i publikationens tekst med følgende betegnelser:

Betegnelse	findes her
SSI's hjemmeside	www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Indberetning%20og%20patientregistrering
Patientregistrering	www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Indberetning%20og%20patientregistrering/Patientregistrering%20-%20Faellesindhold
Fællesindholdet	under 'Patientregistrering'
Vejledning for specialer og fagområder	under 'Patientregistrering'
SKS-Browser	medinfo.dk/sks/brows.php
Sygehus-afdelings-klassifikation	www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/National%20Sundheds-it/TerminologiOgKlassifikationer/SHAK
Pakkeforløbs-beskrivelser	Kræftområdet og hjerteområdet: Søg på "pakkeforløb" på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk
Monitorering	www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsvaesenet%20i%20tal/Monitoreringer
Psykiatrisk registreringsvejledning	under 'Vejledning for specialer og fagområder'
Skaderegistrering	under 'Patientregistrering'
Skadevejledning	under 'Skaderegistrering'
e-Sundhed	www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsvaesenet%20i%20tal/eSundhed
DRG	www.drg.dk
VisualDRG	under 'DRG'
Medicin	www.medicin.dk
Kodekatalog for fysioterapi	fysio.dk/Upload/graphics/PDF/SKS/SKS_kodekatalog_januar_09.pdf

Betegnelse	findes her
Kodekatalog for ergoterapi	www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/FAG_FORSKNING/LPR/LPR_jan09.pdf
Jordemødrenes registreringsskema	www.jordemoderforeningen.dk/fag-forskning/jordemoderydelser-skal-kodes NB: opdateres løbende ved behov
Obstetrisk registreringsskema	under www.dsog.dk NB: opdateres løbende ved behov

Kildestederne er markeret med underlinjering i teksten fx Patientregistrering

Vejledningsdel

2 KONTAKTMODELLEN

Indberetning af individbaserede patientdata til LPR sker i form af patientkontakter.

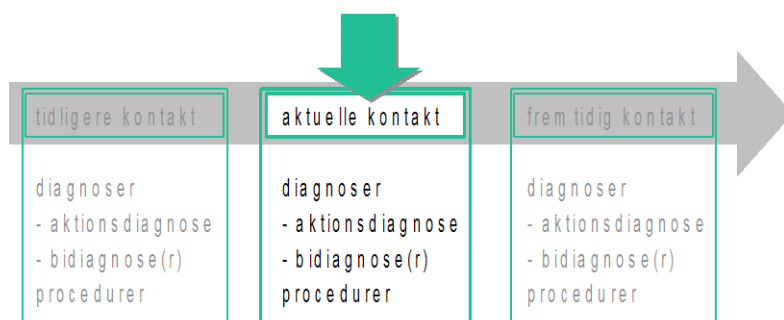
Ved en patientkontakt forstås:

- en indlæggelse
- en ambulant kontakt (besøg og ydelser)

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

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

Figur 2 Kontaktmodellen



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

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

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

En patient må maksimalt samtidig have en (1) åben indlæggelseskontakt og en (1) åben ambulant kontakt for samme sygdom under samme (over)afdeling ad gangen, med mindre der er tale om tvangstilbageholdelser, se afs 8.5

En sammenhængende "ambulant kontakt" kan bestå af såvel ambulante besøg som ydelser, der er udført uden besøg, og kan strække sig over lang tid. Aktionsdiagnosen (og eventuelle bidiagnoser) på denne kontakt skal til enhver tid være dækkende for hele kontakten, dvs at diagnosen eller diagnoserne skal belyse den gældende opfattelse af en patients sygdom. Da der sker en månedlig indberetning af de åbne ambulante kontakter, anbefales det, at ændringer i patientens diagnose(r) løbende opdateres i det patientadministrative system.

I LPR ses kun de sidst indberettede diagnoser. Dette har betydning for, hvornår der skal oprettes en ny ambulant kontakt, fx ved overgang fra sygdom til kontrol uden sygdom - se afs 5.3.2

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

De "**relevante bidiagnoser**" supplerer ud fra en klinisk synsvinkel aktionsdiagnosens beskrivelse af kontakten - ikke forløbet, kun den aktuelle kontakt. Det kan fx dreje sig om en tilgrundliggende (kronisk) sygdom, hvis denne har en klinisk eller ressourcemæssig betydning for kontakten, og eventuelle bivirkninger og andre komplikationer under kontakten. Diagnoseregistreringens principper er detaljeret beskrevet i Kap 9.

Samlet skal de indberettede diagnoser udgøre indikationerne for de ydelser, som der er givet inden for rammen af patientkontakten, herunder også i forhold til et eventuelt længere sengedagsforbrug.

De **operationer** og **andre procedurer**, der udføres i forhold til og inden for kontaktens tidsudstrækning, skal indberettes på kontakten. Det gælder også eventuelle assistancer, se afs 10.3

2.1 Værdisæt

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

Til nogle felter er der korte veldefinerede lister af værdier, der for eksempel anvendes til at angive administrative oplysninger, fx indskrivningsmåde. Disse lister findes i databeskrivelserne i den tekniske del. Andre steder anvendes SKS-koder, som er koder fra Sundhedsvæsenets Klassifikations System. Koderne kan ses i [SKS-Browser](#)

SKS-koder er officielle koder, inddelt i hovedgrupper. Disse oprettes og vedligeholdes af Statens Serum Institut.

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

2.2 Arbejdsgange

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

Det vil således være meget hensigtsmæssigt, hvis sekretærens slutregistrering er understøttet af dikteringen: "Aktionsdiagnosen er", "Bidiagnoserne er...." osv.

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

Det er stamafsnittene, der har indberetningsansvaret for den enkelte kontakt. Dette betyder bla, at indberetningspligtige procedurer udført som assistance af anden afdeling skal indberettes på kontakten, uanset hvem der i praksis registrerer ydelsen. Det vil ofte være mest praktisk, at producenten registrerer ydelsen i forbindelse med udførelsen.

Vedrørende opdatering af kontaktens diagnoser ved afslutning, se også afs 9.1

3 HENVISNINGS- OG VENTEPERIODE

For alle planlagte kontakter skal der registreres venteoplysninger.

Planlagte kontakter er alle kontakter, der ikke er opstået som følge af akut sygdom eller skade, dvs hvor kontakten – indlæggelse eller besøg – er foregået via afsnittets planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner, uanset om ventetiden er kort eller lang.

Planlagte kontakter har en henvisning. Henvisnings- og venteoplysninger indberettes sammen med den efterfølgende kontakt. "Ventetid" skal ses ud fra patientens synsvinkel. Det er patientens oplevede ventetid, der skal afspejles i registreringen – se eksempler under "Vejledning til registrering" afs 3.2

Til LPR skal der udover henvisningsdato indberettes ventestatus med start- og sluttidspunkt, henvisningsdiagnose samt henvisningsmåde.

Tabel 3 Definitioner henvisnings- og venteperiode

Begreb	Definition/beskrivelse
henvisning	anmodning fra en henvisningsinstans til en sundhedsproducent om udførelse af eller medvirken til en sundhedsaktivitet
henvisningsdato	dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten
henvisningsperiode	periode fra henvisningsdatoen til dato for første fremmøde på sygehuset Periode indtil udredning eller behandling på det kliniske stamafsnit. Fremmøde alene på billeddiagnostisk afdeling, laboratorium eller anden paraklinisk funktion afbryder ikke henvisningsperioden
henvisningsinstans	sundhedsaktør med henvisningsret til sundhedsvæsenet
visitation	sundhedsfaglig vurdering og administrativ vurdering af en patients behov for sundhedsaktiviteter og prioritering heraf på baggrund af en henvisning eller en patientkontakt
venteperiode	periode fra henvisningsdato til endelig behandling Fx ventetiden før en udredning eller ventetid før en behandling
ventestatus	status for om en patient er ventende eller ikke ventende Den til enhver tid gældende ventestatus skal angives
venteforløb	periode fra henvisningsdato til dato for endelig behandling Patientens samlede venteperioder indenfor et sygdomsforløb. Inkluderer evt. ventetid til assistancedydelse, hvor videre ambulant udredning og behandling må afvente assistancen
udredning	afklaring af hvilken endelig behandling, der skal ske
udredningsperiode	periode fra start af udredning til beslutningstidspunkt Beslutningstidspunkt er det tidspunkt hvor endelig behandling beslutes
beslutningstidspunkt	tidspunkt for endelig stillingtagen til hvilken behandling, som patienten skal modtage Beslutningstidspunkt afslutter udredningen
endelig behandling	den behandling, der klinisk vurderes til bedst at afhjælpe det aktuelle sygdomsproblem

3.1 Ventestatus

Venteforløbet er den samlede periode fra henvisningsdato til startdato for (endelig) behandling.

Ventestatus angives som perioder, hvor patienten venter, og hvor patienten ikke venter. Ventestatus registreres med datoangivelser (for start og slut) og kan skifte i venteperioden.

Der skal altid være registreret ventestatus fra henvisning til (endelig) behandling. Dette gælder både, hvis henvisningen er den første i et sygdomsforløb og hvis henvisningen oprettes i løbet af et sygdomsforløb, fx når der efter udredning er ventetid til endelig behandling.

Hvis der indenfor en kontakt er flere ventestatusser, skal disse dække en sammenhængende periode. Dvs den foregående ventestatus skal slutte dagen før den næste starter. Den første ventestatus skal altid starte på henvisningsdatoen. For indlæggelseskontakter skal den sidste ventestatus slutte på kontaktens startdato. For ambulante kontakter kan den sidste ventestatus slutte efter kontaktens startdato.

En indlæggelse eller første ambulante besøg vil altid afslutte henvisningsperioden, uanset at (endelig) behandling ikke nødvendigvis starter på indlæggelsestidspunktet.

Hvis patienten efter udskrivning skal behandles på ny kontakt, skal der igen oprettes en henvisning til en behandlingskontakt, hvor patienten atter er ventende (ventestatus 12 'ventende på behandling').

Vedr registrering af afslutnings- og henvisningsmåde med henblik på kobling af kontakter til dannelse af venteforløb - se afs 3.2.5 Kobling af ventetid.

Hvis der i venteperioden er en udredningsperiode før beslutning om endelig behandling, fratrækkes denne i patientens ventetid. I udredningsperioden har patienten ventestatus 25 'ikke ventende, under udredning'.

Tabel 3.1 Koder for ventestatus

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

Kode	Kodetekst	Bemærkninger/beskrivelser
24	ikke ventende, pga udredning/behandling på andet afsnit	Anvendes når patienten pga en anden komplicerende tilstand skal behandles eller reguleres for denne, inden behandling af den aktuelle lidelse kan foretages på afsnittet
25	ikke ventende, under udredning	Anvendes i perioden under udredningen. Kun på ambulante kontakter
26	ikke ventende, under behandling	Kan anvendes i perioden under behandlingen. Kun på ambulante kontakter. Anvendes kun i de systemer, som kræver en ventestatus på hele kontakten

3.2 Vejledning til registrering

3.2.1 Henvisningsdato

Henvisningsdatoen angiver datoen for modtagelsen af henvisningen på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten. Henvisningsperioden strækker sig fra henvisningsdato til datoen for patientens første fremmøde til udredning eller behandling på det kliniske stamafsnit. Der kan være flere henvisningsperioder før patienten starter endelig behandling. Henvisningsperioden er også venteperiode for patienten og kan bestå af både aktive og ikke-aktive venteperioder.

3.2.2 Henvisningsdiagnose

Henvisningsdiagnose er obligatorisk for alle planlagte kontakter. Henvisningsdiagnosen angiver den tilstand (diagnose), der beskrives af henviseren som baggrund for henvisningen. Afsnittet skal registrere denne tilstand uden yderligere tolkning vha. kode fra "Klassifikation af sygdomme".

Henvisningsdiagnosen indberettes med diagnosearten "H". Henvisningsdiagnosen er ikke nødvendigvis lig med afsnittets arbejdsdiagnose.

Se også afsnittene om Henvisningsdiagnose og "Obs. pro"-diagnoser i Kap 9

3.2.3 Henvisningsmåde

Henvisningsmåde angiver den henvisende instans. Henvisningsmåde er obligatorisk for stationære og ambulante kontakter.

Tabel 3.2.3 Henvisningsmåde

Kode	Kodetekst	Bemærkninger
0	Ingen henvisning	Kald på "112" (= kald efter ambulance) Selvhenvendere
1	Alment praktiserende læge	Praktiserende læger Vagtlæger
2	Praktiserende speciallæge	Praktiserende speciallæger
8	Herfødt	Nyfødt
A	Andet	Andre instanser fx Dansk Røde Kors, infirmerier, fængsler, bo-centre, tandlæger, forsikringsselskaber og Kriminalforsorgen
E	Udlandet	Patienter henvist fra udlandet
F	Henvist fra sygehus-afsnit	Patienter henvist direkte fra eget eller andet sygehus, herunder åbne/stående indlæggelser og patienter, som indlægges via akut modtageafsnit

Kode	Kodetekst	Bemærkninger
G	Henvist fra sygehus-afsnit, venteforløb	Patienter henvist fra eget eller andet sygehus, hvor kontakterne skal kobles

Til brug for sammenkobling af venteforløb anvendes henvisningsmåde G "henvist fra sygehusafsnit, venteforløb", når patienten efter udredning på ét afsnit skal vente på ny kontakt – på eget eller andet sygehusafsnit.

Se afs 3.2.5 om kobling af ventetid

3.2.4 Afslutningsmåde

Ved afslutning af en indlæggelse eller ambulant kontakt skal afslutningsmåden udfyldes. Afslutningsmåden angiver den instans, som patienten udskrives eller afsluttes til eller de omstændigheder, der begrunder kontaktafslutning.

Afslutningsmåderne K 'afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet)' og L 'afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)' anvendes af hensyn til kommunikation til kommunerne (kommuneadvis).

Tabel 3.2.4 Afslutningsmåde

Kode	Kodetekst	Bemærkninger
1	Alment praktiserende læge	
2	Praktiserende speciallæge	
8	Død	Anvendes i alle tilfælde, hvor henvisningen/kontakten afsluttes pga patientens død. Henvisningen/kontakten afsluttes på dato for modtagelse af besked om patientens død
A	Andet	Må kun anvendes, hvis det ikke falder ind under nogle af de andre kategorier, fx udvandrede
E	Udlandet	Kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet
F	Afsluttet til sygehus-afsnit	7-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikationen. Inkluderer afsluttet til eget afsnit
G	Afsluttet til sygehus-afsnit, venteforløb	Anvendes kun på ventende patienter mhp kobling af venteforløb. 7-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikationen. Inkluderer afsluttet til eget afsnit
K	Afsluttet til sygehus-afsnit (hjemmet)	7-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikationen. Inkluderer afsluttet til eget afsnit
L	Afsluttet til sygehus-afsnit, venteforløb (hjemmet)	Anvendes kun på ventende patienter mhp kobling af venteforløb. 7-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikationen. Inkluderer afsluttet til eget afsnit

3.2.5 Kobling af ventetid

For at kunne foretage ensartede opgørelser af patientens samlede ventetid er det vigtigt at kunne koble ventetiderne fra de forskellige afsnit, der har været involveret i sygdomsforløbet. Dette gælder uanset hvor mange afsnit, patienten har haft ventetid på.

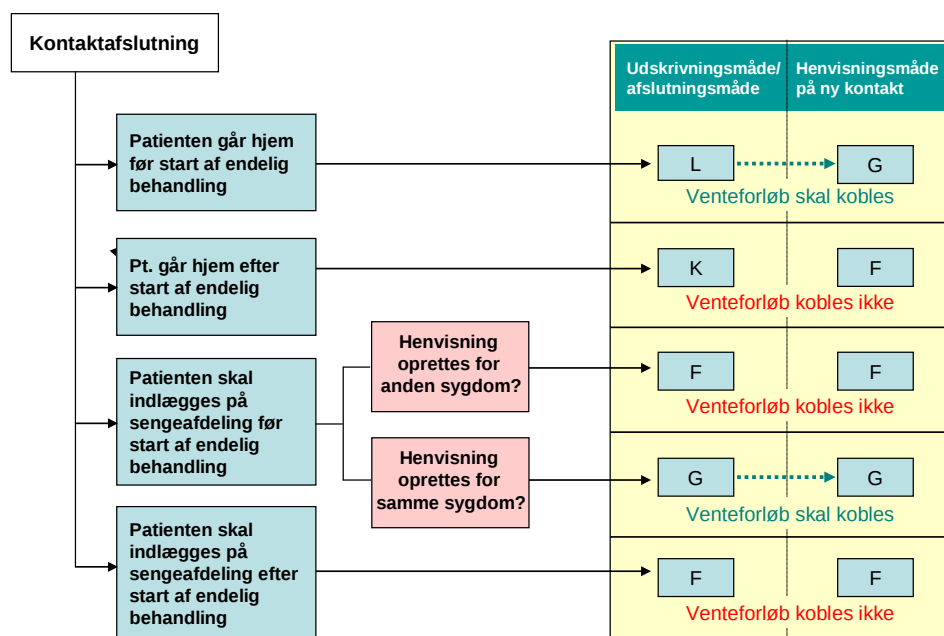
Venteperioderne kobles ved hjælp af afslutningsmåde og henvisningsmåde samt angivelse af henholdsvis afsnit, som patienten afsluttes til, og henvisende afsnit.

Der er mulighed for kobling af venteperioder, når patienten har et samlet venteforløb til behandling, der strækker sig over 2 eller flere patientkontakter. Disse kontakter kan være på samme afsnit, samme sygehus eller på forskellige sygehuse.

Hvis en patient starter et venteforløb på afsnit A og fortsætter på afsnit B, er der nedenstående muligheder.

For at man kan koble venteforløbet, er det vigtigt, at der anvendes både de korrekte afslutningsmåder og henvisningsmåder, samt at afsnitsbetegnelserne er korrekte.

Figur 3.2.5 Afslutningsmåder ved kontaktafslutning og henvisningsmåder på ny patientkontakt



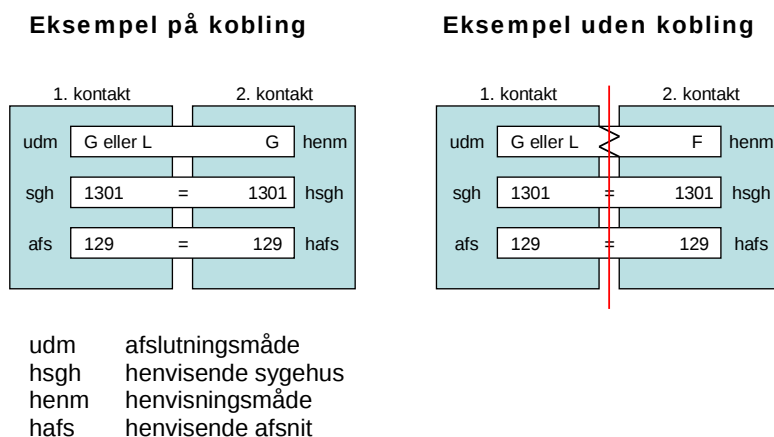
3.2.6 Kobling af kontakter til venteforløb

Kobling af 2 kontakter til et venteforløb sker med udgangspunkt i stamafsnittet, afslutningsmåde og afslutningsdato på 1. kontakt samt henvisningsmåde, henvisningsdato og henvisende sygehusafsnit på 2. kontakt.

For at koble 2 kontakter skal afslutningsmåden på 1. kontakt være enten G eller L 'afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb/(hjemmet)', og henvisningsmåden på 2. kontakt skal være G 'henvist til sygehusafsnit, venteforløb', ellers vil der ikke ske nogen kobling. Endvidere skal 1. kontakts stamafsnit være lig med henvisende sygehusafsnit på 2. kontakt.

Det er muligt at koble mere end to kontakter i et venteforløb, dette kræver blot, at én eller flere af kontakterne er både henvist fra venteforløb og afsluttet til venteforløb, og at 1. kontakts stamafsnit er lig med henvisende sygehusafsnit på 2. kontakt.

De venteforløb, som bliver dannet, udgør grundlaget for beregning af erfaret ventetid.

Fig. 3.3.1 Kobling af kontakter til venteforløb

3.2.6.1 Eksempler på kobling af kontakter

Udredning over flere kontakter:

Afsnit A afslutter deres patientkontakt med afslutningsmåde G eller L 'afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)' og angiver, at kontakten afsluttes til afsnit B.

Afsnit B starter deres patientkontakt med henvisningsmåde G 'henvist til sygehusafsnit, venteforløb' og angiver, at kontakten er henvist fra afsnit A. Patientens samlede ventetid til udredning udgøres således af én venteperiode på afsnit A og én på afsnit B.

Udredning på én kontakt, behandling på en anden:

Patientens ventetid til udredning er på afsnit A, og den endelige behandling skal foregå på afsnit B.

Afsnit A afslutter deres patientkontakt med afslutningsmåde G eller L 'afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb/(hjemmet)' og angiver, at kontakten afsluttes til afsnit B.

Afsnit B starter deres patientkontakt med henvisningsmåde G 'henvist til sygehusafsnit, venteforløb' og angiver, at kontakten er henvist fra afsnit A. Patientens samlede ventetid til endelig behandling udgøres således af én venteperiode på afsnit A til udredning og én på afsnit B til endelig behandling.

Fortsat behandling på en anden kontakt:

Patientens ventetid til behandling er på afsnit A, og der er ikke behov for at koble til ventetid på afsnit B, idet start af behandling afslutter venteforløbet.

Afsnit A afslutter deres patientkontakt med afslutningsmåde F eller K 'afsluttet til sygehus/(hjemmet)' og angiver, at kontakten afsluttes til afsnit B.

Afsnit B starter deres patientkontakt med henvisningsmåde F 'henvist fra sygehusafsnit' og angiver, at kontakten er henvist fra afsnit A.

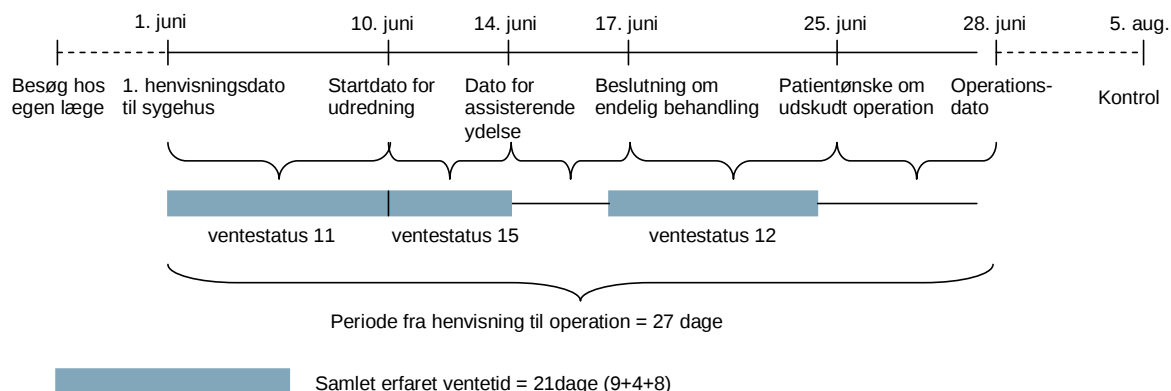
3.2.6.2 Beregning af ventetider

Statens Serum Institut offentliggør løbende opgørelser over den såkaldte 'erfarede ventetid'. Data offentliggøres på hjemmesiden "Sundhedsdata".

Den erfarede ventetid beregnes som summen af alle registrerede aktive venteperioder (ventestatus 11-15) i hele venteforløbet, fra henvisning til behandlingsstart (fx operation).

Beregningsgrundlaget er venteforløb, jævnfør beskrivelsen af kobling af venteforløb.

Se også kobling af ventetid, afs 3.2.5

Figur 3.2.6.2 Beregning af ventetider

3.3 Afslutning af ambulant udredningskontakt

Det er meget vigtigt at afslutte den ambulante udredningskontakt før oprettelsen af en planlagt indlæggelseskontakt for samme sygdom, også selvom patienten efterfølgende skal fortsætte i ambulatoriet.

Hvis den ambulante udredningskontakt står åben under indlæggelsen, kan venteforløbene ikke kobles.

Indlægges patienten akut (uden henvisning), kan den ambulante udredningskontakt godt være åben under indlæggelsen.

En planlagt indlæggelse med ventetid (til videre udredning eller behandling) der fremskyndes, skal altid afslutte den ambulante udredningskontakt, da ventetiden skal kobles.

Eksempel

Lægen beslutter den 26.03.2007, at patienten skal indlægges til operation og efterfølgende fortsætte i ambulatoriet. Der foretages flere udredningsundersøgelser, inden kontakten afsluttes. Udredningskontakten skal senest afsluttes samme dag, som patienten møder til indlæggelse:

Periode	status
19.03.2007 - 10.04.2007	ambulant under udredning
26.03.2007 - 11.04.2007	henvisning til behandling
11.04.2007 - 18.04.2007	indlagt
19.04.2007 -	ambulant

3.4 Ydelser i henvisningsperioden

Der kan være ydelser i henvisningsperioden, uden at dette afbryder denne, og uden at ventetiden derved afbrydes.

Disse ydelser kan fx være:

- assistancer fx billeddiagnostik
- telefonkontakt/telefonsamtale
- netværksmøde (psykiatri)
- rådgivende samtale/visitationsmøde uden egentlig udredning eller behandling (psykiatri)

Da henvisninger uden tilknytning til en efterfølgende kontakt ikke indberettes, vil eventuelt registrerede ydelser kun blive indberettet, hvis henvisningen efterfølges af en ambulant kontakt eller en indlæggelse.

3.5 Udredningsretten jf Sundhedsloven

Det er (fra 1. april 2014) obligatorisk at indberette procedurekode(r) i forbindelse med Udredningsretten for somatiske patienter og tilsvarende fra 1. september 2014 i psykiatrien.

Se vejledninger på Fællesindholdets hjemmeside.

3.6 Patienten melder afbud

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

Ventestatus 23 'ikke ventende efter patientens ønske' indberettes for perioden fra den første tilbudte tid, til patienten møder til den nye tid.

Ventestatus 23 må ikke anvendes hvis patienten ikke ønsker at tage imod tilbud om udredning på et andet hospitalsafsnit.

Eksempel

Patienten har en mødedato 02.03.2007 men melder afbud den 20.02.2007 pga ferie. Patienten får en ny mødedato 9.3.2007:

Periode	Status
01.02.2007 - 01.03.2007	ventestatus 11, ventende på udredning
02.03.2007 - 08.03.2007	ventestatus 23, ikke ventende efter patientens ønske
09.03.2007 -	ventestatus 25, ikke ventende under udredning

3.7 Omvisitering

Ved omvisitering af henvist patient til andet afsnit, inden patienten er modtaget til første ambulante besøg eller indlæggelse, skal henvisningen oprettes på det nye afsnit med oprindelig henvisende instans (henvisningsmåde) og henvisningsdato lig den oprindelige henvisningsdato.

Perioden fra oprindelig henvisningsdato til dagen før modtagelsen af henvisningen på det nye sygehus/afsnit indberettes med ventestatus 13 'ventende, omvisiteret fra andet afsnit'. Herefter skiftes ventestatus til relevant status, fx ventestatus 11 'ventende på udredning'.

Den oprindelige henvisning afsluttes. Denne vil **ikke** blive indberettet til LPR.

Eksempel

Patienten omvisiteres til afsnit B pga ressourceproblemer. Patienten er ikke mødt på afsnit A:

Periode	Status
01.02.2007 - 07.02.2007	afsnit A, ventestatus 11, ventende på udredning (indberettes ikke)
Omvisiteret til afsnit B den 08.02.2007	
01.02.2007 - 07.02.2007	afsnit B, ventestatus 13, ventende, omvisiteret fra andet afsnit
08.02.2007 - 01.03.2007	afsnit B, ventestatus 11, ventende på udredning
02.03.2007 -	afsnit B, ventestatus 25, ikke ventende under udredning

3.8 Ændring af stamafsnit efter start af udredning

Hvis patienten derimod har haft mindst et besøg på det første afsnit i forbindelse med udredning, inden patienten henvises til nyt afsnit, anvendes henvisningsdato lig med modtagelsesdato for henvisningen på det nye afsnit, idet det da er at betragte som en ny henvisnings- og venteperiode.

Kontakten på første afsnit afsluttes med afslutningsmåden G 'afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb' eller L 'afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)' og oprettes på det nye afsnit med henvisningsmåden G 'henvist fra sygehusafsnit, venteforløb'.

Eksempel

Patienten er mødt på afsnit A og bliver derefter viderehenvist til afsnit B:

Periode	Status
01.02.2007 - 07.02.2007	henvist til afd. A, ventestatus 11, ventende på udredning
08.02.2007 - 10.02.2007	afd. A, ventestatus 25, ikke ventende under udredning
Videre henvist til afdeling B, som modtager henvisningen den 11.02.2007	
11.02.2007 - 01.03.2007	afd. B, ventestatus 11, ventende på udredning
02.03.2007 -	afd. B, ventestatus 25, ikke ventende under udredning

3.9 Behandlingsmodning og betænkningstid

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

Når patienten er klar efter endt behandlingsmodning, skiftes til relevant ventestatus hvis der er ventetid, fx ventestatus 12, 'ventende på behandling'.

Denne registreringsmåde benyttes også, hvis der i forbindelse med behandlingen er en betænkningstid.

Eksempel

Patienten er henvist til sterilisation, til dette er der 3 måneders betænkningstid inden operation. Den 12. maj 2007 meddeler patienten, at han ønsker operationen:

Periode	Status
01.02.2007 - 07.02.2007	ventestatus 11, ventende på udredning
08.02.2007 - 10.02.2007	ventestatus 25, ikke ventende under udredning
11.02.2007 - 11.05.2007	ventestatus 21, ikke ventende på udredning/behandling (betænkningstid)
12.05.2007 -	ventestatus 12, ventende på behandling

3.10 Kontrolpatienter

En del kontrolpatienter indskrives til ambulant kontrol ved afslutning af en indlæggelse eller en ambulant kontakt. Her er det ikke nødvendigt at oprette særskilt henvisning.

I de tilfælde hvor der er behov for at registrere en henvisning, anvendes ventestatus 22 'ikke ventende til kontrol'. Dette gælder uanset, om kontrollen skal foregå ambulant eller under indlæggelse.

Eksempel

Patienten skal møde til kontrol om 6 måneder (01.08.2007):

Periode	Status
01.02.2007 - 31.07.2007	ventestatus 22, ikke ventende til kontrol

3.11 Gravide og fødende

For gravide, der henvises til ambulant svangerskabskontrol, oprettes en henvisning med ventestatus 22 'ikke ventende til kontrol'. Der oprettes en ambulant kontakt ved første besøg.

Gravide skal i forhold til den akutte fødselskontakt først indskrives til fødsel ved ankomst til fødsel. Hvis afsnittet ønsker at oprette en henvisning til fødselskontakten, kan ventestatus 21 'ikke ventende til udredning/behandling' anvendes.

Ved planlagt kejsersnit og planlagt igangsættelse oprettes altid en henvisning med ventestatus 21 'ikke ventende til udredning/behandling'.

3.12 Ventetid på grund af andet afsnit

Hvis en henvist patient afventer en undersøgelse eller en ydelse på et andet afsnit, fx en radiologisk undersøgelse, førend udredning/behandling kan startes, kan dette registreres med ventestatus 15 'ventende på assistance'.

Ventestatus 15 'ventende på assistance' må kun anvendes, hvis patienten udelukkende venter på en assistancydelse, og der ikke foregår noget på stamafsnittet i den aktuelle venteperiode.

På en ambulant kontakt kan der være perioder, hvor den videre udredning afventer assistance på et andet afsnit. Her vil patienten opleve en ny periode med aktiv ventetid. Denne periode registreres på stamafsnittets kontakt med ventestatus 15 'ventende på assistance'.

Eksempel

Patienten venter på en røntgenundersøgelse, hvorefter der skal tages stilling til, om patienten skal opereres. Patientens første fremmøde foregår den 2. marts 2007. Den 8. marts 2007 sendes henvisningen til røntgen (assistance). Den 1. april 2007 modtages svar fra røntgenafsnittet, derfor ændres ventestatus den 2. april 2007:

Periode	Status
01.02.2007 - 01.03.2007	ventestatus 11, ventende på udredning
02.03.2007 - 08.03.2007	ventestatus 25, ikke ventende under udredning
09.03.2007 - 01.04.2007	ventestatus 15, ventende på assistance (røntgen)
02.04.2007 -	ventestatus 25, ikke ventende under udredning

3.13 Nødvendig udredning/behandling for en anden tilstand

En patient der skal behandles eller reguleres for en anden komplicerende tilstand på et andet afsnit, inden behandlingen af den aktuelle lidelse kan foretages, vil være ikke aktivt ventende i den periode, hvor den komplicerende tilstand behandles. Denne periode registreres med ventestatus 24 'ikke ventende pga udredning/behandling på andet afsnit'.

Forskellen på ventestatus 15 'ventende på assistance' og ventestatus 24 'ikke ventende pga udredning/behandling på andet afsnit' er, at det ved assistancer er den aktuelle lidelse, der skal undersøges på et andet afsnit. Der er derfor tale om aktiv ventetid i forhold til lidelsen.

Ved ventestatus 24 'ikke ventende pga udredning/behandling på andet afsnit' er der tale om en anden lidelse, der ikke er den, som patienten venter på udredning/behandling for i den aktuelle kontakt. Dette er derfor en ikke aktiv ventetid.

3.14 Ventende pga manglende oplysninger

Ventestatus 14 'ventende pga manglende oplysninger' anvendes, når der mangler oplysninger fra egen læge, manglende psykiatrisk kendelse mm. Denne ventestatus må kun anvendes, hvis de manglende oplysninger har afgørende betydning. Når de manglende oplysninger er på plads, skiftes til relevant ventestatus.

3.15 Ikke ventende, under behandling

Ventestatus 26 'ikke ventende under behandling' kan anvendes i perioden under behandlingen. Den kan kun anvendes på ambulante kontakter, og kun i de patientadministrative systemer som kræver en ventestatus på hele kontakten.

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

Henvisningsdato	Dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten Værdisæt Valid dato
Henvisningsdiagnose	Diagnose, der angives af henvisende instans som årsag til henvisning. Henvisningsdiagnosen er obligatorisk Værdisæt Diagnoseart: 'H' Diagnosekode: SKS-kode fra hovedgruppe 'D' med mindst 4 karakterer inkl 'D'
Henvisningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra Værdisæt 1 alment praktiserende læge 2 praktiserende speciallæge E udlandet (kun patienter, der direkte henvises fra udlandet) F henvist fra sygehusafsnit G henvist fra sygehusafsnit, venteforløb
Henvist fra sygehusafsnit	Ved henvisningsmåde F og G angives, hvilket afsnit patienten er henvist fra Værdisæt 7-cifret kode fra sygehus- afdelingsklassifikationen
Ventestatus	Status for om patienten er ventende eller ikke ventende Værdisæt 11 ventende på udredning 12 ventende på behandling 13 ventende, omvisiteret fra andet afsnit 14 ventende pga manglende oplysninger 15 ventende på assistance 21 ikke ventende på udredning/behandling 22 ikke ventende til kontrol 23 ikke ventende efter patientens ønske 24 ikke ventende pga udredning /behandling andet afsnit 25 ikke ventende under udredning 26 ikke ventende under behandling

Startdato for ventestatus	Dato for start af ventestatus Værdisæt Valid dato
Slutdato for ventestatus	Dato for afslutning af ventestatus Værdisæt Valid dato
Afslutningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til Værdisæt 1 alment praktiserende læge 2 praktiserende speciallæge 4 ingen lægelig opfølgning (kun psykiatri) 7 udeblevet 8 død □ A andet E udlandet (kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet) F afsluttet til sygehusafsnit G afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb K afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet) L afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet) □) Afslutningsmåde (8) 'død' anvendes i alle tilfælde, hvor henvisningen afsluttes pga patientens død. Kontakten afsluttes på dato for modtagelse af besked om patientens død
Afsluttet til sygehusafsnit	Ved afslutningsmåde F, G, K og L angives, hvilket sengeafsnit eller ambulatorium patienten afsluttes til. Afslutningsmåde F og G anvendes, hvis patienten overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit. Afslutningsmåde K og L anvendes, hvis patienten ikke overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit men tager hjem i en mellemliggende periode Værdisæt 7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen
Procedurer i henvisningsperioden	Der kan i henvisningsperioden indberettes procedurer som assistance-ydelser knyttet til den efterfølgende kontakt fx radiologiske procedurer

4 INDLAGTE PATIENTER

Dette kapitel beskriver kun basisoplysninger vedrørende indlagte patienter.

Diagnosekodning, procedurekodning (fx operationer), skaderegistrering mm er beskrevet i kapitlerne om de pågældende emner. Specielle regler for psykiatriske indlæggelser er omtalt i psykiatrikapitlet.

Tabel 4 Definitioner indlagte patienter

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

Definitioner og beskrivelse vedr stationær psykiatri – se Kap 8

For somatiske afdelinger sker indberetning til LPR ved udskrivningen. For indlagte patienter på psykiatriske afdelinger sker indberetningen løbende.

Indlagt patient

Afgrænsningen af indlagte patienter er anvendelse af normeret sengeplads på stationært sengeafsnit.

Sammedagskirurgiske patienter vil normalt blive betragtet som ambulante patienter.

Patienter, der modtages på akut-afsnit, bør generelt registreres som akut ambulant patient, med mindre patienten optager en normeret sengeplads. Se yderligere i Kap 6 vedr. den akutte ambulante patient.

Kontaktårsag ved akutte somatiske patientkontakter

Alle akutte somatiske patientkontakter skal indberettes med kontaktårsag. Kontaktårsagen angiver den primære baggrund for patientkontakten.

Dette er yderligere beskrevet i Kap 7 om skaderegistreringen.

Patientorlov

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

Raske ledsagere

Raske personer, der ledsager en patient, indberettes ikke til LPR. DZ763* 'Rask ledsager' kan anvendes som aktionsdiagnose på lokale kontakter. Disse frasorteres ved indberetning til LPR.

"Indlagte patienter i eget hjem"

Patienter som behandles i eget hjem som alternativ til indlæggelse, indberettes som ambulante patienter. Når klinisk personale er på besøg hos patienten, registreres som beskrevet under hjemmebesøg se afs 10.8

Patienter på hospice

Patienter indlagt på hospice kan have to samtidige indlæggelser, hvoraf den ene er på hospice.

4.1 Assistancer

Assistancer, der er ydet til en patient, der er indlagt, skal knyttes til den aktuelle indlæggelseskontakt. Kan producenten af assistancen ikke registrere proceduren på indlæggelseskontakten, fordi assistancen fx foregår på et andet sygehus, oprettes en ambulant kontakt, hvor ydelsen registreres og proceduren indberettes uden besøg.

4.2 Indlagt patient på patienthotel

Tabel 4.2 Definitioner

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

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

4.3 Hjemmebesøg og udebesøg

Hjemmebesøg foregår i patientens hjem eller et sted, der fremtidigt skal være patientens hjem. Hjemmebesøg kræver tilstedeværelse af klinisk personale, men forudsætter ikke patientens tilstedeværelse.

Hjemmebesøg indberettes ved registrering af den overordnede (administrative) procedurekode AAF6 på dagen for besøget.

Procedurekode	Overordnede koder for hjemmebesøg og udebesøg
AAF6	Hjemmebesøg
AAF7	Udebesøg

Udebesøg er et møde mellem patient og sundhedsfagligt uddannet personale på fx dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre mm.

Udebesøget indberettes ved registrering af den overordnede (administrative) procedurekode AAF7 på dagen for besøget.

4.4 Færdigbehandlet patient

Tabel 4.3 Definitioner

Begreb	Definition/beskrivelse
færdigbehandlet patient	en patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. Sygehusets administrative opgaver skal være udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten. Det betyder, at sygeplejerapport, evt midlertidige hjælpemidler, medicin mv skal være klar på udskrivningstidspunktet.

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

Registrering af patienten som færdigbehandlet er kun nødvendig, hvis det ikke er muligt at udskrive patienten samtidig med, at patienten vurderes færdigbehandlet. Den fortsatte indlæggelse skal være begrundet i, at der ventes på en plejehjemsplads, foranstaltninger i hjemmet eller lignende.

Registreringen af en patient som færdigbehandlet er uafhængig af forhold i hjemmet, kommunen mv, der er sygehuset uvedkommende.

Patienter, der er registreret som færdigbehandlede og som for eksempel venter på tilbud om en plejehjemsplads, vil i venteperioden kunne få tilbagefald af den sygdom, som patienten var indlagt for, eller der kan opstå en anden lidelse, hvor sygehusindlæggelse er påkrævet. I disse situationer skal patienten ikke længere betragtes som færdigbehandlet.

Til brug for registrering af færdigbehandlede patienter anvendes koderne AWA1 'Færdigbehandlet i stationært regi' og AWW1 'Ikke færdigbehandlet i stationært regi'. Koderne registreres som procedurekoder:

Tillægskode	Kodetekst
AWA1	Færdigbehandlet i stationært regi
AWX1	Ikke færdigbehandlet i stationært regi

AWA1 'Færdigbehandlet i stationært regi' registreres med startdato for, hvornår patienten betragtes som færdigbehandlet i stationært regi. Hvis patienten overflyttes til en anden afdeling og stadig er færdigbehandlet, skal den nye kontakt også have registreret AWA1.

Koden AWW1 'Ikke færdigbehandlet i stationært regi' anvendes kun i de tilfælde, hvor en patient, der er registreret som færdigbehandlet, og som fortsat er indlagt på samme sengeafdeling, ikke længere skal betragtes som færdigbehandlet.

Hvis en patient forud for denne vurdering er registreret som færdigbehandlet, skal færdigbehandlingsregistreringen afsluttes med koden AWW1 'Ikke færdigbehandlet i stationært regi' dateret på tidspunktet for vurderingen.

Eksempel

En indlagt patient er færdigbehandlet den 07.08.07. Patienten forbliver indlagt, da kommunen ikke er klar til at tage patienten hjem. Den 13.08.07 forværres patientens tilstand betydeligt, og patienten kan derfor ikke udskrives. Patienten er igen færdigbehandlet den 16.08.07 og udskrives den 19.08.07:

Periode	Proceduredato	Status (procedurekode)
07.08.2007 - 12.08.2007	07.08.2007	AWA1, Færdigbehandlet i stationært regi
13.08.2007 - 15.08.2007	13.08.2007	AWX1, Ikke færdigbehandlet i stationært regi
16.08.2007 - 19.08.2007	16.08.2007	AWA1, Færdigbehandlet i stationært regi
19.8.2007		patienten udskrives

Se i øvrigt vejledningen under [Patientregistrering](#)

4.4.1 Terminale patienter

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

4.5 Registrering af hjernedød

Vedrørende "indbragte døde" – se afs 6.5

Ved konstatering af hjernedød under en igangværende patientkontakt, skal kontakten afsluttes på tidspunktet for dødens konstatering med afslutningsmåde (8) 'død'.

Diagnosen DR991 'Hjernedød i henhold til Sundhedsloven § 176' kan registreres på patientens indlæggelseskontakt som bidiagnose. Aktionsdiagnose skal være den tilgrundliggende tilstand, der har medført hjernedød.

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

4.6 Oplysninger om indlagte patienter, der medtages ved indberetning til LPR

Sygehusnummer	Nummeret for sygehuset, hvor patienten er under behandling Værdisæt 4-cifret kode fra sygehus-afdelings klassifikationen
Afsnitsnummer	Nummeret for det sengeafsnit, der er patientens stamafsnit Værdisæt 7-cifret kode fra sygehus-afdelings klassifikationen
Patienttype	Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset Værdisæt 0 indlagt patient
Personnummer	Personidentifikation For patienter der har fået tildelt et dansk CPR-nummer, anvendes dette som personnummer, uanset om patienten har fast bopæl i udlandet. Hvis det danske CPR-nummer ikke foreligger ved kontaktens start, benyttes et erstatningsnummer som udskiftes med CPR-nummeret, når dette foreligger og senest inden indberetning til LPR Værdisæt Dansk CPR-nummer eller erstatnings CPR-nummer på 10 karakterer Erstatningsnumre har følgende opbygning: Pos. 1-6 Valid dato: DDMMÅÅ Pos. 7 Århundredeskiller: 0 = pt. født 1900-1999 5 = pt. født før 1900 6 = pt. født efter 1999 Pos. 8-9 Valgfrie bogstaver: A-Z Pos. 10 Kønsangivelse Lige tal for kvinder Ulige tal for mænd
Startdato	Dato for påbegyndelse af en indlæggelseskontakt Værdisæt Valid dato
Indlæggelsestime	Klokkeslæt i hele timer for kontaktstart på sengeafsnit Værdisæt 00-23

Indlæggelsesminut	Klokkeslæt i minutter for kontaktstart på sengeafsnit Værdisæt 00-59
Kommunekode	Patientens bopælskommune ved kontaktstart Værdisæt 3-cifret kommunekode Kan ses under <u>Patientregistrering</u>
Henvisningsdato	Dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten Værdisæt Valid dato
Henvisningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra Værdisæt 0 ingen henvisning 1 alment praktiserende læge 2 praktiserende speciallæge 8 herfødt A andet E udlandet (kun patienter, der direkte henvises fra udlandet) F henvist fra sygehusafsnit G henvist fra sygehusafsnit, venteforløb
Henvist fra sygehus-afsnit	Ved henvisningsmåde F og G angives, hvilket afsnit patienten er henvist fra Værdisæt 7-cifret kode fra sygehus- afdelingsklassifikationen
Indskrivningsmåde	Angivelse af prioritet for kontaktstart Værdisæt 1 akut 2 planlagt
Kontaktårsag	Overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset. Kontaktårsag er obligatorisk for akutte somatiske patientkontakter og må ikke forekomme i indberetningen af øvrige patientkontakter. Værdisæt 1 sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion, inkl fødsel 2 ulykke 3 voldshandling 4 selvmordsforsøg 6 skaderegistrering foretages på efterfølgende patientkontakt 7 komplet skaderegistrering foretaget på tidligere patientkontakt 8 andet

Diagnoser	For alle indlagte patienter skal der som minimum registreres en aktionsdiagnose. Der skal desuden indberettes de for kontakten relevante bidiagnoser. Se beskrivelse i Kap 9 om diagnoseregistrering. Der er særlige krav til sammenhæng mellem kontaktårsag og aktionsdiagnose ved kontaktårsagerne (2) ulykke, (3) voldshandling og (4) selvmordsforsøg. Se nærmere i Kap 7 om skaderegistrering
Procedurer	Det er obligatorisk at indberette alle operationer, radiologiske procedurer samt visse undersøgelser og behandlinger. Kravene er beskrevet i Kap 10. Alle andre procedurer kan indberettes

Særlige regler for indlagte psykiatriske patienter – se afs 8.5

4.7 Afslutning af indlæggelseskontakt

Slutdato	Dato for afslutning af indlæggelseskontakt Værdisæt Valid dato
Udskrivningstime	Klokkeslæt i hele timer for afslutning af indlæggelseskontakt Værdisæt 00-23
Afslutningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til Værdisæt 1 alment praktiserende læge 2 praktiserende speciallæge 8 død □ A andet E udlandet (kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet) F afsluttet til sygehusafsnit G afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb K afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet) L afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet) □) Afslutningsmåde (8) 'død' anvendes i alle tilfælde, hvor kontakten afsluttes pga patientens død. Inkluderer hjernedød
Afsluttet til sygehusafsnit	Ved afslutningsmåde F, G, K og L angives hvilket sengeafsnit eller ambulatorium patienten afsluttes til. Afslutningsmåde F og G anvendes, hvis patienten overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit. Afslutningsmåde K og L anvendes, hvis patienten ikke overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit men tager hjem i en periode (kommuneadvis) Værdisæt 7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen Ved overflytning af patient til andet sygehus med deltagelse af sundhedsfagligt personale afsluttes kontakten først ved ankomst til modtagesygehuset

5 AMBULANTE PATIENTER

Dette kapitel beskriver kun basisoplysninger vedr ambulante patienter.

Diagnosekodning, procedurekodning (fx operationer) mm er beskrevet i kapitlerne om de pågældende emner, ligesom de specielle regler for psykiatriske ambulante kontakter er omtalt i psykiatrikapitlet.

Tabel 5 Definitioner ambulante patienter

Begreb	Definition/beskrivelse
ambulant patient	patient der er indskrevet på et afsnit, men ikke optager en normeret sengeplads
ambulant patientkontakt	patientkontakt på et ambulatorium
indskrivningsmåde	angivelse af prioritet for start af patientkontakt (akut eller planlagt)
kontaktårsag	overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset
ambulant besøg	besøg i forbindelse med ambulant patientkontakt hvor stamafdeling er involveret
ambulant ydelse	ydelse givet til en ambulant patient omfatter: - ydelser produceret af stamafsnittet - assistancer produceret af anden klinisk afdeling - assistancer produceret af serviceafdeling

Definitioner og beskrivelse vedr ambulant psykiatri – se Kap 8

Ambulante patientkontakter indberettes løbende til LPR.

Patienttyper

Der er (fra 2014) to patienttyper - indlagt patient og ambulant patient. Fra 2014 skal den ambulante opstart indberettes med indskrivningsmåde, akut eller planlagt.

Begrebet "den akutte ambulante patientkontakt" anvendes, både for somatik og psykiatri, om den første akutte ambulante patientkontakt, typisk på særligt akut modtageafsnit, ved nyopstået sygdom eller ved ulykke, voldshandling eller selvmordsforsøg. Den akutte ambulante patientkontakt kan også foregå på en specialafdelings akut-ambulatorium fx på en øjenafdeling.

Patienter, der tidligere blev indberettet som skadestuepatienter, skal nu indberettes som akutte ambulante patienter.

Den akutte ambulante patientkontakt skal indberettes som en selvstændig patientkontakt. Den akutte ambulante patientkontakt afsluttes, når patienten går hjem eller overføres til andet sygehusafsnit.

Det er obligatorisk at indberette sluttime på den akutte ambulante patientkontakt.

Dette gælder også, hvis der skal foretages videre ambulant udredning eller behandling. Den akutte kontakt afsluttes, og der indberettes en ny ambulant kontakt til den videre behandling.

Ved akut ambulant besøg på stamafsnittet i en eksisterende ambulant patientkontakt, fx hvis patienten modtages her ved akut forværring af kendt sygdom, kan besøget dog fortsat registreres indenfor det igangværende forløb.

Indberetning af ambulant besøgsdato er fakultativ for akutte ambulante patientkontakter.

Kontaktårsag ved akutte somatiske patientkontakter

Akutte somatiske patientkontakter skal indberettes med kontaktårsag. Kontaktårsagen angiver den primære baggrund for patientkontakten. Kontaktårsag må ikke indberettes for øvrige patientkontakter.

Dette er yderligere beskrevet i Kap 7 om skaderegistreringen.

De særlige krav og regler til den akutte ambulante patientkontakt er nærmere beskrevet i Kap 6.

Det følgende afs 5.1 er generelt og fælles for planlagte og akutte ambulante patientkontakter. Principperne i afs 5.2 og 5.3 med underafsnit er kun relevante for planlagte ambulante patientkontakter.

Ambulant besøgsdato

For planlagte ambulante patientkontakter, dvs ambulante forløb, der er startet som planlagt, skal der indberettes ambulante besøgsdatoer. Dette gælder også for akutte besøg på stamafsnittet, der indberettes på eksisterende ambulante patientkontakt.

Besøgsdato er fakultativ for akutte ambulante kontakter.

Aflyste besøg

Aflyste ambulante besøg, hjemmebesøg eller udebesøg må ikke registreres som besøg, uanset at personalet evt. har været forberedt, klar og til stede.

Aflyste besøg kan registreres efter følgende eksemplificerede princip:

Eksempel (ikke-obligatorisk registrering)

Aflyst hjemmebesøg begrundet i patientens fravær:

Procedureregistrering	Kodetekst
ZPP30	Procedure aflyst pga patientens udeblivelse
(+)AAF6	hjemmebesøg

Procedureregistrering

Registrering af ambulante patienter omfatter alle ydelser givet til patienter, der ikke er indlagt. Der kan indberettes ambulante ydelser uden et samtidigt ambulante besøg (besøgsdato). Den ambulante patientkontakt kan også indeholde hjemmebesøg og udebesøg – se afs 5.4.

De ambulante ydelser kan være produceret af stamafsnittet eller af andet afsnit (assistance). Se også afs 10.11 "Ambulante ydelser" i procedurekapitlet.

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

En ambulante kontakt omfatter alle patientens ambulante besøg, assistancer og ydelser. Det anbefales at registrere mindst en klinisk procedure i forbindelse med alle besøg.

5.1 Hotelpatient

Tabel 5.1 Definitioner

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

For ambulante patienter, der anvender patienthotel, skal hotelopholdet registreres på en selvstændig ambulante patientkontakt. Denne patientkontakt må ikke indberettes.

De kliniske ydelser, som patienten modtager, indberettes og knyttes til stamafsnittets ambulante patientkontakt.

Eksempel

Periode	Patientkontakter
1.2.2007-1.3.2007	ambulant kontakt på klinisk afsnit A (ambulatorium)
1.2.2007-1.3.2007	ambulant kontakt på patienthotellet

Alle kliniske ydelser registreres på kontakten på afsnit A

5.2 Sundhedsfagligt uddannet personale

Ambulant besøg omfatter patientens besøg på ikke stationært afsnit med deltagelse af mindst en sundhedsfaglig ansat, se følgende oversigt. Ambulant besøg indberettes i form af ambulant besøgsdato.

Indberetning af besøgsdatoer er fakultativ for akutte ambulante patientkontakter.

Der gælder særlige regler for fysioterapeuter og ergoterapeuter - se afs 10.5

Sundhedsfagligt uddannet personale - ansat i ambulatorier - omfatter følgende faggrupper:

læger	linikassistenter
tandlæger	kliniske tandteknikere
sygeplejersker	social- og sundhedsassistenter
jordemødre	kiropraktorer
sundhedsplejersker	fodterapeuter
psykologer	audiologiassistenter
plejere	kliniske diætister
sygehjælper	radiografer
tandplejere	fysioterapeuter og ergoterapeuter

5.3 Afgrænsning af ambulant patientkontakt

De i de følgende underafsnit beskrevne situationer omhandler kun planlagte ambulante kontakter, dvs. ambulante kontakter, der indberettes løbende til LPR.

Vedr de særlige principper og krav til akutte ambulante patientkontakter, der indberettes som en selvstændig afsluttet kortvarig patientkontakt - se Kap 6

De diagnoser, der er registreret på kontaktens afslutningstidspunkt, vil efter indberetning til LPR optræde som gældende for hele kontakten. I LPR er der ikke historik på diagnoser inden for den enkelte kontakt, så kun de sidste indberettede diagnoser kan ses. Hvis man ikke er opmærksom på dette, kan der utilsigtet ske en overskrivning i det patientadministrative system.

Det anbefales, at der foretages en løbende kvalificering af kontaktens diagnoser – se Kap 2. Men dette udgør en særlig problematik i forbindelse med langvarende elektive (dvs planlagt opstartet) ambulante kontakter, hvor aktionsdiagnosen over tid antager forskellige værdier - fra symptom eller "obs. pro" over sygdom - der i sig selv kan repræsenteres af forskellige diagnoser over tid - til "kontrol", når sygdom ikke længere er til stede.

5.3.1 Afslutning af ambulante patientkontakter

Det er meget vigtigt at afslutte den ambulante udredningskontakt før oprettelsen af en indlæggelseskontakt for samme sygdom. Hvis patienten skal indlægges til planlagt behandling eller videre udredning, skal den ambulante kontakt afsluttes, også selv om afsnittet ved, at patienten efterfølgende skal fortsætte i ambulatoriet til videre behandling eller kontrol.

Hvis den ambulante udredningskontakt står åben under indlæggelsen, kan venteforløbene ikke kobles.

5.3.1.1 Akut indlæggelse under igangværende ambulant patientkontakt

Ofte sker det, at patienten, der ellers går i et ambulant forløb, indlægges akut for den samme sygdom ved akut forværring af tilstanden eller af anden grund.

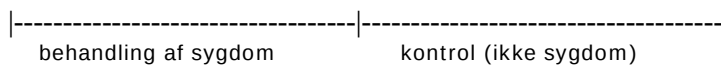
Hvis der ikke er tale om ventetid, der skal kobles, er det muligt at oprette en uafhængig selvstændig akut indlæggelseskontakt, uden at den ambulante kontakt afbrydes.

Ved akut indlæggelse fra ekstern henviser er det vigtigt, at indlæggelsen oprettes med korrekt henvisningsmåde, fx (1) alment praktiserende læge.

5.3.2 Kontrolpatient

Hvis en patient først bliver behandlet for en sygdom i en ambulant patientkontakt, hvorefter patienten fortsætter i den samme ambulante kontakt, og den sidst registrerede diagnose på kontakten er en kontroldiagnose, vil det i LPR se ud, som om hele kontakten har drejet sig om "kontrol". Dette er selvfølgelig ikke korrekt.

For at undgå dette skal behandlingskontakten afsluttes, når sygdommen ikke længere er til stede, og der skal oprettes en ny ambulant patientkontakt for kontrolperioden.



Hvis patienten kun skal ses ved et enkelt tidligt efterambulant besøg, er det dog ikke nødvendigt at oprette en særskilt kontakt til dette besøg. I dette tilfælde beholdes sygdomsdiagnosen som gældende for hele kontakten. Hvis det så ved dette besøg viser sig, at patienten alligevel skal komme igen til fortsat kontrol, afsluttes behandlingskontakten, og der oprettes en selvstændig kontakt til den fortsatte kontrolperiode.

Vedrørende diagnoseregistrering ved kontrol, se afs 9.5.3

5.3.3 Væsentlig ændring af aktionsdiagnosen

Hvis der analogt til ovenstående i en ambulant kontakt først er behandling af én sygdom i en periode, hvorefter der optræder en **anden sygdom**, der også skal udredes og behandles på samme afdeling, skal den første behandlingsperiode afsluttes som en selvstændig kontakt (med den første sygdom som aktionsdiagnose), og der skal tilsvarende **oprettes en selvstændig patientkontakt** for den anden sygdom (aktionsdiagnose).

Der skal derimod ikke registreres en ny patientkontakt ved kvalificering af aktionsdiagnosen for den samme sygdom så længe, at denne er til stede, uanset om der foregår behandling eller ej.

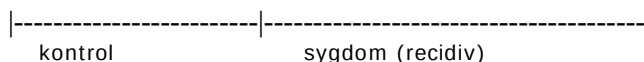
Sygdommen kan under kontakten være kvalificeret fx:

'Obs. pro'---- diagnosekode 1 ---- diagnosekode 2

Den endelige diagnose (diagnosekode 2) vil være LPR-kontaktens aktionsdiagnose.

5.3.4 Recidiv af sygdom

Ved recidiv af sygdom efter en sygdomsfri kontrol-periode skal der oprettes en ny selvstændig behandlings-kontakt.

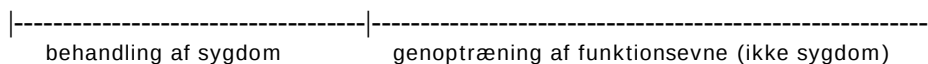


Hvis dette ikke sker, vil det i LPR se ud, som om sygdommen uafbrudt har været til stede (fra kontrol-periodens start), hvilket ikke er korrekt.

5.3.5 Genoptræning

Ambulant genoptræning kan foregå på en selvstændig kontakt eller være en del af en ambulant kontakt, hvor der også er behandling eller kontrol.

Hvis genoptræning afløser sygdomsbehandling på (behandlings)kontakten, og sygdom ikke længere er til stede, skal der – analogt til kontrol - oprettes en selvstændig ambulant kontakt for genoptræningsperioden. En efterambulant kontakt kan være fælles for genoptræning og kontrol.



Hvis sygdommen derimod fortsat er til stede, skal der ikke (men der kan) oprettes en selvstændig kontakt for genoptræningen, uanset om der sker behandling af sygdommen eller ej. Genoptræningen vil under alle omstændigheder blive dokumenteret ved registrering af genoptræningsydelse.

Registrering i forbindelse med genoptræning er udførligt beskrevet i afs 10.6

5.4 Hjemmebesøg og udebesøg

Hjemmebesøg foregår i patientens hjem eller et sted, der fremtidigt skal være patientens hjem. Hjemmebesøg kræver tilstedeværelse af klinisk personale, men forudsætter ikke patientens tilstedeværelse.

Hjemmebesøg indberettes som besøgsdato samt ved registrering af den overordnede (administrative) procedurekode AAF6.

Procedurekode	Overordnet kode for hjemmebesøg og udebesøg
AAF6	Hjemmebesøg
AAF7	Udebesøg

Udebesøg er et møde mellem patient og sundhedsfagligt uddannet personale på fx dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre mm.

Udebesøget indberettes som besøgsdato samt ved registrering af den overordnede (administrative) procedurekode AAF7.

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

Sygehusnummer	Nummeret for sygehuset, hvor patienten er under behandling Værdisæt 4-cifret kode fra sygehus-afdelings klassifikation																		
Afsnitsnummer	Nummeret for det ambulatorium, der er patientens stamafsnit Værdisæt 7-cifret kode fra sygehus-afdelings klassifikation																		
Patienttype	Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset Værdisæt 2 = ambulant patient																		
Personnummer	Personidentifikation. For patienter der har fået tildelt et dansk CPR-nummer, anvendes dette som personnummer, uanset om patienten har fast bopæl i udlandet. Hvis det danske CPR-nummer ikke foreligger ved kontaktens start, benyttes et erstatningsnummer som udskiftes med CPR-nummeret, når dette foreligger og senest inden indberetning til LPR Værdisæt Dansk CPR-nummer eller erstatnings CPR-nummer på 10 karakterer. Erstatningsnumre har følgende opbygning: <table border="0"> <tr> <td>Pos. 1-6</td> <td>Valid dato: DDMMÅÅ</td> </tr> <tr> <td>Pos. 7</td> <td>Århundredeskiller:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0 = pt. født 1900-1999</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5 = pt. født før 1900</td> </tr> <tr> <td></td> <td>6 = pt. født efter 1999</td> </tr> <tr> <td>Pos. 8-9</td> <td>Valgfrie bogstaver: A-Z</td> </tr> <tr> <td>Pos. 10</td> <td>Kønsangivelse</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Lige tal for kvinder</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ulige tal for mænd</td> </tr> </table>	Pos. 1-6	Valid dato: DDMMÅÅ	Pos. 7	Århundredeskiller:		0 = pt. født 1900-1999		5 = pt. født før 1900		6 = pt. født efter 1999	Pos. 8-9	Valgfrie bogstaver: A-Z	Pos. 10	Kønsangivelse		Lige tal for kvinder		Ulige tal for mænd
Pos. 1-6	Valid dato: DDMMÅÅ																		
Pos. 7	Århundredeskiller:																		
	0 = pt. født 1900-1999																		
	5 = pt. født før 1900																		
	6 = pt. født efter 1999																		
Pos. 8-9	Valgfrie bogstaver: A-Z																		
Pos. 10	Kønsangivelse																		
	Lige tal for kvinder																		
	Ulige tal for mænd																		
Startdato	Dato for påbegyndelse af en ambulant kontakt Værdisæt Valid dato																		
Starttime	Klokkeslæt i hele timer for påbegyndelse af en ambulant kontakt Værdisæt 00-23																		
Startminut	Klokkeslæt i minutter for påbegyndelse af en ambulant kontakt Værdisæt 00-59																		
Kommunekode	Patientens bopælskommune ved kontaktstart Værdisæt 3-cifret kommunekode. Kan ses under <u>Patientregistrering</u>																		
Henvisningsdato	Dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten Værdisæt Valid dato																		

Henvisningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra Værdisæt 0 ingen henvisning 1 alment praktiserende læge 2 praktiserende speciallæge 8 herfødt A andet E udlandet (kun patienter, der direkte henvises fra udlandet) F henvist fra sygehusafsnit G henvist fra sygehusafsnit, venteforløb
Henvist fra sygehusafsnit	Ved henvisningsmåde F og G angives, hvilket afsnit patienten er henvist fra Værdisæt 7-cifret kode fra sygehus- afdelingsklassifikationen
Indskrivningsmåde	Angivelse af prioritet for kontaktstart Værdisæt 1 akut 2 planlagt
Kontaktårsag	Overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset Kontaktårsag er obligatorisk for akutte somatiske patientkontakter og må ikke forekomme i indberetningen af øvrige patientkontakter. Værdisæt 1 sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion, inkl: fødsel 2 ulykke 3 voldshandling 4 selvmordsforsøg 6 skaderegistrering foretages på efterfølgende patientkontakt 7 komplet skaderegistrering foretaget på tidligere patientkontakt 8 andet
Besøgsdato	Dato for ambulant besøg eller dato for hjemmebesøg Værdisæt Valid dato Fakultativ for akutte ambulante patientkontakter.
Diagnoser	Der skal være registreret en aktionsdiagnose senest 1 måned efter første ambulante besøg. Der kan desuden indberettes bidiagnoser og komplikationer. Se også beskrivelse i Kap 9 om diagnoseregistrering. Der er særlige krav til sammenhæng mellem kontaktårsag og aktionsdiagnose ved kontaktårsagerne (2) ulykke, (3) voldshandling og (4) selvmordsforsøg. Se nærmere i Kap 7 om skaderegistrering
Procedurer	Det er obligatorisk at indberette alle operationer, radiologiske procedurer samt visse specifikke undersøgelser og behandlinger. Alle andre procedurer kan indberettes.

Specielle regler for ambulante psykiatriske patienter – se afs 8.6

Vedrørende obligatoriske procedurer – se Kap 10

5.6 Afslutning af ambulant patientkontakt

Slutdato	Dato for afslutning af ambulant kontakt Værdisæt Valid dato
Udskrivningstime	Klokkeslæt i hele timer for afslutning af ambulant kontakt Værdisæt 00-23 Fakultativ for planlagte ambulante patientkontakter
Afslutningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til Værdisæt 1 alment praktiserende læge 2 praktiserende speciallæge 7 udeblevet 8 død α A andet E udlandet (kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet) F afsluttet til sygehusafsnit G afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb K afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet) L afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet) α) Afslutningsmåde (8) 'død' anvendes i alle tilfælde, hvor kontakten afsluttes pga patientens død. Inkluderer hjernedød Kontakten afsluttes på dato for modtagelse af besked om patientens død
Afsluttet til sygehusafsnit	Ved afslutningsmåde F, G, K og L angives hvilket ambulatorium patienten afsluttes til. Afslutningsmåde F og G anvendes, hvis patienten overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit. Afslutningsmåde K og L anvendes, hvis patienten ikke overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit men tager hjem i en periode (kommuneadvis) Værdisæt 7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen

6 DEN AKUTTE PATIENTKONTAKT

Der er (gældende fra 2014) særlige krav til indberetning af den akutte ambulante patientkontakt, som erstatter skadestuebesøget mm.

Registrering af kontaktårsag og registreringen af ydre årsager til skade, som beskrevet i de følgende afsnit og Kapitel 7 er fælles for akutte ambulante og indlagte somatiske patienter.

Præhospitalet

Indberetning fra præhospitalet er ikke obligatorisk. Hvis indberetning ønskes, skal aktivitet på præhospitalet indberettes som akutte ambulante patientkontakter på eget dedikeret afsnit på 7-karakterers niveau efter Fællesindholdets principper.

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.

Nyfødt

Alle nyfødte børn indberettes som akutte patientkontakter, uanset om fødslen for moderens vedkommende har været planlagt fx ved planlagt kejsersnit.

6.1 Den akutte ambulante patientkontakt

Den akutte ambulante patientkontakt skal indberettes som en selvstændig afsluttet patientkontakt.

Patientkontaktens tidsmæssige udstrækning er fra patientens ankomst til akut-afsnittet, til patienten igen forlader afsnittet. Det betyder, at den akutte ambulante patientkontakt kun består af et ambulant besøg, svarende til patientens uafbrudte tilstedeværelse på afsnittet, af kortere eller længere varighed.

Beskrivelsen omfatter foruden egentlige akut-modtagelser også tilsvarende funktioner på specialafsnit, der varetager akut undersøgelse og behandling, fx akut øjen-ambulatorium.

Hvis patienten skal fortsætte på sygehuset i planlagt ambulant forløb til videre udredning, behandling eller kontrol, skal der altså oprettes en ny planlagt ambulante patientkontakt. Dette gælder uanset, om patienten skal fortsætte i andet eller i eget ambulatorium.

Besøgsdato

Indberetning af ambulante besøgsdato er (fra 2014) frivillig for akutte ambulante patientkontakter.

6.1.1 Varighed af den akutte ambulante patientkontakt

Der gælder det særlige forhold, at den akutte "besøg" kan have en varighed over flere datoer. Varigheden af kontakten er vigtig for ressource-opgørelser. Det er derfor obligatorisk (ud over datoer) at indberette **udskrivningstidspunkt**, svarende til tidspunktet for, hvornår patienten forlader akut-afsnittet.

6.1.2 Akut besøg i eksisterende ambulante patientkontakt

Beskrivelsen i dette kapitel omhandler ikke det ikke-planlagte besøg på stamafsnittet i en eksisterende ambulante patientkontakt. Dette skal fortsat registreres som et besøg (inkl besøgsdato) indenfor den igangværende patientkontakt

6.2 Kontaktårsag ved akutte somatiske patientkontakter

Alle akutte somatiske patientkontakter skal indberettes med kontaktårsag. Kontaktårsagen angiver den primære baggrund for patientkontakten. Kontaktårsag må ikke indberettes for øvrige patientkontakter, herunder psykiatiske patientkontakter.

Dette er yderligere beskrevet i Kap 7 om skaderegistreringen.

6.2.1 Multiple årsager til akut patientkontakt

Der er kun mulighed for at angive én kontaktårsag som den overordnede kategorisering af baggrunden for en ny akut 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, AML og sukkersyge kan i forbindelse med akutte anfald være baggrunden for opstået skade ved fald, mistet herredømme over køretøj eller anden ulykkehændelse.

Kontakten vil i sådanne tilfælde ofte primært omhandle den akutte medicinske tilstand, hvorfor dette er aktionsdiagnosen for kontakten. Der skal således være overensstemmelse mellem aktionsdiagnosen og kontaktårsagen på kontakten.

Den tungeste tilstand vælges ud fra det helt generelle princip som aktionsdiagnose, og svarende til denne angives kontaktårsagen, dvs. (1) 'Sygdom', når sygdom er hovedindikationen for de på kontakten udførte handlinger, og (2) 'Ulykke', når skadeudredning og -behandling efter ulykke trækker de største ressourcer på kontakten, suppleret af en skadeindberetning, som beskrevet i Kap 7.

Hvis en medicinsk tilstand er aktionsdiagnose, vil skaden (-erne) være bidiagnose(r), og der er så ikke krav om registrering af ydre årsager. Men det anbefales, at man ved ikke-trivielle skader alligevel foretager en fuld skaderegistrering.

6.3 Skaderegistrering

Der skal for akutte somatiske patienter obligatorisk foretages skaderegistrering ved ulykker (kontaktårsag 2), voldshandling (3) og selvmordsforsøg (4).

Skaderegistreringen er ens for stationære og ambulante akutte somatiske patientkontakter. Skaderegistreringen beskrives nærmere i Kap 7.

6.4 Ydelsesregistrering

Det er obligatorisk at indberette alle operationer, radiologiske procedurer samt visse undersøgelser og behandlinger. Kravene er beskrevet i Kap 10.

6.4.1 Udlevering af medicin, receptfornyelse mm

Ikke akutte opgaver som fx medicinudlevering, receptfornyelse og lignende skal ikke betragtes som besøg, hvis patienten har en igangværende patientkontakt, men derimod som en assistance til det kliniske afsnit, hvortil patienten er knyttet.

Kun, hvis patienten ikke har en igangværende kontakt på sygehuset, indberettes en akut ambulant patientkontakt – gerne dokumenteret med den udførte ydelse.

6.5 ”Indbragte døde”

Skadestuerne og andre akutte modtagelser 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), vil dette først ske på patientkontakten, og patienten skal betragtes som enhver anden patient og registreres og indberettes til LPR, også selvom der ikke er foretaget forsøg på genoplivning.

Patientkontakten afsluttes med afslutningsmåde (8) 'død'.

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, skal der ikke ske en indberetning til LPR.

6.5.1 Diagnosekoder anvendt ved patienter, der erklæres døde på akut patientkontakt

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
----------	------------

(A)DI461	Pludselig hjertedød
----------	---------------------

Hvis sygdommen, der forårsager døden, ikke er kendt, anvendes følgende diagnosekode som aktionsdiagnose:

(A)DR992	Hjertedød i henhold til sundhedsloven § 176
----------	---

Hvis man ønsker at registrere symptomer, kan disse tilføjes som bidiagnoser.

7 SKADEREGISTRERING

Alle tilfælde af tilskadekomst - skade eller mistanke om skade - som baggrund for akut somatisk patientkontakt indebærer registrering af kontaktårsag. Kontaktårsagen er "trigger" for de yderligere krav til specificering af de ydre årsager til skade.

7.1 Kontaktårsag

Kontaktårsagen angiver på et overordnet niveau den klinisk vurderede baggrund for den aktuelle kontaktstart. Det er obligatorisk at indberette kontaktårsag for alle **akutte somatiske patientkontakter**.

Kontaktårsag må ikke indberettes for øvrige patientkontakter.

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.

Se også principperne for diagnoseregistreringen i Kap 9, afs 9.1, og vedr skadediagnoser og multitraumer i afs 9.5.6

Tabel 7.1 Kontaktårsagerne - oversigt

Værdi	Kontaktårsag	Beskrivelse
1	Sygdom	Tilstand herunder sygdom og mistanke om sygdom uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion Ekskl: - selvmordsforsøg, se afs 7.4 Eksempler: - fødsel - langvarig legemsbeskadigelse, hvor der ikke er tale om egentlig ulykke, fx nedslidning; inkl arbejdsbetingede sygdomme, der ikke er arbejdsulykker - forgiftning som følge af længerevarende påvirkning (48 timer eller derover), eller hvor påvirkningen ikke er betinget af ulykkesomstændigheder - beruselse uden behandlingskrævende forgiftning - bevidst selvtilføjede skade, der ikke er selvmordsforsøg (selvmutilation) - bivirkninger og andre komplikationer til medicinsk og kirurgisk behandling ved normal terapeutisk dosering hhv ved normalt tilsigtet og hensigtsmæssigt udførte procedurer og handlinger - medicinske, kirurgiske, psykiatriske og andre lignende tilstande uden udefra påført læsion - eller hvor påførte læsioner er sekundære i forhold til den tilstand, der ledte til kontakt med sundhedsvæsenet - følger efter tidligere behandling for sygdom
2	Ulykke	Tilstand herunder sygdom og mistanke om dette, som 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 ikke kan afgøres, om der er tale om ulykke, voldshandling eller selvmordsforsøg Eksempler: - akut legemlig overbelastning fx forløftning, forvridning, træde galt, falde - forgiftning som følge af kortvarig påvirkning (mindre end 48 timer) eller

Værdi	Kontaktårsag	Beskrivelse
		betinget af ulykkesomstændigheder - angreb af dyr og insekter - overeksponering af naturlig varme, kulde, lys og stråling fx solskoldning, hedeslag og forfrysning - ulykker ved medicinsk/kirurgisk behandling som følge af fejl og uhensigtsmæssigt udført procedure - komplikationer til undersøgelse og behandling, der er opstået som følge af utilsigtet og uhensigtsmæssigt udført procedure eller handling, herunder ved fejdosering af lægemidler
3	Voldshandling	Tilstand herunder sygdom eller mistanke om dette som følge af interderet vold Eksempler: - slagsmål, håndgemæng og mishandling - seksuelle overgreb
4	Selvmodsforsøg	Tilstand herunder sygdom og mistanke om dette som følge af selvmordsforsøg. Et selvmordsforsøg er en bevidst selvtilføjet skade, der falder ind under definitionen for selvmordsforsøg Definition og beskrivelse - se afs 7.4 Ekskl: - selv mutilation - se (1) sygdom
6	Skaderegistrering foretages på efterfølgende patientkontakt	Kan anvendes i de tilfælde, hvor der i praksis ikke er mulighed for at foretage en fyldestgørende skaderegistrering på den første patientkontakt, og hvor det er aftalt, at skaderegistreringen foretages på den umiddelbart efterfølgende patientkontakt Eksempel: - præhospital
7	Komplet skaderegistrering foretaget på tidligere patientkontakt	Kan anvendes ved alle sekundære patientkontakter med sundhedsvæsenet, dvs hvor der allerede tidligere har været patientkontakt med komplet skaderegistrering Inkl: - senfølge efter tidligere skade Eksempler: - opfølgende behandling og kontrol på akut patientkontakt med fuld skaderegistrering foretaget tidligere, herunder genhenvendelse pga komplikationer til tidligere skadebehandling - modtagelse af patient med skade efter primær behandling <i>med fuld skaderegistrering</i> på anden akutmodtagelse
8	Andet	Anvendes kun, når en af ovenstående kontaktårsager ikke kan angives. Inkl: - barn indlagt i henhold til Lov om Social Service - psykisk chok-tilstand uden somatisk skade - kontaktårsagen kan ikke tilvejebringes - ikke specificeret kontaktårsag Eksempel: - bevidstløs indbragt, hvor det ikke kan afgøres, om der er tale om skade eller sygdom

Det anbefales, at kontaktårsagsregistreringen ved indhentning af relevant information gøres så korrekt som muligt.

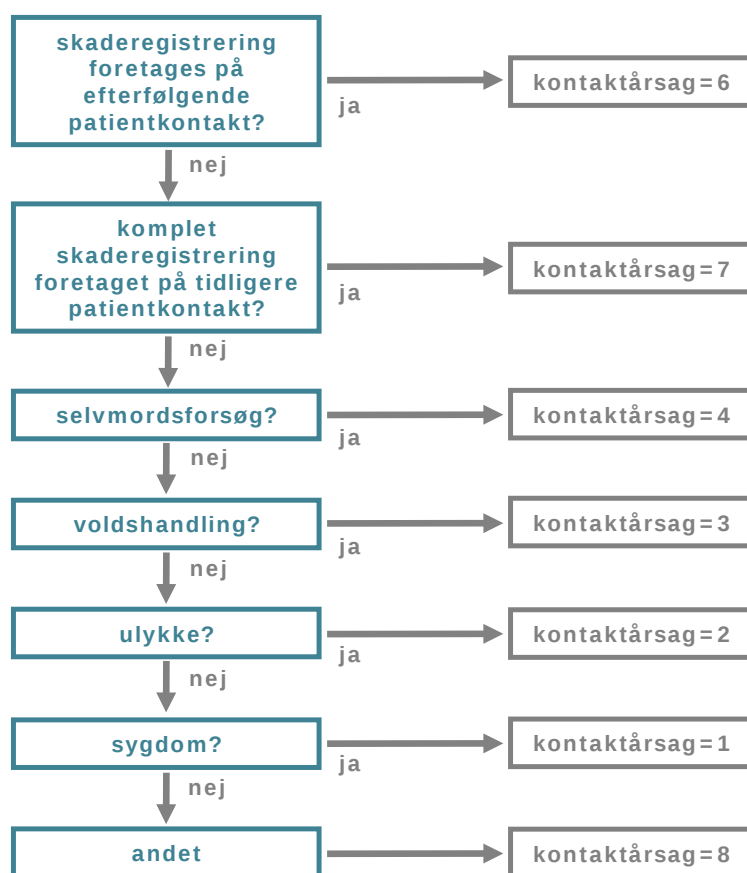
Det er vigtigt at være opmærksom på, at selv om meget eventuelt kan tilbageføres til patientens grundsygdom og den dertil hørende adfærd, så er det den umiddelbare baggrund for den aktuelle patientkontakt, som kontaktårsagen beskriver.

Kontaktårsag (1) 'Sygdom' anvendes efter udelukkelse af de andre specificerede kontaktårsager.

Komplikationer til undersøgelse og behandling (DT80-98) henregnes til kontaktårsag 1 '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 fejdosering af lægemiddel.

Se vedrørende lægemiddelbivirkninger i afs 9.5.5

Figur 7.1.a Valg af kontaktårsag



Kontaktårsag (8) 'Andet' 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 registreres ligeledes med kontaktårsag 8.

Fremkommer der i løbet af kontakten oplysninger af relevans for ændring af kontaktårsagen, skal den initiale registrering korrigeres.

Den registrerede kontaktårsag er bestemmende for de yderligere krav til registreringen af ydre årsager til skade. Ved kontaktårsag 2 'Ulykke', 3 'Voldshandling' og 4 'selvmordsforsøg' skal der obligatorisk registreres koder efter gældende "Klassifikation af ydre årsager til skade". Registreringen er grafisk illustreret i Figur 7.2.

7.1.1 Kontaktårsag 7

Hvis der er sket en komplet skaderegistrering på en tidligere patientkontakt, registreres kontaktårsag 7, hvorefter der ikke er krav om registrering af ydre årsager til skade-diagnosen på den aktuelle patientkontakt.

Kontaktårsag 7 kan også anvendes, når de to patientkontakter er på forskellige sygehuse.

Eksempler på anvendelse af kontaktårsag 7:

En person bliver behandlet for knoglebrud på højre arm ved at få armen lagt i gips, og der bliver foretaget en komplet skaderegistrering på akutmodtagelsen. Hvis patienten bliver behandlet opfølgende, 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 7.

En person indbringes til akut modtageafdeling efter trafikulykke. Der konstateres kompliceret brud af lårbensknoglen, som skal opereres under indlæggelse. Da der er foretaget komplet skaderegistrering på kontakten på akutmodtagelsen, registreres den akutte indlæggelseskontakt med kontaktårsag 7.

7.2 Indberetning af ydre årsager til skade ved ulykker, voldshandlinger og selvmordsforsøg

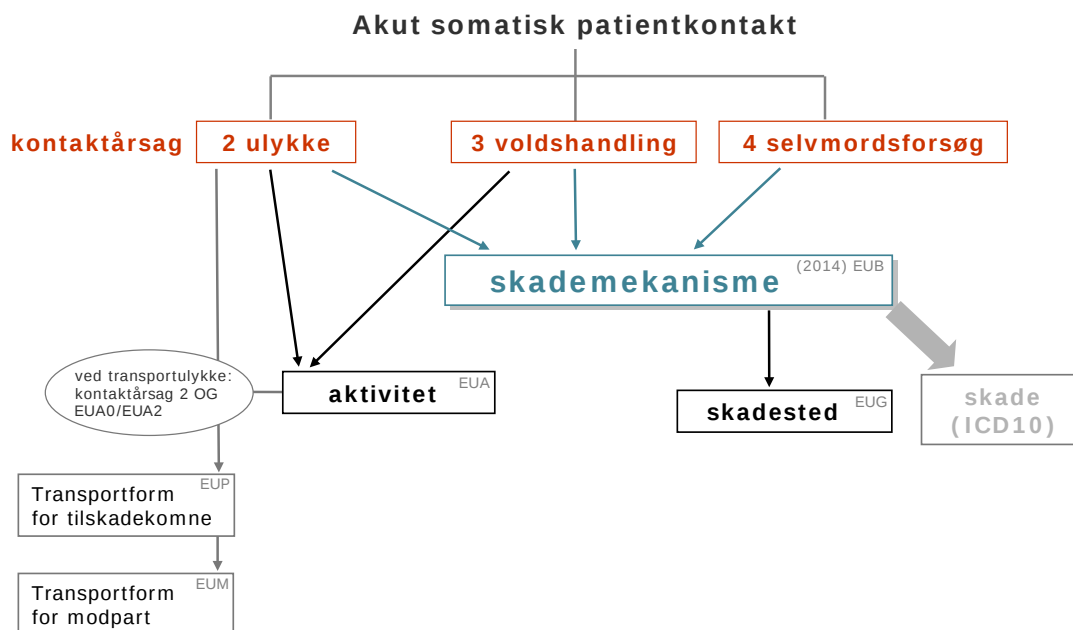
For akutte somatiske patientkontakter med kontaktårsagerne 2 'Ulykke', 3 'Voldshandling' og 4 'Selvmordsforsøg' skal der indberettes koder for ydre årsager til skade, som beskrevet i de følgende afsnit.

Figur 7.2 viser den obligatoriske indberetning.

Ved disse kontaktårsager skal der være en aktionsdiagnose i intervallerne DR00*-999, DS00*-DT89* eller DZ00*-999.

Figuren viser kun den obligatoriske indberetning. Der kan til denne basis-registrering knyttes andre frivillige registreringer. Se oversigt i Tabel 7.2.b

Figur 7.2 Skaderegistreringen – obligatorisk niveau



Tabel 7.2.a Definitioner – skaderegistrering

Begreb	Definition/beskrivelse
ulykke	en ufrivillig hændelse karakteriseret ved en hurtigtvirkende kraft eller påvirkning, som kan ytre sig i form af skade på kroppen
arbejdsulykke	ulykke der indtræffer i arbejdstiden i forbindelse med lønnet arbejde eller arbejde som selvstændig Inkl: lønnet arbejde (aktivitet=EUA1) og lønnet transportarbejde (EUA0)
skademekanisme	direkte skadevoldende effekt på den skaderamte
skadested	sted hvor skaderamte befandt sig på tidspunktet for skadens opståen
aktivitet	aktivitet som den skaderamte var i gang med på hændelsestidspunktet
transportulykke	ulykke der involverer et transportmiddel eller et dyr, som anvendes til at bringe personer eller gods fra et sted til et andet Inkl: transport (ikke lønnet) (aktivitet=EUA2) og lønnet transportarbejde (EUA0)
transportform for tilskadekomne	skaderamtes transportform på ulykkestidspunktet Obligatorisk ved transportulykke
transportform for modpart	modpartens transportform på ulykkestidspunktet Obligatorisk ved transportulykke

Ikke-obligatoriske oplysninger

trafikantrolle for tilskadekomne	skaderamtes trafikantrolle på ulykkestidspunktet fx fodgænger, buspassager. Kan anvendes ved køretøjsulykke
uheldssituation	specificerer omstændighederne ved en køretøjsulykke fx eneuheld, modpart i modsat færdselsretning. Kan anvendes ved køretøjsulykke
anvendt sikkerhedsudstyr	skaderamtes anvendelse af og type af sikkerhedsudstyr ved transportulykker
sportsaktivitet	kan anvendes til yderligere specificering af skaderamtes sportsaktivitet på ulykkestidspunktet eller tidspunktet for voldshandling
branche	skaderamtes arbejdsgivers brancheområde Kan anvendes ved arbejdsulykker
produkt ved skademekanisme	involveret produkt i skademekanisme
modpart ved voldshandling	modpartens relation til voldsramte

Tabel 7.2.b 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.

Tabel 7.2.b Skadeindberetningens overordnede opbygning og regler

Kontaktårsag	2: Ulykke	3: Voldshandling	4: Selvmordsforsøg
Aktionsdiagnose	DR00-DR999, DS00-DT899 eller DZ00-DZ999		
Skademekanisme EUB?	X	X	X
- produkt EUY???	(x)	(x)	(x)
- modpart ved voldshandling EUD?		(x)	
Skadested EUG?(?)	X	X	X
Stedfæstelse: - X-koordinat (tal) - Y-koordinat (tal) - X,Y-præcision EUZ? - UTM-zone (32/33)	(x)	(x)	(x)
Aktivitet EUA?*	X	X	
- sportsaktivitet EUC??*	(x)	(x)	
- branche EUE? *	(x)	(x)	
Transportform for tilskadekomne EUP?(?) ved EUA0/2 = transportulykke	X		
Transportform for modpart EUM?(?) ved EUA0/2 = transportulykke	X		
- trafikantrolle for tilskadekomne EUT?	(x)		
- uheldssituation EUU?*	(x)		
- anvendt sikkerhedsudstyr EUQ?*	(x)		

koder angiver obligatorisk niveau;
koder med * kan specificeres
yderligere.

X
(x)

obligatorisk registrering
frivillig registrering

Symbol-forklaring – se indledningen

7.2.1 Skademekanisme

Skademekanismen angiver den påvirkning, der medfører skaden (skaderne) på personen.

Skademekanisme skal obligatorisk registreres ved kontakårsag 2, 3 og 4 efter følgende klassifikation. Skademekanisme-klassifikationen er fælles for de tre typer af skadehændelser ulykke, voldshandling og selvmordsforsøg. Ikke alle er dog relevante ved alle skadehændelser.

Kode	Skademekanisme
EUBA	Fald i niveau 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, gennemboring 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 ses under [Skaderegistrering](#)

7.2.2 Aktivitet

Personens aktivitet på skadetidspunktet skal obligatorisk registreres ved kontaktårsagerne 2 'Ulykke' og 3 'Voldshandling'.

Aktiviteten skal som minimum specificeres ved det angivne kodeniveau i følgende tabel.

Aktiviteterne EUA0* og EUA2* definerer registreringsmæssigt transportulykker – se videre i afs 7.2.4

Aktiviteterne EUA0* og EUA1* definerer registreringsmæssigt arbejdsulykker.

Kode	Aktivitet
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 – se under [Skaderegistrering](#)

7.2.3 Skadested

Skadested skal obligatorisk registreres ved kontaktårsag 2, 3 og 4, dvs ved alle typer af skadehændelser.

Skadested skal som minimum specificeres ved kodeniveauet angivet i tabellens venstre kolonne.

Kode	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 – se under [Skaderegistrering](#)

I forbindelse med den obligatoriske angivelse af skadested kan der indberettes stedfæstelse med X- og Y-koordinater – se under [Skaderegistrering](#)

7.2.4 Transportulykker

Under kontaktårsag 2 'Ulykke' skal der ved transportulykker, dvs 'Lønnet transportarbejde' (EUA0*) og 'Transport' (ikke lønnet, EUA2*), obligatorisk registreres kode for transportform for tilskadekomne og transportform for modpart med en af hver af følgende koder.

Transportulykke og skadested (EUG0) 'Offentlig vej og parkeringsområde' definerer trafikulykke.

7.2.4.1 Transportform for tilskadekomne

En af følgende koder registreres obligatorisk ved transportulykker:

Kode	Transportform for tilskadekomne
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

Kode	Transportform for tilskadekomne
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

7.2.4.2 Transportform for modpart

En af følgende koder registreres obligatorisk ved transportulykker:

Kode	Transportform for modpart
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

Registreringen ved transportulykker kan suppleres med registrering af 'Uheldssituation' (EUU) , 'Trafikontrolle for tilskadekomne' (EUT) og 'Anvendt sikkerhedsudstyr' (EUQ).

7.3 Indberetning af voldshandlinger

Voldshandling adskilles fra ulykke ved intentionen om at forvolde skade på skaderamte. Seksuelle overgreb indgår under voldshandling.

Ved skade som følge af voldshandling skal følgende registreringer af "ydre årsager" foretages både for akutte indlagte og akutte ambulante somatiske patienter:

Kontaktårsag 3	Voldshandling
Skademekanisme	EUB?
Aktivitet	EUA?*
Skadested	EUG?(?)*

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 stedfæstelse.

7.3.1 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 (afs 4.2.5) aktiviteten (EUA0/EUA1), der afgrænser, at skaderamte var i en arbejdssituation.

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 yderligere suppleres med specifik angivelse af sportsaktivitet.

7.4 Indberetning af selvmordsforsøg

Flere undersøgelser peger på en underrapportering af selvmordsforsøg i Danmark. En korrekt registrering og indberetning af selvmordsforsøg – og dermed et bedre datagrundlag for forskning – har afgørende betydning for muligheden for at sætte ind med forebyggelsestiltag på området.

Denne beskrivelse gælder for den primære kontakt efter selvmordsforsøg.

Det er oftest den akutte somatiske modtagefunktion, der har den primære kontakt. I sjældnere tilfælde kan det dog også være en psykiatrisk afdeling. Kontaktårsag og ydre årsager skal ikke registreres for psykiatriske patientkontakter.

Tabel 7.4 Definitioner

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

Den nutidige 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.

Usikkerhed om definitionen af selvmordsforsøg kan være en af grundene til, at der er en betydelig underrapportering af selvmordsforsøg. En anden grund kan være det sundhedsfaglige personales personlige holdninger til patientens integritet – forstået på den måde, at personalet undgår at spørge ind til patientens selvmordsforsøg af hensyn til patientens psykiske tilstand.

Det er afdelingernes ansvar at sikre rutiner for en korrekt registrering 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.

Identifikation af et selvmordsforsøg er desuden helt afgørende for at afværge et senere fuldbyrdet selvmord.

Afdelingerne er forpligtede til umiddelbart at sørge for, at der bliver fulgt op på den selvmordstruede patient, jf. vejledning udsendt af Sundhedsstyrelsen "Vurdering og Visitation af selvmordstruede, Rådgivning til sundhedspersonale" (2. udg., 2007).

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 registrering af koder for ydre årsager på baggrund af de indhentede oplysninger – og selvfølgelig allervigtigst de nødvendige tiltag, der skal igangsættes jf Sundhedsstyrelsens vejledning.

Følgende registreringer af "ydre årsager" foretages både for akutte indlagte og akutte ambulante somatiske patienter:

Kontaktårsag 4	Selvordsforsøg
Skademekanisme	EUB?
Skadested	EUG?(?)*

Der er herudover mulighed for at specificere involverede produkter i forhold til skademekanismen.

Den obligatoriske registrering af skadested kan suppleres med specifik stedfæstelse – se [Skaderegistrering](#)

7.5 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 tilsigtet overdosering af lægemidler medregnes til forgiftning.

Bivirkninger af lægemidler anvendt i normale terapeutiske doser betragtes ikke som forgiftning – se afs 9.5.5

7.5.1 Klassificering

Sygdomsklassifikationen skelner mellem selve **forgiftningen** og de sygdomme/symptomer, der er **følger af forgiftningen**.

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

Ved lægemiddelforgiftning skal forgiftningskoden specificeres med ATC-tillægskode.

Ved forgiftninger med psykoaktive stoffer, der ikke er lægemidler og derfor ikke har en ATC-kode, anvendes specificerede forgiftningskoder fra DT40* og DT43*.

Forgiftninger med ikke-medicinske kemikalier (inklusiv alkohol) registreres 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' suppleret med ATC-kode eller DT-forgiftningskode som tilægskode.

7.5.2 Forgiftning som årsag til patientkontakt

Hvis forgiftning er årsag til sygehuskontakt, anvendes relevant kontaktårsag 2 'Ulykke', 3 'Voldshandling' eller 4 'Selvmordsforsøg', og der foretages en komplet skaderegistrering.

Vedrørende bivirkninger ved normal, terapeutisk dosering – se afs 9.5.5

7.5.3 Supplerende kodning

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

Eksempel

Primær skadekontakt med behandling af forgiftning:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DT510	Ethanolforgiftning
(B)DR400	Somnolens

7.5.4 Lægemedelforgiftninger

Lægemedelforgiftninger er forgiftninger, der opstår ved utilsigtet eller tilsigtet indtagelse af lægemidler i doser, der overskrider de almindeligt anerkendte terapeutiske doser.

Om bivirkninger ved normal terapeutisk anvendelse – se afs 9.5.5

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

Eksempel

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DT460	Forgiftning med specificeret lægemiddel med virkning primært på hjerte og kredsløb
(+)MC01AA05	digoxin

Der skal desuden foretages en komplet skaderegistrering efter principperne i dette kapitel, afhængigt af kontakårsagen, der er 2, 3 eller 4.

7.5.5 Forgiftninger med psykoaktive stoffer

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

Afsnittene DT40* og DT43* omfatter følgende koder:

DT40 Forgiftninger med opioider, kokain og hallucinogener	
DT400	Forgiftning med opium
DT401	Forgiftning med heroin
DT402	Forgiftning med andet opioid
DT402A	Forgiftning med kodein
DT402B	Forgiftning med morfin
DT403	Forgiftning med metadon
DT404	Forgiftning med andet syntetisk opioid
DT404A	Forgiftning med petidin
DT405	Forgiftning med kokain
DT406W	Forgiftning med opioid UNS
DT407	Forgiftning med cannabis
DT408	Forgiftning med lysergsyrediethylamid (LSD)
DT409A	Forgiftning med euforiserede svampe
DT409B	Forgiftning med meskalin
DT409C	Forgiftning med psilocin
DT409D	Forgiftning med psilocybin

DT40 Forgiftninger med opioider, kokain og hallucinogener	
DT409X	Forgiftning ved blandingsmisbrug med hallucinogener
DT409Z	Forgiftning med hallucinogen UNS

DT43 Forgiftninger med andre psykotrope midler	
DT430	Forgiftning med cykliske antidepressive midler
DT431	Forgiftning med MAO-hæmmer
DT432	Forgiftning med andet antidepressivum
DT433	Forgiftning med fenotiazin
DT434	Forgiftning med butyrofenoner og thioxantener
DT435	Forgiftning med andet antipsykotiske eller neuroleptiske lægemidler
DT436A	Forgiftning med amfetamin
DT436B	Forgiftning med ecstasy
DT436C	Forgiftning med khat
DT438	Forgiftning med andet psykotropt middel
DT438A	Forgiftning med designer drug
DT439	Forgiftning med psykotropt middel UNS

Koderne kan anvendes direkte som primærkode til registrering af forgiftninger – analogt til de øvrige DT-forgiftningskoder – eller som tillægskoder til specifikation af misbrugsdiagnoser (DF10*-19*) – se afs 9.5.4

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

8 PSYKIATRI

Registrering og indberetning af data for psykiatiske patienter er i vid udstrækning identisk med den registrering og indberetning, der foretages for somatiske patienter.

I dette kapitel beskrives kun de oplysninger, der afviger fra somatikken.

I kapitlerne om indlagte patienter (Kap 4), ambulante patienter (Kap 5) og akutte ambulante patienter (Kap 6) beskrives de generelle regler for indberetning.

Akutte ambulante patientkontakter skal (fra 2014) indberettes som selvstændige afsluttede patientkontakter med tidsmæssig udstrækning fra patientens ankomst til akut-afsnittet, til patienten igen forlader afsnittet. Det betyder, at den akutte ambulante patientkontakt svarer til et ambulant besøg. Se yderligere i afs 8.6.1

Bemærk - akut besøg i eksisterende ambulant patientkontakt

Akut psykiatrisk ambulant besøg i en eksisterende ambulant patientkontakt skal fortsat registreres som et besøg (inkl besøgsdato) indenfor den igangværende ambulant patientkontakt

Samtlige kontakter på psykiatiske afdelinger - inklusiv de uafsluttede - indberettes løbende.

Udredningsretten jf Sundhedsloven

Fra 1. september 2014 er det i forbindelse med Udredningsretten obligatorisk at indberette procedurekode(r) ved psykiatiske patientkontakter.

Se vejledning på Fællesindholdets hjemmeside.

8.1 Diagnoseregistrering

Senest en måned efter indlæggelse eller senest en måned efter første ambulante besøg skal der registreres en aktionsdiagnose efter listen over tilladte psykiatiske aktionsdiagnoser (Tabel 8.1).

DZ-diagnosekoderne anvendes generelt kun som aktionsdiagnose, hvor en DF-sygdomsdiagnose ikke er hovedfokus for den aktuelle kontakt.

DZ763* 'Rask ledsager' kan anvendes som aktionsdiagnose på lokale kontakter. Disse frasorteres ved indberetning.

Der kan desuden indberettes bidiagnoser og komplikationer til behandling. Se beskrivelse i Kap 9 om diagnoseregistrering.

Der henvises til nyeste udgave af "WHO ICD-10 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser" (Munksgaard), der indeholder definitioner og diagnostiske kriterier for de psykiatiske diagnoser.

8.2 Elektroshockbehandling

Det er obligatorisk at indberette elektroshockbehandling (ECT) for alle psykiatiske patienter, der får foretaget denne behandling. Der findes følgende SKS-koder for elektroshockbehandling:

Procedurekode	Kodetekst
BRXA1*	Behandling med elektroshock 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 registreres med en procedurekode for hver enkelt behandlingsseance. Den samlede behandling (behandlingsserie) vil vise sig som et antal registrerede procedurekoder - en for hver behandlingsdag.

Vedrørende de øvrige krav til ambulant procedureregistrering - se afs 8.7

Tabel 8.1 Tilladte aktionsdiagnoser for psykiatriske kontakter

Aktionsdiagnoser	Psykiatriske aktionsdiagnoser
DF00*-99*	Psykiatriske diagnoser (Kap V i sygdomsklassifikationen)
DX60*-84*	Tilsluttet selvbeskadigelse
DX85*-99* DY00*-09*	Overfald eller mishandling (inkl voldshandling, overgreb og omsorgssvigt)
DZ004	Kontakt mhp psykiatrisk undersøgelse IKA
DZ032	Observation pga mistanke om psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse
DZ032A	Observation pga. mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse
DZ038	Observation pga mistanke om anden sygdom eller tilstand
DZ039	Observation pga mistanke om sygdom eller tilstand UNS
DZ0460	Kontakt mhp retspsykiatrisk undersøgelse
DZ0461	Kontakt mhp psykiatrisk undersøgelse ifm. dom til behandling
DZ0462	Kontakt mhp psykiatrisk undersøgelse ifm. dom til anbringelse
DZ0462A	Dom til psykiatrisk anbringelse på Sikringen
DZ0462B	Dom til psykiatrisk anbringelse på anden psykiatrisk afdeling
DZ0463	Kontakt mhp civilretslig psykiatrisk undersøgelse
DZ0464	Kontakt mhp socialretslig psykiatrisk undersøgelse
DZ0468	Kontakt mhp anden retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning
DZ0469	Kontakt mhp retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning UNS
DZ700	Rådgivning vedrørende seksuel holdning
DZ701	Rådgivning vedrørende seksuel adfærd el orientering
DZ702	Rådgivning vedrørende seksuel adfærd hos tredje part
DZ703	Rådgivning om seksuel holdning, adfærd og orientering
DZ708	Anden seksualrådgivning
DZ709	Seksualrådgivning UNS
DZ710	Person i konsultation på anden persons vegne
DZ711	Rådgivning ved bekymring for sygdom hos rask person
DZ714	Rådgivning og kontrol ved alkoholmisbrug
DZ715	Rådgivning og kontrol ved medicinmisbrug
DZ716	Rådgivning og kontrol ved tobaksmisbrug
DZ718	Anden rådgivning
DZ719	Rådgivning UNS
DZ749	Problem i forbindelse med afhængighed af pleje UNS
DZ765	Simulering
DZ810	Familieanamnese med mental retardering
DZ811	Familieanamnese med alkoholmisbrug
DZ812	Familieanamnese med tobaksmisbrug
DZ813	Familieanamnese med misbrug af anden psykoaktiv substans
DZ814	Familieanamnese med andet stofmisbrug
DZ818	Familieanamnese med anden psykisk eller adfærdsmæssig sygdom
DZ843	Familieanamnese med indgifte
DZ864	Anamnese med misbrug af psykoaktive stoffer
DZ865	Anamnese med psykisk eller adfærdsmæssig forstyrrelse
DZ914	Anamnese med psykisk traume IKA

8.3 Retslige forhold

Ved retslige forhold, der ikke omhandler tvang, skal der registreres diagnose tilhørende DZ046* som bidiagnose eller eventuelt som aktionsdiagnose.

DZ046* registreres som aktionsdiagnose, hvis det retslige forhold er den eneste eller væsentligste grund til kontakten. I alle andre tilfælde skal det være bidiagnose.

Koderne kan ses i tabellen over tilladte psykiatriske aktionsdiagnoser (Tabel 8.1).

8.4 Selvmord, selvmordsforsøg og voldshandlinger under igangværende psykiatrisk kontakt

Registrering af selvmord og selvmordsforsøg under igangværende psykiatrisk kontakt sker via diagnosekodningen.

- ved selvmord, selvmordsforsøg og anden selvtilføjet skade under igangværende kontakt registreres relevant kode fra DX60*-84* som bidiagnose
- ved voldshandling med følger for patienten under igangværende kontakt registreres relevant kode fra DX85*-99* eller DY00*-09* som bidiagnose

Denne registrering gælder for alle kontakttyper.

8.5 Indlagt psykiatrisk patient

Der anvendes samme basisregistrering som for patienter på somatiske afdelinger. Dog er indberetning af kontaktårsag ikke tilladt for psykiatriske patientkontakter.

Følgende oplysninger er specielle for indlagte psykiatriske patienter:

Startvilkår	Angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk patientkontakt Værdisæt 1 almindelig frivillig indlagt 2 tvang (rød blanket) 3 tvang (gul blanket) 5 tvangstilbageholdelse 6 barn indlagt i henhold til Lov om Social Service 7 indlagt i henhold til dom 8 indlagt i henhold til dom til anbringelse 9 indlagt som mentalobservand B indlagt som varetægtssurrogatfængslet C overført varetægtsarrestant D indlagt i henhold til farlighedsdekret E indlagt i henhold til andet retsligt forhold* G retslig patient indlagt frivilligt^a *) fx udvist patient, hvor foranstaltningen er ophævet jf Udlændingelovens § 71 ^a) fx patient med dom til ambulant behandling, som er mødt op i akut modtageafsnit og ønsker at blive indlagt frivilligt
--------------------	---

Afslutningsmåde	Udover de generelle afslutningsmåder kan følgende afslutningsmåde anvendes: 4 ingen lægelig opfølgning Anvendes fx, når der ikke er behov for yderligere psykiatrisk behandling eller opfølgning, hvis patienten ikke har givet samtykke til videregivelse af oplysninger til egen læge, når en patient forlanger sig udskrevet mod givet råd og ikke ønsker yderligere behandling, eller når et barn viderehenvises til psykologisk-pædagogisk rådgivning, socialforvaltning eller talepædagog
------------------------	--

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.

8.5.1 Fysio- og ergoterapeutiske ydelser

For indlagte psykiatriske patienter er det ikke obligatorisk at indberette fysio- og ergoterapeutiske ydelser.

8.5.2 Fravær

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

Tabel 8.5.2 Definitioner vedrørende fravær

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

Længerevarende patientfravær anvendes fx, hvis et botilbud skal afprøves, eller hvis et barn er på prøveophold i hjemmet. Patienten disponerer fortsat over sin sengeplads.

Patientfravær uden aftale omfatter kun retspsykiatriske patienter, hvor der af juridisk-administrative grunde ikke kan ske en udskrivning eller, hvis der er tale om tvangstilbageholdte patienter, der efterlyses på behandlingskriterium.

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

8.5.3 Absenteringer i retspsykiatrien

Det er (fra 2014) obligatorisk at indberette absenteringer til Landspatientregisteret for retspsykiatriske patienter med en diagnose DZ046*.

Tabel 8.5.3 Definitioner vedrørende absenteringer i retspsykiatrien

Begreb	Definition/beskrivelse
udeblivelse	Udeblivelse er de situationer, hvor patienten ikke kommer tilbage eller kommer for sent tilbage fra uledsaget udgang. Patienten misbruger en udvist tillid i forbindelse med en gradvis udslusning
undvigelse	Undvigelse indebærer situationer, hvor patienter stikker af fra ledsagende personale. Forekommer fx når patienter er bevilget udgang med ledsagelse, eller hvor patient og personale sammen bevæger sig rundt på hospitalsområdet uden for sengeafsnittet
rømning	Rømning er at stikke af fra et sengeafsnit eller lukket have. Der er her tale om at bryde ud under forhold, hvor patienten ikke er givet nogen frihedsgrader

Indberetning af absentering omfatter retspsykiatriske patienter, der er indlagt og har en DZ046* diagnose enten som bidiagnose eller aktionsdiagnose.

Procedurekoderne skal registreres på den indlagte kontakt. Det skal registreres, når patienten absenterer fra hospitalet, og igen når patienten returnerer til hospitalet.

Absentering i stationært regi vedr udeblivelse

Procedurekode	Kodetekst
AWX31A	Absenteret i stationært regi, udeblivelse
AWX31B	Absenteret i stationært regi, tilbage efter udeblivelse

Absentering i stationært regi vedr undvigelse

Procedurekode	Kodetekst
AWX32A	Absenteret i stationært regi, undvigelse
AWX32B	Absenteret i stationært regi, tilbage efter undvigelse

Absentering i stationært regi vedr rømning

Procedurekode	Kodetekst
AWX33A	Absenteret i stationært regi, rømning
AWX33B	Absenteret i stationært regi, tilbage efter rømning

8.6 Ambulant psykiatrisk patient

Fra 2014 er der ændrede krav til indberetningen af akutte ambulante patientkontakter. De generelle krav er beskrevet i Kap 6.

Bemærk - akut besøg i eksisterende ambulant patientkontakt

Akut psykiatrisk ambulant besøg i en eksisterende ambulant patientkontakt skal fortsat registreres som et besøg (inkl besøgsdato) indenfor den igangværende ambulante patientkontakt

Der anvendes generelt samme basisregistrering som for ambulante patienter på somatiske afdelinger. Dog er indberetning af kontaktårsag ikke tilladt for psykiatriske patientkontakter.

Følgende oplysninger er specielle for ambulante psykiatriske patienter:

Startvilkår	Angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk patientkontakt Værdisæt K almindelig frivillig ambulant L ambulant behandling i henhold til vilkår M ambulant behandling i henhold til dom N ambulant mentalundersøgelse O tvungen ambulant opfølgning P barn til ambulant undersøgelse i henhold til Lov om Social Service R andet ambulant retsligt forhold* * Det kan fx være en social- eller civilretslig undersøgelse, der foregår ambulant.
-------------	---

Afslutningsmåde	Udover de generelle afslutningsmåder kan følgende afslutningsmåde anvendes: 4 ingen lægelig opfølgning Anvendes fx, når der ikke er behov for yderligere psykiatrisk 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, eller når et barn viderehenvises til psykologisk-pædagogisk rådgivning, socialforvaltning eller talepædagog
------------------------	--

8.6.1 Akut ambulant psykiatrisk patientkontakt

Der anvendes samme basisregistrering for akutte psykiatriske patientkontakter som for somatiske. Dog er indberetning af kontaktårsag ikke tilladt for psykiatriske patientkontakter.

Som aktionsdiagnose anvendes kode fra listen over tilladte psykiatriske aktionsdiagnoser. Som bidiagnose(r) tilføjes patientens øvrige psykiatriske diagnoser og eventuelle somatiske skader.

Koderne for (ydre årsager) voldshandling (DX85*-99*/DY00*-09*) og selvmordsforsøg (DX60*-84*) anvendes kun som aktionsdiagnoser i de tilfælde, hvor en ny psykiatrisk patientkontakt opstartes akut og primært på disse baggrunde.

8.7 Ambulante psykiatriske ydelser

Følgende beskrivelse og vejledning omhandler kun planlagte psykiatriske ambulante patientkontakter.

Ambulante ydelser i psykiatrien omfatter kategorierne:

- ambulant besøg (med eller uden yderligere registrerede ydelser)
- hjemmebesøg og udebesøg (med eller uden yderligere registrerede ydelser)
- ydelse uden besøg

"Ydelser uden besøg" er ydelser på og udenfor sygehuset, hvor patienten ikke er til stede.

8.7.1 Ambulante besøg

Det er vigtigt at være opmærksom på kravet om patientens tilstedeværelse for, at der er tale om et ambulant besøg. Dette gælder uanset patientens alder og grad af deltagelse.

Planlagt ambulant besøg indberettes som besøgsdato.

Hvis der i forbindelse med det ambulante besøg udføres en eller flere af følgende ydelser, skal disse også registreres og indberettes:

Procedurekode	Procedurer, der obligatorisk skal registreres, når de indgår i ambulant besøg
BRSP1	Individuel psykoterapi
BRSP2	Parterapi
BRSP3	Familieterapi
BRSP4	Flerfamilieterapi
BRSP5	Psykoterapi i gruppe
BRXA9A	Psykiatrisk dagbehandling
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse
ZZ4992	Semistruktureret diagnostisk interview
AAF21	Førstegangsbesøg

Procedurekode	Procedurer, der obligatorisk skal registreres, når de indgår i ambulant besøg
BVAA34A	Samtale med behandlingssigte
ZZ0149AX	Somatisk udredning
BRKP8	Psykoedukation i gruppe
BRBP	Træning af kombinerede psykosociale færdigheder

Definitioner/beskrivelser af ydelserne kan ses i [Psykiatrisk registreringsvejledning](#)

Det er frivilligt at indberette andre udførte procedurer.

8.7.2 Dagbehandling

'Dagbehandling' er definitions-mæssigt et planlagt ambulant besøg, idet patienten er til stede, men ikke disponerer over en normeret seng.

Dagbehandling registreres som planlagt ambulant besøg (besøgsdato) med procedurekoden BRXA9A 'Psykiatrisk dagbehandling'. Koden for dagbehandling anvendes, selvom behandlingen ikke varer en hel dag.

Registreringen suppleres med procedurekoder for konkrete ydelser, der er givet, og som normalt ikke indgår i dagbehandling.

Eksempel

Dagbehandling med psykologisk undersøgelse:

Procedureregistrering	Kodetekst
BRXA9A	Psykiatrisk dagbehandling
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse

8.7.3 Hjemmebesøg og udebesøg

Hjemmebesøg foregår i patientens hjem eller et sted, der fremtidigt skal være patientens hjem. Hjemmebesøg kræver tilstedeværelse af klinisk personale, men forudsætter ikke patientens tilstedeværelse.

Hjemmebesøg skal indberettes som besøgsdato samt ved registrering af den overordnede (administrative) procedurekode AAF6.

Procedurekode	Overordnet kode for hjemmebesøg og udebesøg
AAF6	Hjemmebesøg
AAF7	Udebesøg

Udebesøg er et møde mellem patient og sundhedsfagligt uddannet personale på fx dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre mm.

Udebesøget skal indberettes som besøgsdato samt ved registrering af den overordnede (administrative) procedurekode AAF7.

Hvis der i forbindelse med hjemmebesøget eller udebesøget udføres en eller flere af følgende ydelser skal disse også registreres og indberettes:

Procedurekode	Procedurer, der obligatorisk skal registreres, når de indgår i hjemmebesøg og udebesøg
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse
ZZ4992	Semistruktureret diagnostisk interview

Procedurekode	Procedurer, der obligatorisk skal registreres, når de indgår i hjemmebesøg og udebesøg
BVAA34A	Samtale med behandlingssigte
BRBP	Træning af kombinerede psykosociale færdigheder

Det er frivilligt at indberette andre udførte procedurer. Hjemmebesøg kan også foretages under en stationær kontakt. Dette dokumenteres ligeledes med koden AAF6.

8.7.4 Ambulante ydelser uden besøg

"Ydelse uden besøg" er en eller flere ambulante ydelser, der normalt finder sted uden for ambulant besøg, hjemmebesøg eller udebesøg. Dvs situationer, hvor patienten ikke er til stede på psykiatrisk afsnit, hvor personalet ikke er i patientens hjem eller, hvor der ved fremmøde på sygehuset kun deltager personale, som ikke må indberette besøgsdatoer.

"Ydelse uden besøg" omfatter administrative og kliniske procedurer, hvor patienten ikke er personligt til stede. **Ergo- og fysioterapeutiske procedurer** medregnes hertil, idet der i forbindelse med disse ikke må registreres ambulant besøg (=besøgsdato), når disse faggrupper er de eneste behandlere.

Følgende procedurer skal obligatorisk indberettes:

Procedurekode	"Ydelser uden besøg"
AAF83	Institutionsbesøg
BVAA33A	Telefonkonsultation
BVAA97	Samtale med forældre
BVAA99	Samtale med værge
BVAA5	Samtale med pårørende
BVAW1	Kontakt med anden myndighed
BVAW2	Netværksmøde
ZZ0182	Udfærdigelse af erklæring
ZZ0231A	Supervision til institution

Eksempel

Samtale med forældre med efterfølgende udfærdigelse af erklæring – patienten til stede:

Procedureregistrering	Kodetekst
BVAA97	Samtale med forældre
ZZ0182	Udfærdigelse af erklæring

9 REGISTRERING AF DIAGNOSER

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

Tabel 9 Definitioner - diagnoseregistrering

Begreb	Definition/beskrivelse
diagnosekode (diagnose)	klassificeret betegnelse for en diagnose, der er optaget i gældende "Klassifikation af sygdomme"
diagnoseart (kodeart)	angivelse af den efterfølgende SKS-diagnosekodes registreringsmæssige betydning
aktionsdiagnose diagnoseart 'A'	den diagnose der ved afslutning af en kontakt bedst angiver den vigtigste tilstand, som kontakten drejede sig om
bidiagnose 'B'	diagnose der supplerer beskrivelsen af den afsluttede kontakt
henvisningsdiagnose 'H'	diagnose der angives af henvisende instans som årsag til henvisning
tillægskode '+'	SKS-kode der supplerer primærkodens betydning Se afs 9.3 om "Tillægskodning".

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

Aktionsdiagnose, bidiagnoser og henvisningsdiagnose udgør diagnoseindberetningens primærkoder.

9.1 Generelle registreringsprincipper

Diagnosekoderne indberettes i SKS-format med foranstillet (SKS-hovedgruppe) 'D', fx DA022' Lokaliseret salmonellainfektion'. Koderne er vist i SKS-format i denne vejledning. Diagnoserne kodes efter "Klassifikation af sygdomme", der er den danske oversættelse og udbygning af WHO's sygdomsklassifikation (ICD-10).

Der sker løbende en udbygning af sygdomsklassifikationen med mere specificerede kodemuligheder. Disse kan ikke ses i bogudgaven af Sygdomsklassifikationen, men findes i den elektroniske version, der bliver opdateret hvert kvartal. Sygehusenes patientadministrative systemer bliver løbende opdateret med den aktuelle SKS-version, som også kan ses og hentes fra [SKS-Browser](#)

Generelt er kravet til diagnoser fem positioner eller mere (inklusive 'D').

Undtagelsen er "henvisningsdiagnose", der beskrives efterfølgende.

Forgiftninger med psykoaktive stoffer, se afs 7.4.5, skal kodes på højeste registreringsniveau.

9.1.1 De basale principper

For registreringen af diagnoser gælder følgende generelle regler:

- som aktionsdiagnose anføres den diagnose, der har ført til indlæggelse, plejebehov, ambulant kontakt eller skadekontakt, og som er den væsentligste årsag til de gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogrammer. Aktionsdiagnosen indberettes med diagnosearten 'A'
 - o ved konkurrerende diagnoser anføres den væsentligste kliniske tilstand som aktionsdiagnose

- o de øvrige diagnoser, som medvirkende årsag til eller som fund på kontakten eller som komplicerende for kontakten, medtages som bidiagnoser, der indberettes med diagnoseart 'B'
- tilgrundliggende sygdom med klinisk betydning for den aktuelle kontakt registreres som bidiagnose
- kontaktens øvrige klinisk relevante diagnoser, herunder eventuelle betydende komplikationer og symptomer, anføres som bidiagnoser
- der må ikke indberettes diagnoser på kontakten for sygdomme, som patienten ikke har, eller ikke har haft i løbet af kontakten

Det vil sige **ikke** kræft, før sygdommen er endeligt verificeret. Og **ikke** kræft, når patienten er helbredt ved en tidligere kontakt.

Hvis det vurderes relevant, kan tidligere sygdom registreres med koder med startteksten "anamnese med...".

9.1.1.1 Multiple sygdomme

Som angivet ovenfor under de generelle principper, skal der i diagnoseregistreringen foretages en prioritering af kontaktens diagnoser, idet den klinisk set tungeste tilstand skal indberettes som aktionsdiagnose. De øvrige kontakt-relevante diagnoser (sygdomme, skader og øvrige tilstande) indberettes som bidiagnoser.

Prioriteringen og antallet af bidiagnoser skal 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.

9.1.2 Slutregistrering

Aktionsdiagnosen og eventuelle bidiagnoser skal valideres ved kontaktafslutning. Der kan inden slutregistreringen være fremkommet nye eller supplerende svar på undersøgelser, der afklarer patientens slutdiagnose.

Typiske eksempler er patologisvar, der bekræfter mistænkt malignitet, og patologisvar eller billeddiagnostiske svar, der justerer udbredelsen af allerede registreret malign tumor.

9.2 Diagnosearter

Diagnosearterne er defineret i Tabel 9. Der skal altid indberettes en aktionsdiagnose for en afsluttet kontakt. Der kan kun indberettes én aktionsdiagnose, og én henvisningsdiagnose pr. kontakt.

Kontaktens diagnoseregistrering suppleres med de klinisk relevante bidiagnoser.

9.2.1 Aktionsdiagnosen

Vedrørende diagnoseregistrering og ambulante kontakter, herunder overskrivning af aktionsdiagnosen - se også Kap 5

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

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

Principperne for valg af aktionsdiagnose er beskrevet i indledningen til "Klassifikation af sygdomme". Den registrerede aktionsdiagnose ved afslutning af patienten skal angive den tilstand, der har ført til indlæggelse, plejebenhov, ambulant kontakt eller skadekontakt, og som er den væsentligste årsag til det i kontakten gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogram.

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

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

Kontaktens øvrige diagnoser registreres efterfølgende som bidiagnoser.

Eksempler

Patient med prostata kræft indlagt til palliativ smertebehandling.

Smerter er aktionsdiagnose, kræftsygdommen er bidiagnose:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DM545	Lændesmerter UNS
(B)DC795B	Metastase i knogle
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(B)DC619	Prostatakræft
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Patient med kendt malign urinblæresygdom indlagt og behandlet for hæmaturi:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DR319A	Makroskopisk hæmaturi UNS
(B)DC679	Kræft i urinblæren UNS
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Det er vigtigt at være opmærksom på, at der også kan kodes for "mistanke om" (obs. pro, ej befundet/ikke afkræftet - se afs 9.5.1) og andre årsager til kontakten som fx 'kontrolundersøgelse efter behandling'. Disse muligheder anvendes på kontakter, hvor patienten ikke har en "rigtig diagnose", dvs i udredningsfasen, indtil den kliniske diagnose stilles, og i kontrolofasen, hvor den tidligere sygdom er helbredt.

De særlige diagnosekoder (DX*-DY*) for (ydre årsager ved) selvmordsforsøg og voldshandling må ikke anvendes som aktionsdiagnoser på somatiske patientkontakter.

9.2.2 Relevante bidiagnoser

Kan beskrivelsen af kontaktens patienttilstande ikke klares med aktionsdiagnosen alene, skal der suppleres med en eller flere relevante bidiagnoser - "ikke mange - kun de få rigtige". Det er udelukkende kontakten, der skal beskrives - **ikke** det samlede sygdomsforløb.

- omfanget af registreringen af bidiagnoser skal afspejle det diagnostisk relevante billede i forhold til den aktuelle kontakt
- registreringen af bidiagnoser skal til gengæld ikke omfatte diagnoser, tilstande eller forhold, der ikke har klinisk relevans i forbindelse med den aktuelle kontakt
- tilgrundliggende og anden sygdom med klinisk betydning for den aktuelle kontakt registreres som bidiagnose

9.2.3 Henvisningsdiagnose

Henvisningsdiagnosen er den diagnose, der er anført af den henvisende læge eller sygehus/afsnit som årsag til henvisning. Henvisningsdiagnosen giver mulighed for efterfølgende at analysere sammenhængen mellem henvisningsårsagen og afdelingens endelige diagnoser og ydelser.

Sygehuset skal registrere henviserens angivne henvisningsårsag som en diagnosekode. Sygehuset skal ikke tolke rimeligheden af henviserens budskab men alene oversætte henvisningsbeskeden til tilsvarende diagnosekode.

Henvisningsdiagnosen indberettes med diagnoseart 'H' og skal være på mindst 4 positioner (inklusive 'D').

DZ-koderne (fx "Obs pro") anvendes ofte i forbindelse med registrering af henvisningsdiagnose.

9.2.4 Komplikationer til undersøgelse og behandling

En komplikation til en procedure er en tilstand hos patienten, som er en utilsigtet følge af en procedure, uanset om denne har været gennemført korrekt eller mangelfuldt, om der har været svigt af anvendt apparatur, eller om komplikationen må tilskrives patientens tilstand eller andre forhold i øvrigt.

Komplikationer klassificeres efter "Klassifikation af sygdomme" (ICD-10).

Registrering af komplikationer er udførligt beskrevet i Kap 11

Vedrørende diagnoseregistrering ved bivirkninger til lægemidler – se afs 9.5.5

9.3 Tillægskodning

I registreringen kan SKS-koder anvendes som tillægskoder til specifikation af en SKS-primærkode. Tillægskoden lægger yderligere information til primærkoden. Eksempler er tilføjelse af sideangivelse til en diagnose og ATC-kode som specificering af lægemiddelstof.

Tillægskodning er også omtalt i Kap 7, ved procedureregistrering i afs 10.13 og ved cancerregistrering i afs 13.4

Eksempler

Procedureregistrering	Kodetekst
(P)KLAE20	Dobbeltstidig ooforektomi
(+)DC509	brystkræft UNS

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DO821A	Enkeltfødsel ved akut kejsersnit før fødsel
(B)DO740	Aspirationspneumoni under anæstesi ved fødsel
(+)KMCA20	Vaginalt kejsersnit

Når en SKS-kode anvendes som tillægskode, angives det i indberetningen ved et foranstillet '+'.

Tillægskoder er i denne publikations eksempler ligeledes angivet med foranstillet '+' og er som de øvrige kodearter vist i parenteser i eksemplerne.

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

Til nogle diagnosekoder er det obligatorisk at registrere tillægskode. Dette gælder for diagnoser vedrørende svangerskab, abort og fødsel, anmeldelsespligtige sygdomme til Cancerregisteret samt i forbindelse med lægemiddelinducerede sygdomme og tilstande.

ATC-koder indberettes inkl det foranstillede 'M', som anvendes for SKS' lægemiddel-klassifikationen:

Diagnose-registrering	Kodetekst
(A)DT450A	Forgiftning med lægemiddel af kendt art med virkning på koagulation IKA
(+)MB01AA03	warfarin

9.4 Særlige regler vedrørende diagnoseregistrering

For neoplastiske sygdomme findes en liste med anmeldelsespligtige diagnoser, for hvilke der kræves en særskilt anmeldelse til Cancerregisteret med særlige krav til indberetningen - se Kap 13

Der stilles desuden specielle krav til diagnoseregistreringen ved skader som følge af ulykke, volds-handling, selvmordsforsøg (Kap 7), forgiftninger (Kap 7), ved fødsler og aborter (Kap 12) samt ved psykiatri registrering (Kap 8).

For nogle diagnosekoder gælder, at koden kun kan bruges i forhold til en given alder eller et bestemt køn. Disse regler knytter sig til den enkelte SKS-kode, og ved indberetning til LPR bliver der fejlsøgt for køn og/eller alder i forhold til klassifikationen, dog ikke hvis koden er anvendt som tillægskode.

9.5 Særlige kode- og registreringsprincipper

"Klassifikation af sygdomme" (kapitel 21) indeholder DZ*-koder til angivelse af årsag til kontakt med sundhedsvæsenet, som fx 'mistanke om sygdom' (obs. pro), 'kontrol' (uden sygdom), (behov for) gen-optræning, screening og profylaktiske foranstaltninger mm.

DZ*-koder anvendes kun som aktionsdiagnose på kontakter, hvor der ikke er en "rigtig sygdom". DZ*-koder angiver i disse situationer "patientens behov for" eller "årsag til..." patientens kontakt med sygehuset.

9.5.1 "Obs. pro"- diagnoser

I kodeafsnittet DZ03* findes koder til angivelse af 'Observation pga mistanke om...'. Disse koder anvendes til angivelse af kontaktårsagen "obs. pro" (ej befundet *eller* ikke afkræftet) - dvs til angivelse af den tilstand som kontakten vedrørte, uden at der klinisk er blevet stillet en egentlig eller endelig diagnose. "Obs. pro"- diagnoser kan på den måde være med til at angive, hvad kontaktens ressourcestræk er anvendt til.

Der findes såvel generelle som specificerede "obs. pro"- koder i afsnittet DZ03*. Uspecifikke DZ03*-koder kan specificeres med en tillægskode for den specifikke tilstand, der er undersøgt/observeret for.

Ved kontaktregistrering vil en indledende ambulant udredning før eventuel indlæggelse til behandling optræde som en selvstændig kontakt i LPR med egen aktionsdiagnose. Der skal ikke registreres sygdomsdiagnose, når diagnosen enten endnu ikke er stillet, mangler udredning eller er afkræftet.

Eksempler

"Obs. pro toksisk kontaktdermatit":

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DZ038	Observation pga mistanke om anden sygdom eller tilstand
(+)DL249	toksisk kontaktdermatitis UNS

Tillægskoden specificerer primærkoden (her en aktionsdiagnose (A)), uden at tillægskoden kommer til at optræde selvstændigt som en "rigtig diagnose". Det skal særligt fremhæves, at specificering af "obs. pro"-diagnoser vil kunne have en betydning for DRG-grupperingen.

DZ*-koderne anvendes ofte i forbindelse med registrering af henvisningsdiagnose:

Henvisningsdiagnose	Kodetekst
(H)DZ031H2	Observation pga mistanke om kræft i urinblæren

Andre eksempler med og uden anvendelse af tillægskoder

Mistanke om heroinforgiftning:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DZ036	Observation pga mistanke om toksisk effekt af indtaget stof
(+)DT401	forgiftning med heroin

Meningitis obs. pro:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DZ033	Observation pga mistanke om sygdom i nervesystemet
(+)DG039	meningitis UNS

Observation for epilepsi:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DZ033A	Observation på grund af mistanke om epilepsi

Mistanke om malignt melanom på trunkus:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DZ031P	Observation pga mistanke om kræft i hud
(+)DC435	malignt melanom i hud på kroppen

Mistanke om brystkræft:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DZ031R	Observation pga mistanke om kræft i bryst

9.5.1.1 Afkræftet obs. pro

Obs. pro diagnoserne (DZ03*) kan suppleres med en tillægskode, der angiver aktuel status på udredningen:

Tillægskode	Kodetekst
(+)ZDW71	afkræftet
(+)ZDW72	ikke afkræftet

ZDW7*-tillægskoder må ikke anvendes som tillægskode til andre diagnosekoder (D*) end DZ03*.

9.5.2 "Anamnese med..."

Tidligere tilstande kan kodes med 'Anamnese med' (DZ85*-88*) og evt tillægskode, der angiver den pågældende tilstand.

Eksempler

Registreringen vil oftest være relevant som bidiagnose:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(B)DZ874	Anamnese med sygdom i urin- eller kønsorgan
(+)DQ532	dobbelttidig testikelretention

Tilsvarende kan symptom eller følgetilstand specificeres med tillægskode:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(B)DN469B	Azoospermi
(+)DQ532	dobbelttidig testikelretention

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

9.5.3 Diagnosekodning ved kontrol

I kodeafsnittene DZ08* og DZ09* findes koder for "kontrolundersøgelse", der anvendes som aktionsdiagnose på kontakt, hvor der sker en kontrol, uden at sygdommen fortsat er til stede.

Denne diagnosekodning (kontaktbegrundelse) skal ikke forveksles med procedureregistreringen i forbindelse med fx de ambulante besøg, hvor der udføres (kliniske) kontrolundersøgelser.

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

Inkluderer

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

Ekskluderer

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

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

9.5.4 Registrering ved misbrug

Misbrugsdiagnoserne findes i kodeintervallet DF10*-19* 'Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer'.

Ved tilstande klassificeret under følgende tre afsnit, skal der angives tillægskode fra kodeafsnittene DT40* og DT43* (se afs 7.5.5) til specificering af det (de) aktuelle stof(fer):

DF11 Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af opioider

DF15 Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af andre centralstimulerende stoffer

DF16 Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af hallucinogener

Eksempler

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DF1106	Akut opioidintoksikation med kramper
(+)DT401	forgiftning med heroin

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DF1150	Skizofrenilignende opioidpsykose,
(+)DT406W	forgiftning med opioid UNS

9.5.5 Lægemiddelbivirkninger

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

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

Eksempler

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DK257	Kronisk mavesår uden blødning eller perforation
(+)MN02BA01	acetylsalicylsyre

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DI959	Hypotension UNS
(+)MC08CA01	amlodipin

Der er for visse diagnosekoder obligatorisk krav om ATC-tillægskode - se [Patientregistrering](#)

9.5.5.1 Bivirkning som årsag til patientkontakt

Hvis en bivirkning er årsag til ny sygehuskontakt, anvendes kontaktårsag 1 'Sygdom'.

9.5.6 Klassificering af skader (skadediagnoser)

Ved skadekontakter forstås kontakter, hvor den væsentligste årsag til den akutte patientkontakt er en skade eller, hvor kontakten har været begrundet i mistanke om skade, der afkræftes i løbet af kontakten.

Skader bør generelt som øvrige tilstande specificeres så meget som muligt. Aktionsdiagnosen vil ved en skadekontakt være en skadediagnose i klassifikationsområdet (Kap 19) DS00-DT79, ved mistanke dog DZ-kode:

Tabel 9.5.6 Diagnosekoder anvendt ved mistanke om skade, der ikke bekræftes på kontakten

Diagnosekode	Kodetekst
DZ036	Observation pga mistanke om toksisk effekt af indtaget stof
DZ041	Kontakt mhp undersøgelse og observation efter færdselsulykke
DZ042	Kontakt mhp undersøgelse og observation efter arbejdsulykke
DZ043	Kontakt mhp undersøgelse og observation efter andet ulykkestilfælde
DZ044	Kontakt mhp undersøgelse og observation efter påstået voldtægt og forførelse
DZ045	Kontakt mhp undersøgelse og observation efter anden påført skade

9.5.6.1 Multiple skader

Ved flere væsentlige selvstændige skader registreres disse generelt hver for sig, den alvorligste som aktionsdiagnose.

Hvis der foregår behandling af en konkret tilstand, er det således vigtigt, at denne tilstand specificeres fyldestgørende på samme niveau som den registrerede behandling.

Eksempel på skadediagnoser ved multiple selvstændigt behandlede frakturer:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DS720	Fraktur af lårbenhals
(B)DS525B	Colle's fraktur

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.

9.5.7 Screeninger

"Screeningsdiagnoserne" under DZ10*-13* anvendes ved risikofaktorer for sygdom, uden at der er konkret individuel mistanke om sygdom.

Screeningskoderne anvendes kun som aktionsdiagnose (kontaktbegrundelse) og kun på alle nye kontakter, der er begrundet i tidlig opsporing af sygdom, uden at der er konkret mistanke om sygdom hos den enkelte person. Når undersøgelsen er færdig, afsluttes kontakten.

Hvis opsporingskontakten resulterer i, at der skal ske en videre udredning eller behandling, oprettes en ny kontakt med aktionsdiagnosen - 'Obs. pro' (DZ03*) eller sygdomsdiagnose (evt symptomdiagnose).

Undersøgelser, der er en del af et eksisterende behandlings- eller forløbsprogram, betragtes ikke som "screening", fx øjenundersøgelse af diabetes patient uden øjensymptomer.

10 REGISTRERING AF PROCEDURER

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

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

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

De obligatoriske registreringskrav for procedurer gælder for indlagte og ambulante patienter.

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

Der kan i forbindelse med registreringer være særlige aftalte registreringsprincipper for eksempel i forhold til DRG- og DAGS-afregning. Der henvises til vejledningmateriale på [Patientregistrering](#)

Tabel 10 Definitioner - procedureregistrering

Begreb	Definition/beskrivelse
procedure	handling der kan udføres på eller gives til en person med kontakt til sygehusvæsenet
procedurekode (procedure)	klassificeret betegnelse for en procedure der er optaget i gældende SKS-procedureklassifikation
procedureart	angivelse af den efterfølgende SKS-procedurekodes registreringsmæssige betydning
producent	det afsnit der har udført en procedure
rekvirent	det afsnit der har bestilt en procedure
assistance	procedure hvor producenten er forskellig fra stamafdelingen
operation (operationskode)	procedure klassificeret i gældende operationsklassifikation
kirurgisk indgreb (indgreb)	en eller flere operationer udført i samme seance
primær operation (P)	den vigtigste operation i et kirurgisk indgreb
deloperation (D)	operation der indgår som en del af et kirurgisk indgreb uden at være den vigtigste operation
reoperation	operation foretaget pga en postoperativ komplikation inden for en måned efter den første operation
sekundær operation (sekundært indgreb)	opfølgende operation
tillægskode - kodeart (+)	SKS-kode der supplerer primærkodens betydning. Se afs 10.13 om "Tillægskodning"

Primærkode: Diagnose- eller procedurekode. I eksemplerne er kodeart vist i parenteser.

10.1 SKS-hovedgrupper

Procedurerne, der er inddelt i nedenstående hovedgrupper, kan ses på SKS-Browser

SKS-hovedgruppe	Proceduretype
A	Administrative koder
B	Behandling og pleje
K	Operationer
N	Anæstesi
U	Undersøgelser
W	Midlertidig undersøgelsesklassifikation
Z	Diverse procedurekoder

10.1.1 Behandlings- og plejeklassifikation

Denne klassifikation supplerer "Klassifikation af operationer" mhp dokumentation af de sundhedsfaglige aktiviteter. Disse koder er ikke alle registreringspligtige men giver den enkelte afdeling mulighed for aktivitetsregistrering på et klinisk meningsfuldt niveau.

En del af disse aktiviteter har betydning for afregning af indlagte patienter (DRG) og for ambulant afregning (DAGS) som ekstra honorering for specielle takstgivende ydelser. Statens Serum Institut vil løbende vedligeholde lister over hvilke koder, der er takstbærende – se [VisualDRG](#)

10.2 Indberetningsstruktur

Udførte procedurer indberettes med:

- SKS-procedurekodenummer
- eventuelle tillægskoder
- proceduredato
- procedureklokkeslæt
- sygehus/afdelings-kodenummer for producerende afsnit (producent)
- procedureart for operationer - se afs 10.4.1. Øvrige procedurer indberettes med procedureart "blank"

10.3 Assistancer

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

Der kan indberettes ambulante assistancer uden samtidig besøg på stamafdelingen, fx røntgenundersøgelser. Registreringspligtige procedurer, der er udført som assistance, skal knyttes til og indberettes på stamkontakten.

Eksempel

Ydelser udført som assistance skal knyttes til indberetningen af stamkontakten.

Det er normalt den producerende afdeling, der registrerer ydelser:

Stamafdeling	Ortopædkirurgi
(A)DZ094J	Kontrolundersøgelse efter behandling af crusfraktur
UXRG30	Røntgenundersøgelse af crus producent: røntgenafsnit (på assistanceafdeling)

Hvis patienten derimod har en åben ambulant kontakt for en anden sygdom, skal ydelser givet i forbindelse med denne anden sygdom fortsat registreres på den dertil hørende patientkontakt.

10.4 Operationsregistrering

For indlagte og ambulante patienter skal udførte operationer registreres og indberettes til LPR.

Operationer kodes efter "Klassifikation af operationer" kapitel A-Y (opdelt efter anatomi), der er den danske oversættelse af den **nordiske operationsklassifikation NCSP** (NOMESKO).

Operationskoderne indberettes i SKS-format med foranstillet (SKS-hovedgruppe) 'K', fx KFNG02A 'Primær perkutan transluminal plastik på koronararterie (PTCA)'. Koder er vist i SKS-format i denne vejledning.

Der sker løbende en udbygning af klassifikationerne med mere specificerede kodemuligheder. Den elektroniske version af klassifikationerne, der løbende bliver opdateret, er den officielle. Sygehusenes patientadministrative systemer bliver opdateret hvert kvartal med de aktuelle versioner. Disse kan ses og hentes fra [SKS-browser](#)

Indberettede operationer indgår i DRG-afregningen af indlagte patienter og i den ambulante besøgsafregning (DAGS-gruppering).

10.4.1 Angivelse af operationsart

Analogt med diagnoserne skal der sammen med hver SKS-operationskode registreres en procedure-art til markering af primære operation (P) og (øvrige) del-operationer (D) i et kirurgisk indgreb. Et kombineret indgreb bestående af operationer udført under samme anæstesi knyttes på denne måde sammen i registreringen vha. procedurearterne.

Generelt skal operationer udført i samme anæstesi registreres som ét indgreb. Dette inkluderer operation per occasionem og bilaterale indgreb. Dog kan man fx ved multitraumer vælge at registrere flere indgreb, hvis indgrebet involverer flere producenter.

Procedurer, der udføres samtidigt bilateralt, registreres generelt som to procedurer i samme indgreb fx ved samtidig dobbeltsidig indsættelse af hofteproteser.

Tillægskoden (+)TUL3 'bilateral' må ikke anvendes på procedurekoder.

Der findes dog en række koder med indbygget "bilateralitet" fx KKFD46 'Bilateral vasektomi eller ligation af vas deferens'.

10.4.2 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 primære.

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

10.4.3 Sekundære operationer

Sekundære operationer er opfølgende operationer - typisk i et forløb hvor patientens sygdom behandles over tid med flere indgreb. Sekundær operation skal ikke forveksles med "reoperation", se afs 10.4.2, selvom termene alment sprogligt anvendes i flæng.

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

10.5 Indberetning af fysio- og ergoterapeutiske ydelser

Vedr kravene til registrering af genoptræningsperioder – se afs 10.6

Det er obligatorisk at indberette fysio- og ergoterapeutiske ydelser til LPR. Indberetningen af ydelserne skal være dækkende for fremmødet, og der skal indberettes minimum én ydelse pr. fremmøde for ambulante patienter.

For indlagte somatiske patienter gælder det ligeledes, at der skal indberettes de ydelser, der er dækkende for hver intervention.

Vedr kravene til registrering af indlagte psykiatriske patienter - se Kap 8

Kravet til koder (definitioner og minimums specificeringsniveau) fremgår af kodekatalogerne for fysioterapi hhv ergoterapi.

Liste over obligatoriske SKS-koder findes under Vejledning for specialer og fagområder

Eksempler

Fysioterapibehandling - registrering af patient, der behandles for lymfeødem.

Ved første fremmøde kodes:

Procedureregistrering	Kodetekst
ZZ5049	Undersøgelse/vurdering
BMFF1	Lymfeødembehandling
BVD	Information og vejledning

Ved efterfølgende fremmøder kodes:

Procedureregistrering	Kodetekst
BMFF1	Lymfeødembehandling

Ergoterapibehandling - registrering af patient, der henvises med facialisparese og/eller synkeproblemer.

Ved første fremmøde kodes:

Procedureregistrering	Kodetekst
ZZ5049	undersøgelse/vurdering/anamnese
BEF	hvis behandlingen opstartes i forbindelse med undersøgelse
BTP	hvis behandling er målrettet spisetræning
BVD	hvis der gives systematisk information og vejledning til patient, pårørende eller øvrige behandler/personale

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

I statistikker fra LPR ses udelukkende på ydelsesindberetningen fra de fysio- og ergoterapeutiske afsnit. Det betyder, at ambulante besøg fra stamafsnit med speciale 98 (fysio-/ergoterapier) ikke tæller med i statistikken. For at fysio- og ergoterapeutiske ydelser kan ses i statistikker fra LPR, skal der indberettes mindst en procedure per fremmøde.

10.6 Genoptræning

Pr. 1. januar 2015 er en ny bekendtgørelse (BEK nr. 1088 "Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus") med reference til Sund-

hedsloven (§ 84 og § 140, stk. 4) trådt i kraft. For sygehusene betyder dette, at der indføres nye overordnede kategorier af genoptræning og rehabilitering.

De nye kategorier er:

- almen genoptræning (der udføres i kommunerne)
- genoptræning på specialiseret niveau (der udføres på sygehus)
- rehabilitering på specialiseret niveau (kan foregå på sygehus)

Sygehusenes opgaver i forbindelse med genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus er uændret dels at udarbejde genoptræningsplaner, dels at dokumentere de genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser, der udføres på sygehus, uanset om dette sker under stationær eller ambulant patientkontakt.

Kravene til dokumentationen omfatter således:

- udarbejdelse af genoptræningsplan for henholdsvis almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau samt for rehabilitering på specialiseret niveau. Genoptræningsplanen udarbejdes under sygehuskontakt og registreres på denne kontakt
- administrative markører for start og slut af genoptræning på specialiseret niveau henholdsvis start og slut markering af perioder med rehabilitering på specialiseret niveau. Kravet omfatter både ambulante og indlagte patienter
- ved udført specialiseret genoptræning og rehabilitering - fysio- og ergoterapeutiske procedurekoder. Kravet omfatter både ambulante og indlagte patienter

10.6.1 Udarbejdelse af genoptræningsplan

Sygehusene har opgaven at udarbejde genoptræningsplaner for genoptræning og rehabilitering. Udarbejdelse af genoptræningsplan skal obligatorisk registreres med en af følgende procedurekoder på dagen for færdiggørelse af planen:

Procedurekode	Kodetekst
ZZ0175X	Udarbejdelse af genoptræningsplan for almen genoptræning
ZZ0175Y	Udarbejdelse af genoptræningsplan for specialiseret genoptræning
ZZ0175V	Udarbejdelse af genoptræningsplan for rehabilitering på specialiseret niveau

10.6.2 Udførelse af genoptræning og rehabilitering på sygehus

Genoptræning og rehabilitering udført på sygehus registreres med relevante procedurekoder.

Kravet til kliniske ydelseskoder (definitioner og minimumsspecificeringsniveau) fremgår af [Kodekatalog for fysioterapi](#) hhv [Kodekatalog for ergoterapi](#).

10.6.2.1 Afgrænsning af perioder med genoptræning hhv 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 betyder, at der udover faglige procedurekoder skal registreres administrative markører for start og slut af perioder med følgende administrative procedurekoder:

Start		Slut	
AWG1	Specialiseret genoptræning	AWX21	Afsluttet specialiseret genoptræning
AWG5	Rehabilitering på specialiseret niveau	AWX22	Afsluttet rehabilitering på specialiseret niveau

Principper for registrering

Koderne registreres som procedurekoder:

- Start-kode registreres på dato for første ydelsesdag i en sammenhængende genoptræningsperiode hhv rehabiliteringsperiode
- Slut-kode registreres på dato for sidste ydelsesdag i perioden

Der skal på den givne kontakt være både en start- og en slut-kode. Start og slut-koder skal korrespondere svarende til strukturen i ovenstående tabel. Kravet gælder alle patientkontakter, der indgår under perioden, uanset om perioden eventuelt er startet på en tidligere patientkontakt, eller den skal fortsætte på en efterfølgende patientkontakt. Slut-kode kan undlades, hvis periodens afslutning er sammenfaldende med kontaktens afslutning.

Fysio- og ergoterapeutiske procedurekoder, der falder udenfor perioder med specialiseret genoptræning hhv rehabilitering, regnes for "behandling".

10.6.2.2 Diagnoseregistrering ved genoptræning og rehabilitering

Aktionsdiagnosen for patientkontakter skal generelt være den vigtigste årsag (hovedindikationen) til kontakten. Hvis genoptræningsbehov hhv rehabiliteringsbehov har været vigtigste årsag (herunder eneste) til patientkontakten, registreres relevant DZ50*-kode som aktionsdiagnose. DZ-koder registreres normalt ikke som bidiagnose, men der er principielt ikke noget i vejen for at gøre det.

Det anbefales i alle tilfælde at supplere aktionsdiagnosen med bidiagnoser for kroniske sygdomme og andre tilstedeværende tilstande, der medvirker til patientens nedsatte funktionsniveau, eller som komplicerer eller på anden måde har betydning for de udførte genoptræningsydelse.

10.7 Neonatal hørescreening

Screeningen gennemføres som en tostadiescreening, og der 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".

De relevante procedurekoder for undersøgelserne fremgår af procedure-kodelisten for neonatal hørescreening, se nedenfor.

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

10.7.1 Diagnoseregistrering i forbindelse med hørescreening

Følgende diagnosekoder vil i de fleste tilfælde være relevante ved besøg/kontakt, hvor den eneste eller væsentligste ydelse er neonatal hørescreening. Det indskræpes, at diagnoseregistreringen løbende skal kvalificeres i forhold til resultatet af de udførte undersøgelser.

Diagnose-kode	Diagnose	Bemærkning
DZ135C	Screening for medfødt høretab	anvendes på alle første screeningsbesøg, hvor resultatet af screeningen er "bestået"
DZ037A	Observation pga mistanke om medfødt høretab	anvendes på alle tilfælde, hvor resultatet ikke afkræfter høretab, uanset om der viderehenvises til udredning eller ej
DH919 (DH90*)	Høretab UNS	anvendes i de tilfælde, hvor screening eller anden undersøgelse viser høretab, uden at dette kan specificeres yderligere på dette tidspunkt. Hvis høretabet kan specificeres, anvendes relevant DH90-kode

10.7.2 Procedureregistrering ved hørescreening

Hørescreeningen skal obligatorisk registreres med følgende udvalgte procedurekoder:

Procedurekode	Procedure
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)

De med □ mærkede koder skal suppleres med tillægskode for resultatet af undersøgelsen:

Tillægskode	Resultat af undersøgelse	Bemærkning
(+)ZPR01A	bestået	anvendes som resultat ved undersøgelser, hvor resultatet 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 (tillægskoden) refererer entydigt til den enkelte undersøgelseskode, hvortil den er knyttet. Der bliver for de markerede procedurekoder valideret for obligatorisk tillægskode for resultat af undersøgelsen.

Eksempel

Procedureregistrering	Kodetekst
ZZ1450A (+)ZPR00B	Automatiseret hjernestammeaudiometri (A-ABR) ikke bestået

10.7.2.1 Afbrudt (mislykket) undersøgelse

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

Eksempel

Procedureregistrering	Kodetekst
ZPP62	Procedure afbrudt pga tekniske problemer med udstyr
(+)ZZ1450A	automatiseret hjernestammeaudiometri (A-ABR)

10.8 Hjemmebesøg

Tabel 10.8 Definition

Begreb	Definition/beskrivelse
hjemmebesøg	en klinisk persons besøg i patientens hjem Hjemmebesøg kan foregå under indlæggelse og ambulant kontakt

Hjemmebesøg er alle besøg (både med og uden tilstedeværelse af patienten), hvor en sundhedsfaglig person fra sygehuset er i patientens hjem. Hjem inkluderer institution, plejehjem, hospice og lignende, hvor patienten bor eller skal bo i fremtiden.

Hjemmebesøg skal indberettes med en besøgsdato samt en obligatorisk (administrativ) procedurekode: **AAF6 'Hjemmebesøg'**.

Udførte kliniske ydelser givet ifm hjemmebesøget kan indberettes med separate procedurekoder.

Der er særlige krav til procedureregistreringen i psykiatrien - se afs 8.7.4

10.9 Udebesøg

Tabel 10.9 Definition

Begreb	Definition/beskrivelse
udebesøg	møde mellem patient og sundhedsfagligt uddannet personale på fx dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre mm Besøget sker som led i ambulant udredning, undersøgelse, behandling eller kontrol. Udebesøg omfatter ikke ambulant besøg, hjemmebesøg, institutionsbesøg eller virksomhedsbesøg

Udebesøg registreres med koden: **AAF7 'Udebesøg'**.

Udebesøg inkluderer ikke institutionsbesøg eller virksomhedsbesøg, da disse registreres med andre SKS-koder.

10.10 Registrering af andre procedurer

Udover ovenstående beskrevne krav er der indberetningskrav for visse "ikke-kirurgiske" procedurer, dvs behandlinger og undersøgelser.

Det drejer sig om:

- radiologiske ydelser (afs 10.10.1)
- andre ydelser (10.10.2)
- medikamentel behandling (10.10.3)
- behandlinger ved kræftsygdomme (10.10.4)

10.10.1 Radiologiske ydelser

Det er obligatorisk at indberette **alle radiologiske procedurer** til LPR, dvs alle procedurer klassificeret efter SKS-afsnit UX*.

Det betyder, at såvel ydelser givet (som assistance) til en patient, der har en kontakt til en klinisk afdeling på sygehuset, som ydelser givet til patienter med selvstændig ambulant kontakt i røntgenafdelingen, skal indberettes.

Udførte billeddiagnostiske undersøgelser registreres efter "Klassifikation af radiologiske procedurer" (UX*-koder). Registreringen følger de generelle principper for procedureregistrering.

Der er krav om obligatorisk tillægskodning (sideangivelse og anvendelse af kontrast) for en del af de radiologiske procedurer - se liste radiologiske procedurer.

Assistancer

Når undersøgelse foretages på en patient, der allerede har en kontakt til sygehuset, skal den radiologiske ydelse knyttes som assistance til den aktuelle patientkontakt på stamafdelingen.

Selvstændig ambulant kontakt

Nogle røntgenafdelinger har mange "egne patienter", der henvises fra og returneres til primærsektoren. Disse patienter skal indberettes som ambulante patienter på røntgenafsnit med komplet besøgs-, diagnose- og procedureregistrering.

Diagnosekoden DZ016 'Radiologisk undersøgelse' kan anvendes som aktionsdiagnose.

10.10.2 Andre ydelser

Ud over de tidligere i dette kapitel beskrevne obligatoriske ydelser skal følgende procedurer obligatorisk registreres:

Procedurekode	Obligatoriske procedurer
NABB	Intensiv terapi
NABE	Intensiv observation
BAXY1	Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed
BAXY2	Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed
BFCA0*	Implantation af transvenøs kardial pacemaker
BFCB0*	Implantation af cardioverter-defibrillator
BFFA*	Eksternt anvendt procedure v. behandling af kardiale rytmeforstyrrelser
BFFB*	Radiofrekvensablation
BGDA0*	Respiratorbehandling
BGDA1	Non-invasiv ventilation (NIV)
BGHF1	Behandling med surfactant
BJFD*	Dialysebehandling
BKHD4**	Medicinsk abort
BOHA1	Fibrinolytisk behandling
BOQP*	Aferesebehandling
BRSP***	Systematisk psykoterapi
BRTB1*	Tvangsbehandling med elektrokonvulsiv terapi ECT
BRXA1*	Behandling med elektroshock ECT
BRXY8	Integreret tværfaglig smertebehandling (ITS)
BUAL1	Total parenteral ernæring
BVAA33A	Telefonkonsultation

Det angivne kodeniveau er det obligatoriske minimumsniveau. Kan valgfrit registreres mere detaljeret.

**) vedr procedureregistrering ved medicinsk abort – se afs 12.4

***) skal kodes specifikt – se videre i afs 8.7

Ovenstående liste dækker kun de statistiske anvendelser.

Kravene gælder indlagte og ambulante patienter.

Dette er kun en delmængde af de procedurer, der har en afregningsmæssig betydning i DRG og DAGS. Der henvises til VisualDRG for stationære og ambulante patienter.

Der kan være yderligere krav til registreringen, herunder lokale krav og i forbindelse med indberetning til kvalitetsdatabaser via LPR.

Endelig har enkelte specialer udgivet kodevejledninger og kodelister, der afgrænser de procedurer, som specialet anbefaler, at afdelingerne registrerer.

10.10.2.1 Hjemmedialyse

Ved hjemmedialyse foretaget af patienten selv, skal der ikke ske en registrering på kontakten. Kun hvor sygehuspersonale er til stede, skal der foretages en ydelsesregistrering (hjemmebesøg).

Der må ikke registreres ambulante besøg eller hjemmebesøg for hjemmedialyse foretaget af patienten selv.

Udlevering af poser og væske til hjemmedialyse sker normalt direkte fra leverandør til patienten. I dette tilfælde skal der heller ikke ske registrering på kontakten.

10.10.3 Medikamentel behandling

Registrering af "medikamentel behandling" foretages på et overordnet niveau - "behandlingen" - for de igangværende behandlinger, der skal registreres, og som afdelingen har iværksat eller har ansvaret for.

Der er krav om obligatorisk registrering af en række behandlinger - se afs 10.10.2 og afs 10.10.4 vedrørende behandling ved neoplastiske sygdomme. Der sker derudover en afregning (DRG og DAGS) af en række behandlinger.

Registreringen foretages af den afdeling, der aktuelt er ansvarlig for medicineringen, ofte den ordinerende afdeling. Behandlingen registreres ved hver indlæggelseskontakt/ambulante besøg på den ansvarlige afdeling.

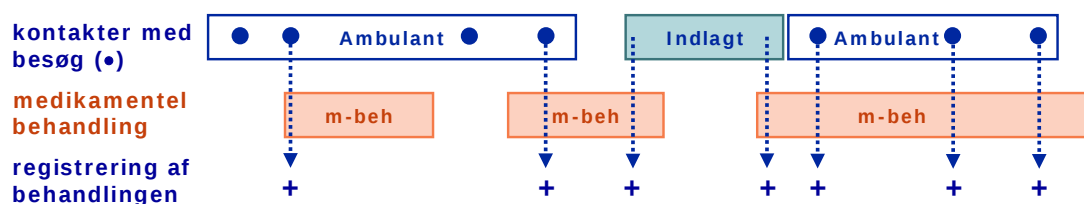
Registrering af medikamentel behandling foretages, uanset om medicinen faktisk indtages eller udleveres på sygehuset eller ej. Indgift og udlevering af medicin kan (ikke obligatorisk) registreres jf principperne senere i dette afsnit.

Medikamentel behandling skal kun registreres, hvis den har klinisk relevans for den pågældende kontakt eller det ambulante besøg.

Ved pause i behandlingen skal der ikke registreres behandling. Det er en klinisk vurdering, om patienten er i medikamentel behandling på et givent tidspunkt, eller patienten pauserer behandlingen eller har afsluttet behandlingen.

Behandling registreres generelt med startdato for behandlingen som proceduredato, og ved igangværende behandling lig med besøgsdato ved ambulante besøg og kontaktstartdato ved indlæggelseskontakt.

Figur 10.10.3 Registrering af medikamentel behandling



10.10.3.1 Registrering af medikamentel behandling

I SKS findes, indenfor visse terapeutiske områder, prækoordinerede procedurekoder mhp registrering af medikamentel behandling. Prækoordinerede behandlingskoder beskriver både selve proceduren – behandlingen – og det lægemiddel, der behandles med.

Eksempel

Registrering med prækoordineret procedurekode:

Procedureregistrering	Kodetekst
BOHJ14	Behandling med gentuzumab

Hvis der i forbindelse med en given medicinsk behandling ikke findes en prækoordineret kode, kan i stedet anvendes en overordnet procedurekode for behandlingen med en eller flere relevante ATC-koder (Medicinfortegnelsen). Den overordnede procedurekode skal være så specifik som muligt.

Eksempler (ikke obligatoriske)

Registrering med den mest specifikke overkode samt tillægskode ved peroral vancomycinbehandling:

Procedureregistrering	Kodetekst
BPHY	Behandling med antibiotika ikke klassificeret andetsteds
(+)MJ01XA01	vancomycin

Registrering med mest specifikke overkode samt tillægskode ved behandling med P-stav:

Procedureregistrering	Kodetekst
BJCA3	Antikonception med subkutan implantat
(+)MG03AC08	etonogestrel

10.10.3.2 Medicinudlevering

Det er **ikke obligatorisk** at registrere udlevering af medicin.

Hvis udlevering af medicin som led i en medikamentel behandling ønskes registreret, gøres dette ved at registrere behandlingen og tillægskode med (BWDB*) 'Udlevering af medicin'.

Eksempel

Procedureregistrering	Kodetekst
BWHA115	Behandling med methotrexat
(+)BWDB0	Udlevering af medicin

10.10.3.3 Medicingivning

Det er **ikke obligatorisk** at registrere medicinindgift.

Hvis medicingivning som led i en medikamentel behandling ønskes registreret, gøres dette ved at registrere behandlingen og tillægskode med (BWAA*) 'Medicingivning'.

Eksempel

Procedureregistrering	Kodetekst
BWHA130	Behandling med carboplatin+methotrexat+vinblastin
(+)BWAA6	Medicingivning intravenøst

10.10.4 Behandlinger ved kræftsygdomme

Følgende behandlinger er obligatoriske at indberette:

Procedurekode	Behandling af neoplas
BWG*	Strålebehandling
BOHJ*	Behandling med antistoffer og immunmodulerende behandling
BOQE*	Behandling med stamcellekoncentrat
BOQF*	Knoglemarvstransplantation
BWHA*	Cytostatisk behandling
BWHB*	Behandling med biologisk modificerende stoffer
BWHC*	Hormonel/antihormonel antineoplastisk behandling
BHW1	Dendritcellevaccination

Det angivne kodeniveau er det obligatoriske minimumsniveau. Koderne kan yderligere specificeres med mere detaljeret kode.

Principper for registrering af medikamentel behandling er beskrevet i afs 10.10.3

Kravene gælder indlagte og ambulante patienter og omfatter behandling og efterbehandling af neoplas, herunder recidiv-forebyggende behandling.

Disse krav dækker de statistiske anvendelser. Dette er kun en delmængde af de ydelser, der kan have en afregningsmæssig betydning.

Der kan være yderligere krav til procedureregistrering, herunder lokale krav og i forbindelse med indberetning til kvalitetsdatabaser via LPR.

10.11 Ambulante ydelser

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

De i de foregående afsnit beskrevne krav til procedureregistreringen gælder også for ambulante patienter.

10.11.1 Registrering af kliniske ydelser

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

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

10.11.2 Ydelser af administrativ karakter

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

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

Nogle gange kan det dog være ønskeligt eller nødvendigt at registrere "ydelser" af administrativ karakter, fx skal hjemmebesøg obligatorisk registreres som en besøgsdato med den administrative procedurekode AAF6 'Hjemmebesøg' - se afs 10.8. Udebesøg kan tilsvarende registreres med AAF7 'Udebesøg'.

10.12 Telemedicinske ydelser

Telemedicin er af Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin kort defineret som "digitalt understøttede sundhedsfaglige ydelser over afstand". Ved hjælp af informations- og kommunikationsteknologi kan telemedicin fremme diagnosticering, behandling, forebyggelse, forskning og uddannelse i sundhedsvæsenet. Der er altså tale om en meget rummelig definition, der potentielt inkluderer en bred vifte af ydelser, herunder ydelser klinikere imellem.

Det er planlagt en begrebsmæssig afklaring under det nationale begrebsarbejde som en forudsætning for at kunne afgrænse telemedicinske ydelser.

I det følgende fokuseres der derfor udelukkende på den individbaserede patientregistrering i relation til telemedicin. Her er det kun de direkte ydelser til patienten, der eventuelt skal registreres, dvs ydelser, hvor patienten (eller dennes stedfortræder) og klinikeren er i direkte, men virtuel kontakt. Overordnet drejer det sig om virtuel kommunikation og virtuel digital-understøttet sundhedsfaglig ydelse.

I denne sammenhæng kræver en "telemedicinsk ydelse", at patienten er direkte involveret part i kommunikationen subsidiært, at patienten direkte modtager ydelsen.

Virtuel kommunikation mellem klinikere og patient inkluderer de eksisterende særlige ydelseskoder for egentlige konsultationer med klinisk sigte:

Procedurekode	Kodetekst
BVAA33A	telefonkonsultation
BVAA33B	e-mailkonsultation
BVAA33D	videokonsultation

"Telemedicinsk ydelse" inkluderer i denne sammenhæng ikke kommunikation og dataudveksling mellem to eller flere klinikere.

Patientens egen-måling af værdier og efterfølgende behandling/medicinering i overensstemmelse med resultatet af målingen (fx blodsukker og INR) er ikke inkluderet.

Telemedicinske ydelser registreres i øvrigt efter de generelle regler for registrering af procedurer, dvs producerende afdeling kan enten være stamafdeling eller assisterende afdeling.

Telemedicinske ydelser udført som assistance til anden sygehusafdelings patient registreres på stam-patientkontakten med assistanceafsnittet som producent. Hvis dette af teknisk eller anden grund ikke kan lade sig gøre, er alternativet, at der på assistanceafdelingen oprettes en ambulant kontakt, og den telemedicinske ydelse registreres som ydelse uden besøg.

Der må kun indberettes ambulant besøgsdato på dagen, hvis patienten har et ambulant besøg eller et hjemmebesøg på afdelingen på samme dato.

Hvis sundhedsfagligt personale er til stede i patientens hjem i forbindelse med den telemedicinske ydelse, skal der samtidig indberettes procedurekode AAF6 for hjemmebesøget.

En patient-orienteret klinisk ydelse kan markeres som udført telemedicinsk med tillægskode for telemedicinsk ydelse, hvis dette ikke indgår implicit i ydelsen.

Eksempel

Procedureregistrering	Kodetekst
ZZ9201	Psykotterapi
(+)ZPW00900	telemedicinsk ydelse

10.12.1 "Indirekte ydelser"

Der vil med den fortsatte udvikling og indføring af moderne teknologi opstå nye scenarier, hvor en kliniker ansat på sygehus kommunikerer eller udfører kliniske ydelser overfor patienten. Det vil nok være meget svært at definere, hvad der falder inden for rammerne af "telemedicin", men svarende til oven-

stående kan en ydelseskode suppleres med tillægskode til at angive, at ydelsen er udført virtuelt og digitalt understøttet:

Procedureregistrering	Kodetekst
WLHLSXXXX	Lungefunktionsundersøgelse, spirometri
(+)ZPW00900	telemedicinsk ydelse

10.12.2 Telefonkonsultation

Telefonkonsultation er en klinisk virtuel kommunikation med patienten som led i behandling og kontrol af sygdom. Telefonkonsultation (procedurekode: BVAA33A) kan erstatte ambulante besøg.

Telefonkonsultation kan stå alene i procedureregistreringen. Hvis telefonkonsultationen omhandler en medikamentel behandling, der ønskes registreret, tilføjes den relevante behandlingskode som selvstændig procedurekode (primærkode).

Eksempel

Procedureregistrering	Kodetekst
BVAA33A	Telefonkonsultation
BWHA110	Behandling med 5-fluorouracil

Der er således ikke umiddelbart en binding mellem de to selvstændigt registrerede ydelser.

Hvis der ikke er ambulant fremmøde på samme dag, må der ikke registreres ambulant besøgsdato.

10.13 Tillægskodning

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

Tillægskoder knytter sig til den enkelte primære procedurekode.

Tillægskoder kan ikke registreres som selvstændige procedurer.

Eksempler

Procedure udført i generel anæstesi:

Procedureregistrering	Kodetekst
BMBZ51E	Anlæggelse af centralt venekateter i v. subclavia
(+)NAAC10	generel i.v. anæstesi uden N ₂ O

Sideangivelse kan registreres med tillægskoderne:

Tillægskode	Kodetekst
(+)TUL1	højresidig
(+)TUL2	venstresidig

'bilateral' (TUL3) må ikke anvendes som tillægskode på procedurer

Procedure udført akut:

Procedureregistrering	Kodetekst
KEMB10	Tonsillektomi
(+)ATA1	akut

Personalekategori for udførende personale:

Procedureregistrering	Kodetekst
BJAZ14	Skiftning af suprapubisk kateter
(+)APBA14	sygeplejerske

Ydelsessted:

Procedureregistrering	Kodetekst
ZZ4397	Allergologisk miljøundersøgelse
(+)ZSHA0	arbejdsplads

Anvendt tolkebistand:

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

Disse muligheder er ikke obligatoriske, men det bør overvejes, om der ved tillægskodning kan opnås oplysninger, der også kan anvendes til andre formål, fx til indberetning til kliniske kvalitetsdatabaser. Tillægskodning kan således anvendes til at knytte et resultat til en udført procedure(kode).

ATC-koder kan anvendes som tillægskoder til specificering af behandlingskode med anvendt lægemiddelstof. ATC-koder indberettes med foranstillet 'M' som i eksemplerne.

ATC-koderne kan findes her: [Medicin](#)

Tillægskoder i forbindelse med operationer, se afs 10.4

11 KOMPLIKATIONER TIL UNDERSØGELSE OG BEHANDLING

Vedrørende diagnoseregistrering ved lægemiddelbivirkninger – se afs 9.5.5

Komplikationer til undersøgelse og behandling er tilstande, der er opstået som en utilsigtet følge af en procedure – dvs et kirurgisk indgreb, anden behandling eller undersøgelse - uanset om proceduren er udført korrekt eller mangelfuldt, om der har været svigt af anvendt apparatur, eller om komplikationen kan tilskrives patientens tilstand eller andre forhold i øvrigt.

Komplikationer kan fx være større peroperativ blødning, organlæsion, postoperativ blødning og sårinfektion. Til begrebet komplikation medregnes principielt enhver form for nosokomial infektion dvs infektion, der er erhvervet under kontakt med sygehuset, og som ikke var påvist, beskrevet eller under inkubation på tidspunktet for kontaktstart.

Normalt anvendes en **tidsmæssig afgrænsning** på 30 dage mellem den formodede forårsagende procedure og den opståede tilstand, idet der udover denne periode i stigende grad bliver usikkerhed om årsagssammenhæng mellem udførte procedurer og opståede tilstande. Dette gælder især infektioner.

For yderligere at fokusere på de væsentlige komplikationer anbefales det kun at registrere behandlingskrævende tilstande. Hvis fx en blødning ikke har et omfang, der medfører intervention, skal denne ikke registreres som komplikation.

11.1 Klassificeringsprincipper (WHO)

Diagnoseklassifikationen skelner mellem komplikationer, der er opstået som (formodet) komplikation til en procedure, og andre nosokomiale komplikationer, hvor der ikke er en formodet årsagssammenhæng mellem en udført procedure og en opstået tilstand.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at fx en urinvejsinfektion efter kateterisering og en lungebetændelse efter kirurgisk indgreb klassificeres efter kodeafsnittet DT814*, når der er en **klinisk begrundet årsagssammenhæng** eller formodning om årsagssammenhæng mellem procedure og infektion.

Hvis dette ikke er tilfældet, klassificeres infektionen som sygdom (i andre kapitler fx akut cystitis DN300) og ikke som komplikation til procedure.

Obstetriske sårinfektioner og urinvejsinfektioner efter fødsel eller obstetrisk indgreb klassificeres efter DO86* - puerperal sepsis dog efter DO85*.

Infektioner opstået i forbindelse med og efter abort klassificeres under DO0*.

11.2 Særlig fokus på tidlige postoperative komplikationer

Det anbefales, at der generelt og systematisk sker en dækkende registrering af alle behandlingskrævende tilstande, der er opstået som komplikationer til udført indgreb.

Der er særlig fokus på følgende obligatoriske komplikationskoder for postoperative infektioner.

Tabel 11.2 Obligatoriske komplikationskoder for postoperative infektioner

Diagnosekode	Komplikation
DT814A	Absces i operationscicatrice
DT814B	Postoperativ intraabdominal absces
DT814C	Postoperativ subfrenisk absces
DT814D	Postoperativ sepsis

Diagnosekode	Komplikation
DT814E	Postoperativ sårgranulom
DT814F	Postoperativ sårinfektion
DT814G1	Postoperativ overfladisk sårinfektion
DT814H1	Postoperativ dyb sårinfektion
DT814I1	Postoperativ intraabdominal infektion UNS
DT814J1	Postoperativ retroperitoneal infektion
DT814P	Postoperativ pneumoni
DT814U	Postoperativ urinvejsinfektion
DT814X	Anden postoperativ infektion

Det anbefales, at disse altid specificeres på det i tabellen angivne niveau (6 karakterer).

Der er følgende definitioner knyttet til udvalgte kategorier.

11.2.1 Udvalgte definitioner

DT814G Postoperativ overfladisk sårinfektion

Infektionen involverer hud og subcutis og opstår indenfor 30 dage efter indgrebet. Mindst ét af følgende tre punkter skal være opfyldt:

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

DT814H Postoperativ dyb sårinfektion

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

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

DT814I Postoperativ intraabdominal infektion

Infektionen involverer organer og/eller cavum peritonei og opstår indenfor 30 dage efter indgrebet. Mindst ét af følgende fire punkter skal være opfyldt:

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

DT814J Postoperativ retroperitoneal infektion

Infektionen involverer det retroperitoneale rum og opstår indenfor 30 dage efter indgrebet. Mindst ét af følgende tre punkter skal være opfyldt:

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

11.2.2 Komplikation som årsag til patientkontakt

Hvis en komplikation er årsag til ny akut sygehuskontakt, anvendes relevant kontaktårsag.

Kontaktårsag 1 'Sygdom' anvendes, når komplikationen er forårsaget af en procedure, der er udført efter gældende retningslinjer eller normal klinisk praksis.

Vedrørende bivirkninger ved normal, terapeutisk dosering - se afs 9.5.5

12 GRAVIDITET

Fødsler kan indberettes som stationære eller ambulante patientkontakter. Hjemmefødsler skal indberettes som ambulant fødsel med bla anvendelse af særligt specificerede diagnosekoder for barnets aktionsdiagnose - se afs 12.3.5

Fødsler (mor og barn) skal uanset patienttype indberettes på selvstændige patientkontakter, der kun omhandler fødslen. Kontakten skal uanset patienttype overholde kravene til fødselskontakter.

Moderens fødselskontakt kan dog inkludere:

- igangsætning (ikke kejsersnit)
- ophold på barselsgang/i barselsseng efter fødslen

Hvis fødslen indberettes som ambulant kontakt, skal indlæggelse i normeret barselsseng indberettes som en særskilt stationær kontakt. Fødselsdiagnoser må ikke anvendes på barselskontakt.

Hvis kvinden er indlagt til aflastning før fødsel, afsluttes aflastningskontakten før fødslen, og fødslen indberettes som selvstændig kontakt - stationær eller ambulant.

Ved fødsel på akutmodtagelse skal der tilsvarende oprettes en (administrativ) patientkontakt - ambulant eller evt stationær - på et afsnit, hvor fødselsregistreringen kan foretages.

Vedrørende krav til indberetning i forbindelse med spontan abort - se afs 12.5.1 eller provokeret abort før fulde 22 svangerskabsuger - se afs 12.5.2

Vedrørende abortprocedure, der resulterer i barn med livstegn - se afs 12.5.3

Vedrørende abortprocedure udført efter fulde 22 svangerskabsuger - se afs 12.5.4

Vedrørende tidlig spontan fødsel - se afs 12.5.5

Tabel 12 Definitioner – svangerskab, fødsler, aborter og misdannelser

Begreb	Definition / beskrivelse
fødsel	(moder) se også fødselstidspunkt Fødslen som perioden fra aktiv fødsel til barnet er helt ude (fødselstidspunkt) indgår ikke i registreringens definitioner.
fødselstidspunkt	tidspunkt hvor barnet er helt ude af moderen Fødselstidspunktet bestemmer fødested, dvs typen af fødsel (sygehus / hjemme / "på vej") ud fra en registreringsmæssig betragtning
sygehusfødsel	fødsel hvor barnet fødes på sygehus
"fødsel på vej"	fødsel hvor barnet fødes udenfor hjem og sygehus Registreres på sygehuset som "fødsel på vej"
hjemmefødsel	fødsel hvor barnet fødes i hjemmet Fødsel, der er startet i hjemmet, men hvor barnet ikke er født i hjemmet, betragtes ikke som hjemmefødsel
paritet	antallet af gennemførte graviditeter (≥ 22 svangerskabsuger) inkl dødfødsler Ved flere fødsler indenfor samme graviditet er pariteten for alle fødsler den samme - pariteten ved afslutning af den aktuelle graviditet
flernummer	angivelse af barnets nummer indenfor aktuel graviditet
placentavægt	ved flerfoldfødsel registreres hver placenta for sig Ved sammenhængende placenta registreres den totale vægt på hvert barn
levendefødt barn	barn der efter fødsel/fremhjælpning viser livstegn Dette gælder uanset svangerskabslængde og uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven
dødfødsel	fødsel af barn uden livstegn efter 22 svangerskabsuger ($\geq 22+0$)

Begreb	Definition / beskrivelse
(fødsel af dødt barn)	Dette gælder uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven. Dødfødsler indberettes til LPR via moderens fødselsoplysninger og desuden via særlig papirblanket. Der skal i disse tilfælde ikke indberettes en kontakt på barnet, men der skal foretages ligsyn og udstedes dødsattest
abort	abort af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger ($\leq 21+6$) Omfatter spontan og provokeret abort <22 uger

Vedrørende øvrige definitioner på abort – se afs 12.5

12.1 "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 abort-indgreb.

Dette betyder, at der altid ved livstegn skal diagnosekodes med fødselsdiagnose, og at der skal foretages fødselsanmeldelse via LPR.

Der er mulighed for at kombinere fødselsdiagnose (ved livstegn) og operations- eller behandlingskode(r) for abortprocedure i de tilfælde, hvor der trods abortprocedure fremkommer et barn med livstegn - se yderligere beskrivelse af kravene til registrering i sådanne særlige situationer i afs 12.5.3

12.2 Svangerskab

Svangreperioden vil normalt være dækket af en sammenhængende ambulant kontakt, der afsluttes ved oprettelse af fødselskontakten.

Svangrekontroller

Kontrolbesøg på sygehuset under svangerskabet registreres som ambulante besøg, og omfatter såvel besøg ved jordemoder som lægekontroller.

Der skal obligatorisk registreres ydelseskoder for svangrekontrollerne samt for de udførte skanninger - se følgende afs 12.2.1

Ydelseskoderne fremgår af nationale minimums registreringsskemaer, der kan findes her:

Jordemødrenes registreringsskema hhv Obstetrisk registreringsskema

12.2.1 Registrering ved svangrekontroller

Jordemoderbesøg som led i svangrekontrollen skal registreres med procedurekode for typen af jordemoderkonsultation og eventuelt yderligere registrering af supplerende kliniske ydelser, herunder ultralydsundersøgelser (skanninger).

Procedurekoderne er (vejledningsmæssigt) ordnet i disse kategorier:

1. jordemoderkonsultationer

Registreres obligatorisk ved moderens fremmøde på sygehus og direkte kontakt mellem jordemoder og den gravide. Der er en liste over specificerede typer af konsultationer. Der registreres altid kun én konsultationskode pr fremmøde uanset varighed og antallet af jordemødre

2. særlige jordemoderfaglige ydelser

Udvidede tilbud, dvs særlige planlagte pædagogiske seancer i forhold til særlige behov (risikofaktorer) hos den gravide.

Ydelserne

- kan supplere ovenstående konsultation, når der både har været svangrekontrol og udvidet tilbud
- eller -
- kan stå alene, når der ikke foretages almindelig svangrekontrol ved fremmødet

3. andre kontakter (end konsultationer på sygehuset) til moderen

Hjemmebesøg, telefonkonsultation, e-mail konsultation, videokonsultation

4. andre ydelser givet ved kontakt i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel

Ydelser, der kun kan registreres som supplerende ydelser til registreret konsultation eller anden kontakt

Vedrørende ydelser givet til barnet - se afs 12.2.1.2

12.2.1.1 Procedurekoder ved svangrekontroller

1. Jordemoderkonsultationer

- der kan kun vælges én jordemoderkonsultation pr. besøg
- der skal altid registreres på det angivne specificeringsniveau

Jordemoderkonsultationer	
Basis jordemoderkonsultationer	
BKUA21A	Første basis jordemoderkonsultation
Opfølgende basis jordemoderkonsultationer	
BKUA21B1	Opfølgende basis jordemoderkonsultation, individuel
BKUA21B2	Opfølgende basis jordemoderkonsultation, gruppe
Første udvidede jordemoderkonsultationer	
BKUA22A0	Første udvidet jordemoderkonsultation, rusmiddelproblematik
BKUA22A1	Første udvidet jordemoderkonsultation, diabetes
BKUA22A2	Første udvidet jordemoderkonsultation, fødselsangst
BKUA22A3	Første udvidet jordemoderkonsultation, overvægtig
BKUA22A4	Første udvidet jordemoderkonsultation, psykisk problemstilling
BKUA22A5	Første udvidet jordemoderkonsultation, sociale problemer
BKUA22A6	Første udvidet jordemoderkonsultation, tidligere perinatalt dødsfald
BKUA22A7	Første udvidet jordemoderkonsultation, flerfold
BKUA22A8	Første udvidet jordemoderkonsultation, ung
BKUA22A9	Første udvidet jordemoderkonsultation, omskåren
Opfølgende udvidede jordemoderkonsultationer	
BKUA22B0	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, rusmiddelproblematik
BKUA22B11	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, diabetes, individuel
BKUA22B12	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, diabetes, gruppe

BKUA22B2	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, fødselsangst
BKUA22B31	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, overvægtig, individuel
BKUA22B32	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, overvægtig, gruppe
BKUA22B4	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, psykisk problemstilling
BKUA22B5	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, sociale problemer
BKUA22B6	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, tidligere perinatalt dødsfald
BKUA22B71	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, flerfold, individuel
BKUA22B72	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, flerfold, gruppe
BKUA22B81	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, ung, individuel
BKUA22B82	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, ung, gruppe
BKUA22B9	Opfølgende udvidet jordemoderkonsultation, omskåren
Akutte jordemoderkonsultationer	
BKUA27A	Akut jordemoderkonsultation før fødslen
BKUA27B	Akut jordemoderkonsultation efter fødslen
Andre jordemoderkonsultationer	
BKUA28B	Planlagt jordemoderkonsultation efter fødslen

2. Særlige ydelser givet under graviditet og efter fødslen

- ydelserne kan stå alene eller kan kombineres med en jordemoderkonsultation

Fødsels- og forældreforberedelse	
BKUA31A	Fødsels- og forældreforberedelse, individuel
BKUA31B	Fødsels- og forældreforberedelse, gruppe
Rygestopkonsultation til gravid	
BKUA32A	Rygestopkonsultation til gravid, individuel
BKUA32B	Rygestopkonsultation til gravid, gruppe
Kost- og motionskonsultation til gravid	
BKUA33A	Kost- og motionskonsultation til gravid, individuel
BKUA33B	Kost- og motionskonsultation til gravid, gruppe
Akupunktur	
BAFA80	Smertebehandling med akupunktur
BWFA	Symptombehandling med akupunktur
BRXT0	Rygeafvænning ved brug af akupunktur
Rhesusprofylakse	
- registreres med mindst 6 karakterer	
BPMD01	Rhesusprofylakse i forbindelse med graviditet og fødsel
BPMD01A	Rhesusprofylakse under graviditet med kendt Rhesus positivt foster
BPMD01B	Rhesusprofylakse under graviditet med foster med ukendt Rhesustype
BPMD01C	Rhesusprofylakse efter afsluttet graviditet eller fødsel

Andre særlige ydelser givet under graviditet og efter fødslen	
BKUA35	Konsultation til gravid med fødselsangst
BKUA36	Ammekonsultation til gravid
BKUA37	Efterfødselssamtale med jordemoder
BKUA37M	Efterfødselssamtale med jordemoder ved rusmiddelproblematik
Behandling med højdosis binyrebarkhormon	
BBHF32	Behandling med højdosis binyrebarkhormon (Celeston)
UL-skanninger	
UXUD86DA	Op-ned skanning
UXUD86DB	UL-skanning for placentelokalisation
UXUD86DC	Vægtskanning
UXUD85	UL-undersøgelse af cervix
UXUD88A	Flowmåling i arteria umbilicalis
UXUD88C	Flowmåling i arteria cerebri media

3. Andre ydelser givet i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel

- ydelserne kan ikke stå alene
- ydelserne registreres som supplerende koder til specificering af konsultationer (1), særlige ydelser (2) og andre kontakter (4)

CTG	
ZZ4233	Cardiotokografi ante partum
ZZ4233A	Cardiotokografi ante partum, flerfold
Igangsættelse	
KMAC00	Hindesprængning (HSP) før fødsel
KMAC96A	Igangsættelse med ballonkateter
BKHD20	Igangsættelse af fødsel med prostaglandin
BKHD20A	Igangsættelse af fødsel med misoprostol
BKHD21	Igangsættelse af fødsel med oxytocin
Vestimulation	
KMAC96B	Anvendelse af ballonkateter under igangsat fødsel
KMAC05	Vestimulation med amniotomi
BKHD31	Vestimulation med oxytocin

4. Andre kontakter i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel

Hjemmebesøg	
- administrativ kode, der altid skal registreres ved hjemmebesøg. Skal suppleres med kode(r) for den kliniske ydelse, der er givet i forbindelse med hjemmebesøget	
AAF6	Hjemmebesøg

Andre former for konsultationer

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 notat.

Det er således ikke tilstrækkeligt, hvis der fx aftales tid til efterfølgende konsultation

BVAA33A	Telefonkonsultation
BVAA33B	E-mail konsultation
BVAA33D	Videokonsultation

12.2.1.2 Ydelser givet til barnet

Hørescreening skal obligatorisk registreres - se afs 10.7

Ydelser givet til barnet skal registreres på barnets patientkontakt. Det kan fx være måling af bilirubin eller podning ved mistanke om infektion.

Ved jordemoder-deltagelse registreres "Jordemoderkonsultation efter fødslen" (planlagt: BKUA28B eller akut: BKUA27B).

12.2.1.3 Besøg i svangerskabet ved obstetrikere

Koden for svangrekonsultation ved obstetrikere (BKUA1) registreres obligatorisk ved ethvert af den gravides fremmøder (akutte og planlagte) på sygehus til svangrekontrol, hvor der er direkte kontakt mellem obstetrikere og den gravide.

Undtaget herfra er (sonografiske) skanningsbesøg, hvor der ikke foregår en egentlig svangrekontrol på besøget. I disse tilfælde registreres kun ydelseskoden for skanningen.

Der registreres altid kun en konsultationskode pr fremmøde uanset varighed og antallet af obstetrikere involveret. Koden dækker over både planlagte og akutte kontakter.

Obstetrisk deltagelse i planlagt eller akut jordemoderkonsultation registreres ligeledes med BKUA1. Dette opfattes ikke som tilsyn.

Svangrekonsultation ved obstetrikere

Koden for svangrekonsultation ved obstetrikere (BKUA1) registreres obligatorisk ved ethvert af den gravides fremmøder på sygehus til svangrekontrol med direkte kontakt mellem obstetrikere og den gravide

BKUA1A	Akut svangrekonsultation ved obstetrikere
BKUA1B	Planlagt svangrekonsultation ved obstetrikere

Koden BKUA1 skal suppleres med de udførte særydelser fx skanning, jf Obstetrisk registreringsskema

12.2.1.4 Ultralydsskanning og misdannelser

Ultralydsundersøgelser i svangreperioden registreres med relevante procedurekoder (UXUD86*-88*).

Findes der abnorme fund ved ultralydsskanning, anvendes en af følgende koder:

DO283	abnormt ultralydsfund hos moderen
DO283A	abnormt Doppler-fund hos moderen
DO359A	fund af føtal misdannelse
DO359B	andet abnormt ultralydsfund hos fosteret

Det eller de abnorme fund angives med **tillægskode(r)** til koden for ultralydsfundet – relevant diagnosekode for abnormt fund hos moderen og DQ* for misdannelse hos fosteret.

Se Obstetrisk registreringsskema for yderligere information.

12.3 Indberetning af fødselsoplysninger

Alle fødsler skal registreres med de obligatoriske obstetriske fødselsoplysninger, der er vist i skemaerne i afsnittene 12.3.6 "Moderens kontakt" og 12.3.7 "Barnets kontakt", dog skal der ikke oprettes en "barnets kontakt" for dødfødte børn.

Vedrørende dødfødsler - se afs 12.3.2

I de særlige situationer, hvor en abortprocedure har resulteret i fødsel af levendefødt barn (alle børn med livstegn uanset gestationsalder), gælder de generelle krav, der er beskrevet i de følgende afsnit.

12.3.1 Fødselsanmeldelser

Anmeldelse til Fødselsregisteret foretages fra sygehusene via indberettede data til LPR.

Hjemmefødsler udført ved sygehusansat jordemoder anmeldes og indberettes som ambulante fødsler ved hjemmebesøg (AAF6) og med særlig aktionsdiagnosekode for barnet, der angiver fødestedet "... i hjemmet" - se afs 12.3.5

Hjemmefødsler foretaget ved privatpraktiserende jordemoder skal indtil videre fortsat indberettes på papirblanket.

12.3.2 Dødfødsel

Dødfødsler indberettes udover LPR-indberetningen på særlig papirblanket 'Anmeldelse af dødfødsel' til Statens Serum Institut.

Efter 22 svangerskabsuger er alle børn uden livstegn "fødsel af dødt barn", dvs skal indberettes (moderens record) som dødfødsel.

Dette gælder uanset en eventuelt udført abortprocedure.

Der skal desuden foretages ligsyn og udstedes dødsattest.

Betegnelsen "spontan abort" anvendes kun i de tilfælde, hvor der klinisk er påvist fosterdød før udgangen af 22. uge ($\leq 21+6$). Dette gælder også de tilfælde, hvor fosteret først er ude efter 22 uger.

12.3.3 Fødsler, der indberettes fra sygehus

Fødsler, der indberettes fra sygehuset, omfatter foruden egentlige sygehusfødsler også fødselsforløb, der starter i hjemmet eller på vej til sygehuset, men afsluttes på sygehuset, samt hjemmefødsler med deltagelse af sygehusansat jordemoder.

Hjemmefødsler, der er foregået med deltagelse af sygehusansat jordemoder, skal indberettes som ambulante kontakter for både moderens og barnets vedkommende. Via barnets aktionsdiagnose er det muligt at se, hvor barnet er født.

Vedr hjemmefødsler – se videre i afs 12.3.5

Fra 2013 kan fødsler generelt indberettes som ambulant patientkontakt efter de samme principper som ved indlagte.

Fødslen skal uanset patienttype indberettes på en selvstændig patientkontakt, der således kun omhandler fødslen. Kontakten skal i alle tilfælde overholde kravene til fødselskontakter.

Fødselskontakten kan dog inkludere:

- igangsætning (ikke kejsersnit)
- ophold på barselsgang/i barselsseng efter fødslen

Hvis fødslen derimod indberettes som ambulant kontakt, skal indlæggelse i normeret barselsseng efter fødslen indberettes som en særskilt stationær kontakt. Fødselsdiagnoser må ikke anvendes på selvstændig barselskontakt.

Hvis kvinden er indlagt til aflastning før fødsel, afsluttes aflastningskontakten før fødslen, og fødslen indberettes som selvstændig kontakt.

Fødsler på akutmodtagelse og fødsler på vej til sygehuset kan ligeledes indberettes som ambulant fødselskontakt.

Fødsler er per definition akutte - med mindre der er tale om planlagt kejsersnit eller planlagt igangsættelse. Nyfødt barn betragtes altid som **akut**, uanset om moderens fødselskontakt eventuelt er planlagt.

12.3.4 Fødsel på vej til sygehus

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

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

12.3.5 Hjemmefødsel

Ved hjemmefødsler ved ikke-sygehusansat jordemoder foretages fortsat fødselsanmeldelse på papirblanket.

Hjemmefødsler ved sygehusansat jordemoder indberettes som ambulant patient med fødselsoplysninger for både moderen og barnet. At der er tale om en hjemmefødsel fremgår af barnets aktionsdiagnose DZ38?B? på fødselskontakten ved hjemmefødsel.

Tabel 12.3.5 Barnets aktionsdiagnose ved hjemmefødsel - obligatorisk kodeniveau

Diagnosekode	Kodetekst
DZ381B1	Eet levendefødt barn, hjemmefødt, planlagt
DZ381B2	Eet levendefødt barn, hjemmefødt, ikke planlagt
DZ384B1	Tvilling, hjemmefødt, planlagt
DZ384B2	Tvilling, hjemmefødt, ikke planlagt
DZ387B1	Levendefødt ved anden flerfødsel, hjemmefødt, planlagt
DZ387B2	Levendefødt ved anden flerfødsel, hjemmefødt, ikke planlagt

Registreringerne følger i øvrigt de generelle principper for fødselsoplysninger for moderen (afs 12.3.6) og for barnet (afs 12.3.7). Kontaktstarter angives svarende til fødselstidspunktet.

Der skal desuden ved hjemmefødsel obligatorisk indberettes procedurekode AAF6 for 'Hjemmebesøg' på moderen, hvis sundhedsfagligt personale har bistået i hjemmet under eller efter hjemmefødslen.

I de tilfælde, hvor fødslen sker uden, at der er jordemoder- eller lægeassistance, skal fødselsanmeldelsen foretages af den jordemoder, der efterfølgende får kontakt til moder og barn - enten via LPR (sygehusansat jordemoder) eller på papirblanket (privatpraktiserende jordemoder).

12.3.5.1 Akut indlæggelse efter hjemmefødsel

En hjemmefødsel, som efterfølgende fører til en akut indlæggelse, skal ikke registreres som en sygehusfødsel. Hjemmefødslen indberettes som ambulant kontakt, som beskrevet ovenfor. Som aktionsdiagnose på barselsindlæggelsen anvendes ofte en diagnose fra intervallet DO85*-92* 'Komplikationer i barselsperioden' - ved ukompliceret barselsseng DZ390 'Undersøgelse og pleje efter fødsel'.

Vedr indlæggelser i barselsperioden – se også afs 12.4

12.3.5.2 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 kommer ud i hjemmet, er det ikke en hjemmefødsel, og det er sygehuset, der skal foretage registrering og indberetning af fødslen - som født på sygehus eller født "på vej". De fødselsoplysninger, der eventuelt er registreret i hjemmet, skal medbringes til sygehuset og medtages i indberetningen. Der skal ikke indsendes papirblanket i disse tilfælde.

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

12.3.6 Obligatoriske fødselsoplysninger, moderens fødselskontakt

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

Der skal desuden for alle levendefødte børn indberettes en fødselskontakt for barnet.

Kravene til diagnoseregistreringen og de øvrige fødselsoplysninger på moderens fødselskontakt er vist skematisk i efterfølgende tabel.

Fødslen skal altid indberettes som en selvstændig patientkontakt, der kan inkludere igangsætning og evt barselsophold – se nærmere i indledningen til dette Kap 12 samt afs 12.3.3

Tabel 12.3.6 Registreringer på moderens fødselskontakt

Kontaktårsag	1 'sygdom'
Aktionsdiagnose	DO80*-DO84*
(+)tillægskoder til aktionsdiagnosen svangerskabslængde ved barnets fødsel tobaksforbrug under graviditeten	(+)DUnnDu (hele uger og dage) (+)DUT*
Bemærk at der er 3 værdier for ikke rygning, heraf 2 for ophørt rygning under graviditet. Tillægskodning vedrørende misdannelser – se afs 12.5	
Bidiagnoser Resultat af fødsel Eventuelle komplikationer til fødslen	DZ37* DO60*-DO75*
Hvis der forekommer bidiagnoser ud over DA34*, DB20*-DB24*, DF53*, DO*, DS*, DT* eller DZ*, skal der samtidig være en bidiagnose i intervallet DO98*-99*	
Specielt datafelt paritet	01-20 eller U (uoplyst)
antallet af gennemførte graviditeter (≥22 uger), inklusiv dødfødsler	
I procedureregistreringen vægt før graviditet (kg) højde (cm)	ZZ0240 (Måling af patientvægt) (+)VPH* (talværdi) (+)DU0000 (før graviditet) ZZ0241 (Måling af patienthøjde) (+)VPH* (talværdi) (+)DU0000 (før graviditet)
Det er ikke obligatorisk at indberette producent og proceduretidspunkt for højde og vægt før graviditet. Talværdierne vil altid være at finde i kvindens vandrejournal. Er vandrejournalen ikke tilgængelig registreres i stedet for talværdien: VV00005 'uoplyst'	
Hjemmefødsel Ved fødselskontakt med hjemmefødsel registreres procedurekode:	AAF6 hjemmebesøg

12.3.7 Obligatoriske fødselsoplysninger, barnets fødselskontakt

Kravene til diagnoseregistreringen og de øvrige fødselsoplysninger på barnets fødselskontakt er vist skematisk i efterfølgende tabel.

Der skal altid oprettes en fødselskontakt for børn, der viser livstegn uanset gestationsalder.

Nyfødt barn betragtes altid som **akut**, uanset om moderens fødselskontakt eventuelt er planlagt, typisk ved planlagt kejsersnit og ved planlagt igangsættelse. Når barnet udskrives, går hjem eller overflyttes, afsluttes den akutte fødselskontakt.

Alle børn født i Danmark skal indberettes med henvisningsmåde herfødt.

Der skal ikke ske en indberetning vedrørende barnet til LPR ved dødfødsel. I dette tilfælde indberettes oplysninger på særlig papirblanket.

Tabel 12.3.7a Registreringer på barnets fødselskontakt

Henvisningsmåde	8 'herfødt'
Indskrivningsmåde	'akut'
Kontaktårsag	1 'sygdom'
Aktionsdiagnose	DZ38*
(+)tillægskode til aktionsdiagnosen fosterpræsentation	(+)DUP*
Bidiagnoser apgarscore ved 5 minutter hovedomfang abdominalomfang placentavægt eventuelle misdannelser eventuelle komplikationer	DVA* DUH* DUA* DV* DQ* DP*
Ved tvillingefødsel registreres hver placenta for sig. Ved sammenhængende placenta registreres den totale vægt på hvert barn	
Specielle datafelter barnets fødselsvægt barnets fødselslængde barnets nummer ved flerfoldsfødsel	0000-9999 (angives i gram) 00-99 (angives i cm) A-F (v. enkeltfødsel registreres A)
I procedureregistreringen pH fra navlesnorsarterie pH fra navlesnorsvene base-excess fra navlesnorsarterie base-excess fra navlesnorsvene Målingerne skal indberettes, hvis de er udført	ZZ4232A (+)VPK* (talværdi) ZZ4232V (+)VPK* (talværdi) ZZ4229A (+)VNK*/VPK* (talværdi) ZZ4229V (+)VNK*/VPK* (talværdi)

Aktionsdiagnosen for barnets fødselskontakt vælges ud fra koderne i den følgende tabel.

Tabel 12.3.7b Barnets aktionsdiagnose på fødselskontakt

Diagnosekode	Barnets aktionsdiagnose på fødselskontakt
DZ380	Eet levendefødt barn, født på sygehus
DZ381	Eet levendefødt barn, født uden for sygehus
DZ381A	Eet levendefødt barn, født på vej
DZ381B1	Eet levendefødt barn, hjemmefødt, planlagt
DZ381B2	Eet levendefødt barn, hjemmefødt, ikke planlagt
DZ382	Eet levendefødt barn, ikke specificeret mht. fødested
DZ383	Tvilling, født på sygehus
DZ384	Tvilling, født uden for sygehus
DZ384A	Tvilling, født på vej
DZ384B1	Tvilling, hjemmefødt, planlagt
DZ384B2	Tvilling, hjemmefødt, ikke planlagt
DZ385	Tvilling, ikke specificeret mht. til fødested
DZ386	Levendefødt ved anden flerfødsel, født på sygehus
DZ387	Levendefødt ved anden flerfødsel, født uden for sygehus
DZ387A	Levendefødt ved anden flerfødsel, født på vej
DZ387B1	Levendefødt ved anden flerfødsel, hjemmefødt, planlagt
DZ387B2	Levendefødt ved anden flerfødsel, hjemmefødt, ikke planlagt
DZ388	Levendefødt ved anden flerfødsel, ikke specificeret mht fødested

De ikke specificerede koder DZ381, DZ384 og DZ387 anvendes kun i de tilfælde, hvor det ikke vides, om fødsel afsluttet udenfor sygehuset var en hjemmefødsel eller ej.

Klassifikationer med koder, der anvendes i forbindelse med fødsler, kan ses i:
Obstetrisk registreringsskema

12.3.8 Fødselsforløb over to sygehuskontakter

I nogle tilfælde starter en fødsel på ét fødested men afsluttes på et andet (fx et specialafsnit). De obligatoriske obstetriske fødselsoplysninger for både moder og barn skal indberettes af det fødested, hvor barnet fødes. Hvis overflytning sker før barnets fødselstidspunkt, anvendes i den første kontakt som aktionsdiagnose en kode fra intervallet DO60*-DO75* 'Fødselskomplikationer'. Fødselsdiagnoserne DO80*-DO84* 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 fra intervallet DO80*-DO84*, og komplikationen, der har ført til overflytningen, registreres som bidiagnose (DO60*-75*). Den nye kontakt (specialafdelingen) skal registrere komplikationen som aktionsdiagnose på moderen. Et rask barn registreres som rask ledsager (indberettes ikke).

Flerfoldsfødsel på flere sygehuskontakter

I de tilfælde ved flerfoldsfødsler, hvor et barn (eventuelt flere) fødes på første kontakt, og et barn (eventuelt flere) fødes på en anden kontakt, 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 fødsler i første graviditet.

12.4 Barselsperioden

Moderens ophold på barselsgangen efter fødslen kan indgå i fødselsindlæggelsen. Hvis fødslen er registreret på en ambulant patientkontakt, oprettes en indlæggelseskontakt på barselsgangen. Dette gælder også ved indlæggelse efter hjemmefødsel – se afs 12.3.5.

12.4.1 "Raske nyfødte"

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.

Alternativt kan (DZ763B) 'Rask nyfødt som ledsager' registreres og indberettes som bidiagnose på moderen.

Hvis barnet på barselsgangen skal modtage ydelser, der skal indberettes – fx hørescreening - skal der oprettes en ambulant (evt stationær) kontakt på barnet, hvis ikke barnet allerede har en patientkontakt. Hvis der ikke er en sundhedsfaglig problematik, anvendes aktionsdiagnosen (A)DZ769A 'Rask nyfødt'.

12.4.2 Nyfødt barn med klinisk problemstilling

Hvis der opstår en situation med mistanke om eller konkret sundhedsfaglig problematik vedrørende barnet, oprettes en patientkontakt på barnet, hvis ikke barnet allerede har en kontakt. Som aktionsdiagnose angives den vigtigste indikation for kontakten.

Hvis moderen indlægges sammen med barnet, kan dette registreres på lokal kontakt, der ikke indberettes, eller alternativt med bidiagnose DZ763 'Rask ledsager' på barnets patientkontakt.

12.5 Aborter

Anvendelse af betegnelsen "abort" har med den teknologiske udvikling ændret sig. Tidligere var abort ensbetydende med svangerskabsafbrydelse. Dette er nu ikke altid tilfældet, idet graviditeten kan fortsætte efter abortering af et eller flere foster, eller efter fødsel af et barn (flere børn).

Abort skal derfor i dag ses i forhold til det enkelte foster. Der er desuden sket en ændring af tidsgrænserne for, hvornår der tales om abort.

Tabel 12.5 Definitioner vedrørende aborter

Begreb	Definition/beskrivelse
abort	abort af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger ($\leq 21+6$) Omfatter spontan og provokeret abort < 22 uger
spontan abort	spontan abort af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger Efter 22 uger anvendes betegnelsen "spontan fødsel af dødt barn"
provokeret abort	provokeret abort af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger

Se også definitionerne på dødfødsel og levendefødt barn i afs 12.3

Anvendelsen af termen "abort" i diagnoseregistreringen er nu 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 tale om fødsel af dødt barn.

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 og foretages fuld fødselsanmeldelse. **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

Vedrørende svangerskabsafbrydelse efter fulde 22 svangerskabsuger - se afs 12.5.4

Vedrørende spontan fødsel efter fulde 22 svangerskabsuger - se afs 12.5.5

12.5.1 Spontan abort

Spontane aborter før fulde 22 svangerskabsuger registreres med en aktionsdiagnose fra DO03* (se dog også DO00-02 for patologisk graviditet og graviditet med abnormt svangerskabsprodukt) og med obligatorisk tillægskode for svangerskabslængde.

Efter 22 uger er det altid dødfødsel. Dette inkluderer dog ikke kvittering af barn, der er klinisk påvist død intrauterint på et tidligere tidspunkt end fulde 22 uger, men hvor barnet først er ude efter 22 uger. Svangerskabslængden skal i sådanne tilfælde registreres som tidspunktet, hvor fosterdød er klinisk påvist.

Se afs 12.6 om krav til tillægskodning vedrørende misdannelser ved sene spontane aborter (efter 16 uger).

12.5.2 Provokeret abort

Vedrørende de særlige situationer, hvor en abortprocedure resulterer i et barn med livstegn – se afs 12.5.3

Vedrørende svangerskabsafbrydelse udført efter fulde 22 svangerskabsuger – se afs 12.5.4

Vedrørende krav til tillægskodning vedr misdannelser ved sen provokeret abort – se afs 12.6

En provokeret abort kan foregå enten ambulant eller under indlæggelse.

Efter 22 svangerskabsuger er resultatet altid et barn, dvs der er krav om fødselsanmeldelse - se afs 12.5.4

På kontakten, hvor abortindgrebet finder sted, indberettes en aktionsdiagnose i intervallet DO04*-06* med obligatorisk tillægskode for svangerskabslængde. Der skal samtidig indberettes en operationskode fra KLCH* (ved kirurgisk abort) eller en behandlingskode fra BKHD4* (ved medicinsk abort).

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

Hvis det samlede abortforløb finder sted i samme ambulatorium med flere ambulante besøg (fx udredning, selve indgrebet og en enkelt kontrolundersøgelse), vil det normalt blive registreret på en samlet ambulant kontakt.

Abortdiagnosen er aktionsdiagnose på denne kontakt.

Eventuelle komplikationer (DO08*) opstået indenfor abortkontakten registreres som bidiagnoser.

Tabel 12.5.2 Registreringer ved provokeret abort

Kode	Beskrivelse
DO04*-06* DO088J; DO088K **)	Aktionsdiagnose
evt komplikationsdiagnose(r) (DO08*)	Bidiagnose(r)
Tillægskoder til aktionsdiagnosen ved DO04*-06*: (+)DUUnDu (hele uger og dage)	svangerskabslængde og tillægskodning vedr misdannelser, se afs 12.6
KLCH*	Kirurgisk abortindgreb
BKHD4*	Medicinsk abort

**) DO088J og DO088K kan anvendes som aktionsdiagnose ved fortsat graviditet efter mislykket kirurgisk indgreb hhv mislykket medicinsk behandling

12.5.2.1 Sene provokerede aborter

Ved meget sene provokerede aborter med føtucidium eller clamping (GA≤21+6) er det efter de generelle principper tidspunktet for konstatering af intrauterin død, der er afgørende for, om der er tale om dødt foster eller dødt barn.

12.5.3 Abortprocedure, der resulterer i barn med livstegn

Vedrørende svangerskabsafbrydelse efter fulde 22 svangerskabsuger - se desuden afs 12.5.4

Med baggrund i "Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv." vil der i sjældne tilfælde kunne opstå situationer, hvor en udført abortprocedure 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 fødselsanmeldelse via LPR. Dette gælder uanset svangerskabslængde, og uanset hvor kort tid, der er livstegn. Et uafvendeligt døende barn er således også et levendefødt barn.

Der er oprettet særlige diagnosekoder til anvendelse som aktionsdiagnose på moderens fødselsindberetning i disse tilfælde - se følgende tabel.

Herudover skal indberetningen foretages som ved andre fødsler. Barnet skal tildeles et CPR-nummer.

Kode obligatorisk niveau: 6 karakterer	Fødselsdiagnoser, der anvendes ved barn med livstegn efter udført abortprocedure, samt i alle tilfælde ved abortprocedurer udført efter fulde 22 svangerskabsuger (levendefødsel/dødfødsel)
DO836	Enkeltfødsel efter abortprocedure efter 12 uger
DO836A	Enkeltfødsel efter abortprocedure: (u samrådstil): Fare for kvinden
DO836B	Enkeltfødsel efter abortprocedure: Kvindens helbred
DO836C	Enkeltfødsel efter abortprocedure: Graviditeten eft lovovertrædelse
DO836D	Enkeltfødsel efter abortprocedure: Arvelige anlæg
DO836E	Enkeltfødsel efter abortprocedure: Fare for barnet
DO836F	Enkeltfødsel efter abortprocedure: Omsorg v lidelse/begavelse
DO836G	Enkeltfødsel efter abortprocedure: Omsorg v ung alder/umodenhed
DO836H	Enkeltfødsel efter abortprocedure: Alvorlig belastning
DO836J	Enkeltfødsel efter abortprocedure: Særlig beskikket værge
DO836K	Enkeltfødsel efter abortprocedure: Ung alder (samtykke ej indhent)
DO836L	Enkeltfødsel efter abortprocedure: Ung alder (samtykke nægtet)
DO846	Flerfoldfødsel efter abortprocedure efter 12 uger
DO846A	Flerfoldfødsel efter abortprocedure: (u samrådstil): Fare for kvinden
DO846B	Flerfoldfødsel efter abortprocedure: Kvindens helbred
DO846C	Flerfoldfødsel efter abortprocedure: Graviditet eft lovovertrædelse
DO846D	Flerfoldfødsel efter abortprocedure: Arvelige anlæg
DO846E	Flerfoldfødsel efter abortprocedure: Fare for barnet
DO846F	Flerfoldfødsel efter abortprocedure: Omsorg v lidelse/begavelse
DO846G	Flerfoldfødsel efter abortprocedure: Omsorg v ung alder/umodenhed
DO846H	Flerfoldfødsel efter abortprocedure: Alvorlig belastning
DO846J	Flerfoldfødsel efter abortprocedure: Særlig beskikket værge

Kode obligatorisk niveau: 6 karakterer	Fødselsdiagnoser, der anvendes ved barn med livstegn efter udført abort-procedure, samt i alle tilfælde ved abortprocedurer udført efter fulde 22 svangerskabsuger (levendefødsel/dødfødsel)
DO846K	Flerfoldfødsel efter abortprocedure: Ung alder (samtykke ej indhent)
DO846L	Flerfoldfødsel efter abortprocedure: Ung alder (samtykke nægtet)

Abortprocedure og fødsel kan enten registreres som en eller to patientkontakter.

Hvis der registreres på to patientkontakter, skal abortproceduren registreres på den første kontakt sammen med relevant abort-aktionsdiagnose (DO05*; DO061; DO063; DO065).

Den anden kontakt skal være en fødselskontakt med aktionsdiagnose DO836* eller DO846* (6 karakterer obligatorisk), og der skal foretages komplet fødselsanmeldelse.

Eksempel – to patientkontakter

Provokeret medicinsk abort i 20. uge uden samrådstilladelse på grund af akut fare for kvinden. Barnet viser livstegn på trods af korrekt udført abortprocedure:

Ambulant kontakt	Indlæggelseskontakt
Aktionsdiagnose (A)DO050 Abort-prov efter 12 uger u tilladelse: Fare for kvinden Procedure BKHD45 Medicinsk induceret sen abort (prostaglandin)	Aktionsdiagnose (A)DO836A Enkeltfødsel eft abortproc: (u samrådstil): Fare for kvinden Bidiagnose (B)DZ370 Et levendefødt barn + øvrige bidiagnoser og tillægskoder, der indgår i en fuld fødselsanmeldelse

Hvis det samlede forløb derimod registreres på en patientkontakt, skal kontakten indberettes som en fødselskontakt med aktionsdiagnose DO836* eller DO846* (6 karakterer obligatorisk), og der skal foretages komplet fødselsanmeldelse. Den udførte procedure for svangerskabsafbrydelse registreres. Abortdiagnose skal ikke registreres i dette tilfælde.

Eksempel - én patientkontakt

Hvis indberetning foretages på en patientkontakt, vil registreringen være som fødselskontakt med abortprocedure:

Indlæggelseskontakt		
Aktionsdiagnose	(A)DO836A	Enkeltfødsel eft abortproc: (u samrådstil): Fare for kvinden
Bidiagnose	(B)DZ370	Et levendefødt barn
+ øvrige bidiagnoser og tillægskoder, der indgår i en fuld fødselsanmeldelse		
Procedure	BKHD45	Medicinsk induceret sen abort (prostaglandin)

12.5.4 Abortprocedure udført efter fulde 22 svangerskabsuger

Meget sene svangerskabsafbrydelser efter 22 svangerskabsuger kan foretages i særlige tilfælde. Afhængigt af resultatet af den udførte procedure skal dette betragtes som enten:

- dødfødt barn, når der ikke er livstegn **eller**
- levendefødt barn ved livstegn - se afs 12.5.3

Under alle omstændigheder er der efter 22 uger - uanset arten af procedure, der er udført - tale om en fødsel, og der skal foretages komplet fødselsanmeldelse via LPR.

Eventuelle misdannelser hos barnet indberettes på anmeldelsen af dødfødsel hhv som bidiagnose(r) på barnets patientkontakt ved levendefødt barn – se afs 12.3.7

12.5.5 Tidlig spontan fødsel

Følgende situationer skal også betragtes og indberettes som fødsler:

- spontan fødsel af barn med livstegn – fødsel af levende barn.
Dette gælder uanset tidspunktet i svangerskabet
- spontan fødsel af barn uden livstegn efter fulde 22 svangerskabsuger – fødsel af dødt barn.
Med mindre der klinisk er påvist fosterdød før fulde 22 svangerskabsuger

Foster uden livstegn og klinisk påvist fosterdød før fulde 22 svangerskabsuger er spontan abort (aktionsdiagnose DO03*) - se afs 12.5.1

12.6 Misdannelser

I en række situationer - visse aborter - er det obligatorisk at indberette supplerende oplysninger vedrørende misdannelser. Dette skal ske ved:

- provokerede aborter i perioden 13-22. uge (inkl.) svangerskabsuge [12+0 - 21+6] på **medicinsk indikation** (§ 94.1.3) uden livstegn
- spontane aborter i perioden 17-22. uge (inkl.) svangerskabsuge [16+0 - 21+6]

I disse tilfælde skal kontaktens (moderens/kvindens) aktionsdiagnose udover tillægskode for svangerskabslængde have en tillægskode for 'misdannet foster', idet der klinisk skal tages stilling til, om misdannelse eller kromosomanomali er til stede.

Ved 'Misdannet foster bekræftet' (DUM01) og 'Mistanke om misdannelse hos foster' (DUM03) skal der yderligere være registreret mindst en tillægskode (DQ-kode) fra "Klassifikation af sygdomme", kapitel Q 'Medfødte misdannelser og kromosomanomalier'.

Der er ikke krav om tillægskodning, når resultatet er et levende barn (+livstegn). I disse tilfælde vil misdannelser blive registreret på barnet.

Ved abortprocedure 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 fødselsanmeldelse - se afs 12.3.7

Tabel 12.5 Registreringer vedrørende misdannet foster og kromosomanomalier

Aktionsdiagnose	Situation
DO053 eller DO054	Provokeret abort på medicinsk indikation >12 uger og <22 uger dvs [12+0 - 21+6]
DO03*	eller Spontan abort >16 uger og <22 uger dvs [16+0 - 21+6]
Tillægskoder til aktionsdiagnosen	
(+)DUnnDu (hele uger og dage)	svangerskabslængde – se afs 12.7
(+)DUM01 misdannelse bekræftet	misdannet foster/barn inklusiv kromosomanomali
(+)DUM02 misdannelse afkræftet	
(+)DUM03 mistanke om misdannelse	
(+)DUM09 misdannelse uoplyst	
(+)DQ* medfødte misdannelser og kromosomanomalier	til DUM01 og DUM03 skal der yderligere registreres tillægskoder for specifik misdannelser

12.7 Angivelse af svangerskabslængde

Svangerskabslængden angives som fuldendte uger plus dage, som foreligger på tidspunktet for ambulant besøg eller indlæggelse under graviditet eller for tidspunkt for abort eller fødsel med en SKS-tillægskode: (+)DUnnDu (hele uger og dage).

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

Aktionsdiagnoser	Situation
DO00*-02*	Patologisk svangerskab/svangerskabsprodukt
DO03*	Spontan abort
DO04*-06*	Provokeret abort (medicinsk og kirurgisk)
DO80*-84*	Fødsel

Eksempler

Obligatorisk tillægskodning:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DO800	Spontan enkeltfødsel med hovedpræsentation
(+)DU38D6	38 svangerskabsuger + 6 dage

Følgende værdier, som kan anvendes i relevante tilfælde, er medtaget i tillægsklassifikationen for svangerskabslængde:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
DU0000	før graviditet
DU99DX	svangerskabsuge ikke kendt, termin usikker
DU99DY	efter fødslen (post partum)

Ikke-obligatorisk tillægskodning:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DO142	HELLP-syndrom
(+)DU99DY	efter fødslen (post partum)

13 ANMELDELSE TIL CANCERREGISTERET

Dette kapitel omhandler de særlige regler, der gælder for obligatorisk anmeldelse af kræft og visse andre sygdomme til Cancerregisteret. Anmeldelsen bygger på internationale principper for kræftregistre, og Cancerregisteret er et incidensregister, dvs at fokus er på starten af sygdomsforløbet.

Tabel 13 Definitioner

Begreb	Definition/beskrivelse
anmeldelsespligtig sygdom (til Cancerregisteret)	sygdom, hvor der gælder særlige krav om indberetning til Cancerregisteret

Det er vigtigt, at anmeldelsen kvalificeres så detaljeret som muligt i forhold til incidenstidspunktet.

Dette betyder blandt andet, 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 er blevet kvalificeret i forhold til det tidligere anmeldte.

Vedrørende registreringer til brug for monitorering af pakkeforløb på kræftområdet - se Kap 14

13.1 Klassificeringsprincipper (WHO)

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

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 13.2.1

Tabel 13.1 Oversigt klassifikationsgrupper

Godartede tumorer	DD301-309; DD32; DD33; DD352; DD353; DD354
Carcinoma in situ (CIS)	DD05; DD06; DD090; DD091
Primær (ondartet) kræft inklusiv HIV infektion med neoplastisk sygdom	DC00-76; DC80; DC81-96 DB21
Metastaser	DC77-79
Koderne i dette kodeafsnit anvendes som supplerende koder til at angive metastaser efter lokalisation - se afs 13.1.2	
Neoplasi af usikker og ukendt karakter	DD37-48
Når det på det foreliggende grundlag ikke vides, om tumor er sikker godartet, CIS eller ondartet (primær eller sekundær)	
Dysplasi i livmoderhals	DN871-DN879
Mola (vandblære)	DO01

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 patienten udskrives, før et endeligt eller konfirmerende svar foreligger, vil det være korrekt som aktionsdiagnose at registrere:

- ved sikker klinisk malignitet: DC-kode (efter lokalisation) for udgangspunktet for kræftsygdommen med tilhørende anmeldelse – se de følgende underafsnit vedr kodning af primærtumor, påvist metastase og ukendt primærtumor
- ved sikker klinisk carcinoma in situ (CIS): DD00-09 kode; nogle er anmeldelsespligtige
- ved sikker klinisk benign tumor: DD10-36 kode; nogle er anmeldelsespligtige
- ved sikker neoplasie uden mulig nærmere klinisk specificering af benign, CIS eller malign på det foreliggende grundlag: DD37-48 kode for "Tumorer af usikker og ukendt karakter". Disse diagnoser er alle anmeldelsespligtige
- ved tumor uden sikker viden om neoplasie eller ej, men hvor den tungeste kliniske sandsynlighed er "kræft": DZ031*-kode for "Mistanke om kræft(type)"

Fuld opdatering af kontaktens diagnoser er afgørende for, at kræftsygdommen får den korrekte (tidligste) diagnosedato i Cancerregisteret.

Dette gælder ikke mindst også opdatering af "obs. pro" ved bekræftelse af anmeldelsespligtig sygdom til stede inden patientkontaktens færdigregistrering.

Se yderligere i afs 9.1 og 9.5.1

13.1.1 Kodning af primær kræft

Den primære kræftsygdom klassificeres generelt efter WHO's ICD-10 klassifikation efter **lokalisatio-**
nen (organ) for udgangspunktet af tumoren efter kodeafsnittene DC00-76 og DC80.

Der er dog særlige kodeafsnit for:

- hæmatologiske kræftformer – lymfomer og leukæmier klassificeres efter **type** i kodeintervallet DC81-96 (+ tillægskode for 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
- primær kræftsygdom uden kendt lokalisation DC800
- sekundær kræftsygdom uden kendt lokalisation DC799
- kræftsygdom uden specifikation (UNS) DC809

Vedr kodning metastaser – se følgende afsnit 13.1.2

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 ved tillægskode, fx DC844F Lymfoepiteloidt lymfom (+)T000695 tyndtarm
- En læbekræft skal klassificeres til (DC00) "Kræft i læbe" ved ikke-hud morfologi (fx adenokarcinom), hvorimod en hudkræft i lokaliseringen læbe klassificeres som "hudkræft"

- (DC43/44, afhængig af morfologi): DC440 "Hudkræft på læbe" og DC430 "Malignt melanom i hud på læbe"
- Et malignt melanom lokaliseret til vulva klassificeres til (DC51) "Kræft i ydre kvindelige kønsorganer", fx DC510 'Kræft i stor kønslæbe'

13.1.2 Kodning ved metastaser

Det bemærkes i klassifikationsoversigten, at metastaser klassificeres og kodes særskilt (DC77-79). Princippet (WHO) er, at der ved kendt primærtumor og metastase til andet organ skal registreres koder for både kræftsygdom og metastaser. Metastaser klassificeres efter den enkelte metastaselokalisation. Der skal således registreres mindst 2 koder.

Se yderligere vedrørende registrering i afs 13.2.5.2 med underafsnit.

13.1.3 Kodning ved lokalrecidiv

Lokalrecidiv kan opstå i samme lokalisation som primærtumor eller i en nabolokalisation.

Der er i hvert kodeafsnit oprettet specifikke underkoder, der kan anvendes ved "lokalrecidiv fra kræft i ...".

Disse ender alle på 'X' i 6 karakter.

Eksempler

DC009X	Lokalrecidiv fra læbekræft
DC019X	Lokalrecidiv fra kræft i tungebasis
DC029X	Lokalrecidiv fra tungekræft
DC039X	Lokalrecidiv fra kræft i tandkødet
DC049X	Lokalrecidiv fra kræft i mundgulvet
osv	

Placeringen af underkoderne viser, at lokalrecidiv altid skal kodes inden for samme klassifikationskategori som den oprindelige primærtumor. Dette gælder også ved direkte indvækst i andre organer.

Eksempler

En indvækst af en urinblærekraft i tyktarmen er således fortsat en urinblærekraft (ikke en colonkræft!):

DC679X	Lokalrecidiv fra kræft i urinblæren
--------	-------------------------------------

Lokalt recidiv af brystkræft i huden efter tidligere fjernelse af brystet:

DC509X	Lokalrecidiv fra brystkræft
--------	-----------------------------

Det er vigtigt, at der ikke kodes en kræft i lokaliseringen for lokalrecidivet (i eksemplerne colon hhv huden), da dette vil give anledning til, at der oprettes en ny ikke korrekt kræft-incidens for en primær kræftsygdom i Cancerregisteret.

13.1.4 Flere kræftsygdomme (multipel kræft)

I nogle tilfælde findes hos den samme patient flere samtidige anmeldelsespligtige sygdomme. Disse betragtes 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, som angivet ovenfor, men i nogle tilfælde vil det ikke kunne afgøres, om de forskellige manifestationer er primære eller sekundære, og hvor de oprindeligt stammer fra (primærtumor). I sådanne tilfælde anvendes DC809 'Kræft uden specifikation og uden angivelse af lokalisation' (ukendt primærtumor), og denne anmeldes til Cancerregisteret.

13.2 Anmeldelsespligtig sygdom

Ud over diagnose(r) og anmeldelsesstatus er det ved nyanmeldelse obligatorisk at registrere diagnosegrundlaget, stadie for sygdommen, sideangivelse for parrede organer og for visse diagnoser også anatomisk lokalisation. Disse oplysninger indberettes som tillægskoder til den enkelte anmeldelsespligtige diagnosekode.

I "Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Cancerregisteret af kræftsygdomme m.v.", BEK nr. 14730 af 03.dec.2013 beskrives anmeldelsesproceduren, og sygdommene afgrænses. Bekendtgørelsen findes på Cancerregisterets hjemmeside.

Anmeldelsespligten påhviler de ansvarlige overlæger ved hospitalsafdelinger, der første gang diagnosticerer, kontrollerer eller behandler en anmeldelsespligtig sygdom på afdelingen.

Anmeldelsespligten omfatter alle førstegangs kontakter på afdelingen vedrørende den anmeldelsespligtige sygdom, og **indtil sygdommen er fuldt anmeldt**, uanset om denne tidligere er anmeldt af andre afdelinger.

Der skal foretages fuld anmeldelse af sygdommen, også selvom anden afdeling overtager patientens videre behandling.

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

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 patientregistreringen og journalens diagnoser, epikrise og eventuelt dødsattest.

13.2.1 Undtagelser fra anmeldelsespligt

13.2.1.1 Onkologiske afdelinger

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

De onkologiske afdelinger kan i denne situation anvende anmeldelsesstatus AZCA9 som tillægskode til den anmeldelsespligtige diagnose - se yderligere vedr anmeldelsesstatus i afs 13.3.2.

13.2.1.2 Radiologiske afdelinger

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

13.2.2 Anmeldelsespligtige diagnoser

De anmeldelsespligtige diagnoser er vist i tabel 13.2.2a. 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 anledning til yderligere registreringskrav. Dette er beskrevet i afs 13.3 og følgende afsnit.

Ud over registrering af diagnose(r) er det obligatorisk at indberette visse undersøgelses- og behandlingsprocedurer bla kemo- og stråleterapi - se afs 10.10.4

Anmeldelsespligten omfatter ifølge bekendtgørelsen om lægers anmeldelse til Cancerregisteret også:

- progression af prækrankrøse forandringer eller carcinoma in situ til invasiv vækst - se i det følgende
- revision af tidligere anmeldt forkert diagnose med genindberetning - se afs 13.6

Det første punkt betyder, at man i de tilfælde, hvor fx en tidligere anmeldt carcinoma in situ forandring progredierer til invasiv kræft, skal foretage en fuld nyanmeldelse, idet det betragtes som en ny sygdom i anmeldelsessammenhæng.

Tabel 13.2.2a Anmeldelsespligtige diagnoser

Diagnosekode	Kategori
DB21*	HIV-sygdom med neoplastisk sygdom
DC00*-14*	Kræft i læbe, mundhule og svælg
DC15*-26*	Kræft i mave-tarmkanal
DC30*-39*	Kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthule
DC40*-41*	Kræft i knogle og ledbrusk
DC43*-44*	Modermærkekræft i hud og anden hudkræft
DC45*-49*	Kræft i mesotel, bindevæv og andet bløddelsvæv
DC50*	Brystkræft
DC51*-58*	Kræft i kvindelige kønsorganer
DC60*-63*	Kræft i mandlige kønsorganer
DC64*-68*	Kræft i nyre og urinveje
DC69*-72*	Kræft i øje, hjerne og andre dele af centralnervesystemet
DC73*-75*	Kræft i skjoldbruskkirtel og andre endokrine kirtler
DC76*-80*	Kræft med dårligt specificerede, sekundære og ikke specificerede lokalisationer
DC81*-96*	Kræft i lymfatisk og bloddannende væv
DD05*	Carcinoma in situ i bryst
DD06*	Carcinoma in situ i livmoderhals
DD090*	Carcinoma in situ i urinblæren
DD091*	Carcinoma in situ med anden og ikke spec. lokalisation i urinveje
DD301-309	Godartede tumorer i urinveje (ekskl nyre)
DD32*	Godartede tumorer i hjernehinder og rygmærkshinder
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
DD37*-48*	Tumorer af usikker og ukendt karakter
DN871-DN879	Celleforandring i slimhinde på livmoderhals (dysplasi)
DO01*	Blæremola

Oversigtsskemaet (Tabel 13.2.2b) giver et overblik over de tilstande og situationer, der skal anmeldes som "ny anmeldelsespligtig sygdom" efter retningslinjerne beskrevet i de følgende afsnit.

Enhver **førstegangsdagnosticering** og enhver **progression** dvs trin til højre i oversigten fra en type til en højere skal hver især udløse en fuld nyanmeldelse dvs med anvendelse af anmeldelsesstatus AZCA1 med tilhørende tillægskodning.

Ved senere fund af samme eller lavere type, som udtryk for samme sygdom, skal der ikke nyanmeldes. I disse tilfælde anvendes anmeldelsesstatus AZCA4 "tidligere fuldt anmeldt af afdelingen".

Tabel 13.2.2b 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	-	-	+	-	+

[#] Vedr "neoplasi af usikker og ukendt karakter" - se også afs 13.1

Der skal altså nyanmeldes ved fx fund af malign blæretumor med tidligere anmeldt benign blæretumor.

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 for sig betragtes som anmeldelsespligtige sygdomme og anmeldes selvstændigt.

Recidiv (afs 13.2.5.1) af samme type, lokalt og regionalt, samt metastasering betragtes som samme anmeldelsespligtige sygdom og skal **ikke** nyanmeldes, hvis afdelingen tidligere har anmeldt sygdommen.

13.2.2.1 Kræftsygdom i parrede organer

Det er altid en klinisk afgørelse, hvad der betragtes som en selvstændig og dermed ny anmeldelsespligtig sygdom. De kliniske retningslinjer på det givne område bør altid følges, herunder også, hvorvidt en ny modsidig tumor i parret organ betragtes som selvstændig sygdom.

Generelt vil tumorer med forskellig morfologi normalt være forskellige sygdomme, der således anmeldes hver for sig, fx småcellet lungekræft og ikke-småcellet lungekræft eller adenokarcinom og plancellulært karcinom i slimhinde inden for samme lokalisering.

Vedrørende krav om specificering af lateralitet - se afs 13.4.3

13.2.3 Registrering og indberetning af anmeldelsespligtig sygdom

Indberetningen til Landspatientregisteret relaterer sig til patientens enkelte kontakt med sundhedsvæsenet. De følgende afsnit er eksempler på forskellige kontakter i et kræftforløb.

Der forekommer ofte flere ambulante kontakter og indlæggelser på forskellige afdelinger i forbindelse med udredning, behandling og efterfølgende kontrol og evt efterbehandling.

Det er den enkelte **afdeling**, der har en kontakt med en patient med en anmeldelsespligtig diagnose, der er registrerings- og indberetningspligtig.

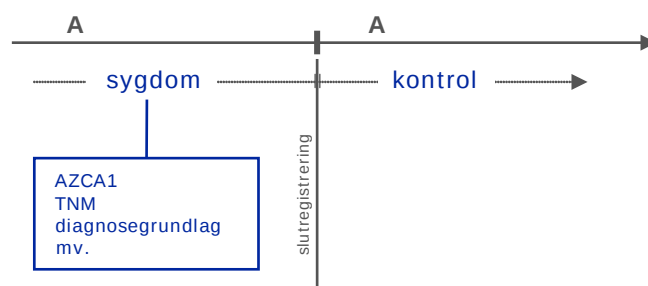
De diagnoser, der er registreret på kontaktens afslutningstidspunkt, vil i LPR optræde som gældende for hele kontakten. I LPR er der ikke historik på diagnoser inden for den enkelte kontakt, så kun de sidst registrerede diagnoser med tillægskodninger (herunder anmeldelsesstatus) kan ses, og det er disse oplysninger, der indgår som anmeldelser til Cancerregisteret.

13.2.3.1 Sygdom og kontrol på særskilte kontakter

Hvis en patient bliver behandlet for en anmeldelsespligtig sygdom i en ambulant kontakt, og den sidst registrerede aktionsdiagnose på kontakten er en kontroldiagnose, vil det i LPR se ud, som om hele kontakten har drejet sig om "kontrol".

Derfor skal behandlingskontakten afsluttes, og der skal oprettes en ny ambulant kontakt for kontrolperioden, når sygdommen ikke længere er klinisk til stede, og den primære behandling (inkl. adjuverende behandling) er afsluttet.

Figur 13.2.3.1 Sygdom og kontrol på særskilte kontakter



Se yderligere i afs 5.3

13.2.3.2 Opkvalificering af kontaktens diagnoser og tillægskoder ved slutregistrering

Aktionsdiagnosen og eventuelle øvrige diagnoser skal valideres ved kontaktafslutning således, at den er beskrivende for kontakten - se afs 13.1 vedr klassificering.

Patienten må aldrig have diagnoser, der ikke er klinisk belæg for, og som ikke har en klinisk relevans ved den aktuelle kontakt.

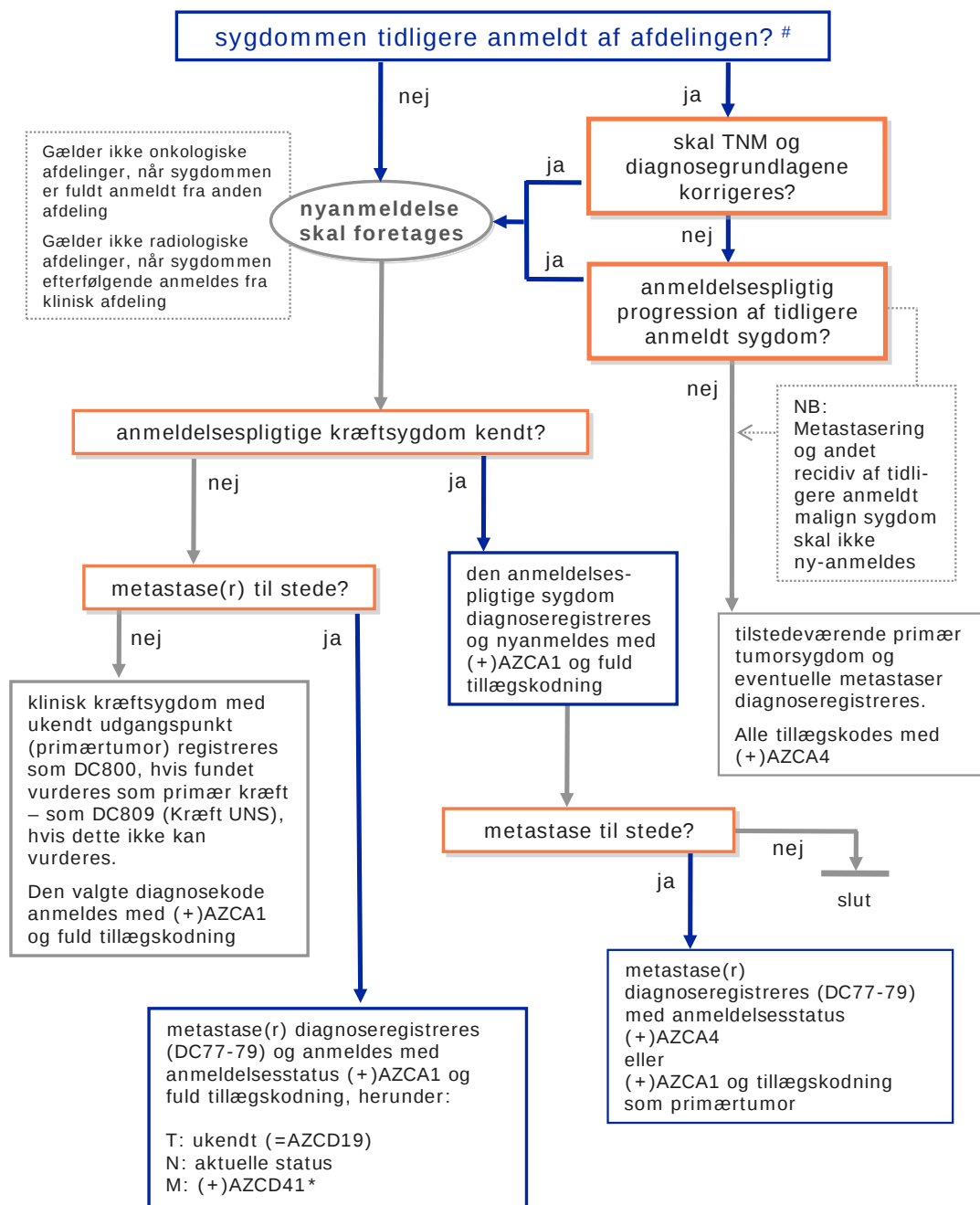
Der kan inden slutregistreringen være fremkommet nye eller supplerende svar på undersøgelser, der afklarer patientens diagnoser. Typiske eksempler er patologisvar, der bekræfter mistænkt malignitet, der foreløbigt er registreret som 'Obs. pro'-diagnose, og patologisvar og billeddiagnostiske svar, der justerer udbredelsen af allerede registreret malign tumor, hvor den registrerede TNM-tillægskodning på baggrund af de nye oplysninger ikke er korrekt.

Registreringerne opkvalificeres på det aktuelt foreliggende grundlag, inden slutregistrering og indberetning (med anmeldelse) foretages - se også fig 13.2.3.2

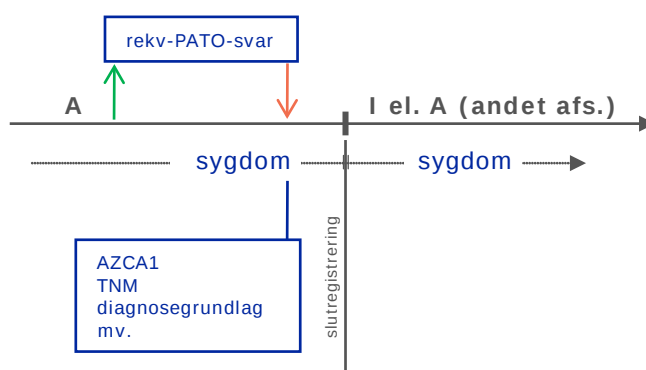
I alle tilfælde, hvor en afdeling har rekvireret patologi eller anden undersøgelse, der bekræfter (eller justerer) anmeldelsespligtig sygdom inden kontaktafslutning, er afdelingen at betragte som diagnosestillende, og der skal foretages fuld anmeldelse af sygdommen fra afdelingen, også selvom anden afdeling overtager patientens behandling. Dette gælder dog ikke radiologiske afdelinger – se afs 13.2.1.2

Det anbefales derfor, hvis det er muligt, at lade den ambulante kontakt være åben, indtil svarene foreligger, og patienten informeres om diagnosen.

Figur 13.2.3 Registrering og indberetning af anmeldelsespligtig sygdom



^{#)} afdeling er lig med 6 karakterers niveau i sygehus-afdelingsklassifikationen

Figur 13.2.3.2 Opkvalificering af kontaktens diagnose og tillægskoder ved slutregistrering**Uventet sektionsfund**

Anmeldelse af kræft som uventet sektionsfund vil normalt blive foretaget fra den patologiske afdeling. Hvis der ikke var klinisk kendt eller mistænkt kræftsygdom på dødstidspunktet, behøver afdelingen ikke at afvente obduktionens resultat. Afdelingen registrerer blot det kliniske billede, som det så ud før døden.

Utsigtet overskrivning i det patientadministrative system

Man skal ved slutregistreringen under alle omstændigheder være opmærksom på, at anmeldelsen til Cancerregisteret som sådan (AZCA1 + tillægskodninger) ikke overskrives med AZCA4 (tidligere anmeldt) ved færdigregistrering, da der herved ikke vil ske anmeldelse til Cancerregisteret.

13.2.4 Kodning (Obs. pro) under udredning for anmeldelsespligtig sygdom

Diagnosen for en anmeldelsespligtig sygdom må ikke registreres som aktions- eller bidiagnose, før sygdommen er klinisk verificeret. Indtil da kan diagnosekode(r) fra afsnit DZ03* 'Lægelig observation for og vurdering af personer mistænkt for sygdom' anvendes. Dette inkluderer "ikke afkræftet" (fortsat mistanke) og "afkræftet mistanke" (ej befundet).

Der er blandt andet til brug for registrering i pakkeforløb oprettet en række DZ031-underkoder til nærmere angivelse af den tilstand, der udredes for. Koderne kan ses under "Klassifikation af sygdomme" i [SKS-Browser](#).

Eksempel

Aktionsdiagnose	Kodetekst
(A)DZ031J	Observation pga mistanke om kræft i prostata

Hvis der ønskes yderligere specificering, og der ikke findes en specificeret kodemulighed, kan der registreres med DZ03-kode og tillægskode for sygdommen, der udredes.

Eksempel

Aktionsdiagnose	Kodetekst
(A)DZ031	Observation pga mistanke om kræft
(+)DC750	Kræft i biskjoldbruskkirtel

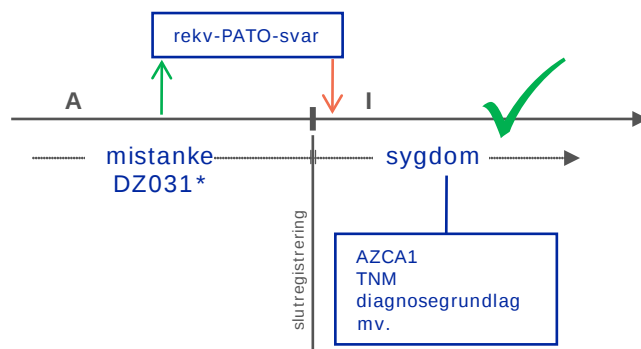
Obs. pro-registrering anvendes i udredningsperioden fra mistanke om en anmeldelsespligtig sygdom er rejst, til denne er klinisk af- eller bekræftet. Denne registrering udløser ikke krav om anmeldelse.

Hvis den anmeldelsespligtige diagnose stilles klinisk inden kontaktafslutning, skal dette selvfølgelig afspejles i kontaktens slut-diagnose(r) med tilhørende anmeldelse til Cancerregisteret.

Hvis diagnosen derimod ikke kan stilles på tidspunktet for afslutning af den ambulante kontakt, skal anmeldelse til Cancerregisteret ske på den efterfølgende svar-/behandlingskontakt.

Hvis patienten af en eller anden grund udebliver fra den planlagte efterfølgende stationære svar- og behandlingskontakt, foretages anmeldelse ved genåbning af den oprindelige ambulante kontakt, diagnosen ændres til den nu bekræftede, der foretages anmeldelse til Cancerregisteret, og patientkontakten genindberettes.

Figur 13.2.4 Kodning under udredning for anmeldelsespligtig sygdom



Er der tvivl om, hvorvidt tumorsygdommen er malign, CIS eller benign, anvendes den relevante kode fra intervallet DD37-48 'Tumorer af usikker og ukendt karakter', der også er anmeldelsespligtige.

13.2.5 Udvikling i en anmeldelsespligtig sygdom

Udviklingen i en anmeldelsespligtig sygdom afspejles i registrering og indberetning til LPR i forbindelse med de enkelte sygehuskontakter. Det betyder, at den samme sygdom kan repræsenteres af forskellige diagnoser og diagnosekoder på forskellige tidspunkter og på forskellige kontakter i sygdommens forløb.

Eksempler

Udvikling i registreret aktionsdiagnose:

Diagnosekoder	Kodetekst
(A)DZ038E	Observation pga mistanke om tumor UNS
-> (A)DC761	Kræft i thorax uden specificeret lokalisation
-> (A)DC349	Kræft i lunge UNS
Senere udvikling til levermetastaser af samme sygdom:	
-> (A)DC343 (B)DC787	Kræft i lungens nederste lap Metastase i leveren

Udvikling i registreret aktionsdiagnose under udredning:

Diagnosekoder	Kodetekst
(A)DC809	Kræft uden specifikation og uden angivelse af lokalisation (ukendt primærtumor)
-> (A)DC229	Kræft i leveren UNS
-> (A)DC220	Hepatoblastom

13.2.5.1 Recidiv (metastase)

Begreb	Definition/beskrivelse
recidiv	tilbagefald af sygdom efter periode med komplet eller partiel remission

Recidiv dækker alle former for tilbagefald af neoplastisk sygdom, herunder lokalrecidiv, udvidet lokal og regional indvækst og spredning samt egentlig metastasering.

Tilkomst af metastaser og andre former for recidiv og spredning af tidligere anmeldt kræftsygdom er ikke i sig selv anmeldelsespligtig som ny sygdom, hvilket betyder, at hvis patienten tidligere har været cancer-anmeldt for den samme sygdom af samme afdeling, anvendes anmeldelsesstatus (+)AZCA4 'sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen'. Recidiv betragtes som samme anmeldelsespligtige sygdom, også selv om diagnosekoderne ikke nødvendigvis er identiske.

Eksempel

Fund af lokalrecidiv i hud på bryst og skulder efter tidligere behandlet brystkræft på samme afdeling. Der skal ikke foretages ny anmeldelse:

Aktionsdiagnose	Kodetekst
(A)DC509X	Lokalrecidiv fra brystkræft
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Læg mærke til, at selvom lokaliseringen er huden, er dette ikke en hudkræft, men derimod fortsat en brystkræft, også selvom primærtumor er fjernet tidligere.

Eksempel

Fund af lungemetastaser fra brystkræft tidligere anmeldt fra afdelingen:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DC780	Metastase i lungen
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(B)DC501	Brystkræft i den centrale del af mamma
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Se følgende afsnit 13.2.5.2 vedrørende nyanmeldelse ved metastatisk sygdom.

Fremkomst af kræft efter tidligere (behandlet) carcinoma in situ eller anden prækrænkkrøs forandring betragtes som ny anmeldelsespligtig sygdom, som beskrevet i afs 13.2.1. Dette omfatter kræft i bryst, livmoderhals og urinveje (urinleder, urinblæren og urinrør).

Endvidere gælder det generelt, at enhver ny forekomst af invasiv kræftsygdom uanset morfologisk type altid skal nyanmeldes, også selvom der tidligere har været anmeldt en (anmeldelsespligtig) benign tumor i samme lokalisation - se afs 13.2.1

13.2.5.2 Særlige principper for registrering og anmeldelse ved metastaser

Der skal ifølge WHO's generelle kodeprincipper altid registreres diagnosekoder for både metastaser og for den primære kræftsygdom (= klassificeret primærtumor), når denne er kendt.

Dette gælder også, selvom primærtumor tidligere er fjernet, og recidivet er opstået senere i forløbet af grundsygdommen. Koden for primærtumor, fx (DC509) "Brystkræft", fungerer således fortløbende som en registrering af grundsygdommen, så længe der pågår behandling af sygdommen inkl behandling af metastaser og andre former for recidiv og spredt kræftsygdom.

Nyanmeldelsen (+AZCA1 mm) knyttes altid til diagnosekoden for den primære kræftsygdom, når denne er kendt.

Se senere i dette afsnit vedrørende fund af metastase uden kendt primærtumor.

Hvis sygdommen er metastaseret på diagnosetidspunktet (nyt incident tilfælde), dvs at sygdommen ikke er anmeldt før fra afdelingen, anvendes såvel kode for kræftsygdommen, dvs primærtumors udgangspunkt (lokalisering) samt kode(r) for 'metastase i lokalisering'. Primærtumor anmeldes fuldt med anmeldelsesstatus (+)AZCA1 med efterfølgende krav om tillægskodning. Metastasekoden kan registreres med de samme tillægskoder (AZCA1 mm) som primærtumor eller eventuelt med anmeldelsesstatus (+)AZCA4 (uden yderligere tillægskoder), hvorved de samme tillægskoder ikke behøver at registreres 2 gange.

Eksempel

Ny anmeldelsespligtig sygdom, der er metastaseret på diagnosetidspunktet:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DC155	Kræft i spiserørets nederste tredjedel
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen (+) tillægskoder for stadie, diagnosegrundlag mm
(B)DC787	Metastase i leveren
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Den tilstand (primærtumor hhv metastase), der er hovedfokus på kontakten, registreres som aktionsdiagnose - den anden som bidiagnose - jævnfør de generelle principper for diagnoseregistreringen i Kap 9.

Senere involvering i sygdomsforløbet

Selvom afdelingen første gang bliver involveret senere i sygdomsforløbet ved recidiv af kræftsygdommen efter en recidivfri periode, skal afdelingen anmelde sygdommen. Afdelingen anmelder i dette tilfælde som i følgende eksempel, idet afdelingen ikke kender oplysningerne på det oprindelige anmeldelsestidspunkt.

Eksempel

Ny afdeling første gang involveret ved nyopstået recidiv:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DC795B	Metastase i knogle
(+)AZCA4 (eller (+)AZCA1 med tillægskoder som nedenfor)	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(B)DC509	Brystkræft
(+)AZCA1 (+)AZCD19 (+)AZCD3* (+)AZCD41* (+)AZCKX (+)AZCLX (+)TUL*	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen TNM, Tx: Oplysning om tumors størrelse foreligger ikke i afdelingen TNM, oplysninger om regionale metastaser – aktuelle status TNM, M1: Fjernmetastaser tilstede (i organer el lymfeknuder) klinisk-makroskop dia-grundlag ikke aktuel ved denne anmeldelse klinisk-mikroskop dia-grundlag ikke aktuel v denne anmeldelse sideangivelse

Metastaser uden kendt primærtumor

Ved fund af metastase, hvor der ikke er sikker klinisk eller patologisk relation til en kendt primærtumor, samt ved ukendt primærtumor, skal fundet opfattes som en ny anmeldelsespligtig sygdom, og der skal foretages **nyanmeldelse af metastase-koden** med anmeldelsesstatus AZCA1 'Ny anmeldelsespligtig sygdom ...', som vist i det følgende eksempel.

Eksempel

Fund af levermetastaser uden fund af primærtumor ved kontaktens afslutning (sygdommen ikke tidligere anmeldt fra afdelingen):

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DC787	Metastase i leveren
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen (+) tillægskoder for stadie, diagnosegrundlag mm

Det er vigtigt at være opmærksom på, at metastaser klassificeres til lokaliseringen for metastasen i kodeafsnit DC77-79.

En metastase i lungen skal således klassificeres som DC780 'Metastase i lungen' - **ikke** som (DC349) "lungekræft".

13.2.6 Kontakter, der ikke omfatter diagnostik, behandling eller kontrol

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

Afdelingen skal registrere, hvad den pågældende afdeling rent faktisk undersøger og eventuelt behandler for. Aktionsdiagnosen for kontakten kan specificeres med kræftdiagnosen som tillægskode, som vist i eksemplerne.

Denne registreringspraksis stiller ikke krav om angivelse af anmeldelsesstatus og yderligere cancerregistrering.

Eksempler

Arbejdsmedicinsk klinik, der undersøger, hvorvidt sygdommen er udløst af arbejdsmiljøet:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DZ048B	Kontakt mhp arbejdsmedicinsk udredning
(+)DC340	Kræft i hovedbronkier

Pleje af terminal patient uden behandling af grundsygdom:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DZ515S	Kontakt mhp specialiseret palliativ indsats
(+)DC795B	Metastase i knogle

Den maligne grundsygdom kan i sig selv have en behandlings- og/eller ressourcemæssig betydning for den aktuelle kontakt, hvis denne har medført en ekstra plejetyngde eller længere indlæggelsestid. I disse situationer registreres sygdommen som bidiagnose.

Hvis kræftdiagnosen registreres som bidiagnose kan anmeldelsesstatus AZCA3 'afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen' anvendes.

Eksempel

Patient med kendt kræftsygdom, der behandles på specialafdeling, indlægges på medicinsk afd. pga behandlingsrelateret anæmi og dehydrering. Der behandles med blodtransfusion:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DD630	Anæmi ved neoplastisk sygdom
(B)DC649	Nyrekræft UNS
(+)AZCA3	afdelingen ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen
(B)DE869A	Dehydrering

Eksemplet kunne også være en patientkontakt på en akutmodtagelse, der behandler komplikationen.

Det gælder dog i alle tilfælde, hvor en klinisk afdeling har modtaget svar på patologi eller anden undersøgelse, der bekræfter anmeldelsespligtig sygdom eller på anden måde førstegangsdiagnosticerer sygdommen, at der skal foretages fuld anmeldelse af denne, også selvom anden afdeling varetager eller overtager patientens behandling.

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

13.2.7 Kontrol

Ved kontrol, hvor **den anmeldelsespligtige sygdom** fortsat **er til stede**, skal sygdomsdiagnosen registreres som aktionsdiagnose, og der skal registreres tillægskode for anmeldelsesstatus.

Eksempler

Afdeling, der tidligere har anmeldt den anmeldelsespligtige diagnose:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DC187	Kræft i colon sigmoideum
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Vedr anmeldelsesstatus (AZCA) – se afs 13.3

Afdeling, der første gang ser patienten ved kontrol, hvor den anmeldelsespligtige sygdom fortsat er til stede. Afdelingen har ikke tidligere anmeldt sygdommen:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DC187	Kræft i colon sigmoideum
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen (+) tillægskoder for stadie, diagnosegrundlag mm - se afs 13.5

En sygdomsdiagnose må ikke registreres som aktions- eller bidiagnose, hvis sygdommen er færdigbehandlet på tidligere patientkontakt, og patienten er uden tegn på klinisk recidiv.

Som aktionsdiagnose anvendes en kode fra afsnit DZ08* 'Kontrolundersøgelse efter behandling af kræft' eller DZ098B 'Kontrolundersøgelse efter behandling af ikke-ondartet tumor'.

Eksempler

(A)DZ080D	Kontrolundersøgelse efter operation af kræft i tyktarm
-----------	--

Sygdomskoden kan anvendes som tillægskode til specificering af den oprindelige behandlede lidelse:

(A)DZ098B	Kontrolundersøgelse efter behandling af ikke-ondartet tumor
(+)DD352A	Adenom i hypofysen

Disse registreringer udløser ingen krav om registrering af anmeldelsesstatus.

Hvis behandlingen er foregået ambulant, og sygdommen ikke længere er til stede, når kontrollen indledes, afsluttes behandlingskontakten, og der oprettes en ny selvstændig ambulant kontrolkontakt - se også afs 5.3.2

13.3 Indberetning af anmeldelsesstatus ved anmeldelsespligtige sygdomme

Når en anmeldelsespligtig sygdom er aktions- eller bidiagnose, er det obligatorisk at indberette anmeldelsesstatus som tillægskode til den anmeldelsespligtige diagnosekode. Indberetningskravet gælder alle patienttyper.

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

Der er følgende anmeldelsesstatusser:

Tillægskode	Anmeldelsesstatus
AZCA0	anmeldelsesstatus endnu ikke angivet
AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
AZCA3	afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen
AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
AZCA9	onkologisk afdeling skal ikke anmelde, sygdommen tidligere fuldt anmeldt af anden afdeling

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

Ved indberetning til LPR skal anmeldelsesstatus have værdien AZCA1, AZCA3, AZCA4 eller AZCA9. Der skal og kan kun være en (1) anmeldelsesstatus pr diagnose pr afsluttet kontakt.

AZCA9 er udelukkende forbeholdt indberetninger fra onkologiske afdelinger, hvor fuld anmeldelse er foretaget fra den kliniske afdeling, hvor sygdommen tidligere er diagnosticeret.

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

For patienter med flere anmeldelsespligtige diagnoser gælder kravene for hver enkelt diagnose.

13.3.1 Fuld anmeldelse

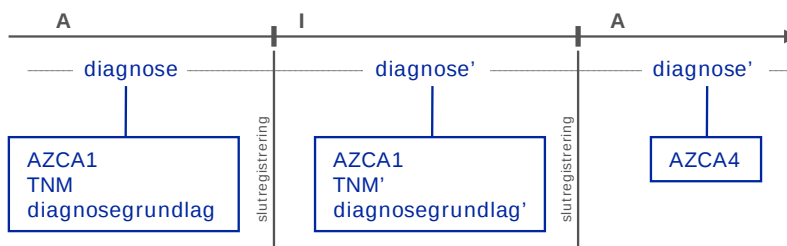
Anmeldelsen af sygdommen til Cancerregisteret skal foretages fuldt, jf kodeteksterne til status 1 og 4, hvilket betyder, at anmeldelsen ikke betragtes som fyldestgørende og korrekt, før ...

- diagnosen er endelig og korrekt, herunder korrekt klinisk specificeret
- TNM-stadie er komplet svarende til den endelige diagnose, inklusive eventuel korrektion efter kirurgisk staging og behandling - se videre i afs 13.4.1.1
- diagnosegrundlagene (mikroskopiske og makroskopiske) 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 afdeling selvfølgelig kun så langt, som afdelingen har kontakt med patienten.

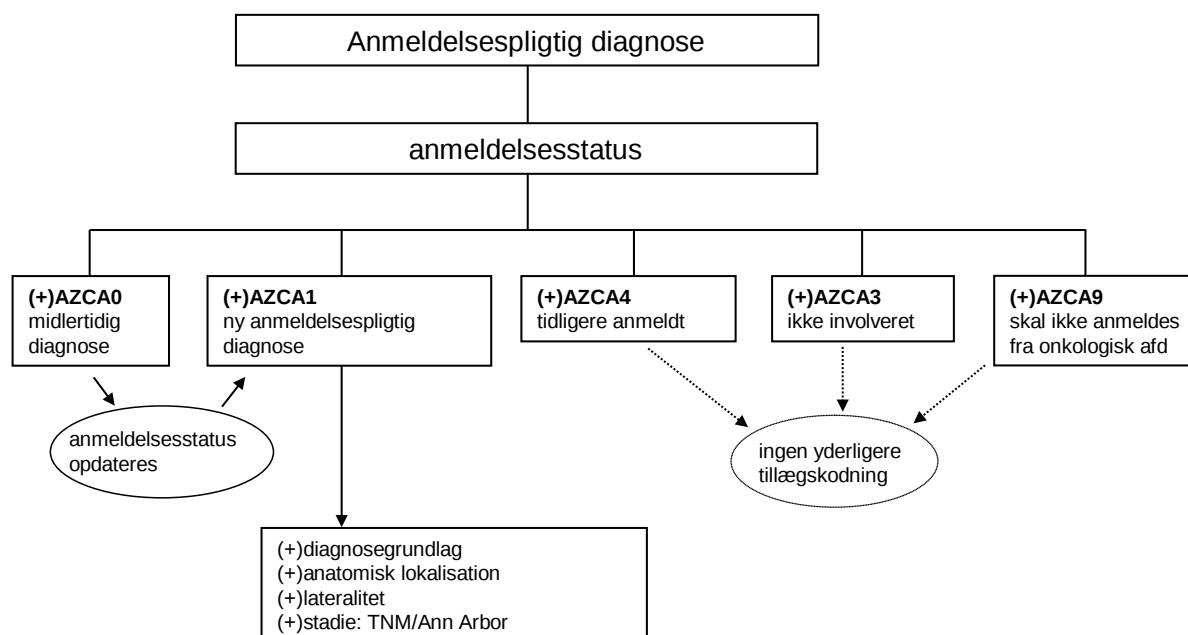
Figur 13.3.1 Fuld anmeldelse



13.3.2 Beskrivelse af de enkelte anmeldelsesstatus

Reglerne har baggrund i "Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Cancerregisteret af kræftsygdomme m.v.". En oversigt kan ses i afs 13.2

Figur 13.3.2 Oversigt: Anmeldelsesstatus og tilhørende registreringskrav



AZCA0 anmeldelsesstatus endnu ikke angivet

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

AZCA1 ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

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

På afdelinger, hvor man afslutter en patients ambulante kontakt før afsluttet udredning og behandling, vil der ikke kunne ske en fyldestgørende registrering af de obligatoriske tillægskoder, før end udredningen eller behandling er afsluttet.

Afdelingen skal i sådanne tilfælde benytte AZCA1 både på den initiale ambulante kontakt og på den (de) følgende indlæggelse(r) for at udføre en meningsfuld tillægsregistrering og dermed en komplet og korrekt anmeldelse.

Der kan for nydiagnosticerede tilfælde efter 1. januar 2004 kun benyttes en statuskode AZCA4, når afdelingen forudgående har færdigregistreret patienten med status AZCA1 og dertil hørende registreringer, eller der netop er registreret fuld anmeldelse af primærtumor på kontakten.

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

Se også eksempler i afs 13.2.6

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

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

Hvis afdelingen som den første stiller diagnosen, skal der under alle omstændigheder foretages en komplet nyanmeldelse med (+)AZCA1, og AZCA3 kan i dette tilfælde ikke anvendes.

AZCA4 sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Hvis behandlingen/kontrollen vedrører en patient, der stadig har sygdommen, er den anmeldelsespligtige diagnose aktionsdiagnose eller evt. bidiagnose. Anmeldelsesstatus AZCA4 anvendes, hvis afdelingen tidligere har anmeldt sygdommen fuldt til Cancerregisteret.

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

Eksempel

Patienten indlægges med udvikling af sygdommen, evt med en anden aktionsdiagnose, men der er fortsat tale om den samme sygdom og følger heraf.

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

Diagnoser	Anmeldelsesstatus
(A)DC786A	Malign ascites UNS
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(B)DC569	Æggestokkræft
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

AZCA9 onkologisk afdeling skal ikke anmelde, sygdommen tidligere fuldt anmeldt af anden afdeling

Onkologiske afdelinger modtager næsten udelukkende færdigt udredte patienter til videre behandling. Onkologisk afdeling har derfor sjældent noget at tilføje til den primære anmeldelse fra den udredende kliniske afdeling.

Statuskode AZCA9 fritager de onkologiske afdelinger for anmeldelse til Cancerregisteret i disse tilfælde og skal anvendes ved efterfølgende kontakter for samme kræftsygdom.

Statuskode AZCA9 er udelukkende forbeholdt indberetninger vedrørende onkologiske patienter på onkologiske afdelinger, hvor fuld anmeldelse er foretaget fra den kliniske afdeling, hvor patienten tidligere er diagnosticeret.

AZCA9 må ikke anvendes i følgende tilfælde:

- hvis onkologisk afdeling er primært diagnosticerende, skal der anmeldes fuldt fra onkologisk afdeling med (+)AZCA1 og yderligere tillægskodning
- primær anmeldelse af kræftsygdom fra andet speciale ved afdelinger med flere specialer (fx hæmatologi og onkologi)

13.3.3 Validering af statuskode for afsluttede patienter

I de lokale systemer foretages en validering af statuskode for afsluttede patienter med anmeldelsespligtige sygdomme, der første gang er diagnosticeret efter 1. jan. 2004.

Dette har konsekvens for anmeldelsesstatus, idet patienter med anmeldelsespligtige sygdomme skal være fuldt anmeldt fra afdelingen med en anmeldelsesstatus AZCA1, før end AZCA4 kan anvendes.

Der kan for nydiagnosticerede anmeldelsespligtige sygdomme kun benyttes en statuskode AZCA4 i indberetningen, når stamafdelingen tidligere har indberettet en **afsluttet kontakt** med statuskode AZCA1 og fuld specificeret anmeldelse, eller der samtidig sker en fuld anmeldelse af en anden diagnosekode for den samme sygdom på den samme kontakt.

Såfremt afdelingen før 1. jan. 2004 har foretaget blanketanmeldelse af sygdommen til Cancerregisteret, skal statuskode AZCA4 anvendes ved kontakter med samme anmeldelsespligtige sygdom.

Ikke afsluttede ambulante kontakter

Det sker ofte, at den anmeldelsespligtige diagnose første gang opdages og registreres på en (for)ambulant patientkontakt. Hvis denne kontakt ikke afsluttes og færdigregistreres med anmeldelsesstatus AZCA1 og fuld anmeldelse inden ny patientkontakt – typisk indlæggelse – vil der genereres en rykkerskrivelse fra Cancerregisteret for den anden kontakt, der indberettes først med statuskode AZCA4 "tidligere fuldt anmeldt af afdelingen", idet der ikke findes en forudgående fuld anmeldelse på en afsluttet kontakt.

For at undgå dette er det nødvendigt, at den ambulante kontakt afsluttes, inden der oprettes ny kontakt for samme sygdom.

Se også Kap 5

13.3.4 Komplikationer eller hændelser, der relaterer sig til en anmeldelsespligtig sygdom

Eksempler:

- patienter, der henvender sig på en akutmodtagelse med et smerteproblem eller andet symptom eller skade sfa kræftsygdom eller behandling af kræftsygdommen
- patienter, der henvender sig pga en ulykke, som ikke er forårsaget af den anmeldelsespligtige diagnose, men hvor sygdommen spiller en rolle for den behandling, der gives
- patienter, der kommer i behandling for følgevirkninger efter stråle- eller kemoterapi
- patienter i symptomlindrende behandling og terminal pleje

I eksemplerne og lignende tilfælde er den anmeldelsespligtige diagnose ikke aktionsdiagnose. Det vil imidlertid ofte være forbundet med ekstra arbejde at pleje og behandle en patient med en anmeldelsespligtig sygdom. I dette tilfælde registreres den tilgrundsiggende lidelse som bidiagnose på kontakten.

Aktionsdiagnosen kan i de ovennævnte tilfælde fx være fra:

Aktionsdiagnose	Kodetekst
DZ74*	Problemer i forbindelse med afhængighed af pleje
DZ515	Kontakt mhp palliativ behandling
DR50*-DR69*	Almene symptomer og abnorme fund hvor bla smerteafsnittet findes

Eksempel

Smertetilstand hos patient med prostatakræft indlagt til smertebehandling på anden afdeling end den primært behandlende:

Diagnoser	Kodetekst
(A)DR521	Maligne smerter
(B)DC619	Prostatakræft
(+)AZCA3	afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen

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

Eksempel

En patient er henvist til en hæmatologisk afdeling med henblik på vurdering af behandlingsmuligheder. Afdelingen behandler ikke den tilgrundliggende sygdom:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DD630	Anæmi ved neoplastisk sygdom
(B)DC340	Kræft i hovedbronkien
(+)AZCA3	afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen

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

13.4 Yderligere registreringer ved anmeldelse af ny sygdom - anmeldelsesstatus AZCA1

Fuld elektronisk anmeldelse af kræfttilfælde til Cancerregisteret sker ved tillægskodning, hvor tillægskoderne sammen med anmeldelsesstatus AZCA1 knyttes til en anmeldelsespligtig diagnosekode.

Tillægskoderne beskriver sygdomsstadie, diagnosegrundlag, sideangivelse og for maligne lymfomer tillige anatomisk lokalisation.

13.4.1 Stadie

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

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

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

Tabel 13.4.1 Diagnosekoder, der skal stadie-specificeres

Diagnosekode	Sygdomme
DB21*	HIV-sygdom med neoplastisk sygdom
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, dårligt eller uspecificerede lokaliseringer og metastaser
DC81*-86*	Maligne lymfomer
DC884*	Ekstranodalt marginalzone B-celle lymfom
DC902	Solitært ikke-ossøst plasmacytom
DC903	Solitært ossøst plasmacytom
DC923*	Myeloidt sarkom
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 lokalisering i urinveje
DD301-309	Godartede tumorer i urinveje (ekskl nyre)
DD37*-41* DD44* DD48*	Tumorer af usikker og ukendt karakter med specificeret lokalisering

Der stadieinddeles efter TNM klassifikationen. Dog skal maligne lymfomer stadie-klassificeres efter Ann Arbor lymfom klassifikation (se afs 13.4.1.2).

13.4.1.1 TNM klassificering

TNM skal registreres med tillægskode fra hver af grupperne:

Tillægskode	Beskrivelse
T (AZCD1*)	'T' angiver primærtumors størrelse og udstrækning i og udenfor organet
N (AZCD3*)	'N' angiver, om der er metastaser til regionale lymfeknuder eller ej
M (AZCD4*)	'M' angiver, hvorvidt der er fjernmetastaser eller ej

TNM-registreringen skal generelt foretages efter princippet "seneste" – samlet set ud fra cTNM og pTNM - på det foreliggende grundlag ved kontaktens afslutning. Der kan dog for den enkelte kræftform være aftalt særlige principper for TNM-klassificeringen med specialeselskabet.

Forklaring

cTNM: "klinisk TNM" - efter klinisk undersøgelse, billeddiagnostik og eventuelle biopsier, men før behandling

pTNM: "patologisk" eller "postkirurgisk TNM" - korrigeret TNM, baseret på cTNM, men korrigeret efter kirurgisk behandling, staging og eventuel patologisk undersøgelse af operationspræparatet

Hvis der fra afdelingen har været en initial anmeldelse med en cTNM på en afsluttet kontakt, og der ved en umiddelbart efterfølgende kontakt på samme afdeling indenfor 4 måneder findes højere eller lavere værdier på en eller flere akser, skal den seneste, korrigerede TNM anmeldes (med AZCA1 og tillægskodninger) på den anden kontakt. Anmeldelsen til Cancerregisteret betragtes således ikke som fuldstændig, før dette er sket.

I de tilfælde, hvor en anden afdeling på et tidspunkt overtager behandlingen af en patient med anmeldelsespligtig sygdom, skal denne afdeling også nyanmelde med anmeldelsesstatus AZCA1.

Undtaget herfor er onkologiske afdelinger, der foretager onkologisk efterbehandling af tidligere anmeldt sygdom fra anden afdeling. De onkologiske afdelinger kan i disse tilfælde anvende anmeldelsesstatus AZCA9 som tillægskode til den anmeldelsespligtige diagnose.

Korrektion af TNM i forbindelse med behandling kan samtidig korrigere diagnosegrundlaget for den anmeldte sygdom.

Der anvendes version 7.0 af TNM, med mindre andet er aftalt med det enkelte speciale.

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.**

Tabel 13.4.1.1a Oplysninger om stadie for primærtumor (T)

Tillægskode	Stadie for primærtumor (T)
AZCD10	TNM, T0: Primærtumor ikke påvist Må kun anvendes ved diagnoserne DC77*-80*
AZCD11	TNM, Ta: Tumor uden invasion Må kun anvendes ved diagnoserne DD301-309, DD37*-DD41*, DD44* og DD48*
AZCD12	TNM, Tis: Carcinoma in situ Må kun anvendes ved diagnoserne DD05*, DD06*, DD090 og DD091
AZCD13	TNM, T1: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD131	TNM, T1 mic: Mikroinvasion ≤ 0,1 cm
AZCD13A	TNM, T1a: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD13A1	TNM, T1a1: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD13A2	TNM, T1a2: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD13B	TNM, T1b: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD13B1	TNM, T1b1: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD13B2	TNM, T1b2: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD13C	TNM, T1c: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD14	TNM, T2: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD14A	TNM, T2a: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD14A1	TNM, T2a1: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD14A2	TNM, T2a2: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD14B	TNM, T2b: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD14C	TNM, T2c: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD15	TNM, T3: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD15A	TNM, T3a: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD15B	TNM, T3b: Primærtumors størrelse/udstrækning □

Tillægskode	Stadie for primærtumor (T)
AZCD15C	TNM, T3c: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD16	TNM, T4: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD16A	TNM, T4a: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD16B	TNM, T4b: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD16C	TNM, T4c: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD16D	TNM, T4d: Primærtumors størrelse/udstrækning □
AZCD19	TNM, Tx: Oplysning om primærtumors størrelse foreligger ikke i afdelingen

T-stadie angives med mindst 6 karakterer

-) Den specifikke betydning af T, N og M er defineret i "TNM, Classification of Malignant Tumours" (7. edition (2009), Wiley-Blackwell's forlag), der udgives af UICC, International Union Against Cancer, og er afhængig af primærtumors udgangspunkt. Der er begrænsninger i anvendelsen af enkelte af T-stadierne - se ovenstående tabel

Tabel 13.4.1.1b Oplysninger om regionale lymfeknudemetastaser (N)

Tillægskode	Stadie for regionale lymfeknudemetastaser (N)
AZCD30	TNM, N0 Ingen regionale lymfeknudemetastaser relevante undersøgelser foretaget
AZCD301	TNM, N0(i+) Ingen lymfeknudemetastaser, positiv immunhistokemi, < 0,2 mm
AZCD302	TNM, N0(i-) Ingen lymfeknudemetastaser, negativ immunohistokemi
AZCD31	TNM, N1 Regionale lymfeknudemetastaser □
AZCD311	TNM, N1 mic Mikrometastase > 0,2 mm, og ≤ 2 mm
AZCD31A	TNM, N1a Regionale lymfeknudemetastaser □
AZCD31B	TNM, N1b Regionale lymfeknudemetastaser □
AZCD31C	TNM, N1c Regionale lymfeknudemetastaser □
AZCD32	TNM, N2 Regionale lymfeknudemetastaser □
AZCD32A	TNM, N2a Regionale lymfeknudemetastaser □
AZCD32B	TNM, N2b Regionale lymfeknudemetastaser □
AZCD32C	TNM, N2c Regionale lymfeknudemetastaser □
AZCD33	TNM, N3 Regionale lymfeknudemetastaser □
AZCD33A	TNM, N3a Regionale lymfeknudemetastaser □
AZCD33B	TNM, N3b Regionale lymfeknudemetastaser □
AZCD33C	TNM, N3c Regionale lymfeknudemetastaser □
AZCD39	TNM, N: Oplysning om lymfeknudestatus foreligger ikke i afdelingen lymfeknudestatus (staging) ikke foretaget

N-stadie angives med mindst 6 karakterer

Tabel 13.4.1.1c Oplysninger om fjernmetastaser (M)

Tillægskode	Stadie for fjernmetastaser (M)
AZCD40	TNM, M0 Ingen fjernmetastaser relevante undersøgelser foretaget
AZCD41	TNM, M1 Fjernmetastaser til stede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder) ▢
AZCD41A	TNM, M1a Fjernmetastaser til stede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder) ▢
AZCD41B	TNM, M1b Fjernmetastaser til stede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder) ▢
AZCD41C	TNM, M1c Fjernmetastaser til stede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder) ▢
AZCD49	TNM, Mx Oplysning om fjernmetastaser foreligger ikke i afdelingen metastase-status ikke foretaget

M-stadie angives med mindst 6 karakterer

13.4.1.2 Ann Arbor lymfom klassifikation

Ann Arbor klassifikationen af maligne lymfomer (DB211, DB212, DB213, DC81*-86*, DC884*, DC902, DC903, DC923*) er omtalt i detaljer i TNM-klassifikationsbogen.

Tabel 13.4.1.2 Ann Arbor stadier for maligne lymfomer

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

Ann Arbor-stadie angives med mindst 5 karakterer

13.4.2 Diagnosegrundlag

For at dokumentere, hvilke undersøgelser, der ligger til grund for diagnosen, skal der ved anmeldelsen registreres mindst en kode fra hver af nedenstående 2 grupper.

Hvis diagnosegrundlaget udbygges over flere kontakter på afdelingen, fx efter operation, skal dette afspejles i den fulde anmeldelse, jf afs 13.3.1

Tabel 13.4.2a Klinisk - makroskopisk diagnosegrundlag

Tillægskode	Klinisk - makroskopisk diagnosegrundlag
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.

Tabel 13.4.2b Klinisk - mikroskopisk diagnosegrundlag

Tillægskode	Klinisk - mikroskopisk diagnosegrundlag
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

13.4.3 Sideangivelse

Der skal obligatorisk registreres sideangivelse ved tumorer på ekstremiteter og i parrede organer. Følgende diagnoser skal obligatorisk have tillægskode for sideangivelse.

Lateraliteten skal afspejle situationen ved kontaktens afslutning.

Tabel 13.4.3 Diagnosekoder, der skal tillægskodes med sideangivelse

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

Sideangivelse angives med en af følgende koder som tillægskode til diagnosekoden:

Tillægskode	Kodetekst
(+)TUL1	højresidig
(+)TUL2	venstresidig
(+)TUL3	dobbeltsidig

13.4.4 Anatomisk lokalisation

I Cancerregisteret registreres tumorerne efter mikroskopisk udseende men også efter deres lokalisati-on. I ICD-10 er visse tumortyper kun repræsenteret af deres mikroskopiske udseende uden lokalisati-on. Dette gælder blandt andet for maligne lymfomer.

Følgende diagnoser skal obligatorisk have tillægskode for lokalisation.

Tabel 13.4.4 Diagnosekoder, der skal tillægskodes med anatomisk lokalisation

Diagnosekode	Kodetekst
DB211	HIV-sygdom med Burkitts lymfom
DB212	HIV-sygdom med andet non-Hodgkins lymfom
DB213	HIV-sygdom med anden neoplas i lymfom og bloddannende væv
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

Tillægskoden for lokalisation (T0-kode) registreres som relevant tillægskode fra SKS' anatomiklassifi-kation, der kan findes på [SKS-Browser](#)

Eksempel

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DC932	Myeloidt sarkom
(+)T001128	bløddelsvæv i orbita

13.5 Eksempler på fuld anmeldelse

Diagnose-registrering	Kodetekst
(A)DC509	Brystkræft UNS
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(+)AZCK0	operation
(+)AZCL0	histologi/cytologi fra primærtumor
(+)TUL1	højresidig
(+)AZCD13	TNM, T1: Primærtumors størrelse/udstrækning (tumor højst 2 cm)
(+)AZCD31	TNM, N1: Regionale lymfeknudemetastaser (samsidige mobile aksillære lymfeknudemetastaser)
(+)AZCD40	TNM, M0: Ingen fjernmetastaser (er undersøgt)

Diagnose-registrering	Kodetekst
(A)DC830	Småcellet B-celle lymfom
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(+)AZCK0	operation
(+)AZCL0	histologi/cytologi fra primærtumor
(+)T000670	ventrikel
(+)AZCC3	Ann Arbor, stadium III

Diagnose-registrering	Kodetekst
(A)DC508	Brystkræft overgribende flere lokalisationer
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(+)AZCK0	operation
(+)AZCL0	histologi/cytologi fra primærtumor
(+)TUL3	dobbeltsidig
(+)AZCD16B	TNM, T4b: Primærtumors størrelse/udstrækning
(+)AZCD33B	TNM, N3b: Regionale lymfeknudemetastaser
(+)AZCD41	TNM, M1: Fjernmetastaser til stede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder)
(B)DC793A	Metastase i hjernen
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen ^{%)}

^{%)} anmeldelsesstatus 4 anvendes her for ikke at skulle anmelde den samme sygdom 2 gange på samme kontakt - anmeldes fuldt via tillægskodningen til primærtumor

13.6 Revision af tidligere anmeldt diagnose

Anmeldelsespligten omfatter også opfølgning af tidligere anmeldelser med fejlagtige diagnoser således, at Cancerregisteret kan dannes på det korrekte datagrundlag. Dette gælder uanset tidspunktet for erkendelse af de indberettede fejlbehæftede oplysninger.

Dette er aktuelt i alle tilfælde, hvor der er blevet indberettet en afsluttet patientkontakt med en forkert diagnose, fx indberettet forkert malign diagnose, der ikke var malign alligevel - eller viste sig at være en anden kræftsygdom, eller indberettet forkert ikke malign diagnose.

Ovenstående tilfælde opstår ofte, når der efter kontaktafslutning og indberetning fremkommer nye oplysninger fx histologi-svar, der viser, at den indberettede diagnose og/eller ved de indberettede oplysninger (tillægskoder) for udbredelse mv. ikke var korrekte.

I alle disse tilfælde skal kontaktens diagnose(r) og evt. tilhørende tillægskoder rettes, således at de er korrekte, og kontakten skal genindberettes til Landspatientregisteret.

13.7 Procedureregistrering ved anmeldelsespligtig sygdom

Der er krav om indberetning af en række procedurer, der anvendes i forbindelse med undersøgelse og behandling af anmeldelsespligtige sygdomme. Kravene omfatter blandt andet operationer, billeddiagnostik, kemoterapi, strålebehandling og medicinsk antihormonel behandling - se Kap 10

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

14 PAKKEFORLØB

For pakkeforløb på kræftområdet og hjerteområdet er der udarbejdet registreringsmodeller med indførelse af specifikke registreringer for udvalgte målepunkter svarende til pakkeforløbsbeskrivelserne.

Der er udarbejdet registreringsvejledninger, som vedrører registrering af monitoreringspunkter i forbindelse med det enkelte patientforløb. Vejledningerne kan findes på Statens Serum Instituts hjemmeside - se [Monitorering](#)

På kræftområdet er pakkeforløbene opdelt i:

- Pakkeforløb for kræftområdet, organspecifik kræfttype
- Pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype
- Diagnostisk pakkeforløb for alvorlig sygdom

På hjerteområdet er pakkeforløbene opdelt i:

- Pakkeforløb for stabil angina pectoris (hjertekramper)
- Pakkeforløb for ustabil angina pectoris (UAP) og akut myokardieinfarkt uden ST-elevation (NSTEMI)
- Pakkeforløb for hjerteklapsygdom og hjertesvigt

Kendskab til indholdet i pakkeforløbsbeskrivelserne samt den enkelte patient er en forudsætning for korrekt registrering. Den kliniske og administrative håndtering af patientforløbet er beskrevet i de enkelte pakkeforløbsbeskrivelser, som kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside - se Pakkeforløbsbeskrivelser

15 DEFINITIONER OG BESKRIVELSER TIL PATIENTREGISTRERINGEN

15.1 Organisatoriske begreber

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
adresseafsnit (opholdsadresse)	afsnit der har det plejemæssige ansvar for patienten Bemærkning: Patientens fysiske opholdsadresse under indlæggelsesperiode
afdeling (hospitalsafdeling) (sygehusafdeling)	del af hospital som består af et eller flere afsnit og har en klinisk eller administrativ ledelse Bemærkning: Svarer til enheder, der er medtaget i sygehus-afdelingsklassifikationens 6-karakters niveau. Afdeling opdeles i afsnit
afsnit (hospitalsafsnit) (sygehusafsnit)	del af en afdeling bestemt for en eller få afgrænsede funktioner Bemærkning: Svarer til sygehusafdelingsklassifikationens 7-karakters niveau. Alle indberetninger knyttes til afsnitsniveauet
akutmodtageafsnit (akutafsnit)	afsnit hvor der uden forudgående aftale modtages patienter til akut undersøgelse og akut behandling Bemærkning: Patienter ligger almindeligvis under et døgn på akut modtageafsnit og flyttes derfra til andet afsnit eller udskrives.
ambulatorieafsnit (ambulatorium)	afsnit hvor der varetages sundhedsfaglig vurdering og behandling af ikke indlagte patienter
intensivafsnit	sengeafsnit med udstyr til intensiv behandling og overvågning Bemærkning: Intensivafsnittets senge kan indgå i normeringen i egen (intensiv) afdeling eller i normeringen i klinisk stamafdeling
normeret sengeplads (normeret seng)	seng på et hospital hvor sundhedsprofessionelle varetager undersøgelse, behandling, overvågning og pleje af indlagte patienter Bemærkning: I normeringen indgår personale til overvågning og pleje. Normerede sengepladser inkluderer senge på akut modtageafsnit, senge til intensiv behandling, hotelsenge (til indlagte patienter), kuvøser samt senge på neonatalafsnit. Vugger til nyfødte på fødeafsnit og senge på opvågningsafsnit medregnes ikke til de normerede sengepladser
opvågningsafsnit	afsnit hvor patienter overvåges efter anæstesi Bemærkning: Afsnittet kan anvendes til såvel ambulante som indlagte patienter. Indlagte patienter disponerer desuden over en plads på et sengeafsnit. Sengepladserne i opvågningsafsnit medregnes ikke til sygehusets normerede sengepladser. Sengedage på opvågningsafsnit medregnes under stamafdelingen
patienthotel	afsnit på eller i tilknytning til hospitalet, der alene yder den til opholdet hørende kost og logi Bemærkning: Patienthotellet er stamafsnit for 'hotelpatienter', mens et sengeafsnit er stamafsnit for patienter indskrevet på sengeafsnit, der har patienthotellet som adresseafsnit.

sengeafsnit	afsnit med normerede sengepladser Bemærkning: Hertil regnes også akutte modtageafsnit og intensivafsnit, men ikke opvågningsenge og vugger til nyfødte eller observationspladser i ambulatorier
serviceafsnit	afsnit der yder service til kliniske afsnit Bemærkning: Serviceafsnit er fx laboratorieafsnit eller røntgenafsnit. Denne definition omfatter ikke afsnittets "egne patienter"
stamafdeling	afdeling der har det lægelige ansvar for en patient indskrevet på et stamafsnit under afdelingen Bemærkning: Svarer til sygehusafdelingsklassifikationens 6-karakterers niveau. Patienten er indskrevet på et stamafsnit (sengeafsnit eller ambulatorium) under stamafdelingen, og registrering sker på 7-karakterers niveau
stamafsnit	afsnit hvor patienten er indskrevet Bemærkning: Et stamafsnit er et sengeafsnit eller et ambulatorieafsnit

15.2 Administrative begreber

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
afslutning af patientkontakt	ophør af patientkontakt
afslutning ved død (mors)	afslutning af patientkontakt ved patients død Bemærkning: Afslutningsmåde 8 = Død anvendes i alle tilfælde, hvor en kontakt afsluttes pga patientens død. Kontaktens afsluttes på den dato, hvor afdelingen modtager besked om dødsfaldet
afslutningsmåde	angivelse af hvilken instans, patientkontakten afsluttes til Bemærkning: Fx: (til) Alment praktiserende læge
akut patient	patient, der er modtaget uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner Bemærkning: Patienter med en akut tilstand, der kræver umiddelbar klinisk handling. Patienten indskrives uden oprettelse af en henvisningsperiode, uanset patientens "vej" til sygehuset. En akut patient kan også være en oprindeligt planlagt patient, der indskrives akut før det planlagte tidspunkt
akut patientkontakt (akut kontakt)	patientkontakt der ikke følger afdelingens normale planlægning Bemærkning: 'Akut' anvendes i betydningen "i forhold til akut tilstand". 'Akut' betyder således, at fx indlæggelse skal ske umiddelbart, uanset om der er ledig kapacitet ("hul i kalenderen") eller ej
besøg	patients fremmøde i forbindelse med en patientkontakt, der ikke omfatter indlæggelse
barnepatient	patient der ikke er fyldt 15 år Bemærkning: Patienter der ikke er fyldt 15 år betragtes ifølge loven som inhabile, men patientens tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning

færdigbehandlet patient	Bemærkning: En patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. Sygehusets administrative opgaver skal være udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten. Det betyder, at sygeplejerapport, evt midlertidige hjælpemidler, medicin mv skal være klar på udskrivningstidspunktet
habil patient	voksenpatient der er i stand til at give informeret samtykke Bemærkning: Afgørende er om den pågældende kan forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag mm
hjemmebesøg	en klinisk persons besøg i patientens hjem Bemærkning: Inkluderer det sted, hvor patienten bor eller fremtidigt skal bo. Indberetningen er afgrænset til sygehusansat klinisk personale. Ambulante patienter indberettes efter aftale med regionerne som besøg (besøgsdato) med obligatorisk procedurekode AAF6 for hjemmebesøg. For indlagte patienter indberettes hjemmebesøg med procedurekode AAF6 (uden besøgsdato)
hotelpatient	patient, der er indskrevet på et patienthotel Bemærkning: Hotelpatienter indberettes som særskilte ambulante kontakter. Dette gælder dog ikke for patienter indskrevet som indlagte på klinisk stamafsnit med adresseafsnit på patienthotellet. Der kan ikke knyttes ydelser til denne særlige kontaktttype. Ydelser skal knyttes til kontakten (ambulant eller indlagt) på det kliniske stamafsnit
indbragt patient	patient der uden aftale bringes i kontakt med sundhedsvæsenet af en anden person
indskrivningsmåde	angivelse af prioritet for kontaktstart Bemærkning: Akut eller planlagt
informeret samtykke	samtykke der er givet ved en konkret patientkontakt på grundlag af fyldestgørende information fra en sundhedsprofessionel Bemærkning: Dette samtykke kan være mundtligt eller skriftligt. Et samtykke til behandling (undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglige forebyggelsestiltag mv.) er patientens frivillige accept af at ville modtage en bestemt behandling
inhabil patient	patient der ikke er i stand til selv at give informeret samtykke Bemærkning: Patienter der ikke er fyldt 15 år betragtes ifølge loven som inhabile, men patientens tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning
kontaktslutdato (slutdato)	dato for afslutning af en kontakt Bemærkning: Omfatter udskrivningsdato og ambulant slutdato. Registreres som 'slutdato'. For ambulante patienter vil slutdato normalt være lig med sidste besøgsdato, fx hvor der træffes beslutning om at afslutte behandlingen. Slutdato kan godt ligge efter sidste besøgsdato, hvis patienten udebliver, hvis der afventes svar, før færdigregistrering kan foretages, eller hvis patienten dør før næste fremmøde.

kontaktstartdato (startdato)	dato for påbegyndelse af en kontakt Bemærkning: Omfatter indlæggelsesdato og ambulant startdato. Registreres som 'startdato'
kontaktårsag (kontaktårsagskode)	overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset
kvalitetsmåling	del af kvalitetsovervågning hvor kvaliteten af en ydelse eller et produkt objektivt konstateres Bemærkning: Kan evt udføres vha kvalitetsindikatorer. Resultat af kvalitetsmåling indgår i kvalitetsvurdering
midlertidigt inhabil patient	inhabil patient der midlertidigt ikke er i stand til selv at give informeret samtykke Bemærkning: Fx bevidstløs patient
mundtligt samtykke	udtrykkeligt samtykke der er afgivet mundtligt af en patient Bemærkning: Er tilstrækkeligt for, at en sundhedsprofessionel kan indlede eller fortsætte en behandling, men det skal fremgå af patientens journal, hvilken information patienten har fået, og hvad patienten har tilkendegivet på baggrund af denne
patient	sundhedsaktør, der er genstand for en sundhedsaktivitet
patientkontakt (kontakt)	konkret kontakt mellem en patient og sundhedsvæsenet som udløser en administrativ registrering
patienttype	angivelse af en patients administrative relation til sygehuset Bemærkning: Patienttype er: (0) indlagt patient og (2) ambulant patient. Svarer således til kontakttyperne
elektiv patient (planlagt patient)	patient, der er modtaget med iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner Bemærkning: Patienten er klar til "første ledige hul" i kalenderen
planlagt patientkontakt (planlagt kontakt) (elektiv patientkontakt)	patientkontakt der følger afdelingens normale planlægning
pårørende (patientpåstående)	person der har et tilknytningsforhold til en patient i forbindelse med en kontakt Bemærkning: Se evt Sundhedsstyrelsens vejledning, 1998-09-16 nr. 161
rask forsøgsperson	person, der modtager sundhedsrelateret aktivitet alene af forskningsmæssige grunde Bemærkning: Er uden kendt eller formodet sygdom eller tilstand, der er relevant for den sundhedsrelaterede aktivitet
systematisk screening (systematisk opsporing) (organiseret opsporing)	tidlig opsporing der systematisk søger at finde ikke erkendte sygdomme og risikofaktorer Bemærkning: Målgruppen er raske personer
selvhenvender	patient der uden aftale på egen hånd kontakter sundhedsvæsenet
skriftligt samtykke	udtrykkeligt samtykke der er afgivet skriftligt af en patient Bemærkning: Anvendes i forbindelse med videnskabelige forsøg, ved større indgreb, komplicerede behandlinger med risiko for omfattende komplikationer, og hvor en sundhedsprofessionel vil være sikker på, at der ikke efterfølgende kan blive rejst tvivl om samtykkets indhold

stiltiende samtykke	informeret samtykke hvor en patients signaler og opførsel må forstås således, at der foreligger en accept Bemærkning: Vil som regel kun være aktuelt i forbindelse med delelementer i et undersøgelses- og behandlingsforløb. Hvis en patient fx kommer til en konsultation hos egen læge, må lægen gå ud fra, at patienten stiltiende har givet sit samtykke til de almindelige undersøgelser, som foregår ved en konsultation
sundhedsaktivitet	sundhedsrelateret aktivitet, der er rettet mod en patient
sundhedsaktør	aktør, der deltager i sundhedsrelateret aktivitet
telefonkonsultation/ e-mail konsultation/ video-konsultation	klinisk virtuel kommunikation med patient som led i behandling eller kontrol af sygdom, som resulterer i et klinisk journalnotat Bemærkning: Ydelsen (uden besøg) kan erstatte et fremmøde på hospitalet eller et hjemmebesøg, registreres med relevante SKS-koder (BVAA33*) på den ambulante kontakt
udebesøg	møde mellem en patient og sundhedsfagligt uddannet personale på fx dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre mm Bemærkning: Besøget sker som led i ambulant udredning, undersøgelse, behandling eller kontrol. Indberetningen inkluderer ikke ambulant besøg, hjemmebesøg, institutionsbesøg eller virksomhedsbesøg
udtrykkeligt samtykke	informeret samtykke hvor en patient bevidst og tydeligt giver udtryk for, at han/hun er indforstået Bemærkning: Dette samtykke kan være mundtligt eller skriftligt
varigt inhabil patient	inhabil patient der varigt ikke er i stand til selv at give informeret samtykke Bemærkning: Fx pga manglende udvikling eller pga alderdomssvækkelse eller lignende. Endvidere må kronisk sindslidende ofte henregnes til denne gruppe af patienter
voksenpatient	patient der er fyldt 15 år Bemærkning: Hos 15 til 17-årige er kompetencen endeligt lagt hos den unge ved uenighed mellem den unge og indehavere af forældremyndighed

15.3 Henvisning og venteperiode

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
aktiv ventetid	del af venteperiode, hvor en patient har status som ventende Bemærkning: Status i aktive venteperioder kan fx være: venter på udredning, venter på behandling, venter på assistance
beslutningstidspunkt	tidspunkt for endelig stillingtagen til hvilken behandling, som patienten skal modtage Bemærkning: Beslutningstidspunkt afslutter udredningen
endelig behandling	den behandling, der klinisk vurderes til bedst at kunne afhjælpe det aktuelle sygdomsproblem Bemærkning: Endelig behandling kan have et kurativt og/eller et palliativt sigte
erfarede ventetider	summen af de indberettede venteperioder hvor patienten har været aktivt ventende i hele venteforløbet

henviſning	anmodning fra en henviſningsinstans til en sundhedsproducent om udførelse af eller medvirken til en sundhedsaktivitet Bemærkning: Henviſninger oprettes udelukkende til planlagte kontakter. Henviſende instans kan være primærsektoren eller en anden afdeling eller afsnit. Denne definition omfatter ikke rekvisition til serviceafsnit eller andet afsnit, der ikke skal være stamafsnit for patienten
henviſningsdato	dato for modtagelse af en henviſning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten Bemærkning: Startdato for henviſningsperioden
henviſningsinstans (henviſende instans)	sundhedsaktør med henviſningsret til sundhedsvæsenet
henviſningsperiode	periode fra henviſningsdatoen til dato for første fremmøde på sygehuset Bemærkning: Første fremmøde er indlæggelse eller første ambulante besøg
intern ventetid, til udredt	perioden fra henviſningsdato til dato for beslutningstidspunkt for endelig behandling
intern ventetid, behandling	perioden fra dato for beslutningstidspunkt til dato for start af endelig behandling
omvisitering	afslutning af henviſning ved videre henviſning til andet sygehusafsnit på grund af samme helbredsproblem
udredning	afklaring af, hvilken endelig behandling, der skal ske Bemærkning: Udredning kan foregå ambulant, omfattende et eller flere besøg, eller under indlæggelse. Start på udredning afslutter henviſningsperioden. Udredning under indlæggelse afslutter venteperioden
udredningsperiode	periode fra start af udredning til beslutningstidspunkt Bemærkning: Der kan i udredningsperioden ske behandling, dog ikke endelig behandling
udvidet fritvalgsordning	tilbud om behandling på andet sygehusafsnit end det afsnit, hvortil patienten oprindeligt er henvist Bemærkning: Hvis ventetiden til behandling overstiger en måned, skal patienten modtage et tilbud om behandling på andet sygehusafsnit
ventende patient (ventepatient) (ventelistepatient)	patient som afventer endelig behandling Bemærkning: Patienten er ventende fra henviſningsdato indtil endelig behandling bortset fra eventuel mellemliggende udredningsperiode
venteperiode	periode fra henviſningsdato til dato for endelig behandling Bemærkning: Venteperioden kan afsluttes uden undersøgelse/behandling, hvis patienten ikke kan, skal eller vil behandles. Venteperioden kan indeholde perioder hvor patienten ikke er ventende
ventestatus	status for om en patient er ventende eller ikke ventende Bemærkning: Ventestatus indeholder venteårsag. I hele henviſningsperioden skal der være en ventestatus. Hvis patienten udredes ambulant og der tages stilling til, at patienten skal behandles ambulant, indberettes ventestatus fra dato for stillingtagen til endelig behandling og til dato for endelig behandling
visitation	sundhedsfaglig vurdering og administrativ vurdering af en patients behov for sundhedsaktiviteter og prioritering heraf på baggrund af en henviſning eller en patientkontakt

15.4 Indlæggelseskontakter

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
akut indlæggelse	indlæggelse, der har fundet sted uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner
indlagt patient (stationær patient)	patient der er indskrevet på et afsnit og optager en normeret sengeplads Bemærkning: Indberettes som patienttype (0)
indlæggelsesdato	dato for påbegyndelse af en indlæggelseskontakt Bemærkning: Se kontaktstartdato
indlæggelseskontakt (indlæggelse)	patientkontakt på et sengeafsnit Bemærkning: Ved indlæggelse registreres startdato og indlæggelsestime og -minut
indskrivningsmåde	angivelse af prioritet for start af indlæggelseskontakt Bemærkning: Akut eller planlagt
indlæggelsesperiode	periode fra indlæggelsesdato til udskrivningsdato
intern flytning (lille flytning)	flytning af en patient indenfor samme sengeafsnit Bemærkning: Adskiller sig fra overflytning ved at foregå inden for samme afsnit (samme 7-karakters sygehus-/afdelingsniveau)
overflytning (stor flytning)	udskrivning fra et sengeafsnit med umiddelbart efterfølgende indlæggelse på et andet sengeafsnit Bemærkning: Overflytning regnes som udskrivning og ny indlæggelse (andet 7-karakterers sygehus/afdelingsniveau)
patientorlov (orlov)	periode i en indlæggelseskontakt, hvor patienten har tilladelse til at forlade sygehuset i op til 3 døgn Bemærkning: I forbindelse med helligdage kan orlovsperioden dog forlænges. Patienten disponerer over en sengeplads efter behov. Orlovsperioder skal ikke indberettes
stationær ydelse	ydelse givet til en indlagt patient Bemærkning: Inkluderer eventuelle assistancer givet under indlæggelsesperioden
udskrivningsdato	dato for afslutning af en indlæggelseskontakt Bemærkning: Se kontaktslutdato

15.5 Ambulante kontakter

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
ambulant besøg	besøg i forbindelse med ambulant patientkontakt, hvor stamafdelingen er involveret Bemærkning: Hermed menes ethvert fremmøde på sygehuset, hvor der er deltagelse af klinisk personale fra stamafsnittet, uanset hvor besøget fysisk finder sted. Ambulant besøg omfatter ikke fremmøde på serviceafsnit uden besøg på klinisk stamafsnit (assistance) eller fremmøde på andet klinisk afsnit til assistencydelse. Assistancer registreres som ambulant ydelse uden besøgsdato. Se også ambulant ydelse og assistance

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
ambulant besøgsdato (besøgsdato)	dato for ambulant besøg Bemærkning: Se også ambulant ydelse
ambulant kontakt	patientkontakt på et ambulatorium Bemærkning: Indberettede ambulante kontakter kan indeholde ambulante ydelser såvel som besøg (besøgsdato)
ambulant patient	patient der er indskrevet på et afsnit, men ikke optager en normeret sengeplads Bemærkning: Indberettes som patienttype (2). En patient kan ikke modtage ydelser på en ambulant kontakt samtidig med, at der er en indlæggelsesperiode for samme sygdom. Alle ydelser givet i indlæggelsesperioden, skal registreres på indlæggelsen
ambulant ydelse	ydelse givet til en ambulant patient Bemærkning: Omfatter ydelser produceret af stamafsnittet, assistancer produceret af anden klinisk afdeling og assistanceydelser produceret af serviceafdelinger. Ydelser givet i en indlæggelsesperiode for samme sygdom registreres på indlæggelseskontakten, jf kommentar under "ambulant patient". Se også assistance og ambulant besøg
dato for første ambulante besøg	dato for den ambulante patients første ambulante besøg Bemærkning: Kan være til udredning eller behandling
kontrolbesøg (kontrol)	planlagt ambulant besøg mhp klinisk kontrol

15.6 Kliniske termer

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
kodeart	angivelse af den efterfølgende SKS-kodes registreringsmæssige betydning Bemærkning: Inkluderer kodearten "tillægskode" (+), der angiver, at den efterfølgende SKS-kode er en tillægskode til den foranstillede primærkode
primærkode	den første kode i en SKS-registrering Bemærkning: Fx er aktionsdiagnosen primærkode i den SKS-registrering, der består af en aktionsdiagnose med tillægskode
SKS-klassifikation	klassifikation der indgår i Sundhedsvæsenets Klassifikations System (SKS) Bemærkning: SKS-klassifikationerne vedligeholdes af Statens Serum Institut
SKS-kode	kode fra SKS-klassifikation Bemærkning: Til registrering kan kun anvendes SKS-koder, der har en gyldighedsperiode, der omfatter en del af eller hele kontakten. Procedurekoder skal være gyldige på proceduredato. Der gælder herudover særlige regler i forbindelse med de forskellige registreringer

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
(1) tillægskode	kodeart, der angiver, at den efterfølgende SKS-kode er en tillægskode til den foranstillede primærkode
(2) tillægskode	SKS-kode, der supplerer primærkodens betydning Bemærkning: Tillægskoden specificerer primærkodens betydning, fx sideangivelse til operationskode eller underbygger primærkodens information, fx indikation for procedure

15.7 Diagnoseregistrering

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
aktionsdiagnose	den diagnose, der ved afslutning af en kontakt bedst angiver den vigtigste tilstand, som kontakten drejede sig om Bemærkning: Registreres med diagnosearten (A). Det er en klinisk vurdering, hvad der er den vigtigste tilstand (diagnose)
bidiagnose	diagnose, der supplerer beskrivelsen af den afsluttede kontakt Bemærkning: Registreres med diagnosearten (B). Bidiagnoser supplerer aktionsdiagnosens beskrivelse af den afsluttede kontakt. Kun de klinisk betydende bidiagnoser skal registreres
diagnose (diagnosetekst)	vurderingsresultat vedr helbredstilstand der er formaliseret Bemærkning: Omfatter egentlige sygdomme, skader, andre lidelser, symptomer og kontaktårsager, inkl "obs. pro", "kontrol" mm. Kodes efter "Klassifikation af sygdomme"
diagnose (diagnosekode)	klassificeret betegnelse for en diagnose, der er optaget i gældende "Klassifikation af sygdomme" Bemærkning: Registreres med SKS-kode og specificeres evt med tillægskode. I SKS-format (til indberetning) har disse koder et foranstillet 'D'. Indberettes med angivelse af diagnoseart
diagnoseart	angivelse af den efterfølgende SKS-diagnosekodes registreringsmæssige betydning Bemærkning: Diagnosearten vil normalt først blive endeligt fastlagt ved kontaktens færdigregistrering

henvisningsdiagnose	diagnose, der angives af henvisende instans som årsag til henvisning Bemærkning: Registreres med diagnosearten (H)
indikation	vurderingsresultat vedr helbredstilstand der benyttes som begrundelse for en intervention

15.8 Procedureregistrering

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
akut procedure	procedure, der er gennemført uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner Bemærkning: Procedurer udført akut kan registreres med tillægskoden (+)ATA1 akut
aflyst procedure	procedure, som ikke gennemføres på det tidspunkt, der er meddelt patienten Bemærkning: Patienten er skriftligt eller mundtligt meddelt det oprindeligt planlagte tidspunkt
assistance	procedure, hvor producenten er forskellig fra stamafdelingen Bemærkning: Der skelnes på sygehus- afdelingsklassifikationens 6-karakters afdelingsniveau. Der kan indberettes assistancer i henvisningsperioden
behandling	intervention, hvor sundhedsformål er at påvirke en patients helbredstilstand Bemærkning: Behandlingsprocedurer foretaget af klinisk personale. Klassificeres efter gældende "Behandlings- og Plejeklassifikation", operationer dog efter gældende "Klassifikation af operationer". Der vil ved en række procedurer ofte samtidig ske "behandling" og "profylakse". Man vil i disse tilfælde tale om blot "behandling" eller "behandling og profylakse". Rent profylaktiske handlinger bør betegnes "profylakse" eller "forebyggelse"
deloperation	operation, der indgår som en del af et kirurgisk indgreb uden at være 'vigtigste operation' Bemærkning: Indberettes med procedurearten 'D'
kirurgisk indgreb (indgreb)	en eller flere operationer udført i samme seance Bemærkning: De operationer (operationskoder), der indgår i et kirurgisk indgreb, vil typisk være udført under samme anæstesi. Der skal foretages en klinisk vægtning af indgrebets operationer, se procedureart
klinisk kontrol (kontrolundersøgelse) (kontrol)	kontrol af patientens tilstand eller af en tidligere iværksat behandling Bemærkning: Kontrol foretaget af klinisk personale
operation (operationskode)	procedure klassificeret i gældende operationsklassifikation Bemærkning: En operation omfatter kun en operationskode, der klassificeres efter gældende "Klassifikation af operationer". I SKS-format (til indberetning) har disse koder et foranstillet 'K'. Flere operationer kan indgå i et kirurgisk indgreb
planlagt procedure (elektiv procedure)	procedure, der ønskes gennemført under iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner
pleje	procedure med plejemæssigt sigte Bemærkning: Plejehandling foretaget af klinisk personale. Klassificeres efter gældende "Behandlings- og Plejeklassifikation"

primære operation	den vigtigste operation i et kirurgisk indgreb Bemærkning: Der skal udpeges en "vigtigste operation" pr. indgreb. Denne indberettes med procedurearten 'P'
procedure (intervention) (handling) (ydelse)	handling, der kan udføres på eller gives til en person med kontakt til sygehusvæsenet Bemærkning: Procedurer omfatter undersøgelse, behandling pleje, forebyggelse og rådgivning. Klassificeres efter SKS-procedureklassifikationer
procedureart (operationsart)	angivelse af den efterfølgende SKS-procedurekodes registreringsmæssige betydning Bemærkning: Omfatter "primære operation" og "deloperation". Disse anvendes i registreringen af kirurgisk indgreb. Andre procedurer indberettes med procedurearten "blank"
proceduredato	dato for udførelse af procedure Bemærkning: Generelt registreres starttidspunktet
procedurekode	klassificeret betegnelse for en procedure, der er optaget i gældende SKS-procedureklassifikation Bemærkning: Registreres med SKS-kode og specificeres evt med til-lægskode. Operationskoder indberettes med angivelse af procedureart
procedureminut	angivelse af minut for en procedures udførelse Bemærkning: Generelt registreres starttidspunktet
proceduretime	angivelse af time for en procedures udførelse Bemærkning: Generelt registreres starttidspunktet
producent	det afsnit, der har udført en procedure Bemærkning: Registreres på sygehus-afdelingsklassifikationens 7-karakterers afsnitsniveau
profylakse	procedure med forebyggende sigte Bemærkning: Forebyggende handling foretaget af klinisk personale
rekvirent	det afsnit, der har bestilt en procedure Bemærkning: Registreres på sygehus-afdelingsklassifikationens 7-karakterers afsnitsniveau
reoperation	operation foretaget pga en postoperativ komplikation inden for en måned efter den første operation Bemærkning: Omfatter ikke operationer, der udføres, fordi den første operation (indgreb) ikke er lykkedes Ekskluderer "sekundær operation"
sekundær operation (sekundært indgreb)	opfølgende operation Bemærkning: Omfatter indgreb, der indgår i serielle behandlingsprogrammer, inkl korrektioner efter tidligere foretaget indgreb, fx ved behandling af misdannelser eller ved plastikkirurgiske behandlingsserier. Indgreb, hvor der tidligere har været foretaget indgreb, uden at dette kan betegnes som en komplikation til behandling. Der findes på en række områder operationskoder for "sekundære operationer", fx udskiftning af en tidligere indsat hofteledsprotese
telemedicin	digitalt understøttede sundhedsfaglige ydelser over afstand

undersøgelse	intervention hvor sundhedsformål er at belyse en patients helbredstilstand Bemærkning: Diagnostiske procedurer foretaget af klinisk personale, udført med eller uden anvendelse af instrument/apparatur. Klassificeres efter gældende SKS-klassifikation. Profylaktiske handlinger bør betegnes "profylakse" eller "forebyggelse"
ydelse	procedure, der er udført

15.9 Komplikationsregistrering

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
komplikation til procedure (komplikation)	tilstand som er en utilsigtet følge af en procedure Bemærkning: Omfatter utilsigtet følge af en procedure, uanset om denne har været gennemført korrekt eller mangelfuldt, om der har været svigt af anvendt apparatur, eller om komplikationen må tilskrives patientens tilstand eller andre forhold i øvrigt.

15.10 Psykiatri

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
familieterapi	samtaleterapeutisk behandlingsmetode udført overfor familie af certificeret læge eller psykolog eller læge eller psykolog under uddannelse med henblik på certificering
individuel psykoterapi	samtaleterapeutisk behandlingsmetode udført overfor enkelt person af certificeret læge eller psykolog, eller læge eller psykolog under uddannelse med henblik på certificering
længerevarende patientfravær	periode i en indlæggelseskontakt, hvor en patient har tilladelse til at forlade sygehuset op til 30 døgn Bemærkning: Gælder kun for psykiatrisk indlagte patienter. Patienten disponerer over en sengeplads efter behov. Må ikke forveksles med orlov som er op til 3 døgn. Længerevarende fravær skal ikke indberettes
parterapi	samtaleterapeutisk behandlingsmetode udført overfor par af certificeret læge eller psykolog eller læge eller psykolog under uddannelse med henblik på certificering
patientfravær uden aftale	periode i en indlæggelseskontakt, hvor en patient forlader sygehuset uden at der foreligger en aftale Bemærkning: Gælder kun for retspsykiatriske indlæggelseskontakter. Med ordet retspsykiatri menes den form for psykiatri, der udøves på et retsligt grundlag enten ved undersøgelse eller ved behandling. Patienten disponerer over en sengeplads ved genindbringelse. Patientfravær uden aftale skal ikke indberettes
psykiatrisk dagbehandling	ophold på ambulant dagafsnit med deltagelse af personale tilknyttet dagafsnittet Bemærkning: 'Dagbehandling' registreres uanset varigheden af opholdet

psykoedukation i gruppe	undervisning af personer med sindslidelse og/eller deres pårørende med det formål at formidle viden om de pågældendes psykiske lidelse, behandling og om andre tiltag, som indgår i behandlingen og støtten til de pågældende, fx sociale tiltag
psykologisk undersøgelse	en psykologisk undersøgelse er en metode til belysning af intellektuelle, abstrakte og praktiske kompetencer, personlighedstræk, karakter og evt psykopatologi Bemærkning: Den afdækker såvel den kognitive som den personlighedsmæssige struktur hos et menneske
startvilkår	angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk kontakt
ydelse uden besøg	Bemærkning: Denne betegnelse anvendes om ambulante ydelser, der ikke indgår i ambulant besøg, i hjemmebesøg og udebesøg. Visse "ydelser uden besøg" skal obligatorisk indberettes

15.11 Graviditet mv

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
abort	abort af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger ($\leq 21+6$) Bemærkning: Omfatter spontan og provokeret abort før 22 svangerskabsuger
dødfødsel	fødsel af barn uden livstegn efter 22 svangerskabsuger ($\geq 22+0$) Bemærkning: Dette gælder uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven. Dødfødsler indberettes til LPR via moderens fødselsoplysninger og desuden via særlig papirblanket. Der skal i disse tilfælde ikke indberettes en kontakt på barnet, men der skal foretages ligsyn og udstedes dødsattest.
flernummer	angivelse af barnets nummer indenfor aktuelle graviditet
fødsel	Bemærkning: (mor) se fødselstidspunkt Fødslen som periode fra aktiv fødsel til barnet er helt ude (fødselstidspunkt) indgår ikke i registreringens definitioner. En graviditet kan omfatte flere fødsler, idet graviditeten kan fortsætte efter fx planlagt kejsersnit af et foster
fødselstidspunkt	tidspunkt, hvor barnet er helt ude af moderen Bemærkning: Fødselstidspunktet bestemmer fødested, dvs typen af fødsel (sygehus/hjemme/"på vej") ud fra en registreringsmæssig betragtning
"fødsel på vej"	fødsel, hvor barnet fødes udenfor hjem og sygehus Bemærkning: Registreres på sygehuset som "fødsel på vej"
hjemmefødsel	fødsel, hvor barnet fødes i hjemmet Bemærkning: Fødsel, der er startet i hjemmet, men hvor barnet ikke er født i hjemmet, betragtes ikke som hjemmefødsel
inkomplet hjemmefødsel	fødsel, hvor fødslen er startet i hjemmet eller på vej til sygehuset, hvor fødslen afsluttes på sygehus Bemærkning: Fødslen er først komplet, når moderkagen (placenta) er kvitteret. Medregnes til sygehusfødsler

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
komplet hjemmefødsel	fødsel, hvor såvel barnet som moderkagen er født i hjemmet Bemærkning: Medregnes ikke til sygehusfødsler
levendefødt barn	barn, der efter fødsel/fremhjælpning viser livstegn Bemærkning: Dette gælder uanset svangerskabslængde og uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven
paritet	antallet af gennemførte graviditeter inkl dødfødsler Bemærkning: Ved flere fødsler indenfor samme graviditet er pariteten for alle fødsler den samme - pariteten ved afslutning af den aktuelle graviditet
placentavægt	Bemærkning: Ved flerfoldfødsel registreres hver placenta for sig. Ved sammenhængende placenta registreres den totale vægt på hvert barn
provokeret abort	provokeret abort af et foster uden livstegn før udgangen af 22. svangerskabsuge
spontan abort	spontan abort af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger Bemærkning: Efter 22 uger anvendes betegnelsen "spontan fødsel af dødt barn"
sygehusfødsel	fødsel, hvor barnet fødes på sygehus

15.12 Kræft

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og (bemærkninger)
anatomisk lokalisation	angivelse af tumors anatomiske lokalisation
anmeldelsespligtig sygdom (til Cancerregisteret)	sygdom, hvor der gælder særlige krav om indberetning til Cancerregisteret
anmeldelsesstatus	angivelse af en anmeldelsespligtig sygdoms status i forhold til anmeldelse til Cancerregisteret Bemærkning: Registreres som tillægskode til den anmeldelsespligtige diagnose
diagnosegrundlag	angivelse af undersøgelser der ligger til grund for diagnosen
recidiv (sygdomsrecidiv)	tilbagefald af sygdom efter periode med komplet eller partiel remission Bemærkning: Den generelle betydning dækker enhver klinisk genkomst af en sygdom efter en periode uden klinisk erkendelig sygdomsaktivitet. For neoplastiske sygdomme inkluderer dette lokalt recidiv og fund af metastase efter sygdomsfri periode
stadie	den anmeldelsespligtige sygdoms udbredelse Bemærkning: Registreres ved kontaktens start eller snarest derefter, dog senest 4 måneder efter kontaktens start

15.13 Skaderegistrering

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
aktivitet	aktivitet, som den skaderamte var i gang med på hændelsestidspunktet
branche	skaderamtes arbejdsgivers brancheområde Bemærkning: Anvendes ved arbejdsulykker
hændelse	begivenhed der ikke er hensigtsstyret
produkt ved hændelse	involveret produkt i hændelse
produkt ved skademekanisme	involveret produkt i skademekanisme
selvmordshandling (selvskadehandling)	hændelse i form af tilsigtet handling, der med fortsæt fører til skade på egen person Bemærkning: Se dog afgrænsning af selvmordsforsøg i Kap 7
skademekanisme	direkte skadevoldende effekt på den skaderamte
skadested	sted, hvor skaderamte befandt sig på tidspunkt for skadens opståen
sportsaktivitet	Bemærkning: Kan anvendes til yderligere specificering af skaderamtes sportsaktivitet på ulykkestidspunktet eller tidspunktet for voldshandling
trafikanontrolle for tilskadekomne	skaderamtes trafikanontrolle på ulykkestidspunktet Bemærkning: Fx fodgænger, buspassager
transportform for modpart	modpartens transportform på ulykkestidspunktet
transportform for tilskadekomne	skaderamtes transportform på ulykkestidspunktet
transportmiddel	transportmiddel involveret i ulykkeshændelse
uheldssituation	Bemærkning: Specificerer omstændighederne ved en køretøjsulykke fx eneuheld, modpart i modsat færdselsretning
voldshandling	hændelse i form af tilsigtet handling, der med fortsæt fører til skade på anden person

15.14 Genoptræning

Pr. 1. januar 2015 træder en ny bekendtgørelse (BEK nr. 1088) med tilhørende bilag og vejledning (VEJ nr. 9759) i kraft. Dette indeholder bla (Bilag 1 til bekendtgørelsen) nye "Niveauer af genoptræning og rehabilitering".

Der henvises til nærmere beskrivelse af de nye kategorier for genoptræning hhv rehabilitering i disse referencer.

Sygehusene skal udfylde genoptræningsplaner i forhold til disse kategorier. Se vejledning i afs 10.6

Stikordsregister

A

abort	98;108;157
abortprocedure	103;108;110;112
absenteringer i retspsykiatrien	62
administrative begreber	146
administrative markører for start og slut af genoptræning	81
administrative ydelser	88
adresseafsnit	28
afbud	22
aflastning før fødsel	103
aflyste besøg	34
afslutning af patientkontakt	146
afslutningsmåde	18;23;26;32;40;62;64;146
aktionsdiagnose	13;14;36;67;68;153
aktionsdiagnose ved genoptræning	82
aktionsdiagnosen	14
aktiv ventetid	25;149
aktivitet	49;52;53
akut	27
akut ambulant patientkontakt	41;59
akut kontakt	146
akut modtageafsnit	145
akut patient	146
akut patientkontakt	41
akut-modtagelser	41
akutte specialafsnit	41
almen genoptræning	81
ambulant besøg	33;41;64;151
ambulant kontakter	152
ambulant udredningskontakt	21
ambulant ydelse	33;88
ambulante kontakter	13
ambulante patienter	33;152
ambulante psykiatriske patientkontakter	63
ambulatorieafsnit	145
anamnese	72
anatomiklassifikation	139
anmeldelse af dødfødsel	103
anmeldelse af hjemmefødsel	104
anmeldelse til Fødselsregisteret	103
anmeldelsespligtig sygdom	115;118;123;129;141
anmeldelsespligtige diagnoser	118
anmeldelsesstatus	125;126;127;129;130;158
Ann Arbor klassifikationen	137
anvendelse af kontrast	85
apgarscore	106
arbejdsgange	14
arbejdsulykke	49
assistance	14;16;21;24;28;34;77;78;84;85;154
ATC-kode	56;57;70;73;87;91

B

barn med livstegn	108;110;111;112
barnets fødselskontakt	102;106;107
barselsophold	97;103;108
behandling	24;77
behandlingskontakt	36
behandlingsmodning	23
behandlingsperiode	36
beslutningstidspunkt	15;149

besøgsdato	37;39;41;64;65;84;88;152
besøgsindberetning	88
betænkningstid	23
bevidstløs patient	46
bidagnose	14;67;69;153
bidagnoser	14
bilateral	79
bivirkninger	56;95
bogens opbygning	9
bopælskommune	31;38

C

Cancerregisteret	115;121
CRC (kolorektal-kræft)	3
cTNM	134

D

dagbehandling, psykiatrisk	65
DAGS-gruppering	78;86
definition af selvmordsforsøg	55
definitioner	145
deloperation	77;79
diagnoseart	67;68;153
diagnosegrundlag	118;129;133;137;138
diagnosekode	153
diagnoser (ambulante kontakter)	35
diagnoseregistrering	67;153
DRG-gruppering	71;78;86
drukning	51
dyrebid	51
død	18;32;40;42;146
dødfødsel	97;98;103;109;157
dødfødt barn	112
dødsattest	97

E

ECT	59
efterambulant kontakt	36
eksplosion	51
elektroshockbehandling	59
e-mailkonsultation	149
endelig behandling	15;16;20;149
erfarede ventetider	20
ergoterapeuter	35
ergoterapibehandling	80

F

fald	51
flerfoldsfødsel	107
flernummer	97
forbrænding	51
forfrysning	51
forgiftning	56
forgiftninger	51
forgiftninger med psykoaktive stoffer	57
forgiftningskoder	56
foster uden livstegn	108
fosterpræsentation	106
fravær	62

fravær uden aftale	62
fremmedlegeme	51
fuld anmeldelse til Cancerregisteret	129
fysio- og ergoterapeuter	80
fysio- og ergoterapeutiske ydelser	62;80
fysio- og ergoterapeutiske procedurekoder	81
fysioterapeuter	35
fysioterapibehandling	80
Fællesindholdet	9;10
færdigbehandlet patient	28;147
fødsel	97;102;157
fødsel efter abortprocedure	110
fødsel på vej	97;157
fødsel på vej til sygehus	104
fødselsanmeldelse	98;103;104;108;109;110;111
fødselsdiagnose	98
fødselskomplikationer	107
fødselskontakt	24;97
fødselsoplysninger	102
fødselstidspunkt	97;104;157
følgetilstand	72
første fremmøde	150

G

genoptræning	3;36;159
genoptræning og rehabilitering	81
genoptræning på specialiseret niveau	81
genoptræningsplan	81;159
graviditet	24;97;98;157

H

henvisende instans	150
henvisning	15;16;22;23;150
henvisning og venteperiode	15;149
henvisningsdato	15;17;22;23;150
henvisningsdiagnose	17;67;68;69;71;153
henvisningsinstans	15
henvisningsmåde	17;22;23
henvisningsperiode	15;16;21;150
henvisningsårsag	69
henvist fra sygehus-afsnit	17
henvist fra sygehus-afsnit, venteforløb	18
henvist patient	24
herfødt	17;106
hjemmebesøg	28;37;65;84;86;88;145;147
hjemmedialyse	86
hjemmefødsel	97;103;104;105;157
hjernerød	30
hospice	27
hotelpatient	28;34;147
hudkræft	116
hængning	51

I

igangsætning	97;103
ikke færdigbehandlet	29
incidenstidspunkt	115
indberetningsansvar	14
indbragt død	42
indgift af medicin	87
indgreb	79;154
indlagte patienter	27;151
indlagte psykiatriske patienter	61

indlæggelseskontakt	13;27;151
indlæggelsesmåde	27;31
indskrivningsmåde	27;31;39;147;151
infektion	94
infektioner	93
informeret samtykke	147
intervention	155
involverede produkt	52;55;56

J

jordemoderkonsultationer	99
--------------------------------	----

K

kemoterapi	141
kirurgisk abortindgreb	109
kirurgisk indgreb	77
Klassifikation af operationer	79
Klassifikation af radiologiske procedurer	85
Klassifikation af sygdomme	67;70;112
klemning	51
klinisk kontrol	73
klinisk relevante bidiagnoser	68;69
kliniske kvalitetsdatabaser	10
kliniske termer	152
kliniske ydelser	84;88
knivstik	51
kobling	35
kobling af venteforløb	18
kobling af ventetid	19
kodeart	152
kolorektal-kræft	3
kommuneadvis	18
komplicerende sygdomme	24;68
komplikation	70;79;93;133;156
konkurrerende diagnoser	67;68
kontaktens bidiagnoser	14
kontaktmodellen	13
kontaktslutsdato	147
kontaktstartdato	148
kontaktårsag	27;31;39;41;45;47;53;64;95;148
kontrol	35;36;73;127;128;152;154
kontroldiagnose	36;69;121
kontrolpatient	16;23;36
kontrolundersøgelse	73;128;154
kræftbehandling	88
kræftforløb	121
kræftsygdom	158
kvalificering af kontaktens diagnoser	14
kvælning	51

L

leukæmier	116
levendefødt barn	97;98;112;158
lille flytning	151
livstegn	98
lokalisering	126;139
lokalrecidiv	117;125
lymfomer	116;139
lægemiddelbivirkning	47;73
lægemiddelforgiftning	56
lægemiddelklassifikation	70
længerevarende patientfravær	62;156

M

maligne melanomer	116
medfødte misdannelser og kromosomanomalier	112
medicingivning	87
medicinindgift	87
medicinsk abort	109
medicinsk antihormonel behandling	141
medicinsk behandling	87
medicinudlevering	87
medikamentel behandling	86
menneskebid	51
metastase i leveren	127
metastase i lungen	127
metastaser	115;117;124;125;126;137
metastasering	120;125
mikroskopisk udseende	139
misbrugsdiagnoser	58;73
misdannelser	105;106;112
misdannet foster	112
mistanke om forgiftning	56
mistanke om skade	74
mistanke om sygdom	35;69;71;75;123
moderens fødselskontakt	102;105
multipl kræft	117
multiple (skader)(frakturer)(sår)(læsioner)	74
multiple sygdomme	68
multiple årsager til akut patientkontakt	42

N

neonatal hørescreening	3;82
Niveauer af genoptræning og rehabilitering	159
NOMESKO	79
non-melanom hudkræft	116
normeret sengeplads	27;145
nosokomial infektion	93
ny anmeldelsespligtig sygdom til Cancerregisteret	119
nyfødte	17;41
nyt incident tilfælde	126

O

obligatorisk indberetningskrav for procedurer	77
obs. pro	35;69;71;75;123
obs. pro, kræftsygdom	116
omvisitering	16;22;150
onkologisk afdeling er primært diagnostiserende	132
onkologiske afdelinger	118;131
operationer	42;77
operationsart	79;155
operationskode	154
operationsregistrering	77;79
organisatoriske begreber	145
orlov	27;151
overdosering	56

P

pakkeforløb på hjerteområdet	143
pakkeforløb på kræftområdet	143
paritet	97;105;107;158
patientens ønske	16
patientfravær uden aftale	156
patienthotel	28
patientkontakt	13;148

patientorlov	27
patientpåørende	148
patientregistrering	10
patienttype	30;33;38;148
patologisvar	121
personalekategori	88
personnummer	30;38
placentavægt	97;106
planlagt	27
planlagt ambulant patientkontakt	41
planlagt kontakt	15;17;148
postoperative komplikationer	93
primær kræftsygdom	116
primær operation	77;79
primærkode	70
primærtumor	126
private sygehuse og klinikker	9
procedure	77
procedureart	77;79;155
procedurekode	77;78
procedurer	77
procedureregistrering	77;154
producent	77;155
provokeret abort	108;109;158
præhospital	41;46
psykiatri	3;156
psykiatrisk aktionsdiagnose	59;60;64
psykiatrisk dagbehandling	65;156
psykiatriske patienter	59
pTNM	134
puerperal sepsis	93
påørende	148

R

radiologisk undersøgelse (DZ016)	85
radiologiske afdelinger	118
radiologiske procedurer	42;84
rask ledsager	27;59
rask nyfødt som ledsager	108
raske nyfødte	108
recidiv	36;125;126
regionale lymfeknudemetastaser	136
rehabilitering	3
rehabilitering på specialiseret niveau	81
rekvirent	77
relevante bidiagnoser	14
reoperation	77;79
resultat af hørescreening	82
retslige forhold	61
retspsykiatriske patienter	62
røgforgiftning	51
rømning	62

S

samtykke	148;149
screening	75;82
screening for medfødt høretab	82
seksuelt overgreb	46
sektionsfund	123
sekundær operation	77;79
sekundært indgreb	155
selvmord	55
selvmord/selvmordsforsøg	61
selvmordsforsøg	46;47;55

selvmutilation.....	46
selvskadehandling.....	159
selvtilføjet skade.....	61
sene svangerskabsafbrydelser.....	111
senfølge.....	46
sengeafsnit.....	146
serviceafsnit.....	146
sideangivelse.....	85;118;138
skadediagnose.....	74
skademekanisme.....	49;51;159
skaderegistrering.....	42;57;159
skaderegistrering (komplet) foretaget på tidligere kontakt.....	46
skaderegistrering foretages på efterfølgende patientkontakt.....	46
skadested.....	49;53;159
SKS-Browser.....	11;14;67;78;79;123;139
SKS-format.....	67;79
SKS-hovedgruppe.....	78
SKS-kode.....	152
SKS-koder.....	14
slutdato.....	147
slut-kode for genoptræningsperiode.....	82
slutregistrering.....	13
SMS-konsultation.....	149
snit.....	51
solforbrænding.....	51
spontan abort.....	103;108;109;112;158
spontan fødsel.....	112
stadie.....	118;133;158
stamafdeling.....	146
stamafsnit.....	13;14;34;146
stamkontakt.....	78
startdato.....	148
start-kode for genoptræningsperiode.....	82
startvilkår.....	61;63;157
stationær patient.....	151
stedfæstelse.....	53;56
stor flytning.....	151
strålebehandling.....	141
sundhedsfaglige aktiviteter.....	78;88
sundhedsfagligt personale.....	28;35;37;65;84;89;149
svangerskabsafbrydelse.....	108
svangerskabslængde.....	105;109;113
svangrekonsultation ved obstetiker.....	102
svangrekontrol.....	24
svangrekontroller.....	98
sygdom.....	45;47
sygdomsrecidiv.....	158
sygehusfødsel.....	97
sårinfektioner.....	93

T

takstgivende ydelser.....	78
telefonkonsultation.....	90;102;149
telemedicinske ydelser.....	89
terminale patienter.....	29
tilgrundliggende sygdom.....	68;69
tillægskode.....	67;70;77;82;83;153
tillægskoder.....	90;91
tilskadekomst.....	45

TNM-klassificering.....	134
TNM-stadie.....	129
tobaksforbrug.....	105
transportform.....	159
transportform for modpart.....	49;54
transportform for tilskadekomne.....	49
transportulykke.....	49;53
tumorer af usikker og ukendt karakter.....	119;124
tumors udbredelse.....	133

U

udebesøg.....	28;37;65;84;88;149
udeblivelse.....	62
udlandet.....	17
udlevering af medicin.....	87
udredning.....	15;16;17;18;20;21;22;23;24;29;150
udredningskontakt.....	35
udredningsperiode.....	15;16
Udredningsretten.....	3;22;59
udvidet fritvalgsordning.....	150
ultralydsundersøgelser i graviditet.....	98;101;102
ulykke.....	45;47;49;52;53
under behandling.....	25
undersøgelse.....	77
undvigelse.....	62
urinvejsinfektioner.....	93
utilsigtet overskrivning i det patientadministrative system.....	35;123

V

vejledning for specialer og fagområder.....	80
venteforløb.....	15;16;19;20;21;23
ventepatient.....	150
venteperiode.....	15;16;19;23;24;150
ventestatus.....	15;16;22;23;24;150
ventetid.....	15;19;20;149
videokonsultation.....	149
visitationspatienter.....	41
visitering.....	15
VisualDRG.....	78;86
vold.....	52
vold på arbejdet.....	55
voldshandling.....	46;47;54
voldshændelse.....	61
værdisæt.....	14

X

X- og Y-koordinater.....	53
--------------------------	----

Y

ydelser.....	155
ydelser uden besøg.....	66;157
ydelser af administrativ karakter.....	88
ydelser givet til nyfødt barn.....	102
ydelser i henvisningsperiode.....	21
ydre årsager til skade.....	41;45;48;54;56;64;69

Statens Serum Institut
Artillerivej 5
2300 København S
Danmark

T 3268 3268
F 3268 3868
@ serum@ssi.dk
w ssi.dk

FÆLLESINDHOLD for basisregistrering af sygehuspatienter

Dette er 24. udgave af fællesindholdet. Denne udgave er baseret på de tidligere med nogle udvidelser og ændringer.

Kravene til indberetning til Landspatientregisteret i 2015 er vedtaget af Koordinationsgruppen for individbaseret registrering.

Fællesindholdet for basisregistrering af sygehuspatienter træder i kraft den 1. januar 2015

www.ssi.dk

Statens Serum Institut
Patientregistrering@ssi.dk