The logo for Sundhedsstyrelsen (The Danish Health Authority) is displayed in white text on a black rectangular background. It features a small crown icon above the word "Sundhedsstyrelsen".

FÆLLESINDHOLD 2012

Indhold

Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter

Ændringer til indberetning for 2012

1 Indledning

1.1 Private sygehuse og klinikers indberetning til Landspatientregisteret

1.2 Fællesindholdet

1.3 Formål med indberetningen

2 Kontaktmodellen

2.1 Værdisæt

2.2 Arbejdsgange

3 Henvisnings- og venteperioder

3.1 Ventestatus

3.2 Vejledning til registrering

3.2.1 Henvisnings- og afslutningsmåde

3.3 Kobling af ventetid

3.3.1. Kobling af kontakter til venteforløb

3.3.2 Eksempler på kobling af kontakter

3.4 Beregning af ventetider

3.5 Afslutning af ambulant udredningskontakt

3.6 Ydelser i henvisningsperioden

3.7 Patienten melder afbud

3.8 Omvisitering

3.9 Ændring af stamafsnit efter start af udredning

3.10 Behandlingsmodning og betænkningstid

3.11 Kontrolpatienter

3.12 Gravide og fødende

3.13 Ventetid på grund af andet afsnit

3.14 Nødvendig udredning/behandling for en anden tilstand

3.15 Ventende på grund af manglende oplysninger

3.16 Ikke ventende, under behandling

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

4 Indlagte patienter

4.1 Assistancer

4.2 Indlagt patient på patienthotel

4.3 Færdigbehandlet patient

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

4.5 Afslutning af indlæggelseskontakt

5 Ambulante patienter

5.1 Hotelpatient

5.2 Sundhedsfagligt uddannet personale

5.3 Afgrænsning af ambulant kontakt

5.4 Kontrolpatient

5.5 Væsentlig ændring af aktionsdiagnosen

5.6 Recidiv af sygdom

5.7 Genoptræning

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

5.9 Afslutning af ambulant kontakt

6 Skadestuepatienter

6.1 Oplysninger om skadestuepatienter, der medtages ved indberetning til LPR

6.2 Udlevering af medicin, receptfornyelse m.m.

6.3 "Indbragte døde"

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

7 Psykiatri

7.1 Diagnoseregistrering

7.2 Elektroshockbehandling

7.3 Retslige forhold

7.4 Selvmord, selvmordsforsøg og voldshændelse under igangværende psykiatrisk kontakt

7.5 Indlagt psykiatrisk patient

7.5.1 Fravær

7.6 Ambulant psykiatrisk patient

7.7 Ambulante psykiatriske ydelser

7.7.1 Tidsforbrug

7.7.2 Ambulante besøg

7.7.3 Dagbehandling

7.7.4 Hjemmebesøg og udebesøg

7.7.5 Ambulante ydelser uden besøg

7.7.6 Aflyste besøg

7.7.7 Børne- og ungdomspsykiatriske ydelser

7.8 Psykiatrisk skadestuepatient

7.8.1 Udlevering af medicin, receptfornyelse m.m.

8 Skaderegistrering

8.1 Skadesindberetning til LPR

8.2 Registrering af ydre årsag til skade

8.2.1 Sammenhængen mellem skadehændelsen, skademekanismen og skaden

8.2.2 Skadehændelse

8.2.3 Skadested

8.2.4 Stedfæstelse

8.2.5 Skademekanisme

8.2.6 Aktivitet

8.2.7 Transport- og køretøjsulykker

8.3 Indberetning af selvmordsforsøg

8.3.1 Registrering af selvmordsforsøg

8.4 Forgiftninger

8.4.1 Klassificering

8.4.2 Forgiftning som årsag til patientkontakt

8.4.3 Supplerende kodning

8.4.4 Lægemiddelforgiftninger

8.4.5 Forgiftninger med psykoaktive stoffer

9 Registrering af diagnoser

9.1 Generelle registreringsprincipper

9.2 Diagnosearter

9.2.1 Aktionsdiagnose

9.2.2 Relevante bidiagnoser

9.2.3 Henvisningsdiagnose

9.2.4 Midlertidige diagnoser

9.2.5 Komplikationer til undersøgelse og behandling

9.2.5.1 Kodeart "C" (komplikation)

9.3 Tillægskodning

9.4 Særlige regler vedrørende diagnoseregistrering

9.5 Særlige kode- og registreringsprincipper

9.5.1 "Obs. pro"- diagnoser

9.5.1.1 Afkræftet obs. pro

9.5.2 "Anamnese med..."

9.5.3 Diagnosekodning ved kontrol

9.5.4 Registrering ved misbrug

9.5.5 Lægemiddelbivirkninger

9.5.6 Screeninger

9.5.7 Registrering af hjernedød

10 Registrering af procedurer

- 10.1 SKS-hovedgrupper
 - 10.1.1 Behandlings- og Plejeklassifikation
 - 10.1.2 Indberetningsstruktur
 - 10.1.3 Assistancer
- 10.2 Operationsregistrering
 - 10.2.1 Anvendelse af operationsart
 - 10.2.2 Reoperationer
 - 10.2.3 Sekundære operationer
 - 10.2.4 Mulig tillægskodning i forbindelse med kirurgisk indgreb
- 10.3 Indberetning af fysio- og ergoterapeutiske ydelser
- 10.4 Genoptræning
 - 10.4.1 Genoptræning efter Sundhedslovens § 140
 - 10.4.2 Krav til registrering af genoptræning på sygehus
 - 10.4.3 Genoptræningsplaner
 - 10.4.4 Afgrænsning af perioder med specialiseret og almindelig ambulant genoptræning efter Sundhedslovens § 140
 - 10.4.5 Specialiseret ambulant genoptræning
 - 10.4.6 Almindelig ambulant genoptræning
 - 10.4.7 Diagnoseregistrering ved genoptræning
- 10.5 ICF funktionsevnevurdering
- 10.6 Neonatal hørescreening
 - 10.6.1 Diagnoseregistrering
 - 10.6.2 Procedureregistrering
 - 10.6.3 Resultater
- 10.7 Hjemmebesøg
- 10.8 Udebesøg
- 10.9 Registrering af andre procedurer
 - 10.9.1 Radiologiske Ydelser
 - 10.9.2 Andre ydelser
 - 10.9.3 Hjemmedialyse
 - 10.9.4 Medikamentel behandling
 - 10.9.5 Behandling ved cancersygdomme
- 10.10 Ambulante ydelser
- 10.11 Telemedicinske ydelser
 - 10.11.1 Telefonkonsultation
- 10.12 Tillægskodning
- 11 Komplikationer til undersøgelse og behandling

- 11.1 Klassificeringsprincipper (WHO)
- 11.2 Særlig fokus på tidlige postoperative komplikationer
 - 11.2.1 Udvalgte definitioner
 - 11.2.2 Komplikation som årsag til patientkontakt
- 12 Svangerskab, fødsler, aborter og misdannelser
 - 12.1 Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv. og konsekvenser heraf
 - 12.2 Svangerskab
 - 12.2.1 Registrering ved svangrekontroller
 - 12.2.1.1 Procedurekoder ved svangrekontrol
 - 12.2.1.2 Ydelser givet til barnet
 - 12.2.1.3 Besøg i svangerskabet ved obstetrikere
 - 12.2.1.4 Ultralydsskanning og misdannelser
 - 12.3 Indberetning af fødselsoplysninger
 - 12.3.1 Fødselsanmeldelser
 - 12.3.2 Dødfødsel
 - 12.3.3 Fødsler der indberettes fra sygehus
 - 12.3.4 Fødsel på vej til sygehus
 - 12.3.5 Hjemmefødsel
 - 12.3.6 Fødselsforløb over to sygehuskontakter
 - 12.3.7 Obligatoriske fødselsoplysninger, moderens kontakt
 - 12.3.8 Obligatoriske fødselsoplysninger, barnets kontakt
 - 12.4 Aborter
 - 12.4.1 Spontan abort
 - 12.4.2 Provokeret abort
 - 12.4.3 Abortprocedure, der resulterer i barn med livstegn
 - 12.4.4 Svangerskabsafbrydelse efter fulde 22 svangerskabsuger
 - 12.4.5 Tidlig spontan fødsel
 - 12.5 Misdannelser
 - 12.6 Angivelse af svangerskabslængde
- 13 Anmeldelse til Cancerregisteret
 - 13.1 Klassifikationsprincipper (WHO)
 - 13.1.1 Kodning af primær kræft
 - 13.1.2 Kodning ved metastaser
 - 13.1.3 Kodning ved lokalrecidiv
 - 13.1.4 Flere Kræftsygdomme (multipel kræft)
 - 13.2 Anmeldelsespligtig sygdom
 - 13.2.1 Anmeldelsespligtige diagnoser

- 13.2.1.1 Kræftsygdom i parrede organer
- 13.2.2 Registrering og indberetning af anmeldelsespligtig sygdom
 - 13.2.2.1 Sygdom og kontrol på særskilte kontakter
 - 13.2.2.2 Opkvalificering af kontaktens diagnoser og tillægskoder ved slutregistrering
 - 13.2.2.3 Uventet sektionsfund
 - 13.2.2.4 Utilsigtet overskrivning i det patientadministrative system
- 13.2.3 Kodning under udredning for anmeldelsespligtig sygdom
- 13.2.4 Udvikling i en anmeldelsespligtig sygdom
 - 13.2.4.1 Recidiv (metastase)
 - 13.2.4.2 Metastaser
- 13.2.5 Kontakter, der ikke omfatter diagnostik, behandling eller kontrol
- 13.2.6 Kontrol
- 13.3 Indberetning af anmeldelsesstatus ved anmeldelsespligtige sygdomme
 - 13.3.1 Fuld anmeldelse
 - 13.3.2 Beskrivelse af de enkelte anmeldelsesstatus
 - 13.3.3 Validering af statuskode for afsluttede patienter
 - 13.3.3.1 Ikke afsluttede ambulante kontakter
 - 13.3.4 Komplikationer eller hændelser, der relaterer sig til en anmeldelsespligtig sygdom
- 13.4 Yderligere registreringer ved anmeldelse af ny sygdom - status AZCA1
 - 13.4.1 Stadium
 - 13.4.1.1 TNM klassificering
 - 13.4.1.2 Ann Arbor lymfom klassifikation
 - 13.4.2 Diagnosegrundlag
 - 13.4.3 Sideangivelse
 - 13.4.4 Anatomisk lokalisation
- 13.5 Eksempler på fuld anmeldelse
- 13.6 Revision af tidligere anmeldt diagnose
- 13.7 Procedureregistrering ved anmeldelsespligtig sygdom
- 14 Pakkeforløb
 - 14.1 Administrative pakkeforløbskoder
 - 14.1.1 Pakkeforløb for kræftområdet, organspecifik kræft
 - 14.1.2 Pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype
 - 14.1.3 Diagnostisk pakkeforløb for alvorlig sygdom
 - 14.1.4 Pakkeforløb på hjerteområdet
- 15 Data til brug for kvalitetsmåling
- 16 Definitioner og beskrivelser til patientregistrering
 - 16.1 Organisatoriske begreber

- 16.2 Administrative begreber
- 16.3 Henviſning og venteperiode
- 16.4 Indlæggelseskontakter
- 16.5 Ambulante kontakter
- 16.6 Skadestuekontakter
- 16.7 Kliniske termer
- 16.8 Diagnoseregistrering
- 16.9 Procedureregistrering
- 16.10 Komplikationsregistrering
- 16.11 Psykiatri
- 16.12 Graviditet mv.
- 16.13 Cancer
- 16.14 Skaderegistrering
- 16.15 Genoptræning
- 17 Teknisk del
 - 17.1 Oversigt over data, der indgår i registreringen
 - 17.2 Databeskrivelser
 - 17.2.1 Sygehusnummer
 - 17.2.2 Afdelings/afsnitsnummer
 - 17.2.3 Patienttype
 - 17.2.4 Personnummer
 - 17.2.5 Startdato
 - 17.2.6 Indlæggelsestid eller Starttid for ambulant kontakt eller Tid for ankomst til skadestue
 - 17.2.7 Indlæggelsesminut eller Startminut for ambulant kontakt eller Minut for ankomst til skadestue
 - 17.2.8 Kommunenummer
 - 17.2.9 Henviſningsdato
 - 17.2.10 Indlæggelsesmåde
 - 17.2.11 Henviſningsmåde
 - 17.2.12 Slutdato
 - 17.2.13 Udskrivningstid/Tid for afslutning fra skadestue
 - 17.2.14 Afsluttet til sygehusafsnit
 - 17.2.15 Afslutningsmåde
 - 17.2.16 Kontaktårsagskode
 - 17.2.17 Kode for fritvalsordning
 - 17.2.18 Henviſende sygehusafsnit
 - 17.2.19 Diagnoseart

- 17.2.20 Diagnosekodennummer
- 17.2.21 Procedureart
- 17.2.22 Procedurekodennummer
- 17.2.23 Proceduredato
- 17.2.24 Kodennummer for producerende afsnit
- 17.2.25 Proceduretime
- 17.2.26 Procedureminut
- 17.2.27 Dato for besøg
- 17.2.28 Dato for afslået tilbud om behandling på andet sygehusafsnit
- 17.2.29 Sygehusafsnitskode for det afsnit det afslåede behandlingstilbuddet er givet til
- 17.2.30 Ventestatus
- 17.2.31 Startdato for ventestatus
- 17.2.32 Slutdato for ventestatus
- 17.2.33 Nummer ved flerfoldsfødsel
- 17.2.34 Barnets vægt
- 17.2.35 Barnets længde
- 17.2.36 Paritet
- 17.2.37 Besøg hos jordemoder
- 17.2.38 Besøg hos egen læge
- 17.2.39 Besøg hos sygehusafsnit/speciallæge
- 17.2.40 Startvilkår
- 17.2.41 Præcision af stedfæstelse
- 17.2.42 UTM-kode
- 17.2.43 X-koordinat
- 17.2.44 Y-koordinat
- 17.3 Fejlsøgning og validering
 - 17.3.1 Strukturen INDUD
 - 17.3.2 Strukturen SKSKO
 - 17.3.3 Strukturen DIAGN
 - 17.3.4 Strukturen OPERA
 - 17.3.5 Strukturen OKOMB
 - 17.3.6 Strukturen BESØG
 - 17.3.7 Strukturen PASSV
 - 17.3.8 Strukturen VENTE
 - 17.3.9 Strukturen BOBST
 - 17.3.10 Strukturen MOBST
 - 17.3.11 Strukturen PSYKI

- 17.3.12 Strukturen STEDF
- 17.3.13 Skaderegistrering
- 17.3.14 Diagnoser
- 17.3.15 Procedure
- 17.3.16 Funktionsevne
- 17.3.17 Neonatal hørescreening
- 17.3.18 Komplikationer til undersøgelse og behandling
- 17.3.19 Tillægskoder
- 17.3.20 Fødsler og aborter
- 17.3.21 Psykiatri generelt
- 17.3.22 Forgiftninger
- 17.3.23 Cancer
- 17.3.24 Lokal validering af anvendelsen af anmeldelsesstatus: AZCA1 og AZCA4
- 17.3.25 Kvalitetsindikatorer
- 17.4 Detaljeret teknisk beskrivelse
 - 17.4.1 Indberetning til LPR
 - 17.4.2 Strukturoversigt
- 17.5 Eksempler på indberetningsrecords
 - 17.5.1 Eksempel på indberetning af operationskoder som SKS-koder
 - 17.5.2 Eksempel på indberetning af en operationskontakt med skaderegistrering startet efter 31.12.2007
 - 17.5.3 Eksempel på indberetning af cancerdiagnose, aflyst operation, henvisende sygehusafsnit samt venteoplysninger
 - 17.5.4 Eksempel på indberetning af en uafsluttet ambulant kontakt med startdato efter 31.12.2004
 - 17.5.5 Sletning af kontakt
 - 17.5.6 Eksempler på indberetning af en sletterecord
- 17.6 Detaljeret indhold af struktur

Bilag

Figur 2 Kontaktmodellen

3 Begreber og definitioner

3.1 Koder for ventestatus

3.2.1 Henvisningsmåde

3.2.1 Afslutningsmåde

Figur 3.3 Afslutningsmåder ved kontaktafslutning og henvisningsmåder på ny kontakt

Figur 3.3.1 Kobling af kontakter til venteforløb

Figur 3.4 Beregning af ventetider

7.1 Tilladte aktionsdiagnoser for psykiatriske kontakter

Figur 8 Fastlæggelse af kontaktårsag

Figur 8.a Kontaktårsag og skadeindberetning opbygning

8.2 Definitioner og beskrivelse

Tabel 10 Begreber og definitioner

Tabel 10.5 Valideringskrav

Figur 10.9.4 Registrering af medikamentel behandling

12 Definitioner og beskrivelse

Figur 12.3.7 Moderens kontakt

Figur 12.3.8 Barnets kontakt

13.2.1 Anmeldelsespligtige diagnoser

13.2.1 Anmeldelsespligt i forhold til organlokalisering og tumortype

Figur 13.2.2 Registrering og indberetning af anmeldelsespligtig sygdom

Figur 13.2.2.1 Sygdom og kontrol på kontakter

Figur 13.2.2.2 Opkvalificering af kontaktens diagnoser og tillægskoder ved slutregistrering

Figur 13.2.3 Kodning under udredning for anmeldelsespligtig sygdom

Figur 13.3.1 Fuld anmeldelse

Figur 13.3.2 Oversigt over anmeldelsesstatus og tilhørende registreringskrav

13.4.1.1 Oplysninger om stadium for primærtumor (T)

13.4.1.1 Oplysninger om regionale lymfeknudemetastaser (N)

13.4.1.1 Oplysninger om fjernmetastaser (M)

Figur 17.3.24 Cancer-validering

Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter

Den årlige håndbog "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" er nu fremover udelukkende tilgængelig som webudgivelse på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Opbygningen af webudgivelse "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter"

I venstre side findes kapitlerne fra 1 til 17 samt de bilag som er anvendt i Fællesindholdet. I denne kolonne vil der på sigt også komme "Historik", dvs. når der kommer rettelser, lægges der en kopi af tidligere Fællesindhold under dette punkt.

Udskriv Fællesindholdet eller dele heraf

I højre side findes muligheder for at udskrive hele publikationen eller udvalgte afsnit.

Er det et bestemt kapitel eller afsnit der skal udskrives, trykkes på "udskriv valgte kapitler". Herefter foldes hele "træet" ud og der kan vælges kapitler og/eller afsnit. Nederst i træet findes udskriv knappen.

Det er muligt at udskrive 2 sider på én side og at printe på begge sider. Under indstillinger kan vælges:

- under Page layout vælges 2 page per sheet

- under Print style vælges 2-sided printing

Ønskes sidenummerering anvendes:

- under Page options vælges Print page number

Udskrift layoutet afhænger af hvordan printerindstillingen er sat op.

Søg i Fællesindholdet

I højre side under udskriv, findes søgefeltet. Når dette felt anvendes søges i Fællesindholdet.

Hvis søgefeltet helt øverst på hjemmesiden vælges i stedet for, søges på samtlige gældende udgivelser på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Der findes en søgevejledning hvis der er brug for hjælp.

Inde i Fællesindholdet er der sat mange links både om henvisning til andre kapitler men også til hjemmesider udenfor Sundhedsstyrelsen.

For at komme tilbage efter anvendelse af link, trykkes på tilbage-pilen øverst i skærbilledet.

Ændringer til indberetning for 2012

Opdatering oktober 2012 (version 2012-4):

- Kap 11 med underafsnit rettet, idet kravene om tillægsoplysninger er udgået
- Kap 14 er omskrevet i forhold til de nye administrative pakkeforløbskoder pr. 1. oktober 2012
- Kap 15 "Data til brug for kvalitetsmåling" er udgået (kapitlet står tomt indtil FI-2013)

Opdatering juli 2012 (version 2012-3):

- Nyt afs 6.3 "Indbragte døde" tilføjet
- Nyt underafs 9.5.1.1 Afkræftet obs. pro tilføjet
- Nyt underafs 10.11.1 Telefonkonsultation tilføjet
- Kap. 12 indledning: Tekstafsnit tilføjet:
"Fødselskontakten kan inkludere ophold på barselsgang/i barselsseng efter fødslen. Kontakten skal overholde kravene til fødselskontakter."
- Afs 12.6 om krav til tillægskodning af svangerskabslængde. Afsnittet revideret pga reducerede krav til hvilke aktionsdiagnoser, der kræver obligatorisk tillægskodning.
Eksempler justeret.
- Afs 13.3 og underafs 13.3.2 er revideret pga indførelsen af AZCA9 - anmeldelsesstatus til brug for onkologiske afdelinger

Opdatering januar-juli 2012 (version 2012-2):

- Fejlrettelser og tekstjusteringer i det nye elektroniske fællesindhold
- Nye koder tilføjet på følgende lister:
Tabel 7.1 "Psykiatriske aktionsdiagnoser"
 - DZ0462* Kontakt mhp psykiatrisk undersøgelse ifm dom til anbringelseAfs 13.4.1 Koder der kræver tillægskodning for stadium ved nyanmeldelse
 - DC884* Ekstranodalt marginalzone B-celle lymfom
 - DC903 Solitært ossøst plasmacytomAfs 13.4.1.2 Koder der kræver tillægskodning for stadium efter Ann Arbor lymfom-klassifikation ved nyanmeldelse
 - DC884* Ekstranodalt marginalzone B-celle lymfom
 - DC903 Solitært ossøst plasmacytomAfs 13.4.4 Koder der kræver tillægskodning for anatomisk lokalisation ved nyanmeldelse
 - DC884* Ekstranodalt marginalzone B-celle lymfom
 - DC903 Solitært ossøst plasmacytom

I forhold til 2011-udgaven af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" er de væsentlige ændringer:

- Generelt er samtlige diagnoser og beskrivelser i tabeller og eksempler tilrettet den reviderede

diagnoseklassifikation

- Kap 7 Psykiatri, der er tilføjet 2 nye startvilkår, Tvangstilbageholdelse (5) for indlagte og Tvungen ambulant opfølgning (O) for ambulante
- Afs 10.14 Aflyste og afbrudte procedurer, er fjernet, da indberetningen er ophørt
- Afs 12.2 Svangerskab, er opdateret med ændret registrering og nye koder
- Kap 17 Teknisk del, der er ændret i valideringerne for operationer, da det er et krav at der er art (P, D eller +) på alle K-koder

Se den komplette historik over ændringer i Fællesindholdet her: [FI-ændringer](#)

1 Indledning

Baggrund for publikationen

"Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" (Fællesindholdet) udgives af Sundhedsstyrelsen. 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 patientadministrative 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, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, National Sundheds-it (NSI), Brancheforeningen for privathospitaler og klinikker (BPK) og Sundhedsstyrelsen repræsentanter i gruppen.

1.1 Private sygehuse og klinikers 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 udskrivnings-time.

1.2 Fællesindholdet

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

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

patientregistrering”. Data fra sygehusene skal som minimum indberettes månedligt til Landspatientregisteret - senest den 10. i efterfølgende måned.

Fællesindholdets opbygning

Fællesindholdet er opbygget, så alle relevante oplysninger vedrørende enkeltemner er forsøgt samlet ét sted under en fælles overskrift. For eksempel ”Svangerskab, fødsler, aborter og misdannelser” eller ”Registrering af diagnoser”. Desuden er der i det enkelte afsnit indarbejdet eksempler på registreringspraksis. Bilag med [kodelister](#) kan ses under de specielle fagområder.

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

I vejledningsdelen findes også et kapitel med definitioner på de begreber, se [kapitel 16](#).

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 evt. følgende pladser kan udfyldes efter gældende klassifikation

Eksempel - skademekanisme:

EUS??* der skal registreres mindst 5 karakterer; der kan registreres mere detaljeret (se klassifikation)

Evt. 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 kravspecificerede kode, der altså nedarver kravet

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 eventuelt 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 eller skadestue.

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.

2 Kontaktmodellen

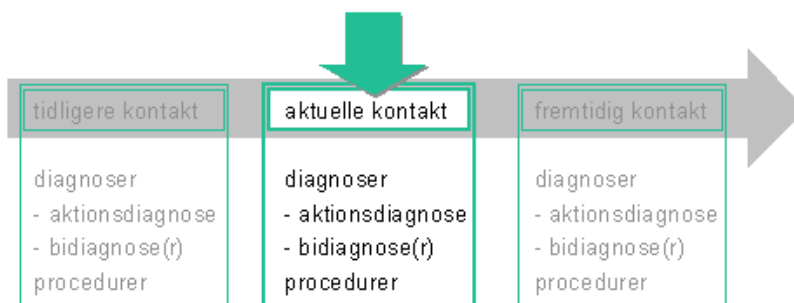
Indberetning af individbaserede patientdata til LPR sker i form af patientkontakter. Ved en kontakt forstås:

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

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 indlagt patient, ambulant patient og skadestuepatient.

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 - kontakter. 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 én (1) åben indlæggelseskontakt og én (1) åben ambulant kontakt for samme sygdom under samme (over)afdeling ad gangen, med mindre der er tale om tvangstilbageholdelser, se [afsnit 7.5](#).

Én sammenhængende "ambulant kontakt" kan bestå af såvel ambulante besøg som ydelser, der er udført

uden besøg, og kan eventuelt strække sig over lang tid. Aktionsdiagnosen (og eventuelle bidiagnoser) på denne kontakt skal til enhver tid være dækkende for hele kontakten, det vil sige, 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, for eksempel ved overgang fra sygdom til kontrol uden sygdom, se [afsnit 5.4](#).

Aktionsdiagnosen er den ”diagnostiske etiket”, der bedst beskriver kontakten, det vil sige udtrykker ”hvad man handlede på ved den aktuelle kontakt”.

De ”**relevante bidiagnoser**” supplerer ud fra en klinisk synsvinkel aktionsdiagnosens beskrivelse af kontakten - ikke forløbet, kun den aktuelle kontakt. Det kan fx dreje sig om en tilgrundliggende (kronisk) sygdom, hvis denne har en klinisk eller ressourcemæssig betydning for kontakten.

De **operationer** og **andre procedurer**, der udføres i forhold til og inden for kontaktens tidsudstrækning skal indberettes på kontakten. Det gælder også eventuelle assistancer, se [afsnit 10.1.3](#).

2.1 Værdisæt

Ved beskrivelse af de enkelte registreringer er medtaget et værdisæt (mulige, 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 indlæggelsesmåde. Disse lister findes i databeskrivelserne. Andre steder anvendes SKS koder, som er koder fra Sundhedsvæsenets Klassifikations System. Koderne kan ses i [SKS-browseren](#).

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

Til diagnoseregistrering anvendes fx hovedgruppe ’D’. Til procedureregistrering er der flere muligheder fx hovedgruppe ’B’ for behandlinger, 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 bl.a., at indberetningspligtige procedurer udført som assistance af andet afsnit 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 [afsnit 9.2.1](#).

3 Henvisnings- og venteperioder

For alle planlagte kontakter skal der registreres venteoplysninger.

Planlagte kontakter er alle kontakter, der ikke er opstået som følge af akut sygdom, 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” [afsnit 3.2](#).

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

Tabel 3

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 Bemærkning: 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 af en patients behov for sundhedsaktiviteter og prioritering heraf på baggrund af en henvisning eller en patientkontakt
venteperiode	periode i forhold til den enkelte kontakt, hvor der registreres ventetidsoplysninger Bemærkning: For eksempel ventetiden før en udredning eller ventetid før en behandling.
ventestatus	status for om en patient er ventende eller ikke ventende Bemærkning: Den til enhver tid gældende ventestatus skal angives.
venteforløb	periode fra henvisningsdato til dato for endelig behandling Bemærkning: Patientens samlede venteperioder indenfor ét sygdomsforløb. Inkluderer eventuelt ventetid til assistancedyde, hvor videre ambulant udredning og behandling må afvente assistancen.
udredning	afløring af hvilken endelig behandling, der skal ske
udredningsperiode	periode fra start af udredning til beslutningstidspunkt

	Bemærkning: Beslutningstidspunkt er det tidspunkt hvor endelig behandling besluttet.
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').

Vedrørende registrering af afslutnings- og henvisningsmåde med henblik på kobling af kontakter til dannelse af venteforløb – se [afsnit 3.3](#). 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'. Denne registrering er kun relevant i de tilfælde, hvor der senere følger en ventetid til (endelig) behandling på samme ambulatorium.

3.1 Koder for ventestatus

Kode	Kodetekst	Bemærkning/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 på grund af manglende oplysninger	anvendes når der for eksempel mangler oplysninger fra egen læge, ved manglende retspsykiatrisk kendelse med mere. Når alle oplysninger er på plads, skiftes ventestatus til den relevante værdi.
15	ventende på assistance	henviste og ambulante patienter, der venter på en undersøgelse eller anden ydelse på et andet afsnit, for eksempel MR-undersøgelse på røntgenafsnittet, 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 for eksempel 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 under en 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 på grund af sygdom, ferie eller af anden årsag
24	ikke ventende på grund af udredning/behandling	på andet afsnit anvendes når patienten på grund af 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

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.

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](#).

3.2.1 Henvisnings- og afslutningsmåde

Henvisningsmåde

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

3.2.1 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	Nyfødte
A	Andet	Andre instanser for eksempel Dansk Røde Kors, infirmerier, fængsler, bocentre, tandlæger, forsikringsselskaber og Kriminalforsorgen
E	Udlandet	Patienter henvist fra udlandet
F	Henvist fra sygehusafsnit	Patienter henvist direkte fra eget eller andet sygehus, herunder åbne/stående indlæggelser og patienter, som indlægges via skadestuen
G	Henvist fra sygehusafsnit, 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 [afsnit 3.3](#) Kobling af ventetid

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 begrundes kontaktafslutning.

Afslutningsmåderne K ‘afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet)’ og L ‘afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)’ anvendes af hensyn til kommunikation til kommunerne (Kommuneadvis).

3.2.1 Afslutningsmåde

Kode	Kodetekst	Bemærkninger
1	Alment praktiserende læge	
2	Praktiserende speciallæge	
8	Død	anvendes i alle tilfælde, hvor henvisningen/kontakten afsluttes på grund af 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, for eksempel udvandrede
E	Udlandet	kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet
F	Afsluttet til sygehusafsnit	7-cifret kode fra sygehusafdelingsklass. Inkluderer afsluttet fra eget afsnit
G	Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb	anvendes kun på ventende patienter med henblik på kobling af venteforløb. 7-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikation. Inkluderer afsluttet fra eget afsnit
K	Afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet)	7-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikation. Inkluderer afsluttet fra eget afsnit
L	Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)	anvendes kun på ventende patienter med henblik på kobling af venteforløb. 7-cifret kode fra sygehusafdelingsklass. Inkluderer afsluttet fra eget afsnit

3.3 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.

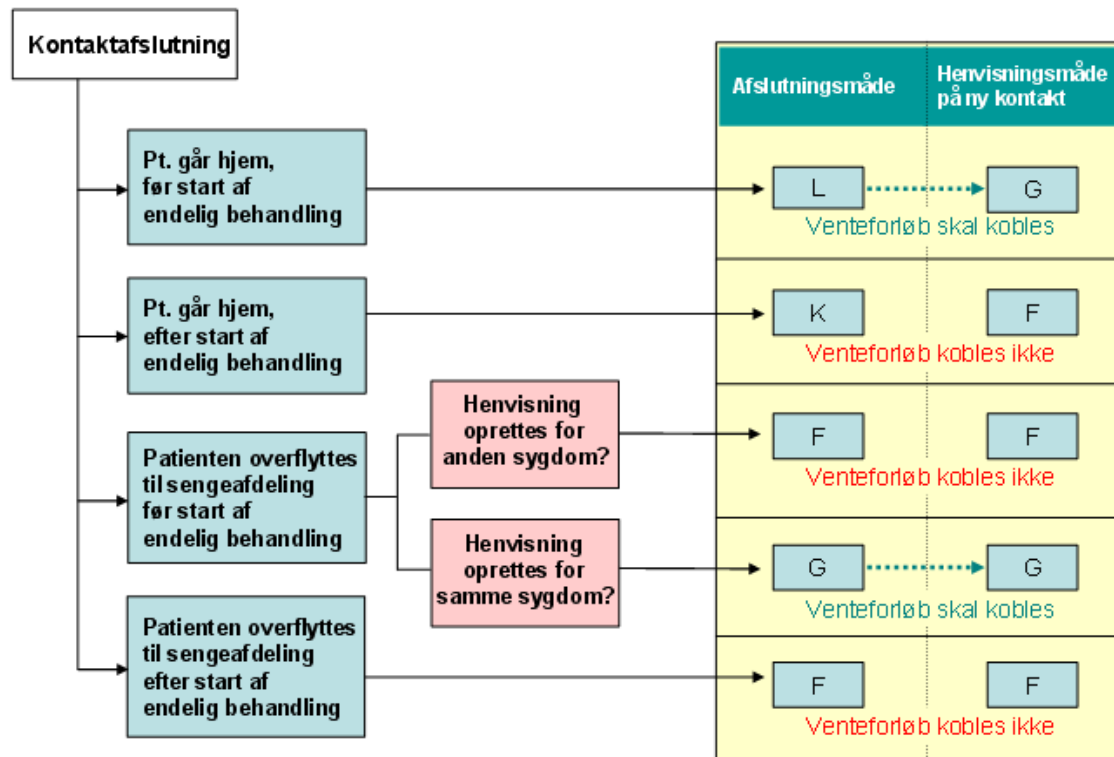
Venteperioderne kobles ved hjælp af afslutningsmåde og henvisningsmåde samt angivelse af henholdsvis afsnit, som patienten afsluttes til, og henvisende afsnit.

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 3.3 Afslutningsmåder ved kontaktafslutning og henvisningsmåder på ny kontakt

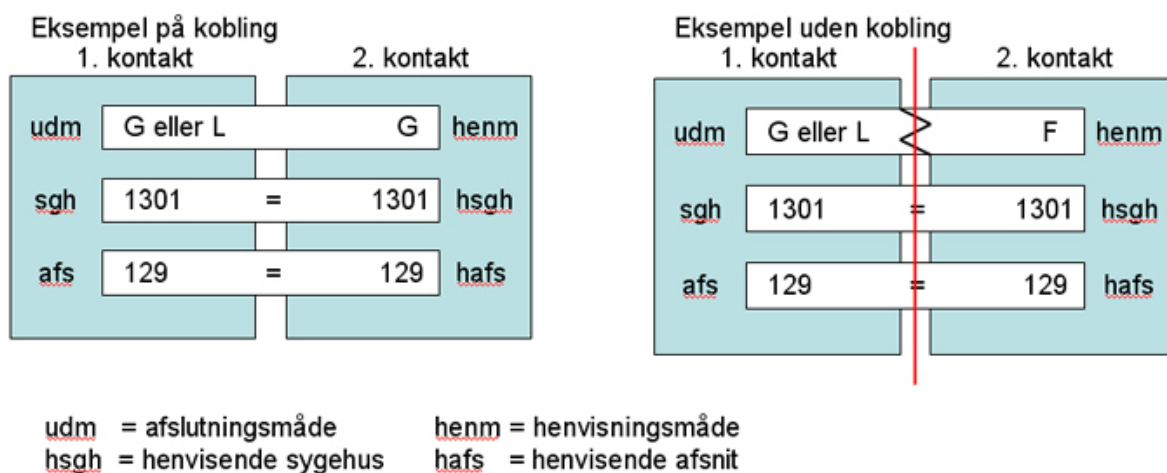


3.3.1. Kobling af kontakter til venteforløb

Eksempel:

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.

Figur 3.3.1 Kobling af kontakter til venteforløb



For at koble 2 kontakter skal afslutningsmåden på 1. kontakt være enten G eller L 'afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb/(hjemmet)', og henvisnings-måden 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.

3.3.2 Eksempler på kobling af kontakter

Eksempler:

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 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.

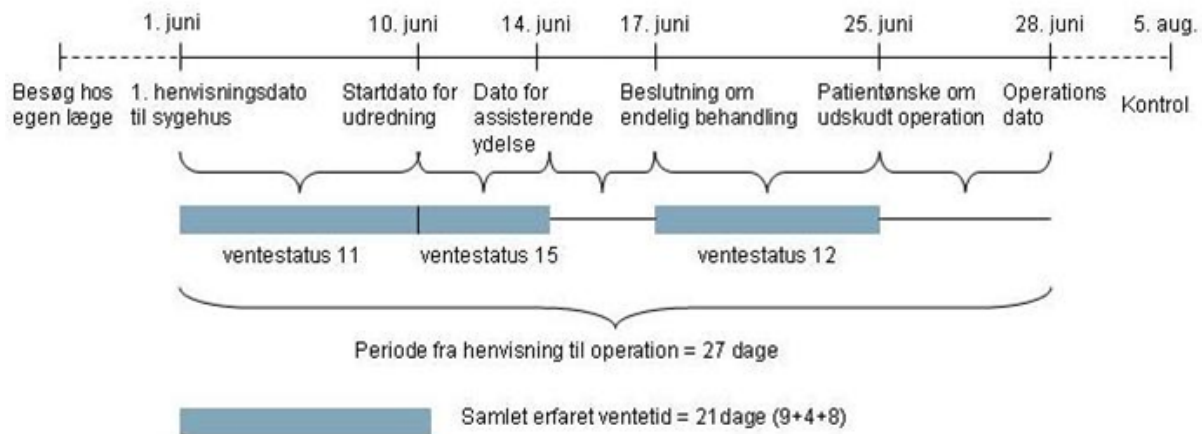
3.4 Beregning af ventetider

Sundhedsstyrelsen offentliggør løbende opgørelser over den såkaldte 'erfarede ventetid'. Data offentliggøres på hjemmesiden www.sundhedsdata.sst.dk.

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

Beregningsgrundlaget er venteforløb, jævnfør beskrivelsen af kobling af venteforløb.

Figur 3.4 Beregning af ventetider



Se også kobling af ventetid, [afsnit 3.3](#)

3.5 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 26.3.2007, 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	
19.3.2007 - 10.4.2007	ambulant under udredning
26.3.2007 - 10.4.2007	henvisning til behandling
11.4.2007 - 18.4.2007	indlagt
19.4.2007 -	ambulant

3.6 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
- telefonkonsultation
- 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.

3.7 Patienten melder afbud

Hvis patienten melder afbud på grund af 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.

Eksempel:

Patienten har en mødedato 2.3.2007 men melder afbud den 20.2.2007 pga. ferie. Patienten får en ny mødedato 9.3.2007

Periode	
1.2.2007 - 1.3.2007	ventestatus 11, ventende på udredning
2.3.2007 - 8.3.2007	ventestatus 23, ikke ventende efter patientens ønske
9.3.2007 -	ventestatus 25, ikke ventende under udredning

3.8 Omvisitering

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

Perioden fra 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 på grund af ressourceproblemer. Patienten er ikke mødt på afsnit A

Periode	
1.2.2007 - 7.2.2007	afsnit A, ventestatus 11, ventende på udredning (indberettes ikke)
Omvisiteret til afsnit B den 8.2.2007	
1.2.2007 - 7.2.2007	afsnit B, ventestatus 13, ventende, omvisiteret fra andet afsnit

8.2.2007 - 1.3.2007	afsnit B, ventestatus 11, ventende på udredning
2.3.2007 -	afsnit B, ventestatus 25, ikke ventende under udredning

3.9 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'.

Se også afslutning af ambulantudredning, [afsnit 3.5](#)

Eksempel:

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

Periode	
1.2.2007 - 7.2.2007	henvist til afdeling A, ventestatus 11, ventende på udredning
8.2.2007 - 10.2.2007	afdeling A, ventestatus 25, ikke ventende under udredning
Videre henvist til afdeling B 11.2.2007	
11.2.2007 - 1.3.2007	afdeling B, ventestatus 11, ventende på udredning
2.3.2007 -	afdeling B, ventestatus 25, ikke ventende under udredning

3.10 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	
1.2.2007 - 7.2.2007	ventestatus 11, ventende på udredning
8.2.2007 - 10.2.2007	ventestatus 25, ikke ventende under udredning
11.2.2007 - 11.5.2007	ventestatus 21, ikke ventende på udredning/behandling (betænkningstid)

12.5.2007 -

ventestatus 12, ventende på behandling

3.11 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 (1.8.2007)

Periode	
1.2.2007 - 31.7.2007	ventestatus 22, ikke ventende til kontrol

3.12 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 indlæggelsen. Hvis afsnittet ønsker at oprette en henvisning til fødselskontakten (indlæggelsen), kan ventestatus 21 'ikke ventende til udredning/behandling' anvendes.

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

3.13 Ventetid på grund af andet afsnit

Hvis en henvist patient afventer en undersøgelse eller en ydelse på et andet afsnit, for eksempel 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 assistanceydelse, 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	
1.2.2007 - 1.3.2007	ventestatus 11, ventende på udredning
2.3.2007 - 8.3.2007	ventestatus 25, ikke ventende under udredning
9.3.2007 - 1.4.2007	ventestatus 15, ventende på assistance (røntgen)
2.4.2007 -	ventestatus 25, ikke ventende under udredning

3.14 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 på grund af udredning/behandling på andet afsnit'.

Forskellen på ventestatus 15 'ventende på assistance' og ventestatus 24 'ikke ventende på grund af 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.

3.15 Ventende på grund af manglende oplysninger

Ventestatus 14 'ventende pga. manglende oplysninger' anvendes, når der mangler oplysninger fra egen læge, manglende psykiatrisk kendelse m.m.

Denne ventestatus må kun anvendes, hvis de manglende oplysninger har afgørende betydning. Når de manglende oplysninger er på plads, skiftes til relevant ventestatus.

3.16 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.

3.17 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	Værdisæt: Angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra 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 på grund af 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 på grund af 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 assistanceydelser knyttet til den efterfølgende kontakt for eksempel radiologiske procedurer.

4 Indlagte patienter

Dette kapitel beskriver kun basisoplysninger vedrørende indlagte patienter.

Diagnosekodning, procedurekodning (fx operationer), skadesregistrering med mere er beskrevet i kapitlerne om det pågældende emne. Ligesom specielle regler for psykiatriske indlæggelser er omtalt i psykiatrikapitlet.

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

For somatiske afdelinger sker indberetning til LPR ved udskrivningen. For indlagte patienter på psykiatriske afdelinger sker indberetningen løbende eller mindst én gang om måneden – senest den 10. i den efterfølgende måned.

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' og DZ763B 'Rask nyfødt' 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 [afsnit 10.7](#).

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 for eksempel foregår på et andet sygehus, oprettes en ambulant kontakt, hvor ydelsen registreres og proceduren indberettes uden besøg.

4.2 Indlagt patient på patienthotel

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, det vil sige 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 Færdigbehandlet patient

Begreb	Definition/beskrivelse
færdigbehandlet patient	Bemærkning: Patienten er efter lægelig vurdering færdigbehandlet, det vil sige behandlingen er afsluttet, eller indlæggelse er ikke en forudsætning for den videre behandling. Sygehusets administrative opgaver er udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten.

Kommunerne skal efter kommunalreformen medfinansiere egne borgeres forbrug af sundhedsydelser og herunder betale en obligatorisk plejetakst for sygehusbehandling til færdigbehandlede patienter, der venter på udskrivning. Den kommunale finansiering af færdigbehandlede patienter kan udelukkende opkræves for indlagte patienter – både somatiske og psykiatriske. For at kunne afgrænse de færdigbehandlede patienter fra øvrige patienter er der indført en registrering i Landspatientregisteret fra 1. januar 2006.

Patienterne vil enten blive udskrevet umiddelbart efter færdigbehandling eller være fortsat indlagte, fordi de venter på en plejehjemsplads, foranstaltninger i hjemmet eller lignende.

Registrering af patienterne som færdigbehandlede er kun nødvendig, hvis patienten ikke udskrives umiddelbart i forbindelse med, at patienten vurderes færdigbehandlet.

Til brug for registrering af en færdigbehandlet patient anvendes følgende beskrivelse.

En patient registreres som færdigbehandlet i stationært regi, når følgende er opfyldt:

- patienten er efter lægelig vurdering færdigbehandlet, det vil sige behandling er afsluttet, eller indlæggelse er ikke en forudsætning for den videre behandling
- sygehusets administrative opgaver er udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten. Det betyder, at sygeplejerapport, eventuelt midlertidige hjælpemidler, medicin mv skal være klar på udskrivningstidspunktet

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 risikere enten at få tilbagefald i forhold til den diagnose, som patienten er indlagt for, eller at få en ny lidelse, hvor sygehusindlæggelse er påkrævet. Patienten vil efter tilbagefald eller lignende ikke længere skulle betragtes som færdigbehandlet.

Til brug for registrering af færdigbehandlede patienter anvendes koderne AWA1 'Færdigbehandlet i stationært regi' og AWX1 'Ikke færdigbehandlet i stationært regi'. Koderne registreres som procedurekoder.

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

AWA1 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 AWX1 '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 AWX1 'Ikke færdigbehandlet i stationært regi' dateret på tidspunktet for vurderingen.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse forestår de løbende opgørelser og afregningen af den kommunale finansiering for sygehusbehandling til færdigbehandlede patienter. Opgørelserne er tilgængelige på e-Sundhed.

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	
7.8.2007 - 12.8.2007	AWA1, Færdigbehandlet i stationært regi
13.8.2007 - 15.8.2007	AWX1, Ikke færdigbehandlet i stationært regi

16.8.2007 - 19.8.2007	AWA1, Færdigbehandlet i stationært regi patienten udskrives
19.8.2007	

Se i øvrigt registreringsvejledningen under: [Registrering af færdigbehandlede patienter](#)

Terminale patienter

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

4.4 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-afdelingsklassifikationen
Afsnitsnummer	Nummeret for det sengeafsnit, der er patientens stamafsnit Værdisæt: 7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen
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. Kommunekoder kan ses her: Kommunekoder

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
Indlæggelsesmåde	Angivelse af prioritet for kontaktstart Værdisæt: 1 = akut 2 = planlagt
Kontaktårsag	Overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset Værdisæt: 1 = sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion 2 = ulykke 3 = vold 4 = selvmordsforsøg 5 = senfølge 7 = komplet skaderegistrering foretaget på tidligere kontakt 8 = andet 9 = ukendt/uoplyst For somatiske patienter indberettes kontaktårsag, når aktionsdiagnosen tilhører intervallet DS000-DT799.
Diagnoser	For alle indlagte patienter skal der som minimum registreres en aktionsdiagnose. Der skal desuden indberettes de for kontakten relevante bidiagnoser. Se beskrivelse i kapitel 9 om diagnoseregistrering
Procedurer	Det er obligatorisk at indberette alle operationer, radiologiske procedurer samt visse undersøgelser og behandlinger. Kravene er beskrevet i kapitel 10 Alle andre procedurer kan indberettes.

Særlige regler for indlagte psykiatriske patienter - se [afsnit 7.5](#)

4.5 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 på grund af 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 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 vedrørende ambulante patienter.

Diagnosekodning, procedurekodning (fx operationer) med mere er beskrevet i kapitlerne om det pågældende emne. Ligesom specielle regler for psykiatriske ambulante kontakter er omtalt i psykiatrikapitlet.

Begreb	Definition/beskrivelse
ambulant patient	patienttype for patient der er indskrevet på et ambulatorium
ambulant kontakt	patientkontakt på et ambulatorium Bemærkning Ved ambulant kontakt registreres startdato, samt starttime og -minut
ambulant besøg	besøg i forbindelse med ambulant patientkontakt hvor stamafdeling er involveret
ambulant ydelse	ydelse givet til en ambulant patient Bemærkning - ydelser produceret af stamafsnittet - assistancer produceret af andre kliniske afsnit - assistancer produceret af serviceafsnit

Procedureregistrering

Registrering af ambulante patienter omfatter alle ydelser givet til patienter, der har en ambulant kontakt.

Der kan indberettes ambulante ydelser uden et samtidigt ambulant besøg.

De ambulante ydelser kan være produceret af stamafsnittet eller af andet afsnit (assistance).

Se også [afsnit 10.10](#) "Ambulante ydelser" i procedurekapitlet.

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

En ambulant kontakt omfatter alle patientens ambulante besøg, assistancer og ydelser. Et ambulant besøg indberettes som en besøgsdato, men det anbefales samtidigt at registrere mindst én klinisk procedure.

Ydelser registreres med relevante procedurekoder, som ikke er fagspecifikke. Ved behov kan proceduren markeres med tillægskode for personalekategori (AP*).

Eksempel:

Kode	Kodetekst
BNPA40	Skiftning af sår med steril forbindelse
(+)APBA14	sygeplejerske

Samtlige ambulante kontakter, inklusiv de uafsluttede, indberettes med de registrerede diagnoser og procedurer. Indberetningen til LPR sker mindst en gang om måneden - senest den 10. i efterfølgende måned.

5.1 Hotelpatient

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

Hotelpatienter registreres som ambulante patienter, der har en ambulant kontakt på stamafsnittet og en ambulant kontakt på patienthotellet.

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

Eksempel

Alle kliniske ydelser registreres på kontakten på afsnit A

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

5.2 Sundhedsfagligt uddannet personale

Indberetning af ambulante besøgsdatoer skal ske, når den ambulante somatiske eller psykiatriske patient har et besøg, hvor der har været mindst en sundhedsfagligt uddannet person fra stamafsnittet til stede.

Der gælder særlige regler for fysioterapeuter og ergoterapeuter - se [afsnit 10.3](#) Sundhedsfagligt uddannet personale – ansat i ambulatorier – omfatter følgende faggrupper:

- læger
- tandlæger
- sygeplejersker
- jordemødre
- sundhedsplejersker
- psykologer
- plejere
- sygehjælpere
- tandplejere
- klinikassistenter
- kliniske tandteknikere
- social- og sundhedsassistenter
- kiropraktorer
- fodterapeuter
- audiologiassistenter
- kliniske diætister
- radiografer

- fysioterapeuter og ergoterapeuter

5.3 Afgrænsning af ambulant kontakt

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.

Dette udgør en særlig problematik i forbindelse med langvarige ambulante kontakter, hvor aktionsdiagnosen over tid kan antage mange forskellige værdier (det anbefales, at der foretages en løbende kvalificering af kontaktens diagnoser ([kapitel 2](#))) – 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.

Vedrørende kontrolpatienter, se [afsnit 5.4](#)

Vedrørende diagnoseregistrering ved kontrol, se [afsnit 9.5.3](#).

Afslutning af ambulante kontakter

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.

Akut indlæggelse under igangværende ambulant forløb

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, for eksempel (1) alment praktiserende læge.

5.4 Kontrolpatient

Hvis en patient først bliver behandlet for en sygdom i en ambulant kontakt, 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 derfor afsluttes, når sygdommen ikke længere er til stede, og der skal oprettes en ny ambulant kontakt for kontrolperioden.

----- -----
behandling af sygdom kontrol (ikke sygdom)

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, afsluttes behandlingskontakten, og der oprettes en selvstændig kontakt til den fortsatte kontrolperiode.

5.5 Væsentlig ændring af aktionsdiagnosen

Hvis der på en ambulant kontakt først er behandlet 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 kontakt** for den anden sygdom (aktionsdiagnose).

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

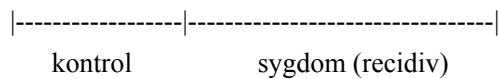
Sygdommen kan under kontakten være kvalificeret for eksempel:

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

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

5.6 Recidiv af sygdom

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

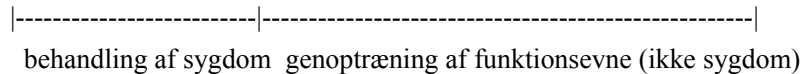


Hvis dette ikke sker, vil det i LPR se ud, som om sygdommen uafbrudt har været til stede (i kontrolperioden), hvad der ikke er korrekt.

5.7 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. Én 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 genoptræningsydelserne.

Registrering i forbindelse med genoptræning er udførligt beskrevet i [afsnit 10.4](#)

5.8 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-afdelingsklassifikationen
Afsnitsnummer	Nummeret for det ambulatorium, der er patientens stamafsnit Værdisæt: 7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen
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: 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: kommunekoder

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 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
Besøgsdato	Dato for ambulant besøg eller dato for hjemmebesøg Værdisæt: Valid dato
Diagnoser	Der skal være mindst en aktionsdiagnose eller en midlertidig diagnose senest 1 måned efter første besøg. I de tilfælde, hvor det kan være vanskeligt at fastlægge en aktionsdiagnose, er det i somatikken tilladt at anvende og indberette en arbejdsdiagnose med diagnosearten 'M' (midlertidig diagnose), så længe kontakten er uafsluttet. Der kan desuden indberettes bidiagnoser og komplikationer. Se beskrivelse i kapitel 9 om diagnoseregistrering
Procedurer	Det er obligatorisk at indberette alle operationer, radiologiske procedurer samt visse specifikke undersøgelser og behandlinger Alle andre procedurer kan indberettes.

Senest den 10. i hver måned indberettes de uafsluttede ambulante kontakter med diagnose- og procedureregistrering til LPR.

Specielle regler for ambulante psykiatriske patienter - se [afsnit 7.6](#)

Vedrørende obligatoriske procedurer – se [kapitel 10](#).

5.9 Afslutning af ambulant kontakt

Slutdato	Dato for afslutning af ambulant kontakt Værdisæt: Valid dato
Afslutningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til Værdisæt: 1 = alment praktiserende læge 2 = praktiserende speciallæge 7 = udeblevet 8 = død ☐ A = andet E = udlandet (kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet) F = afsluttet til sygehusafsnit G = afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb K = afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet) L = afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet) ☐) Afslutningsmåde (8) 'død' anvendes i alle tilfælde, hvor kontakten afsluttes på grund af 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 periode (kommuneadvis) Værdisæt: 7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen

6 Skadestuepatienter

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

Begreb	Definition/beskrivelse
skadestuepatient	patienttype for patient, der er indskrevet på et skadestueafsnit
skadestuekontakt	kontakt med et skadestueafsnit som stamafsnit Bemærkning: Ved ankomst til skadestue registreres ankomstdato, samt ankomsttime- og -minut
skadestue	afsnit der modtager akutte patienter til undersøgelse og behandling

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

Skaderegistrering for skadestuepatienter beskrives nærmere i [kapitel 8](#)

6.1 Oplysninger om skadestuepatienter, der medtages ved indberetning til LPR

Sygehusnummer	Nummeret for sygehuset, hvor patienten er under behandling Værdisæt: 4-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikationen
Afsnitsnummer	Nummeret for det skadestueafsnit, der er patientens stamafsnit Værdisæt: 7-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikationen
Patienttype	Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset Værdisæt: 3 = skadestuepatient
Personnummer	Personidentifikation. For patienter, der har fået tildelt et dansk CPR-nummer, anvendes dette som personnummer, uanset om patienten har fast bopæl i udlandet. Hvis det danske CPR-nummer ikke foreligger ved kontaktens start, benyttes et erstatningsnummer, som udskiftes med CPR-nummeret, når dette foreligger og senest inden indberetning til LPR. Værdisæt: Dansk CPR-nummer eller erstatnings CPR-nummer på 10 karakterer. Erstatningsnumre har følgende opbygning: Pos. 1-6 Valid dato: DDMMÅÅ Pos. 7 Århundredeskillen: 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 ankomst til skadestue Værdisæt: Valid dato
Time for ankomst til skadestue	Klokkeslæt i hele timer for ankomst til skadestue Værdisæt: 00-23
Minut for ankomst til skadestue	Klokkeslæt i minutter for ankomst til skadestue Værdisæt: 00-59
Kommunekode	Patientens bopælskommune ved kontaktstart Værdisæt: 3-cifret kommunekode. Kan ses under kommunekoder
Slutdato	Dato for afslutning af skadestuekontakt Værdisæt: Valid dato
Udskrivningstime	Klokkeslæt i hele timer for afslutning af skadestuekontakt Værdisæt: 00-23 Fakultativ for somatiske skadestuepatienter
Afslutningsmåde	Angivelse af hvortil patienten er afsluttet Værdisæt: 1 = alment praktiserende læge 2 = praktiserende speciallæge 8 = død ☐ A = andet E = udlandet (kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet) F = afsluttet til sygehusafsnit K = afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet) ☐) Afslutningsmåde (8) 'død' anvendes i alle tilfælde, hvor patienten dør eller er afdød ved døden efter kontaktstart. Indbragte døde indberettes ikke til LPR, Indbragt død forudsætter, at en læge har erklæret patienten for død, inden ankomsten til sygehus.
Afsluttet til sygehusafsnit	Angivelse af hvilket afsnit patienten afsluttes til. Afslutningsmåde F anvendes, hvis patienten overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit. Afslutningsmåde K anvendes, hvis patienten ikke overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit men tager hjem i en periode Værdisæt:

	7-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikationen
Kontaktårsag	Overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset. Kontaktårsagskode skal altid registreres på en skadestuekontakt. Se yderligere beskrivelse i kapitel 8 Skaderegistrering Værdisæt: 1 = sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion 2 = ulykke 3 = vold 4 = selvmordsforsøg 5 = senfølge 7 = komplet skaderegistrering foretaget på tidligere kontakt 8 = andet 9 = ukendt/uoplyst
Diagnoser	For skadestuepatienter skal aktionsdiagnosen være på minimum 4 karakterer inklusiv foranstillet 'D'. Kun ved forgiftninger skal aktionsdiagnosen være på det højeste detaljeringsniveau. For somatiske skadestuepatienter skal der ved registrering af kontaktårsag 2 'Ulykke', 3 'Vold' og 4 'Selvmordsforsøg' være en aktionsdiagnose i intervallerne DR00*-99*, DS00*-DT799 eller DZ00*-999. For psykiatriske skadestuepatienter anvendes en aktionsdiagnose fra listen over vedtagne diagnoser for psykiatriske patienter, se afsnit 7.8. Ved kontaktårsag 3 'Vold' skal der indberettes en aktionsdiagnose fra kodeintervallet DX85*-99* eller DY00*-09*. Ved kontaktårsag 4 'Selvmordsforsøg' skal der indberettes en aktionsdiagnose fra kodeintervallet DX60*-DX84*
Procedurer	Det er obligatorisk at indberette alle radiologiske procedurer. Indberetning af operationer og andre procedurer foretaget i skadestuen er frivillig.

6.2 Udlevering af medicin, receptfornyelse m.m.

Ikke akutte opgaver som for eksempel medicinudlevering, receptfornyelse og lignende skal **ikke** betragtes som skadestuebesøg, hvis patienten har en igangværende kontakt, men derimod som en **assistance** til det kliniske afsnit, hvortil patienten er knyttet.

Kun hvis patienten **ikke** har en igangværende kontakt på sygehuset, registreres et skadestuebesøg.

6.3 "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 derfor misvisende.

Hvis der ikke har været en læge, der har konstateret døden før den akutte patientkontakt (fx lægeambulance), vil dette først ske på kontakten, 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'.

6.3.1 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 Psykiatri

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

I dette kapitel beskrives kun de oplysninger, der afviger fra somatikken. I kapitlerne om indlagte patienter [kapitel 4](#), ambulante patienter [kapitel 5](#) og skadestuepatienter [kapitel 6](#), beskrives de generelle regler for indberetning.

Samtlige kontakter på psykiatriske afdelinger - inklusiv de uafsluttede - indberettes løbende eller mindst én gang om måneden – senest den 10. i den efterfølgende måned.

Se i øvrigt ”[Psykiatrisk registreringsvejledning](#)”

7.1 Diagnoseregistrering

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

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

Der kan desuden indberettes bidiagnoser og komplikationer til behandling. Se beskrivelse i [kapitel 9](#) om diagnoseregistrering.

Der henvises til bogen ”WHO ICD-10 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser” udgivet af Munksgaard. Bogen indeholder definitioner på de enkelte psykiatriske diagnoser.

Tabel 7.1

Kode	Psykiatriske aktionsdiagnoser
DF00* – DF99*	Psykiatriske diagnoser (kapitel V i ”Klassifikation af Sygdomme”)
DZ004	Kontakt mhp. psykiatrisk undersøgelse IKA
DZ032	Observation pga. mistanke om psykisk lidelse eller adfærdsförstyrrelse
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
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
DZ70*	Rådgivning om seksuel holdning, adfærd eller orientering
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
DZ81*	Familieanamnese med 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
DX60*-84*	Tilsluttet selvbeskadigelse
DX85*-99* DY00*-09*	Overgreb fra anden person (DX85-99; DY00-09) (inklusive vold og omsorgssvigt)

DZ763 'Rask ledsager' og DZ763B 'Rask nyfødt' kan anvendes som aktionsdiagnose på lokale kontakter. Disse frasorteres ved indberetning.

7.2 Elektroshockbehandling

Det er obligatorisk at indberette elektroshockbehandling (ECT) for alle psykiatriske patienter, der får foretaget denne behandling.

Der findes følgende SKS-koder for elektroshockbehandling:

Kode	Kodetekst
BRXA1*	Behandling med elektroshock ECT
BRTB1*	Tvangsbehandling med elektrokonvulsiv terapi ECT

Det er obligatorisk at indberette ovenstående SKS-koder på mindst 5 karakterer

ECT registreres med 1 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 [afsnit 10.10](#).

7.3 Retslige forhold

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

DZ046* registreres kun 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 [afsnit 7.1](#).

7.4 Selvmord, selvmordsforsøg og voldshændelse 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 voldshændelse med følger for patienten under igangværende kontakt registreres relevant kode fra DX85*-99* eller DY00*-09* som bidiagnose

Denne registrering gælder for alle kontakttyper.

7.5 Indlagt psykiatrisk patient

Der anvendes samme basisregistrering som for patienter på somatiske afdelinger. Indberetning af kontaktårsag for alle indlagte psykiatriske patienter er fakultativ fra 1. juli 2009.

Følgende oplysninger er specielt for indlagte psykiatriske patienter:

Startvilkår	Angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk kontakt Værdisæt: 1 = almindelig frivillig indlagt 2 = tvang (rød blanket) 3 = tvang (gul blanket) 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^α *) Fx udvist patient, hvor foranstaltningen er ophævet jf. Udlændingelovens §71 α) Fx patient med dom til behandling, som er mødt op i skadestuen og ønsker at blive indlagt frivilligt
Afslutningsmåde	Udover de generelle afslutningsmåder kan følgende afslutningsmåde anvendes 4 = ingen lægelig opfølgning Anvendes for eksempel 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 tvangstilbageholdt patient skal indlægges og behandles på et somatisk afsnit, kan patienten have to samtidige indlæggelser, enten på samme sygehus eller på to forskellige sygehuse, det vil sige en indlæggelse på psykiatrisk afsnit og en indlæggelse på somatisk afsnit.

Vedrørende selvmord, selvmordsforsøg og voldshændelse under igangværende kontakt – se [afsnit 7.4](#)

Fysio- og ergoterapeutiske ydelser

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

7.5.1 Fravær

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

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

Længerevarende patientfravær anvendes for eksempel, 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.

7.6 Ambulant psykiatrisk patient

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

Følgende oplysninger er specielle for ambulante psykiatriske patienter:

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

7.7 Ambulante psykiatriske ydelser

Ambulante ydelser i psykiatrien indgår i 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 sygehuset, samt ydelser udenfor sygehuset hvor patienten ikke er til stede

7.7.1 Tidsforbrug

Alle tre kategorier af ambulante ydelser **skal** have tidsforbrug tilknyttet. Tidsforbruget angives som det samlede personales timeforbrug inklusiv eventuelt transport samt forberedelse og opfølgning med henblik til journaldiktering og lignende.

Timeforbruget registreres som tillægskode til ydelseskoden efter følgende klassifikation:

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

For ambulante besøg, hjemmebesøg og udebesøg indberettes timeforbruget for den samlede ydelse inklusiv tid til for- og efterarbejde.

Tillægskode for timeforbrug knyttes til den overordnede (administrative) kode for ambulant besøg AAF22, hjemmebesøg AAF6 henholdsvis udebesøg AAF7. For hjemmebesøg og udebesøg skal transporttiden indregnes i det samlede tidsforbrug.

Eksempel:

Hjemmebesøg med varighed af 4 timer inklusiv transport

Kode	Kodetekst
AAF6	Hjemmebesøg
(+)ZPVA4A	2-4 timer

For ydelser uden besøg indberettes timeforbruget for den enkelte ydelse.

7.7.2 Ambulante besøg

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

Ambulant besøg indberettes som besøgsdato samt ved registrering af den overordnede (administrative) procedurekode AAF22.

Kode	Overordnet procedurekode for ambulante besøg
AAF22	Ambulant besøg

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

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

Tidsforbruget for de enkelte ydelser skal indgå i det samlede tidsforbrug, der angives i forhold til det ambulante besøg (som tillægskode til AAF22). Der skal derfor ikke registreres særskilt tidsforbrug for de enkelte ydelser. Læs mere om tidsforbrug – [afsnit 7.7.1](#)

Det er frivilligt at indberette andre udførte procedurer. Definitioner/beskrivelser af ydelserne kan ses i ”[Psykiatrisk registreringsvejledning](#)”.

Eksempler:

3½ times familieterapi som led i ambulante behandling

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

Kontakt med anden myndighed samt efterfølgende udfærdigelse af erklæring som led i ambulante behandling (patienten har været til stede)

--	--

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

7.7.3 Dagbehandling

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

Dagbehandling registreres som ambulant besøg med procedurekoden AAF22 med tilhørende tillægskode for varighed samt procedurekoden BRXA9A 'Psykiatrisk dagbehandling'. Koden for dagbehandling anvendes, selvom behandlingen ikke varer en hel dag.

Ved dagbehandling registreres tidsforbrug som varigheden af selve dagbehandlingen tillagt samlet tidsforbrug for registrerede ydelser ud over dagbehandlingen, hvor der har deltaget personale, der ikke er tilknyttet dagafsnittet.

Eksempel:

8 timers dagbehandling

Kode	Kodetekst
AAF22	Ambulant besøg
(+)ZPVA8A	6-8 timer
BRXA9A	Psykiatrisk dagbehandling

Eksempel:

6 timers dagbehandling og 2 timers psykologisk undersøgelse med samtidig deltagelse af 2 behandlere (det vil sige 4 timer), der ikke er tilknyttet dagafsnittet – i alt 10 timer

Kode	Kodetekst
AAF22	Ambulant besøg
(+)ZPVA9A	8-10 timer
BRXA9A	Psykiatrisk dagbehandling
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse

7.7.4 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.

Udebesøg er et møde mellem patient og sundhedsfagligt uddannet personale på for eksempel dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre med mere.

Tidsforbruget for de enkelte ydelser skal indgå i det samlede tidsforbrug, der angives i forhold til hjemmebesøget/udebesøget (som tillægskode til AAF6/AAF7). Der skal derfor ikke registreres særskilt tidsforbrug for de enkelte ydelser. Læs mere om tidsforbrug – [afsnit 7.7.1](#)

Det er frivilligt at indberette andre udførte procedurer.

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

Kode	Overordnet kode for hjemmebesøg og udebesøg
AAF6	Hjemmebesøg
AAF7	Udebesøg

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

Kode	Procedurer, der obligatorisk skal registreres, når de indgår i hjemmebesøg eller udebesøg
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse
ZZ4992	Semistruktureret diagnostisk interview
BVAA34A	Samtale med behandlingssigte
BRBP	Træning af kombinerede psykosociale færdigheder

Hjemmebesøg kan også foretages under en stationær kontakt. Dette dokumenteres også med koden AAF6. Der er her ikke krav om registrering af tidsforbrug.

7.7.5 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, når disse faggrupper er de eneste behandlere.

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

Følgende procedurer skal obligatorisk indberettes:

Kode	"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

Hvis en procedure fra listen over "Ydelser uden besøg" indgår i forbindelse med et ambulant besøg, hjemmebesøg eller et udebesøg skal disse ikke tidsregistreres selvstændigt. Tidsforbruget indregnes i det samlede tidsforbrug ved det ambulante besøg/hjemmebesøget/udebesøget.

Eksempler:

Uden besøg: 2 timers samtale med forældre og 30 minutters udfærdigelse af erklæring – patienten ikke til stede

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

Med besøg: 2 timers samtale med forældre og 30 minutters udfærdigelse af erklæring – patienten til stede

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

7.7.6 Aflyste besøg

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

Aflyste besøg kan registreres efter følgende eksemplificerede princip.

Eksempel:

Aflyst hjemmebesøg begrundet i patientens fravær

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

7.7.7 Børne- og ungdomspsykiatriske ydelser

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

Ved ydelser uden besøg registreres antal behandlere på hver procedurekode.

Kode	"antal behandlere"
BZFD7	En behandler
BZFD8	Flere behandlere

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

Eksempel:

Psykologisk undersøgelse af barn

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

7.8 Psykiatrisk skadestuepatient

Der anvendes samme basisregistrering for psykiatriske skadestuepatienter som for somatiske skadestuepatienter.

Som aktionsdiagnose anvendes kode fra listen over tilladte psykiatriske aktionsdiagnoser.

Som bidiagnose(r) tilføjes patientens psykiatriske diagnose(r) og eventuelle somatiske skader.

I de tilfælde, hvor patienter kommer på skadestuen under kontaktårsagerne 3 'Vold' og 4 'Selvmordsforsøg', er der særlige krav til diagnoseregistreringen:

- ved kontaktårsag 3 'Vold' skal aktionsdiagnosen være DX85*-99* eller DY00*-09*
- ved kontaktårsag 4 'Selvmordsforsøg' skal aktionsdiagnosen være DX60*-84*

De omtalte kontaktårsager anvendes kun i de tilfælde, hvor psykiatrisk afsnit er den **første kontakt** efter voldshændelse eller selvtilføjet skade.

Definitioner på selvmordsforsøg med videre er beskrevet i det generelle kapitel om skaderegistrering og registrering af ydre årsager til skade – se [kapitel 8](#).

Det er obligatorisk for psykiatriske skadestuepatienter at indberette slutdato og udskrivningstime.

Slutdato	Dato for afslutning af skadestuekontakt Værdisæt: Valid dato
Udskrivningstime	Klokkeslæt i hele timer for afslutning af skadestuekontakt Værdisæt: 00-23
Ydelser	Der er ud over radiologiske procedurer ingen obligatoriske krav til ydelsesregistrering ved skadestuebesøg. Ydelser givet ved skadestuebesøg kan registreres som selvstændige ydelser uden tidsforbrug, inklusiv assistancer.

7.8.1 Udlevering af medicin, receptfornyelse m.m.

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

Kun hvis patienten **ikke** har en igangværende kontakt på sygehuset, registreres et skadestuebesøg.

8 Skaderegistrering

Alle tilfælde af tilskadekomst som baggrund for patientkontakt indebærer registrering af kontaktårsag.

Kontaktårsagen er ”trigger” for de yderligere krav til specificering af de ydre årsager til skade.

Det er obligatorisk at registrere kontaktårsag for

- alle skadestuekontakter (somatiske og psykiatriske)
- somatiske indlæggelser med aktionsdiagnose DS000-DT799 (skader inklusiv forgiftninger, se [afsnit 8.4](#))

Kontaktårsagen angiver grunden til den aktuelle kontaktstart. Der eksisterer otte forskellige kontaktårsager for en skadestuekontakt. Kontaktårsagerne er beskrevet i følgende tabel:

Værdi	Kontaktårsag	Beskrivelse
1	Sygdom	Tilstand herunder sygdom eller mistanke om dette uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion Eksempler: - indlæggelser begrundet i sygdom - indlæggelser begrundet i retsligt forhold - tvangsindlæggelser (rød og gul) - tvangstilbageholdelse - langvarig legemsbeskadigelse, hvor der ikke er tale om egentlig ulykke – for eksempel nedslidning; inklusiv arbejdsbetingede sygdomme, der ikke er arbejdsulykker - forgiftning: Som følge af længerevarende påvirkning (48 timer eller derover), eller hvor påvirkningen ikke er betinget af ulykkesomstændigheder - selvmutilation det vil sige bevidst selvtilføjet skade, der ikke er selvmordsforsøg - bivirkninger og andre komplikationer til medicinsk og kirurgisk behandling ved normal terapeutisk dosering henholdsvis 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 Eksklusiv - selvmordsforsøg, se afsnit 8.3 - indlæggelser til mentalundersøgelse uden kendt sygdom – se (8) andet
2	Ulykke	Tilstand herunder sygdom eller 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 Eksempler: - akut legemlig overbelastning for eksempel forløftning, forvridning, træde galt... - forgiftning: Som følge af kortvarig påvirkning (mindre end 48 timer) eller betinget af ulykkesomstændigheder - angreb af dyr og insekter - overeksponering af naturlig varme, kulde, lys og stråling for eksempel solskoldning, hedeslag og forfrysning - ulykker ved medicinsk/kirurgisk behandling - komplikationer til undersøgelse og behandling, der er opstået som følge af utilsigtet og uhensigtsmæssigt udført procedure eller handling, herunder ved fejl dosering af lægemidler
3	Vold	Tilstand herunder sygdom eller mistanke om dette, som følge af intenderet vold Eksempler: - slagsmål, håndgemæng og mishandling - seksuelle overgreb
4	Selvmondsforsøg	Tilstand herunder sygdom eller 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 afsnit 8.3 Eksklusiv - selvmutilation - se (1) sygdom
5	Senfølge	Blivende eller længerevarende følge af tidligere behandlet skade, der er til stede efter minimum et år efter den primære skade. Den primære skade skal være en følge af ulykke, vold eller selvmordsforsøg. Det er sjældent, at en senfølge giver anledning til en skadestuekontakt. Eksempler: Ny kontakt på skadestue begrundet i: - kronisk knoglebetændelse efter tidligere behandlet knoglebrug - blivende lammelse i ekstremitet efter tidligere traume - compartmentsyndrom efter tidligere behandlet knusningslæsion af underben Eksklusiv - følge af tidligere behandlet sygdom se (1) sygdom
7	Komplet skaderegistrering foretaget på tidligere kontakt	Anvendes ved sekundær kontakt med sundhedsvæsenet, dvs. hvor der allerede tidligere har været kontakt med komplet skaderegistrering Eksempler: - opfølgende behandling på skadestuekontakt med fuld skaderegistrering foretaget tidligere - ved viderehenvielse af patient efter behandling (med fuld

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

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 skadediagnosen. Det skal præciseres, at kontaktårsag 7 også kan anvendes, når de to kontakter er på forskellige sygehuse.

Et eksempel, hvor anvendelse af kontaktårsagskode 7 kan anvendes:

En person bliver behandlet for knoglebrud på højre arm ved at få armen lagt i gips, og der bliver foretaget en komplet skaderegistrering på skadestuen. Hvis patienten bliver behandlet opfølgende, for eksempel at gipsen skal af eller genanlægges, eller som følge af komplikationer, for eksempel at gipsen er for stram, eller der er opstået en infektion, kodes denne anden kontakt med kontaktårsag 7.

Den korrekte kontaktårsag kan bestemmes ud fra figur 8.

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 skadediagnosen. Det skal præciseres, at kontaktårsag 7 også kan anvendes, når de to kontakter er på forskellige sygehuse. En person bliver behandlet for knoglebrud på højre arm ved at få armen lagt i gips, og der bliver foretaget en komplet skaderegistrering på skadestuen. Hvis patienten bliver behandlet opfølgende, for eksempel at gipsen skal af eller genanlægges, eller som følge af komplikationer, for eksempel at gipsen er for stram, eller der er opstået en infektion, kodes denne anden kontakt med kontaktårsag 7. Den korrekte kontaktårsag kan bestemmes ud fra figur 8.

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.

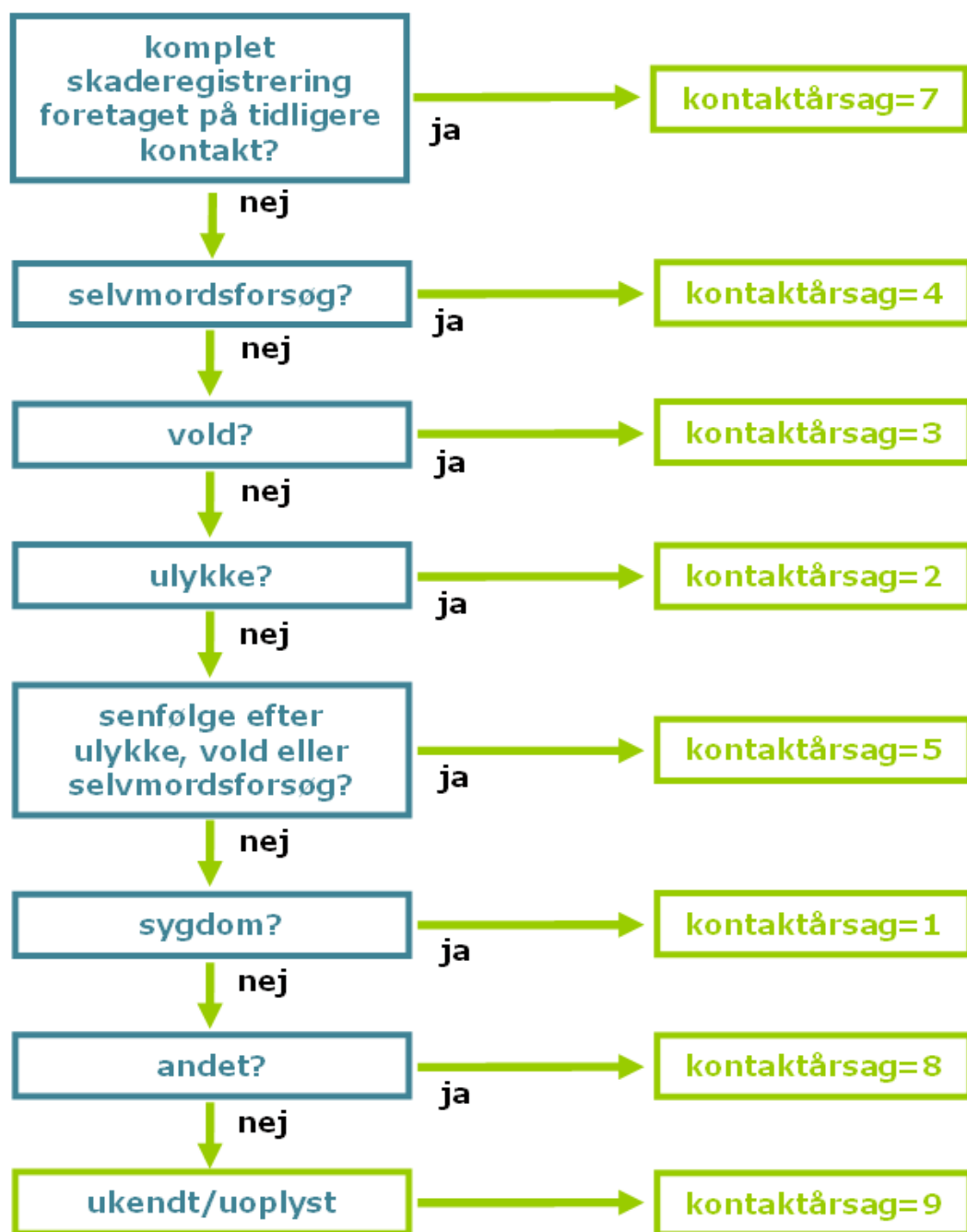
Kontaktårsag (1) 'Sygdom' anvendes efter kronologisk udelukkelse af de andre specificerede kontaktårsager.

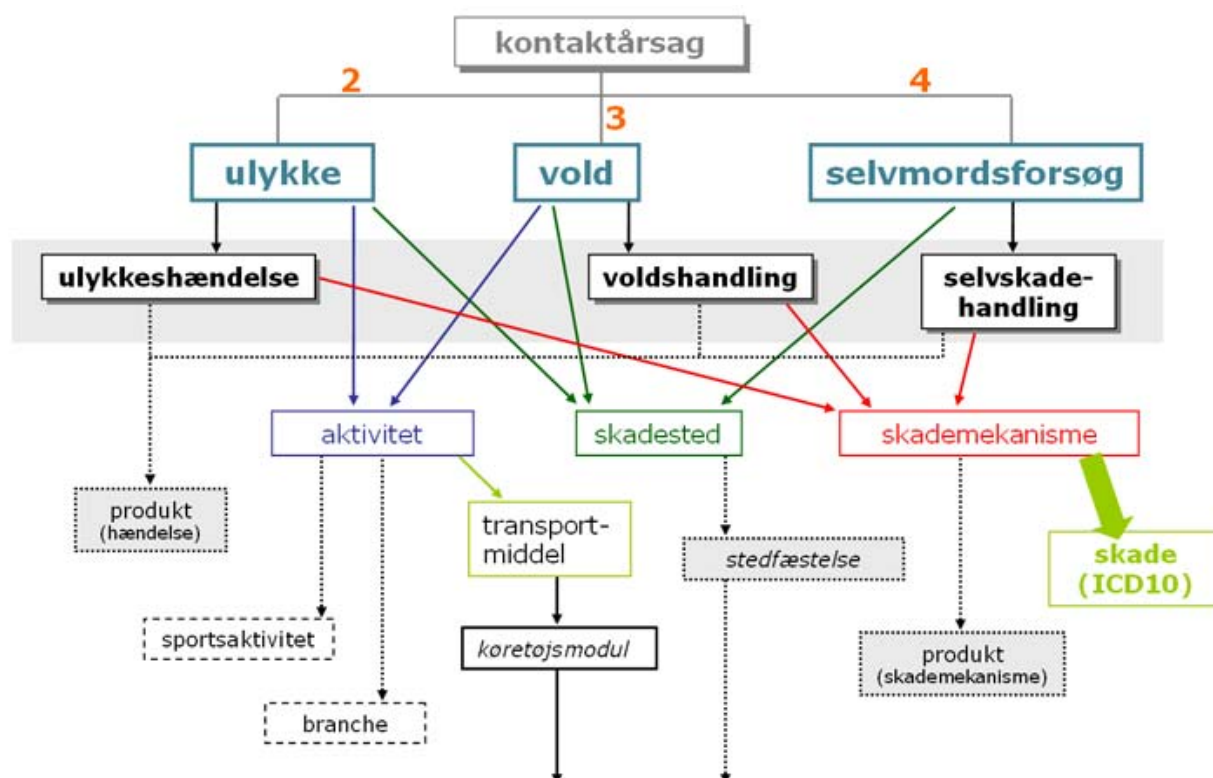
Kontaktårsag (8) 'Andet' anvendes ved anden specificeret årsag til kontakt, der ikke er dækket af de øvrige specificerede

Kontaktårsag (9) 'Ukendt/uoplyst' anvendes kun, hvis det ikke er muligt at identificere den korrekte kontaktårsag, for eksempel ved bevidstløs indbragt.

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

Afhængig af kontaktårsagen er der forskellige krav til den videre registrering og indberetning. Ved kontaktårsag 2 'Ulykke', 3 'Vold' og 4 'Selvmordsforsøg' skal der obligatorisk registreres koder efter gældende "Klassifikation af ydre årsager til skade". Registreringen er grafisk illustreret i figur 8.a.

Figur 8 Fastlæggelse af kontaktårsag**Figur 8.a Kontaktårsag og skadeindberetning opbygning**



8.1 Skadesindberetning til LPR

Skadesindberetning for skadestuepatienter

For skadestuepatienter skal der altid registreres kontaktårsag. Ved kontaktårsagerne 2, 3 og 4 skal der herudover registreres koder for ydre årsager til skade.

Ved kontaktårsag 2 'Ulykke', 3 'Vold' og 4 'Selvmordsforsøg', skal der for somatiske skadestuepatienter være en aktionsdiagnose i intervallerne DR00*-999, DS00*-DT799 eller DZ00*-999.

For psykiatriske skadestuepatienter er der særlige krav til aktionsdiagnosen ved kontaktårsagerne 3 og 4 – se [afsnit 7.8](#). Ved de øvrige kontaktårsager skal aktionsdiagnosen følge de generelle krav til psykiatriske aktionsdiagnoser – se [afsnit 7.1](#).

Skadesindberetning for indlagte patienter

For indlagte somatiske patienter, hvor aktionsdiagnosen registreres som læsion, forgiftning eller andre følger af ydre påvirkning (DS00*-DT799), indberettes kontaktårsag og koder for ydre årsager til skade ved kontaktårsagerne 2, 3 og 4.

Denne registrering gælder ikke for komplikationer til behandling (DT80-98) – se [kapitel 11](#) og lægemiddelbivirkninger i [afsnit 9.5.5](#)

For indlagte psykiatriske patienter er registrering af kontaktårsag frivillig.

Tabel 8.1

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 Bemærkning: Inkl. lønnet arbejde (aktivitet=EUA1) og lønnet transportarbejde (EUA0)
transportulykke	ulykke der involverer et transportmiddel eller et dyr, som anvendes til at bringe personer eller gods fra et sted til et andet Bemærkning: Inkl. transport (ikke lønnet) (aktivitet=EUA2) og lønnet transportarbejde (EUA0)
hændelse (skadehændelse)	begivenhed der forudgår skademekanismen og er en forudsætning for skadeopståen Bemærkning: Omfatter registreringsmæssigt ulykkeshændelse, voldshandling samt selvskadehandling
ulykkeshændelse	hændelse der utilsigtet fører til skade
voldshandling	hændelse i form af tilsigtet handling, der med forsæt fører til skade på

	anden person
selvskadehandling (selvmordshandling)	hændelse i form af tilsigtet handling, der med forsæt fører til skade på egen person
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
transportmiddel	transportmiddel involveret i ulykkeshændelse Bemærkning: Obligatorisk ved transportulykke
transportform for tilskadekomne	skaderamtes transportform på ulykkestidspunktet Bemærkning: Obligatorisk ved køretøjsulykke
transportform for modpart	modpartens transportform på ulykkestidspunktet Obligatorisk ved køretøjsulykke
uheldssituation	specificerer omstændighederne ved en køretøjsulykke Bemærkning: eks. eneuheld, modpart i modsat færdselsretning Kan anvendes ved køretøjsulykke
trafikanontrolle for tilskadekomne	skaderamtes trafikanontrolle på ulykkestidspunktet Bemærkning: eks. fodgænger, buspassager Kan anvendes ved køretøjsulykke
sportsaktivitet	kan anvendes til yderligere specificering af skaderamtes sportsaktivitet på ulykkestidspunktet eller tidspunktet for voldshandling
branche	skaderamtes arbejdsgivers brancheområde Bemærkning: Kan anvendes ved arbejdsulykker
produkt ved hændelse	involveret produkt i hændelse
produkt ved skademekanisme	involveret produkt i skademekanisme

8.2 Registrering af ydre årsag til skade

Helt basalt består skaderegistrering af kontaktårsag, diagnose(r) samt koder for ydre årsager til skade.

Registreringens principper er overordnet vist i [figur 8.a](#) nederst i afsnit 8.

Vedrørende kontaktårsag se [afsnit 8](#).

Til kontaktårsag 2 'Ulykke', 3 'Vold' og 4 'Selvmordsforsøg' knytter sig et værdisæt efter gældende "Klassifikation af ydre årsager til skade" (EU-koder).

Skaderegistreringens overordnede opbygning og regler

Kontaktårsag	2: Ulykke	3: Vold	4: Selvmordsforsøg
Aktionsdiagnose	Somatik: DR00*-99*, DS00*-DT799 eller DZ00*-999 Psykiatri: tilladte psykiatriske diagnoser, se liste afsnit 7.1 ; vold: DX85*-99* el. DY00*-09*; selvmordsforsøg: DX60*-84*		
Hændelse/handling EUH/V/W??	O	O	O
- produkt EUX???	X	X	X
Skademekanisme EUS??	O	O	O
- produkt EUY???	X	X	X
Skadested EUG?	O	O	O
- X-koordinat (tal)	X	X	X
- Y-koordinat (tal)	X	X	X
- X,Y-præcision EUZ?	X	X	X
- UTM-zone (32/33)	X	X	X
Aktivitet EUA?	O	O	(X)
- sportsaktivitet EUC??	X	X	(X)
- branche EUE?	X	X	(X)
Transportmiddel EUK?	O ved EUA0/2 = transportulykke	X	(X)
- transportform tilskadekomne EUP?	O ved EUK0 = køretøjsulykke	X	(X)
- transportform modpart EUM?	O ved EUK0 = køretøjsulykke	X	(X)
- trafikontrolle EUT?	X	X	(X)
- uheldssituation EUU?	X	X	(X)

EUK0 definerer køretøjsulykke

O – obligatorisk registrering

X – frivillig registrering

(X) - ikke medtaget i LPR -registreringen

8.2.1 Sammenhængen mellem skadehændelsen, skademekanismen og skaden

Skadehændelsen beskriver, hvad der gik galt. Hændelsen går forud for den direkte skadevoldende mekanisme, der igen medfører skaden.

Eksempler:

En mand falder fra et stillads = skadehændelsen: hvorfor skete skaden, hvad gik galt?

Manden rammer et betongulv = skademekanismen: hvordan opstod selve skaden?

Manden brækker benet = selve skaden: registreres som diagnose

skadehændelse	skademekanisme	skade(r)
fald fra stillads	slag (mod betongulv)	brækket ben
fald på glat gulv	slået (hovedet mod radiator)	flækket øjenbryn
fald på cykel	ramt mod (stander til vejskilt)	brækket underarm
fejlbetjening af kædesav	savning (i underben)	dybt forurennet sår i underben
vrikket om	forvredet (ankel)	distorsion af ankel
barn faldet af gynge	slået (hoved i jorden)	hjernerystelse
metalfragment frigjort ved fræsning	gennemboring (af hornhinde)	penetrerende læsion i øje
barn slugt knapbatteri	blokering af luftveje	fremmedlegeme i strube
badmintonspil...	ramt af (bold i øjet)	blødning i øjet
brand...	inhalation af røg	røgforgiftning

8.2.2 Skadehændelse

Skadehændelsen er den begivenhed, der forudgår selve skademekanismen. Hændelsen er den nødvendige forudsætning for det videre forløb, der fører til skade.

Hændelsen er det primære forebyggelige element i skadeforløbet.

Hændelse og skademekanisme kan være samtidige (oftest), og de kan være adskilt i tid.

Det er obligatorisk at registrere skadehændelsen – svarende til kontaktårsagen - ved kontaktårsag 2, 3 og 4. Hændelserne 'Ulykkeshændelse', 'Volds-handling' og 'Selvskadehandling' registreres obligatorisk ved hjælp af nedenstående klassifikationer. Kodenniveauet i de følgende tabeller angiver minimum for specificeringsniveauet.

I forbindelse med hændelsen er der mulighed for at specificere det involverede produkt, dvs. det eller de produkt(er) der indgår i den klassificerede hændelse.

Produktklassifikationen (EUX 6 karakter niveau) og mere specificerede kodemuligheder kan ses på [Skaderegistrering](#)

Kode	Ulykkeshændelser
EUHA0	Udløsning af energi ved eksplosion, lufttryk, ild og flammer (brand)
EUHA1	Udløsning af anden energiform Inkl.: Elektricitet, varme, kulde, stråling, lyd
EUHA2	Udløsning af kemisk substans Inkl.: Faste, flydende og gasformige kemikalier Ekskl.: Lægemidler og andre biologiske midler – se EUHJ0
EUHB0	Kollaps, brud og deformation af materiale
EUHC9	Fejlfunktion og mistet kontrol over udstyr, materialer og andre objekter Inkl.: Våben
EUHD0	Fejlfunktion og mistet kontrol over transportmiddel
EUHD1	Fejlfunktion og mistet kontrol over transportsystem Inkl.: Løfte- og hejsesystemer, transportører og systemer til gods- og persontransport Bemærk: fx skilift, rulletrappe, rullende fortov
EUHE0	Fald
EUHF0	Uhensigtsmæssig bevægelse
EUHG0	Handling med kontakt med levende væsen eller genstand med utilsigtet konsekvens (ikke klassificeret andetsteds)
EUHH0	Anden ulykkeshændelse udløst af skaderamte selv
EUHJ0	Utilsigtet fejlbrug af biologisk substans Inkl.: Fejlagtigt indtaget stof, stof fejlagtigt indtaget i forkert dosis (fejldosering) Inkl.: Lægemidler og psykostimulerende stoffer
EUHZ9	Anden og ikke specificeret ulykkeshændelse

Kode	Voldshandlinger

EUVA0	Voldshandling ved eksplosion, lufttryk og ild, flammer (brand)
EUVA1	Voldshandling med anden energiform
EUVA2	Voldshandling med kemisk substans Inkl.: Faste, flydende og gasformige kemikalier Ekskl.: Lægemidler og andre biologiske midler – se EUVJ0
EUVB0	Voldshandling ved kollaps af materiale
EUVC0	Voldshandling med brug af våben
EUVC9	Voldshandling med brug af andet udstyr, materiale, objekt
EUVD0	Voldshandling med brug af transportmiddel
EUVE0	Voldshandling med skub, træk resulterende i fald
EUVG0	Voldshandling ved fysisk kontakt med levende væsen
EUVG1	Seksuelt overgreb
EUVJ0	Voldshandling med brug af biologisk substans Inkl.: Lægemidler og psykostimulerende stoffer
EUVK0	Vanrøgt, misrøgt og anden mishandling
EUVZ9	Anden og ikke specificeret voldshandling

Kode	Selvskadehandling
	Denne klassifikation omfatter alle former for selvskadende handlinger. Registrering er kun obligatorisk ved selvmordsforsøg – se afsnit 8.3
EUWA0	Selvskadehandling ved eksplosion, lufttryk og ild, flammer (brand)
EUWA1	Selvskadehandling med anden energiform
EUWA2	Selvskadehandling med kemisk substans Inkl.: Faste, flydende og gasformige kemikalier Ekskl.: Lægemidler og andre biologiske midler – se EUWJ0
EUWB0	Selvskadehandling ved kollaps af materiale
EUWC0	Selvskadehandling med brug af våben
EUWC9	Selvskadehandling med brug af andet udstyr, materiale, objekt
EUWD0	Selvskadehandling med brug af transportmiddel
EUWE0	Spring resulterende i fald (selvskadehandling)
EUWG0	Selvskadehandling ved egen fysisk kraft, kontakt med levende væsen
EUWJ0	Selvskadehandling med brug af biologisk substans Inkl.: Lægemidler og psykostimulerende stoffer
EUWK0	Selv-misrøgt og anden selvmutilation
EUWZ9	Anden og ikke specificeret selvskadehandling

8.2.3 Skadested

Skadested skal obligatorisk registreres ved alle typer af skadehændelser. Skadested skal som minimum specificeres ved kodeniveauet angivet i tabellen.

Kode	Skadested
EUG0	Transportområde
EUG1	Boligområde
EUG2	Produktions- og værkstedsområde
EUG3	Butiks-, handels- og erhvervsområde Inkl.: Service område
EUG4	Institutionsområde og offentlig administration Inkl.: Skole
EUG5	Idræts- og sportsområde Ekskl.: Tilskuertribune (EUG6*)
EUG6	Forlystelses- og parkområde
EUG7	Fri natur Ekskl.: Hav og søområde (EUG8*)
EUG8	Hav- og søområde
EUG9	Andet og ikke specificeret skadested

mere specificerede kodemuligheder: [Skaderegistrering](#)

8.2.4 Stedfæstelse

I forbindelse med den obligatoriske angivelse af skadested kan der registreres stedfæstelse med X- og Y-koordinater.

Hvis dette foretages, skal koordinaterne suppleres med grad af præcision af den angivne stedfæstelse med en af følgende koder, X,Y-præcision:

EUZ1	præcis
EUZ2	på strækning
EUZ3	i nærheden
EUZ9	præcision kan ikke angives

De registrerede X- og Y-koordinater skal desuden zone-specificeres efter UTM-ETRS89, UTM-kode:

32	UTM-zone 32
33	UTM-zone 33

Stedfæstelse er særlig vigtig i forhold til at kunne identificere de trafikusikre områder med henblik på forebyggelse af trafikuheld.

8.2.5 Skademekanisme

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

Skademekanisme skal obligatorisk registreres ved kontaktårsag 2, 3 og 4. Skademekanisme skal som minimum specificeres ved kodeniveauet i tabellen:

Kode	Skademekanisme
EUSA0	Slag og stød, skaderamte i bevægelse
EUSA1	Slag og stød, ramt af objekt eller væsen i bevægelse
EUSA2	Slag og stød, skaderamte og objekt eller væsen i bevægelse
EUSA9	Slag og stød, bevægelse ikke specificeret
EUSB0	Snit og anden mekanisk påvirkning af hud (slimhinde)
EUSC0	Klemmt, mast (mellem)(under)
EUSD0	Kvælning (asfyksi)
EUSE0	Kemisk effekt ved kontakt, indtagelse, inhalation mv.
EUSF0	Varmeeffekt
EUSF1	Kuldeeffekt
EUSG0	Elektrisk, strålings- og anden energieffekt
EUSH0	Lufttryk effekt
EUSJ0	Akut overbelastning af krop, kropsdel
EUSZ9	Anden og ikke specificeret skademekanisme

I forbindelse med skademekanisme er der mulighed for at specificere involveret produkt, dvs. det produkt eller de produkter der forårsager skaden på personen. Mere specificerede kodemuligheder og produktklassifikationen (EUY) ses her [Skaderegistrering](#)

8.2.6 Aktivitet

Personens aktivitet på skadetidspunktet skal obligatorisk registreres ved kontaktårsag 2 'Ulykke' og kontaktårsag 3 'Vold'. Aktiviteten skal som minimum specificeres ved det angivne kodeniveau i følgende tabel.

Kode	Aktivitet
EUA0	Lønnet arbejde med transport Inkl.: Professionel sport, der involverer transportmiddel Ekskl.: Transport til og fra arbejde – se EUA2 (21)
EUA1	Lønnet arbejde Inkl.: Professionel sport, der involverer transportmiddel
EUA2	Transport Inkl.: Transport til og fra arbejde, uddannelse og sport Ekskl.: Lønnet transportarbejde – se EUA0

	Bemærkning: 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 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) Bemærkning: 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 uden specifikation

I forbindelse med ulykke er det 'Aktivitet', der definerer, om der er tale om en arbejdsulykke (EUA0* og EUA1*). Ved arbejdsulykker er der mulighed for at registrere 'Branche' for den virksomhed, hvor skaderamte er ansat.

I forbindelse med sports- og træningsaktiviteter er der mulighed for at specificere den aktuelle sportsaktivitet.

Aktiviteterne EUA0* og EUA2* definerer transportulykker – se listen.

Mere specificerede kodemuligheder kan ses i skadevejledningen, [skaderegistrering](#).

8.2.7 Transport- og køretøjsulykker

Begreb	Definition/beskrivelse
køretøjsulykke	ulykke, hvor der har været indblandet mindst ét kørende køretøj

Under kontakårsag 2 'Ulykke' skal der ved transportulykker inden for 'Lønnet transportarbejde' (EUA0*) og 'Transport' (ikke lønnet, EUA2*) obligatorisk registreres kode for det transportmiddel, der er involveret i ulykken.

Hvis flere transportmidler er involveret, registreres den øverste relevante EUK-kode, for eksempel 'Køretøj' ved sammenstød mellem cyklist (tilskadekomne) og hest.

Kode	Transportmiddel(involveret)
EUK0	Køretøj
EUK1	Dyr
EUK2	Sporvogn
EUK3	Tog/metro
EUK4	Skib

EUK5	Flyvemaskine
EUK6	Fodgænger *)
EUK7	Transportmiddel ikke involveret i tilskadekomst *)
EUK8	Andet specificeret transportmiddel
EUK9	Transportmiddel, uspecificeret

EUK0 definerer køretøjsulykke

*) eksempler på anvendelsen findes i eksempelsamlingen under [Skaderegistrering](#). Her ses også klassifikationerne som anvendes i forbindelse med skader.

Hvis det er et 'Køretøj' (EUK0), der er involveret i trafikuheldet, skal der obligatorisk registreres transportform for tilskadekomne og transportform for modpart.

Kode	Transportform for tilskadekomne
EUP1	Til fods Inkl.: Rulleskøjter, skateboard og lignende Bemærk: Alle tilfælde, hvor skaderamte uanset aktivitet påkøres af et køretøj, fx cafégæst; barn, der leger på parkeringsplads; havemand, der rammes af (ukontrolleret) køretøj
EUP2	På cykel
EUP3	På knallert
EUP4	På motorcykel (scooter)
EUP5	I personbil
EUP6	I varevogn
EUP7	I lastbil (bus)
EUP8	Anden transportform for tilskadekomne
EUP9	Transportform for tilskadekomne, uspecificeret

Kode	Transportform for modpart
EUM0	Ingen modpart
EUM1	Til fods
EUM2	På cykel
EUM3	På knallert
EUM4	På motorcykel (scooter)
EUM5	I personbil
EUM6	I varevogn
EUM7	I lastbil (bus)
EUM8	Anden transportform for modpart
EUM9	Transportform for modpart, uspecificeret

Registreringen af transportform for tilskadekomne henholdsvis modpart ved køretøjsulykker kan suppleres med registrering af ”uheldssituation” (EUA) og ”trafikanontrolle for tilskadekomne” (EUT).

Eksempel:

Barn på vej til skole på barnecykel er kørt ind i en kantsten, er væltet og har brækket hånden

Kontaktårsag	2	Ulykke
aktionsdiagnose	(A)DS620	Fractura ossis navicularis manus
ulykkeshændelse	EUHD01	Egen mistet kontrol over transportmiddel
produkt/hændelse	EUXK2004	Barnecykel
skademekanisme	EUSA0	Slag og stød, skaderamte i bevægelse
produkt/skademekanisme	EUYB1002	Fortovskant, kantsten
skadested	EUG0	Transportområde
aktivitet	EUA2	Transport (det vil sige transportulykke)
transportmiddel	EUK0	Køretøj (det vil sige køretøjsulykke)
transportform, tilskadekomne	EUP2	På cykel
transportform, modpart	EUM0	Ingen modpart
uheldssituation	EUU0	Eneuheld
trafikanontrolle, tilskadekomne	EUT1	Fører

8.3 Indberetning af selvmordsforsøg

Begreb	Definition/beskrivelse
selvmordsforsøg	handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller lignende eller udviser anden ikke-vanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser

Flere undersøgelser peger på en betydelig fejlregistrering af selvmordsforsøg og selvmord 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 somatiske skadestue, der har den primære kontakt. I sjældnere tilfælde kan det dog også være en psykiatrisk skadestue. 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 opgave 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.

Ved identifikation af de reelle selvmordsforsøg kan den bedste behandling igangsættes. Den korrekte opfølgning, på de patienter der har forsøgt at begå selvmord, er en vigtig faktor for afværgelse af et senere fuldbyrdet selvmord, og afdelingerne er forpligtede til umiddelbart at sørge for, at der bliver fulgt op på patienten, 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 (skade)kontakten, skal der følges op på dette med korrektion af kontaktårsag og registrering af koder for ydre årsager på baggrund af de indhentede oplysninger.

8.3.1 Registrering af selvmordsforsøg

Følgende registreringer af ”ydre årsager” foretages både for indlagte patienter og skadestuepatienter:

Kontaktårsag 4	Selvmondsforsøg
kræver registrering af yderligere oplysninger vedrørende selvskadehandling, skademekanisme og skadested	
Selvskadehandling	EUW??*
Skademekanisme	EUS??*
Skadested	EUG?*

Hændelsen, det vil sige handlingen ved selvmordsforsøg, registreres obligatorisk ved hjælp af klassifikation af ’Selvskadehandling’ (EUW-koder). Klassifikationen omfatter alle former for selvskadehandling, men registreringen er kun obligatorisk ved selvmordsforsøg.

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

Den obligatoriske registrering af skadested kan suppleres med specifik stedfæstelse, se [afsnit 8.2.4](#).

8.4 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.

8.4.1 Klassificering

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

Forgiftningen registreres som en skade efter kapitel 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*-DT65*.

Ved observation på grund af 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 tillægskode.

8.4.2 Forgiftning som årsag til patientkontakt

Hvis forgiftning er årsag til sygehuskontakt, anvendes relevant kontaktårsag 2 ’Ulykke’, 3 ’Vold’ eller 4 ’Selvmordsforsøg’, og der foretages en komplet skaderegistrering – se [kapitel 8](#).

Vedrørende bivirkninger ved normal, terapeutisk dosering – se [afsnit 9.5.5](#)

8.4.3 Supplerende kodning

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

Eksempel:

Primær skadekontakt med behandling af forgiftning

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

Der skal desuden foretages en komplet skaderegistrering efter principperne beskrevet i [kapitel 8](#).

Kontaktårsagen kan være 2, 3 eller 4.

I den psykiatriske registrering anvendes særlige diagnosekoder (DF10-19) for ”intoksikation” som manifestation ved forgiftning med psykoaktive stoffer – se [afsnit 9.5.4](#) om diagnoseregistrering ved misbrug.

8.4.4 Lægemiddelforgiftninger

Lægemiddelforgiftninger 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 [afsnit 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:

Kode	Kodetekst
(A)DT460	Forgiftning med lægemiddel af kendt art med virkning primært på hjerte og kredsløb
(+)MC01AA05	digoxin

Der skal desuden foretages en komplet skaderegistrering efter principperne beskrevet i kapitel 8. Kontaktårsagen kan være 2, 3 eller 4.

8.4.5 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 euforiserende svampe
DT409B	Forgiftning med meskalin
DT409C	Forgiftning med psilocin
DT409D	Forgiftning med psilocybin
DT409X	Forgiftning ved blandingsmisbrug med hallucinogener
DT409Z	Forgiftning med hallucinogen UNS
DT43	Forgiftninger med andre psykotrope midler, Ikke klassificeret andetsteds
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 antipsykotisk eller neuroleptisk lægemiddel
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 [afsnit](#)

[9.5.4](#)

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

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.

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
midlertidig diagnose ’M’	diagnose der anvendes som arbejdsdiagnose i det kliniske undersøgelses- og behandlingsforløb Bemærkning: Må kun anvendes for åbne somatiske ambulante kontakter.
komplikation til procedure ’C’ (komplikation)	tilstand som er en utilsigtet følge af en procedure Bemærkning: Erstatte ikke registrering af kontaktens relevante aktions- og bidiagnoser. Kodeart ’C’ er fakultativ – se afsnit 9.2.6.1
tillægskode ’+’	SKS-kode der supplerer primærkodens betydning Bemærkning: Se afsnit 9.3 om ”Tillægskodning”. Primærkode: diagnose- eller procedurekode Det skal bemærkes, at tillægskode ikke er det samme som bidiagnose.

Der skal registreres diagnoser på åbne ambulante kontakter senest én måned efter første besøg, og for psykiatriske indlagte patienter senest én 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 bogen men findes i den elektroniske version af klassifikationen, der bliver opdateret hvert kvartal. Sygehusenes patientadministrative systemer bliver løbende opdateret med den aktuelle SKS-

version, som også kan ses og hentes fra [SKS-browseren](#).

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

Forgiftninger med psykoaktive stoffer, se [afsnit 8.4](#), skal kodes på højeste registreringsniveau.

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'
- ved konkurrerende diagnoser anføres den væsentligste som aktionsdiagnose. De øvrige diagnoser medtages altid efterfølgende som bidiagnoser, der indberettes med diagnoseart 'B'
- tilgrundliggende sygdom med klinisk betydning for den aktuelle kontakt registreres som bidiagnose
- kontaktens øvrige klinisk relevante diagnoser, herunder eventuelle betydende komplikationer og symptomer, anføres som bidiagnoser
- der må ikke være diagnoser for sygdomme, som patienten ikke har, eller ikke har haft i løbet af kontakten

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

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

9.2 Diagnosearter

Diagnosearterne er defineret i starten af [kapitel 9](#). Der skal altid indberettes en aktionsdiagnose for en afsluttet kontakt. Der kan kun indberettes én aktionsdiagnose, og én henvisningsdiagnose per kontakt. Kontaktens diagnoseregistrering suppleres med de klinisk relevante bidiagnoser.

9.2.1 Aktionsdiagnose

Vedrørende diagnoseregistrering og ambulante kontakter, herunder overskrivning af aktionsdiagnosen – se også [kapitel 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.

Eksempler:

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

Kode	Kodetekst
ADM545	Lændesmerter UNS
(B)DC795B	Metastase i knogle
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(B)DC619	Prostatakræft UNS
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Patient med kendt malign blæresygdom indlagt og behandlet for hæmaturi

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

Principperne for valg af aktionsdiagnose er beskrevet i indledningen til bind 1 af ”Klassifikation af sygdomme”. Den registrerede aktionsdiagnose ved afslutning af patienter skal angive den tilstand, der har ført til indlæggelse, plejebehov, 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.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at der også kan kodes for ”mistanke om” (obs pro, ej befundet/ikke afkræftet - se [afsnit 9.5.1](#)) og andre årsager til kontakten som for eksempel ’kontrolundersøgelse efter behandling’. Disse muligheder anvendes på kontakter, hvor patienten ikke har en ”rigtig diagnose”, det vil sige i udredningsfasen og i kontrolfasen, hvor den tidligere sygdom er helbredt.

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.

9.2.2 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 anvendes ofte i forbindelse med registrering af henvisningsdiagnose.

9.2.4 Midlertidige diagnoser

På en uafsluttet ambulant somatisk kontakt kan midlertidig diagnose registreres og indberettes med diagnoseart 'M'.

Diagnoseart 'M' må ikke forekomme i indberetningen af afsluttede kontakter og må ikke anvendes i psykiatrien.

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

9.2.5 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 [kapitel 11](#)

Vedr. diagnoseregistrering ved bivirkninger til lægemidler – se [afsnit 9.5.5](#).

9.2.5.1 Kodeart "C" (komplikation)

Ved indberetning til LPR kan kodearten 'C' anvendes til indberetning af komplikationer#. Dette er særligt anvendeligt, hvor LPR ønskes anvendt til kliniske oplysninger om opståede komplikationer, der ikke skal fremgå af diagnoseregistreringen (diagnoseart A eller B) – for eksempel til brug for kvalitetsmonitorering i klinisk kvalitetsdatabase.

Eksempel:

Patient opereret for prostatacancer

Kode	Kodetekst
(A)DC619	Prostatakræft UNS
(B)DE114	Type 2-diabetes med neurologisk komplikation
(C)DT812G	Utilsigtet peroperativ punktur eller læsion af gastrointestinalkanalen
(C)DT810G	Prostoperativ blødning UNS

I eksemplet er C-tilstandene afhjulpet peroperativt henholdsvis postoperativt uden yderligere komplikationer eller konsekvenser for patienten. Disse tilstande skal derfor i dette tilfælde ikke registreres som (bi) diagnoser.

#) Ikke alle patientadministrative systemer understøtter denne registrering.

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 yderligere omtalt i skaderegistrering [kapitel 8](#), procedureregistrering [afsnit 10.12](#) og Cancerregistrering [afsnit 13.4](#).

Eksempler:

Andre eksempler er specifikation af en operationskode eller anden procedurekode med indikation (diagnosekode anvendt som tillægskode) eller specificering af en komplikation til en operation, idet komplikationen angives som en diagnosekode (primærkode) efterfulgt af operationskoden som tillægskode (som årsag til komplikationen) – se [kapitel 11](#) om de særlige krav til registrering ved infektioner som komplikation til undersøgelse og behandling.

Kode	Kodetekst
(P)KLAE20	Dobbeltsidig ooforektomi
(+)DC509	brystkræft UNS

Kode	Kodetekst
(A)DO821A	Enkeltfødsel ved akut kejsersnit
(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 med hensyn til detaljeringsgrad.

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

Der er desuden krav om tillægskode for sideangivelse ved visse diagnoser og procedurer.

Eksempler:

Kode	Kodetekst
(A)DM230	Meniskcyste
(+)TUL1	højresidig

Kravene gælder både for aktions- og bidiagnoser.

ATC-koder indberettes inkl. det foranstillede 'M', som anvendes for SKS-koderne i

lægemiddelklassifikationen.

Kode	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 Cancerregistreret (CR) med særlige krav til indberetningen – se [kapitel 13](#).

Der stilles desuden specielle krav til diagnoseregistreringen ved skader - se [kapitel 8](#) som følge af ulykke, vold, selvmordsforsøg, forgiftninger, postinterventionelle infektioner - se [kapitel 11](#), ved fødsler og aborter - se [kapitel 12](#) samt ved psykiatri registrering - se [kapitel 7](#).

For nogle diagnosekoder gælder, at koden kun kan bruges i forhold til en given alder eller et bestemt køn. Disse regler knytter sig til den enkelte kode, og ved indberetning til LPR bliver der fejlsøgt for køn og/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) genoptræning, 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 på grund af mistanke om...'. Disse koder anvendes til angivelse af kontaktårsagen "obs. pro" (ej befundet eller ikke afkræftet) - det vil sige 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 ressourceatræk er anvendt til.

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

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"

Kode	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.

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

Andre eksempler med og uden anvendelse af tillægskoder:

Mistanke om heroinforgiftning

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

Meningitis obs. pro

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

Observation for epilepsi

Kode	Kodetekst

(A)DZ033A	Observation pga. mistanke om epilepsi
-----------	---------------------------------------

Mistanke om malignt melanom på trunkus

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

Mistanke om brystkræft

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

9.5.1.1 Afkræftet obs. pro

Det er muligt til en obs. pro (DZ03*) kode at angive aktuel status på udredningen med en tillægskode:

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*-DZ88*) og evt. tillægskode, der angiver den pågældende tilstand.

Eksempler:

Registreringen vil oftest være relevant som bidiagnose

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

Tilsvarende kan symptom eller følgetilstand specificeres med tillægskode:

Kode	Kodetekst
(B)DN469B	Azoospermi
(+)DQ532	dobbeltsidig 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 for eksempel de ambulante besøg, hvor der udføres (kliniske) kontrolundersøgelser.

Kontrolundersøgelse omfatter klinisk undersøgelse og kontrol, rådgivning, samtale og svar vedrørende 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 ’Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af psykoaktive stoffer’.

Ved tilstande klassificeret under følgende tre afsnit:

DF11 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af opioider

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

DF16 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af hallucinogener

...skal der angives tillægskode fra kodeafsnittene DT40 og DT43 (se [afsnit 8.4.5](#) til specificering af det (de) aktuelle stof(fer).

Eksempler:

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

Kode	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.

Eksempler:

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.

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

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

Der er for visse diagnosekoder obligatorisk krav om ATC-tillægskode. Se listen.

Bivirkning som årsag til patientkontakt

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

9.5.6 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 (evtuel symptomdiagnose).

Undersøgelser der er en del af et eksisterende behandlingsprogram, betragtes ikke som "screening", for eksempel øjenundersøgelse af diabetes patient uden øjensymptomer.

9.5.7 Registrering af hjernedød

Diagnosen DR991 'Hjernedød i henhold til Sundhedsloven § 176 og § 177' 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”.

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, mens det for skadestuepatienter kun er obligatorisk at registrere billeddiagnostiske undersøgelser. Der er således for skadestuer ikke krav om indberetning af udførte operationer.

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 vejledningsmateriale på www.sst.dk/patientregistrering

Tabel 10

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 sygehusafsnit der har udført en procedure
rekvirent	det sygehusafsnit der har bestilt en procedure
assistance	procedure hvor producenten er forskellig fra stamafdelingen
operation (operationskode)	procedure klassificeret i gældende "Klassifikation af operationer" (SKS)
kirurgisk indgreb (indgreb)	én eller flere operationer udført i samme seance
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 primære operation
reoperation	operation foretaget for en postoperativ komplikation inden for en måned efter den første operation

sekundær operation (sekundært indgreb)	opfølgende operation
tillægskode -kodeart: (+)	SKS-kode der supplerer primærkodens betydning

Primærkode: diagnose- eller procedurekode. I eksemplerne er kodeart (procedureart) vist i parenteser.

10.1 SKS-hovedgrupper

Procedurerne, der er inddelt i nedenstående hovedgrupper, kan ses på [SKS-browseren](#).

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” med henblik på 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. Sundheds- og Forebyggelsesministeriet vil løbende vedligeholde lister over hvilke koder, der er takstbærende – se <http://visualdrg.sst.dk>

10.1.2 Indberetningsstruktur

Udførte procedurer indberettes med:

- SKS-procedurekodenummer
- eventuelt tillægskode(r)
- proceduredato
- procedureklokkeslæt
- sygehus/afdelings-kodenummer for producerende afsnit (producent)
- procedureart for operationer

10.1.3 Assistancer

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

Der kan indberettes ambulante assistancer uden samtidig besøg på stamafdelingen, for eksempel 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 den producerende afdeling, der registrerer ydelserne.

Stamafdeling	Ortopædkirurgi
(A)DZ094J	Kontrolundersøgelse efter behandling af crusfraktur
UXRG30	Røntgenundersøgelse af crus (producent - røntgenafdelingen)

Hvis patienten derimod har en åben ambulant kontakt for en **anden sygdom**, skal ydelser givet i forbindelse med denne sygdom fortsat registreres på den kontakt, som hører til den anden sygdom.

10.2 Operationsregistrering

For indlagte og ambulante patienter skal udførte operationer registreres og indberettes til LPR. Der er ikke indberetningskrav for operationer udført på skadestuepatienter. Indberettede operationer indgår i DRG-afregningen af indlagte patienter og i den ambulante besøgsafregning (DAGS proceduregrupper). Operationer kodes efter ”Klassifikation af operationer” kapitel A - Y (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-browseren](#).

10.2.1 Anvendelse af operationsart

Analogt med diagnoserne skal der sammen med hver SKS-operationskode registreres en procedureart til markering af primære operation (P) og (øvrige) del-operationer (D) i 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 for eksempel ved samtidig dobbeltsidig indsættelse af hofteproteser.

Der findes dog en række koder med indbygget ”bilateralitet” fx KKFD46 ’Bilateral vasektomi eller ligatur af vas deferens’.

10.2.2 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 primær.

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

10.2.3 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 [afsnit 10.2.2](#), selvom termene alment sprogligt anvendes i flæng.

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

10.2.4 Mulig tillægskodning i forbindelse med kirurgisk indgreb

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

Kode	Kodetekst
ATA1	akut
ZPL01	rent sår, operationstidspunkt
ZPL02	potentielt kontamineret operationssår, operationstidspunkt
ZPL03	sikkert kontamineret operationssår, operationstidspunkt
ZPL04	svært kontamineret/inficeret operationssår, operationstidspkt.
ZPL08	andre infektionsoplysninger
ZPL08A	hudoverfladen ikke brudt
ZPL08D	infektion forårsaget af tidl. opr. i regionen med implantat <1år
ZPL08E	infektion forårsaget af tidl. opr. i regionen uden implantat <30dage
ZPL08X	infektion ikke forårsaget af tidligere operation
ZPL08Y	ingen infektion
ZPL08Z	intet sår
ZPL0A	peroperativ antibiotikaprofylakse givet
ZPL0B	peroperativ antibiotikaprofylakse ikke givet
ZPL0C	præoperativ antibiotikaprofylakse givet
ZPL0D	præoperativ antibiotikaprofylakse ikke givet
ZPL1A	peroperativ tromboseprofylakse givet
ZPL1B	peroperativ tromboseprofylakse ikke givet
ZPL1C	præoperativ tromboseprofylakse givet
ZPL1D	præoperativ tromboseprofylakse ikke givet

10.3 Indberetning af fysio- og ergoterapeutiske ydelser

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.

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

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

Vedrørende kravene til registrering af genoptræningsperioder – se [afsnit 10.4](#)

Liste over obligatoriske SKS koder findes under [Fysio- og ergoterapeuter](#)

Eksempler:

Fysioterapibehandling - Registrering af patient der behandles for lymfødem

Ved første fremmøde kodes der med:

Kode	Kodetekst
ZZ5049	Undersøgelse/vurdering
BMFF1	Lymfødembehandling
BVD	Information og vejledning

Ved efterfølgende fremmøder kodes der med

Kode	Kodetekst
BMFF1	Lymfødembehandling

Ergoterapeutbehandling - Registrering af patient der henvises med facialisparese og/eller synkeproblemer.

Ved første fremmøde kodes der med:

Kode	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 én procedure per fremmøde.

10.4 Genoptræning

Den 1. januar 2007 overtog kommunerne myndighedsansvaret for at tilbyde genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Denne genoptræning kan, jævnfør Sundhedslovens §140, udføres af:

- regionale sygehuse
- kommunale institutioner
- private institutioner

Denne beskrivelse omhandler kun genoptræning udført på sygehus. Genoptræning på sygehus skal obligatorisk indberettes og omfatter ud over ovennævnte også den genoptræning, der foregår under indlæggelse (inden udskrivning), og hvor myndighedsansvaret påhviler regionen.

Definitioner/beskrivelser

Genoptræning søges ofte afgrænset i forhold til behandling. Dette er på kodeniveau ikke muligt i alle tilfælde, idet der er en række (fysio-/ergoterapeutiske) ydelser, der i den konkrete situation kan være behandling, genoptræning, både-og og evt. også forebyggende (vedligeholdelse). Dette er baggrunden for, at de ambulante genoptræningsperioder skal ”indrammes” med start- og slutkoder.

10.4.1 Genoptræning efter Sundhedslovens § 140

Genoptræning er efter sundhedsloven (§140) beskrevet som en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende og personale med formålet, at patienten/borgeren opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne – bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt.

Genoptræningen rettes imod patientens funktionsnedsættelse(r), det vil sige problemer i kroppens funktioner eller anatomi samt aktivitets- og deltagelsesbegrænsninger.

Genoptræningsindsatsen kan omfatte somatiske patienter og psykiatriske patienter med et somatisk genoptræningsbehov.

En nedskrevet genoptræningsplan er en forudsætning for genoptræning.

Genoptræning afgrænses overfor egentræning. Den ambulante genoptræning opdeles i almindelig ambulant genoptræning og specialiseret ambulant genoptræning.

Genoptræning afgrænses definatorisk fra vedligeholdelsestræning.

Almindelig ambulant genoptræning

”Almindelig genoptræning” anvendes som betegnelse for den ambulante genoptræning, der ikke er specialiseret ambulant genoptræning.

Specialiseret ambulant genoptræning

”Specialiseret ambulant genoptræning” anvendes som betegnelse for en samlet genoptræningsindsats, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling.

Til specialiseret ambulant genoptræning medregnes genoptræningsydelser, der, af hensyn til patientens sikkerhed, forudsætter mulighed for bistand af andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi.

Specialiseret ambulant genoptræning udføres altid på sygehus.

Egentræning

Egentræning medregnes ikke til kategorierne almindelig genoptræning eller specialiseret genoptræning.

Udarbejdelse af genoptræningsplaner for egentræning er begrænset til tilfælde, hvor patienten modtager ydelser relevant for genoptræningen fra kommunen. Det kan være ydelser som hjemmehjælp, hjemmesygepleje etc.

Egentræning er, ud over registrering af udarbejdelse af genoptræningsplan for egentræning, ikke omfattet af registreringskrav.

10.4.2 Krav til registrering af genoptræning på sygehus

Genoptræning kan ske på eksisterende ambulant eller indlæggelseskontakt efter behandling eller sideløbende med behandling eller kontrol - eller på en selvstændig patientkontakt.

Ambulant genoptræning udført på sygehus skal obligatorisk indberettes til LPR. Kravene omfatter:

- udarbejdelse af **genoptræningsplan** for henholdsvis specialiseret ambulant genoptræning, almindelig ambulant genoptræning samt for egentræning. Genoptræningsplanen udarbejdes under sygehuskontakt og registreres på denne kontakt
- **administrative markører** for start og slut af specialiseret ambulant genoptræning henholdsvis start og slut af almindelig ambulant genoptræning. Kravet gælder kun for ambulante kontakter.
- specialiseret og almindelig genoptræning - fysio- og ergoterapeutiske **procedurekoder**. Kravet gælder alle patienttyper.

Fysio- og ergoterapeutiske ydelser er obligatoriske at registrere, uanset om formålet er behandling, genoptræning eller vedligeholdelsestræning.

10.4.3 Genoptræningsplaner

Udarbejdelser af genoptræningsplan skal obligatorisk registreres med en af følgende koder:

Kode	Kode for genoptræningsplaner
ZZ0175X	Udarbejdelse af genoptræningsplan, almindelig genoptræning
ZZ0175Y	Udarbejdelse af genoptræningsplan, specialiseret genoptræning
ZZ0175Z	Udarbejdelse af genoptræningsplan, egentræning

Koderne registreres som procedurekoder på dagen for færdiggørelse af genoptræningsplanen. Kravet gælder alle faggrupper.

10.4.4 Afgrænsning af perioder med specialiseret og almindelig ambulant genoptræning efter Sundhedslovens § 140

Det er et afgrænsningsmæssigt problem, at det for en del af procedurekoderne gælder, at disse i den konkrete situation kan være behandling eller genoptræning eller både-og.

Blandt andet for at kunne monitorere sygehusenes produktion af genoptræning i forhold til de kommunale udgifter til ambulant genoptræning er der behov for at indkredse perioder med specialiseret ambulant genoptræning hhv. perioder med almindelig ambulant genoptræning overfor behandlingsperioder.

Dette betyder, at der udover de faglige procedurekoder skal registreres administrative markører for start og slut af perioder med specialiseret ambulant genoptræning hhv. almindelig ambulant genoptræning.

Der anvendes følgende administrative procedurekoder:

Start		Slut	
AWG11	Specialiseret ambulantgenoptræning	AWX21	Afsluttet specialiseret ambulant genoptræning
AWG2	Almindelig ambulant genoptræning	AWX23	Afsluttet almindelig ambulant genoptræning

Principper for registrering

Koderne registreres som procedurekoder.

Start-kode registreres på dato for første genoptræningsdag i en sammenhængende genoptræningsperiode.

Slut-kode registreres på dato for sidste dag 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. Dette krav gælder under alle omstændigheder, dvs. også selvom genoptræningen varer til kontaktens afslutning, og også selvom genoptræningen evt. skal fortsætte på en ny patientkontakt.

Der kan godt være flere perioder, herunder af forskellig type, men der kan ikke være flere samtidige perioder på samme kontakt.

Fysio- og ergoterapeutiske procedurekoder, der ikke falder indenfor en periode med specialiseret eller almindelig ambulant genoptræning, regnes for ”behandling”.

10.4.5 Specialiseret ambulant genoptræning

Vedrørende administrativ markering af periode med specialiseret ambulant genoptræning - se [afsnit 10.4.4](#)

Specialiseret ambulant genoptræning forudsætter en genoptræningsplan for specialiseret genoptræning, se [afsnit 10.4.3](#).

Det faglige indhold af den specialiserede ambulante genoptræning dokumenteres ved de faglige procedurekoder, der indgår i genoptræningen. Kravet til koder (definitioner og minimumsspecificeringsniveau) fremgår af kodekatalogerne for fysioterapi hhv. ergoterapi.

Se under Fysio- og ergoterapi, [SKS-koder](#)

10.4.6 Almindelig ambulant genoptræning

Vedrørende administrativ markering af periode med almindelig ambulant genoptræning - se [afsnit 10.4.4](#).

Almindelig ambulant genoptræning forudsætter en genoptræningsplan for almindelig genoptræning, se [afsnit 10.4.3](#).

10.4.7 Diagnoseregistrering ved genoptræning

Genoptræning – specialiseret eller almindelig – kan indgå i en patientkontakt, der også indeholder andre ydelser som behandling (kirurgisk, medicinsk, fysioterapeutisk, ergoterapeutisk), efterbehandling og kontrol.

Ambulante genoptræningsperiode(r) skal markeres ved administrativ start- og slut-kode, se [afsnit 10.4.4](#).

Aktionsdiagnosen for kontakten skal ved afslutning være den vigtigste årsag (hovedindikationen) til kontakten. Hvis genoptræningsbehov har været vigtigste årsag (herunder eneste), 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 genoptræningsydelser.

10.5 ICF funktionsevnevurdering

ICF-klassifikationen (ICF) er den danske udgave af Verdenssundhedsorganisationens (WHO) ”International Classification of Functioning, Disability and Health”, på dansk ”Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand”. ICF er en international standard for beskrivelse af patientens funktionsevne/funktionsevnenedsættelse, herunder med mulighed for graduering.

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

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

Tabel 10.5 Valideringskrav

Valideringskrav (ved indberetning) er:

Akse	primær-kode	tillægskode (obligatorisk)	tillægskode (mulig)	tillægskode (mulig)	tillægskode (mulig)
Kroppens funktion	FB*	(+)FZBG1*			
Aktivitet	FA*	(+)FZAG1*	(+)FZAG2*	(+)FZAG3*	(+)FZAG4*
Deltagelse	FP*	(+)FZPG1*	(+)FZPG2*	(+)FZPG3*	(+)FZPG4*
Kroppens anatomi	FS*	(+)FZSG1*	(+)FZSG2*	(+)FZSG3*	
Omgivelses-faktor	FE*	(+)FZEG1*			

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

Eksempel:

ICF-primærkode med én tillægskode

Kode	Kodetekst
FB1440	Korttidshukommelse
(+)FZBG13	Omfattende funktionsnedsættelse

Der henvises til ICF-bogen (Munksgaard) samt brugervejledningen, der er udarbejdet af Marselisborg Centret (2005), som findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside under [udgivelser](#) samt til [WHO's](#) hjemmeside.

10.6 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” – se [neonatal hørescreening](#).

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

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

10.6.1 Diagnoseregistrering

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

Kode	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

10.6.2 Procedureregistrering

Hørescreeningen skal registreres med følgende udvalgte procedurekoder:

Kode	Kodetekst
ZZ1450A	Automatiseret hjernestammeaudiometri (A-ABR)
ZZ1450D	Diagnostisk hjernestammeaudiometri (D-ABR)
ZZ1450D1	Diagnostisk hjernestammeaudiometri (D-ABR) med tærskelfastlæggelse
ZZ7100A	Automatiseret Auditory Steady State Responsaudiometri (A-ASSR)
ZZ7100D	Diagnostisk Auditory Steady State Responsaudiometri (D-ASSR)
ZZ7306	Transient Evoked OtoAcoustic Emissions (TEOAE)
ZZ7306A	Automatiseret Transient Evoked OtoAcoustic Emissions (A-TEOAE)
ZZ7306D	Diagnostisk Transient Evoked OtoAcoustic Emissions (D-TEOAE)
ZZ7307	Distortion Product OtoAcoustic Emissions (DPOAE)
ZZ7307A	Automatiseret Distortion Product OtoAcoustic Emissions (A-DPOAE)
ZZ7307D	Diagnostisk Distortion Product OtoAcoustic Emissions (D-DPOAE)

De med **fed** markerede koder angiver minimumsniveauet for specificering.

De mere specificerede koder kan frivilligt anvendes.

10.6.3 Resultater

Resultatet af undersøgelsen registreres som tillægskode til procedurekoden.

Der er følgende tre muligheder:

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

Resultatet (tillægskoden) refererer entydigt til den enkelte undersøgelseskode, hvortil den er knyttet.

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

Eksempel:

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

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

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

10.7 Hjemmebesøg

Begreb	Definition/beskrivelse
hjemmebesøg	en klinisk persons besøg i patientens hjem. Bemærkning: 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 obligatorisk indberettes med en besøgsdato samt en obligatorisk (administrativ) procedurekode: AAF6 'Hjemmebesøg'.

Udførte kliniske ydelser i forbindelse med hjemmebesøget kan indberettes med separate procedurekoder. Der er særlige krav til procedureregistreringen i psykiatrien, se [afsnit 7.7](#).

10.8 Udebesøg

Begreb	Definition/beskrivelse
udebesøg	møde mellem patient og sundhedsfagligt uddannet personale på fx dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre m.m. Bemærkning: Besøget sker som led i ambulant udredning, undersøgelse, behandling eller kontrol. Indberetningen inkluderer <u>ikke</u> 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.

10.9 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, medikamentel behandling, behandlinger ved cancersygdomme, andre ydelser (oversigt)

10.9.1 Radiologiske Ydelser

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

Det betyder, at såvel ydelser (assistancer) givet til en patient, der har en kontakt til en klinisk afdeling (inklusive skadestue) 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 (udført som assistance det vil sige uden besøg) knyttes 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 (kontaktårsag) DZ016 ‘Radiologisk undersøgelse’ kan anvendes som aktionsdiagnose.

10.9.2 Andre ydelser

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

Kode	Obligatoriske procedurer
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*#	Abortus provocatus medicamentalis
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 [afsnit 12.4](#)

□) skal kodes specifikt – se [afsnit 7.7](#), hvor de udvidede krav til ambulant psykiatrisk ydelsesregistrering er beskrevet.

Ovenstående liste dækker kun de statistiske anvendelser.

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 – se [Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse hjemmeside](#).

Kravene gælder indlagte 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 alle registrerer.

10.9.3 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 ambulant 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.

10.9.4 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.

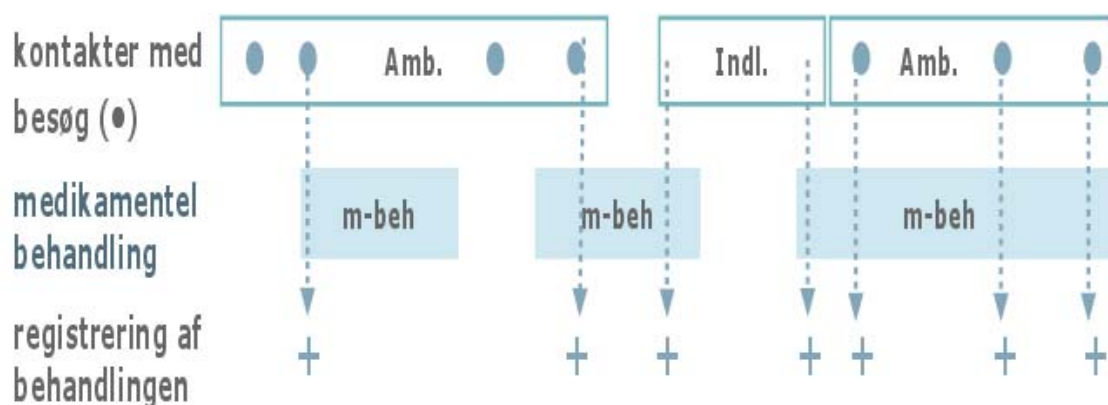
Der er krav om obligatorisk registrering af en række behandlinger – se [afs. 10.9.2](#) og [afs. 10.9.5](#) vedrørende behandling ved neoplastiske sygdomme. Der sker derudover en afregning (DRG og DAGS) af en række behandlinger.

Registreringen foretages af den afdeling, der aktuelt er ansvarlig for medicineringen, ofte den ordinerende afdeling. Behandlingen registreres ved hver indlæggelseskontakt/ambulant besøg på den ansvarlige afdeling. Registrering af medikamentel behandling kræver ikke, at medicinen indtages eller udleveres på sygehuset. Givning og udlevering af medicin kan (ikke obligatorisk) registreres.

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 eller har afsluttet behandlingen.

Figur 10.9.4 Registrering af medikamentel behandling



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

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

Kode	Kodetekst
BOHJ14	Behandling med gentuzumab

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

Eksempler:

Registrering med den mest specifikke overkode samt tillægskode ved peroral vancomycinbehandling

Kode	Kodetekst
BPHY	Behandling med antibiotika ikke klassificeret andetsteds
(+)MJ01XA0	vancomycin

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

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

Medicinudlevering

Det er ikke obligatorisk at registrere selve udleveringen af medicin. Hvis udlevering sker som led i en medikamentel behandling, der obligatorisk skal registreres, er det behandlingen, der primært skal registreres. Udleveringen kan registreres efter følgende princip.

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:

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

Medicingivning

Det er ikke obligatorisk at registrere selve medicingivningen. Hvis givning sker som led i en medikamentel behandling, der obligatorisk skal registreres, er det behandlingen, der primært skal registreres. Givningen

kan registreres efter følgende princip.

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

Eksempel:

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

10.9.5 Behandling ved cancersygdomme

Følgende procedurer er obligatoriske at indberette ved behandling af kræftsygdomme, men procedurekoderne anvendes også ved andre sygdomme:

Kode	Obligatoriske procedurer
BWG*	Strålebehandling
BOHJ*	Behandling med antistoffer og immunmodulerende behandling
BOQE*	Behandling med stamcellekoncentrat
BOQF*	Knoglemarvstransplantation
BWHA*	Cytostatisk behandling
BWHB*	Behandling med biologisk modificerende stoffer
BWHC*	Hormonel/antihormonel antineoplastisk behandling
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 [afsnit 10.9.4](#).

Kravene gælder indlagte og ambulante patienter og omfatter behandling og efterbehandling af neoplas, herunder recidivforebyggende 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.

10.10 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.

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.

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 ’Hjemme-besøg’, se [afsnit 10.7](#).

Indenfor specialerne psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri anvendes AAF22 ’Ambulant besøg’, AAF6 ’Hjemmebesøg’ og AAF7 ’Udebesøg’ med tilhørende tidsregistrering.

10.11 Telemedicinske ydelser

Telemedicin er af Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin ud fra en rent begrebsmæssig synsvinkel 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.

Der er planlagt en begrebsmæssig afklaring under det nationale begrebsarbejde i 2011-12 som en forudsætning for definatorisk 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 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 kliniker og patient inkluderer de eksisterende særlige ydelseskoder for egentlige konsultationer med klinisk sigte:

Kode	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 heller 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 stampatientkontakten 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.

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

Eksempler:

Kode	Kodetekst
ZZ5201	Vurdering af hudbilleder
(+)ZPW00900	telemedicinsk ydelse
Kode	Kodetekst
ZZ9201	Psykotterapi
(+)	telemedicinsk

ZPW00900	ydelse
----------	--------

En liste med telemedicinske ydelser som er takstsat og afregnet findes på Fællesindholdets hjemmeside, se notat om [telemedicinske ydelser](#).

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

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

10.11.1 Telefonkonsultation

Telefonkonsultation er en klinisk virtuel kommunikation med patienten som led i behandling og kontrol af sygdom.

Telefonkonsultation (procedurekode: BVAA33A) kan erstatte ambulante besøg og afregnes i DAGS.

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

Eksempel

BVAA33A Telefonkonsultation

BWHA110 Behandling med 5-fluorouracil

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

10.12 Tillægskodning

Der kan til alle procedurekoder registreres tillægskoder for indikation (med diagnosekode), anvendt anæstesi, sideangivelse, anvendt transplantat, specificeret anatomi og anvendt teknik mv. – for eksempel 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

Kode	Kodetekst
BMBZ51E	Anlæggelse af centralt venekateter i v. subclavia
(+)AAC10	generel i.v. anæstesi uden N2O

Sideangivelse kan registreres med tillægskoderne

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

Bilateral må ikke anvendes som tillægskode på procedurer

Procedure udført akut

Kode	Kodetekst
KEMB10	Tonsillektomi
(+)ATA1	akut

Personalekategori for udførende personale

Kode	Kodetekst
BJAZ14	Skiftning af suprapubisk kateter

(+)APBA14	sygeplejerske
-----------	---------------

Ydelsessted

Kode	Kodetekst
ZZ4397	Allergologisk miljøundersøgelse
(+)ZSHA0	arbejdsplads

Anvendt tolkebistand

Kode	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, for eksempel 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-koderne findes i Medicinfortegnelsen og i Lægemiddelkataloget (<http://www.medicin.dk>).

Tillægskoder i forbindelse med operationer, se [afsnit 10.2.4](#)

11 Komplikationer til undersøgelse og behandling

Vedrørende diagnoseregistrering ved lægemiddelbivirkninger – se [afsnit 9.9.5](#).

Komplikationer til undersøgelse og behandling er tilstande, der er opstået som en utilsigtet følge af en procedure – det vil sige 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 for eksempel være større peroperativ blødning, organlæsion, postoperativ blødning og sårinfektion. Til begrebet komplikation medregnes principielt enhver form for nosokomial infektion det vil sige 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 anbefaales det kun at registrere **behandlingskrævende tilstande**. Hvis for eksempel 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 for eksempel en urinvejsinfektion efter katerisering 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 for eksempel 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:

Kode	Komplikation
DT814A	Absces i operationscicatrice
DT814B	Postoperativ intraabdominal absces
DT814C	Postoperativ subfrenisk absces
DT814D	Postoperativ sepsis
DT814E	Postoperativt sårgranulom
DT814F	Postoperativ sårinfektion
DT814G	Postoperativ overfladisk sårinfektion
DT814H	Postoperativ dyb sårinfektion
DT814I	Postoperativ intraabdominal infektion UNS
DT814J	Postoperativ retroperitoneal infektion
DT814P	Postoperativ pneumoni
DT814U	Postoperativ urinvejsinfektion
DT814X	Anden postoperativ infektion

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
- anastomose-lækage 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 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 [afsnit 9.5.5](#).

12 Svangerskab, fødsler, aborter og misdannelser

Det samlede forløb af graviditet, fødsel og barselsperiode (puerperium) vil normalt blive indberettet over flere kontakter, typisk en ambulant kontakt for svangreperioden, en indlæggelseskontakt på fødeafsnit og eventuelt en indlæggelseskontakt på barselsafsnit.

Der er særlige krav til indberetning af fødselsoplysninger til Fødselsregisteret på kontakter med fødsel. Det er et krav, at fødsel altid registreres som en indlæggelseskontakt – også når fødslen betegnes ”ambulant”, fordi der ikke er en kontakt til barselsafsnit.

Ved fødsel på skadestue skal der tilsvarende oprettes en (administrativ) stationær kontakt på et afsnit, hvor fødselsregistreringen kan foretages.

Hvis kvinden er indlagt til aflastning eller af anden klinisk begrundelse før fødsel, kan kontakten fortsætte med fødslen. I dette tilfælde skal registreringen foretages, som angivet for fødselskontakter – se [afsnit 12.3](#).

Fødselskontakten kan inkludere ophold på barselsgang/i barselsseng efter fødslen. Kontakten skal overholde kravene til fødselskontakter.

Vedrørende krav til indberetning i forbindelse med spontan abort - se [afsnit 12.4.1](#) eller provokeret abort før fulde 22 svangerskabsuger – se [afsnit 12.4.2](#)

Vedrørende abortprocedure, der resulterer i barn med livstegn – se [afsnit 12.4.3](#)

Vedrørende abortprocedure udført efter fulde 22 svangerskabsuger – se [afsnit 12.4.4](#)

Vedrørende tidlig spontan fødsel – se [afsnit 12.4.5](#)

Tabel 12

Begreb	Definition/beskrivelse
fødsel	(moder) se også fødselstidspunkt Bemærkning: Fødslen som perioden 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
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

	Bemærkning: Hjemmefødsler indberettes på særlig papirblanket. Fødsel, der er startet i hjemmet, men hvor barnet ikke er født i hjemmet, betragtes ikke som hjemmefødsel
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
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 Bemærkning: Dette gælder uanset svangerskabslængde og uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven
dødfødsel (fødsel af dødt barn)	fødsel af barn uden livstegn efter 22 svangerskabsuger ($\leq 22+0$) 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
abort	abort af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger ($\leq 21+6$) Bemærkning: Omfatter spontan og provokeret abort < 22 uger

Vedr. øvrige definitioner på abort, se [afsnit 12.4](#)

12.1 Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv. og konsekvenser heraf

Sundhedsstyrelsen udsendte i 2005 ”Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel med videre.”. Heri defineres, hvad der forstås ved livstegn, og det indskræpes, at alle børn, der viser livstegn, skal betragtes som levendefødt barn, uanset svangerskabslængde og uanset, om baggrunden er et abortindgreb.

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

Dette betyder, at der er mulighed for at kombinere fødselsdiagnose (ved livs-tegn) 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 [afsnit 12.4.3](#).

12.2 Svangerskab

Svangreperioden vil normalt være dækket af en sammenhængende ambulant kontakt, der afsluttes ved oprettelse af fødselskontakten. Der er aftalt nye krav fra 2012, som beskrevet i det følgende.

Svangrekontroller

Kontrolbesøg under svangerskabet registreres som ambulante besøg, og omfatter såvel jordemoderbesøg, som lægekontroller.

Der indføres nye principper pr. 1. januar 2012 for den obligatoriske registrering af jordemoderbesøgene. Derved udgår det tidligere krav om obligatorisk registrering af den administrative procedurekode APFA13 ”Jordemoder” til fordel for obligatorisk registrering af jordemoderkonsultationer og forskellige jordemoderfaglige ydelser.

En tilsvarende registrering gælder fra 2012 for de obstetriske besøg, hvor der har været en obstetriker til stede.

De nye principper bygger på generelle registreringsprincipper, og de sigter på, at der sker en dedikeret DAGS-afregning af de ambulante svangrebesøg fra 2013, herunder understøttelse af multiple ydelser på samme dag. Dette kræver en eksplicit registrering af de faglige ydelser til et vist klinisk og af-regningsrelevant niveau. 2012 betragtes som et pilotår for afprøvning af de nye registreringer.

De nye principper er aftalt med Jordemoderforeningen henholdsvis Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG). Registreringerne vil blive understøttet af nationale minimums registreringsskemaer, der vil blive udsendt til alle de obstetriske afdelinger.

Links til Jordemoderforeningens [registreringsskema](#) og DSOG's [kodeskema](#)

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 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

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

Hjemmebesøg, telefonkonsultation, e-mail konsultation, videokonsultation

Ydelser, der kun kan registreres som supplerende ydelser til registreret konsultation eller anden kontakt
Hjemmebesøg, telefonkonsultation, e-mail konsultation, videokonsultation

Vedrørende ydelser givet til barnet - se [afsnit 12.2.1.2](#)

12.2.1.1 Procedurekoder ved svangrekontrol

1. Jordemoderkonsultationer

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

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 sygdom
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 sygdom
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 særlige ydelser givet under graviditet og efter fødslen	
BKUA35	Konsultation til gravid med fødselsangst
BKUA36	Ammekonsultation til gravid
BKUA37	Efterfødselssamtale med jordemoder
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
KMAC96B	Anvendelse af ballonkateter under igangsat fødsel
BKHD20	Igangsættelse af fødsel med prostaglandin

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

Hjemmebesøg	
AAF6	Hjemmebesøg
- administrativ kode, der altid skal registreres ved hjemmebesøg. Suppleres med kode(r) for den kliniske ydelse, der er givet i forbindelse med hjemmebesøget	
Andre former for konsultationer Ydelser, der erstatter konsultation ved fremmøde. Må kun registreres, hvis der er en direkte kontakt mellem jordemoderen og 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 [afsnit 10.6](#)

Ydelser givet til barnet skal registreres på barnets patientkontakt. Det kan fx være til måling af bilirubin eller til 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 én 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	
BKUA1	Svangrekonsultation ved obstetrikere

Koden BKUA1 skal suppleres med de udførte særydelser fx skanning, jf. obstetrikernes nationale [kodeskema](#)

12.2.1.4 Ultralydsskanning og misdannelser

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

Findes der abnorme fund ved ultralydsskanning, skal koden DO283* registreres som bidiagnose på kontakten. Det eller de abnorme fund angives med tillægskode(r) til bidiagnosen - DO* for abnormt fund hos moderen og DQ* for misdannelse hos fosteret.

Se obstetrisk selskabs [hjemmeside](#) for yderligere information.

12.3 Indberetning af fødselsoplysninger

Alle fødsler skal registreres med de obligatoriske obstetriske fødselsoplysninger, der er vist i skemaerne i [afsnit 12.3.7](#) ”Moderens kontakt” og [afsnit 12.3.8](#) ”Barnets kontakt”, dog skal der ikke oprettes kontakter for dødfødte børn. Vedr. dødfødsler - se [afsnit 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

Siden 1997 er Fødselsregisteret blevet dannet på baggrund af de elektronisk indberettede data til LPR. Hjemmefødsler indberettes fortsat på papirblanket.

12.3.2 Dødfødsel

Dødfødsler indberettes udover LPR-indberetningen på særlig papirblanket ’Anmeldelse af dødfødsel’ til Sundhedsstyrelsen.

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

Dette gælder uanset en evt. 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. Via barnets aktionsdiagnose er det muligt at se, hvor barnet er født.

Hjemmefødsler ([afsnit 12.3.5](#)) skal ikke indberettes fra sygehuset, uanset om moderen indlægges efterfølgende (barselsperiode).

En sygehusfødsel registreres altid med moderen som indlagt patient

Dette gælder også for ”ambulante fødsler” og fødsler på skadestue, der skal registreres som en indlæggelse med angivelse af indlæggelses- og udskrivningstime. Ved fødsler, der fysisk foregår på et ambulatorium eller en skadestue, er det nødvendigt administrativt at indlægge patienten for at kunne registrere fødslen. Fødsler er per definition akutte – med mindre der er tale om planlagt kejsersnit eller planlagt igangsættelse.

Kode	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
DZ382	Eet levendefødt barn, ikke specificeret mht. fødested
DZ383	Tvilling, født på sygehus
DZ384	Tvilling, født uden for sygehus
DZ384A	Tvilling, født på vej
DZ385	Tvilling, ikke specificeret mht. til fødested
DZ386	Levendefødt ved anden flerfødsel, født på sygehus
DZ387	Levendefødt ved anden flerfødsel, født uden for sygehus
DZ387A	Levendefødt ved anden flerfødsel, født på vej
DZ388	Levendefødt ved anden flerfødsel, ikke specificeret mht. fødested

12.3.4 Fødsel på vej til sygehus

Sker fødslen af barnet på vej til sygehuset, for eksempel 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

En hjemmefødsel, det vil sige hvor barnet er kommet ud i hjemmet, indberettes af jordemoderen på en særlig papirblanket, der indeholder de obligatoriske obstetriske fødselsoplysninger vedrørende moder og barn.

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 ved indlæggelsen og medtages i indberetningen. Der skal ikke indsendes papirblanket i disse tilfælde.

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

En hjemmefødsel, som efterfølgende fører til en akut indlæggelse, skal ikke registreres som en sygehusfødsel. Som aktionsdiagnose anvendes ofte en diagnose fra intervallet DO85*-92* ’Komplikationer i barselsperioden’.

Diagnose DZ37* ’Resultat af fødsel’ må i disse tilfælde ikke bruges som bidiagnose.

Hvis der udelukkende er tale om pleje og eventuelt undersøgelse i forbindelse med normal barselsseng anvendes DZ39* ’Barselpleje’. Barnet registreres som rask ledsager (indberettes ikke), hvis det ikke har nogen sygdomsproblemer.

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. Sker det i hjemmet foretages blanketanmeldelse.

12.3.6 Fødselsforløb over to sygehuskontakter

I nogle tilfælde starter en fødsel på ét fødested men afsluttes på et andet (for eksempel 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*-75* 'Fødselskomplikationer'. Fødselsdiagnoserne DO80*-84* må ikke forekomme på den første kontakt.

Overflyttes moderen derimod til specialafdeling efter barnets fødsel, skal aktionsdiagnosen på den første kontakt være en fødselsdiagnose fra intervallet DO80*-84*, 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, for eksempel '1' ved begge fødsler i første graviditet.

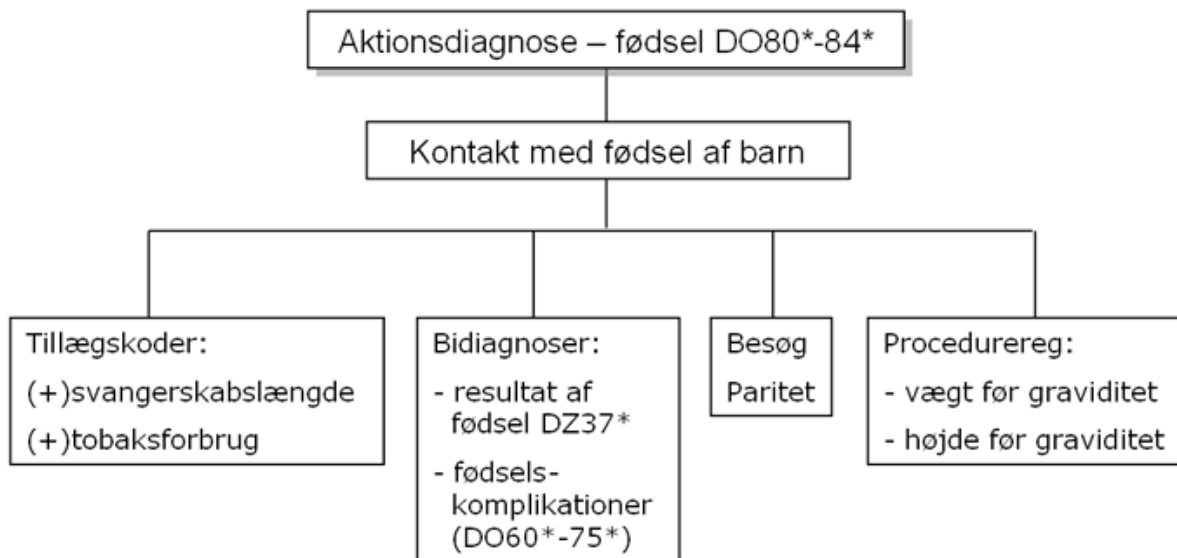
12.3.7 Obligatoriske fødselsoplysninger, moderens kontakt

De obligatoriske obstetriske oplysninger indberettes for moderens vedkommende – jævn før ovenstående eksempler – på den indlæggelseskontakt, hvor 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 indlæggelseskontakt for barnet.

Kravene til diagnoseregistreringen og de øvrige fødselsoplysninger på moderens indlæggelseskontakt (fødselskontakt) er vist grafisk i figur 12.3.7 og skematisk i efterfølgende tabel.

Figur 12.3.7 Moderens kontakt



Registreringer vedrørende moderen:

Aktionsdiagnose	DO80*-84*
(+)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 Vedrørende tillægskodning vedr. misdannelser – se afsnit 12.5	
Bidiagnoser Resultat af fødsel Eventuelle komplikationer til fødslen	DZ37* DO60*-75*
Hvis der forekommer bidiagnoser ud over DA34*, DB20*-24*, DF53*, DO*, DS*, DT* eller DZ*, skal der samtidig være en bidiagnose i intervallet DO98*-DO99*	
Specielt datafelt paritet antallet af gennemførte svangerskaber, inklusiv dødfødsler	01-20 eller U (uoplyst)
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'	

12.3.8 Obligatoriske fødselsoplysninger, barnets kontakt

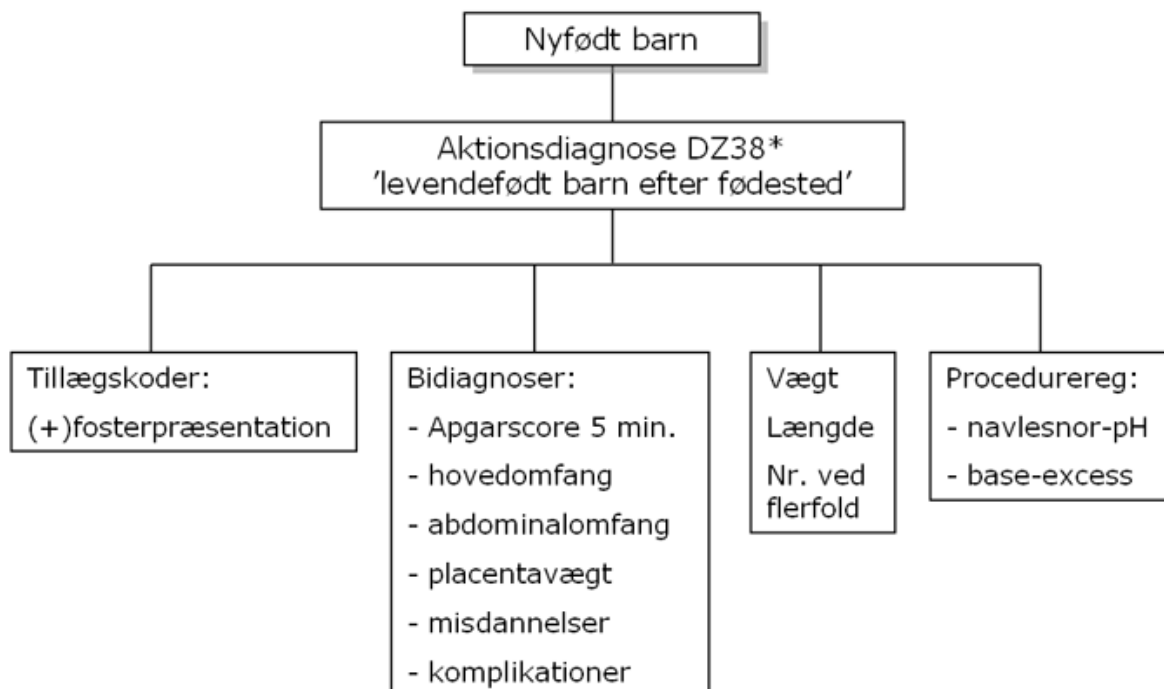
Kravene til diagnoseregistreringen og de øvrige fødselsoplysninger på barnets kontakt (”fødselskontakt”) er vist grafisk i figur 12.3.8 og skematisk i efterfølgende tabel.

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

Der skal ikke ske en indberetning vedr. barnet til LPR ved dødfødsel.

I dette tilfælde indberettes oplysninger på særlig papirblanket.

Figur 12.3.8 Barnets kontakt



Registreringer vedrørende barnet:

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	0000-9999 (angives i gram)
barnets fødselslængde	00-99 (angives i cm)
barnets nummer ved flerfødsfødsel	A-F (ved enkeltfødsel registreres A)
I procedureregistreringen	
Navlesnors-pH	ZZ4232* (+)VPK* (talværdi)
Base-excess fra navlesnor	ZZ4229*
Målingerne skal indberettes, hvis de er udført	(+)VNK*/VPK* (talværdi)

Klassifikationer med koder, der anvendes i forbindelse med fødsler, kan ses på selskabets hjemmeside:

www.dsog.dk

12.4 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.

Begreb	Definition/beskrivelse
abort	abort af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger ($\leq 21+6$) Bemærkning: Omfatter spontan og provokeret abort <22 uger
spontan abort	spontan abort af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger Bemærkning: 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 [afsnit 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 (afs 12.3.2)

Vedr svangerskabsafbrydelse efter fulde 22 svangerskabsuger - se afs 12.4.4

Vedr spontan fødsel efter fulde 22 svangerskabsuger - se afs 12.4.5

12.4.1 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 der altid tale om 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 12.5](#) om krav til tillægskodning vedrørende misdannelser ved sene spontane aborter (efter 16 uger).

12.4.2 Provokeret abort

Vedr. de særlige situationer, hvor en abortprocedure resulterer i et barn med livstegn – se [afsnit 12.4.3](#).

Vedr. svangerskabsafbrydelse udført efter fulde 22 svangerskabsuger – se [afsnit 12.4.4](#).

Vedr. krav til tillægskodning vedr. misdannelser ved sen provokeret abort – se [afsnit 12.5](#).

En provokeret abort kan foregå enten ambulant eller under indlæggelse. Efter 22 uger er resultatet altid et barn, dvs. der er krav om fødselsanmeldelse, hvorfor kvinden skal være (administrativt) indlagt.

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

Hvis det samlede abortforløb - udredning, selve indgrebet og en enkelt kontrolundersøgelse - finder sted i samme ambulatorium med flere ambulante besøg, vil det normalt blive registreret på én samlet ambulant kontakt. **Abortdiagnosen er aktionsdiagnose på denne kontakt.**

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

Registreringer ved provokeret abort

Kode	Beskrivelse
DO04*-DO06* DO088J; DO088K #)	Aktionsdiagnose
evt. komplikationsdiagnose(r) (DO08*)	Bidiagnose(r)
(+)DUnnDu (hele uger og dage)	(+)tillægskode til aktionsdiagnosen: Svangerskabslængde vedr. tillægskodning vedr. misdannelser - se afs. 12.5
KLCH*	Kirurgisk abortindgreb
BKHD4*	Medicinsk abort

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

12.4.3 Abortprocedure, der resulterer i barn med livstegn

Vedr svangerskabsafbrydelse efter fulde 22 svangerskabsuger - se desuden afs 12.4.4

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.

Moderen skal indlægges administrativt, 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	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 eft abortproc: (u samrådstil): Fare for kvinden
DO836B	Enkeltfødsel eft abortproc: Kvindens helbred
DO836C	Enkeltfødsel eft abortproc: Graviditeten eft lovovertrædelse
DO836D	Enkeltfødsel eft abortproc: Arvelige anlæg
DO836E	Enkeltfødsel eft abortproc: Fare for barnet
DO836F	Enkeltfødsel eft abortproc: Omsorg v lidelse/begavelse
DO836G	Enkeltfødsel eft abortproc: Omsorg v ung alder/umodenhed
DO836H	Enkeltfødsel eft abortproc: Alvorlig belastning
DO836J	Enkeltfødsel eft abortproc: Særlig beskikket værge
DO836K	Enkeltfødsel eft abortproc: Ung alder (samtykke ej indhent)
DO836L	Enkeltfødsel eft abortproc: Ung alder (samtykke nægtet)
DO846	Flerfoldfødsel efter abortprocedure efter 12 uger
DO846A	Flerfødsel eft abortproc: (u samrådstil): Fare for kvinden
DO846B	Flerfødsel eft abortproc: Kvindens helbred
DO846C	Flerfødsel eft abortproc: Graviditet eft lovovertrædelse
DO846D	Flerfødsel eft abortproc: Arvelige anlæg
DO846E	Flerfødsel eft abortproc: Fare for barnet
DO846F	Flerfødsel eft abortproc: Omsorg v lidelse/begavelse
DO846G	Flerfødsel eft abortproc: Omsorg v ung alder/umodenhed
DO846H	Flerfødsel eft abortproc: Alvorlig belastning

DO846J	Flerfødsel eft abortproc: Særlig beskikket væрге
DO846K	Flerfødsel eft abortproc: Ung alder (samtykke ej indhent)
DO846L	Flerfødsel eft abortproc: Ung alder (samtykke nægtet)

Hvis abortproceduren er startet på en ambulant kontakt, registreres abortproceduren på denne kontakt sammen med relevant abortaktionsdiagnose (DO05*; DO061; DO063; DO065). Der skal desuden oprettes en indlæggelseskontakt (fødselskontakt) med starttidspunkt lig med fødselstidspunktet. Aktionsdiagnosen på denne kontakt er DO836* eller DO846* (6 karakterer obligatorisk), og der skal foretages komplet fødselsanmeldelse.

Eksempel:

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

Eksempel:

Hvis patienten (som ovenfor) allerede er indlagt til provokeret abort, vil den tilsvarende registrering være

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)

I dette tilfælde ender kontakten som en fødselskontakt, og aktionsdiagnosen skal derfor være en (særlig) fødselsdiagnose. Abortdiagnose skal derimod ikke registreres i dette tilfælde.

12.4.4 Svangerskabsafbrydelse 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 [afsnit 12.4.3](#)

Under alle omstændigheder er der efter 22 uger – uanset arten af procedure, der er udført – tale om en fødsel.

Moderen skal indlægges administrativt, 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 [afsnit 12.3.8](#).

12.4.5 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 [afsnit 12.4.1](#).

12.5 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 (inklusive) svangerskabsuge [12+0 – 21+6] på **medicinsk indikation** (§94.1.3) uden livstegn
- spontane aborter i perioden 17-22. uge (inklusive) 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 el. kromosomanomali er til stede.

Ved 'Misdannet foster bekræftet' (DUM01) og 'Mistanke om misdannelse hos foster' (DUM03) skal der yderligere være registreret mindst én tillægskode (DQ-kode) fra "Klassifikation af sygdomme", kap. 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 [afsnit 12.3.8](#)

Registrering af misdannet foster og kromosomanomalier

Aktionsdiagnose	Situation
DO053 eller DO054	Provokeret abort på medicinsk indikation >12 uger og <22 uger det vil sige [12+0 – 21+6]
DO03	eller Spontan abort >16 uger og <22 uger det vil sige [16+0 – 21+6]
(+)DUnnDu hele uger og dage	svangerskabslængde
(+)DUM01 misdannelse bekræftet	misdannet foster/barn inklusiv kromosomanomali
(+)DUM02 misdannelse afkræftet	til DUM01 og DUM03 skal der yderligere registreres tillægskode(r) for specifik misdannelse
(+)DUM03 mistanke om misdannelse	
(+)DUM09 misdannelse uoplyst	
(+)DQ* medfødte misdannelser og kromosomanomalier	

12.6 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:

Aktionsdiagnose	Situation
DO00*-DO02*	Patologisk svangerskab/svangerskabsprodukt
DO03*	Spontan abort
DO04*-06*	Provokeret abort (medicinsk og kirurgisk)
DO80*-DO84*	Fødsel

eksempel (obligatorisk tillægskodning)

(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:

DU0000 før graviditet

DU99DX svangerskabsuge ikke kendt, termin usikker

DU99DY efter fødslen (post partum)

eksempel (ikke-obligatorisk tillægskodning)

(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.

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 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.

13.1 Klassifikationsprincipper (WHO)

Der skal generelt altid angives den (de) bedst specificerede diagnose(r). Dette er helt afgørende for kvaliteten af Cancerregisteret (CAR). Anmeldelsespligtige diagnoser (neoplasier samt dysplasi i livmoderhals) klassificeres efter ICD-10-klassifikationen inden for de overordnede grupper, som vist i følgende skema.

En komplet, detaljeret oversigt over de anmeldelsespligtige diagnoser findes i [afsnit 13.2.1](#).

Oversigt klassifikationsgrupper

Kode	Kodetekst
Godartede tumorer Neoplasma benignum	DD301-309; DD32; DD33; DD352; DD353; DD354
Carcinoma in situ (CIS)	DD05; DD06; DD090; DD091
Primær (ondartet) kræft Neoplasma malignum	DC00-76; DC80; DC81-96 inklusive HIV infektion medførende ondartet svulst DB21
Metastaser	DC77-79 Bem.: Koderne i dette kodeafsnit anvendes som supplerende koder til at angive metastaser efter lokalisation – se afsnit 13.2.2
Neoplasi af usikker eller ukendt karakter	DD37-48 Bem.: Når det på det foreliggende grundlag ikke vides, om tumor er benign, CIS eller malign (primær eller sekundær)
Dysplasi i livmoderhals Dysplasia cervicis uteri	DN87
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 patologisvar (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 cancersygdommen med tilhørende anmeldelse – se de følgende underafsnit vedrørende 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 neoplasmi uden mulig nærmere klinisk specificering af benign, CIS eller malign på det foreliggende grundlag:
DD37-48 kode for ”Svulst af usikker eller ukendt karakter”.
Disse diagnoser er alle anmeldelsespligtige
- ved tumor uden sikker viden om neoplasmi eller ej, men hvor den tungeste kliniske sandsynlighed er ”cancer”: DZ031*-kode
for ”Mistanke om kræft(type)”

Fuld opdatering af kontaktens diagnoser er afgørende for, at kræftsygdommen får den korrekte (tidligste) diagnosedato i CAR.

Dette gælder ikke mindst også opdatering af ”obs. pro” ved bekræftelse af anmeldelsespligtig sygdom til stede inden patientkontaktens færdigregistrering.

Se yderligere i [afsnit 9.2.1](#) og [afsnit 9.5.1](#)

13.1.1 Kodning af primær kræft

Den primære kræftsygdom klassificeres generelt efter WHO's ICD-10 klassifikation efter **lokaliseringen** (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 hudkræft (melanomer/non-melanomer) lokaliseret til ydre kønsorganer, der altid skal klassificeres efter den primære lokalisation i kodegrupperne:
 - DC51 ydre kvindelige kønsorganer
 - DC52 skede
 - DC60 penis
 - DC63 andre og ikke spec. mandlige kønsorganer
- ukendt primærtumor DC809

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 CAR.

Eksempler:

Et lymfom lokaliseret til tyndtarm skal ikke klassificeres som ”kræft i tynd-tarm”, men som ”lymfom af den givne type” (DC81-90).

Lokalisationen angives ved tillægskode, for eksempel DC844F Lymfoepiteloidt lymfom (+)T000695 tyndtarm.

En læbecancer skal klassificeres til (DC00) 'Kræft i læbe' ved ikke-hud morfologi (for eksempel adenokarcinom), hvorimod en hudkræft i lokaliseringen læbe skal 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 skal klassificeres til (DC51) 'Kræft i ydre kvindelige kønsorganer', for eksempel DC510 'Kræft i stor kønslæbe'.

Carcinomatosis uden kendt primærtumor klassificeres som DC798

Ukendt primærtumor uden erkendte metastaser DC809

13.1.2 Kodning ved metastaser

Det bemærkes i klassifikationsoversigten, at metastaser klassificeres særskilt (DC77-79). Princippet (WHO) er, at der ved kendt primærtumor og metastase til andet organ skal registreres i alt 2 koder for kræftsygdom og metastase. Metastaser klassificeres efter metastasens lokalisation.

Ved fund af metastase uden kendt primærtumor, registreres kun diagnosekode for metastase som aktionsdiagnose.

Se yderligere vedrørende registrering i [afsnit 13.2.4.1](#) med underafsnit

13.1.3 Kodning ved lokalrecidiv

Lokalrecidiv kan opstå i samme lokalisation som primærtumor eller i en nabolokalisation.

Dette gælder også ved direkte indvækst i andre organer. En indvækst af en urinblærecancer i tyktarmen er således fortsat en blærecancer (ikke en co-loncancer!)

Der er ikke (som der er for metastaser) særlige koder for lokale og regionale recidiver, der derfor kodes ligesom den oprindelige primærtumor.

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.

Den tidligere kode (DC979) for multiple cancere kan ikke længere anvendes.

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.

Ved multipel spredt kræft uden klinisk kendskab til specificeret primær(e) tumor(er) anvendes DC798 'Metastase i anden eller ikke specificeret lokalisation' (inklusiv carcinomatosis DC798A).

13.2 Anmeldelsespligtig sygdom

Ud over diagnose(r) og anmeldelsesstatus er det ved nyanmeldelse obligatorisk at registrere diagnosegrundlaget, stadium 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 med videre", BEK nr. 1036 af 27. aug. 2010 beskrives anmeldelsesproceduren, og sygdommene afgrænses. Bekendtgørelsen findes på Cancerregisterets hjemmeside.

Anmeldelsespligten påhviler de ansvarlige overlæger ved hospitalsafdelinger, der første gang diagnosticerer, kontrollerer eller behandler et anmeldelsespligtigt sygdomstilfælde 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 CAR, hvis svaret foreligger inden kontaktafslutning.

Diagnoseregistreringen og dermed anmeldelsen til Cancerregisteret er klinisk i bredeste forstand, det vil sige baseres på klinikerens samlede vurdering af klinik, patologi og billeddiagnostik med videre. Det er vigtigt, at der er overensstemmelse mellem patientregistreringen og journalens diagnoser, epikrise og eventuelt dødsattest.

13.2.1 Anmeldelsespligtige diagnoser

De anmeldelsespligtige diagnoser er vist i tabel 13.2.1. Det ses, at der ikke udelukkende er 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 (cervix uteri).

Anmeldelsespligtige diagnoser anvendt som aktions- eller bidiagnose på patientkontakten giver anledning til yderligere registreringskrav. Dette er beskrevet i [afsnit 13.3](#) og følgende afsnit.

Ud over registrering af diagnose(r) er det obligatorisk at indberette visse undersøgelses- og behandlingsprocedurer blandt andet kemo- og stråleterapi – se [afsnit 10.9.5](#).

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 - [afsnit 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 13.2.1

Kode	Anmeldelsespligtige diagnoser
DB21*	HIV-sygdom med neoplastisk sygdom
DC00*-DC14*	Kræft i læber, mundhule og svælg
DC15*-DC26*	Kræft i mave-tarmkanal
DC30*-DC39*	Kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthulen
DC40*-DC41*	Kræft i knogler og ledbrusk
DC43*-DC44*	Modermærkekræft i hud og anden hudkræft
DC45*-DC49*	Kræft i mesotel, bindevæv og andet bløddelsvæv
DC50*	Brystkræft
DC51*-DC58*	Kræft i kvindelige kønsorganer
DC60*-DC63*	Kræft i mandlige kønsorganer
DC64*-DC68*	Kræft i nyre og urinveje
DC69*-DC72*	Kræft i øje, hjerne og andre dele af centralnervesystemet
DC73*-DC75*	Kræft i skjoldbruskkirtlen og andre endokrine kirtler
DC76*-DC80*	Kræft med dårligt specificerede, sekundære og ikke spec. lokalisationer
DC81*-DC96*	Kræft i lymfatisk og bloddannede væv
DD05*	Carcinoma in situ i bryst
DD06*	Carcinoma in situ i livmoderhalsen
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 hjernebinder og rygmarvshinder
DD33*	Godartede tumorer i hjernen og andre dele af centralnervesystemet
DD352*	Godartede tumorer i hypofysen
DD353	Godartede tumorer i ductus craniopharyngeus
DD354	Godartede tumorer i corporis pinealis
DD37*-DD48*	Tumorer af usikker eller ukendt karakter
DN87*	Celleforandringer i slimhinde på livmoderhalsen (dysplasi)
DO01*	Blæremola

Bemærk:

- DC97* 'Kræft opstået uafhængigt i flere lokalisationer' er udgået som selvstændig klassificeret kategori pr. 31.12.2010. Se [afsnit 13.2.4](#) vedr. kodning ved multipel kræft og carcinomatosis
- DD076(T) CIS i testis er ikke længere anmeldelsespligtig

13.2.1 Anmeldelsespligt i forhold til organlokalisering og tumortype

	dysplasi	benign	neoplasi af usikker og ukendt karakter*	carcinoma in situ (CIS)	malign
livmoderhalsen	+	-	+	+	+
bryst	-	-	+	+	+
nyre	-	-	+	+	+
nyrebækken	-	+	+	+	+
urinleder	-	+	+	+	+
urinblæren	-	+	+	+	+
urinrøret	-	+	+	+	+
urinveje u. spec.	-	+	+	+	+
hjerne/rygmarvshinder	-	+	+	-	+
hjerne/CNS	-	+	+	-	+
hypofysen	-	+	+	-	+
ductus craniopharyngeus	-	+	+	-	+
corpus pinealis	-	+	+	-	+
alle andre	-	-	+	-	+

* Vedr. "neoplasi af usikker og ukendt karakter" - se også

[afsnit 13.1](#)

Oversigtsskemaet (figur 13.2.1) giver et overblik over de tilstande og situationer, der skal anmeldes som "ny anmeldelsespligtig sygdom" efter retningslinjerne beskrevet i de følgende afsnit.

Enhver **førstegangsdiagnosticering** og enhver **progression** det vil sige trin til højre i oversigten fra én type til en højere skal hver især udløse en fuld nyanmeldelse det vil sige 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”.

Der skal altså for eksempel nyanmeldes ved for eksempel 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 uroepiteliale tumorer i urinblæren og de øvrige urinveje.

Ved samtidige fund af flere anmeldelsespligtige tumorer tilhørende forskellige morfologiske grupper, skal hver tumor altid anmeldes selvstændigt.

Recidiv ([afsnit 13.2.4.1](#)) af samme type, lokalt og regionalt, samt metastasering betragtes som samme anmeldelsespligtige sygdom og skal **ikke** nyanmeldes, hvis afdelingen tidligere har anmeldt sygdommen.

13.2.1.1 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, for eksempel småcellet lungekræft og ikkesmåcellet lungekræft og adenokarcinom og planocellulært karcinom i slimhinde inden for samme lokalisation.

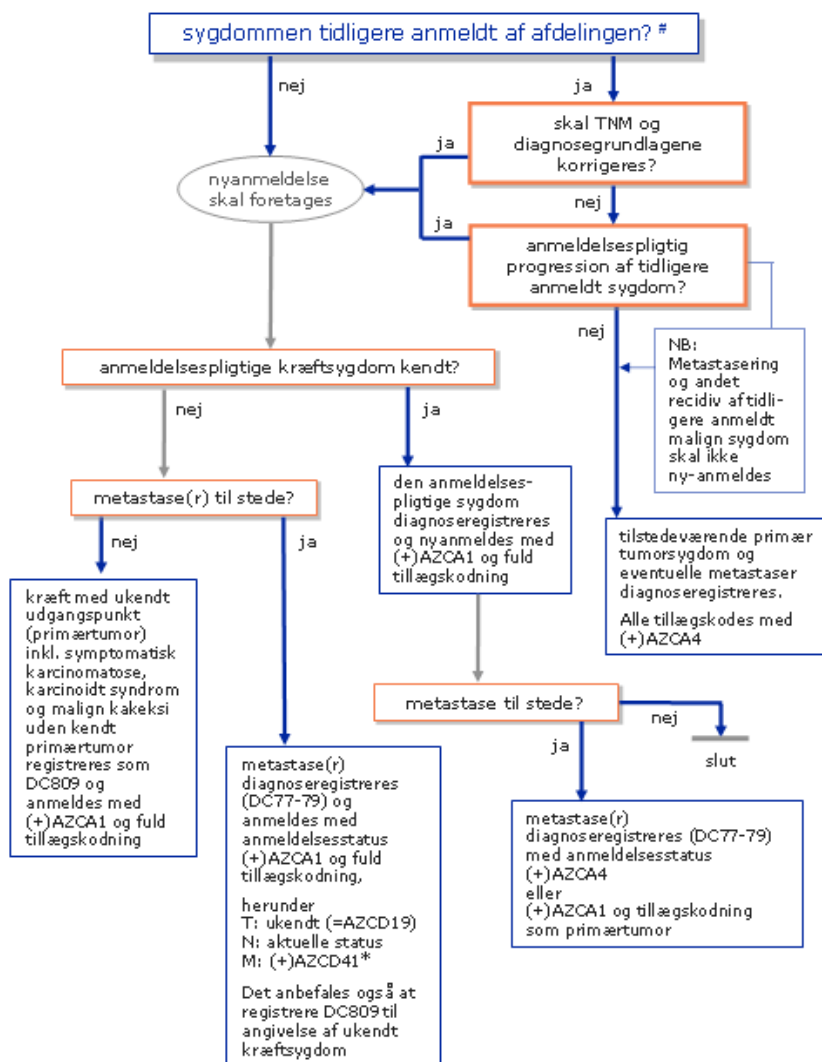
Vedrørende krav om specificering af lateraliteten, se [afsnit 13.4.3](#)

13.2.2 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 forløbet af cancersygdom.

Der forekommer ofte flere ambulante kontakter og indlæggelser på forskellige afdelinger i forbindelse med udredning, behandling og efterfølgende kontrol og eventuelt efterbehandling.

Figur 13.2.2 Registrering og indberetning af anmeldelsespligtig sygdom



Det er den enkelte **afdeling**, der har en kontakt med en patient med en anmeldelsespligtig diagnose, der er **registrerings- og indberetningspligtig**.

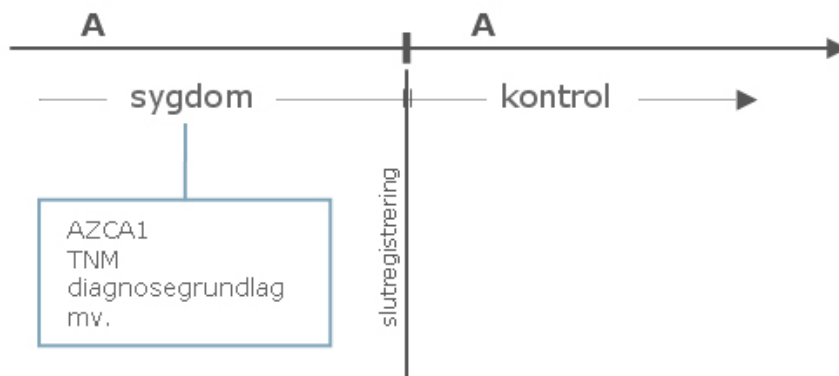
De diagnoser, der er registreret på kontaktens afslutningstidspunkt, vil i LPR optræde som gældende for hele kontakten. I Landspatientregisteret er der ikke historik på diagnoser inden for den enkelte kontakt, så kun de sidst registrerede diagnoser med tillægskodninger (herunder anmeldelsesstatus) kan ses, og det er disse oplysninger, der indgår i Cancerregisteret.

13.2.2.1 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 Landspatientregisteret 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.

Figur 13.2.2.1 Sygdom og kontrol på kontakter



13.2.2.2 Opkvalificering af kontaktens diagnoser og tillægskoder ved slutregistrering

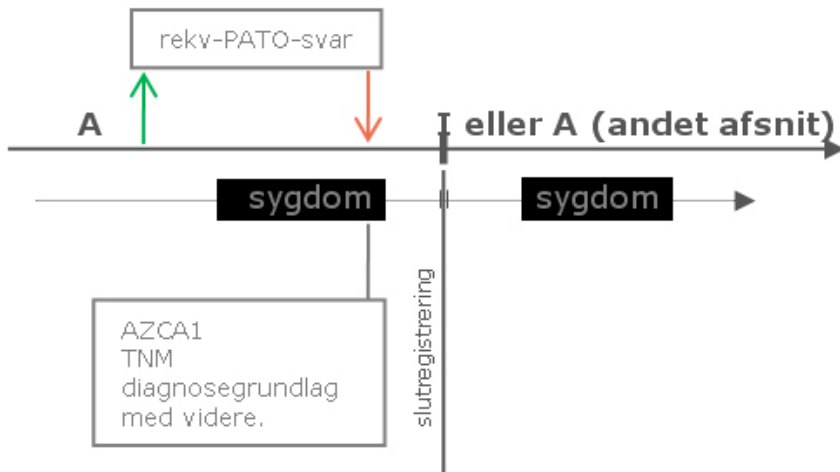
Aktionsdiagnosen og evt. øvrige diagnoser skal valideres ved kontaktafslutning således, at den er beskrivende for kontakten – se [afsnit 13.1](#) vedrørende klassificering. Patienten må aldrig have diagnoser, der ikke er klinisk belæg for, og som ikke har en klinisk relevans ved den aktuelle kontakt.

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.

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.

Figur 13.2.2.2 Opkvalificering af kontaktens diagnoser og tillægskoder ved slutregistrering



Det anbefales derfor, hvis der er muligt, at lade den ambulante kontakt være åben, indtil svarene foreligger, og patienten informeres om diagnosen.

13.2.2.3 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.

13.2.2.4 Utilsigtet 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), da der herved ikke vil ske anmeldelse til CAR ved indberetningen efter færdigregistrering af kontakten.

13.2.3 Kodning 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'](#)

Eksempel:

Kode	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:

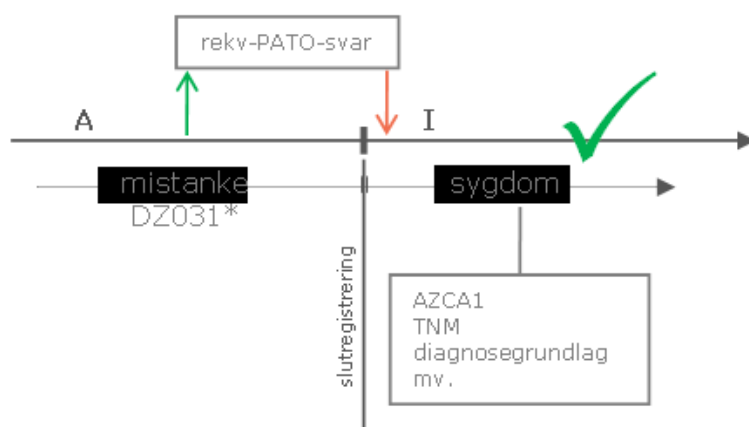
Kode	Kodetekst
(A)DZ031	Observation pga. mistanke om kræft
(+)DC750	kræft i biskjoldbruskkirtel

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 slutdiagnose(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.

Figur 13.2.3 Kodning under udredning for anmeldelsespligtig sygdom



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.

Er der tvivl om, hvorvidt tumorsygdommen er malign, CIS eller benign, anvendes den relevante kode fra intervallet DD37-DD48 'Tumorer af ukendt eller usikker karakter', der også er anmeldelsespligtige.

13.2.4 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 aktionsdiagnose

Kode	Kodetekst
(A)DZ038E	Observation på grund af mistanke om tumor UNS
>(A)DC761	Kræft i thorax uden nærmere specificeret lokalisation
>(A)DC349	Kræft i lunge UNS
Senere udvikling til levermetastaser af samme sygdom >	
(A)DC343	Kræft i lungens nederste lap
(B)DC787	Metastase i leveren

Udvikling i aktionsdiagnose under udredning

Kode	Kodetekst
(A)DC809	Kræft uden specifikation og uden angivelse af lokalisation (ukendt primærtumor)
>(A)DC229	Kræft i leveren UNS
>(A)DC222	Hepatoblastom

Tilkomst af metastaser og andre former for recidiv og spredning af tidligere anmeldt kræftsygdom er ikke i sig selv anmeldelsespligtig.

13.2.4.1 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.

Hvis patienten tidligere har været canceranmeldt 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.

Eksempler:

Fund af lokalrecidiv i hud på bryst og skulder efter tidligere behandlet brystkræft på samme afdeling. Der skal ikke foretages ny anmeldelse.

Kode	Kodetekst
(A)DC508	Brystkræft overgribende flere lokalisationer

(+)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.

Fund af lungemetastaser fra brystkræft tidligere anmeldt fra afdelingen

Kode	Kodetekst
(A)DC780	Metastase i lunge
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(B)DC501	Brystkræft i den centrale del af mamma
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Fremkomst af cancer efter tidligere (behandlet) carcinoma in situ eller anden prækrankrøs forandring betragtes som ny anmeldelsespligtig sygdom, som beskrevet i [afsnit 13.2.1](#). Dette omfatter kræft i bryst, livmoderhals og urinveje (urinleder, urinblære 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 [afsnit 13.2.1](#).

13.2.4.2 Metastaser

Der skal ifølge WHO's generelle kodeprincipper altid registreres koder for både primær kræftsygdom (= klassificeret primærtumor) og metastase.

Nyanmeldelsen (+AZCA1 mm.) knyttes altid til diagnosekoden for den primære kræftsygdom. Se dog videre i dette afsnit vedrørende fund af metastase uden kendt primærtumor.

Vedrørende kodning af lokale og regionale recidiver – se [afsnit 13.1.3](#)

Hvis sygdommen er metastaseret på diagnosetidspunktet (nyt incident tilfælde), dvs. at sygdommen ikke er anmeldt før fra afdelingen, anvendes såvel kode for 'metastase i lokalisation' samt kode for kræftsygdommen, dvs. primærtumors udgangspunkt (lokalisering).

Hvis ikke sygdommen har været anmeldt fra afdelingen tidligere, anmeldes primærtumor 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

Kode	Kodetekst
(A)DC155	Kræft i spiserørets nederste tredjedel
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen (+) tillægskoder for stadium, diagnosegrundlag mm.
(B)DC787	Metastase i leveren
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

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 metastasekoden med anmeldelsesstatus AZCA1 'Ny anmeldelsespligtig sygdom ...', som vist i det følgende eksempel.

Det anbefales at supplere med DC809 kode for ukendt kræftsygdom til indikering af, at den primære kræftform ikke er bestemt, og at DC809-koden registreres med de samme tillægskoder (AZCA1 mm.) som den anmeldte metastasekode.

Eksempel:

Fund af levermetastaser uden fund af primærtumor ved kontaktens afslutning; sygdommen ikke tidligere anmeldt fra afdelingen

Kode	Kodetekst
(A)DC787	Metastase i leveren

(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen (+) tillægskoder for stadium, diagnosegrundlag mm. (afsnit 13.4)
(B)DC809	Kræft uden specifikation og uden angivelse af lokalisation (= ukendt primærtumor)
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen (+) tillægskoder for stadium, diagnosegrundlag mm. (afsnit 13.4)

I alle tilfælde registreres den tilstand (primærtumor henholdsvis metastase), der er hovedfokus på kontakten, som aktionsdiagnose – den anden som bidiagnose – jævnfør de generelle principper for diagnoseregistreringen i [kapitel 9](#).

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 lunge' – ikke som "lungekræft".

13.2.5 Kontakter, der ikke omfatter diagnostik, behandling eller kontrol

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

Afdelingen skal registrere, hvad den pågældende afdeling rent faktisk undersøger og eventuelt behandler for. Aktionsdiagnosen for kontakten kan specificeres med cancerdiagnosen som tillægskode, som vist i eksemplerne.

Denne registreringspraksis stiller ikke krav om angivelse af anmeldelsesstatus og yderligere cancerregistrering.

Eksempler:

Arbejdsmedicinsk klinik, der undersøger, hvorvidt sygdommen er udløst af arbejdsmiljøet

Kode	Kodetekst
(A)DZ048B	Kontakt mhp. arbejdsmedicinsk udredning
(+)DC340	Kræft i hovedbronkier

Pleje af terminal patient uden behandling af grundsygdom

Kode	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 canceren 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 afdeling på grund af behandlingsrelateret anæmi og dehydrering. Der behandles med blodtransfusion

Kode	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 skadestuekontakt

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.

13.2.6 Kontrol

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

Eksempler:

Afdeling, der tidligere har anmeldt den anmeldelsespligtige diagnose

Kode	Kodetekst
(A)DC187	Kræft i colon sigmoideum
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Vedrørende anmeldelsesstatus (AZCA)

Afdeling, der første gang ser patienten ved kontrol, hvor den anmeldelsespligtige sygdom fortsat er tilstede. Afdelingen har ikke tidligere anmeldt sygdommen

Kode	Kodetekst
(A)DC187	Kræft i colon sigmoideum
(+)AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

(+) tillægskoder for stadium, diagnosegrundlag mm.

En cancerdiagnose må ikke registreres som aktions- eller bidiagnose, hvis sygdommen er færdigbehandlet på tidligere patientkontakt, og patienten er uden tegn på recidiv.

Som aktionsdiagnose anvendes en kode fra afsnit DZ08* 'Kontrolundersøgelse efter behandling af ondartet svulst' eller DZ098B 'Kontrolundersøgelse efter behandling af ikke ondartet svulst'. Sygdomskoden kan anvendes som tillægskode til specificering af den oprindelige behandlede lidelse.

Kode	Kodetekst
(A)DZ080D	Kontrolundersøgelse efter operation af ondartet svulst i tyktarm
(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.

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.

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

Der er følgende anmeldelsesstatusser:

Kode	Anmeldelsesstatus
AZCA0	anmeldelsesstatus endnu ikke angivet
AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
AZCA3	afdelingen er ikke involveret i primær diagnostisering, 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 én anmeldelsesstatus pr. diagnose pr. afsluttet kontakt.

AZCA9 er udelukkende forbeholdt indberetninger fra onkologiske afdelinger, hvor fuld anmeldelse er foretaget fra den kliniske afdeling, hvor patienten 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

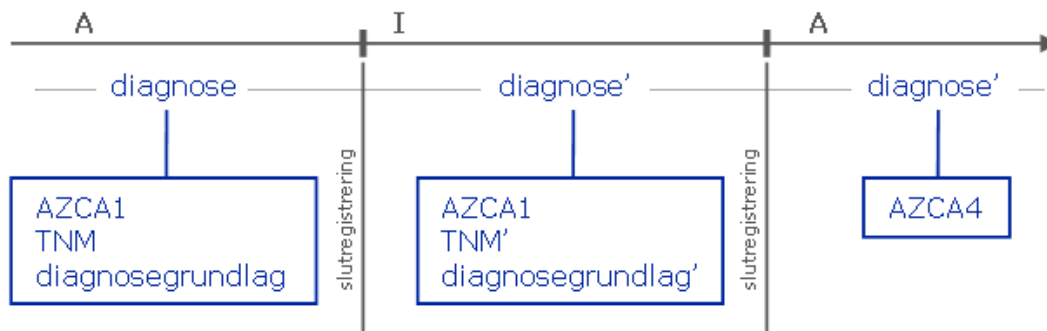
Anmeldelsen af sygdommen til Cancerregisteret skal foretages fuldt, jf. kodeteksterne til status 1 og 4, hvilket betyder, at anmeldelsen ikke betragtes som fyldestgørende og korrekt, før ...

- diagnosen er endelig og korrekt, herunder korrekt klinisk specificeret
- TNM-stadium er komplet svarende til den endelige diagnose, inklusive eventuel korrektion efter kirurgisk staging og behandling (se yderligere i [afsnit 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.

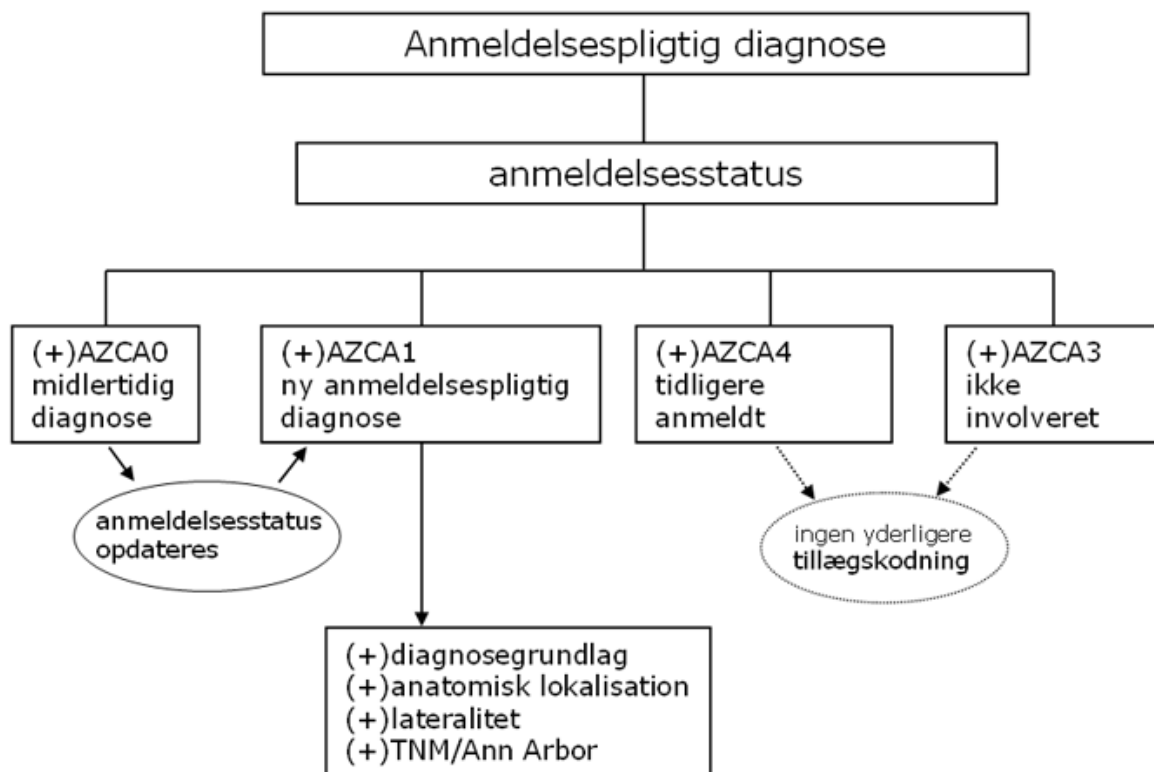
Figur 13.3.1 Fuld anmeldelse



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 [afsnit 13.2.2](#).

Figur 13.3.2 Oversigt over 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

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 skabes 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 ovariecancer. Indlægges nu i samme afdeling med ascites, der behandles symptomatisk

Kode	Kodetekst
(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.

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 01.01.2004.

Dette har konsekvens for anmeldelsesstatus, idet **patienter med anmeldelsespligtige sygdomme skal være fuldt anmeldt fra afdelingen med en anmeldelsesstatus AZCA1, før 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 til Cancerregisteret, skal statuskode AZCA4 anvendes ved kontakter med samme anmeldelsespligtige sygdom.

13.3.3.1 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 [kapitel 5](#).

13.3.4 Komplikationer eller hændelser, der relaterer sig til en anmeldelsespligtig sygdom

Eksempler:

- patienter, der henvender sig på en skadestue 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 tilgrundsliggende lidelse som bidiagnose på kontakten.

Aktionsdiagnosen kan i de ovennævnte tilfælde fx være fra:

Kode	Aktionsdiagnose
DZ74*	Problemer i forbindelse med afhængighed af pleje
DZ515	Kontakt mhp. palliativ behandling
DR50*-DR69*	Almene symptomer og abnorme fund hvor bl.a. smerteafsnittet findes

Smertetilstand hos patient med prostatacancer indlagt til smertebehandling på anden afdeling end den primært behandlende

Kode	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. cancersygdommen registreres som bidiagnose, hvis den fortsat er tilstede.

En patient er henvist til en hæmatologisk afdeling med henblik på vurdering af behandlingsmuligheder. Afdelingen behandler ikke den tilgrundliggende sygdom

Kode	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

Onkologisk afdeling, der vurderer yderligere behandlingsmuligheder for en anmeldelsespligtig sygdom, uden at der foretages behandling

Kode	Kodetekst
(A)DZ718A	Rådgivning om muligheder for kræftbehandling
(B)DC340	Kræft i hovedbronkien
(+)AZCA3	afdelingen er ikke involveret i primær diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen

eller

Kode	Kodetekst
(A)DZ718A	Rådgivning om muligheder for kræftbehandling
(+)DC340	kræft i hovedbronkien

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

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

13.4 Yderligere registreringer ved anmeldelse af ny sygdom - status AZCA1

Fuld elektronisk anmeldelse af kræfttilfælde til Cancerregisteret sker ved tillægskodning, hvor tillægskoderne sammen med anmeldelsesstatus AZCA1 knyttes til en anmeldelsespligtig diagnosekode.

Tillægskoderne beskriver sygdomsstadium, diagnosegrundlag, sideangivelse og for maligne lymfomer tillige anatomisk lokalisation.

13.4.1 Stadium

Stadium 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 stadium (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 stadium:

Kode	Diagnoser, der skal stadium-specificeres
DB21*	HIV-sygdom med neoplastisk sygdom
DC00*-69*	Kræft i læber, mundhulen, svælg, mave-tarmkanal, åndedrætsorganer, brysthuleorganer, knogler, hud, bindevæv, bryst, kønsorganer, urinveje og øje
DC73*-80*	Kræft i skjoldbruskkirtlen, andre endokrine organer, dårligt eller ikke nærmere specificerede lokalisationer og metastaser
DC81*-86*	Maligne lymfomer
DC884*	Ekstranodalt marginalzone B-celle lymfom
DC902	Solitært ikke-ossøst plasmacytom
DC903	Solitært ossøst plasmacytom
DC923*	Myeloidt sarkom
DC96*	Andre og ikke specificerede maligne neoplasier fra lymfoidt og hæmatopoietisk væv
DD05*	Carcinoma in situ i bryst
DD06*	Carcinoma in situ i livmoderhalsen
DD090*	Carcinoma in situ i urinblæren
DD091*	Carcinoma in situ med anden eller ikke specificeret lokalisation i urinveje
DD301-309	Godartede tumorer i urinveje (ekskl. nyre)
DD37*-41*	Tumorer af usikker eller ukendt karakter med specificeret lokalisation
DD44*	
DD48*	

Der stadieinddeles efter TNM klassifikationen – dog skal maligne lymfomer klassificeres efter Ann Arbor lymfom klassifikation.

13.4.1.1 TNM klassificering

TNM skal registreres med tillægskode fra hver af grupperne:

Kode	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

13.4.1.1 Oplysninger om stadium for primærtumor (T)

Kode	Oplysninger om stadium for primærtumor (T)
AZCD10	TNM, T0: Primærtumor ikke påvist Må kun anvendes ved diagnoserne DC77*-DC80*
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 ☐
AZCD15C	TNM, T3c: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD16	TNM, T4: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐
AZCD16A	TNM, T4a: Primærtumors størrelse/udstrækning ☐

AZCD10A	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-stadium angives med mindst 6 karakterer

*) nye fra 2011 (TNM version 7)

Fra 2011 anvendes version 7.0 af TNM med mindre andet er aftalt med det enkelte speciale.

☐) 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.

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.**

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 fle-re 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, jf. [afsnit 13.4.1](#).

13.4.1.1 Oplysninger om regionale lymfeknudemetastaser (N)

Kode	Oplysninger om regionale lymfeknudemetastaser (N)
AZCD30	TNM, N0: Ingen regionale lymfeknudemetastaser relevante undersøgelser foretaget
AZCD301	TNM, N0(i+): Ingen lymfeknudemetaser, positiv immun histokemi, <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, Nx: Oplysning om lymfeknudestatus foreligger ikke i afdelingen lymfeknudestatus (staging) ikke foretaget

N-stadium angives med mindst 6 karakterer

I de tilfælde, hvor en anden afdeling på et tidspunkt overtager behandlingen af en patient med anmeldelsespligtig sygdom, typisk onkologisk efterbehandling af tidligere anmeldt patient, skal denne afdeling nyanmelde med anmeldelsesstatus AZCA1. Som TNM kan angives den oprindelige TNM, hvis denne er kendt, eller i stedet AZCD19, 39 og 49.

Korrektion af TNM i forbindelse med behandling kan samtidig korrigere diagnosegrundlaget for den anmeldte sygdom.

13.4.1.1 Oplysninger om fjernmetastaser (M)

Kode	Oplysninger om fjernmetastaser (M)
AZCD40	TNM, M0: Ingen fjernmetastaser relevante undersøgelser foretaget
AZCD41	TNM, M1: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder) ☐
AZCD41A	TNM, M1a: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder) ☐
AZCD41B	TNM, M1b: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder) ☐
AZCD41C	TNM, M1c: Fjernmetastaser tilstede (i organer eller ikke-regionale lymfeknuder) ☐
AZCD49	TNM, Mx: Oplysning om fjernmetastaser foreligger ikke i afdelingen metastasestatus ikke foretaget

M-stadium 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*, DC96*) er omtalt i detaljer i TNM-klassifikationsbogen.

SKS-kode	Ann Arbor stadium for maligne lymfomer
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 stadium 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 én 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. [afsnit 13.3.1](#).

Kode	Klinisk - makroskopisk diagnosegrundlag
AZCK0	operation (inkl. biopsi)
AZCK1	endoskopisk undersøgelse/operation (inkl. biopsi)
AZCK2	billeddiagnostisk undersøgelse røntgen, CT-skanning, ultralyd, MR-skanning og lign.
AZCK3	obduktion
AZCK4	klinisk undersøgelse inkluderer eksploration, palpation og lign.
AZCKX	klinisk-makroskopisk diagnosegrundlag ikke aktuel ved denne anmeldelse

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

Kode	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, differentieltælling, immunologi, cytogenetik, tumormarkører o. lign.
AZCL9	ingen histologisk/cytologisk/klinisk-mikroskopisk undersøgelse udover almindelige blodprøver, fx Hgb, elektrolytter og lign.
AZCLX	klinisk-mikroskopisk diagnosegrundlag ikke aktuel ved denne anmeldelse

I de tilfælde, hvor en anden afdeling på et tidspunkt overtager behandlingen af en patient med anmeldelsespligtig sygdom, typisk onkologisk efterbehandling af tidligere anmeldt patient, skal denne patient nyanmeldes med anmeldelsesstatus AZCA1. Hvis den nye afdeling ikke umiddelbart har kendskab til makro- og mikroskopisk diagnosegrundlag, anvendes AZCKX og AZCLX.

13.4.3 Sideangivelse

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

Lateraliteten skal afspejle situationen ved kontaktens afslutning.

Følgende diagnoser skal obligatorisk have tillægskode for 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 én af følgende koder som tillægskode til diagnosekoden:

Kode	Tillægskode
TUL1	højresidig
TUL2	venstresidig
TUL3	dobbeltsidig

13.4.4 Anatomisk lokalisation

I Cancerregisteret registreres tumorerne efter mikroskopisk udseende men også efter deres lokalisation. I ICD-10 er visse tumortyper kun repræsenteret af deres mikroskopiske udseende uden lokalisation. Dette gælder for maligne lymfomer.

Følgende diagnoser skal obligatorisk have tillægskode for lokalisation:

Kode	Kodetekst
DB211	HIV-sygdom med Burkitts lymfom
DB212	HIV-sygdom med andet non-Hodgkin's lymfom
DB213	HIV-sygdom med anden neoplasi i lymfoide og bloddannende væv
DC81*	Hodgkin lymfomer
DC82*	Follikulære lymfomer
DC83*	Ikke-follikulære lymfomer
DC84*	Modne NK/T-celle lymfomer
DC85*	Andre og ikke specificerede 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 baseres på en [anatomiklassifikation](#), der kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Eksempel:

Kode	Kodetekst
(A)DC923	Myeloidt sarkom
(+)T001128	bløddelsvæv i orbita

13.5 Eksempler på fuld anmeldelse

Kode	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)

Kode	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

Kode	Kodetekst
(A)DC508	Brystkræft overgribende flere lokalisationer
(+)AZCA1	(+)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 tilstede (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 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 ikkemalign diagnose.

Ovenstående tilfælde opstår ofte, når der efter kontaktafslutning og indberetning fremkommer nye oplysninger fx histologisvar, 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 bl.a. operationer, billeddiagnostik, kemoterapi, strålebehandling og medicinsk antihormonel behandling, se [kapitel 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.

Der findes desuden følgende ikkeobligatoriske kodemuligheder (registreres som procedurekoder), der kan anvendes i de tilfælde, hvor der af forskellige årsager ikke foregår nogen klinisk behandling af patienten:

Kode	Kodetekst
ZWCM0	Alternativ cancerbehandling
ZWCM1	Klinisk beslutning om ingen udredning
ZWCM7	Klinisk beslutning om behandling i anden afdeling
ZWCM8	Klinisk beslutning om ingen behandling
ZWCM9	Patienten ønsker ingen udredning/behandling/kontrol
ZWCM9A	Patienten ønsker ikke udredning
ZWCM9B	Patienten ønsker ikke behandling
ZWCM9C	Patienten ønsker ikke kontrol

ZWCM8 anvendes på baggrund af en klinisk beslutning i de tilfælde, hvor behandling ikke er mulig, eller de tilfælde, hvor man skønner, at behandling ikke er nødvendig.

14 Pakkeforløb

14 Pakkeforløb

For pakkeforløb på kræftområdet er der udarbejdet en ny registreringsmodel med indførelse af specifikke registreringer for udvalgte målepunkter svarende til pakkeforløbsbeskrivelserne. Registreringerne skal anvendes fra og med 1. oktober 2012.

Der er udarbejdet specifikke registreringsvejledninger, som vedrører registrering af monitoreringspunkter i forbindelse med det enkelte patientforløb. Vejledningerne kan findes på Statens Serum Instituts hjemmeside (LINK). Registreringsvejledningerne er opdelt i:

- Pakkeforløb for kræftområdet, organspecifik kræft
- Pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype
- Diagnostisk pakkeforløb for alvorlig sygdom

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 [her](#)

Patientforløb kan strække sig over flere kontakter og forskellige afdelinger, også på tværs af sygehuse og regioner. Hvis det ikke er klart i den enkelte afdeling, hvilke monitoreringspunkter, der allerede er registreret i forløbet, skal afdelingen registrere monitoreringspunkterne ud fra egen vurdering af tidspunkt i forløb. Det samme monitoreringspunkt kan således potentielt registreres flere gange i forløbet. Monitoreringen vil tage højde for dette.

14.1 Administrative pakkeforløbskoder

De nye registreringer er etableret som administrative procedurekoder og skal indberettes med proceduretidspunkt for hændelsen.

14.1.1 Pakkeforløb for kræftområdet, organspecifik kræft

Hvert pakkeforløb for kræftområdet med organspecifik kræfttype er i det dedikerede kodehierarki tildelt et unikt nummer, jævnfør nedenstående boks. Nummeret indgår i koderne for de enkelte organspecifikke pakkeforløb. Pakkeforløbets navn og nummer erstattes med henholdsvis 'Kræftform xx' og 'xx'.

Oversigt pakkeforløbskoder - organspecifik kræfttype

AFBxxA	Kræftform xx: henvisning til pakkeforløb start
AFBxxB	Kræftform xx: udredning start, første fremmøde
AFBxxC1	Kræftform xx: beslutning: tilbud om initial behandling
AFBxxC1A	Kræftform xx: beslutning: tilbud om initial behandling i udlandet
AFBxxC2	Kræftform xx: beslutning: initial behandling ikke relevant (#)
AFBxxC2A	Kræftform xx: beslutning: initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling
AFBxxF1	Kræftform xx: initial behandling start, kirurgisk
AFBxxF2	Kræftform xx: initial behandling start, medicinsk
AFBxxF3	Kræftform xx: initial behandling start, strålebehandling
AFBxxX1	Kræftform xx: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet
AFBxxX2	Kræftform xx: pakkeforløb slut, patientens ønske

#) AFBxxC2 kan (ud over den obligatoriske AFBxxC2A) frivilligt specificeres ved anvendelse af 8. karakter i form af:

- AFBxxC2B Kræftform xx: beslutning: initial behandling ikke relevant, radikal operation i udredningsperiode
- AFBxxC2C Kræftform xx: beslutning: initial behandling ikke relevant, patientens tilstand

Det er op til den enkelte region at beslutte anvendelsen i forbindelse med registrering af 'beslutning vedrørende initial behandling'.

De foranstående 7 karakterer (AFBxxC2) skal obligatorisk registreres som beskrevet i vejledningen.

xx	Kræftform
01	Brystkræft
02	Hoved- og halskræft - Kræft i næsen og bihule - Kræft i struben og svælget (larynx- og hypopharynx) - Kræft i mundhulen - Kræft i spytkirtel - Kræft i skjoldbruskkirtlen (thyreoidea) - Lymfeknudemetastase på halsen med ukendt tumor (CUP)
03	Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi (CLL)
04	Myelomatose
05	Akut leukæmi/fremskreden myelodysplastisk syndrom (MDS)
06	Kroniske myeloide sygdomme
07	Kræft i bugspytkirtlen
08	Kræft i galdegang
09	Kræft i spiserøret/mavemunden/mavesækken (ECV)

10	Primær leverkræft
11	Tarmkræftmetastaser i leveren
12	Kræft i tyk- og endetarm
13	Kræft i blæren og nyre
14	Kræft i blæren
15	Kræft i nyre
16	Kræft i prostata
17	Kræft i penis
18	Kræft i testikel
19	Kræft i ydre kvindelige kønsorganer (vulva)
20	Livmoderkræft
21	Kræft i æggestok
22	Livmoderhalskræft
23	Kræft i hjernen
24	Kræft i øje og orbita
	Kræft i orbita
	Retinoblastom hos barn (til og med 14 år)
	Kræft i uvea
25	Modermærkekræft i hud
26	Lungekræft
27	Sarkom i knogle
28	Sarkom i retroperitoneum og abdomen
29	Sarkom i bløddele
30	Kræft hos børn
	Leukæmi
	Kræft i hjernen og rygmærk
	Lymfekræft på halsen
	Kræft i thorax, abdomen, knogle og bløddele

For en mere detaljeret beskrivelse af monitoreringsmodel, anvendelse af koder med videre, se [Monitorering af kræftområdet](#)

14.1.2 Pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype

Der er etableret et særskilt kodehierarki for pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype, da udredningen opdeles i en primær og sekundær, hvilket skal afspejles i registreringen af det enkelte forløb.

Pakkeforløbet afsluttes, når der klinisk er taget stilling derom, jævnfør pakkeforløbsbeskrivelsen. På den baggrund har pakkeforløbet alene registreringer svarende til nedenstående boks. Koderne i forbindelse med afslutning af pakkeforløb kan registreres i hele forløbet.

Oversigt pakkeforløbskoder – metastaser uden organspecifik kræfttype

AFD01A	Metastaser uden organspecifik kræfttype: henvisning til pakkeforløb start
AFD01B	Metastaser uden organspecifik kræfttype: primær udredning start, første fremmøde
AFD01C	Metastaser uden organspecifik kræfttype: henvisning til sekundær udredning
AFD01D	Metastaser uden organspecifik kræfttype: sekundær udredning start, første fremmøde

Bemærkning: kan kun anvendes af onkologiske afdelinger

AFD01X1	Metastaser uden organspecifik kræfttype: pakkeforløb slut, klinisk beslutning
AFD01X2	Metastaser uden organspecifik kræfttype: pakkeforløb slut, patientens ønske

For en mere detaljeret beskrivelse af monitoreringsmodel, anvendelse af koder med videre, se [Monitorering af kræftområdet](#)

14.1.3 Diagnostisk pakkeforløb for alvorlig sygdom

Der er etableret et særskilt kodehierarki for diagnostisk pakkeforløb, da pakkeforløbet ikke alene omhandler kræft, men udredning for alvorlig sygdom generelt. Diagnostisk pakkeforløb afsluttes, når der klinisk er taget stilling derom, jævnfør pakkeforløbsbeskrivelsen. På den baggrund har pakkeforløbet alene registreringer svarende til nedenstående i boks.

Oversigt pakkeforløbskoder – diagnostisk pakkeforløb for alvorlig sygdom

AFA01A	Diagnostisk pakkeforløb: henvisning til pakkeforløb start
AFA01B	Diagnostisk pakkeforløb: udredning start, første fremmøde
AFA01X1	Diagnostisk pakkeforløb slut, klinisk beslutning
AFA01X2	Diagnostisk pakkeforløb slut, patientens ønske

14.1.4 Pakkeforløb på hjerteområdet

Der er igangsat et arbejde med udvikling af en ny registrerings- og monitoreringsmodel for hjerteområdet, hvor der ligeledes skal indføres dedikerede koder for specifikke målepunkter beskrevet i pakkeforløbsbeskrivelserne for hjerteområdet. Modellen planlægges indført i løbet af 2013.

For status og mere detaljeret beskrivelse af monitoreringsmodel, anvendelse af koder med videre, se [Monitorering af hjerteområdet](#)

15 Data til brug for kvalitetsmåling

Dette kapitel er udgået pr. 1. oktober 2012, idet kravene ikke længere er gældende.
Kapitlet vil stå tomt indtil årsskiftet.

16 Definitioner og beskrivelser til patientregistrering

Dette kapitel indeholder definitioner, beskrivelser og bemærkninger til begreber, som anvendes i
Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter.

Begreberne er vedtaget enten af "Koordinationsgruppen for individbaseret patientregistrering" eller er
behandlet af "Det Nationale Begrebsarbejde for Sundhedsvæsenet" og skal bidrage til den fælles forståelse
af Fællesindholdet.

16.1 Organisatoriske begreber

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
adresseafsnit (opholdsadresse)	det afsnit, der på et givet tidspunkt har det plejemæssige ansvar for patienten Bemærkning: Patientens fysiske opholdsadresse under indlæggelsesperiode
afdeling	del af et sygehus, der er under fælles lægelig-administrativ ledelse eller afdelingsledelse Bemærkning: Svarer til enheder, der er medtaget i sygehus-afdelingsklassifikationens 6-karakters niveau. Afdeling opdeles i afsnit
afsnit	del af en afdeling bestemt for én eller få afgrænsede funktioner Bemærkning: Svarer til sygehus-afdelingsklassifikationens 7-karakters niveau. Alle indberetninger knyttes til afsnitsniveauet
akut modtageafsnit	sengeafsnit til brug for akut indlagte patienter Bemærkning: Patienter ligger almindeligvis under et døgn på akut modtageafsnit og flyttes derfra til andet afsnit eller udskrives. Hvis patienten overføres til andet afsnit, tæller sengedagene fra akut modtageafsnit med på det nye afsnit. Hvis patienten udskrives fra akut modtageafsnit tæller sengedagene på akut modtagerafsnit
ambulatorium (ambulatorieafsnit)	afsnit, der varetager undersøgelse, behandling og kontrol af ambulante 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) (sengeplads)	seng i et sengeafsnit til anvendelse for indlagt patient 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 med udstyr til overvågning af patienter 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 sygehuset, der alene yder den til opholdet hørende kost og logi Bemærkning: Patienthotellet er stamafsnit for 'hotelpatient', og adresseafsnit for patienter indskrevet på sengeafsnit
sengeafsnit	afsnit med normerede sengepladser med personale til overvågning og pleje, der varetager undersøgelse og behandling af indlagte patienter Bemærkning: Hertil regnes også akutte modtageafsnit og intensivafsnit, men ikke opvågningssege og vugger til nyfødte eller observationspladser i ambulatorier
serviceafsnit	afsnit, der yder assistancedydelse til klinisk stamafsnit Bemærkning: Serviceafsnit er for eksempel laboratorieafsnit eller røntgenafsnit. Denne definition omfatter ikke afsnittets "egne patienter"
skadestue (skadestueafsnit)	afsnit, der modtager akutte patienter til undersøgelse og behandling
stamafdeling	den afdeling, der har det lægelige ansvar for den aktuelle kontakt, og som har ansvaret for journalføringen samt gennemførelsen af de krævede registreringer og indberetninger Bemærkning: Svarer til sygehus-afdelingsklassifikationens 6-karakters niveau. Patienten er indskrevet på et stamafsnit (sengeafsnit eller ambulatorium) under stamafdelingen
stamafsnit	set afsnit, som patienten er indskrevet på Bemærkning: Et stamafsnit er et sengeafsnit eller et ambulatorieafsnit

16.2 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: (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
habil patient	voksenpatient der er i stand til at give informeret samtykke Bemærkning: Afgørende er om den pågældende kan forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag m.m.

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
indlæggelsesmåde	angivelse af prioritet for kontaktstart Bemærkning: Akut eller planlagt
informeret samtykke	samtykke der er givet ved en konkret kontakt 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	voksenpatient 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 aftalte besøg. Det er obligatorisk at angive slutdato for psykiatriske skadestuekontakter, men fakultativt for somatiske skadestuekontakter
kontaktstartdato (startdato)	dato for påbegyndelse af en kontakt Bemærkning: Anvendes for alle kontakttyper. Omfatter indlæggelsesdato, ambulant startdato og dato for skadestuebesøg. 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	voksenpatient der midlertidigt ikke er i stand til selv patient at give informeret samtykke Bemærkning: Fx bevidstløs patient
mundtligt samtykke	informeret 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, (2) ambulant patient og (3) skadestuepatient. Svarer således til kontakttyperne
planlagt patient (elektiv 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 planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner
pårørende (patientpårørende)	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
screening (systematisk screening)	tidlig opsporing der systematisk søger at finde ikke erkendte sygdomme og risikofaktorer Bemærkning: Målgruppen er raske personer
selvhenvender	patient, der på egen hånd kontakter sundhedsvæsenet uden aftale
skriftligt samtykke	informeret 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 én patient
sundhedsaktør	aktør, der deltager i sundhedsrelateret aktivitet
telefonkonsultation /e-mail/SMS/videokonsultation	klinisk virtuel kommunikation med patient som led i behandling eller kontrol af sygdom, som resulterer i et klinisk journalnotat Bemærkning: Inkl. stedfortrædere for patienten, fx pårørende, værge. 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 m.m. 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	voksenpatient 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

16.3 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 sundheds væsenet
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 1 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 hvor patienten venter - i forhold til den enkelte kontakt Bemærkning: Fx ventetiden før en udredning eller ventetid før en behandling
ventestatus	status for om en patient er ventende eller ikke ventende Bemærkning: 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 af en patients behov for sundhedsaktiviteter og prioritering heraf på baggrund af en henvisning eller en patientkontakt

16.4 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)	patienttype for patient, der er indskrevet på et sengeafsnit 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
indlæggelsesmåde	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-karakters 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

16.5 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 assistancedydelser. Assistancer registreres som ambulant ydelse uden besøgsdato. Se også ambulant ydelse og assistance
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	patienttype for patient, der er indskrevet på et ambulatorium 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 andre kliniske afsnit og assistancedydelser produceret af serviceafsnit. Ydelser givet i en indlæggelsesperiode for samme sygdom registreres på indlæggelseskontakten, jf. kommentar under ”ambulant patient”. Se også assistance og ambulant besøg
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

16.6 Skadestuekontakter

Term(synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
skadestuekontakt	kontakt med et skadestueafsnit som stamafsnit Bemærkning: Ethvert fremmøde (besøg) registreres som en selvstændig afsluttet kontakt
skadestuepatient	patienttype for patient, der er indskrevet på et skadestueafsnit Bemærkning: Indberettes som patienttype (3). Indskrivning sker efter selvhenvendelse, henvisning eller indbringelse på grund af tilskadekomst eller anden akut opstået tilstand

16.7 Kliniske termer

Term synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
kodeart	angivelse af den efterfølgende SKS-kodes registreringsmæssige betydning Bemærkning: Inkluderer arten ”tillægskode” (+), der angiver, at den efterfølgende SKS-kode er en tillægskode
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 KlassifikationsSystem (SKS) Bemærkning: SKS-klassifikationerne vedligeholdes af Sundhedsstyrelsen
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
(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

16.8 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)	vurderet helbredstilstand der er formaliseret Bemærkning: Omfatter egentlige sygdomme, skader, andre lidelser, symptomer og kontaktårsager, inkl. ”obs. pro”, ”kontrol” m.m. Klassificeres efter ”Klassifikation af sygdomme”
diagnose (diagnosekode)	klassificeret betegnelse for en diagnose, der er optaget i gældende ”Klassifikation af sygdomme” 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	vurderet helbredstilstand der benyttes som begrundelse for en intervention
midlertidig diagnose	diagnose, der anvendes som arbejdsdiagnose i det (arbejdsdiagnose) kliniske undersøgelses- og behandlingsforløb Bemærkning: Diagnosearten (M) er reserveret til denne anvendelse. Indberettes ikke på afsluttede kontakter. Diagnosearten (M) må ikke anvendes for psykiatriske patienter

16.9 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 den ”vigtigste operation” Bemærkning: Indberettes med procedurearten ‘D’
kirurgisk indgreb (indgreb)	én 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 én operationskode. Klassificeres

	efter gældende ”Klassifikation af operationer”. I SKS-format (til indberetning) har disse koder et foranstillet ‘K’. Flere operationer kan indgå i ét kirurgisk indgreb
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 én ”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 tillægskode. 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-karakters 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-karakters 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 koder 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 ”Undersøgelsesklassifikation” (under udarbejdelse). Profylaktiske handlinger bør betegnes ”profylakse” eller ”forebyggelse”
ydelse	procedure, der er udført

16.10 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. Kan angives med relevant SKS-kode, der kan indberettes med arten 'C'

16.11 Psykiatri

Term (synonym)	Definition/beskrivelse
familieterapi	samtaleterapeutisk behandlingsmetode udført overfor familieaf 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 forladersygehuset 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 '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. 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	denne betegnelse anvendes om ambulante ydelser, der ikke indgår i ambulant besøg, i hjemmebesøg og udebesøg. Visse "ydelser uden besøg" skal obligatorisk indberettes

16.12 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 < 22 uger
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	(mor) se fødselstidspunkt Bemærkning: Fødslen som periode fra aktiv fødsel til barnet er helt ude (fødselstidspunkt) indgår ikke i registreringens definitioner. En graviditet kan omfatte flere fødsler, idet graviditetten 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 regi-streringsmæssig 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: Hjemmefødsler indberettes på blanket. Fødsel, der er startet i hjemmet, men hvor barnet ikke er født i hjemmet, betragtes ikke som hjemmefødsel
inkomplet hjemme-fødsel	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
komplet hjemme- fødsel	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	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

16.13 Cancer

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
stadium	den anmeldelsespligtige sygdoms udbredelse Bemærkning: Registreres ved kontaktens start eller snarest derefter, dog senest 4 måneder efter kontaktens start

16.14 Skaderegistrering

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
aktivitet	aktivitet, som den skaderamte var i gang med på hændelsestidspunktet
branche	skadesramtes arbejdsgivers brancheområde Bemærkning: Anvendes ved arbejdsulykke
hændelse	begivenhed, der forudgår skademekanismen og er en forudsætning for opståen af skade
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 kapitel 8.
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
trafikanrolle for tilskadekomne	skaderamtes trafikanrolle 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

16.15 Genoptræning

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
genoptræning	er en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient, eventuelt pårørende og personale med formålet, at patienten opnår samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulig funktionsevne – bevægelses- og aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og socialt
almindelig ambulant	almindelig ambulant genoptræning anvendes som genoptræning betegnelse for den ambulante genoptræning på sygehus, der ikke er specialiseret ambulant genoptræning
specialiseret ambulant genoptræning	specialiseret ambulant genoptræning anvendes som betegnelse for en samlet genoptræningsindsats, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling
genoptræningsplan	for at regionerne kan opkræve betaling fra kommunen, skal der til grund for den ambulante genoptræning, ligge en genoptræningsplan. Udarbejdelsen og registreringen af genoptræningsplanen sker i sygehusregi, inden patienten udskrives. Denne registrering indberettes til LPR

17 Teknisk del

Dette kapitel, indeholder en beskrivelse af de tekniske aspekter af patientindberetningen til Landspatientregisteret.

Kapitel 17 beskriver de data der indgår i registreringen og datatyperne samt valideringsreglerne i forbindelse med indberetningen.

Afsnit 17.4 -17.6 indeholder en teknisk vejledning i indberetning til LPR samt eksempler på forskellige typer af indberetninger.

17.1 Oversigt over data, der indgår i registreringen

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

Datanavn	Indlagte patienter	Ambulante patienter	Skadestue patienter
Sygehusnummer	x	x	x
Afdelings/afsnitsnummer	x	x	x
Personnummer	x	x	x
Kommunenummer	x	x	x
Startdato	x	x	x
Patienttype	x	x	x
Indlæggelsestidspunkt/starttidspunkt for ambulant kontakt/tidspunkt for ankomst til skadestue	x	x	x
Indlæggelsesminut/Startminut for ambulant kontakt/Minut for ankomst til skadestue	x	x	x
Henvissningsdato	x	x	
Henvissningsmåde	x	x	
Indlæggelsesmåde	x	x	
Startvilkår (kun for psykiatriske afd.)	x	x	
Slutdato	x	x	x *
Udskrivningstidspunkt	x		x *
Afsluttet til sygehusafsnit	x	x	x
Kontaktårsagskode	x **		x
Afslutningsmåde	x	x	x
Kode for fritvalgsordning (kun private sygehuse)	x	x	
Henvissende sygehusafsnit	x	x	
Diagnoseart (indberettes sammen med SKS-diagnosekode)	x	x	x
Diagnosekodenummer	x	x	x
Procedureart (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	x	x	x
Procedurekodenummer (SKS-kode)	x	x	x
Proceduredato (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	x	x	x
Proceduretidspunkt (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	x	x	x
Procedureminut (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	x	x	x
Kodenummer for producerende afsnit (indberettes	x	x	x

sammen med SKS-procedurekode)			
Dato for besøg		x	
Ventestatus	x	x	
Startdato for ventestatus	x	x	
Slutdato for ventestatus	x	x	
Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit	(x)	(x)	
Sygehusafsnitskode for det afsnit det afslåede behandlingstilbud er givet til	(x)	(x)	
Præcision for stedfæstelsen	(x)	(x)	
UTM-zone for stedfæstelsen	(x)	(x)	
X-koordinat	(x)	(x)	
Y-koordinat	(x)	(x)	
Paritet	x		
Barnets vægt	x		
Barnets længde	x		
Besøg hos jordemoder	(x)		
Besøg hos egen læge	(x)		
Besøg hos sygehusafsnit/speciallæge	(x)		
Nummer ved flerfoldfødsel	x		

*) Fakultativ for somatiske skadestuepatienter

**) Fakultativ for indlagte psykiatriske patienter

(X) = fakultativ

17.2 Databeskrivelser

Herunder beskrives de forskellige datatyper der indgår i patientregistreringen, både deres definitioner, værdisæt og hvilke patienttyper de hver især knytter sig til.

17.2.1 Sygehusnummer

Systemdatanavn

Sygehusnummer

Programdatanavn

SGH

Max. antal positioner

4

Definition/beskrivelse

det sygehus, hvor patienten er indskrevet

Værdisæt

Ifølge den gældende sygehusklassifikation

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Ambulante patienter

Skadestuepatienter

17.2.2 Afdelings/afsnitsnummer

Systemdatanavn

Afdelings/afsnitsnummer

Programdatanavn

AFD

Max. antal positioner

3

Definition/beskrivelse

sengeafsnit, ambulatorium eller skadestue, hvor patienten er indskrevet (stamafsnit)

De 2 første positioner angiver en administrerende overlæges/afdelings ledelses område (afd.)

3. position angiver afsnit som vedrører ”subspeciale”, ambulatorium, skadestue og lignende

Værdisæt

Ifølge den gældende sygehusklassifikation

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Ambulante patienter

Skadestuepatienter

17.2.3 Patienttype

Systemdatanavn

Patienttype

Programdatanavn

PATTYPE

Max. antal positioner

1

Definition/beskrivelse

angivelse af patientens administrative relation til sygehuset

Indlagt patient: patienttype for patient, der er indskrevet på et sengeafsnit og optager en normeret sengeplads

Ambulant patient: patienttype for patient, der er indskrevet på et ambulatorium

Skadestuepatient: patienttype for patient, der er indskrevet på et skadestueafsnit

Værdisæt

0 indlagt patient

2 ambulant patient

3 skadestuepatient

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Ambulante patienter

Skadestuepatienter

17.2.4 Personnummer

Systemdatanavn

Personnummer

Programdatanavn

CPRNR

Max. antal positioner

10

Definition/beskrivelse

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, kan der benyttes et midlertidigt erstatningsnummer, som udskiftes med CPR-nummeret, når dette foreligger og senest inden indberetning til Landspatientregisteret.

Værdisæt

For patienter, som ikke har noget dansk CPR-nummer, benyttes et erstatningsnummer, hvor de første 6 cifre angiver fødselsdag, -måned og -år; det 7. ciffer er 0 for patienter født i år 1900 - 1999, og 5 for patienter født før 1900 og 6 for patienter født efter 1999; 8. og 9. position udfyldes med bogstaver, og 10. ciffer er ulige for mænd og lige for kvinder

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Ambulante patienter

Skadestuepatienter

17.2.5 Startdato

Systemdatanavn

Startdato

Programdatanavn

STARTDATO

Max. antal positioner

6

Definition/beskrivelse

For indlagte patienter:

datoen for påbegyndelse af indlæggelseskontakten

For ambulante patienter:

datoen for påbegyndelse af den ambulante kontakt.

Normalt dato for patientens første besøg i ambulatorium efter henvisning

For skadestue patienter:

dato for ankomst til skadestue

FØDSELSDATO <= STARTDATO <= SLUTDATO

Værdisæt

På formen dag, måned og år (DDMMÅÅ)

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Ambulante patienter

Skadestuepatienter

17.2.6 Indlæggelsestid eller Starttid for ambulant kontakt eller Tid for ankomst til skadestue

Systemdatanavn

Indlæggelsestid eller Starttid for ambulant kontakt eller Tid for ankomst til skadestue

Programdatanavn

INDLÆGTIME

TANSKA

Max. antal positioner

2

Definition/beskrivelse

klokkeslæt i hele timer for kontaktstart på sengeafsnit/kontaktstart på ambulatorium/ankomst til skadestue

Værdisæt

00-23

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Ambulante patienter

Skadestuepatienter

17.2.7 Indlæggelsesminut eller Startminut for ambulant kontakt eller Minut for ankomst til skadestue

Systemdatanavn

Indlæggelsesminut eller Startminut for ambulant kontakt eller Minut for ankomst til skadestue

Programdatanavn

MIANSKA

Max. antal positioner

2

Definition/beskrivelse

klokkeslæt i minutter for kontaktstart på sengeafsnit/kontaktstart på ambulatorium/ankomst til skadestue

Værdisæt

00-59

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Ambulante patienter

Skadestuepatienter

17.2.8 Kommunenummer

Systemdatanavn

Kommunenummer

Programdatanavn

KOMNR

Max. antal positioner

3

Definition/beskrivelse

Patientens bopælskommunenummer.

Der anføres nummeret på bopælskommunen umiddelbart før indlæggelsen/

1. ambulatoriebesøg/skadestuebesøg

For personer med fast bopæl i Grønland kodes et af numrene 901 - 961

For personer med fast bopæl på Færøerne kodes 970

For personer med fast bopæl i udlandet kodes et af numrene 971 - 998

For personer uden bopæl eller ukendt bopæl kodes 999

Værdisæt

Ifølge gældende [kommunekoder](#), KOMNR skal være numerisk

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Ambulante patienter

Skadestuepatienter

17.2.9 Henvisningsdato

Systemdatanavn

Henvisningsdato

Programdatanavn

HENVISDTO

Max. antal positioner

6

Definition/beskrivelse

dato for modtagelse af henvisningen på den afdeling, der skal være stamafsnit for patienten

Ved omvisitering registreres den oprindelige henvisningsdato – se vejledningsdelen

Værdisæt

På formen dag, måned og år (DDMMÅÅ)

FØDSELSDATO <= HENVISDTO <= STARTDTO

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Ambulante patienter

17.2.10 Indlæggelsesmåde

Systemdatanavn

Indlæggelsesmåde

Programdatanavn

INDMÅDE

Max. antal positioner

1

Definition/beskrivelse

angivelse af prioritet for kontaktstart

Værdisæt

1 akut

2 ikke akut

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

17.2.11 Henvisningsmåde

Systemdatanavn

Henvisningsmåde

Programdatanavn

HENVISNMADE

Max. antal positioner

1

Definition/beskrivelse

angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra

Værdisæt

0 Ingen henvisning

Henvist fra:

1 Alment praktiserende læge

2 Praktiserende speciallæge

8 Herfødt

A Andet

E Udlandet (kun patienter, der direkte henvises fra udlandet)

F Henvist fra sygehusafsnit

G Henvist fra sygehusafsnit, venteforløb

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Ambulante patienter

17.2.12 Slutdato

Systemdatanavn

Slutdato

Programdatanavn

SLUTDATO

Max. antal positioner

6

Definition/beskrivelse

Datoen for afslutning af indlæggelses-/ambulant/skadestuekontakten

Værdisæt

På formen dag, måned og år (DDMMÅÅ)

SLUTDATO skal være blank for uafsluttede forløb

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Ambulante patienter

Psykiatriske skadestuepatienter

Fakultativ for somatiske skadestuepatienter

17.2.13 Udskrivningstime/Time for afslutning fra skadestue

Systemdatanavn

Udskrivningstime/Time for afslutning fra skadestue

Programdatanavn

UDTIME

Max. antal positioner

2

Definition/beskrivelse

klokkeslæt i hele timer for afslutning af indlæggelses-/skadestuekontakten

Værdisæt

00-23

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Psykiatriske skadestuepatienter

Fakultativ for somatiske skadestuepatienter

17.2.14 Afsluttet til sygehusafsnit

Systemdatanavn

Afsluttet til sygehusafsnit

Programdatanavn

UDSKRTILSGH

Max. antal positioner

7

Definition/beskrivelse

angivelse af, hvilket afsnit patienten afsluttes til

Værdisæt

Ifølge den gældende sygehusklassifikation.

UDSKRTILSGH skal være alfanumerisk eller blank

Obligatorisk for kontakter der registreres med afslutningsmåde F, G, K og L

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Ambulante patienter

Skadestuepatienter

17.2.15 Afslutningsmåde

Systemdatanavn

Afslutningsmåde

Programdatanavn

AFSLUTMÅDE

Max. antal positioner

1

Definition/beskrivelse

angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til

Værdisæt

Blank Uafsluttet forløb

Udskrevet/afsluttet til:

- 1 Alment praktiserende læge
- 2 Praktiserende speciallæge
- 4 Ingen lægelig opfølgning (må kun anvendes for psykiatriske afdelinger)
- 7 Udeblevet (kun for ambulante patienter)
- 8 Død
- A Andet
- E Behandling i udlandet (hvor sygehus beslutter behandling i udlandet)
- F Afsluttet til sygehusafsnit
- G Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb
- K Afsluttet til sygehusafsnit (hjemmet)
- L Afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Ambulante patienter

Skadestuepatienter

17.2.16 Kontaktårsagskode

Systemdatanavn

Kontaktårsagskode

Programdatanavn

KONTÅRS

Max. antal positioner

1

Definition/beskrivelse

overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset

Værdisæt

- 1 sygdom/tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion
- 2 ulykke
- 3 vold
- 4 selvmordsforsøg
- 5 senfølge
- 7 komplet skaderegistrering foretaget på tidligere kontakt
- 8 andet
- 9 ukendt/uoplyst

For somatiske indlagte patienter skal kontaktårsagskoden registreres, hvis der er en aktionsdiagnose i intervallet DS000-DT799.

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

For psykiatriske skadestuepatienter med kontaktårsag 3 skal aktionsdiagnosen være i intervallerne DX85*-DX99* eller DY00*-DY09*. For psykiatriske skadestuepatienter med kontaktårsag 4 skal aktionsdiagnosen være i intervallet DX60*-DX84*. Begge disse gælder også for indlagte psykiatriske patienter, som indlægges direkte uden skadestuebesøg.

Vedrørende vejledning henvises til den gældende ”Klassifikation af sygdomme”, som udgives af Sundhedsstyrelsen

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Fakultativ for psykiatriske patienter

Skadestuepatienter

17.2.17 Kode for fritvalgsordning

Systemdatanavn

Kode for fritvalgsordning

Programdatanavn

FRITVALG

Max. antal positioner

1

Definition/beskrivelse

kode for om patienten er omfattet af den udvidede fritvalgsordning

Værdisæt

Registreres kun på kontakter ved private sygehuse/klinikker.

1 Patienten er omfattet af den udvidede fritvalgsordning

Patienter, der ikke er omfattet af den udvidede fritvalgsordning, indberettes med kode for fritvalgsordning
blank

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Ambulante patienter

17.2.18 Henvisende sygehusafsnit

Systemdatanavn

Henvisende sygehusafsnit

Programdatanavn

HENVSGH

Max. antal positioner

7

Definition/beskrivelse

angivelse af, hvilket afsnit patienten er henvist fra

Værdisæt

Ifølge den gældende Sygehusklassifikation.

HENVSGH skal være alfanumerisk eller blank.

Obligatorisk for kontakter der registreres med henvisningsmåde F og G

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Ambulante patienter

17.2.19 Diagnoseart

Systemdatanavn

Diagnoseart

Programdatanavn

DIAGART

Max. antal positioner

1

Definition/beskrivelse

angivelse af den efterfølgende SKS-diagnosekodes registreringsmæssige betydning

Værdisæt

A Aktionsdiagnose

B Bidiagnose

H Henvisningsdiagnose

M Midlertidig diagnose (kan kun anvendes for åbne, somatiske ambulante forløb)

C Komplikation

Der skal altid være anført en aktionsdiagnose på en afsluttet kontakt. Vedr. uafsluttede kontakter henvises til databeskrivelsen for diagnosekodenummer

For A og H: kun 1 forekomst pr. kontakt

For bidiagnoser kan psykiatriske afdelinger foretage en prioritering efter indberetningsrækkefølge

H er obligatorisk hvis henvisningsmåde er 1, 2, E, F eller G

Til arten C må der kun forekomme ”diagnoser” fra SKS-kapitlerne D (diagnose) og E (andre diagnoser.

SKS-kode EU* må ikke anvendes)

Indberettes sammen med en SKS-diagnosekode

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Ambulante patienter

Skadestuepatienter

17.2.20 Diagnosekodenummer

Systemdatanavn

Diagnosekodenummer

Programdatanavn

DIAG

Max. antal positioner

10

Definition/beskrivelse

klassificeret betegnelse for en diagnose, der er optaget i gældende ”Klassifikation af sygdomme”

Kodenummer/numre for patientens diagnose(r) skal registreres efter følgende regler:

- Henvisningsdiagnose på henvisningstidspunktet
- Diagnose(r) for patienter indlagt på somatisk afdeling på udskrivningstidspunktet
- Diagnose(r) for patienter indlagt på psykiatrisk afdeling senest 1 måned efter indlæggelse – se vejledningsdelen for specielle regler
- For patienter i en ambulant kontakt, skal der senest 1 måned efter 1. besøg være registreret mindst en diagnose
- For skadestuepatienter ved udskrivning/afslutning fra skadestue

Værdisæt

I følge den gældende klassifikation af sygdomme i SKS-format, udgivet af Sundhedsstyrelsen (ICD-10).

1. position: skal være D i overensstemmelse med kapitelinddelingen i SKS

2.-10. position: skal følge kodelængden i ”Klassifikation af Sygdomme”.

Diagnoser skal registreres med minimum 5 positioner, med mindre det drejer sig om følgende, hvor kun 4 positioner er nødvendige:

- Skadestuepatienter, bortset fra enkelte områder
- Midlertidige diagnoser
- Henvisningsdiagnoser

Henvisningsdiagnoser fra før 1. januar 1994 kan indberettes som ICD-8 diagnosekoder. Hvis SKS-formatet anvendes skal ICD-8 koden knyttes til diagnosearten H.

For visse sygdomme klassificeret med en ICD-10 kode kræves obligatorisk anvendelse af tillægskoder eller bidiagnoser.

Der kan herudover frivilligt registreres SKS-tillægskoder.

Indberettes som SKS-kode (SKSKO)

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Uafsluttede psykiatriske indlagte patienter senest 1 måned efter indlæggelse

Ambulante patienter

Uafsluttede ambulante kontakter senest 1 måned efter 1. besøg

Skadestuepatienter

17.2.21 Procedureart

Systemdatanavn

Procedureart

Programdatanavn

PROCART

Max. antal positioner

1

Definition/beskrivelse

angivelse af den efterfølgende SKS-procedure (operations) kodes registreringsmæssige betydning

Værdisæt

Registrering af operationer (kapitlerne A-Y inkl.) ifølge gældende "Klassifikation af operationer".

V = Vigtigste operation i en afsluttet kontakt

P = Vigtigste operation i et kirurgisk indgreb

D = Deloperation: Anden/andre operation(er) i et kirurgisk indgreb

På kontakter afsluttet efter 1. januar 2004 er det frivilligt at anføre et "V" på én operationskode inden for en afsluttet kontakt. På kontakter afsluttet efter 1. januar 2005 kan "V" ikke anvendes. Der kan kun anføres ét "V" på én operationskode inden for en afsluttet kontakt.

Operationer med procedurearten "V" på uafsluttede kontakter indberettes til Landspatientregisteret med procedureart "P".

Kontakter påbegyndt før 1. januar 1996 og afsluttet efter 31. december 1995 kan være uden markering af vigtigste operationer, når vigtigste operationer er udført før 1. januar 1996.

Andre procedurer indberettes med procedureart blank.

Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO)

Obligatorisk for SKS-procedurekoder (SKSKO) der starter med "K"

Indgår i registrering for

Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode

Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode

Skadestuepatienter, indberettes sammen med procedurekode

17.2.22 Procedurekodenummer

Systemdatanavn

Procedurekodenummer

Programdatanavn

PROC

Max. antal positioner

10

Definition/beskrivelse

klassificeret betegnelse for en procedure, der er optaget i gældende SKS-klassifikationer

Værdisæt

Ifølge gældende SKS-klassifikationer af procedurer (inklusive operationer), udgivet af Sundhedsstyrelsen.

1. position: skal være fra gældende SKS-hovedgrupper

2.-10. position: skal følge kodelængden fra gældende SKS-klassifikation

Procedurer med koden K* skal mindst være 6 positioner (inkl. K). Ikke-kirurgiske procedurer skal mindst være på 3 positioner. For visse procedurer kræves højere specificeringsniveau

Midlertidige procedurekoder er oprettet i SKS-hovedgruppe "Z".

For operationer udført før 1. januar 1996 anvendes koder fra 3. udgave af Operations- og behandlingsklassifikationen (1988)

Indberettes som SKS-procedurekode (SKSKO)

Indgår i registrering for

Indlagte patienter: for operationer og radiologiske procedurer. Øvrige procedurer fakultative, bortset fra specifikt nævnte obligatoriske undersøgelses- og/eller behandlingskoder

Ambulante patienter: som for indlagte patienter

Skadestuepatienter: alle radiologiske procedurer. Øvrige procedurer er fakultative

17.2.23 Proceduredato

Systemdatanavn

Proceduredato

Programdatanavn

PROCDTO

Max. antal positioner

6

Definition/beskrivelse

dato for udførelse af procedure

HENVISDTO <= PROCDTO <= SLUTDATO for indlagte og ambulante patienter

STARTDATO <= PROCDTO for skadestuepatienter

Værdisæt

På formen dag, måned og år, DDMMÅÅ

Proceduredato er fakultativ i forbindelse med aflyste operationer

Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO)

Indgår i registrering for

Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode

Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode

Skadestuepatienter, indberettes sammen med procedurekode

17.2.24 Kodenummer for producerende afsnit

Systemdatanavn

Kodenummer for producerende afsnit

Programdatanavn

PROCAFD

Max. antal positioner

7

Definition/beskrivelse

den instans, der har udført en procedure

Værdisæt

PROCAFD består af kodenummer for SGH og AFD ifølge den gældende sygehusklassifikation

Skal også registreres, hvis producent er eget afsnit

Kodenummer for producerende afsnit er fakultativ for procedurer foretaget før 1. januar 1996

Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO)

Indgår i registrering for

Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode

Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode

Skadestuepatienter, indberettes sammen med procedurekode

17.2.25 Proceduretime

Systemdatanavn

Proceduretime

Programdatanavn

PROCTIM

Max. antal positioner

2

Definition/beskrivelse

angivelse af time for en procedures udførelse

Startklokkeslæt

Hvis STARTDATO = PROCDTO skal

INDLÆGTIME eller TANSKA <= PROCTIM

Værdisæt

00-23

Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO)

Indgår i registrering for

Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode

Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode

Skadestuepatienter, indberettes sammen med procedurekode

17.2.26 Procedureminut

Systemdatanavn

Procedureminut

Programdatanavn

PROCMIN

Max. antal positioner

2

Definition/beskrivelse

angivelse af minut for en procedures udførelse

Startminut

Værdisæt

00-59

Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO)

Indgår i registrering for

Indlagte patienter, indberettes sammen med procedurekode

Ambulante patienter, indberettes sammen med procedurekode

Skadestuepatienter, indberettes sammen med procedurekode

17.2.27 Dato for besøg

Systemdatanavn

Dato for besøg

Programdatanavn

DTOBES

Max. antal positioner

6

Definition/beskrivelse

dato for ambulant patients fremmøde på stamafsnit

Besøg kan ikke indberettes, hvis patienten ikke har en åben ambulant kontakt på behandlende afsnit

Værdisæt

På formen dag, måned og år, DDMMÅÅ

Indgår i registrering for

Ambulante patienter

17.2.28 Dato for afslået tilbud om behandling på andet sygehusafsnit

Systemdatanavn

Dato for afslået tilbud om behandling på andet sygehusafsnit

Programdatanavn

DTOAFTLB

Max. antal positioner

6

Definition/beskrivelse

dato for hvornår tilbud om behandling på andet sygehusafsnit er afslået af patienten

Værdisæt

For indlagte patienter:

Datoen for afslået tilbud skal ligge imellem henvisningsdatoen og startdato

$HENVISD\text{TO} \leq DTOAFTLB \leq STARTD\text{ATO}$

For ambulante patienter:

Datoen for afslået tilbud skal ligge imellem henvisningsdatoen og slutdato

$HENVISD\text{TO} \leq DTOAFTLB < SLUTD\text{ATO}$

På formen dag, måned og år, DDMMÅÅ

Indgår i registrering for

Fakultativ for indlagte patienter

Fakultativ for ambulante patienter

17.2.29 Sygehusafsnitskode for det afsnit det afslåede behandlingstilbuddet er givet til

Systemdatanavn

Sygehusafsnitskode for det afsnit det afslåede behandlingstilbuddet er givet til

Programdatanavn

BEHANDTILSGH

Max. antal positioner

7

Definition/beskrivelse

angivelse af, hvilket sygehusafsnit behandlingstilbuddet er givet til

Værdisæt

Ifølge den gældende sygehusklassifikation

BEHANDTILSGH skal være alfanumerisk eller blank.

De 3 sidste cifre i BEHANDTILSGH må være "000"

Indgår i registrering for

Fakultativ for indlagte patienter

Fakultativ for ambulante patienter

17.2.30 Ventestatus

Systemdatanavn

Ventestatus

Programdatanavn

VENTESTATUS

Max. antal positioner

2

Definition/beskrivelse

status for om en patient er ventende eller ikke ventende

Værdisæt

- 11 ventende på udredning
- 12 ventende på behandling
- 13 ventende, omvisiteret fra andet afsnit
- 14 ventende pga. manglende oplysninger
- 15 ventende på assistance

- 21 ikke ventende, på udredning/behandling
- 22 ikke ventende, til kontrol
- 23 ikke ventende efter patientens ønske
- 24 ikke ventende pga. udredning/behandling andet afsnit
- 25 ikke ventende, under udredning
- 26 ikke ventende, under behandling

Kode 25 og 26 må kun benyttes for ambulante patienter, og perioden må kun ligge efter kontaktens startdato

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Ambulante patienter

17.2.31 Startdato for ventestatus

Systemdatanavn

Startdato for ventestatus

Programdatanavn

DATOSTVENTE

Max. antal positioner

6

Definition/beskrivelse

dato for start af en periode med ventestatus

For hver periode med ventestatus skal der registreres en startdato

På den VENTE-struktur der har den ældste DATOSTVENTE, skal DATOSTVENTE = HENVISDTO

Værdisæt

På formen dag, måned og år, DDMMÅÅ

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Ambulante patienter

17.2.32 Slutdato for ventestatus

Systemdatanavn

Slutdato for ventestatus

Programdatanavn

DATOSLVENTE

Max. antal positioner

6

Definition/beskrivelse

dato for slut af en periode med ventestatus

For hver periode med ventestatus skal der registreres en slutdato

Der må ikke være overlap af venteperioderne indenfor samme kontakt

Værdisæt

På formen dag, måned og år, DDMMÅÅ

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

Ambulante patienter

17.2.33 Nummer ved flerfoldsfødsel

Systemdatanavn

Nummer ved flerfoldsfødsel

Programdatanavn

FLERNR

Max. antal positioner

1

Definition/beskrivelse

angiver barnets nummer i rækkefølgen ved flerfoldsfødsel

Værdisæt

Alfabetisk A–F:

A første barn

B andet barn

C tredje barn

D fjerde barn

E femte barn

F sjette barn

Ved enkeltfødsel registreres A

Skal registreres, hvis der er en DZ38* som aktionsdiagnose

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

17.2.34 Barnets vægt

Systemdatanavn

Barnets vægt

Programdatanavn

VÆGT

Max. antal positioner

4

Definition/beskrivelse

Barnets vægt ved fødsel

Værdisæt

Angives i gram (0000-9999).

Ved vægt > 9999 gram registreres 9999

Ved uoplyst registreres ”0000”

Skal registreres, hvis der er en DZ38* som aktionsdiagnose

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

17.2.35 Barnets længde

Systemdatanavn

Barnets længde

Programdatanavn

LÆNGDE

Max. antal positioner

2

Definition/beskrivelse

Barnets længde ved fødsel

Værdisæt

Angives i cm (00-99)

Ved uoplyst registreres ”00”

Skal registreres, hvis der er en DZ38* som aktionsdiagnose

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

17.2.36 Paritet

Systemdatanavn

Paritet

Programdatanavn

PARITET

Max. antal positioner

2

Definition/beskrivelse

angivelse af antallet af gennemførte svangerskaber, inkl. dødfødsler og aktuel fødsel

Værdisæt

Antal 01-20

Uoplyst = U (2. position blank)

Skal registreres, hvis der er en DO80*-84* som aktionsdiagnose

Indgår i registrering for

Indlagte patienter

17.2.37 Besøg hos jordemoder

Systemdatanavn

Besøg hos jordemoder

Programdatanavn

BESJORD

Max. antal positioner

2

Definition/beskrivelse

antal besøg hos jordemoder som led i svangerkontrollen

Oplysningen fås evt. fra vandrejournalen

Værdisæt

Antal 00-25

Uoplyst = U (2. position blank)

Blank

Kan registreres, hvis der er en DO80*–84* som aktionsdiagnose

Indgår i registrering for

Fakultativ for indlagte patienter

17.2.38 Besøg hos egen læge

Systemdatanavn

Besøg hos egen læge

Programdatanavn

BESLÆGE

Max. antal positioner

1

Definition/beskrivelse

antal besøg hos egen læge (praktiserende læge) som led i svangerkontrollen

Oplysningen fås evt. fra vandrerjournalen

Værdisæt

Antal 0-9

Uoplyst = U

Blank

Kan registreres, hvis der er en DO80*–84* som aktionsdiagnose

Indgår i registrering for

Fakultativ for indlagte patienter

17.2.39 Besøg hos sygehusafsnit/speciallæge

Systemdatanavn

Besøg hos sygehusafsnit/speciallæge

Programdatanavn

BESSPEC

Max. antal positioner

1

Definition/beskrivelse

antal besøg hos læge på obstetrisk eller kirurgisk afsnit eller hos praktiserende speciallæge som led i svangerkontrollen.

Oplysningen fås evt. fra vandrerjournalen

Værdisæt

Antal 0-9

Uoplyst = U

Blank

Kan registreres, hvis der er en DO80*–84* som aktionsdiagnose

Indgår i registrering for

Fakultativ for indlagte patienter

17.2.40 Startvilkår

Systemdatanavn

Startvilkår

Programdatanavn

INDVILK

Max. antal positioner

1

Definition/beskrivelse

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

Værdisæt**For indlagte patienter:**

- 1 Almindelig frivillig indlagt
- 2 Tvang ("rød blanket")
- 3 Tvang ("gul blanket")
- 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 mental-observand
- B Indlagt som varetægtsurrogatfængslet
- C Overført varetægtsarrestant
- D Indlagt i henhold til farlighedsdekret
- E Indlagt i henhold til andet retsligt forhold
- G Retslig patient indlagt frivilligt

For ambulante patienter:

- 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

Indgår i registrering for

Indlagte patienter på psykiatriske afdelinger

Ambulante patienter på psykiatriske afdelinger

17.2.41 Præcision af stedfæstelse

Systemdatanavn

Præcision af stedfæstelse

Programdatanavn

PRÆCISION

Max. antal positioner

10

Definition/beskrivelse

Graden af præcision af stedfæstelse

Værdisæt

Ifølge gældende SKS-klassifikation

Angives med kode i intervallet EUZ*

Indgår i registrering for

Fakultativ for indlagte patienter

Fakultativ for skadestuepatienter

17.2.42 UTM-kode

Systemdatanavn

UTM-kode

Programdatanavn

UTM

Max. antal positioner

2

Definition/beskrivelse

Angivelse af UTM-zone for stedfæstelse

Værdisæt

32 UTM-zone 32

33 UTM-zone 33

Blank

Indgår i registrering for

Fakultativ for indlagte patienter

Fakultativ for skadestuepatienter

17.2.43 X-koordinat

Systemdatanavn

X-koordinat

Programdatanavn

XKOORD

Max. antal positioner

7

Definition/beskrivelse

Angivelse af X-koordinat for stedfæstelse

Værdisæt

Blank eller 0400000-1000000

Indgår i registrering for

Fakultativ for indlagte patienter

Fakultativ for skadestuepatienter

17.2.44 Y-koordinat

Systemdatanavn

Y-koordinat

Programdatanavn

YKOORD

Max. antal positioner

7

Definition/beskrivelse

Angivelse af Y-koordinat for stedfæstelse

Værdisæt

Blank eller 6000000-6500000

Indgår i registrering for

Fakultativ for indlagte patienter

Fakultativ for skadestuepatienter

17.3 Fejlsøgning og validering

Fejlsøgning:

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

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

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

Validering for de enkelte felter:

Herunder beskrives valideringerne for de enkelte felter i de forskellige datastrukturer.

17.3.1 Strukturen INDUD

SGH

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

AFD

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

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

PATTYPE

En af værdierne 0, 2, 3.

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

CPRNR

Pos 1 - 6 valid dato (DDMMÅÅ)

Pos 7 - 9 001 – 999

Pos 10 numerisk

Erstatnings-CPRNR

Pos 1 - 6 valid dato (DDMMÅÅ)

Pos 7 0 eller 8□) person født i år 1900 – 1999

5 eller 9□) person født før år 1900

6 person født efter år 1999

Pos 8 - 9 alfabetisk

Pos 10 numerisk

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

STARTDATO

Gyldig dato (DDMMÅÅ)

FØDSELSDATO skal være før eller lig med STARTDATO

INDLÆGTIME / TANSKA

Blank eller 00-23

Hvis PATTYPE = 0, skal INDLÆGTIME være forskellig fra blank

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

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

Hvis PATTYPE = 3, skal TANSKA være forskellig fra blank

MIANSKA

Blank eller 00-59

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

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

Hvis PATTYPE = 3, skal MIANSKA være forskellig fra blank

KOMNR

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

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

DISTKOD

Ingen validering (anvendt indtil 31.12.2000)

HENVISDTO

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)

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

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

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

Hvis PATTYPE = 3, skal HENVISDTO være blank

FØDSELSDATO skal være før eller lig med HENVISDTO

HENVISNMADE

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

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

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

På kontakter med HENVISNMADE E skal HENVISDTO ligge efter 31.12.2001

På kontakter med HENVISNMADE F eller G skal HENVSGH være udfyldt

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

Hvis PATTYPE = 3, skal HENVISNMADE være blank

INDMADE

En af værdierne blank, 1 eller 2

Hvis PATTYPE = 0, skal INDMÅDE være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 2 eller 3, skal INDMÅDE være blank

Hvis STARTDATO ligger efter 31.12.2003, er 9 ikke længere tilladt

SLUTDATO

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)

STARTDATO skal være mindre eller lig med SLUTDATO

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

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

Hvis PATTYPE = 3 og AFD har speciale 50 eller 52, og STARTDATO ligger efter 31.12.2006, så skal SLUTDATO være forskellig fra blank

UDTIME

Blank eller 00-23

Hvis PATTYPE = 0 og AFD ikke har speciale 50 eller 52 og SLUTDATO er efter 31.12.1993, så skal

UDTIME være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 0 og AFD har speciale 50 eller 52, må UDTIME være blank

Hvis PATTYPE = 2, skal UDTIME være blank

Hvis PATTYPE = 3 og AFD har speciale 50 eller 52 og STARTDATO ligger efter 31.12.2006, så skal UDTIME være forskellig fra blank

AFSLUTMÅDE

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

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

Hvis PATTYPE = 0 og AFD har speciale forskellig fra 50 eller 52, skal AFSLUTMÅDE være forskellig fra blank

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

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

Hvis PATTYPE = 3, skal AFSLUTMÅDE være forskellig fra blank

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

På kontakter, der er afsluttet efter 31.12.1998 er 6 ikke længere tilladt, hvorimod koderne B og C tillades AFSLUTMÅDE 7 må kun benyttes for PATTYPE = 2

Hvis SLUTDATO ligger efter 31.12.2003 er 3, 5, 9, B og C ikke længere tilladt, hvorimod koderne F, G, K og L tillades

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

UDSKRIVTILSGH

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

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

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 er efter 31.12.1998 og AFSLUTMÅDE er lig med 3, 5, B eller C, så skal UDSKRIVTILSGH være udfyldt og i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikationer på SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3. Dog tillades "000" som afdelingskode, såfremt sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode (SGH)

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 er efter 31.12.2003 og AFSLUTMÅDE er lig med F, G, K eller L, så skal UDSKRIVTILSGH være udfyldt og i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikationer på SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3. Dog tillades "000" som afdelingskode, såfremt sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode (SGH)

KONTÅRS

Blank eller 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9

Hvis PATTYPE = 2, skal KONTÅRS være blank

Hvis PATTYPE = 3, skal KONTÅRS være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 0 og AFD har speciale 50 eller 52 og STARTDATO ligger efter 31.12.2005 og før 01.07.2009, skal KONTÅRS være forskellig fra blank.

Hvis STARTDATO ligger før 01.01.2011, skal KONTÅRS være forskellig fra 7.

BEHDAGE

Skal være blank for kontakter der har STARTDATO efter 31.12.2001

DTOFORU / DTOENBH

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)

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

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

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

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

FRITVALG

En af værdierne blank eller 1

HENVSGH

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

17.3.2 Strukturen SKSKO

ART

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

KODE

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

PROCAFD

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

PROCDTO

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)

PROCTIM

Blank eller 00-23

PROCMIN

Blank eller 00-59

17.3.3 Strukturen DIAGN

(anvendt indtil 31.12.1994)

DIAG

Skal være en ICD-8 eller ICD-10 kode

Skal findes i Sundhedsstyrelsens ”Klassifikation af sygdomme”

MOD

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

17.3.4 Strukturen OPERA

(Anvendt indtil 31.12.1995)

OPR

Skal findes i Sundhedsstyrelsens ”Klassifikation af operationer”

OPRAFD

Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation

17.3.5 Strukturen OKOMB

(Anvendt indtil 31.12.1995)

OPR

Skal findes i Sundhedsstyrelsens ”Klassifikation af operationer”

17.3.6 Strukturen BESØG

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

DTOBES

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

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

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

Hvis PATTYPE = 0 eller 3, skal DTOBES være blank

17.3.7 Strukturen PASSV

PATTYPE = 3 må ikke have PASSV-struktur

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

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

PASSV-strukturen kan have følgende kombinationer af indhold:

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

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

ÅRSAGPAS

En af værdierne 0, 1, 2, 3, 4, A

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

DTOSTPAS

Gyldig dato (DDMMÅÅ)

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

DTOSTPAS skal være efter eller lig med HENVISDTO

DTOSLPAS

Gyldig dato (DDMMÅÅ)

DTOSLPAS skal være større end eller lig med DTOSTPAS

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

DTOAFTLB

Gyldig dato (DDMMÅÅ) og hvor STARTDATO er efter 30.06.2002

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

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

BEHANDTILSGH

Skal være blank eller findes i Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation på DTOAFTLB.

De 3 sidste cifre i BEHANDTILSGH må være ”000”

17.3.8 Strukturen VENTE

PATTYPE = 3 må ikke have VENTE-struktur

Skal indberettes i stigende orden på DATOSTVENTE (på ÅÅMMDD)

Ved indberetning af flere VENTE-strukturer gælder at for VENTE-strukturerne efter første VENTE-struktur, skal DATOSTVENTE være lig med dagen efter DATOSLVENTE i foregående VENTE-struktur

Dvs. indenfor samme kontakt skal VENTE-strukturerne dække en sammenhængende periode, og der må ikke være datooverlap mellem VENTE-strukturerne

Hvis HENVISDTO ligger efter 31.12.2003 og HENVISDTO er forskellig fra STARTDATO, skal der være mindst én VENTE-struktur

VENTESTATUS

En af værdierne 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 25 eller 26

DATOSTVENTE

Gyldig dato (DDMMÅÅ)

DATOSTVENTE på den første VENTE-struktur skal være lig med HENVISDTO

DATOSLVENTE

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)

DATOSLVENTE skal være større end eller lig med DATOSTVENTE

Hvis PATTYPE = 0 skal DATOSLVENTE på den sidste VENTE-struktur være lig med STARTDATO

Hvis PATTYPE = 2 skal DATOSLVENTE på den sidste VENTE-struktur (hvis den er udfyldt) være lig med eller større end STARTDATO og lig med eller mindre end SLUTDATO hvis udfyldt. Ellers kun større end eller lig med STARTDATO

Hvis PATTYPE = 2 og VENTESTATUS = 25 eller 26, skal DATOSTVENTE på VENTE-struktur være lig med eller større end STARTDATO

Hvis PATTYPE = 2 må DATOSLVENTE på den sidste VENTE-struktur være blank

17.3.9 Strukturen BOBST

PATTYPE = 0

Må kun anvendes hvis ART=A og KODE tilhører DZ38*

FLERNR

En af værdierne A-F

VÆGT

0000-9999

LÆNGDE

00-99

17.3.10 Strukturen MOBST

PATTYPE = 0

Må kun anvendes hvis ART=A og KODE tilhører DO80*-DO84*

PARITET

01-20 eller U efterfulgt af blank

BESJORD

En af værdierne blank, 00-25 eller U efterfulgt af blank

BESLÆGE

En af værdierne blank, 0-9 eller U

BESSPEC

En af værdierne blank, 0-9 eller U

SIDMEN

Skal være blank for kontakter hvor STARTDATO er efter 31.12.2001

17.3.11 Strukturen PSYKI

PATTYPE = 0 eller 2

INDVILK

En af værdierne 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, B, C, D, E, F, G, K, L, M, N, O, P, R, S

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 0 og SLUTDATO eller STARTDATO er efter 31.12.1994 og før 01.01.2006, så skal INDVILK være en af værdierne 1, 2, 3, 4, 6

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 0 og STARTDATO er efter 31.12.2005 og før 01.01.2007, så skal INDVILK være en af værdierne 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, B, C, D, E

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 0 og STARTDATO er efter 31.12.2006 og før 01.01.2008, så skal INDVILK være en af værdierne 1, 2, 3, 6, E, F, G

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 0 og STARTDATO er efter 31.12.2007, så skal INDVILK være en af værdierne 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, B, C, D, E, G

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 2 og STARTDATO er efter 31.12.2005 og før 01.01.2007, så skal INDVILK være en af værdierne K, L, M, N, P, R

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 2 og STARTDATO er efter 31.12.2006 og før 01.01.2008, så skal INDVILK være en af værdierne K, P, R, S

Hvis AFD har speciale 50 eller 52, og PATTYPE = 2 og STARTDATO er efter 31.12.2007, så skal INDVILK være en af værdierne K, L, M, N, O, P, R

Hvis INDVILK = 7, 8, 9, B, C, D, E, L, M, N, R og STARTDATO er efter 31.12.2007 og før 01.07.2009, så skal der være en KODE = DZ046* på mindst 6 karakterer med ART = A, B

Hvis INDVILK = 7, 8, 9, B, C, D, E, G, L, M, N, R og STARTDATO er efter 30.06.2009, så skal der være en KODE = DZ046* på mindst 6 karakterer med ART = A, B

Hvis PATTYPE = 3, skal INDVILK være blank

17.3.12 Strukturen STEDF

Hvis PRÆCISION forskellig fra EUZ9*, så skal UTM være forskellig fra blank, XKOORD være forskellig fra blank og YKOORD være forskellig fra blank.

Hvis PRÆCISION er forskellig fra blank, så skal der være en KODE=EUG*

PRÆCISION

I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens SKS-klassifikation på STARTDATO

Skal være i intervallet EUZ*

UTM

En af værdierne blank, 32 eller 33

XKOORD

Blank eller 0400000-1000000

YKOORD

Blank eller 6000000-6500000

17.3.13 Skaderegistrering

Hvis STARTDATO er efter 31.12.2007, så skal KODE = EU* angives med mindst 4 karakterer samt have ART = blank

Indlagte patienter

Hvis PATTYPE = 0 og ART = A og KODE tilhører DS000-DT799, så skal KONTÅRS være forskellig fra blank

Hvis PATTYPE = 0 og KONTÅRS = 2, 3, 4 og speciale forskellig fra 50 og 52 og STARTDATO er før 01.01.2008, så skal der være en diagnose i intervallet DS000-DT799 med ART = A samt en EUG*, EUS*, EUA* og EUK* kode. Hvis EUK1 er registreret, skal der være en EUP* og EUM* kode

Hvis PATTYPE = 0 og KONTÅRS = 2, 3, 4 og speciale lig 50 og 52 og STARTDATO er før 01.01.2008, så skal der være en EUG*, EUS*, EUA* og EUK* kode. Hvis EUK1 er registreret, skal der være en EUP* og EUM* kode

Hvis PATTYPE = 0 og KONTÅRS = 2, 3, 4 og speciale forskellig fra 50 og 52 og STARTDATO er efter 31.12.2007, så skal der være en aktionsdiagnose i intervallet DS000-DT799

Ambulante patienter

Hvis PATTYPE = 2 må der ikke være KODE = EU*

Skadestuepatienter

Hvis PATTYPE = 3 og KONTÅRS = 2, 3, 4 og STARTDATO er før 01.01.2008, så skal der være en aktions- eller bidiagnose DR00-DR999, DS00-DT799 eller DZ00-DZ999. Hvis AFD har speciale 50 eller 52 og KONTÅRS = 4 tillades desuden aktionsdiagnose i intervallet DX60*-DX84* samt aktionsdiagnose DF*. Hvis PATTYPE = 3 og KONTÅRS = 2, 3, 4 og STARTDATO er før 01.01.2008, så skal der være registreret en EUG*, EUS*, EUA* og EUK* kode. Hvis EUK1 er registreret, så skal der være en EUP* og EUM* kode

Hvis STARTDATO er efter 31.12.2007, gælder

- hvis PATTYPE = 3 og KONTÅRS = 2, 3, 4 og speciale forskellig fra 50 og 52, så skal der være en diagnose DR00-DR999, DS00-DT799 eller DZ00-DZ999 med ART = A
- hvis PATTYPE = 0, 3 og AFD har speciale 50 eller 52 og KONTÅRS = 3 skal der være en diagnose i intervallet DX85*-DX99* eller DY00*-DY09* med ART = A
- hvis PATTYPE = 0, 3 og AFD har speciale 50 eller 52 og KONTÅRS = 4 skal der være en diagnose i intervallet DX60*-DX84* med ART = A

Valideringer efter kontaktårsag

Hvis KONTÅRS = 2 og STARTDATO er efter 31.12.2007, så skal der være

- KODE = EUH* og KODE = EUS* på mindst 5 karakterer

- KODE = EUA* og KODE = EUG*

Hvis KONTÅRS = 2 og EUA0* eller EUA2* er registreret, så skal der være KODE = EUK*

Hvis KONTÅRS = 2 og EUK0* er registreret, så skal der være KODE = EUM* og KODE = EUP*

Hvis KONTÅRS = 3 og STARTDATO er efter 31.12.2007, så skal der være

- KODE = EUV* og KODE = EUS* på mindst 5 karakterer
- KODE = EUA* og KODE = EUG*

Hvis KONTÅRS = 4 og STARTDATO er efter 31.12.2007, så skal der være

- KODE = EUW* og KODE = EUS* på mindst 5 karakterer
- KODE = EUG*

Hvis KONTÅRS = 2, 3, 4 og KODE = EUX* eller EUY*, så skal KODE være angivet på mindst 6 karakterer

Hvis KONTÅRS = 2, 3 og KODE = EUC* og STARTDATO er efter 31.12.2007, så skal KODE være angivet på mindst 5 karakterer

17.3.14 Diagnoser

Generelt

I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikation af sygdomme

Hvis ART = H skal KODE være gyldig på HENVISDTO hvis udfyldt, ellers følges reglerne for ART= A

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

Hvis ART = A, B eller C skal KODE være gyldig på STARTDATO for PATTYPE = 3

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

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

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

For visse koder er der krav om højere antal karakterer. Fx forgiftninger

ART = A, G og/eller H må kun forekomme en gang pr. kontakt

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.1994, skal der være en og kun en ART = A

Hvis PATTYPE = 0 og AFD ikke har speciale 50 eller 52, skal der være en og kun en aktionsdiagnose

Hvis PATTYPE = 0 og SLUTDATO er blank og AFD har speciale 50 eller 52 og STARTDATO ligger mere end en måned tilbage, skal der være en og kun en aktionsdiagnose

Hvis PATTYPE = 2 og SLUTDATO er blank og AFD har speciale 50 eller 52 og første besøg ligger mere end en måned tilbage, skal der være en og kun en aktionsdiagnose

Hvis PATTYPE = 3, skal der være en aktionsdiagnose

Hvis SLUTDATO er blank og AFD ikke har speciale 50 eller 52 og første besøg ligger mere end en måned tilbage, skal der for PATTYPE = 2 være en diagnose med ART = A, B, G eller M

Såfremt STARTDATO ligger efter 31.12.2001 og ART = G skal AFD have speciale 50 eller 52

Såfremt STARTDATO ligger efter 31.12.2003, må der ikke forekomme en ART = G

Registrering af diagnoser - brug af diagnosearter

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

Hvis STARTDATO er efter 31.12.98 og HENVISDTO er mindre end STARTDATO og HENVISMÅDE er 1, 2, 3, 5, B, C, D, E, F eller G, så skal der være en SKS-kode med ART = H

Hvis PATTYPE = 0 eller 3, så må ART ikke være lig med M

Hvis PATTYPE = 2 og SLUTDATO er udfyldt, så må ART ikke være lig med M

Hvis PATTYPE = 2 og AFD har speciale 50 og 52, så må ART ikke være lig med M

17.3.15 Procedure

Generelt

Hvis ART = V, P, D eller blank, skal KODE være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikationer på pågældende PROCDTO. Hvis PROCDTO ikke er udfyldt, så på en dato efter eller lig med STARTDATO og før eller lig med SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 (hvis udfyldt). For PATTYPE = 3 og PROCDTO ikke er udfyldt, så på STARTDATO

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.1997 og før 01.01.2003 og STARTDATO er lig med PROCDTO, så skal PROCTIM være større end eller lig med INDLÆGTIME eller TANSKA

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

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

Hvis PATTYPE 0 eller 2 og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2002, skal PROCDTO være efter eller lig med HENVISDTO.

Hvis PATTYPE = 3 og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2002, så skal PROCDTO være større end eller lig med STARTDATO og PROCTIM være større end eller lig med TANSKA

Hvis ART = blank, skal PROCDTO være udfyldt

Hvis ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2000, så skal KODE være mindst 3 karakterer lang

Hvis ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2000 og KODE tilhører UXA*, UXC*, UXM* eller UXR*, så skal pågældende kode være mindst 6 karakterer lang

Hvis KODE er forskellig fra ZPP*, skal PROCDTO være før eller lig med SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2

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

Hvis position 1 i KODE er F skal ART = blank

Registrering af operationer

Hvis ART = V, P eller D, skal position 1 i KODE være K

Hvis ART = V, P eller D og 1. position i KODE er K, skal KODE være mindst 6 karakterer lang

Hvis ART = V / P skal PROCDTO og PROCAFD være udfyldt

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.1995 og KODE tilhører K-koder, så skal PROCAFD være udfyldt

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.1997 og KODE tilhører K-koder, så skal PROCTIM og PROCMIN være udfyldt

Procedurearter

Hvis position 1 i KODE er K, så skal ART være V, P D eller +
ART = V må kun forekomme en gang pr. kontakt

Hvis PATTYPE = 0 eller 2 og SLUTDATO ligger før 01.01.2004 og PROCDTO er udfyldt og STARTDATO er efter 31.12.1995 og 1. position i KODE = K, så skal der i kontakten være en og kun en ART = V

Hvis ART = D, skal der umiddelbart før komme en ART = V / P / D (evt. med tillægskode)

Radiologiske procedurer

Hvis der findes en KODE på 6 karakterer tilhørende Sundhedsstyrelsens ”Klassifikation af radiologiske procedurer” og PROCDTO til pågældende kode ligger efter 31.12.2000, så gælder for visse procedurer obligatorisk tillægskodning for lateralitet og kontrastindgift. (Se ”Klassifikation af radiologiske procedurer”)

Hvis ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 30.06.2000 og KODE er forskellig fra ZPP1*-ZPP9*, så skal PROCAFD være udfyldt

Hvis ART = blank og PROCDTO beskriver en dato efter 30.06.2000 og KODE er forskellig fra ZPP1*-ZPP5* eller ZWCM*, så skal PROCTIM og PROCMIN være udfyldt

Klassifikation af aflysningsårsager

Hvis PROCDTO ligger efter 31.12.1999 og SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 er udfyldt eller STARTDATO for PATTYPE = 3 og 1-3 position i KODE = ZPP, så skal KODE være mindst 5 karakterer lang

Genoptræning

Hvis KODE tilhører ZZ0175* og PROCDTO ligger efter 01.01.2007, så skal pågældende kode være mindst 7 karakterer lang. Hvis KODE = AWX21 og PROCDTO efter 01.01.2007, så skal der være KODE = AWG1* med PROCDTO mindre end eller lig med PROCDTO for AWX21

Hvis KODE = AWX23 og PROCDTO efter 01.01.2007, så skal der også være KODE = AWG2* med PROCDTO mindre end eller lig med PROCDTO for AWX23

Hvis KODE = AWG1* med PROCDTO efter 01.01.2007 og SLUTDATO er udfyldt, så skal der være KODE = AWX21 med PROCDTO større end eller lig med PROCDTO for AWG1*

Hvis KODE = AWG2* med PROCDTO efter 01.01.2007 og SLUTDATO er udfyldt, så skal der være KODE = AWX23 med PROCDTO større end eller lig med PROCDTO for AWG2*

17.3.16 Funktionsevne

Hvis KODE tilhører FA, så skal være tilknyttet en tillægskode fra FZAG1*

Hvis KODE tilhører FB, så skal være tilknyttet en tillægskode fra FZBG1*

Hvis KODE tilhører FE, så skal være tilknyttet en tillægskode fra FZEG1*

Hvis KODE tilhører FP, så skal være tilknyttet en tillægskode fra FZPG1*

Hvis KODE tilhører FS, så skal være tilknyttet en tillægskode fra FZSG1*

17.3.17 Neonatal hørescreening

Hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2004 og PROCDTO ligger mindre end 90 dage efter FØDSELSDATO og KODE tilhører ZZ1450A, ZZ1450D, ZZ1450D1, ZZ7100A, ZZ7100D, ZZ7306, ZZ7306A, ZZ7306D, ZZ7307, ZZ7307A eller ZZ7307D, skal der være tilknyttet en af følgende tillægskoder: ZPR01A, ZPR00A eller ZPR00B

17.3.18 Komplikationer til undersøgelse og behandling

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2005 og ART = A eller B og KODE tilhører DT814* så skal der til hver KODE være tilknyttet en af tillægskoderne fra hver af grupperne:

- en KODE tilhørende K*, B*, U* og Z* som er mindst 4 karakterer lang eller KX
- en KODE tilhørende ZT, som er 10 karakterer lang
- en KODE tilhørende A1*-A9* som er 5, 7 eller 8 karakterer lang eller AXXXX eller AYYYY*

17.3.19 Tillægskoder

Skal være i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikationer. Datovalideringen følger samme regel, som gælder for den primærkode, som tillægskoden er tilknyttet

Tillægskode (ART = +) kan kobles på en forudgående SKSKO med ART = blank, A, B, C, G, H, M, V, P eller D

Alle SKS-koder kan registreres som tillægskoder. (Der er dog få undtagelser herfra, fx ZPP0*-ZPP9*, som kun kan have ART = blank)

Der må maks. registreres 50 tillægskoder pr. KODE med tilhørende ART forskellig fra ”+”

Følgende koder må kun registreres som tillægskoder:

- koder i Tillægskodeklassifikationen
- koder i Lægemiddelklassifikationen (M*)
- koder i Datoklassifikationen
- V* (Talliste)
- DUnnDn og DU001 - DU045 (Svangerskabslængde)
- DUT* (Rygevaner)
- DUP* (Fosterpræsentation)
- DUM* (Misdannelsesoplysning)

På procedurer med proceduredato efter 31.12.2000 må kun anvendes TUL1 og TUL2. Der valideres for, at TUL3 ikke er tilladt

På procedurer med proceduredato efter 31.03.2001 må der pr. procedure højst anvendes én af koderne TUL1 eller TUL2

ZKC* må kun registreres som tillægskode til en K-kode

Fra 1. april 2011 må ZDW7* kun bruges som tillægskode til aktions- og bidiagnoser med kodeværdi DZ03*

17.3.20 Fødsler og aborter

Svangerskabslængde

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1996 og KODE tilhører de i vejledningsdelen nævnte diagnosekoder ("Registrering af tillægskode for svangerskabslængde"), så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU**D* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1996 og KODE tilhører DO04*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU01D*-DU11D* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.03.2004 og KODE tilhører DO03*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU01D*-DU21D* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1996 og før 01.04.2004 og KODE tilhører DO05*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU12D*-DU27D* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.03.2004 og KODE tilhører DO05*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU12D*-DU21D* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1996 og KODE tilhører DO060, DO062, DO064 eller DO066, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU01D*-DU11D* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1996 og før 01.04.2004 og KODE tilhører DO061, DO063, DO065 eller DO067, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU12D*-DU27D* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.3.2004 og KODE tilhører DO061, DO063, DO065 eller DO067, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU12D*-DU21D* (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO ligger efter 31.12.1996 og KODE tilhører DO80*-DO84*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende DU15D*-DU45D* eller DU99DX (svangerskabslængde)

Moderens record

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.03.1998 og KODE ligger i intervallet DO80*-DO84*, så skal:

- DUT* og DUnnDn være registreret som tillægskode
- der findes en MOBST-struktur
- DZ37* være tilknyttet som bidiagnose

Hvis PATTYPE = 0 og KODE er i intervallet DO80*-DO84* og SLUTDATO ligger efter 31.12.1999, så skal tilhørende ART = A

Hvis PATTYPE = 0 og aktionsdiagnosen er i intervallet DO80*-DO84* og SLUTDATO ligger efter 31.12.1999 og der forekommer bidiagnoser forskellig fra DA34*, DB20*-DB24*, DF53*, DO*, DS*, DT* eller DZ*, så skal der samtidig være en bidiagnose i intervallet DO98*-DO99*

Hvis PATTYPE = 0 og aktionsdiagnosen er i intervallet DO80*-DO84* og SLUTDATO ligger efter 31.12.2003, så skal der være en ART = blank og en procedurekode ZZ0241 med følgende tillægskoder tilknyttet

- VPH* eller VV00005
- DU0000

Hvis PATTYPE = 0 og aktionsdiagnosen er i intervallet DO80*-DO84* og SLUTDATO ligger efter 31.12.2003, så skal der være en ART = blank og en procedurekode ZZ0240 med følgende tillægskoder tilknyttet

- VPH* eller VV00005
- DU0000

Hvis procedurekoden er ZZ0241 eller ZZ0240, må følgende felter være blanke

- PROCAFD
- PROCDTO
- PROCTIM
- PROCMIN

og PROCDTO må ligge før STARTDATO

Hvis KODE tilhører DZ37*, så skal ART=B, og der skal være en aktionsdiagnose i intervallet DO80*-DO84*

Barnets record

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.12.1996 og KODE tilhører DZ38*, så skal der være:

- en bidiagnose inden for hver af grupperne DUA*, DUH*, DVnnnn og DVA*
- en udfyldt BOBST-struktur

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.03.1998 og KODE tilhører DZ38*, så skal der være en tillægskode inden for gruppen DUP*

Hvis KODE tilhører DUA*, DUH*, DVnnnn eller DVA*, så skal ART=B, og der skal være en aktionsdiagnose tilhørende DZ38*

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.12.2003 og KODE tilhører DZ38*, og der samtidig findes en ART = blank og en procedurekode ZZ4232 skal følgende tillægskode være tilknyttet ZZ4232

- VPK*

Hvis ART = A og PATTYPE = 0 og SLUTDATO ligger efter 31.12.2003 og KODE tilhører DZ38*, og der samtidig findes en ART = blank og en procedurekode ZZ4229, skal være tilknyttet en af følgende tillægskoder til ZZ4229:

- VNK*
- VPK*

Abortregistrering

Hvis KODE er i intervallet DO040-DO067, så skal tilhørende ART = A, H eller +

Såfremt DO040-DO067 forekommer som aktionsdiagnose, skal der være en operationskode i intervallet KLCH00-KLCH99 eller en behandlingskode BKHD4*

Hvis der er en operationskode i intervallet KLCH00-KLCH99 eller en behandlingskode BKHD4, BKHD41-BKHD49, så skal der være en KODE i intervallet DO040-DO067, DO088J-DO088K, DO836* eller DO846* med tilhørende ART=A

Hvis KODE er DO836* eller DO846* og ART = A, skal denne være mindst 6 karakterer lang

Misdannelsesregistrering

Hvis ART = A og hvis enten SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 er udfyldt eller STARTDATO for PATTYPE = 3 og hvis KODE tilhører DO00*-DO06*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhører de i vejledningsdelen nævnte (svangerskabslængde)

Hvis ART = A og SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.1998 og før 01.04.2004 og hvis:

- KODE tilhører DO053 eller DO054 og tilhørende tillægskode tilhører DU12D*-DU27D*, så skal der være en tilhørende ART = + samt KODE lig DUM01, DUM02 eller DUM09
- KODE tilhører DO03* og tilhørende tillægskode tilhører DU16D*-DU27D*, så skal der være en tilhørende ART = + samt KODE lig DUM01, DUM02 eller DUM09

Hvis ART = A og SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.03.2004 og hvis:

- KODE tilhører DO053, DO054, DO836D, DO836E, DO846D eller DO846E og tilhørende tillægskode tilhører DU12D*-DU21D*, så skal der være en tilhørende ART = + samt KODE lig DUM01, DUM02, DUM03 eller DUM09
- KODE tilhører DO03* og tilhørende tillægskode tilhører DU16D*-DU21D*, så skal der være en tilhørende ART = + samt KODE lig DUM01, DUM02, DUM03 eller DUM09

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.1998 og der forekommer tillægskoden DUM01 eller DUM03, så skal samme primærkode have mindst en tillægskode med DQ*

17.3.21 Psykiatri generelt

Hvis ART = A eller G og AFD har speciale 50 eller 52, skal diagnosen være fra listen af godkendte psykiatridiagnoser (se vejledningsdelen). Kravet gælder hvis et af nedenstående kriterier er opfyldt:

- SLUTDATO ligger efter 31.12.1995
- SLUTDATO er blank og PATTYPE = 0 eller 2
- STARTDATO er efter 31.12.1995 og PATTYPE = 3

Ambulante ydelser ved ambulante besøg, hjemmebesøg og udebesøg.

Hvis AFD har speciale 50 eller 52 og PATTYPE = 2 og DTOBES efter 31.12.2005 og før 01.01.2009, så skal der være KODE = AAF22* eller AAF6* med ART blank og PROCDTO = DTOBES, samt en af følgende koder tilknyttet som tillægskode ZPVA1B, ZPVA2C, ZPVA4A, ZPVA6A, ZPVA8A, ZPVA9A, ZPVA9B, ZPVA9C eller ZPVA9D

Hvis AFD har speciale 50 eller 52 og PATTYPE = 2 og DTOBES efter 31.12.2008, så skal der være KODE = AAF22*, AAF6* eller AAF7* med ART blank og PROCDTO = DTOBES, samt en af følgende koder tilknyttet som tillægskode ZPVA1B, ZPVA2C, ZPVA4A, ZPVA6A, ZPVA8A, ZPVA9A, ZPVA9B, ZPVA9C eller ZPVA9D

Hvis AFD har speciale 52 og PATTYPE = 2 og DTOBES efter 31.12.2005 og før 01.01.2009, så skal der være KODE = AAF22* eller AAF6* med ART blank og PROCDTO = DTOBES, samt en af følgende koder tilknyttet som tillægskode BZFD7 eller BZFD8

Hvis AFD har speciale 52 og PATTYPE = 2 og DTOBES efter 31.12.2008, så skal der være KODE = AAF22*, AAF6* eller AAF7* med ART blank og PROCDTO = DTOBES, samt en af følgende koder tilknyttet som tillægskode BZFD7 eller BZFD8

Ambulante ydelser uden ambulant besøg, hjemmebesøg eller udebesøg.

Hvis AFD har speciale 50 eller 52 og PATTYPE = 2 og KODE tilhører BVAW2, ZZ0231A, BVAA33A, ZZ0182, BVAW1, AAF83, BVAA5, BVAA97 eller BVAA99 og PROCDTO efter 31.12.2005 og PROCDTO ikke er lig DTOBES, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en af følgende ZPVA1B, ZPVA2C, ZPVA4A, ZPVA6A, ZPVA8A, ZPVA9A, ZPVA9B, ZPVA9C eller ZPVA9D

Hvis AFD har speciale 52 og PATTYPE = 2 og KODE tilhører BVAW2, ZZ0231A, BVAA33A, ZZ0182, BVAW1, AAF83, BVAA5, BVAA97 eller BVAA99 og PROCDTO efter 31.12.2005 og PROCDTO ikke er lig DTOBES, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en af følgende BZFD7 eller BZFD8

17.3.22 Forgiftninger

Generelt

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og ART = A og KODE tilhører de forgiftningsdiagnosekoder, der står anført i kapitel vedrørende tillægskodning i vejledningsdelen (DD521-DT500), så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en ATC-kode. ATC-koderne er kendetegnet ved, at 1. position er "M"

Forgiftningskoder for narkotika

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og ART = A / B og KODE tilhører DF11*, DF15*, DF16*, eller DF19*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en fra gruppe DT400*-DT409*, DT430A, DT436* eller DT438*. Tillægskoden kan også være en ATC-kode. ATC-koderne er kendetegnet ved, at 1. position er "M"

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og før 01.01.2003 og ART = A / B og KODE tilhører DZ036, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en fra gruppe DT400*-DT409*, DT430A, DT436* eller DT438*. Tillægskoden kan også være en ATC-kode. ATC-koderne er kendetegnet ved, at 1. position er "M"

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2002 og før 01.01.2006 og ART = A / B og KODE tilhører DZ036, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en fra gruppe DT401*-DT409*, DT430A eller DT51*-DT65*. Tillægskoden kan også være en ATC-kode. ATC-koderne er kendetegnet ved, at 1. position er "M"

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2005 og ART = A / B og KODE tilhører DZ036, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + hvor KODE er en fra gruppe DT40*, DT436*, DT438*, DT439* eller DT51*-DT65*. Tillægskoden kan også være en ATC-kode. ATC-koderne er kendetegnet ved, at 1. position er "M"

Såfremt SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 30.06.2002 og ART = A / B og KODE = DF19*, er det ikke obligatorisk, at koden efterfølges af tillægskode fra gruppe DT400*-DT409*, DT430A, DT436* eller DT438* eller en ATC-kode

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og der findes en diagnose med ART = A / B / + og KODE tilhørende DT406* eller DT436*, så skal pågældende kode være 6 karakterer lang

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2003 og der findes en diagnose med ART = A / B / + og KODE tilhørende DT409*, så skal pågældende kode være 6 karakterer lang

17.3.23 Cancer

Anmeldelsesstatus

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og DIAGART = A / B og KODE er en anmeldelsespligtig cancerdiagnose (for diagnosen DD05* dog: STARTDATO efter 30.06.2004 for PATTYPE 0 og 2 eller for PATTYPE = 3 først STARTDATO efter 30.06.2004) jf. vejledningsdelen, så skal der pr. diagnose være tilknyttet en og maksimalt en tillægskode med anmeldelsesstatus AZCA1, AZCA2 eller AZCA4. Anmeldelsesstatus AZCA3 er kun tilladt for DIAGART = B

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.1998 og DIAGART = A og KODE er en anmeldelsespligtig cancerdiagnose (for diagnosen DD05* dog: STARTDATO efter 30.06.2004 for PATTYPE 0 og 2 eller for PATTYPE = 3 først STARTDATO efter 30.06.2004) jf. vejledningsdelen, så må der ikke være tilknyttet tillægskoden AZCA3

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2002 og DIAGART = A/B og KODE er en anmeldelsespligtig cancerdiagnose (for diagnosen DD05* dog: STARTDATO efter 30.06.2004 for PATTYPE 0 og 2 eller for PATTYPE = 3 først STARTDATO efter 30.06.2004) jf. vejledningsdelen, så må der ikke være tilknyttet tillægskoden AZCA2

Stadium

Hvis følgende betingelser er opfyldt:

- STARTDATO ligger efter 31.12.2003 og før 01.07.2004 og
- DIAGART = A/B og
- DIAG findes i tabellen ”stadium” ekskl. DD05* og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- kontakten er afsluttet (SLUTDATO udfyldt), eller kontakten er uafsluttet og STARTDATO ligger mere end 4 måneder før seneste ambulante besøg

så skal følgende betingelser være opfyldt for sygdommens udbredelse:

1. hvis DIAG tilhører gruppen DC81*-DC86*, skal der være tilknyttet en tillægskode fra gruppen AZCC*, og koden skal være mindst 5 karakterer lang

2. hvis DIAG tilhører tabellen ”stadium” og er forskellig fra DC81*-DC86*, skal der pr. diagnose være tilknyttet 3 tillægskoder, en i hver af grupperne AZCD1*, AZCD3* og AZCD4*, og koderne skal være mindst 6 karakterer lange

Hvis følgende betingelser er opfyldt:

- STARTDATO ligger efter 30.06.2004 og
- DIAGART = A/B og
- DIAG findes i tabellen ”stadium” og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og

- kontakten er afsluttet (SLUTDATO udfyldt), eller kontakten er uafsluttet og STARTDATO ligger mere end 4 måneder før seneste ambulante besøg

så skal følgende betingelser være opfyldt for sygdommens udbredelse:

1. hvis DIAG tilhører grupperne DB211*-DB213*, DC81*-DC86*, DC884*, DC902, DC903, DC923*, DC96*, skal der være tilknyttet en tillægskode fra gruppen AZCC*, og koden skal være mindst 5 karakterer lang

2. hvis DIAG tilhører tabellen ”stadium” og er forskellig fra DB211*-DB213*, DC81*-DC86*, DC884*, DC902, DC903, DC923*, DC96*, skal der pr. diagnose være tilknyttet 3 tillægskoder. En i hver af grupperne AZCD1*, AZCD3* og AZCD4*, og koderne skal være mindst 6 karakterer lange

Hvis STARTDATO efter 30.06.2004 så gælder at:

- AZCD11 kan kun anvendes for koderne: DD30*, DD37*-DD44*, DD48*
- AZCD12 kan kun anvendes for koderne: DD05*, DD06*, DD076*, DD090*, DD091*

Hvis STARTDATO efter 30.06.2004 og før 01.07.2005 så gælder at:

- AZCD10 kan kun anvendes i kodeintervallet: DC78*-DC80*

Hvis STARTDATO efter 30.06.2005 så gælder at:

- AZCD10 kan kun anvendes i kodeintervallet: DC78*-DC80*, DC77*

Diagnosegrundlag

Hvis følgende betingelser er opfyldt

- STARTDATO ligger efter 31.12.2003 og
- DIAGART = A/B og
- DIAG tilhører anmeldelsespligtige diagnosekoder (for diagnosen DD05* dog: SLUTDATO efter 30.06.2004 for PATTYPE 0 og 2 eller for PATTYPE = 3 først STARTDATO efter 30.06.2004) og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1

så skal følgende betingelse være opfyldt:

Der skal være tilknyttet mindst en af tillægskoderne fra hver af grupperne AZCK* og AZCL*, og koderne skal være mindst 5 karakterer lange

Lateralitet

Hvis følgende betingelser er opfyldt

- STARTDATO ligger efter 31.12.2003 og
- DIAGART = A/B og

- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- DIAG findes i tabellen over diagnoser hvor der obligatorisk skal registreres lateralitet (for diagnosen DD05* dog: SLUTDATO efter 30.06.2004 for PATTYPE 0 og 2 eller for PATTYPE = 3 først STARTDATO efter 30.06.2004)

så skal følgende betingelse være opfyldt:

Der skal være tilknyttet mindst en af tillægskoderne TUL1, TUL2 eller TUL3

Lokalisation

Hvis:

- STARTDATO ligger efter 31.12.2003 og før 01.07.2006 og
- DIAGART = A/B og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- DIAG tilhører grupperne DB211*, DB212*, DC81*-DC86*, DC902* og DC923* eller
- STARTDATO ligger efter 30.06.2004 og før 01.07.2006 og
- DIAGART = A/B og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- DIAG tilhører DB213*

så skal følgende betingelse være opfyldt:

Der skal være tilknyttet mindst en tillægskode i grupperne DC00*-DC41*, DC44*, DC47*-DC77*

Hvis

- STARTDATO ligger efter 30.06.2006 og
- DIAGART = A/B og
- der er tilknyttet en tillægskode AZCA1 og
- DIAG tilhører grupperne DB211*-DB213*, DC81*-DC86*, DC884*, DC902, DC903 og DC923*

så skal der skal være tilknyttet mindst en tillægskode fra listen over tilladte koder fra anatomiklassifikationen

17.3.24 Lokal validering af anvendelsen af anmeldelsesstatus: AZCA1 og AZCA4

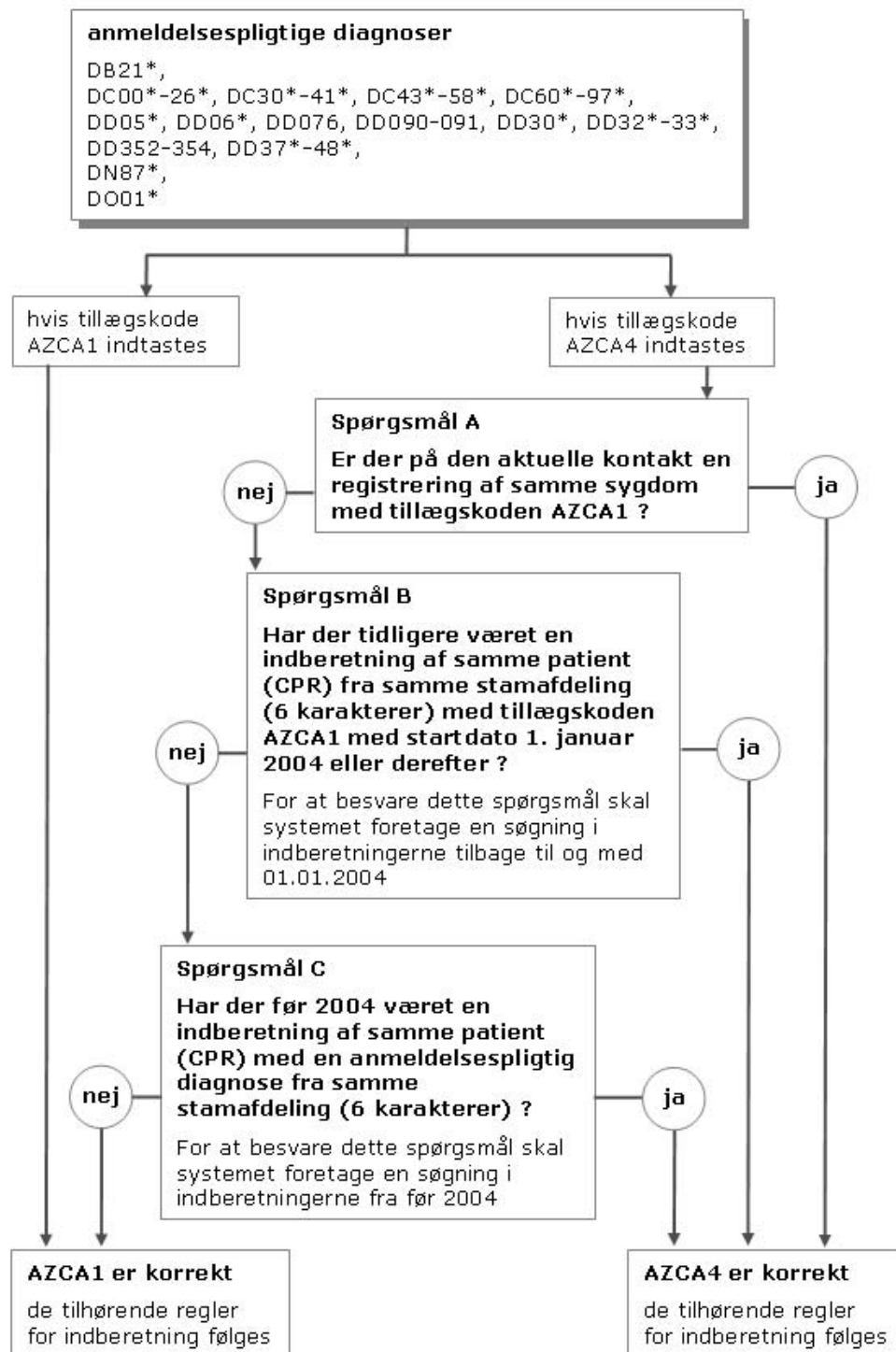
Nedenstående figur beskriver overordnet set, hvordan reglerne for anvendelsen af anmeldelsesstatus AZCA1 og AZCA4 automatisk skal valideres i sygehusenes lokale IT-systemer
Der fokuseres altså udelukkende på statuskoderne AZCA1 og AZCA4. Nedenstående punkter gennemgår figuren fra toppen af og nedefter

1. Øverst i figuren illustreres det, at man har med en indberetningspligtig cancerdiagnose at gøre
2. Dernæst viser figuren, at der enten forsøges registreret en statuskode AZCA1 eller AZCA4 på indberetningen
3. Registrering af AZCA1 er altid en valid indtastning
4. Valideringen, som følger af en indtastning af statuskode AZCA4, er illustreret i figurens højre side
5. Registrering af statuskode AZCA4 resulterer først i Spørgsmål A. Hvis der på den samme kontakt allerede er registreret en statuskode AZCA1 for sygdommen, er registrering af statuskode AZCA4 valid, og koden må dermed anvendes under hensyntagen til Fællesindholdets regler
6. Hvis dette ikke er tilfældet, skal systemet undersøge (Spørgsmål B), om der er en tidligere indberettet kontakt med fuld nyanmeldelse
7. Hvis Spørgsmål B kan besvares med et 'ja', er registrering af statuskode AZCA4 valid, og koden må dermed anvendes under hensyntagen til Fællesindholdets regler
8. Hvis svaret på Spørgsmål B er 'nej', følger Spørgsmål C
9. Hvis Spørgsmål C kan besvares med et 'ja', er registrering af statuskode AZCA4 valid, og koden må dermed anvendes under hensyntagen til Fællesindholdets regler
10. Hvis Spørgsmål C kan besvares med et 'nej', betragtes registreringen af statuskode AZCA4 som en fejl. Statuskode AZCA1 skal følgelig anvendes i stedet for AZCA4. Dette er illustreret i midten af figuren

Der henvises i øvrigt til vejledningsdelens [kapitel 13](#)

Figur 17.3.24 Cancer-validering

Canceranmeldelse – automatisk validering



17.3.25 Kvalitetsindikatorer

Brud på lårbenshals

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 30.06.2000 og DIAGART = A / B og KODE tilhører DS720*-DS722*, DS727* eller DS728*, så skal der pr. diagnose være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2

Hofteledsalloplastik

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 er udfyldt og ART = V / P / D og KODE tilhører KNFB*, KNFC* eller KNFW* og PROCDTO til pågældende kode ligger efter 30.06.2000, så skal der pr. operationskode være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2

Luksation af hofteledsprotese

Hvis SLUTDATO for PATTYPE 0 og 2 eller STARTDATO for PATTYPE = 3 ligger efter 31.12.2000 og DIAGART = A / B og KODE lig med DT840A, så skal der til pågældende diagnose være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2

17.4 Detaljeret teknisk beskrivelse

Dette afsnit indeholder en vejledning i, hvorledes data skal opbygges for at kunne indrapporteres til LPR.

Vejledningen, som er forholdsvis teknisk, henvender sig primært til de IT-afdelinger, som står for LPR indberetningen.

17.4.1 Indberetning til LPR

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

Hvilke datafelter, der skal indrapporteres fra de enkelte afdelinger på de enkelte patienttyper, er anført i [afsnit 17.2.2](#). Ved indberetning af datafelter, som ikke er angivet her, skal definitionen findes i tidligere udgaver af Fællesindholdet.

De enkelte strukturer er oprettet, så de primært indeholder data fra en patientkontakt som logisk hører sammen, f.eks. indlæggelses- og udskrivningsoplysninger. Da recorden med de forskellige strukturer bliver modtaget i et stort felt, skal de enkelte strukturer identificeres med et nøgleord på 5 karakter efterfulgt af en længdeangivelse på 3 karakter. En record skal afsluttes med nøgleordet ”SLUT%”.

En indberetning til LPR kræver, at alle data skal kunne identificeres.

Følgende data kan indberettes til LPR:

Sygehusnummer	
Afdelings/afsnitsnummer	
Patienttype	
Personnummer	
Indlæggelsesdato/ Startdato for ambulant kontakt/ Dato for ankomst til skadestue Indlæggelsestid/ Time for ankomst til skadestue Minut for ankomst til skadestue	
Kommunenummer	
Distriktskode	Før 01.01.2001
Henvissningsdato	
Henvissningsmåde	
Indlæggelsesmåde	Indlagt fra Før 01.01.2001
Startvilkår	
Udskrivningsdato/ Slutdato for ambulant kontakt/ Slutdato for skadestuekontakt	
Udskrivningstid	
Afslutningstid for skadestuekontakt	
Afslutningsmåde	
Afsluttet til sygehusafsnit	

Udskrevet til	Før 01.01.2001
Kontaktårsagskode	
Ulykkeskode	På udskrivninger før den 01.01.1995, Indberette ulykkeskoder i struktur ULYKK. På udskrivninger fra den 01.01.1995 indberettes ulykkeskoder i struktur SKSKO
Behandlingsdage	Før 01.01.2002
Dato for forundersøgelse	Før 01.01.2004
Dato for endelig behandling	Før 01.01.2004
Kode for fritvalgsordning	Kun for private sygehuse/klinikker
Henvissende sygehusafsnit	
Diagnoseart	Kun for kontakter udskrevet fra den 01.01.1995. Indberettes i struktur SKSKO
Diagnosekodenummer	På kontakter udskrevet før den 01.01.1995 indberettes diagnosekodenummer i strukturen DIAGN. På kontakter udskrevet fra den 01.01.1995 indberettes diagnosekode nummer i strukturen SKSKO
Modifikation	Kun for kontakter udskrevet før den 01.01.1994
Procedureart	Kun for procedurer fra den 01.01.1996. Indberettes i strukturen SKSKO
Procedurekodenummer	For operationer før den 01.01.1996. Indberettes operationskodenummer i strukturen OPERA. For procedurer fra den 01.01.1996 i indberettes procedurekodenummer i strukturen SKSKO
Proceduredato	Kun for procedurer fra den 01.01.1996. Indberettes i strukturen SKSKO
Kode for opererende/ producerende afsnit	For operationer før den 01.01.1996. Indberettes kode for opererende afsnit i strukturen OPERA For procedurer inkl. operationer fra den 01.01.1996 indberettes kode for producerende afsnit i strukturen SKSKO
Proceduretime	Kun for procedurer fra den 01.01.1998. Indberettes i strukturen SKSKO
Procedureminut	Kun for procedurer fra den 01.01.1998. Indberettes i strukturen SKSKO
Kombination	Kun for operationer før den 01.01.1996
Dato for besøg	
Personalekategori	Før 01.01.2001

Psykiatrisk ydelse	Før 01.01.2001
Ydelsessted	Før 01.01.2001
Årsag til passiv ventetid	Før 01.01.2004
Startdato for passiv ventetid	Før 01.01.2004
Slutdato for passiv ventetid	Før 01.01.2004
Dato for afslået tilbud om behandling i andet sygehusafsnit	
Sygehusafsnitskode for det afsnit det afslåede behandlingstilbud er givet til	
Paritet	
Antal besøg hos jordemoder	
Antal besøg hos egen læge	
Antal besøg hos sygehusafsnit/ speciallæge	
Dato for sidste menstruation	Før 01.01.2002
Nummer ved flerfoldfødsel	
Barnets vægt	
Barnets længde	
Ventestatus	
Startdato for periode med ventestatus	
Slutdato for periode med ventestatus	
Præcision for stedfæstelsen	
UTM-zone for stedfæstelsen	
X-koordinat	
Y-koordinat	

17.4.2 Strukturoversigt

INDUD

Indlæggelses-/udskrivningsoplysninger

SKSKO

SKS kode (udskrivninger eller indlæggelser fra 01.01.1995). Første karakter i data er reserveret til artsfeltet, som kan antage følgende værdier:

Diagnoser:

A aktionsdiagnose

B bidiagnose

C komplikation

H henvisningsdiagnose

M midlertidig diagnose

Operationer:

V vigtigste operation i en afsluttet kontakt

P vigtigste operation i et operativt indgreb

D deloperation: anden/andre operation(er) i et operativt indgreb. Skal indberettes efter en operationskode med arten 'V' eller 'P'. Såfremt der er tillægskoder til 'V' eller 'P' koder, så skal 'D' indberettes efter tillægskoderne

Uspecificeret SKS-kode:

= blank uspecificeret SKS primærkode, fx procedurekode (ikke operation), ulykkeskode

Tillægskoder:

+ uspecificeret SKS tillægskode. Skal indberettes umiddelbart efter den primærkode den knytter sig til. Hvis der er flere tillægskoder til samme primærkode, indberettes de umiddelbart efter hinanden

A, B, C, H og M angiver diagnosearten. Skal efterfølges af en ICD-10 diagnosekode

V, P og D angiver procedurearten ved operationsregistrering. Skal efterfølges af en operationskode. V og P skal yderligere efterfølges af en proceduredato, proceduretime, procedureminut og kode for producerende sygehusafdeling

For procedurer (ikke kirurgiske) med arten "blank" er proceduredato, -time, -minut og kode for producerende afdeling obligatorisk.

Visse procedurer er undtaget dette krav

DIAGN

Diagnoser (udskrivninger før 01.01.1995)

OPERA

Operationer (operationer før 01.01.1996)

OKOMB

Sammenhørende operationer, skal forekomme umiddelbart efter OPERA (kun for operationer før 01.01.1996)

BESØG

Besøgs oplysninger

PASSV

Passiv ventetid (indlæggelses- / startdato efter 31.12.1998 og henvisningsdato før 31.12.2003) samt dato for afslået tilbud om behandling og tilhørende sygehusafdeling

VENTE

Ventestatus og start- og slutdato for perioden med ventestatus

ULYKK

Ulykkeskoder (udskrivninger før 01.01.1995)

BOBST

Barn - obstetrik oplysninger

MOBST

Moder - obstetrik oplysninger

PSYKI

Specifikke oplysninger fra psykiatriske afdelinger

STEDF

Stedfæstelse vha. geografiske koordinater

SLUT%

Slutmarkering

En struktur består af nøgleord, længde og data, fx:

- SKSKO Nøgleord på 5 karakterer
- 006 Datalængde på 3 karakterer
- ADZ769 Data (A for aktionsdiagnose + ICD-10 DZ769)

17.5 Eksempler på indberetningsrecords

Herunder gives nogle eksempler på typiske indberetningsrecords.

Detaljer om indholdet af de enkelte datastrukturer er givet i [kapitel 17.6](#)

Tegnet # indikerer en blank karakter i tekststrengen.

17.5.1 Eksempel på indberetning af operationskoder som SKS-koder

INDUD06713010310010101000102010112##701#####
02010111100101121#####20008

SKSKO006HDN801SKSKO006ADN801SKSKO005+TUL1

SKSKO006BDN830SKSKO005+TUL2

SKSKO028VKLAD00####02010113013311430SKSKO005+TUL1

SKSKO028DKLAB10####02010113013311430SKSKO005+TUL2SLUT%

Følgende SKS-koder er anvendt:

- HDN801 Henvisningsdiagnose
- ADN801 Aktionsdiagnose
- +TUL1 Tillægskode (sideangivelse)
- BDN830 Bidiagnose
- +TUL2 Tillægskode (sideangivelse)
- VKLAD00 Vigtigste operative indgreb
- +TUL1 Tillægskode (sideangivelse)
- DKLAB1 Deloperation
- +TUL2 Tillægskode (sideangivelse)

17.5.2 Eksempel på indberetning af en operationskontakt med skaderegistrering startet efter 31.12.2007

INDUD0631309100001010100010201081200101#####02010810080108 115#####2

SKSKO006ADS427**SKSKO006**BDS060**SKSKO006**BDS417

SKSKO007VKNBJ61**SKSKO007**DKNBJ12

SKSKO007#EUHE02**SKSKO009**#EUXH6020

SKSKO006#EUSA0**SKSKO009**#EUYC0212

SKSKO006#EUA12**SKSKO007**#EUE445**SLUT%**

Ovenstående er blandt andet eksempel på indberetning af ulykkeskoder til LPR. Følgende SKS-koder er anvendt:

- ADS427 aktionsdiagnose
- BDS060 bidiagnose
- BDS417 bidiagnose
- VKNBJ61 vigtigste operation
- DKNBJ12 deloperation
- #EUHE02 ulykkeshændelse
- #EUXH6020 produkt (ulykkeshændelse)
- #EUSA0 skademekanisme
- #EUYC0212 produkt (skademekanisme)
- #EUA12 aktivitet
- #EUE445 branche

17.5.3 Eksempel på indberetning af cancerdiagnose, aflyst operation, henvisende sygehusafsnit samt venteoplysninger

INDUD087130129920101010001150304####701#####260204#
G100504##F1309349#####1309349

SKSKO006HDC437SKSKO007ADC437ASKSKO006+AZCA1

SKSKO008+AZCD13BSKSKO007+AZCD31SKSKO007+AZCD49

SKSKO006+AZCK0SKSKO006+AZCL0SKSKO005+TUL1

SKSKO006BDC819SKSKO006+AZCA1SKSKO007+AZCC2A

SKSKO006+AZCK0SKSKO006+AZCK4SKSKO006+AZCL1

SKSKO007+DC774A

SKSKO028#ZPP21B####17030413012991000SKSKO007+KQDE10

SKSKO028VKQDE10A###24030413012991430SKSKO005+ZKC0

BESØG006150304BESØG006240304BESØG006290304

BESØG006150404BESØG006100504

VENTE01413260204020304VENTE01411030304080304

VENTE01423090304150304VENTE01412160304190304

VENTE01426200304240304SLUT%

Følgende SKS-koder er anvendt:

- HDC437 Henvisningsdiagnose (henvisningsdato = 26.02.2004)
- ADC437A Aktionsdiagnose
- +AZCA1 Tillægskode (Anmeldelsesstatus)
- +AZCD13B Tillægskode (Stadium-primær tumor)
- +AZCD31 Tillægskode (Stadium-regionale metastaser)
- +AZCD49 Tillægskode (Stadium-fjern metastaser)
- +AZCK0 Tillægskode (Diagnosegrundlag - makroskopisk)
- +AZCL0 Tillægskode (Diagnosegrundlag - mikroskopisk)
- +TUL1 Tillægskode (Lateralitet)
- BDC819 Bidiagnose

- +AZCA1 Tillægskode (Anmeldelsesstatus)
- +AZCC2A Tillægskode (Stadium-Ann Arbor lymfom)
- +AZCK0 Tillægskode (Diagnosegrundlag – makroskopisk)
- +AZCK4 Tillægskode (Diagnosegrundlag – makroskopisk)
- +AZCL1 Tillægskode (Diagnosegrundlag - mikroskopisk)
- +DC774A Tillægskode (Lokalisation)
- #ZPP21B Proc. aflyst pga. tekniske problemer et døgn før fastlagt dag (aflyst proceduredato = 17.03.2004)
- +KQDE10 Tillægskode til den aflyste procedure
- VKQDE10A Vigtigste operative indgreb (operationsdato=24.03.2004)
- +ZKC0 Tillægskode (cancerrelateret kirurgisk indgreb)

Følgende BESØG indgår:

- 150304 Besøg (svarer til startdato og udredningsdag)
- 240304 Besøg (svarer til operations-/behandlingsdato)
- 290304 Besøg
- 150404 Besøg
- 100504 Besøg (svarer til slutdato)

Følgende VENTE-oplysninger indgår:

- 260204-020304 Ventestatus = 13 (Ventende omvisitering fra andet afsnit)
- 030304-080304 Ventestatus = 11 (Ventende på udredning)
- 090304-150304 Ventestatus = 23 (Ikke ventende efter patientens ønske)
- 160304-190304 Ventestatus = 12 (Ventende på behandling)
- 200304-240304 Ventestatus = 26 (Ikke ventende under behandling)

17.5.4 Eksempel på indberetning af en uafsluttet ambulant kontakt med startdato efter 31.12.2004

INDUD0871301299201010100011501051115701#####261004#
F#####1309349

SKSKO006HDE109SKSKO007ADE109A

BESØG006180105

VENTE01411261004180105

VENTE01425190105#####SLUT%

Følgende SKS-koder er anvendt:

- HDE109 Henvisningsdiagnose (henvisningsdato = 26.10.2004)
- ADE109 Aktionsdiagnose

Følgende BESØG indgår:

- 180105 Besøg

Følgende VENTE-oplysninger indgår:

- 261004-180105 Ventestatus = 11 (Ventende på udredning)
- 190105-##### Ventestatus = 25 (Ikke ventende under udredning)

17.5.5 Sletning af kontakt

En kontakt slettes i Landspatientregisteret ved kun at indberette nøgleoplysninger.

Pr. 01.01.2005 er det muligt at indberette flere ambulante kontakter pr. patient pr. dag pr. sygehusafdeling. Derfor er der forskellige krav til sletterecords alt efter om startdatoen ligger før eller efter denne dato.

For kontakter med startdato før 01.01.2005 indberettes:

- Sygehusnummer
- Afdelings/afsnitsnummer
- Patienttype (altid blank ved sletning)
- Personnummer
- Indlæggelsesdato/Startdato for ambulant forløb/Dato for ankomst til skadestue
- Indlæggelsestid/Time for ankomst til skadestue
- Minut for ankomst til skadestue

For kontakter med startdato efter 31.12.2004 indberettes:

- Sygehusnummer
- Afdelings/afsnitsnummer
- Patienttype
- Personnummer
- Indlæggelsesdato/Startdato for ambulant forløb/Dato for ankomst til skadestue
- Indlæggelsestid/Time for ankomst til skadestue/starttime for ambulant kontakt
- Minut for ankomst til skadestue/Indlæggelsesminut/startminut for ambulant kontakt

Såfremt der foretages ændringer til en given kontakts nøgleoplysninger, skal der altid indberettes en sletterecord, før kontakten genindberettes.

17.5.6 Eksempler på indberetning af en sletterecord

INDUD0281301031#010101000102019412##SLUT%

INDUD0281401032201020500010301051205SLUT%

17.6 Detaljeret indhold af struktur

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
Indlæggelses-/udskrivningsoplysninger				INDUD
	PROGRAMDATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	SGH	4	CH	Sygehusnummer
5	AFD	3	CH	Afdelingsnummer
8	PATTYPE	1	CH	Patienttype
9	CPRNR	10	CH	CPR-nummer
19	STARTDATO	6	CH	Indlæggelses-/startdato
25	INDLÆGTIME TANSKA	2	CH	Indlæggelses-/starttime
27	MIANSKA	2	CH	Startminut
29	KOMNR	3	CH	Bopælskommune
32	DISTKOD til 31.12.2000 7	32	CH	Distriktskode
39	HENVISDTO	6	CH	Henvissningsdato
45	INDMÅDE	1	CH	Indlæggelsesmåde
46	HENVISNMÅD E	1	CH	Henvissningsmåde
47	SLUTDATO	6	CH	Udskrivningsdato
53	UDTIME	2	CH	Udskrivningstime
55	AFSLUTMÅDE	1	CH	Afslutningsmåde
56	UDSKRTILSGH	7	CH	Afsluttet til sygehus-/afdeling
63	KONTÅRS	1	CH	Kontaktårsag
64	BEHDAGE til 31.12.2001	4	CH	Behandlingsdage
68	DTOFORU til 31.12.2003	6	CH	Dato for forundersøgelse
74	DTOENBH til 31.12.2003	6	CH	Dato for endelig behandling
80	FRITVALG	1	CH	Kode for fritvalgsordning
81	HENVSGH	7	CH	Henvissende sygehusafsnit

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
SKS-koder				SKSKO
	PROGRAMDATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	ART	1	CH	Relationsfelt med følgende værdier: A = Aktionsdiagnose B = Bidiagnose C = Komplikation H = Henvissningsdiagnose M = Midlertidig diagnose

				V = Vigtigste operation i en afsluttet kontakt P = Vigtigste operation i et operativt indgreb D = Deloperation: anden/andre operation(er) i et operativt indgreb = Blank, uspecificeret SKS primærkode + = Tillægskode
2	KODE	10	CH	SKS kode
12	PROCDO	6	CH	Proceduredato
14	PROCAFD	7	CH	Producerende sygehusafsnit
25	PROCTIM	2	CH	Proceduretime
27	PROC MIN	2	CH	Procedureminut

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
Diagnoser				DIAGN
	PROGRAMDATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	DIAG til 31.12.1994	6	CH	Diagnosekode
7	MOD til 31.12.1993	1	CH	Modifikation

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
Operationer				OPERA
	PROGRAMDATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	OPR til 31.12.1995	5	CH	Operationskode
6	OPRAFD til 01.12.1995	3	CH	Opererende sygehusafsnit

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
Sammenhørende operationer				OKOMB
	PROGRAMDATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	OPR til 31.12.1995	5	CH	Sammenhørende operation

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
Besøgs oplysninger				BESØG
	PROGRAMDATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE

1	DTOBES	6	CH	Besøgsdato
7	PERSKAT til 31.12.2000	3	CH	Personalekategori
10	YDESTED til 31.12.2000	1	CH	Ydelsessted
11	PSYKYD til 31.12.2000	1	CH	Psykiatrisk ydelse

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
Passiv ventetid				PASSV
	PROGRAMDATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	ÅRSAGPAS til 31.12.2003	1	CH	Årsag til passiv ventetid
2	DTOSTPAS til 31.12.2003	6	CH	Startdato for passiv ventetid
8	DTOSLPAS til 31.12.2003	6	CH	Slutdato for passiv ventetid
14	DTOAFTLB	6	CH	Dato for afslået tilbud om behandling i anden sygehusafsnit
20	BEHANDTILSGH	7	CH	Sygehusafsnitskode for den afsnit det afslåede behandlingstilbud er givet til

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
Venteoplysninger				VENTE
	PROGRAMDATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	VENTESTATUS	2	CH	Status for venteperiode
3	DATOSTVENTE	6	CH	Startdato for periode med ventestatus
9	DATOSLVENTE	6	CH	Slutdato for periode med ventestatus

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
Barn - obstetrik oplysninger				BOBST
	PROGRAMDATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	FLERNR	1	CH	Nummer ved flerfoldfødsel
2	VÆGT	4	CH	Barnets vægt
6	LÆNGDE	2	CH	Barnets længde

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
Moder - obstetrik oplysninger				MOBST
	PROGRAMDATANAVN	ANTAL	REPR.	BESKRIVELSE

		POS.		
1	PARITET	2	CH	Paritet
3	BESJORD	2	CH	Antal besøg hos jordemoder
5	BESLÆGE	1	CH	Antal besøg hos egen læge
6	BESSPEC	1	CH	Antal besøg hos sygehusafsnit/speciallæge
7	SIDMEN til 31.12.2001	6	CH	Dato for sidste menstruation

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
Psykiatri oplysninger				PSYKI
	PROGRAMDATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	INDFRA til 31.12.2000	1	CH	Indlagt fra
2	INDVILK	1	CH	Startvilkår
3	UDSKRTIL til 31.12.2000	1	CH	Udskrevet til

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
Stedfæstelse				STEDF
	PROGRAMDATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	PRÆCISION	10	CH	Præcision for stedfæstelsen
11	UTM	2	CH	UTM-zone for stedfæstelsen
13	XKOORD	7	CH	X-koordinat
20	YKOORD	7	CH	Y-koordinat

Fællesindhold 2012
