

Sundhedsstyrelsen

**Fællesindhold for
basisregistrering af
sygehuspatienter
2002**

Koordinationsgruppen for
individbaseret patientregistrering

11. udgave af
Rapport nr. 6, 2001

ISBN 87-91093-74-0
ISSN 0303-7304, 1396-5794

Stougaard Jensen / Scantryk A/S
København

Oplag 2400 expl.

Forord

11. udgave af Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter er baseret på 10. udgaven med visse udvidelser/ændringer. Fra 1. januar 2002 skal alle radiologiske procedurer indberettes til Landspatientregisteret. Ligeledes sker der ændringer vedrørende indberetning af deldøgnspatienter, idet denne patienttype udgår. Deldøgnspatienter skal i stedet for enten indberettes som ambulante eller indlagte patienter.

Det ændrede fællesindhold træder i kraft med virkning fra 1. januar 2002.

Sundhedsstyrelsen, november 2001

Jens Kristian Gøtrik

Morten Hjulsager

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	7
Baggrund for publikationen	7
Fællesindhold	7
Formål med indberetningen	7
Bogens opbygning.....	8
Ændrede krav til indberetning for 2002 i forhold til kravene for 2001	9
2. Registrering til Landspatientregisteret	10
Landspatientregistret indeholder i 2002 følgende oplysninger.....	10
Begreber og definitioner i Fællesindholdet.....	11
3. Registrering til administrative basisoplysninger	14
Indlagte patienter.....	14
Ambulante patienter	16
Hotelpatienter	16
Krav til indberetningen til Landspatientregistret af åbne ambulante kontakter fra somatiske afdelinger.....	17
Skadestuepatienter.....	19
4. Registrering af diagnoser.....	20
Registrering af diagnoser – brug af diagnosearter	21
Tillægskodning.....	24
5. Registrering af procedurer	27
Procedureregistrering, generel.....	27
Indberetning af røntgenprocedurer til kontakter	28
Klinisk-fysiologisk procedurer	28
Registrering af operationer	29
Procedurerarter.....	29
Reoperationer	30
”Kombinerede indgreb”	30
Aflyst procedure	31
6. Ulykker	32
Ulykkesregistrering vedr. indlagte patienter	32
Ulykkesregistrering vedr. skadestuepatienter	32

7. Svangre, fødsler og aborter	36
8. Psykiatriske patienter	41
9. Forgiftninger	45
10. Indberetning af anmeldelsespligtige kræftsygdomme (diagnoser) til Landspatientregisteret	47
11. Indberetning til Landspatientregisteret af data til brug for kvalitetsmåling	59
12. Ændring som følge af nedlæggelsen af Ventelisteregisteret pr. 1. januar 1999	63
13. Vejledning til den tekniske indberetning	67
Skemaoversigt over dataindhold	68
Databeskrivelser	71
Fejlsøgning	111

Bilagsoversigt

Bilag 1.	Detaljeret teknisk beskrivelse for indberetning af oplysninger til Landspatientregisteret.....	131
Bilag 2.	Obligatoriske procedurer, der skal registreres og indberettes til Landspatientregisteret.....	149
Bilag 3.	Klassifikationer i forbindelse med registrering af fødsler	157
	A. Klassifikation til angivelse af svangerskabslængde	158
	B. Klassifikation til registrering af tobaksforbrug	158
	C. Klassifikation til registrering af børns hovedomfang	159
	D. Klassifikation til registrering af børns abdominalomfang.....	159
	E. Klassifikation til registrering af placentavægt.....	159
	F. Klassifikation til registrering af Apgarscore ved 5 minutter ..	160
	G. Klassifikation til fosterpræsentation	160
Bilag 4.	Fortegnelse over psykiatriske diagnoser til brug ved selvmord og selvmordsforsøg	163
Bilag 5.	Indberetning af aflyste operationer	169
Bilag 6.	Liste over operationer med obligatorisk registrering af ”Skønnet Radikalitet” ved anmeldelsespligtig kræftsygdomme	179

1. Indledning

Baggrund for publikationen

Fællesindholdet udgives af Sundhedsstyrelsens ”Sundhedsstatistisk kontor”, som er ansvarlig for driften af Landspatientregisteret. Bogen indeholder regler for indberetning af data til Landspatientregisteret.

Bogen er derfor den vejledning, som software-leverandører, der udvikler de patient-administrative systemer, skal bruge som en art systembeskrivelse. Derudover er bogen også tænkt som vejledning til den daglige bruger i sygehusvæsenet, der har ansvaret for indberetning af data i sygehusets edb-system.

Kravene til indberetningen til Landspatientregisteret vedtages af ”Koordinationsgruppen for individbaseret registrering”. Gruppens medlemmer er udpeget af de enkelte amter, som hver har en repræsentant. Desuden har Hovedstadens Sygehusfællesskab, Demografisk Institut i Århus, Amdsrådsforeningen, Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen repræsentanter i gruppen.

Fællesindhold

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

Registreringsgrundlaget for henholdsvis indlagte patienter og ambulante samt skadestuepatienter er gjort så ensartet som muligt.

Formål med indberetningen

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

Landspatientregisteret har betydet, at de tidligere anvendte skemaindberetninger til Sundhedsstyrelsen har kunnet afløses. Dette har ikke alene givet en arbejdslettelse på sygehusene, men også et væsentligt bedre grundlag for sygestatistikken, som i

højere grad end tidligere kan anvendes i sundhedsplanlægningen og den løbende administration. Landspatientregisteret har tillige betydet, at medicinske forskningsprojekter kan baseres på meget større materialer end hidtil, enten ved direkte brug af patientdata evt. sammen med data fra andre kilder eller ved at bruge patientregistreringen til udtagning af repræsentative stikprøver.

Patientregistreringen med fællesindhold har muliggjort opgørelser af de enkelte kommuners sygehusforbrug baseret på oplysninger om den enkelte patients bopælskommune til supplerende af den traditionelle aktivitetsstatistik baseret på oplysninger om den enkelte sygehusenheds 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.

Til brug for den kliniske forskning er patientregistreringens oplysninger for uspecifikke - men de er velegnede til at uddrage repræsentative stikprøver og kontrollere dækningsgraden af igangværende projekter.

Med udbygningen af Landspatientregisteret med ambulatorie- og skadestuevirksomhed er det blevet muligt at belyse ændringer i sygehusvæsenets ydelsesomfang og -mønster samt at analysere patienternes behandlingsforløb i sygehusvæsenet.

Bogens opbygning

Som det fremgår af indholdsfortegnelsen, er bogen opbygget således, at alle relevante oplysninger vedrørende enkeltpunkter er samlet et sted under en fælles overskrift. Eksempelvis ”Svangre, fødsler og aborter”. Desuden er der i det enkelte afsnit indarbejdet eksempler på registreringspraksis.

En udførlig beskrivelse af fællesindholdet fremgår af bogens afsnit 2-12, der bl.a. indeholder en oversigt over hvilke data, der indgår i registreringen af henholdsvis indlagte, ambulante og skadestuepatienter. Desuden indeholder disse afsnit en detaljeret beskrivelse af de specifikke krav til registreringen indenfor det enkelte område.

Afsnit 13 indeholder hele den tekniske beskrivelse incl. datanavnene. Fællesindholdet er minimalkrav, idet det overlades til de enkelte sygehuskommuner selv at afgøre, om registreringen skal være mere omfattende.

Ændrede krav til indberetning for 2002 i forhold til kravene for 2001

I forhold til 2001 udgaven af Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter (10. udgave af rapport nr. 6) er der tale om ændringer vedrørende registrering af deldøgnspatienter, idet denne patienttype fra 2002 helt udgår. Deldøgnspatienter skal i stedet for ved indberetning til Landspatientregisteret enten indberettes som ambulante eller indlagte patienter, jf. definitioner af disse typer.

Fra 1. januar 2002 skal alle radiologiske procedurer indberettes til Landspatientregisteret. Det betyder, at både procedurer, givet til en patient, der har kontakt til en afdeling på sygehuset, og procedurer, givet til patienter oprettet med et selvstændigt ambulantly forløb i røntgenafdelingen, skal indberettes.

Der er ligeledes sket ændringer/udvidelser i, hvilke procedurer, udover operationer og radiologiske procedurer, der obligatorisk skal indberettes til Landspatientregisteret, jf. bilag 2. Endvidere er der foretaget visse forenklinger vedrørende registrering af "skønnet radikalitet" for cancerpatienter, som har fået foretaget kirurgisk indgreb.

Der er indført en ny kodeart 'C' til brug ved registrering af eventuel komplikation.

2. Registreringerne til Landspatientregisteret

Landspatientregisteret indeholder i 2002 følgende oplysninger:

Sygehusnummer	Dato for forundersøgelse
Afdelingsnummer/afsnitsnummer	Dato for endelig behandling
Patienttype	Diagnoseart
Personnummer	Diagnosekodenummer
Startdato	Procedureart
Indlæggelsestidspunkt	Procedurekodenummer
Time for ankomst til skadestue	Proceduredato
Minut for ankomst til skadestue	Proceduretidspunkt
Kommunenummer	Procedureminut
Henvisningsdato	Kodenummer for producerende afdeling
Henvisningsmåde	Dato for besøg
Indlæggelsesmåde	Passiv ventetid, årsag
Indlæggelsesvilkår	Passiv ventetid, startdato
Slutdato	Passiv ventetid, slutdato
Udskrivningstidspunkt	Paritet
Udskrivnings/afslutningsmåde	Besøg hos jordemoder
Udskrevet/afsluttet til sygehus/afdeling	Besøg hos egen læge
Kontaktårsagskode	Besøg hos sygehusafdeling/speciallæge
Ulykkeskode	Nummer ved flerfoldfødsel
	Barnets vægt
	Barnets længde

Begreber og definitioner i Fællesindholdet.

Indlagt patient	En patient, der er indlagt på et sengeafsnit til behandling, hvor der er normeret personale til overvågning af patienter hele døgnet (patienttype 0).
Ambulant patient	En patient, der er indskrevet i et ambulatorium og med ambulatoriet som stamafdeling modtager undersøgelse/behandling (ambulante ydelser) i sygehuset (patienttype 2).
Skadestuepatient	En patient, der bliver akut behandlet på en skadestue (patienttype 3).
Dato for forundersøgelse	Dato for første besøg til indledende undersøgelse med henblik på afklaring af, hvilken undersøgelse/behandling henvisningen skal føre til. (Dato i henvisningsperioden).
Dato for endelig behandling	Dato for iværksættelse af endelig behandling.
Besøg hos jordemoder	Antal besøg hos jordemoder som led i svangrekontrollen. Alle besøg, såvel de obligatoriske som øvrige, indgår i antallet.
Besøg hos egen læge	Antal besøg hos egen læge (praktiserende læge) som led i svangrekontrollen.
Besøg hos sygehusafdeling/ speciallæge	Antal besøg hos læge på obstetrisk eller kirurgisk afdeling eller hos praktiserende speciallæge som led i svangrekontrollen.
Henvisningsdato	Dato for modtagelse af henvisningen på den afdeling, der skal være stamafdeling for patienten.
Henvisningsperiode	Periode fra henvisningsdato til dato for første fremmøde på sygehuset.
Venteperiode	Periode fra henvisningsdato til dato for endelig behandling. <i>Venteperioden afbrydes ikke af en eventuel forundersøgelse.</i>

Kontaktårsagskode	Kode for årsag til patientens kontakt til sygehuset.
Senfølge efter ulykke	Sygelige tilstande som følge af ulykke, herunder forgiftninger og vold, der manifesterer sig efter ophealing af de umiddelbare læsioner og hertil knyttet optræning. Heri indkluderes kontakter og indlæggelser med henblik på fjernelse af osteosyntesemateriale og lignende.
Diagnose	Klassificeret betegnelse for en helbredsrelateret tilstand der er optaget i gældende "Klassifikation af sygdomme".
Diagnoseart	Angivelse af arten af en diagnose som registreringsenhed.
Procedureart	Angivelse af arten af en procedure som registreringsenhed.
Procedure	Alt, der kan udføres på eller gives til en person i kontakt med sundhedsvæsenet.
Behandling	En procedure med kurativt, palliativt eller profylaktisk sigte.
Undersøgelse	En procedure med diagnostisk sigte, udført med eller uden instrument/apparatur.
Operation	En procedure, som er optaget i den gældende operationsklassifikation. 1 operation = 1 operationskode.
Kirurgisk indgreb	En eller flere operationer udført i samme seance.
Assistance	Procedure, hvor producenten er forskellig fra rekvirenten. <i>Der skelnes på 6-karakters afdelingsniveau</i>
Planlagt procedure	Procedure, der ønskes gennemført under i-agttagelse af afdelingens normale planlæg-

nings-, indkaldelses- og aftalerutiner.

Aflyst procedure

En procedure (operation/behandling/undersøgelse), som ikke gennemføres på det tidspunkt, der er meddelt patienten (mundtligt eller skriftligt).

Orlov (midlertidig fravær)

Aftale mellem sygehus og patient under stationær behandling om, at patienten har forladt sygehuset for et vist tidsrum (f.eks. weekend).

Klinisk kontrol

Kontrol af patientens tilstand eller af en tidligere iværksat behandling.

3. Registrering af administrative basisoplysninger

Indlagte patienter

En indlagt patient er en patient, der er indlagt på et afsnit til behandling, hvor der er normeret personale til overvågning af patienter hele døgnet.

Registreringsenheden er en indlagt patient, der har en indlæggelseskontakt, som omfatter de sengedage en given person har haft fra indlæggelsesdato til udskrivningsdato.

For somatiske afdelinger sker indberetning til Landspatientregisteret ved udskrivningen. For indlagte patienter på psykiatriske afdelinger, se specielle regler afsnit 8.

Vedr. diagnosekodning, procedurekodning (f.eks. operationskodning), ulykkeskodning mm., se afsnit om det pågældende emne.

Raske ledsagere

Fra 1. januar 2002 skal raske personer, der ledsager syg person (DZ76.3) ikke indberettes til Landspatientregisteret.

Dataindhold – indlagt somatisk patient	
Oplysninger som medtages ved indberetning af indlagte patienter	Sygehusnummer Afdelingsnummer Patienttype = 0 Personnummer Startdato Indlæggelsestidspunkt Kommunenummer Henvisningsdato Henvisningsmåde Indlæggelsesmåde Slutdato Udskrivningstidspunkt Udskrivningsmåde Udskrevet til sygehus/afdeling Passiv ventetid, årsag Passiv ventetid, startdato Passiv ventetid, slutdato
Kontaktårsag	Kontaktårsagskode og ulykketskode indberettes kun, hvis der findes en aktionsdiagnose i intervallet DS00-DT799.
Diagnoser	Diagnoseart Diagnosekodenummer Ulykketskode(r) skal registreres ved kontaktårsagskode = 2, 3 eller 4. Se afsnit 6.
Procedurer	Procedureart Procedurekodenummer Proceduredato Procedureklokkeslæt Kodenummer for producerende afdeling Alle operationer og alle radiologiske procedurer. Undersøgelser og behandlinger til brug for DRG og/eller anmeldelsespligtige kræftsygdomme samt aflyste operationer indberettes obligatorisk. Alle andre procedurer kan indberettes efter samme regler.

Ambulante patienter

En ambulant patient er en patient, der er indskrevet i et ambulatorium og med ambulatoriet som stamafdeling modtager undersøgelse/behandling (ambulante ydelser) i sygehuset.

Registrering af ambulante patienter omfatter individuelle besøg, hvor der er en sundhedsfagligt uddannet person til stede. Et besøg kan således også være et hjemmebesøg. En undtagelse herfra er, at besøg hos fysioterapeut og ergoterapeut indtil videre ikke indgår i registreringen bortset fra besøg i ambulatorier tilknyttet psykiatriske afdelinger, se afsnit 8.

Registreringsenheden er "et ambulant forløb", som omfatter besøg angivet med dato og de ydelser patienten modtager. Der kan kun indberettes 1 besøg (=besøgsdato) pr. patient pr. afdeling pr. dag, men et ubegrænset antal ydelser. Der kan indberettes ydelser uden, at der er et samtidigt besøg.

Assistancer, ydet til en patient i et ambulant forløb, indberettes også og skal være knyttet til den aktuelle kontakt. Der er således ikke noget krav om, at der skal være registreret en besøgsdato for at en ydelse - givet og registreret som assistance - kan indberettes.

Ved opgørelsen af aktiviteten i løbet af året kan det være et problem, at behandlingsforløb, der er uafsluttede ved månedsskiftet, ikke inkluderes i registreringen. Landspatientregisteret skal derfor omfatte samtlige uafsluttede ambulante patienter - fra somatiske afdelinger - ved udgangen af hver måned.

Indberetningen af åbne ambulante forløb adskiller sig fra indberetningen af afsluttede ambulante forløb ved, at der mangler

Slutdato
Afslutningsmåde

Der skal være mindst en aktionsdiagnose inden for forløbets 1. måned.

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

Hotelpatienter

Patienthotel er et afsnit på eller i tilknytning til sygehuset, der alene yder det til opholdet hørende kost og logi.

Hotelpatient angiver, at en patient under (en del af) et behandlingsforløb opholder sig på et særligt afsnit på eller i tilknytning til sygehuset, der alene yder den til opholdet hørende kost og logi.

Da en hotelpatient udelukkende modtager kost og logi på hotellet, vil der altid mindst være en ambulant kontakt, hvor patienten bliver undersøgt/behandlet. De ydelser patienten modtager registreres og indberettes som ydelser knyttet til stamafdelingen (ambulatoriet, hvor behandlingen foregår).

Hvis der foregår overvågning af patienter på hotel, skal sengepladserne indgå som en del af stamafdelingens normerede senge, og dermed meddeles til Sundhedsstyrelsen.

Krav til indberetningen til Landspatientregisteret af åbne ambulante kontakter fra somatiske afdelinger

Der SKAL være en diagnose på den åbne kontakt senest 1 måned efter 1. besøg. Der indberettes alle diagnosekoder, der findes på den åbne kontakt, dvs. diagnosekoder med arterne 'A', 'B', 'C' eller 'M' med dertil registrerede tillægskoder. Diagnoser med arten 'A' må kun forekomme én gang.

Diagnoser med arten 'M' skal som andre diagnoser findes i 'Klassifikation af sygdomme' (ICD-10) og skal som minimum være på 4 karakterer (inkl. foranstillet SKS-hovedgruppe 'D'). Der valideres ikke for obligatoriske tillægskoder såsom svangerskabslængde og ATC-koder på diagnoser med kodeart 'M'.

Diagnoser med art 'A', 'B' og 'C' skal følge gældende regler, dvs. krav om minimum 5 karakterer efter gældende klassifikation. Der valideres ikke for tillægskode 'anmeldelsesstatus' ved cancerdiagnoser i forbindelse med uafsluttede ambulante kontakter.

Anvendelse af SKS-koder ved indberetning til Landspatientregisteret.

Alle SKS-koder uanset hovedgruppens 1. niveau kan tages i brug på et hvilket som helst tidspunkt i løbet af et år.

Dataindhold – ambulant somatisk patient	
Oplysninger som medtages ved indberetning af uafsluttede ambulante patienter	Sygehusnummer Afdelingsnummer Patienttype = 2 Personnummer Startdato Kommunenummer Henvisningsdato Henvisningsmåde Dato(er) for besøg Dato for forundersøgelse Dato for endelig behandling Passiv ventetid, årsag Passiv ventetid, startdato Passiv ventetid, slutdato
Ved afslutning tilføjes	Slutdato Afslutningsmåde Afsluttet til sygehus/afdeling
Diagnoser	Diagnoseart Diagnosekodenummer Se tekst vedr. indberetning af diagnose(r) på uafsluttede ambulante patienter.
Procedurer	Procedureart Procedurekodenummer Proceduredato Procedureklokkeslæt Kodenummer for producerende afdeling Alle operationer og radiologiske procedurer. Undersøgelser og behandlinger til brug for DRG og/eller anmeldelsespligtige kræftsygdomme samt aflyste operationer indberettes obligatorisk. Alle andre procedurer kan indberettes efter samme regler.

Skadestuepatienter

En skadestuepatient er en patient, der bliver behandlet på en skadestue, som er et afsnit uden faste pladser til behandling af akutte patienter.

Se iøvrigt afsnit 6 vedr. ulykkesregistrering af skadestuepatienter.

Dataindhold – skadestuepatient	
Oplysninger som medtages ved indberetning af en skadestuepatient	Sygehusnummer Afdelingsnummer Patienttype = 3 Personnummer Startdato Time for ankomst til skadestue Minut for ankomst til skadestue Kommunenummer Udskrivnings- eller afslutningsmåde Afsluttet til sygehus/afdeling
Kontaktårsag	Kontaktårsagskode skal altid registreres
Diagnoser	Diagnoseart Diagnosekodennummer Ved kontaktårsag 2, 3 eller 4 skal der være en aktionsdiagnose i intervallet DR00-DR999, DS00-DT799 eller DZ00-DZ999. For psykiatriske skadestuer se afsnit 8 Ulykkeskode(r) skal registreres ved kontaktårsagskode = 2, 3 eller 4.
Procedurer	Procedureart Procedurekodennummer Proceduredato Procedureklokkeslæt Kodenummer for producerende afdeling Indberetning af alle radiologiske procedurer er obligatorisk. Indberetning af operationer og andre procedurer er fakultativ.

4. Registrering af diagnoser

Diagnoser registreres og indberettes til Landspatientregisteret. Diagnoserne fremgår af ”Klassifikation af sygdomme” (ICD-10).

Definitioner – diagnosearter	
Diagnoseart	Angivelse af arten af en diagnose som registreringsenhed.
Aktionsdiagnose (diagnoseart ‘A’)	Den diagnose, der ved udskrivning eller afslutning af patientkontakten bedst angiver den tilstand, der har ført til indlæggelse, plejebehov eller ambulant besøg/forløb, og som er den væsentligste årsag til det gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogram.
Bidiagnose (diagnoseart ‘B’)	Diagnose, der (udover aktionsdiagnosen) supplerer beskrivelsen af patientkontakten.
Grundmorbus (diagnoseart ‘G’)	Diagnose, der uden at være direkte årsag til kontakten med sygehuset, er en væsentlig baggrund for den aktuelle behandlingsårsag. (Herunder egentlig tilgrundliggende sygdom). Må kun anvendes i den psykiatriske registrering. Der henvises til vejledning i diagnoseregistrering på vores hjemmeside www.medinfo.dk .
Henvisningsdiagnose (diagnoseart ‘H’)	Diagnose, der angives af henvisende instans som årsag til henvisning.
Midlertidig diagnose (arbejdsdiagnose, diagnoseart ‘M’)	Diagnose, der anvendes som hypotese (arbejdsdiagnose) i det kliniske undersøgelses- og behandlingsforløb. Ikke verificeret diagnose. Må kun anvendes for åbne somatiske ambulante forløb.
Komplikation (kodeart ‘C’)	Kan anvendes til registrering og indberetning af relevante komplikationer.

Diagnosekoderne vil ofte fremtræde med et ‘D’ (diagnose) foran den egentlige kode fra Sygdomsklassifikationen. Dette skyldes registrering af koden i Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem (SKS), hvor hovedgruppe D angiver Sygdomsklassifikation (ICD-10).

For skadestuepatienter er kun de fire første positioner obligatoriske (incl. ‘D’). Undtaget fra denne regel er kodning af forgiftninger med narkotiske stoffer, se side

45. Ellers er kravet til diagnoser generelt fem positioner eller mere, se dog midlertidig og henvisningsdiagnose nedenfor.

Diagnoser indberettes med foranstillet diagnoseart. Diagnosearterne er vist i foranstående skema. Der skal altid indberettes en aktionsdiagnose for en afsluttet kontakt. Der kan kun indberettes én aktionsdiagnose, én grundmorbusdiagnose (kun psykiatriske patienter) og én henvisningsdiagnose pr. kontakt.

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

For uafsluttede ambulante somatiske forløb kan midlertidig diagnose registreres med diagnoseart M, som skal være på mindst 4 positioner (inkl. 'D'). Dette er omtalt i afsnit 3.

Der gælder specielle regler for psykiatriske aktions- og grundmorbusdiagnoser, se afsnit 8. Der stilles desuden specielle krav til diagnoseregistreringen ved skader som følge af ulykke, vold, selvmord eller selvmordsforsøg og ved fødsler og aborter. Dette er omtalt i afsnittene 6 og 7. Vedr. forgiftninger, se afsnit 9.

Der skal til visse diagnoser obligatorisk registreres tillægskode for svangerskabslængde. Se afsnit 7.

Der skal til visse diagnoser obligatorisk registreres ATC-tillægskode for lægemiddel. Diagnoserne er vist på side 24. ATC-koderne findes i Lægeforeningens Medicinfortegnelse og i Lægemiddelkataloget. Ved registrering til Landspatientregisteret skal koden registreres med et foranstillet 'M'. Hvor der ikke findes en ATC-kode for lægemiddel anvendes specielle koder, se side 24.

Klassifikationer til brug for registrering af barnets hovedomfang og abdominalomfang, moderkagens vægt, apgarscore (ved 5 minutter), tobaksforbrug, fosterpræsentation og svangerskabslængde er medtaget i bilag 3.

Registrering af diagnoser - brug af diagnosearter

Principperne for valg af aktionsdiagnose (tidl. hoveddiagnose) er beskrevet i indledningen til bind 1 af Sygdomsklassifikationen (ICD-10). Den registrerede aktionsdiagnose ved udskrivning eller afslutning af patienter skal angive den tilstand, der har ført til indlæggelse, plejebenhov eller ambulant besøg/forløb, 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. De øvrige diagnoser registreres efterfølgende som bidiagnoser.

Symptomdiagnoser og dårligt definerede lidelser bør normalt undgås som aktionsdiagnose. Man skal dog ikke forsøge at beskrive et forløb med en specifik diagnose, hvis de undersøgelser, der er udført, kun har ført til en mistanke eller en dårligt defineret tilstand. I sådanne tilfælde kan det være bedst at anvende aktionsdiagnoser fra Sygdomsklassifikationens kap. XXI, som beskriver årsagen til kontakten med afdelingen. Som efterfølgende diagnoser kan tilstanden derudover registreres med symptomdiagnose(r) som febris causae ignotae, urininkontinens, dolores dorsi, lipotymi o.lign. fra kap. XVIII som bidiagnoser.

For registreringen af diagnoser gælder således følgende regler:

1. Som aktionsdiagnose anføres den diagnose, der har ført til indlæggelse, plejebehov eller ambulant forløb, og som er den væsentligste årsag til de gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogrammer. Aktionsdiagnosen registreres altid med diagnosearten 'A'.
2. Ved konkurrerende aktionsdiagnoser anføres den væsentligste som aktionsdiagnose. De øvrige diagnoser medtages altid efterfølgende som bidiagnoser og registreres med diagnoseart 'B'.
3. Tilgrundliggende sygdom med klinisk betydning for den aktuelle kontakt registreres som bidiagnose med diagnoseart 'B'.
4. Øvrige relevante diagnoser for den aktuelle kontakt kan anføres som bidiagnoser, der registreres med diagnoseart 'B'.
5. Grundmorbus anvendes kun i psykiatrien med diagnoseart 'G'.

Midlertidige diagnoser:

På et somatisk uafsluttet ambulant forløb kan midlertidig diagnose(r) registreres og indberettes med diagnoseart 'M'.

Henvisningsdiagnose:

Den diagnose, som fremgår af henvisningen, registreres med diagnoseart 'H'.

Komplikation:

Kan anvendes til registrering af komplikation. Registreres med art 'C'

En komplikation til en procedure er en utilsigtet følge af en procedure, uanset denne har været gennemført korrekt eller mangelfuldt, om der har været svigt af anvendt

apparaturler eller om komplikationen må tilskrives patientens tilstand eller andre forhold i øvrigt.

Komplikationen kan klassificeres med en SKS-kode fra ICD-10 eller SKS-kode 'E' dog ikke 'EU*', men må ikke forveksles med den diagnoseregistrering, der i øvrigt anvendes i forhold til en patients kontakt med sygehusvæsenet, og som i LPR er en slutregistrering.

En komplikation til procedure er således ikke det samme som en kompliceret tilstand i forhold til en given sygdoms udvikling, eksempelvis udvikling af metastaser til en cancer. En sådan tilstand skal altid klassificeres med en diagnose og hører derfor til diagnoseregistreringen specificeret med art forskellig fra 'C'.

Komplikationer registreres/indberettes med en foranstillet art 'C' efterfulgt af en SKS-kode enten fra ICD-10 eller fra SKS-hovedgruppe 'E', bortset fra koder begyndende med 'EU', som er ulykkeskoder

Komplikationer kan evt. specificeres med tillægskode for de(n) procedure(r), der har forårsaget komplikation. Ved flere komplikationer forårsaget af den samme procedure registreres proceduren i forhold til den enkelte komplikation, hvorved samme procedurekode kan forekomme som tillægskode flere gange.

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 vil fremgå af den elektroniske udgave af diagnoseklassifikationen. Ved indberetning til Landspatientregisteret vil der blive fejlsøgt for køn og alder i forhold til klassifikationen, dog ikke, når koden er anvendt som tillægskode.

Pr. 1. januar 1994 blev en ny diagnoseklassifikation ICD-10 taget i anvendelse i registreringen. Den afløste den tidligere anvendte ICD-8 klassifikation.

Der indberettes foruden de afsluttede kontakter også de åbne ambulante kontakter (fra 1998 hver måned). Det har vist sig, at der stadig er kontakter med gamle ICD-8 diagnoser uden, at der samtidig er en ICD-10 diagnose.

Alle indberetninger skal have mindst én diagnosekode klassificeret efter ICD-10 som aktionsdiagnose. For åbne kontakter gælder det også for midlertidig diagnose.

Tillægskodning

Anvendelse af tillægskodning er et universelt SKS-princip, idet enhver SKS-kode i princippet kan anvendes som tillægskode til specifikation af en anden SKS-kode. Når en SKS-kode anvendes som tillægskode angives det ved at registrere et '+' foran koden. Som eksempler er specifikation af en operations- eller en anden procedurekode med indikation (diagnosekode anvendt som tillægskode) eller specifikation af en komplikation til et operativt indgreb, idet komplikationen angives som en diagnosekode (primærkode) efterfulgt af operationskoden som tillægskode (som årsag til komplikationen).

Fortegnelse over aktionsdiagnosekoder, hvor der med SKS-tillægskode skal angives ATC-kode for lægemiddel:			
DD521	DG254	DL271	DT370
DD590	DG444	DL432	DT380
DD592	DG620	DL560	DT390
DD611	DG720	DL561	DT400
DE064	DH263	DL640	DT410
DE160	DH406	DM102	DT420
DE231	DI952	DM320	DT430
DE242	DJ702	DM804	DT440
DE273	DJ703	DM814	DT450
DE661	DL105	DM835	DT460
DF13*	DL233	DM871	DT470
DG211	DL244	DN140	DT480
DG240	DL251	DO355	DT490
DG251	DL270	DT360	DT500
Følgende diagnosekoder skal have en ATC-tillægskode <i>eller</i> en tillægskode fra gruppe DT401*-DT409* eller DT430A (se nedenstående kommentar og henvisning). Gælder for koderne anvendt både som <u>aktionsdiagnose</u> og <u>bidiagnose</u>:			
DF11*	DF15*	DF16*	DF19* <i>se note</i> DZ036
ATC-koder indberettes inkl. foranstillet 'M' efter gældende klassifikation. Forgiftningskoderne fra gruppe DT401*-DT409* og DT430A kan også optræde som primærkoder, se afsnit 9 (om forgiftninger).			
For narkotiske og andre stoffer, der ikke er lægemidler og derfor ikke har en ATC-kode, skal anvendes forgiftningskoder som tillægskoder i stedet for ATC-koder. Forgiftningskoderne registreres på højeste detaljeringsniveau, se afsnit 9 (om forgiftninger).			

*) angiver alle diagnoser i gruppen uanset værdien af 5. evt. 6. ciffer.

Fra 1. juli 2001 er det ikke obligatorisk at angive tillægskode for "stof" til DF19*.

Der skal til visse diagnosekoder obligatorisk registreres tillægskode. Dette gælder for visse diagnoser vedr. svangerskab, abort og fødsel (se afsnit 7), for "anmeldelsesplig-

tige kræftsygdomme” (se afsnit 10) samt visse lægemiddelinducerede sygdomme og tilstande, se foranstående skema.

’Obs. pro’-diagnoser

Registrering af ‘obs pro’ er endnu et eksempel på brug af tillægskodning. Sygdomsklassifikationen indeholder i kap.XX1 (DZ) koder til angivelse af faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakt med sundhedsvæsenet som f.eks. ”mistanke om sygdom” (‘obs pro’).

Der findes således en række mere eller mindre specificerede kodemuligheder.

Eksempler med og uden anvendelse af tillægskoder:

’Mistanke om heroinforgiftning’

(A)DZ036(+)DT401: ’Observation pga. mistanke om toksisk effekt af indtaget stof, heroin’. (DT401, se afsnit 9).

’Meningitis obs pro’

(A)DZ033(+)DG039: ’Observation pga. mistanke om sygdom i nervesystemet, meningitis uden specifikation’.

’Observation for epilepsi’

(A)DZ033A: ’Observation for epilepsi’

og altså også til ‘cancer obs pro’:

’Mistanke om malignt melanom på trunkus’

(A)DZ031P(+)DC435: ’Observation pga mistanke om ondartet svulst i hud, melanoma malignum trunci’

’Mistanke om brystkræft’

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

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

Ovennævnte DZ-koder kan også anvendes til registrering af henvisningsdiagnose.

Diagnoser og procedurekoder kan suppleres med tillægskode for lateralitet:

TUL1 højresidigt

TUL2 venstresidigt

TUL3 dobbeltsidigt (må kun anvendes som tillægskode til diagnoser)

TUL9A lateral
TUL9B medial

Der er krav om tillægskodning for lateralitet for visse diagnoser og procedurer, se afsnit 10 og 11.

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

Tillægskodning er bl.a. omtalt i afsnit 5 om procedureregistrering, afsnit 9 om forgiftninger og afsnit 10 om anmeldelsespligtige kræftsygdomme.

5. Registrering af procedurer

Procedureregistrering, generelt

Definition: Alt, der kan udføres på eller gives til en patient i kontakt med sundhedsvæsenet.

Procedurer kan klassificeres med SKS-koder fra alle klassifikationens kapitler eksklusiv kapitel D (diagnoser) og E (ulykker mv).

Der er indberetningspligt for alle procedurer fra SKS-hovedgruppe K og fra andre SKS-hovedgrupper er der indberetningspligt, når det fremgår af ”Fællesindholdet”. Det drejer sig f.eks. om de i bilag 2 nævnte SKS-koder. Se vejledning herom på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, www.medinfo.dk.

Koderne skal indberettes svarende til operationskoderne i strukturen SKSKO som procedurekoder med procedurekodenummer (PROC), proceduredato (PROCDTO), procedureklokkeslæt (PROCTIM og PROCMIN) og kodenummer for producerende afdeling (PROCAFD). Koderne indberettes med kodeart ‘blank’ bortset fra operationer.

Lateralitet kan angives med tillægskode ’TUL*’. Det er i forbindelse med procedureindberetning ikke tilladt at indberette TUL3 ’dobbeltsidigt’.

Der er krav om tillægskodning for visse procedurer, se afsnit 10 og 11 og ’Klassifikation af radiologiske procedurer’

De obligatoriske registreringskrav for procedurer gælder for indlagte og ambulante patienter. Der kan registreres og indberettes ambulante ydelser uden samtidig besøg på stamafdelingen. Registreringspligtige ydelse, der er udført som assistance, skal knyttes til og indberettes på stamkontakten. Det drejer sig f.eks. om de i bilag 2 nævnte SKS-koder.

For skadestuepatienter er registrering af røntgenundersøgelser obligatorisk, øvrige procedurer fra bilag 2 er fakultative.

Kun officielle SKS-koder kan indberettes.

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

Indberetning af radiologiske procedurer til kontakter

Fra 1. januar 2002 er det obligatorisk at indberette alle radiologiske procedurer til Landspatientregisteret. Det betyder, at såvel procedurer givet til en patient, der har en kontakt til en afdeling incl. skadestuer på sygehuset som procedurer givet til patienter oprettet med et selvstændigt ambulante forløb i røntgenafdelingen, skal indberettes samtidigt med kontakten.

Hvis der oprettes og indberettes selvstændige ambulante forløb i røntgenafdelingen, skal disse forløb følge gældende regler for indberetning af ambulante patienter. Der er således krav om diagnoseregistrering på kontakten. Der findes diagnoser i kapitel XXI (DZ), som er velegnet til dette formål. Et godt eksempel er DZ016 'Røntgenundersøgelse, ikke klassificeret andetsteds'.

De gældende procedurerkoder findes i "Klassifikation af radiologiske procedure", som i sin opdaterede form kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Der er krav om obligatorisk tillægskodning for en del af de radiologiske procedurer. Her henvises til "Klassifikation af radiologiske procedurer" udgivet februar 2000.

Klinisk-fysiologiske procedurer

Følgende koder for klinisk-fysiologiske undersøgelser skal registreres og indberettes.

ZZ0011	Myokardieskintigrafi, dobbeltundersøgelse
ZZ0050	PET-skanning
ZZ0060	Hjerne SPECT-undersøgelse
ZZ0080	Leukocytskintigrafi
ZZ0100	Isotopkardiografi

Registrering af operationer

Definitioner – procedurearter	
Kirurgisk indgreb	En eller flere operationer udført i samme seance.
Procedureart	Angivelse af arten af en procedure som registreringsenhed. Arten anvendes kun i forhold til K-koder
Vigtigste operation (procedureart 'V')	Angivelse af den vigtigste operation under en kontakt (udskrivning, ambulant forløb eller skadestuebesøg).
Primær operation (procedureart 'P')	Den vigtigste operation i et kirurgisk indgreb.
Deloperation (procedureart 'D')	En operation, der indgår i et kirurgisk indgreb uden at være vigtigste eller primære operation.

Tillægskode (kodeart '+'). Specifikke SKS-koder, der kun kan anvendes som tillægskoder, dels alle SKS-koder, der ved brug af et foranstillet '+' specificere primærkodens betydning

Udførte operationer skal registreres og indberettes til Landspatientregisteret. Der er dog ikke indberetningskrav for operationer udført på skadestuepatienter.

De operationer, der skal registreres, fremgår af "Klassifikation af operationer" kap. A-Y (inkl.). Operationskoderne indberettes med foranstillet (SKS-hovedgruppe) 'K'. Alle operationer skal indberettes med minimum 6 karakterer (inkl. foranstillet K).

Operationer registreres med obligatorisk angivelse af procedureart – omtalt nedenfor – samt obligatorisk angivelse af proceduredato, procedureklokkeslæt og kodenummeret for producerende afdeling (også hvis producerende afdeling og egen afdeling er den samme).

Procedurearter

Definitioner er vist i skemaet ovenfor.

Der skal sammen med hver SKS-operationskode registreres en procedureart til markering af vigtigste operation (V) i en afsluttet kontakt (uanset patienttype) samt registrering af primære operation (P) og (øvrige) deloperationer (D) i hvert kirurgisk indgreb, der er foregået under den aktuelle kontakt (se "definitioner"). Deloperationer indberettes efter en operationskode med procedurearten 'V' eller 'P'.

For den samlede afsluttede kontakt, hvor der kan være ét eller flere kirurgiske indgreb (der er én P-operation for hvert indgreb i kontakten), udvælges dét 'P', der anses for hele kontaktens vigtigste operation. Denne registreres med (ændres til) procedureart 'V'.

Udvælgelsen af primære operation i et indgreb (P) henh. vigtigste operation i den samlede afsluttede kontakt (V) er journalførende afdelings kliniske valg. Som en tommelfingerregel kan man sige, at den vigtigste operation er den, der mest direkte relaterer sig til patientens aktionsdiagnose. Er der flere "lige vigtige" vil man ofte vælge den mest ressourcetunge (tid, penge, teknik).

Reoperationer

Der er i hvert operationskapitel reoperationer som følge af komplikationer i den umiddelbare postoperative periode (≤ 30 dage). Der er herudover i relevante kapitler (f.eks. ortopædkirurgi) koder for sekundære operationer.

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

Det er *ikke* en komplikation, at den primære operation ikke er lykkedes. Ved kodning af efterfølgende operation skal denne kodes fuldstændig, som var den primær. Sammenbindingen skal løses i edb-systemet, men hvis dette ikke er indbygget i systemet (arkitekturen i et system, der kan håndtere komplikation/kvalitetsregistrering), kan ovennævnte princip med tilføjelse af den primære operationskode som tillægskode anvendes.

"Kombinerede indgreb"

Er der flere operationer (koder) i samme indgreb, knyttes disse sammen i registreringen, som omtalt ovenstående ved brug af procedurearter. Yderligere indberettes operationsdato og klokkeslet, hvorved de enkelte indgreb tidsmæssigt kan placeres i den samlede kontakt. Generelt skal operationer udført i samme anæstesi registreres som ét indgreb.

Det tidligere anvendte '+' til koblingen mellem operationskoder i et kombineret indgreb er fra 1996 afløst af ovenstående registreringsprincip med anvendelse af operationsarter.

'+' som kodeart angiver nu en SKS-tillægskode. Dette skal specielt fremhæves, fordi det vides fra analyse på Landspatientregisteret, at nogen stadig anvender '+'-et til det gamle formål.

Aflyst procedure

Alle **aflyste operationer** skal indberettes til Landspatientregisteret.

Der gælder følgende definition for aflyst procedure (operation):

En procedure (operation/behandling/undersøgelse), som ikke gennemføres på det tidspunkt, der er meddelt patienten (mundtligt eller skriftligt).

Aflyst eller afbrudt procedure skal registreres ved anvendelse af koder fra gældende klassifikation, se nedenfor. Desuden henvises til bilag 5, der bl.a. indeholder en mere detaljeret klassifikation over koder til brug ved registreringen. Klassifikationen indeholder koder til såvel "Aflyst procedure" som "Afbrudt procedure". Koderne kan indberettes til Landspatientregisteret. Disse koder registreres som **primærkode** og skal yderligere specificeres med den aflyste procedure som tillægskode, f.eks.: ZPP13+KUJD02 'Aflyst gastroskopi pga. udeblivelse' eller ZPP13+BHKD40 'Aflyst medicamentel provokeret abort pga. udeblivelse' eller ZPP12+ZZ9990 'Aflyst undersøgelse u. specifikation pga. patientens ønske'.

Aflyste procedurer, som er operationer, **skal** indberettes til Landspatientregisteret ved angivelse af procedurekode for 'aflyst procedure' ZPP1*-ZPP5* som primærkode efterfulgt af tillægskode for den aflyste operation (+K*). Tillægskoder for øvrige procedure fra SKS er tilladt. Primærkoden (ZPP1*-ZPP5*) indberettes med procedurearten 'blank'. Der indberettes obligatorisk *proceduredato*. Procedure-time, -minut og producerende afdeling kan indberettes fakultativt.

Afbrudte procedurer i afsnit ZPP6* kan indberettes på samme vis, jf. bilag 5. Det drejer sig om procedurekoder tilhørende SKS-hovedgrupperne.

Klassifikation af aflysningsårsager – minimumskrav gældende for operationer Registreres som primærkode.¹⁾

ZPP10*	Procedure aflyst pga. patientens tilstand
ZPP12*	Procedure aflyst efter patientens ønske
ZPP13*	Procedure aflyst pga. udeblivelse
ZPP20*	Procedure aflyst af personalemæssige årsager
ZPP21*	Procedure aflyst pga. tekniske problemer
ZPP22*	Procedure aflyst pga. arbejdsnedlæggelse
ZPP40*	Procedure aflyst pga. akut patient
ZPP50*	Procedure aflyst pga. andre årsager, samme dag som planlagt

Der skal indberettes på mindst 5 karaktersniveau.

1) Der findes yderligere specificerede koder, se bilag 5.

6. Ulykker

Ulykkesregistrering vedr. indlagte patienter

For indlagte patienter skal kontaktårsag- og ulykkeskodning anvendes for patienter med en **aktionsdiagnose** i intervallet DS00-DT799, dvs. traumer, forgiftninger og anden voldelig legemsbeskadigelse, men undtagen komplikationer ved lægelig behandling.

Hvis der på den indlagte patient findes kontaktårsag 2, 3 eller 4 kræves komplet ulykkeskodning, som beskrevet nedenfor i afsnittet om skadestuepatienter.

Vedrørende ulykkeskodning for indlagte psykiatriske patienter, se afsnit 8.

Ulykkesregistrering vedr. skadestuepatienter

For registrering af skadestuepatienter gælder et helt specifikt regelsæt, som beskrevet i nedenstående.

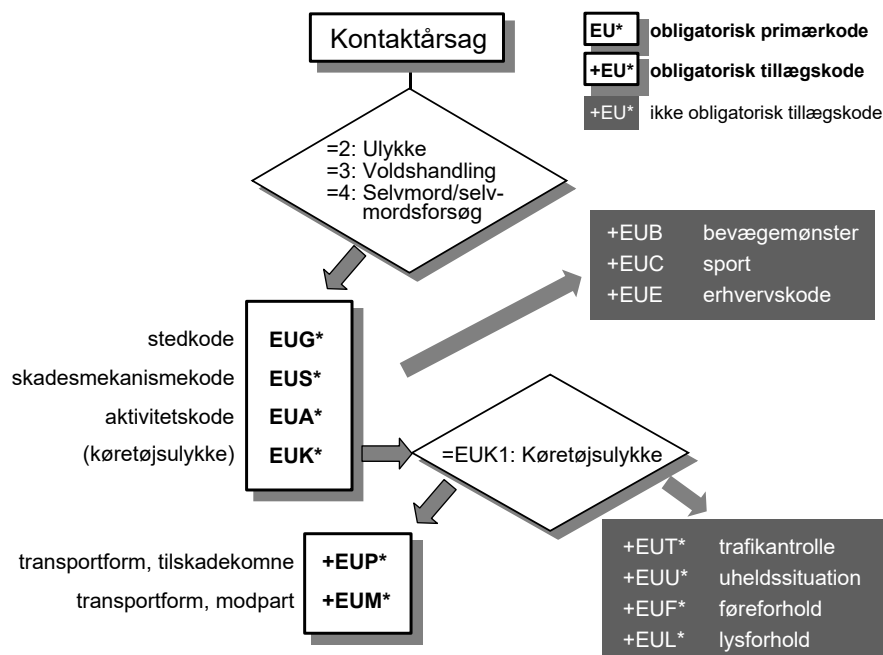
En patient, der henvender sig på en skadestue, skal altid have registreret en ydre årsag til skaden. Dette sker ved hjælp af kontaktårsag- og ulykkeskode.

Ved kontaktårsag 2, 3 eller 4 (se oversigt side 35) skal der for somatiske skadestuer være en diagnose i intervallerne DR00-DR999, DS00-DT799 eller DZ00-DZ999. Se figur 1, side 33.

For psykiatriske skadestuer gælder samme regler ved kontaktårsag 2 og 3, men ved kontaktårsag 4 (selvmord/selvmondsforsøg) er det tilladt at anvende diagnosekoder fra intervallet DX60*-DX84* samt alle diagnoser fra kapitlet DF* som aktionsdiagnose.

Til kontaktårsag 2, 3 og 4 knytter sig et værdisæt ifølge gældende ulykkesklassifikation. Det drejer sig om koder for 'Sted', 'Skadesmekanisme', 'Aktivitet' og 'Køretøjsulykke = ja/nej'. Ved positivt udsagn for køretøjsulykke suppleres med angivelse af 'Transportform for tilskadekomne' og 'Transportform for modpart'.

Figur 1 Ulykkesregistrering på skadestuer



Stedkode

EUG0	Transportområde
EUG1	Boligområde
EUG2	Produktions- og værkstedsområde
EUG3	Butiks-, handels- og liberalt erhvervsområde
EUG4	Skole-, offentligt administrations- og institutionsområde
EUG5	Idræts- og sportsområde
EUG6	Forlystelses- og parkområde
EUG7	Fri natur
EUG8	Hav og søområde
EUG9	Andet og ikke specificeret sted

Skadesmekanismekode

EUS0	Slag, stød på grund af fald på samme niveau
EUS1	Slag, stød på grund af fald på trappe eller til lavere niveau
EUS2	Slag, stød på grund af kontakt med anden genstand, person eller dyr
EUS3	Klemning, snit, stik
EUS4	Fremmedlegeme
EUS5	Kvælning
EUS6	Kemisk påvirkning
EUS7	Termisk, elektrisk, strålingspåvirkning
EUS8	Akut overbelastning af legeme/legemsdel

EUS9 Anden og ikke specificeret skadesmekanisme

Aktivitetskode

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

Koder for køretøjsulykker

EUK1	Køretøjsulykke
EUK2	Ikke køretøjsulykke

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

Transportform, tilskadekomne

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

Transportform, modpart

EUM0	Ingen modpart
EUM1	Til fods
EUM2	Cykel
EUM3	Knallert
EUM4	Motorcykel, scooter
EUM5	Personbil
EUM6	Varevogn
EUM7	Lastbil, bus m.m.
EUM8	Anden transportform, modpart
EUM9	Ikke specificeret transportform, modpart

Kontaktårsager	Definitioner
1 = sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion	Langvarig legemsbeskadigelse, hvor der ikke er tale om egentlig ulykke - f.eks. nedslidning. Forgiftning som følge af længerevarende eksposition (48 timer eller derover), eller hvor eksponering ikke er betinget af ulykkesomstændigheder. Medicinske, kirurgiske, psykiatriske og andre lignende tilstande uden udefra påført læsion (eller hvor påførte læsioner er sekundære i forhold til den tilstand, der ledte til kontakt med sundhedsvæsenet). Følger efter tidligere behandling for sygdom.
2 = ulykke	En ufrivillig hændelse karakteriseret ved en hurtigt-virkende kraft eller påvirkning, som kan ytre sig i form af skade på kroppen. Ulykke inkluderer: – Akut legemlig overbelastning, f.eks. forløftning, forvridning, træde galt. – Forgiftning som følge af kortvarig eksposition (mindre end 48 timer), der er betinget af ulykkesomstændigheder. – Angreb af dyr og insekter. – Overeksponering af naturlig varme, kulde, lys og stråling, f.eks. solskoldning, hedeslag og forfrysning. – Ulykker ved medicinsk/kirurgisk behandling.
3 = voldshandling	Intenderet vold. Slagsmål, håndgemæng, mishandling.
4 = selvmord/selvmondsforsøg	Selvtilføjet skade. Selvmutilation/villet egenskab.
5 = senfølge	Følge efter tidligere behandlet skade som følge af ulykke, voldshandling eller selvmordsforsøg.
8 = andet	
9 = ukendt/uoplyst	

7. Svangre, fødsler og aborter

Fødsler

Fødsler (også såkaldte ”ambulante”) registreres altid som indlagte patienter med indlæggelses- og udskrivningstidspunkt.

Alle fødsler på sygehus samt fødsler, der fører til indlæggelse på sygehus, skal registreres med obstetriske oplysninger, eksempelvis fødsler på vej til sygehuset eller inkomplette fødsler i hjemmet, hvor mor og barn i umiddelbar tilslutning til fødslen indlægges akut.

Komplette hjemmefødsler defineret ved, at såvel barn som placenta er født i hjemmet, og hvor mor og barn umiddelbart i tilslutning hertil indlægges akut, skal ikke registreres som en sygehusfødsel. Indberettes særskilt som hjemmefødsel. Ved akut indlæggelse efter fødsel kan diagnosekoden DZ38* ikke bruges som aktionsdiagnose på barnet. Tilsvarende kan diagnosekoden DZ37* ikke bruges som bidiagnose på moderen. I sådanne tilfælde anvendes almindeligvis en aktionsdiagnose fra intervallet DO85*-DO92*, hvis indlæggelsen skyldes komplikationer i forløbet. Hvis der er tale om pleje og evt. undersøgelse i forbindelse med normal barselsseng anvendes koden DZ39*.

I de ganske få tilfælde, hvor fødslen sker uden, at der er jordemoder- eller lægeassistance, skal fødselsanmeldelsen indsendes af den jordemoder, der tager imod patienten.

Fødselsanmeldelsen

Fra 1. januar 1997 dannes fødselsregisteret på baggrund af de elektronisk indberettede data. Dog skal dødfødsler fortsat for barnets vedkommende indberettes på særlig blanket. Hjemmefødsler indberettes ligeledes på blanket, jvf. dog ovenstående.

Moderens record

Der skal til fødselsdiagnosen DO80*-DO84*, som skal være aktionsdiagnose på moderens record, registreres tillægskode for svangerskabslængde på 6 karakterer med uger og dage og tillægskode for tobaksforbrug, samt bidiagnosen DZ37*, som er obligatorisk.

Klassifikationen findes i bilag 3.

Når der er tale om en fødsel, skal aktionsdiagnosen være fra intervallet DO80*-DO84*, og komplikationsdiagnoserne i intervallet DO60*-DO75* må kun forekomme som bidiagnoser. Hvis aktionsdiagnosen er i intervallet DO80*-DO84* og der forekommer bidiagnoser ud over DA34*, DB20*-DB24*, DF53*, DO*, DS*, DT* eller DZ*, skal der samtidig være en bidiagnose i intervallet DO98*-DO99*.

Hvis fødslen er gået i gang, men ikke afsluttes på den pågældende afdeling (kontakt), fordi patienten overflyttes til specialeafdeling eller lignende, på grund af en komplikation, anvendes diagnosekoderne fra intervallet DO60*-DO75* som aktionsdiagnose. Fødselskoderne DO80*-DO84* må i disse tilfælde IKKE forekomme på kontakten.

Barnets record

Aktionsdiagnosen på barnet er DZ38* (levendefødt barn efter fødested).

Til denne aktionsdiagnose skal der registreres en tillægskode for *fosterpræsentation*

Der skal ud over ovenstående på barnets record indberettes *bidiagnose for Apgarscore ved 5 minutter*.

Klassifikation for Apgarscore og fosterpræsentation findes i bilag 3.

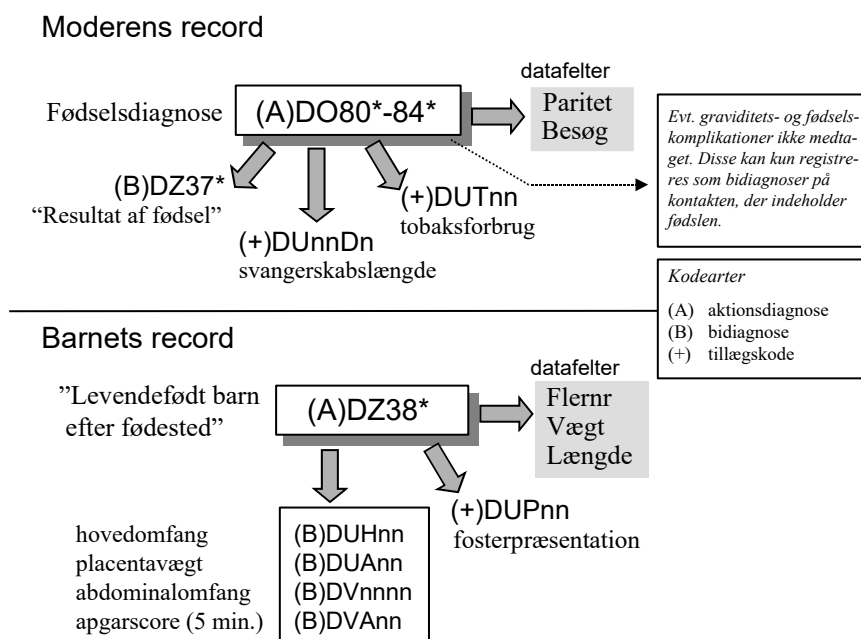
"Bedre sundhed for mor og barn"

Der skal i forbindelse med dette projekt indberettes data for barnets *hovedomfang*, *abdominalomfang* og *placentavægt*. Disse parametre indberettes som bidiagnoser på barnets record ved hjælp af klassifikationerne anført i bilag 3.

De ovennævnte bidiagnoser skal registreres ved alle fødsler i hele perioden, hvor data opsamles til projektet. Data vil ikke blive overført fra Landspatientregisteret, hvis moderen ikke har givet tilsagn om deltagelse i projektet.

Reglerne for registrering ved fødsler er grafisk skitseret i figur 2.

Figur 2 Registrerings- og kodningsprincipper ved fødsel



Der skal til *aktionsdiagnoser*, der beskriver svangerskab og fødsel, registreres tillægskode for svangerskabslængde. Herudover gælder specielle krav for abortkontakter uanset patienttype, se nedenfor. Se iøvrigt tabel på side 40.

Abortregistrering (provokeret abort)

Der skal altid på den kontakt hvor abortindgrebet finder sted registreres en aktionsdiagnose i intervallet DO040-DO067 samt en tillægskode for svangerskabslængde. Dette gælder for alle patienttyper inkl. *ambulant*.

Ved aktionsdiagnose DO040-DO067 registreres samtidig en operationskode i intervallet KLCH00-KLCH99 eller en behandlingskode fra gruppen BKHD4* (Abortus provocatus medicamentalis).

Hvis en forundersøgelse finder sted på en selvstændig kontakt skal der anvendes en relevant diagnose til at beskrive kontakten, f.eks: DZ324 'Uønsket graviditet'.

Hvis det samlede abortforløb finder sted i samme ambulatorium anbefales, at der registreres som ét sammenhængende ambulant forløb. I dette tilfælde er abortdiagnosen aktionsdiagnose på den samlede ambulante kontakt. Eventuelle komplikationer registreres som bidiagnose(r) til abortdiagnosen. I øvrigt henvises til Abortkodevejledningen på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.medinfo.dk.

Misdannelsesregistrering

Til brug for Misdannelsesregisteret skal der ved spontane aborter efter 16. uge og ved provokerede aborter på medicinsk indikation obligatorisk registreres en tillægskode vedr. misdannet foster. Disse tilstande identificeres ved hjælp af aktionsdiagnosen.

Ved *provokerede aborter på medicinsk indikation efter 12. uge*, dvs. kontakter med en aktionsdiagnosekode DO053 eller DO054, skal aktionsdiagnosen ud over tillægskode for svangerskabslængde have en tillægskode DUM* for 'misdannet foster...'.

Tilsvarende skal alle *spontane* aborter efter 16 fulde svangerskabsuger, dvs. kontakter med aktionsdiagnosen DO03* og en tillægskode for svangerskabslængde større end eller lig med 16 uger have en tillægskode DUM*.

Tillægskoderne er:

DUM01	Misdannet foster bekræftet
DUM02	Misdannet foster afkræftet
DUM09	Misdannet foster, uoplyst

Hvis 'Misdannet foster bekræftet' (DUM01) skal der yderligere være registreret mindst én tillægskode (DQ*) fra sygdomsklassifikationens kapitel Q "Medfødte misdannelser og kromosomanomalier".

Ambulante forløb og svangerskabslængde

For svangrekontroller og øvrige ambulante patientkontakter i forbindelse med svangerskab, undtagen aborter jf. ovenstående, skal svangerskabslængde ikke indberettes. Tillægskoden for svangerskabslængde kan, som andre tillægskoder, registreres, hvis det ønskes, men der vil ikke blive valideret herfor.

Fortegnelse over diagnosekoder, hvor der med SKS-tillægskode skal angives svangerskabslængde.

Svangerskabslængden angives som **fuldendte** uger plus dage, som foreligger på kontakttidspunktet. Gælder for indlagte. Gælder desuden for aborter uanset patienttype. Svangerskabslængde angives obligatorisk med en SKS-tillægskode til *aktionsdiagnoser* i følgende grupper. DU-tillægskode kan desuden angives frivilligt til alle relevante diagnoser. Valideres kun på afsluttede kontakter.

DO00*-DO06*	Svangerskab, der ender med abort
DO12*-DO16*	Ødem, proteinuri og hypertension i svangerskab
DO20*-DO23*, DO28*	Andre sygdomme hos moder overvejende forbundet med svangerskab
DO30*-DO31*, DO40*-DO41*, DO421, DO423, DO425, DO429, DO43*-DO46*, DO471, DO489	Visse tilstande med tilknytning til svangerskabskontrol med relation til foster, amnion, placenta og potentielle fødselsproblemer
DO80*-DO84*	Fødsel
Følgende <i>specielle</i> krav gælder, således at DIAG i de angivne intervaller skal være ledsaget af DU-tillægskoder i de angivne intervaller:	
Hvis DIAG er DO04*	skal DU-tillægskode DU01D*-DU11D* forekomme
Hvis DIAG er DO05*	skal DU-tillægskode DU12D*-DU27D* forekomme
Hvis DIAG er DO060, DO062, DO064 eller DO066	skal DU-tillægskode DU01D*-DU11D* forekomme
Hvis DIAG er DO061 DO063, DO065 eller O067	skal DU-tillægskode DU12D*-DU27D* forekomme
DO80* - DO84*	skal DU-tillægskode DU20D*-DU45D* eller DU99DX forekomme
Klassifikation af svangerskabslængde, se bilag 3.	

*) angiver alle diagnoser i gruppen uanset værdien af 5., evt. 6. ciffer.

8. Psykiatriske patienter

Landspatientregisteret skal omfatte samtlige uafsluttede psykiatriske patienter pr. måned. Dette gælder for indlagte og ambulante patienter.

Ved indberetning af åbne kontakter kræves ikke ATC-tillægskodning. Se i øvrigt side 42-43.

Indlagte

Der anvendes samme basisregistrering som for patienter på somatiske afdelinger. Specielt for de psykiatriske afdelinger gælder, at der via Landspatientregisteret indberettes til Det Psykiatriske Centralregister løbende eller mindst 1 gang månedligt.

Ved kontakt på psykiatrisk afdeling i forbindelse med selvbeskadigelse, selvmord- og selvmordsforsøg før eller under indlæggelsen, skal dette registreres ved hjælp af 5. og 6. position i DX-diagnosen (DX60*-DX84* incl.) efter matricen:

		5. position:		
		Selv mord	Selv mords- forsøg	Selv be- skadigelse
		0	1	2
6. position:				
før indlæggelse	0	-	10	20
under indlæggelse	1	01	11	21

For detaljeret liste over DX-diagnosekoder bilag 4.

Registrering af selvmord/selvordsforsøg på psykiatriske skadestuer

Fra 1. januar 2001 er det tilladt for psykiatriske skadestuer (afdelinger med speciale 50 og 52) at anvende diagnosekoder fra intervallet DX60*-DX84*, samt alle diagnoser fra kapitel DF* som aktionsdiagnose ved kontaktårsag 4 (selvmord/selvordsforsøg).

Dataindhold – indlagt psykiatrisk patient	
Oplysninger som medtages ved indberetning til Landspatientregisteret ved en patients indlæggelse på Psykiatriske afdelinger	Sygehusnummer Afdelingsnummer Patienttype = 0 Personnummer Startdato Indlæggelsestidspunkt Kommunenummer Henvisningsdato Henvisningsmåde Indlæggelsesmåde Indlæggelsesvilkår
Ved afslutning tilføjes	Slutdato Udskrivningstidspunkt Udskrivningsmåde Udskrevet til sygehus/afdeling Passiv ventetid, årsag Passiv ventetid, startdato Passiv ventetid, slutdato
Afsluttede samt uafsluttede pr. 31.12 skal tillige have registreret:	
Kontaktårsagskode/ulykkeskode	Fakultativ
Diagnoser	Diagnoseart Diagnosekodenummer (se liste over tilladte aktions- og grundmorbusdiagnoser side 44)
Procedurer	Procedureart Procedurekodenummer Proceduredato Procedureklokkeslæt Kodenummer for producerende afdeling Alle operationer og radiologiske procedurer. Undersøgelser og behandlinger til brug for DRG og/eller anmeldelsespligtige kræftsygdomme samt aflyste operationer indberettes obligatorisk. Alle andre procedurer kan indberettes efter samme regler.

Psykiatriske ambulante patienter

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

Alle uafsluttede ambulante patienter på psykiatriske afdelinger skal være diagnoseregistreret pr. 31.12.

Dataindhold – ambulant patient, psykiatrisk afdeling	
Oplysninger som medtages ved indberetning til Landspatientregisteret ved en patients indskrivning på psykiatrisk afdeling	Sygehusnummer Afdelingsnummer Patienttype = 2 Personnummer Startdato Kommunenummer Henvisningsdato Henvisningsmåde Dato(er) for besøg Dato for forundersøgelse (evt. blank) Dato for endelig behandling (evt. blank) Passiv ventetid, årsag Passiv ventetid, startdato Passiv ventetid, slutdato
Ved afslutning tilføjes	Slutdato Afslutningsmåde Afsluttet til sygehus/afdeling
Afsluttet psyk. ambulant forløb og uafsl. pr. 31.12 skal tillige have registreret:	
Diagnose	Diagnoseart Diagnosekodenummer (Se følgende liste over tilladte aktions- og grundmorbusdiagnoser side 44)
Procedurer	Procedureart Procedurekodenummer Proceduredato Procedureklokkeslæt Kodenummer for producerende afdeling Alle operationer og radiologiske procedurer. Undersøgelser og behandlinger til brug for DRG og/eller anmeldelsespligtige kræftsygdomme samt aflyste operationer indberettes obligatorisk. Alle andre procedurer kan indberettes efter samme regler

Fortegnelse over psykiatriske aktions- og grundmorbusdiagnoser

DF000-DF999	Psykiatriske diagnoser (kapitel V)
DZ004	Psykiatrisk undersøgelse, ikke klassificeret andetsteds
DZ032	Obs pga mistanke om mentale eller adfærdsmæssige forstyrrelser
DZ038	Observation på mistanke om andre sygd/tilstande
DZ039	Observation på mistanke om ikke specific. sygd/tilstand
DZ046	Psykiatrisk undersøgelse, begæret af myndigheder
DZ0460	Retspsykiatrisk observation
DZ0461	Dom til psykiatrisk behandling
DZ0462	Dom til psykiatrisk forvaring
DZ0463	Civilretslig psykiatrisk undersøgelse
DZ0464	Socialretslig psykiatrisk undersøgelse
DZ0468	Anden retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning
DZ0469	Retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning u. specifikation
DZ700-DZ709	Seksualrådgivning
DZ710	Person i konsultation på anden persons vegne
DZ711	Person med befrygtet lidelse, diagnose ikke stillet
DZ714	Rådgivning og kontrol ved alkoholmisbrug
DZ715	Rådgivning og kontrol ved medicinmisbrug
DZ716	Rådgivning og kontrol ved tobaksmisbrug
DZ718	Anden specificeret rådgivning
DZ719	Rådgivning uden specifikation
DZ749	'Causa socialis'
DZ763	Rask ledsager (Indberettes ikke til Landspatientregisteret)
DZ765	Simulant (bevidst simulant)
DZ81*	Familieanamnese med mental eller adfærdsmæssig sygdom
DZ843	Familieanamnese med indgifte
DZ864	Anamnese med misbrug af psykoaktive stoffer
DZ865	Anamnese med mentale adfærdsmæssige sygdomme
DZ914	Anamnese med psykisk traume, ikke klassificeret andetsteds
DX600-DY099	Tilsluttet selvbeskadigelse, overfald og mishandling

Koderne DZ81*, DZ843, DZ864, DZ865 og DZ914 kan først ibrugtages som aktions- eller grundmorbus fra 1. juli 2002.

9. Forgiftninger

Ved kodning af forgiftninger må man være opmærksom på, at der i sygdomsklassifikationen skelnes mellem

- 1) den konkrete *forgiftning som tilskadekomst* og altså som resultatet af en ”ydre årsag” – indtagelsen (tilsigtet el. ikke tilsigtet) af et giftigt stof – og
- 2) *manifestationen af forgiftningen* som somatisk eller psykisk lidelse.

(1) Forgiftninger i skadesmæssig forstand registreres som primærkoder med koder fra intervallet DT36*-DT50*, når forgiftningerne er forårsaget af lægemidler eller biologiske stoffer, og med koder fra intervallet DT51*- DT65*, når der er tale om skadelige virkninger af ikke-medicinske stoffer. Koderne i disse grupper angiver således direkte diagnosen for forgiftningen/tilskadekomsten.

(2) Psykisk lidelse som manifestation af misbrug og forgiftning registreres med koder fra intervallet DF10*-DF19*; somatisk lidelse med koder fra ICD-10's øvrige diagnose- eller symptomkapitler.

Brug af tillægskoder

Tillægskodning er indledende beskrevet i afsnit 4.

ATC-koder anvendes som tillægskoder til at specificere diagnosekoder, herunder også forgiftninger og misbrug, når der er tale om et eller flere lægemidler, som er optaget i ATC-klassifikationen. ATC-koden som tillægskode til en forgiftningsdiagnose tjener til at specificere de lægemidler, der er årsagen.

For narkotiske stoffer, der ikke har en ATC-kode, skal i stedet anvendes forgiftningskoder som tillægskode, se side 46.

Der er til visse diagnoser obligatorisk krav om ATC-tillægskode, se afsnit 4.

Forgiftningskoder for narkotika m.v.

En del tilstande, der kodes i afsnit

DF11*	Psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser som følge af opioidbrug,
DF15*	Psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser, som følge af misbrug af andre centralstimulerende stoffer,
DF16*	Psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser som følge af misbrug af halucinogener,

DF19*	Psyriske lidelser og adfærdsforstyrrelser som følge af brug af multiple og andre psykoaktive stoffer samt
DZ036	Observation på grund af mistanke om toksisk effekt af indtaget stof

vil være forårsaget af stoffer, der ikke findes i ATC-klassifikationen. I disse tilfælde skal der som tillægskode specificeres med tillægskode fra intervallet DT401*-DT409* eller DT430A, når der er tale om illegale stoffer.

Fra 1. juli 2002 er det ikke obligatorisk at angive tillægskode for 'stof' til DF19*.

Intervallet DT401*-DT409* og DT430A er derfor i forhold til den trykte udgave af Sygdomsklassifikationen udvidet, så den kommer til at omfatte følgende koder:

DT401	Forgiftning m. heroin
DT402	Forgiftning m. andre opioider uden ATC-kode
DT403	Forgiftning m. metadon
DT404	Forgiftning m. andre syntetiske narkotika uden ATC-kode
DT405	Forgiftning m. kokain
DT406A	Forgiftning, designer drug (excl. ecstasy)
DT406B	Forgiftning, ecstasy
DT406C	Forgiftning, euforiserende svampe
DT406D	Forgiftning med khat
DT406X	Forgiftning, blandingsmisbrug u. specifikation
DT406W	Forgiftning med narkotika uden specifikation
DT407	Forgiftning m. cannabis
DT408	Forgiftning m. LSD (lysergsyrediethylamid)
DT409	Forgiftning m. andre og uspecificerede psykodysleptika
DT430A	Forgiftning med amfetamin

Disse koder kan anvendes direkte af somatiske afdelinger som primærkode til registrering af forgiftninger eller som tillægskoder til specifikation af diagnose- el. symptomkoder. Det svarer til anvendelsen af ATC-koder, jvf. de indledende betragtninger i dette afsnit.

Der skal altid registreres på højeste detaljeringsniveau. Der foretages validering herfor.

10. Indberetning af anmeldelsespligtige kræftsygdomme (diagnoser) til Landspatientregisteret.

Sideløbende med indsendelse af anmeldelsesblanketter til Cancerregisteret skal anmeldelsespligtige diagnoser indberettes til Landspatientregisteret (LPR).

Den 1. januar 1998 startede den første elektroniske indberetning til LPR af cancerrelaterede data. Denne indberetning/registrering er udbygget i årene herefter. Registreringen vedrører de "anmeldelsespligtige sygdomme" og tager konkret udgangspunkt i de "anmeldelsespligtige diagnoser" (se side 58). "Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til cancerregisteret af kræftssygdomme m.v." afstikker disse retningslinier. Diagnoser fra denne liste, anvendt som aktions- eller bidiagnose på patientkontakten giver anledning til specielle registreringskrav, som omtalt i denne vejledning.

Endnu er den elektroniske indberetning/registrering ikke tilstrækkelig udbygget til, at blanketindberetningerne til Cancerregisteret (CR) kan afskaffes. Den udbyggede indberetning (2001) via LPR er endnu et skridt på vejen mod afskaffelse af blanketten og en komplet elektronisk indberetning via LPR.

Der skal endnu både ske blanketanmeldelse til cancerregisteret og elektronisk registrering til LPR fra alle afdelinger, der diagnostiserer, behandler og kontrollerer patienter med anmeldelsespligtige sygdomme/diagnoser, jf. ovennævnte bekendtgørelse.

Siden 2001 har det været obligatorisk at indberette visse undersøgelses- og behandlingsprocedurer bl.a. kemo- og stråleterapi til LPR.

Udvikling i en anmeldelsespligtig sygdom

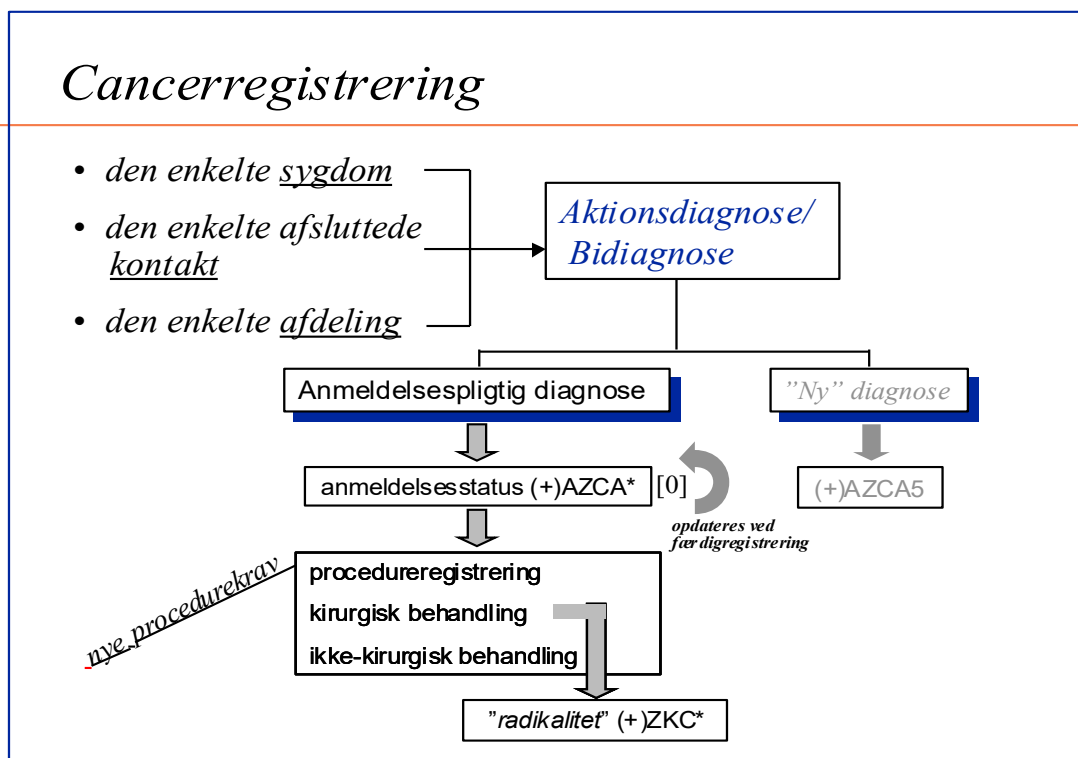
Udviklingen i en anmeldelsespligtig sygdom skal afspejles i registrering og indberetning til Landspatientregisteret i forbindelse med den enkelte sygehuskontakt. Det betyder, at udviklingen i sygdommen kan repræsenteres af forskellige diagnoser (diagnosekoder) på forskellige tidspunkter dvs. *kontakter* i sygdommens forløb - men at der stadig er tale om *den samme* anmeldelsespligtige sygdom, uanset om det drejer sig om lokalrecidiv eller metastasering.

Kontakt

Ved en kontakt forstås en indlæggelse, et ambulant forløb eller et skadestuebesøg.

Registreringer

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



Udredning/diagnosticering og behandling

Det er vigtigt ikke at benytte primærkoder dvs. aktions- eller bidiagnose for en malign lidelse eller anden "anmeldelsespligtig sygdom", før denne er diagnosticeret. Så længe der kun er mistanke om cancer eller anden "anmeldelsespligtig sygdom", skal der anvendes diagnosekoder fra afsnit DZ03* "Lægelig observation for og vurdering af personer mistænkt for sygdom". Dette diagnoseafsnit inkluderer også "ikke afkræftet" (fortsat mistanke) og afkræftet mistanke (ej befundet).

Der er oprettet en del specifikationer til nærmere angivelse af den tilstand, der er udredt/udredes for på kontakten. Hvis der ikke findes en passende specifikation, kan der kodes med primærkoden fra afsnit DZ03* + *tillægskode* for sygdommen.

Eksempler

(A)DZ031J	Mistanke om ondartet svulst i prostata
(A)DZ031	Mistanke om ondartet svulst
(+)DC739	Neoplasma malignum glandulae thyroideae

(A)DZ038E Observation pga mistanke om svulst
(+)DD374 Neoplasma coli uden specifikation

Denne registrering er dels korrekt, dels udløser den ikke anmeldelsespligt og de deraf afledte registreringskrav. (A) angiver "aktionsdiagnose" og (+) angiver "til-lægskode".

Når en "anmeldelsespligtig sygdom" er diagnosticeret, træder alle reglerne om registrering af anmeldelsesstatus og deraf afledt registrering i kraft. Se vejledning under de forskellige anmeldelsesstatus. Ved ny anmeldelsespligtig sygdom på afdelingen, anvendes anmeldelsesstatus '1'.

Er der tvivl om, hvorvidt sygdommen er malign eller benign anvendes kodeintervallet DD37* - DD48* 'Svulster af ukendt eller usikker karakter'. Ved brug af disse koder skal de generelle regler for anmeldelsesstatus anvendes.

Der forekommer ofte flere ambulante kontakter og indlæggelser på flere afdelinger i forbindelse med en udredning og behandling af en patient med en svulst. Hver afdeling, der har en kontakt med patienten, er registrerings- og indberetningspligtig.

Kontrol vil ofte foregå i ambulant regi på en anden kontakt end den, hvor diagnosen blev stillet, og sygdommen primært behandlet. I disse tilfælde registreres efter reglerne, som beskrevet nedenfor i afsnittet "Kontrol". Se i øvrigt vejledningen under anmeldelsesstatus '4'.

Recidiv

"Recidiv" dækker i denne sammenhæng over alle former for genkomst af den samme sygdom, dvs. inkluderer lokal recidiv, metastasering og anden progression.

Patienten har tidligere været i afdelingen, har været behandlet og afsluttet som "rask" (radikalt behandlet). Går evt. i ambulant kontrol. Ved ny kontakt med recidiv på samme afdeling (6. ciffer niveau) anvendes anmeldelsesstatus '2'.

Recidivet kan godt have en anden mere eller mindre specificeret diagnosekode eller kode for metastase end primærcanceren, men der er stadig tale om samme sygdom.

Ved påvisning af metastase, hvor der ikke er en sikker klinisk og/eller patologisk relation til en kendt primær-tumor, skal fundet opfattes som en ny "anmeldelsespligtig sygdom".

Kontakt der ikke omfatter diagnostik, behandling eller kontrol

En del afdelinger får kontakt med patienter, der har en ”anmeldelsespligtig sygdom”, men afdelingens opgave er ikke at diagnosticere, primært behandle eller kontrollere denne.

Disse afdelinger skal registrere, hvad den pågældende afdeling rent faktisk undersøger og eventuelt behandler for. Aktionsdiagnosen for kontakten kan specificeres med cancerdiagnosen som tillægskode, som vist i eksemplerne. Denne registreringspraksis stiller ikke krav om indberetning af anmeldelsesstatus.

Eksempler:

Arbejdsmedicinske klinikker, der undersøger, hvorvidt sygdommen er udløst af arbejdsmiljøet.

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

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

(A)DR521 ’Intraktable kroniske smerter’
(+)DC413 ’Neoplasma malignum costae, sterni et claviculae’

Afdelinger for vækst og reproduktion, som skal udrede patienterne endokrinologisk efter behandling af f.eks. en cancer i det endokrine system.

(A)DE291 ’Nedsat funktion af testikler’
(+)DC621 ’Neoplasma malignum testis scroti’

Alternativt kan en *tilstedeværende* tilstand registreres som en bidiagnose. Dette er korrekt i de situationer, hvor tilstanden i sig selv har en *behandlings- og/eller ressourcemæssig betydning* for den aktuelle kontakt - hvis tilstanden f.eks. har medført en ekstra plejetungde eller længere indlæggelsestid. Hvis canceren registreres som bidiagnose, skal der også registreres anmeldelsesstatus - se anmeldelsesstatus ’3’.

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

Kontrol

Når den ”anmeldelsespligtige sygdom” fortsat er tilstede ved kontrollen, skal diagnosen registreres som aktionsdiagnose eller evt. bidiagnose. Der skal ved anvendelse af ”anmeldelsespligtig diagnose” registreres tillægskode for anmeldelsesstatus. Anmeldelsesstatus ’1’, ’2’ og ’4’ omfatter også kontrol.

Hvis patienten derimod er radikalt opereret eller på anden måde behandlet, så den ”anmeldelsespligtige sygdom” ikke længere er tilstede ved den pågældende kontakt, skal der diagnoseregistreres med en kode fra afsnit DZ08* ”Kontrolundersøgelse efter behandling af ondartet svulst”. Her kan den ”anmeldelsespligtige diagnosekode” anvendes som tillægskode for derved at præcisere, hvilken oprindelig lidelse patienten havde.

Denne registreringspraksis udløser ingen krav om tillægskode for anmeldelsesstatus.

Eksempel

(A)DZ081D ’Kontrolundersøgelse efter strålebehandling af ondartet svulst i tyktarm’

(+)DC187 ’Neoplasma malignum coli sigmoidei’

Indberetning af anmeldelsesstatus, operationer og andre behandlinger ved anmeldelsespligtige kræftsygdomme

Anmeldelsesstatus skal indberettes, hver gang en afdeling registrerer én af de ”anmeldelsespligtige diagnoser” (diagnosekoder), uanset om en anden afdeling har indberettet sygdommen. Når den anmeldelsespligtige sygdom er aktions- (A) eller bidiagnose (B) er angivelse af anmeldelsesstatus obligatorisk. Der er således ingen registreringspligt til LPR for henvisningsdiagnoser og grundmorbus. Indberetningskravet gælder alle patienttyper. Der anvendes herudover fortsat blanketanmeldelse til Cancerregisteret.

Anmeldelsesstatus

Til aktions- og bidiagnoser i kodeintervallet for ”anmeldelsespligtige diagnoser” skal der registreres en *tillægskode for anmeldelsesstatus*. Betydningen af de forskellige status er specificeret i det følgende.

Anmeldelsesstatus skal senest være tilstede ved færdigregistreringen. Ved indberetning til LPR skal anmeldelsesstatus have værdien ’1’ – ’4’(AZCA1-4) for de ”anmeldelsespligtige diagnoser”. Anmeldelsesstatus AZCA3 må kun anvendes på bidiagnoser. Anmeldelsesstatus ’0’(AZCA0) kan kun anvendes inden færdigregistrering og kan ikke indberettes på afsluttede kontakter. Der er ikke krav om tillægskode for

anmeldelsesstatus på uafsluttede kontakter. Der skal og kan kun være én anmeldelsesstatus pr. diagnose pr. afsluttet kontakt.

Anmeldelsesstatus '5'(AZCA5) kan kun anvendes på ”ikke anmeldelsespligtige diagnoser”. Se afsnittet ”Ændring af diagnose”.

Anmeldelsesstatus ved færdigregistrering skal være *dækkende for hele kontakten*, ved dennes afslutning. Dette stiller betydelige krav til validiteten af de registrerede oplysninger.

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

Cancerregistrering	
Anmeldelsesstatus AZCA*	
AZCA0	Anmeldelsesstatus endnu ikke angivet.
AZCA1	Ny ”anmeldelsespligtig sygdom”, ikke tidligere anmeldt af afdelingen.
AZCA2	Recidiv af ”anmeldelsespligtig sygdom”, tidligere anmeldt af afdelingen.
AZCA3	Afdelingen er ikke involveret i diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen.
AZCA4	Sygdommen tidligere anmeldt af afdelingen.
AZCA5	Ændring af tidligere anmeldt sygdom til ikke ”anmeldelsespligtig sygdom”.

Beskrivelse af de enkelte anmeldelsesstatus

Her skal præciseres, at reglerne gælder for den *6-cifrede sygehus-afdelingskode*, hvilket som regel svarer til et administrativt lægeligt område. Enten har afdelingen ikke tidligere haft kontakt med patienten med den pågældende sygdom, eller afdelingen har måske tidligere haft kontakt, men har ”glemt” at anmelde. Reglerne findes i ”Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Cancerregisteret af kræftsygdomme m.v.”.

0. Anmeldelsesstatus endnu ikke angivet	
AZCA0	Denne anmeldelsesstatus må ikke forekomme på en færdigregistreret kontakt.

Status 0 (AZCA0) kan anvendes i systemet indtil færdigregistreringen, men må ikke findes i indberetningen af en afsluttet kontakt.

1. Ny ”anmeldelsespligtig sygdom”, ikke tidligere anmeldt af afdelingen	
AZCA1	Når der første gang diagnosticeres, behandles eller kontrolleres en ”anmeldelsespligtig sygdom” på afdelingen, anvendes anmeldelsesstatus 1. Der skal blanketanmeldes til Cancerregisteret. Der er krav om indberetning af relevante procedurer, se bilag 2.

Med de nuværende registrerings- og indberetningsmuligheder, kan en assistance optræde på forskellig måde, afhængigt af det lokale registreringssystem og daglige arbejdsgange.

På nogle sygehuse/afdelinger registreres en assistance udelukkende som en ydelse, der knytter sig til og indberettes sammen med stamafdelingens øvrige data. I disse tilfælde skal den assisterende afdeling ikke diagnoseregistrere.

På andre sygehuse/afdelinger registreres ydelsen på en selvstændig kontakt f.eks. et ambulant forløb. I disse tilfælde skal den assisterende afdeling diagnoseregistrere.

2. Recidiv af ”anmeldelsespligtig sygdom”, tidligere anmeldt af afdelingen	
AZCA2	Recidiv dækker i denne sammenhæng over alle former for genkomst af den samme sygdom, dvs. inkluderer lokal recidiv og metastasering. Afdelingen har tidligere blanketanmeldt til Cancerregisteret. Der er krav om indberetning af relevante procedurer, se bilag 2.

Patienten har tidligere været i afdelingen, har været behandlet og afsluttet som "rask" (radikalt behandlet). Går evt. i ambulant kontrol. Ved ny kontakt med recidiv på samme afdeling (6. ciffer niveau) anvendes anmeldelsesstatus 2 (AZCA2). Se i øvrigt afsnit vedr. recidiv.

3. Afdelingen er ikke involveret i diagnosticering, behandling eller kontrol af sygdommen
--

AZCA3	Det betyder, at den ”anmeldelsespligtige diagnose” ikke kan være aktionsdiagnose på kontakten. Der er ikke krav om yderligere registrering.
-------	--

Denne anmeldelsestatus anvendes af afdelinger, der har kontakt med patienter med en ”anmeldelsespligtig sygdom”, men som ikke direkte diagnosticerer, behandler eller kontrollerer denne. Derved skabes mulighed for at registrere en ”anmeldelsespligtig sygdom” som bidiagnose.

Eksempler

- patienter, der henvender sig på en skadestue med et smerteproblem
- patienter, der henvender sig pga. en ulykke, som ikke er forårsaget af den ”anmeldelsespligtige diagnose”, men hvor sygdommen spiller en rolle for den behandling, der gives
- patienter, der kommer i behandling for følgevirkninger efter stråle- eller kemoterapi
- patienter i symptomlindrende behandling eller terminal pleje

Det har nogen steder vært brugt at registrere den ”anmeldelsespligtige diagnose” som grundmorbus, og det har tidligere også været anbefalet. Det vil imidlertid ofte være forbundet med ekstra arbejde at pleje og behandle en patient med en ”anmeldelsespligtig sygdom”. Er dette *i forhold til den aktuelle kontakt* tilfældet, kan den tilgrundliggende lidelse i stedet registreres som bidiagnose på kontakten.

Aktionsdiagnosen kan i disse tilfælde f.eks. være fra afsnit DZ74* ’Problemer i forbindelse med afhængighed af plejepersonale’ eller en diagnose fra afsnittet DR50* - DR69* ’Almene symptomer og abnorme fund’, hvor bl.a. smerteafsnittet findes. Ved specifikke komplikationer til cancersygdommen registreres dette som aktionsdiagnose f.eks. anæmi eller sepsis, hvis kontakten retter sig specifikt mod denne tilstand. ”Baggrunden” dvs. cancersygdommen registreres som bidiagnose.

4. Sygdommen tidligere anmeldt af afdelingen

AZCA4	Dækker fortsat sygdom samt kontrol og behandling af denne. Der er krav om indberetning af relevante procedurer, se bilag 2.
-------	--

Hvis behandlingen/kontrollen vedrører en patient, der stadig har sygdommen, og det er et spørgsmål hvordan sygdommen udvikler sig, skal den anmeldelsespligtige

diagnose stadig være aktionsdiagnose eller evt. bidiagnose, og anmeldelsesstatus 4 (AZCA4) skal anvendes.

Anmeldelsesstatus 4 (AZCA4) anvendes også, hvor der på en ny kontakt er tale om ændret behandling af samme og tidligere anmeldte sygdom. Hvis der er tale om recidiv anvendes anmeldelsesstatus 2 (AZCA2), se denne.

Eksempler

patienten indlægges/indskrives på grund af udvikling af sygdommen – måske med en anden aktionsdiagnose, men der er fortsat tale om samme sygdom, f.eks.

- har patienten en ikke radikalt behandlet ovarie tumor, indlægges nu i samme afdeling med ascites. Aktionsdiagnosen er nu 'DC786A Ascites, malign uden specifikation' og 'DC562' Neopl mal ovarii, st. III' er bidiagnose,
- patienten går til ambulant kontrol, sættes i ny eller ændret behandling, i forhold til tidligere kontakt.

Hvis der er tale om kontrol af tidligere radikalt behandlet sygdom for at sikre, at der ikke er recidiv, skal aktionsdiagnosen være fra afsnittet DZ08* 'Kontrolundersøgelse efter behandling af ondartet svulst'. Der kan hertil registreres en tillægskode for den oprindelige lidelse, således at det er muligt at se, hvad det er, der kontrolleres for. Se tidligere eksempel.

Anden afdelings vurdering af patient

En patient er henvist til afdelingen med henblik på vurdering af behandlingsmuligheder. Kontakten fører ikke til behandling i afdelingen. Afdelingen skal registrere, hvad afdelingen foretager sig, som nedenfor anført.

Eksempel:

Onkologisk afdeling får en patient henvist til vurdering af yderligere behandlingsmuligheder for en anmeldelsespligtig sygdom.

(A)DZ718A 'Kontakt med henblik på vurdering af muligheder for tumorbehandling'

(B)DC340 'Neoplasma malignum bronchi'

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

(A)DZ718A 'Kontakt med henblik på vurdering af muligheder for tumorbehandling'

(+)DC340 'Neoplasma malignum bronchi'

Når den anmeldelsespligtige sygdom registreres som en specifikation ved brug af tillægskode, bortfalder krav om angivelse af anmeldelsesstatus.

Behandlinger

Procedureregistrering som blev igangsat 1. januar 2001, og omfattede strålebehandling og medicinsk behandling til patienter med cancerrelaterede sygdomme, er udbygget fra 1. januar 2002.

Alle afdelinger der undersøger eller behandler skal registrere de ydelser der gives, i forbindelse med en patients kontakt til en afdeling. Generelt gælder, at proceduren skal registreres, hver gang patienten får en behandling, uanset patienten er indlagt eller ambulant.

Kravene til procedureregistrering findes på i bilag 2.

For specifikke kirurgiske indgreb, se fortegnelse bilag 6, skal der registreres tillægskode for 'Skønnet radikalitet'. Der findes følgende værdier:

Tillægskoder til kirurgisk behandling af tumorer	
ZKC0	kirurgisk indgreb på tumor, skønnet radikal
ZKC1	kirurgisk indgreb på tumor, skønnet ikke radikal
ZKC2	kirurgisk indgreb, andet
ZKC3	kirurgisk antihormonel behandling

Tillægskoden registreres til alle de operationskoder (k-koder), der er optaget på "positivlisten", se bilag 6, som indgår i det samlede kirurgiske indgreb, hvis aktionsdiagnosen på kontakten er én af de "anmeldelsespligtige diagnosekoder", se side 58. Der er således ikke krav om tillægskode for 'Skønnet radikalitet' til operationskoderne (k-koderne), når diagnosearten på den "anmeldelsespligtige diagnose" ikke er en aktionsdiagnose 'A'.

Der er oprettet følgende kodemuligheder, der kan anvendes i relevante tilfælde:

Anden cancerbehandling/afslutningsmåde	
ZWCM0	Alternativ cancerbehandling
ZWCM7	Besluttet behandling i anden afdeling
ZWCM8	Besluttet ingen behandling
ZWCM9	Patienten ønsker ingen udredning/behandling

Det anbefales herudover at registrere de relevante undersøgelser der fører frem til diagnosen, også selv om det ikke er noget indberetningskrav.

Generelt for alle procedurekoder gælder, at de registreres med angivelse af procedureart (V, P eller D for K-koder, blank for øvrige), procedurekodenummer, proceduredato, proceduretime, procedureminut og kodenummer for producerende afdeling. Dette gælder ikke for ZWCM* koder, som kun skal indberettes med producerende afdeling og proceduredato.

Ændring af diagnose

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

5. Ændring af tidligere anmeldt sygdom til ikke ”anmeldelsespligtig sygdom” (diagnose)	
AZCA5	Anmeldelsesstatus ACZA5 må kun anvendes på ikke ”anmeldelsespligtige diagnoser”. Der registreres/anmeldes den/de nye diagnoser. Må kun anvendes, hvor den ”anmeldelsespligtige sygdom” (diagnose) afkræftes. Der skal samtidig blanketanmeldes til Cancerregisteret.

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

Ved omregistreringen angives den korrekte diagnose, og hertil registreres anmeldelsesstatus 5 (AZCA5) som et udtryk for, at en tidligere ”anmeldelsespligtig diagnose” ikke længere er aktuel.

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

Anmeldelsespligtige diagnoser

se også fodnote

Nedenstående liste angiver de anmeldelsespligtige diagnoser som findes i ICD-10.

DB21*	HIV infektion medførende ondartet svulst.
DC00*-DC14*	Kræft i læbe, mundhule og svælg
DC15*-DC26*	Kræft i mave-tarmkanal
DC30*-DC39*	Kræft i åndedrætsorganer og organer i brysthule
DC40*-DC41*	Kræft i knogle og ledbrusk
DC43*-DC44*	Ondartet melanom og anden hudkræft
DC45*-DC49*	Kræft i mesotel og bindevæv
DC50*	Kræft i bryst
DC51*-DC58*	Kræft i kvindelige kønsorganer
DC60*-DC63*	Kræft i mandlige kønsorganer
DC64*-DC68*	Kræft i urinveje
DC69*-DC72*	Kræft i øje, hjerne og andre dele af centralnervesystemet
DC73*-DC75*	Kræft i skjoldbruskkirtel og andre endokrine kirtler
DC76*-DC80*	Kræft med dårligt definerede, eller ikke specificerede lokalisationer.
DC81*-DC96*	Kræft i lymfatisk og bloddannede væv
DC97*	Kræft opstået uafhængigt på flere lokalisationer
DD06*	Carcinoma in situ i livmoderhals
DD076	Carcinoma in situ genitalium viri med anden eller ikke specificeret lokalisation (carcinoma in situ testis)
DD090	Carcinoma in situ vesicae urinariae
DD091	Carcinoma in situ i andre og ikke specificerede urinorganer
DD30*	Godartet svulst i urinveje
DD32*	Godartet svulst i hjernehinder
DD33*	Godartet svulst i hjerne og andre dele af centralnervesystemet
DD352	Neoplasma benignum glandulae pituitariae
DD353	Neoplasma benignum ductus craniopharyngei
DD354	Neoplasma benignum corporis pinealis
DD37*-DD48*	Svulster af usikker eller ukendt karakter
DE340	Karcinoid syndrom
DN87*	Celleforandring i slimhinde på livmoderhals
DO01*	Mola vandblære

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

11. Indberetninger til Landspatientregisteret af data til brug for kvalitetsmåling

Den 1. juli 2000 indførtes enkelte ændringer i "Fællesindholdet for basisregistrering af sygehuspatienter 2000" til brug for opgørelse af kvalitetsmål. Det drejede sig om særlige krav til data og datasammenhænge, der fra denne dato skulle registreres og indberettes til Landspatientregisteret.

Nogle af de data der indgår som kvalitetsindikatorer, skal også registreres til andre formål f.eks. DRG, se bilag 2.

Ændringerne var baseret på "Forslag til kvalitetsindikatorer", som de er vedtaget af "Udvalget for kvalitetsmåling i sygehusvæsenet". Data og datasammenhænge vil blive anvendt til at udlede graden af målopfyldelse i forhold til de opstillede mål i denne rapport.

Sundhedsstyrelsen har siden modtaget forskellige kommentarer til nogle af indikatorerne og enkelte af disse kommentarer har medført, at det har været nødvendigt at præcisere/ændre enkelte diagnoser. For året 2002 gælder de i det følgende skitserede regler.

Generelt

Registrering og indberetning til brug for opgørelse af kvalitetsmål omfatter alle patienttyper. I det omfang undersøgelses- og behandlingskoder (SKS U- og B-koder) indberettes, skal disse indberettes efter gældende regler for procedurekodning, se afsnit 5.

Definitioner

I denne vejledning er følgende definitioner anvendt.

"Reoperation" er en operation foretaget for en postoperativ komplikation inden for en måned efter den første operation.

Ved "sekundær operation" forstås der i denne sammenhæng en opfølgende operation, eksempelvis udskiftning af en tidligere indsat hofteledsprotese.

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

Hjerneblødning og hjerneinfarkt

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

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

Det er til enhver tid stamafdelingens ansvar at sikre, at CT- og MR-skanning er registreret og knyttet til de patientkontakter, der har én af ovenstående diagnosekoder.

Fødselskomplikationer

Hvis der i forbindelse med en fødsel (aktionsdiagnose DO80*-84*) er givet **blodtransfusion**, registreres dette obligatorisk med en behandlingskode fra afsnittet BOQA*.

En række komplikationer vil blive anvendt til kvalitetsmåling. Opmærksomheden henledes derfor på, at alle relevante komplikationer og procedurer (operationer) skal registreres og indberettes.

Det gælder bl.a. for :

Anal sphincter ruptur skal registreres med bidiagnosen DO702 (ved grad III) eller DO703 (grad IV).

Kejsersnit skal specificeres jf. følgende oversigt:

KMCA00	Sectio caesarea (corpus uteri)
KMCA10	Sectio caesarea (isthmus uteri) ante partum, akut udført
KMCA11	Sectio caesarea (isthmus uteri) ante partum, ikke akut udført
KMCA12A	Sect. caesar.(isth. uteri) in partu, pga. graviditetskomplikation
KMCA12B	Sect. caesar.(isthmus uteri) in partu, pga. fødselskomplikation
KMCA20	Sectio caesar vaginalis
KMCA30	Sectio caesar supravaginalis
KMCA33	Sectio caesar et hysterectomy totalis

Vacuumekstraktion skal registreres med en operationskode fra afsnittet KMAE*.

Episiotomi skal registreres med operationskoden KTMD00.

Brud på lårbenshals

Hvis aktions- eller bidiagnosen er én af koderne:

DS720	Fractura colli femoris
DS721	Fractura pertrochanterica
DS721A	Fractura intertrochanterica femoris
DS721B	Fractura trochanterica femoris
DS722	Fractura subtrochanterica femoris
DS727	Fractura femoris multiplex
DS728	Fraktur i andre dele af lår
DS728A	Fractura capitis femoris

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

Hofteledsalloplastik

Hvis operationskode tilhører afsnittene:

KNFB*	Primær ledprotese implantation i hofteled
KNFC*	Sekundær ledprotese implantation i hofteled
KNFW*	Reoperationer efter operation i hofteregeion og på lårbenet

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

Luxation af hofteledsprotese registreres ved hjælp af diagnosekoden:

DT840A Complicatio mechanica protheseos internae coxae. Der skal obligatorisk registreres **tillægskode for lateralitet** TUL1 'højre side' eller TUL2 'venstre side'

Operation for grå stær

Hvis operationskode tilhører afsnittene:

KCJC*	Intrakapsulær kataraktoperation
KCJD*	Ekstrakapsulær kataraktoperation
KCJE*	Ekstrakapsulær kataraktoperation med phako-emulsifikation
KCJG*	Operationer ved linseluxation
KCW*	Reoperationer efter operation på øjet og øjenomgivelser

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

"Tab af kunstig linse" registreres med diagnosen:

DT852A Luxation af kunstig øjenlinse.

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

Blodprop i hjertet

Hvis der i forbindelse med behandling af blodprop i hjertet (aktionsdiagnose DI21* eller DI22*) er anvendt **trombolytisk behandling**, skal dette obligatorisk registreres med behandlingskoden:

BOHA1 Fibrinolytisk behandling.

Da beregningen af tid fra ankomst til sygehus til iværksættelse af trombolytisk behandling indgår i kvalitetsmålet, er det vigtigt, at proceduretidspunktet er nøjagtigt registreret og indberettet.

Kræft i tyktarm

Anastomoselækage registreres med diagnosekoden:

DT813A Tarm anastomoselækage.

Operation for lændediscusprolaps

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

DM511A	Prolapsus disci intervert lumbalis I/II med radiculopati
DM511B	Prolapsus disci intervert lumbalis II/III med radiculopati
DM511C	Prolapsus disci intervert lumbalis III/IV med radiculopati
DM511D	Prolapsus disci intervert lumbalis IV/V med radiculopati
DM511E	Prolapsus disci intervert lumbalis V/SI med radiculopati
DM512A	Prolapsus disci intervert lumb I/II uden radiculopati
DM512B	Prolapsus disci intervert lumb II/III uden radiculopati
DM512C	Prolapsus disci intervert lumb III/IV uden radiculopati
DM512D	Prolapsus disci intervert lumb IV/V uden radiculopati
DM512E	Prolapsus disci intervert lumb V/SI uden radiculopati

Sukkersygepatienter

For sukkersygepatienter, der modtager dialysebehandling under kontakten, skal der registreres en diagnose for 'sukkersyge med nyrekomplikation' (koderne DE102, DE107, DE112, DE117, DE122, DE127, DE142 eller DE147). Dette kan være en bidiagnose eller i visse tilfælde en aktionsdiagnose. Dialysen registreres med en procedurekode fra afsnittet BJFD*. Dette gælder også for dialyse udført som assistance. For obligatorisk niveau – se bilag 2.

12. Ændringer som følge af nedlæggelsen af Ventelisteregisteret pr. 1. januar 1999

Ventelisteregisteret er nedlagt pr. 1. januar 1999. I den forbindelse er der fra denne dato indført ændringer i indberetningen af indlagte og ambulante patienter, der har mindst én kontakt til en sygehus/afdeling ved indberetning til Landspatientregisteret.

Ventelistedata (variabler) der skal indberettes sammen med data for en indlagt eller ambulant kontakt	
Data som medtages ved indberetningen til Landspatientregisteret. Ved afslutningen af en indlæggelse eller ved første ambulante besøg.	Henvisningsdato Henvisningsmåde Henvisningsdiagnose Startdato Dato for forundersøgelse (kun for ambulante) Dato for endelig behandling (kun for ambulante) Indlæggelsesmåde Slutdato Udskrivnings-/afslutningsmåde Udskrevet/afsluttet til sygehus/afdeling Besøgsdato(er) Diagnose Passiv ventetid, årsag Passiv ventetid, startdato Passiv ventetid, slutdato

Reglen om, at ventetiden ikke afbrydes, fordi patienten møder til forambulant undersøgelse, er fastholdt.

Indberetningen af ventelistedata:

Henvisningsdato

Henvisningsdatoen er obligatorisk for både akutte og ikke-akutte patienter. For akutte patienter, hvor henvisningsdato er lig med indlæggelsesdato, er henvisningsdiagnose fakultativ uanset henvisningsmåde.

Henvisningsdiagnose

Henvisningsdiagnosen er obligatorisk, hvis henvisningsdato er forskellig fra startdato (indlæggelsesdato) og henvisningsmåde er forskellig fra 'Ingen henvisning' (0), 'Herfødt' (8), 'Uoplyst' (9) eller 'Andet' (A). Henvisningsdiagnosen har arten H.

Henvisningsmåde

Mulighederne for registrering af henvisningsmåde er udvidet, så det tydeligt kan angives, hvorfra patienten er henvist. Se også databeskrivelse for henvisningsmåde side 81.

Udskrevet/afsluttet til

Hvis udskrivning/afslutningsmåden er 'Eget sengeafsnit' (3), 'Andet sengeafsnit' (5), 'Eget ambulatorium' (B) eller 'Andet ambulatorium' (C), skal sygehus- og afdelingsnummer for den afdeling, der udskrives/afsluttes til, registreres i henhold til den gældende sygehusklassifikation. Registreringen er obligatorisk for alle patienttyper.

Udskrivnings-/afslutningsmåde

Mulighederne for registrering af udskrivnings-/afslutningsmåde er udvidet, så det tydeligt kan angives, hvor patienten bliver udskrevet til. Se også databeskrivelsen side 86.

Datoer for forundersøgelse henholdsvis for endelig behandling

Det er obligatorisk for ambulante patienter at registrere datoer for eventuel forundersøgelses første dag henholdsvis dato for endelig behandling, hvis dette er muligt. Se også databeskrivelserne side 90 og 91.

Passiv ventetid

Passiv ventetid er en ventetid, som ikke skyldes forhold i afdelingen (personalemangel, sygdom etc.) men som udelukkende kan henføres til forhold hos patienten, med undtagelse af årsagskode 3 Ventetid tilhører anden afdeling (se i øvrigt definitionerne vedr. "Årsagskode for passiv ventetid").

For hver passiv periode skal der angives en årsagskode og en start- og slutdato. Start og slutdato for den passive ventetid kan ikke ligge før henvisningsdato eller efter startdato til endelig behandling.

Der kan indberettes et ubegrænset antal perioder med passiv ventetid. Passiv perioderne indberettes i forbindelse med indberetningen af første forambulante besøg eller ved indberetning af indlæggelse/første ambulante besøg ved endelig behandling.

Passiv årsagskode.

Årsagskode	Definition
0. Ønsket af patienten	Når patienten af private årsager ikke ønsker undersøgelse/behandling i en given periode. Der skal registreres start- og slutdato for den passive periode.
1. Medicinsk begrundet	Anvendes når andre sygdomme f.eks. diabetes, regulering eller igangsætning af antikoagulationsbehandling, BT-forhøjelse, som kræver behandling mm., forhindrer, at endelig behandling kan igangsættes. Ligeledes angives årsagskode 1 for de første 3 måneder af ventetiden til sterilisation, begrundet i patientens betænkningstid. Der skal registreres start- og slutdato for den passive periode.
2. Patienten afventer behandlingsmodning	Anvendes når en sygdom endnu ikke er behandlingsmoden f.eks. ved grå stær, otosclerose mm. Anvendes også når affedning af patienten er en forudsætning for at opnå en lægelig forsvarlig behandling. Der skal registreres såvel start- som slutdato for perioden.
3. Ventetid tilhører anden afdeling.	Anvendes når en patient efter at have ventet en tid på behandling på en given sygehus/afdeling får meddelelse om, at behandlingen kan foregå på en anden sygehus/afdeling. Når henvisningen fremsendes til den "anden" afdeling, skal den oprettes med den primære henvisningsdato, men perioden fra henvisningsdatoen frem til modtagelsesdatoen i den "anden" afdeling, registreres som passiv ventetid. Der skal registreres start- og slutdato for perioden. Anvendes ofte i forbindelse med "venteliste-projekter" hvor en given afdeling får tilført ressourcer til at afvikle patienter med specielle lidelser, fra ventelisterne i hele amtet.

4. Kontrolpatient	Anvendes når en patient efter endt behandling, skal komme til kontrol efter en bestemt tid (f. eks. 1, 2, 3 måneder eller ½ år). Patienten har ingen kontakt med afdelingen i den mellemliggende periode. Der skal registreres start- og slutdato for perioden.
A. Andet	En meget upræcis angivelse af passiv ventetid, som ikke bør anvendes. Der skal registreres start- og slutdato for perioden.

13. Vejledning til den tekniske indberetning

Oversigt over hvilke data der indgår i registreringen af henholdsvis indlagte, ambulante og skadestuepatienter.

Datanavn	Indgår i registreringen for		
	Indlagte patienter	Ambulante patienter	Skadestuepatienter
Sygehusnummer	x	x	x
Afdelings/afsnitnummer	x	x	x
Patienttype	x	x	x
Personnummer	x	x	x
Startdato	x	x	x
Indlæggelsestidspunkt/ Time for ankomst til skadestue	x		x
Minut for ankomst til skadestue			x
Kommunennummer	x	x	x
Henvisningsdato	x	x	
Henvisningsmåde	x	x	
Indlæggelsesmåde	x		
Indlæggelsesvilkår	x ¹⁾		
Slutdato	x	x	
Udskrivningstidspunkt	x		
Udskrivnings- eller afslutningsmåde	x	x	x
Udskrevet/afsluttet til sygehus/afdeling	x	x	x
Kontaktårsagskode	x		x
Ulykkeskode (indberettes som SKS-kode)	x		x
Dato for forundersøgelse		x	
Dato for endelig behandling		x	
Diagnoseart (indberettes sammen med SKS-diagnosekode)	x	x	x
Diagnosekodennummer (indberettes som SKS-kode)	x	x	x

¹⁾kun psykiatriske afdelinger

(fortsat)

Datanavn	Indgår i registreringen for		
	Indlagte patienter	Ambulante patienter	Skadestue- patienter
Procedureart (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	x	x	x
Procedurekodennummer (SKS-kode)	x	x	x
Proceduredato (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	x	x	x
Proceduretime (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	x	x	x
Procedureminut (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	x	x	x
Kode for producerende afdeling (indberettes sam. med SKS-procedurekode)	x	x	x
Dato for besøg		x	
Passiv ventetid, årsag	x	x	
Passiv ventetid, startdato	x	x	
Passiv ventetid, slutdato	x	x	
<i>Kun for fødsler:</i>			
Paritet	x		
Besøg hos jordemoder	x		
Besøg hos egen læge	x		
Besøg hos sygehusafdeling/speciallæge	x		
Nummer ved flerfoldfødsel	x		
Barnets vægt	x		
Barnets længde	x		

Databeskrivelser

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Sygehusnummer	SGH	4
DEFINITION Det sygehus, hvorpå patienten er under behandling.		
VÆRDISÆT Ifølge den gældende sygehusklassifikation (udsendes årligt af Sundhedsstyrelsen).		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter ja Ambulante patienter ja Skadestuepatienter ja		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Afdelings/afsnitnummer	AFD	3
DEFINITION Sengeafsnit, ambulatorium og skadestue, hvorpå patienten er under behandling. De 2 første positioner angiver normalt en administrerende overlæges område (afd.). 3. position angiver afsnit som vedrører ”subspeciale”, ambulatorium, skadestue og lign.		
VÆRDISÆT Ifølge den gældende sygehusklassifikation (udsendes årligt af Sundhedsstyrelsen).		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter ja Ambulante patienter ja Skadestuepatienter ja		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Patienttype	PATTYPE	1
DEFINITION		
Indlagt patient	En patient, der er indlagt på et sengeafsnit til behandling, hvor der er normeret personale til overvågning af patienter døgnet rundt.	
Ambulant patient	En patient, der er indskrevet i et ambulatorium og med ambulatoriet som stamafdeling modtager undersøgelse/behandling (ambulante ydelser) i sygehuset.	
Skadestuepatient	En patient, der akut bliver behandlet på en skadestue, som er et afsnit uden faste pladser til behandling af akutte patienter.	
VÆRDISÆT		
0 =	indlagt patient	
2 =	ambulant patient	
3 =	skadestuepatient	
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Indlagte patienter	ja	
Ambulante patienter	ja	
Skadestuepatienter	ja	

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Personnummer	CPRNR	10
DEFINITION 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. 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. Alle rent numeriske personnumre skal undersøges for MODULUS 11-testen.		
VÆRDISÆT		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Indlagte patienter	ja	
Ambulante patienter	ja	
Skadestuepatienter	ja	

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Startdato	STARTDATO	6
DEFINITION		
For indlagte patienter	Datoen for påbegyndelse af behandling af patient på sengeafsnit.	
For ambulante patienter	Normalt dato for patientens første besøg i ambulatorium efter henvisning. Kan evt. være indskrivningsdato.	
FØDSELSDATO ≤ STARTDATO ≤ SLUTDATO		
VÆRDISÆT		
På formen dag, måned og år.		
STARTDATO skal være valid dato		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Indlagte patienter	ja	
Ambulante patienter	ja	
Skadestuepatienter	ja	

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Indlæggelsestid eller Tid for ankomst til skadestue	INDLÆGTIME TANSKA	2
DEFINITION Klokkeslæt i hele timer for indlæggelsen på sengesafsnit/ankomst til skadestue. For skadestuepatienter indgår endvidere minutter.		
VÆRDISÆT 00-23		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter ja Ambulante patienter nej Skadestuepatienter ja		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Minut for ankomst til skadestue	MIANSKA	2
DEFINITION		
VÆRDISÆT		
00-59		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Indlagte patienter nej		
Ambulante patienter nej		
Skadestuepatienter ja		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Kommunenummer	KOMNR	3
DEFINITION Bopælskommunennummer. 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 971-992 For personer uden bopæl eller ukendt bopæl kodes 999		
VÆRDISÆT Ifølge gældende kommunekoder (indeholdes i sygehusklassifikationen). KOMNR skal være numerisk.		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter ja Ambulante patienter ja Skadestuepatienter ja		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Henvisningsdato	HENVISDTO	6
DEFINITION Dato for modtagelse af henvisningen på den afdeling, der er der skal være stamafdeling for patienten.		
FØDSELSDTO ≤ HENVISDTO ≤ STARTDATO		
VÆRDISÆT På formen dag, måned og år. Obligatorisk for alle indlæggelses- og henvisningsmåder.		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter ja Ambulante patienter ja Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Henvisningsmåde	HENVISNMÅDE	1
DEFINITION		
VÆRDISÆT 0 Ingen henvisning Henvist fra: 1 Alment praktiserende læge 2 Praktiserende speciallæge 3 Eget sengeafsnit 5 Andet sengeafsnit 8 Herfødt 9 Uoplyst A Andet B Eget ambulatorium C Andet ambulatorium D Skadestue E Udlandet (Kun patienter, der direkte henvises fra udlandet)		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Indlagte patienter	ja	
Ambulante patienter	ja	
Skadestuepatienter	nej	

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Indlæggelsesmåde	INDMÅDE	1
DEFINITION		
VÆRDISÆT 1 = akut 2 = ikke akut 3 = uoplyst		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter ja Ambulante patienter nej Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Indlæggelsesvilkår	INDVIKL	1
DEFINITION Kode, der for patienter indlagt på psykiatrisk afdeling, angiver vilkår for indlæggelsen.		
VÆRDISÆT 1 Almindelig frivillig. 2 Tvang ('rød blanket'). 3 Tvang ('gul blanket'). 4 Andre retslige forhold. 6 Barn indlagt efter Lov om Social Service § 42.		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter ja psykiatriske afdelinger Ambulante patienter nej Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Slutdato	SLUTDATO	6
DEFINITION		
For indlagte patienter	Datoen for afslutning af behandling af patient på et sengeafsnit.	
For ambulante patienter	Normalt datoen for det besøg, hvor behandlingen afsluttes, enten ved beslutning herom eller ved, at patienten udebliver fra det følgende besøg, uden at der er truffet aftale om et nyt besøg.	
VÆRDISÆT		
På formen dag, måned og år.		
SLUTDATO skal være valid dato i registreringsåret		
SLUTDATO skal være blank for uafsluttede forløb		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Indlagte patienter	ja	
Ambulante patienter	ja	
Skadestuepatienter	nej	

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Udskrivningstime	UDSKRIVTIME	2
DEFINITION Klokkeslæt i hele timer for udskrivning.		
VÆRDISÆT 00-23		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter ja Ambulante patienter nej Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Udskrivnings- eller afslutningsmåde	AFSLUTMÅDE	1
DEFINITION		
VÆRDISÆT Udskrevet/afsluttet til: 1 Alment praktiserende læge 2 Praktiserende speciallæge 3 Eget sengeafsnit 4 Ikke lægelig opfølgning (må kun anvendes for psykiatriske afdelinger) 5 Andet sengeafsnit 7 Udeblevet (kun for ambulante patienter) 8 Død 9 Uoplyst Blank Uafsluttet forløb A Andet B Eget ambulatorium C Andet ambulatorium E Behandling i udlandet (hvor sygehus beslutter behandling i udlandet)		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Indlagte patienter	ja	
Ambulante patienter	ja	
Skadestuepatienter	ja	

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Udskrevet/afsluttet til sygehus/afdeling	UDSKRTILSGH	7
DEFINITION		
VÆRDISÆT Ifølge den gældende sygehusklassifikation (udsendes årligt af Sundhedsstyrelsen). UDSKRTILSGH skal være alfanumerisk eller blank Obligatorisk for indlagte, ambulante og skadestuepatienter, der registreres med udskrivnings-/afslutningsmåde lig 3, 5, B eller C Afdelingskode '000' er tilladt, hvis sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Indlagte patienter ja Ambulante patienter ja Skadestuepatienter ja		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Kontaktårsagskode	KONTÅRS	1
DEFINITION Senfølger efter ulykker Sygelige tilstande som følge af ulykker, herunder forgiftninger og vold, der manifesterer sig efter ophealing af de umiddelbare læsioner og hertil knyttet optræning. Heri inkluderes kontakter og indlæggelser med henblik på fjernelse af osteosyntesemateriale og lign.		
VÆRDISÆT 1 = sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion 2 = ulykke 3 = voldshandling 4 = selvmord/selvmondsforsøg 5 = senfølge 8 = andet 9 = ukendt/uoplyst For somatiske indlagte patienter skal kontaktårsagskoden registreres, hvis der er en aktionsdiagnose i intervallet DS000-DT799. For skadestuepatienter skal altid registreres kontaktårsag. Ved kontaktårsag 2, 3 eller 4 skal der være en diagnose i intervallerne DR00-DR999, DS00-DT799 eller DZ00-DZ999. For psykiatriske skadestuepatienter med kontaktårsag 4 tillades desuden aktionsdiagnose i intervallet DX60*-DX84* samt aktionsdiagnose DF*. Vedrørende vejledning henvises til den gældende klassifikation af sygdomme, udgivet af Sundhedsstyrelsen.		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter ja somatiske afdelinger, fakultativ psykiatriske afdelinger Ambulante patienter nej Skadestuepatienter ja		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Ulykkeskode	ULK	6
DEFINITION		
VÆRDISÆT Værdisæt ifølge gældende klassifikation af sted, skadesmekanisme, aktivitet, transportform for tilskadekomne ved køretøjsulykker, transportform for modpart ved køretøjsulykke samt registrering af, om der er tale om køretøjsulykke eller ej, se afsnit 6. Sted: 1.-3. position skal være EUG, 4. position iflg. ulykkesklassifikation Skadesmekanisme: 1.-3. position skal være EUS, 4. position iflg. ulykkesklassifikation Aktivitet: 1.-3. position skal være EUA, 4. position iflg. ulykkesklassifikation Køretøjsulykke: 1.-3. position skal være EUK, 4. position skal være 1, hvis der er tale om en køretøjsulykke ellers 2. Transportform for tilskadekomne ved køretøjsulykke indberettes som tillægskode til køretøjsulykke: 1.-3. position skal være EUP, 4. position iflg. ulykkesklassifikation Transportform for modpart ved køretøjsulykke indberettes som tillægskode til køretøjsulykke: 1.-3. position skal være EUM, 4. position iflg. ulykkesklassifikation Indberettes som SKS-kode (SKSKO) – se bilag 1.		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Indlagte patienter	ja, ved kontaktårsag 2, 3 og 4	
Ambulante patienter	nej	
Skadestuepatienter	ja, ved kontaktårsag 2, 3 og 4	

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Dato for forundersøgelse	DTOFORU	6
DEFINITION Dato for første besøg til indledende undersøgelse med henblik på afklaring af hvilken undersøgelse/behandling henvisningen skal føre til.		
VÆRDISÆT På formen dag, måned og år eller blank. Feltet kan være blankt, hvis der ikke har været en forundersøgelse $HENVISDTO \leq DTOFORU \leq DTOENBH$ (hvis denne er udfyldt) $DTOFORU \leq SLUTDATO$ (hvis denne er udfyldt)		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter nej Ambulante patienter ja Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Dato for endelig behandling	DTOENBH	6
DEFINITION Dato for iværksættelse af endelig behandling.		
VÆRDISÆT På formen dag, måned og år eller blank. Feltet kan være blankt på en ikke afsluttet kontakt, hvis patienten fortsat er ventende på endelig behandling. Kan være blankt på en afsluttet kontakt, hvis der ikke kan angives en konkret dato for endelig behandling, hvis patienten afsluttes uden behandling, eller hvis patienten er henvist til anden afdeling, og en dato for endelig behandling ikke foreligger. $HENVISD TO \leq DTOFORU$ (hvis denne er udfyldt) $\leq DTOENBH$		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter nej Ambulante patienter ja Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Diagnoseart	DIAGART	1
DEFINITION		
VÆRDISÆT A = Aktionsdiagnose G = Grundmorbus, må kun registreres for psykiatriske afdelinger 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 somatiske kontakter henvises til databeskrivelsen for diagnosekodenummer. For A, G og H: kun 1 forekomst pr. kontakt. For bidiagnoser kan for psykiatriske afdelinger foretages en prioritering efter indberetningsrækkefølge. H er obligatorisk hvis henvisningsmåde er 1, 2, 3, 5, B, C, D eller E 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 - se bilag 1.		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Indlagte patienter	ja, G må kun forekomme på psykiatriske afdelinger	
Ambulante patienter	ja, G må kun forekomme på psykiatriske afdelinger	
Skadestuepatienter	ja, G må kun forekomme på psykiatriske skadestuer	

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Diagnosekodenummer	DIAG	10
DEFINITION 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, se afsnit 8. For patienter i ambulant forløb på somatisk afdeling, skal der senest 1 måned efter 1. besøg være registreret mindst en diagnose. Se specielle regler afsnit 3. For patienter i ambulant forløb på psykiatrisk afdeling, se afsnit 8. 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 Sygdomsklassifikationen ICD-10. Diagnoser skal registreres med minimum 5 positioner, med mindre det drejer sig om følgende, hvor kun 4 positioner er nødvendige: - Skadestuepatienter, bortset fra forgiftninger, se afsnit 9. - Midlertidige diagnoser. - Henvisningsdiagnoser. Der skal altid indberettes en diagnose med diagnoseart H, hvis henvisningsmåde er 1, 2, 3, 5, B, C, D eller E. 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. Se afsnittene 4, 7, 9 og 10. Der kan herudover fakultativt registreres SKS-tillægskoder. Indberettes som SKS-kode (SKSKO) - se bilag 1.		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Indlagte patienter	ja	
Uafsluttede indlagte patienter	ja	psykiatriske afdelinger
Ambulante patienter	ja	
Uafsluttede somatiske ambulante forløb	ja,	senest 1 måned efter 1. besøg
Uafsluttede psykiatriske ambulante forløb $\geq$ 1 år	ja	
Skadestuepatienter	ja	

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Procedureart	PROCART	1
DEFINITION Angivelse af arten af en procedure som registreringsenhed. (I øvrigt henvises til afsnit 5.)		
VÆRDISÆT Registrering af operationer (kapitlerne A-Y incl.) ifølge gældende klassifikation af operationer. V = Vigtigste operation i en afsluttet kontakt (udskrivning, ambulant forløb eller skadestuebesøg). P = Vigtigste operation i et operativt indgreb. D = Deloperation: Anden/andre operation(er) i et operativt indgreb. Der skal altid være anført 'V' på én operationskode inden for en afsluttet kontakt. Operationer med operationsarten 'V' på uafsluttede kontakter indberettes til Landspatientregistret med operationsart '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. Indberetning af andre procedurer. Indberettes med procedureart blank. Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO) - se bilag 1		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter ja indberettes sammen med procedurekode. Ambulante patienter ja indberettes sammen med procedurekode. Skadestuepatienter ja indberettes sammen med procedurekode.		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Procedurekodenummer	PROC	10
DEFINITION Kodenummer for den på patienten udførte procedure, ifølge kapitlerne fra gældende SKS-klassifikationer.		
VÆRDISÆT Ifølge gældende SKS-klassifikationer af procedurer (inklusive operationer), udgivet af Sundhedsstyrelsen. 1. position skal være fra gældende SKS-hovedgrupper. 2.-10. position skal følge kodelængden fra gældende SKS-klassifikation. Procedurer med koden K* skal mindst være 6 positioner. Ikke-kirurgiske procedurer skal mindst være på 3 positioner. For visse procedurer kræves højere specificeringsniveau. Midlertidig procedurekoder er oprettet i SKS-hovedgruppe 'Z'. For operationer udført før 1. januar 1996 anvendes koder fra 3. udgave af Operations- og behandlingsklassifikationen (1988). Der gælder specielle regler for indberetning af aflyste operationer. Se afsnit 5. Indberettes som SKS-procedurekode (SKSKO) – se bilag 1.		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Indlagte patienter	ja, for operationer og radiologiske procedurer. Øvrige procedurer fakultative, bortset fra specifikt nævnte obligatoriske undersøgelses- og/eller behandlingskoder.	
Ambulante patienter	ja, som for indlagte patienter.	
Skadestuepatienter	ja, alle radiologiske procedurer. Øvrige procedurer er fakultativ.	

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Proceduredato	PROCDTO	6
DEFINITION Angivelse af datoen for en procedures udførelse. $STARTDATO \leq PROCDTO \leq SLUTDATO$		
VÆRDISÆT På formen dag, måned og år. Proceduredato skal også indberettes i forbindelse med aflyste operationer. Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO) – se bilag 1.		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter ja, indberettes sammen med procedurekode. Ambulante patienter ja, indberettes sammen med procedurekode. Skadestuepatienter ja, indberettes sammen med procedurekode.		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Proceduretime	PROCTIM	2
DEFINITION		
Angivelse af time for en procedures udførelse (startklokkeslæt).		
Hvis STARTDATO = PROCDTO skal INDLÆGTIME eller TANSKA $\leq$ PROCTIM		
VÆRDISÆT		
00-23		
Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO) - se bilag 1		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Indlagte patienter	ja, indberettes sammen med procedurekode.	
Ambulante patienter	ja, indberettes sammen med procedurekode.	
Skadestuepatienter	ja, indberettes sammen med procedurekode.	

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Procedureminut	PROCMIN	2
DEFINITION Angivelse af minut for en procedures udførelse (startminut).		
VÆRDISÆT 00-59 Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO) - se bilag 1		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter ja, indberettes sammen med procedurekode. Ambulante patienter ja, indberettes sammen med procedurekode. Skadestuepatienter ja, indberettes sammen med procedurekode.		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Kodenummer for producerende afdeling	PROCAFD	7
DEFINITION		
VÆRDISÆT		
PROCAFD består af kodenummer for SGH og AFD ifølge den gældende sygehusklassifikation (udsendes årligt af Sundhedsstyrelsen). Skal også registreres, hvis producent er egen afdeling. Kodenummer for producerende afdeling er fakultativ for procedurer foretaget før 1. januar 1996. Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO) - se bilag 1		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Indlagte patienter	ja, indberettes sammen med procedurekode.	
Ambulante patienter	ja, indberettes sammen med procedurekode.	
Skadestuepatienter	ja, indberettes sammen med procedurekode.	

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Dato for besøg	DTOBES	6
DEFINITION Dato for fremmøde i sygehuset, som ambulant patient. Besøg kan ikke indberettes, hvis patienten ikke har et åbent ambulant forløb på behandlende afdeling.		
VÆRDISÆT På formen dag, måned og år.		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter nej Ambulante patienter ja Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Passiv ventetid, årsag	ÅRSAGPAS	1
DEFINITION Se definitioner afsnit 12.		
VÆRDISÆT 0 Ønsket af patienten 1 Medicinsk begrundet 2 Patienten afventer behandlingsmodning 3 Ventetiden tilhører anden afdeling 4 Kontrolpatient A Andet		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter ja Ambulante patienter ja Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Passiv ventetid, startdato	DTOSPAS	6
DEFINITION For hver passiv ventetidsperiode skal der registreres en startdato.		
VÆRDISÆT På formen dag, måned og år.		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter ja Ambulante patienter ja Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Passiv ventetid, slutdato	DTOSLPAS	6
DEFINITION For hver passiv ventetidsperiode skal der registreres en slutdato.		
VÆRDISÆT På formen dag, måned og år.		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter ja Ambulante patienter ja Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Paritet	PARITET	2
DEFINITION Antal fødsler – incl. dødfødsler – <i>incl. den aktuelle</i> . Oplysningen fås evt. fra svangerskabsjournalen.		
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 ja Ambulante patienter nej Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Besøg hos jordemoder	BESJORD	2
DEFINITION Antal besøg hos jordemoder som led i svangrekontrollen. Oplysningen fås evt. fra svangerskabsjournalen.		
VÆRDISÆT Antal 00 – 25 Uoplyst = U (2. position blank) Skal registreres, hvis der er en DO80*-84* som aktionsdiagnose.		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter ja Ambulante patienter nej Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Besøg hos egen læge	BESLÆGE	1
DEFINITION Antal besøg hos egen læge (praktiserende læge) som led i svangrekontrollen. Oplysningen fås evt. fra svangerskabsjournalen.		
VÆRDISÆT Antal 0-9 Uoplyst = U Skal registreres, hvis der er en DO80*-84* som aktionsdiagnose.		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter ja Ambulante patienter nej Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Besøg hos sygehusafdeling/speciallæge	BESSPEC	1
DEFINITION Antal besøg hos læge på obstetrisk eller kirurgisk afdeling eller hos praktiserende speciallæge som led i svangrekontrollen. Oplysningen fås evt. fra svangerskabsjournalen.		
VÆRDISÆT Antal 0-9 Uoplyst = U Skal registreres, hvis der er en DO80*-84* som aktionsdiagnose.		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter ja Ambulante patienter nej Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Nummer ved flerfoldsfødsel	FLERNR	1
DEFINITION Angiver barnets nummer i rækkefølgen ved flerfoldfødsel.		
VÆRDISÆT Alfabetisk A – F Skal registreres, hvis der er en DZ38* som aktionsdiagnose. Ved enkeltfødsel registreres A.		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Indlagte patienter ja Ambulante patienter nej Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Barnets vægt	VÆGT	4
DEFINITION		
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	ja	
Ambulante patienter	nej	
Skadestuepatienter	nej	

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Barnets længde	LÆNGDE	2
DEFINITION		
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	ja	
Ambulante patienter	nej	
Skadestuepatienter	nej	

Bilag 1

Detaljeret teknisk beskrivelse for indberetning
af oplysninger til LPR

Indberetning til LPR

Dette afsnit indeholder en vejledning i, hvorledes data skal opbygges for at kunne indrapporteres til LPR. Vejledningen, som er forholdsvis teknisk, henvender sig primært til de edb-afdelinger, som står for LPR indberetningen.

Ved indberetning til LPR skal data opbygges i strukturer identificeret med nøgleord. Strukturerne indeholder foreningsmængden af de datafelter, der kan indrapporteres i dag og de datafelter, som tidligere har kunnet indrapporteres.

Hvilke datafelter, der skal indrapporteres fra de enkelte afdelinger på de enkelte patienttyper, er anført tidligere i rapporten. Ved indberetning af datafelter, som ikke er angivet i denne rapport, skal definitionen findes i tidligere udgaver.

De enkelte strukturer er oprettet, så de primært indeholder de 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 char. efterfulgt af en længdeangivelse på 3 char. En record skal afsluttes med nøgleordet "SLUT%".

Indberetninger med fejl i nøgleord vil kun blive indberettet til LPR med indlæggelses- og udskrivningsoplysninger. 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 forløb/
Dato for ankomst til skadestue
- Indlæggelsestid/
Time for ankomst til skadestue
- Minut for ankomst til skadestue

- Kommunenummer
- Distriktskode Før 1.1.2001
- Henvisningsdato
- Henvisningsmåde
- Indlæggelsesmåde
- Indlagt fra Før 1.1.2001
- Indlæggelsesvilkår
- Udskrivningsdato/
Slutdato for ambulant forløb
- Udskrivningstime Kun for heldøgnskontakter ud-
skrevet fra den 01.01.94.
- Udskrivnings- eller
afslutningsmåde
- Udskrevet/afsluttet til
sygehus/afdeling
- Udskrevet til Før 1.1.2001
- Kontaktårsagskode
- Ulykkeskode På udskrivninger før den
01.01.95 indberettes ulykkesko-
der i struktur ULYKK.
- På udskrivninger fra den
01.01.95 indberettes ulykkesko-
der i struktur SKSKO.
- Behandlingsdage Før 1.1.2002
- Dato for forundersøgelse

- Dato for endelig behandling
- Diagnoseart
Kun for kontakter udskrevet fra den 01.01.95. Indberettes i struktur SKSKO.
- Diagnosekodenummer
På kontakter udskrevet før den 01.01.95 indberettes diagnosekodenummer i strukturen DIAGN.

På kontakter udskrevet fra den 01.01.95 indberettes diagnosekodenummer i strukturen SKSKO.
- Modifikation
Kun for kontakter udskrevet før den 01.01.94.
- Procedureart
Kun for procedurer fra den 01.01.96. Indberettes i strukturen SKSKO.
- Procedurekodenummer
For operationer før den 01.01.96 indberettes operationskodenummer i strukturen OPERA.

For procedurer fra den 01.01.96 indberettes procedurekodenummer i strukturen SKSKO.
- Proceduredato
Kun for procedurer fra den 01.01.96. Indberettes i strukturen SKSKO.
- Kode for opererende/
producerende afdeling
For operationer før den 01.01.96 indberettes kode for opererende afdeling i strukturen OPERA.

	For procedurer inkl. operationer fra den 01.01.96 indberettes kode for producerende afdeling i strukturen SKSKO.
- Proceduretime	Kun for procedurer fra den 01.01.98. Indberettes i strukturen SKSKO.
- Procedureminut	Kun for procedurer fra den 01.01.98. Indberettes i strukturen SKSKO.
- Kombination	Kun for operationer før den 01.01.96.
- Dato for besøg	
- Personalekategori	Før 1.1.2001
- Psykiatrisk ydelse	Før 1.1.2001
- Ydelsessted	Før 1.1.2001
- Passiv ventetid, årsag	0 = Ønsket af patienten. 1 = Medicinsk begrundet 2 = Patienten afventer behandlingsmodning 3 = Ventetid tilhører anden afdeling 4 = Kontrolpatient A = Andet
- Passiv.ventetid.startdato	
- Passiv ventetid,slutdato	
- Paritet	
- Antal besøg hos jordemoder	
- Antal besøg hos egen læge	

- Antal besøg hos sygehusafdeling/speciallæge
- Dato for sidste menstruation Før 1.1.2002
- Nummer ved flerfoldfødsel
- Barnets vægt
- Barnets længde

Strukturoversigt

- INDUD - Indlæggelses-/udskrivningsoplysninger
- SKSKO - SKS kode (udskrivninger eller indlæggelser fra 01.01.95). Første karakter i data er reserveret til artsfeltet, som kan antage følgende værdier:

Diagnoser:

- A = aktionsdiagnose
- B = bidiagnose
- C = komplikation
- G = grundmorbus
- H = henvisningsdiagnose
- M = midlertidig diagnose

Operationer:

- V = vigtigste operation i en afsluttet kontakt
- P = vigtigste operation i et operativt indgreb
- D = deloperation: anden/andre operation(er) i et operativt indgreb
Skal indberettes efter en operationskode med arten "V" eller "P". Såfremt der er tillægskoder til "V" eller "P" koder, så skal "D" indberettes efter tillægskoderne.

- + = uspecificeret SKS tillægskode
Skal indberettes umiddelbart efter den primærkode den knytter sig til. Hvis der er flere tillægskoder til samme primærkode, indberettes de umiddelbart efter hinanden.

- # = blank = uspecificeret SKS primærkode, f.eks. procedurekode (ikke operation), ulykkeskode.

A, B, C, G, 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 01.01.95)
- OPERA - Operationer (operationer før 01.01.96)
- OKOMB - Sammenhørende operationer, skal forekomme umiddelbart efter OPERA (kun for operationer før 01.01.96)
- BESØG - Besøgs oplysninger
- PASSV - Passiv ventetid (indlæggelses- / startdato efter 31.12.98)
- ULYKK - Ulykkeskoder (udskrivninger før 01.01.95)
- BOBST - Barn - obstetrik oplysninger
- MOBST - Moder - obstetrik oplysninger
- PSYKI - Specifikke oplysninger fra psykiatriske afdelinger
- SLUT% - Slutmarkering

En struktur består af nøgleord, længde og data, f.eks.:

- SKSKO - Nøgleord på 5 karakterer
- 006 - Datalængde på 3 karakterer
- ADZ769 - Data (A for aktionsdiagnose + ICD-10 DZ769)

Eksempler på indberetningsrecords

Strukturen for de enkelte nøgleord er vist på de efterfølgende sider.

= blank karakter

Eksempel på indberetning af operationskoder som SKS-koder:

INDUD06713010310010101000102010112##701#####02010111100101
121#####20008

SKSKO006HDN801**SKSKO006**ADN801**SKSKO005**+TUL1

SKSKO006BDN830**SKSKO005**+TUL2

SKSKO028VKLAD00####02010113013311430**SKSKO005**+TUL1

SKSKO028DKLAB10####02010113013311430**SKSKO005**+TUL2**SLUT%**

Følgende SKS-koder er anvendt:

- HDN801 - Henvisningsdiagnose
- ADN801 - Aktionsdiagnose
- +TUL1 - Tillægskode (sideangivelse)
- BDN830 - Bidiagnose
- +TUL2 - Tillægskode (sideangivelse)
- VKLAD00 - Vigtigste operative indgreb
- +TUL1 - Tillægskode (sideangivelse)
- DKLAB10 - Deloperation
- +TUL2 - Tillægskode (sideangivelse)

Eksempel på indberetning af en operationskontakt afsluttet før 01.01.96:

INDUD06713010310010101000102019412##701#####02019411100194
121#####20008

SKSKO006ADS000**SKSKO005**#EUG1**SKSKO005**#EUS2**SKSKO005**#EUA2

SKSKO005#EUK1SKSKO005+EUP4SKSKO005+EUM5OPERA012448201301011

OKOMB00543000SLUT%

Ovenstående er blandt andet eksempel på indberetning af ulykkeskoder til LPR efter SKS. Ulykkeskoderne er opdelt i primær- og tillægskoder. Tillægskoder skal indberettes umiddelbart efter den primær kode de knytter sig til.

Følgende SKS-koder er anvendt:

- ADS000 - aktionsdiagnose
- #EUG1 - stedkode
- #EUG2 - skadesmekanisme
- #EUA2 - aktivitetskode
- #EUK1 - køretøjsulykke
- +EUP4 - tillægskode, transport
koblet til køretøjsulykke
- +EUM5 - tillægskode, transport
koblet til køretøjsulykke

Eksempel på indberetning af cancerdiagnose , aflyst operation samt ventelistedata:

**INDUD079130103120101010001130301####701#####070101#2100501
##2#####0005130301170401**

SKSKO005HDC43SKSKO006ADC435SKSKO006+AZCA1

SKSKO028#ZPP12#####01040113013311000SKSKO007+KQBE10

SKSKO028VKQBE10####17040113013311430SKSKO005+ZKC0BESØG006130301

BESØG006210301BESØG006170401BESØG006230401BESØG006100501

PASSV0130010301100301PASSV013A150301190301PASSV0133010401150401SLUT%

Følgende SKS-koder er anvendt:

- HDC43 - Henvisningsdiagnose (henvisningsdato = 070101)

- ADC435 - Aktionsdiagnose
- +AZCA1 - Tillægskode (anmeldelsesstatus)
- #ZPP12 - Aflyst procedurer pga.. tekniske problemer
(aflyst proceduredato = 010401)
- +KQBE10 - Tillægskode til den aflyste procedure
- VKQBE10 - Vigtigste operative indgreb(operationsdato = 170401)
- +ZKC0 - Tillægskode (cancerrelateret kirurgisk indgreb)

Følgende BESØG indgår:

- 130301 - Besøg (svarer til startdato og dato for forundersøgelse)
- 210301 - Besøg
- 170401 - Besøg (svarer til operationsdato og dato for endelig behandling)
- 230401 - Besøg
- 100501 - Besøg (svarer til slutdato)

Følgende PASSIVE VENTETIDER indgår:

- 010301-100301 - Årsag = 0 (ønsket af patienten)
- 150301-190301 - Årsag = A (andet)
- 010401-150401 - Årsag = 3 (ventetid tilhører anden afdeling)

Sletning af kontakt

En kontakt slettes i Landspatientregisteret ved kun at indberette nøgleoplysninger (dog indberettes patienttypen som værende blank). Ved nøgleoplysninger forstås nedennævnte oplysninger:

- 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

Såfremt der foretages ændringer til en given kontakts nøgleoplysninger, skal der altid indberettes en sletterecord, før kontakten genindberettes.

Eksempler på indberetning af en sletterecord:

INDUD0281301031#010101000102019412##SLUT%

INDUD0281401032#01010100010301941205SLUT%

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULAR- NAVN
Indlæggelser-/udskrivningsoplysninger				INDUD
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	SGH	4	CH	Sygehusnummer
5	AFD	3	CH	Afdelingsnummer
8	PATTYPE	1	CH	Patienttype
9	CPRNR	10	CH	CPR-nummer
19	STARTDATO	6	CH	Indlæggelses-/startdato
25	INDLÆGTIME TANSKA	2	CH	Indlæggelses-/starttime
27	MIANSKA	2	CH	Startminut
29	KOMNR	3	CH	Bopælskommune
32	DISTKOD (til 31.12.2000)	7	CH	Distriktskode
39	HENVISDTO	6	CH	Henvisningsdato
45	INDMÅDE	1	CH	Indlæggelsesmåde
46	HENVISNMÅDE	1	CH	Henvisningsmåde
47	SLUTDATO	6	CH	Udskrivningsdato
53	UDSKRIVTIME	2	CH	Udskrivningstime
55	AFSLUTMÅDE	1	CH	Afslutningsmåde
56	UDSKRTILSGH	7	CH	Udskrevet til sygehus-/af- deling
63	KONTÅRS	1	CH	Kontaktårsag
64	BEHDAGE	4	CH	Behandlingsdage
68	DTOFORU	6	CH	Dato for forundersøgelse
74	DTOENBH	6	CH	Dato for endelig behandling

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULAR- NAVN
SKS-koder				SKSKO
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	ART	1	CH	Relationsfelt med følgende værdier: A =Aktionsdiagnose B =Bidiagnose C =Komplikation G =Grundmorbus H =Henvisningsdiagnose 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	PROCDTO	6	CH	Proceduredato
18	PROCAFD	7	CH	Producerende sygehusafd.
25	PROCTIM	2	CH	Proceduretime
27	PROCMIN	2	CH	Procedureminut

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULAR- NAVN
Diagnoser				DIAGN
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	DIAG (indtil 31/12-1994)	6	CH	Diagnosekode
7	MOD (indtil 31/12-1993)	1	CH	Modifikation

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULAR- NAVN
Operationer				OPERA
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	OPR (indtil 31/12-1995)	5	CH	Operationskode
6	OPRAFD (indtil 31/12-1995)	7	CH	Opererende sygehus/afdeling

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULAR- NAVN
Sammenhørende operationer				OKOMB
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	OPR	5	CH	Sammenhørende operation

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULAR- NAVN
Besøgs oplysninger				BESØG
	PROGRAM DATANAVN	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/FORMULAR- NAVN
Passiv ventetid				PASSV
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	ÅRSAGPAS	1	CH	Passiv ventetid, årsag
2	DTOSTPAS	6	CH	Passiv ventetid, startdato
8	DTOSLPAS	6	CH	Passiv ventetid, slutdato

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULAR- NAVN
Ulykkes koder				ULYKK
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	ULK	8	CH	

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULAR- NAVN
Barn - obstetrik oplysninger				BOBST
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	FLERNR	1	CH	Nummer ved flerfoldfødsel
2	VÆGT	4	CH	Barnets vægt
6	LÆNGDE	2	CH	Barnets længde

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULAR- NAVN
Moder - obstetrik oplysninger				MOBST
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	PARITET	2	CH	Paritet
3	BESJORD	2	CH	Antal besøg hos jordemoder
5	BESLÆGE	1	CH	Antal besøg hos egen læge
6	BESSPEC	1	CH	Antal besøg hos sygehusaf- deling/speciallæge
7	SIDMEN	6	CH	Dato for sidste menstruation

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULAR- NAVN
Psykiatri oplysninger				PSYKI
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	INDFRA (til 31.12.2000)	1	CH	Indlagt fra
2	INDVILK	1	CH	Indlæggelsesvilkår
3	UDSKRTIL (til 31.12.2000)	1	CH	Udskrevet til

Bilag 2

Obligatoriske procedurer,
der skal registreres og indberettes
til Landspatientregisteret

Procedurer, der obligatorisk skal registreres og indberettes til Landspatientregisteret

Betegnelsen 'procedurer' dækker her over visse handlinger, der klassificeres i SKS-klassifikationerne: "Behandlings- og Plejeklassifikation" (B-koder), "Klassifikation af radiologiske procedurer" (UX-koder), "Anæstesi-klassifikation" (findes i SKS- kapitel N), samt undersøgelser, der findes som U- og ZZ-koder (midlertidige koder).

Operationer klassificeret efter "Klassifikation af operationer" skal uændret obligatorisk registreres og indberettes. Dette omfatter også de forskellige endoskopiske undersøgelser.

Der arbejdes løbende med videreudvikling og tilpasning af den danske udgave af DRG (dk-DRG) for afregning af indlagte og (DAGS) til afregning af ambulante patienter. Dette vil medføre nye krav om registrering og indberetning af procedurer – ikke mindst i forhold til de ambulante ydelser. Der gøres opmærksom på, at nedennævnte liste løbende kan blive opdateret.

Kun **udvalgte**, særlige krav er skitseret i det følgende. Bl.a. er der en væsentlig (2002) revision af de hæmatologiske og onkologiske behandlingskoder, hvorfor dette er taget udførligt med her. Der henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk), hvor der vil findes aktuelle lister vedr. krav til registrering og indberetning af procedurer. Der vil ske en løbende opdatering af disse lister. Der vil ligeledes løbende ske en orientering af afdelingerne.

I det følgende skal man være opmærksom på at

- kravet til specificeringsniveau i tabellerne er anført med fed skrift, med mindre andet er angivet
- * angiver, at der findes mere specificerede kodemuligheder
- det anbefales at kode så specifikt som muligt. Afsnittene BFC*, BFF* og BJFD* skal kodes på højest specificerede niveau.

Behandlings- og Plejeklassifikation

Følgende behandlinger indgår i DRG-afregningen af indlagte patienter.

Vedr. hæmatologiske og onkologiske behandlinger - se også de følgende afsnit.

Udvalgte særlige krav:

BFC*	Behandlinger med kardial pacemaker og cardioverter-defibrillator <i>skal kodes på højeste detaljeringsniveau</i>
BFF*	Andre behandlinger ved kardielle rytmeforstyrrelser <i>skal kodes på højeste detaljeringsniveau</i>
BFXY0	Behandling med aorta-ballonpumpe

BGDA0*	Respiratorbehandling
BGFC32	Nasal CPAP-behandling <i>der skal herudover evt. registreres tillægskode for behandlingsvarighed – se nedenfor</i>
BGHF	Behandlinger med lungemodnende midler
BGXA2	Ekstrakorporal membran oxygenering (ECMO)
BHHK#	Antihormonel behandling af mamma
BJFD*	Dialysebehandling <i>skal kodes på højeste detaljeringsniveau</i>
BJHK#	Antihormonel behandling af prostata
BNGD*	Dermatologisk strålebehandling
BOHA2	Behandling med glykoprotein-receptor antagonist
BOQA5	Udskiftningstransfusion
BOQP0*	Plasmaferese
BUAL1	Total parenteral ernæring

I DRG/neonatologi bliver behandlingsvarighed over 1 døgn anvendt til gruppering ved nasal CPAP-behandling. Dette registreres med tillægskoden (+)ZPVB2 'mere end 1 døgn'.

Kravet gælder kun ved neoplastisk sygdom.

Hæmatologi og onkologi – nye behandlingskoder

- Der er fra 2002 en række ændringer i klassifikationerne indenfor disse områder. Dette har medført, at en lang række tidligere koder er lukket. Dette gælder specielt de organ-specifikke koder, der er erstattet af en enklere generel klassificering
- obligatorisk kodeniveau er vist med **fed** skrift
- de angivne obligatoriske niveauer er dem, som anvendes i DRG-gruppering og ambulant besøgsafregning (DAGS)
- hvilke koder, der grupperes hvordan, kan findes på DRG-kontorets hjemmeside under Sundhedsstyrelsen (www.sst.dk).
- det anbefales at kode så specifikt som muligt
- indikationen for behandlingen vil fremgå af diagnoseregistreringen.

Registreringsprincipper – hæmatologiske behandlinger

- En (1) primærkode svarer til en (1) givet behandling/behandlingsserie – se dog de følgende punkter.
- En (1) behandling givet, dvs. iværksat eller igangværende under indlæggelse registreres med en (1) behandlingskode. Dette gælder også, hvis behandlingen er iværksat før den aktuelle indlæggelse og fortsætter under indlæggelsen
- Behandling givet, dvs. iværksat eller igangværende i forbindelse med ambulant besøg registreres med en (1) behandlingskode (pr. besøg). Hvis behand-

lingen er pauseret på tidspunktet for det aktuelle besøg, må behandlingen **ikke** registreres ved dette besøg.

- Anvendte præparater kan specificeres vha. tillægskode(r) (ATC-koder) til primærkoden.
- Der skelnes ikke, om behandlingen gives pga. primærsygdom eller sekundære manifestationer, herunder f.eks. metastaser.
- Ved indlæggelse under et igangværende ambulant forløb skal ydelser givet i indlæggelsesperioden knyttes til indlæggelseskontakten. Dette gælder også, selvom behandlingen gives i eget eller andet ambulatorium = 'assistance'. Alle ydelser registreres under alle omstændigheder med 'producent'. Ambulante ydelser givet for en **anden** sygdom skal dog knyttes til den relevante ambulante kontakt.

Medicinske behandlinger med relation til blod, bloddannende organer og lymfatisk væv

BOHE Behandling med hæmatopoietiske vækstfaktorer

BOHE1 Behandling med hæmatopoietiske vækstfaktorer med indvirkning på erytrocytdannelse

BOHE10 Behandling med erythropoietin

BOHE2 Behandling med hæmatopoietiske vækstfaktorer med indvirkning på granulocytdannelse

BOHE20 Behandling med GCSF

BOHE21 Behandling med GMCSF

BOHE8 Behandling med andre hæmatopoietiske vækstfaktorer

BOHJ Behandling med antistoffer og immunmodulerende behandlinger

BOHJ1 Behandling med antistoffer

BOHJ10 Behandling med højdosis immunglobulin

BOHJ11 Behandling med CD-20 antistof

BOHJ12 Behandling med ATG

BOHJ13 Behandling med trastuzumab (HER-2)

BOHJ18 Behandling med andre antistoffer

BOHJ2 Immunmodulerende behandling

BOHJ20 Behandling med ciclosporin

BOHJ21 Behandling med tacrolimus

BOHJ22 Behandling med mycophenolat

BOHJ25 Behandling med BCG (immunmodulerende)

BOHJ28 Anden immunmodulerende behandling

BOHJ3 Cytostatisk behandling med immunmodulerende virkning

Behandlinger med blod og blodprodukter

BOQE Behandling med stamcellekoncentrat

BOQE1	Behandlinger med stamcellekoncentrat fra autolog knoglemarv
BOQE10	Behandling med uoprenset, ikke-stimuleret stamcellekoncentrat fra autolog knoglemarv
BOQE11	Behandling med oprenset, ikke-stimuleret stamcellekoncentrat fra autolog knoglemarv
BOQE12	Behandling med uoprenset stamcellekoncentrat fra autolog knoglemarv stimuleret in vitro med vækstfaktorer
BOQE13	Behandling med oprenset stamcellekoncentrat fra autolog knoglemarv stimuleret in vitro med vækstfaktorer
BOQE2	Behandling med stamcellekoncentrat fra autologt perifert blod
BOQE20	Behandling med uoprenset, ikke-stimuleret stamcellekoncentrat fra autologt perifert blod
BOQE21	Behandling med oprenset, ikke-stimuleret stamcellekoncentrat fra autologt perifert blod
BOQE22	Behandling med uoprenset stamcellekoncentrat fra autologt perifert blod stimuleret in vitro med vækstfaktorer
BOQE23	Behandling med oprenset stamcellekoncentrat fra autologt perifert blod stimuleret in vitro med vækstfaktorer
BOQE3	Behandling med stamcellekoncentrat fra allogen knoglemarv fra familiedonor
BOQE30	Behandling med uoprenset, ikke-stimuleret stamcellekoncentrat fra allogen knoglemarv fra familiedonor
BOQE31	Behandling med oprenset, ikke-stimuleret stamcellekoncentrat fra allogen knoglemarv fra familiedonor
BOQE32	Behandling med uoprenset stamcellekoncentrat fra allogen knoglemarv fra familiedonor stimuleret in vitro med vækstfaktor
BOQE33	Behandling med oprenset stamcellekoncentrat fra allogen knoglemarv fra familiedonor stimuleret in vitro med vækstfaktorer
BOQE4	Behandling med stamcellekoncentrat fra allogent perifert blod fra familiedonor
BOQE40	Behandling med uoprenset, ikke-stimuleret stamcellekoncentrat fra allogent perifert blod fra familiedonor
BOQE41	Behandling med oprenset, ikke-stimuleret stamcellekoncentrat fra allogent perifert blod fra familiedonor
BOQE42	Behandling med uoprensetstamcellekoncentrat fra allogent perifert blod fra familiedonor stimuleret in vitro med vækstfaktor
BOQE43	Behandling med oprenset stamcellekoncentrat fra allogent perifert blod fra familiedonor stimuleret in vitro med vækstfaktorer
BOQE5	Behandling med stamcellekoncentrat fra allogen knoglemarv fra fremmed donor
BOQE50	Behandling med uoprenset, ikke-stimuleret stamcellekoncentrat fra allogen knoglemarv fra fremmed donor

BOQE51	Behandling med oprenset, ikke-stimuleret stamcellekoncentrat fra allogen knoglemarv fra fremmed donor
BOQE52	Behandling med uoprenset stamcellekoncentrat fra allogen knoglemarv fra fremmed donor stimuleret in vitro med vækstfaktor
BOQE53	Behandling med oprenset stamcellekoncentrat fra allogen knoglemarv fra fremmed donor stimuleret in vitro med vækstfaktorer
BOQE6	Behandling med stamcellekoncentrat fra allogent perifert blod fra fremmed donor
BOQE60	Behandling med uoprenset, ikke-stimuleret stamcellekoncentrat fra allogent perifert blod fra fremmed donor
BOQE61	Behandling med oprenset, ikke-stimuleret stamcellekoncentrat fra allogent perifert blod fra fremmed donor
BOQE62	Behandling med uoprenset stamcellekoncentrat fra allogent perifert blod fra fremmed donor stimuleret in vitro med vækstfaktor
BOQE63	Behandling med oprenset stamcellekoncentrat fra allogent perifert blod fra fremmed donor stimuleret in vitro med vækstfaktorer
BOQE7	Behandling med stamcellekoncentrat fra placenta og navlesnor
BOQE70	Behandling med uoprenset stamcellekoncentrat fra placenta og navlesnor
BOQE71	Behandling med oprenset stamcellekoncentrat fra placenta og navlesnor

Særlige medicinske behandlinger og behandlingsprincipper (BWH)

BWHA	Cytostatiske behandlinger <i>Ekskl.: Cytostatisk behandling med immunmodulerende virkning - se BOHJ3.</i> <i>Ekskl.: Cytostatisk behandling ved ekstrauterin graviditet - se BKHE8.</i>
BWHA1	Basis cytostatisk behandling
BWHA2	Kompleks cytostatisk behandling
BWHA3	Højdosis cytostatisk behandling
BWHA30	Højdosis cytostatisk behandling
BWHA31	Konditionering til behandling med stamcellestøtte
BWHA32	Konditionering til minitransplantation
BWHB	Behandlinger med biologisk modificerende stoffer
BWHB1	Behandling med interferoner
BWHB10	Behandling med alfa-interferon
BWHB11	Behandling med beta-interferon
BWHB2	Behandling med interleukiner
BWHB20	Behandling med interleukin-2
BWHB28	Behandling med andet interleukin

BWHB3	Behandling med biologisk modificerende stoffer med indvirken på myeloide forstadier
BWHB30	Behandling med retinoider
BWHB31	Behandling med STI
BWHB8	Behandling med andre biologisk modificerende stoffer

Strålebehandlinger

Nedenstående koder erstatter alle tidligere koder vedr. strålebehandling. Indikationen for behandlingen vil fremgå af diagnoseregistreringen.

Registreringsprincipper – strålebehandling

- En (1) fraktion er en stråledosis givet på samme tumorlokalisering, på et eller flere felter.
- En (1) primærkode svarer til en (1) givet fraktion. Samtidig strålebehandling på flere tumorlokaliseringer, svarende til flere fraktioner, registreres med flere primærkoder
- Der er ikke forskel på kodeanvendelsen ved ambulante ydelser og ydelser givet under indlæggelse
- Strålebehandling af primærtumor og metastaser klassificeres og registreres ens
- Ved indlæggelse under et igangværende ambulant forløb skal ydelser givet i indlæggelsesperioden knyttes til indlæggelseskontakten. Dette gælder også, selvom behandlingen gives i eget eller andet ambulatorium = 'assistance'. Alle ydelser registreres under alle omstændigheder med 'producent'. Ambulante ydelser givet for en **anden** sygdom skal dog knyttes til den relevante ambulante kontakt.

Strålebehandlinger (BWG)

Ekskl.: Dermatologisk strålebehandling – se BNGD

BWGA	Simulering af strålebehandling
BWGA1	Simpel simulering (ikke CT-vejledt)
BWGA2	CT-vejledt dosisplanlægning
BWGC	Ekstern strålebehandling
BWGC1	Konventionel ekstern strålebehandling
BWGC2	Stereotaktisk strålebehandling
BWGC21	Cerebral stereotaktisk strålebehandling
BWGC22	Stereotaktisk strålebehandling af lever
BWGC23	Stereotaktisk strålebehandling af lunger
BWGC24	Stereotaktisk strålebehandling af pankreas
BWGC29	Stereotaktisk strålebehandling af andet organ eller væv
BWGC3	Helkropsbestråling (TBI)
BWGC31	Foton helkropsbestråling (foton-TBI)

BWGC32 Elektron helkropsbestråling (elektron-TBI)

BWGE Brachyterapi

BWGE1 Intrakavitær strålebehandling

BWGE2 Interstitiel strålebehandling

BWGG Isotopterapi

BWGG1 Radiojodbehandling

BWGG2 Isotopterapi med yttrium

BWGG3 Isotopterapi med indium

BWGG4 Isotopterapi med strontium

BWGG9 Isotopterapi med anden isotop

Undersøgelser

Undersøgelseskoderne er midlertidige. Vil indgå med andre koder i en kommende "Undersøgelsesklassifikation".

ZZ0999 Levertransplantationsvurdering

Yderligere nye koder og information se: www.sst.dk.

Radiologiske procedurer

Alle radiologiske procedurer skal registreres og indberettes. Omfatter **alle** ydelser indenfor områderne konventionel røntgen, CT-skanninger, UL-undersøgelse, MR-skanninger samt angiografier. Ydelserne skal være knyttet til kontakten, uanset hvor ydelse og registrering finder sted.

Særlige krav om tillægskodning ved anvendelse af "generel anæstesi"

- Ved *alle* øjenoperationer udført i generel anæstesi, skal der registreres tillægskode (+)NAAC* 'Generel anæstesi'
- Ved *visse* tandbehandlinger (fra BE*) udført i generel anæstesi, skal der registreres tillægskode (+)NAAC* 'Generel anæstesi'.

Koder og information se: www.sst.dk.

Detaljeret vejledning og kodemuligheder, fremgår af hjemmesiden www.medinfo.dk. Der vil desuden blive udsendt vejledningsmateriale til de berørte afdelinger.

Bilag 3

Klassifikationer i forbindelse med
registrering af fødsler

A. Klassifikation til angivelse af svangerskabslængde

Anvendes som SKS-tillægskode til obligatorisk specifikation af visse diagnoser i forbindelse med svangerskab, fødsel og abort, se afsnit 7.

Angiver svangerskabslængden i hele fuldendte uger samt dage

format	DUnnDn
værdisæt	uger: nn=[01-45] dage: n=[0-6;x 'x' angiver 'skønnet, termin usikker' for pågældende uge] DU99DX 'svangerskabsuge ikke kendt, termin usikker'
DU01D0	1 svangerskabsuge eller tidligere
DU01D1	1 svangerskabsuge + 1 dag
DU01Dx	1 svangerskabsuge, skønnet, termin usikker
DU44D6	44 svangerskabsuger + 6 dage
DU44Dx	44 svangerskabsuger, skønnet, termin usikker
DU45D0	45 svangerskabsuger eller derover
DU99DX	svangerskabsuge ikke kendt, termin usikker

B. Klassifikation til registrering af tobaksforbrug

Som tillægskode ved fødsler anvendes obligatorisk i moderens journal følgende koder til angivelse af moderens tobaksforbrug: (tillægskode til fødselsdiagnosen DO80*-84*)

DUT00	Ryger ikke
DUT10	Ophørt med rygning i 1. trimester
DUT11	Ophørt med rygning efter 1. trimester
DUT20	Ryger op til 5 cigaretter dagligt
DUT21	Ryger fra 6-10 cigaretter dagligt
DUT22	Ryger fra 11-20 cigaretter dagligt
DUT23	Ryger over 20 cigaretter dagligt
DUT29	Ryger, mængde ikke oplyst
DUT99	Rygestatus uoplyst

C. Klassifikation til registrering af børns hovedomfang

Anvendes som bidiagnose på barnets fødselsrecord
projekt "Bedre sundhed for mor og barn"

format DUHnn
værdisæt nn=[00;10-99]

DUH00	Måling af hovedomfang foreligger ikke
DUH10	Hovedomfang 10 cm
DUH11	Hovedomfang 11 cm
DUH98	Hovedomfang 98 cm
DUH99	Hovedomfang 99 cm

D. Klassifikation til registrering af børns abdominalomfang

Anvendes som bidiagnose på barnets fødselsrecord
projekt "Bedre sundhed for mor og barn"

format DUAnn
værdisæt nn=[00;10-99]

DUA00	Måling af abdominalomfang foreligger ikke
DUA10	Abdominalomfang 10 cm
DUA11	Abdominalomfang 11 cm
DUA98	Abdominalomfang 98 cm
DUA99	Abdominalomfang 99 cm

E. Klassifikation til registrering af placentavægt

Anvendes som bidiagnose på barnets fødselsrecord
projekt "Bedre sundhed for mor og barn"

format DVnnnn
værdisæt nnnn=[0000;0100..(0010)..-3000]

DV0000	Måling af placentavægt foreligger ikke
DV0100	Placentavægt 100 gram
DV0110	Placentavægt 110 gram

DV2990	Placentavægt 2990 gram
DV3000	Placentavægt 3000 gram eller derover

F. Klassifikation til registrering af Apgarscore ved 5 minutter

Anvendes som bidiagnose på barnets fødselsrecord

format	DVAnn
værdisæt	nn=[00-10; xx (uoplyst)]

DVA00	Apgar 5'=0
DVA01	Apgar 5'=1
DVA02	Apgar 5'=2
DVA03	Apgar 5'=3
DVA04	Apgar 5'=4
DVA05	Apgar 5'=5
DVA06	Apgar 5'=6
DVA07	Apgar 5'=7
DVA08	Apgar 5'=8
DVA09	Apgar 5'=9
DVA10	Apgar 5'=10
DVAxx	Apgar 5'=uoplyst

G. Klassifikation af fosterpræsentation

Anvendes som SKS-tillægskode til DZ38* på barnets fødselsrecord.

format	DUPnn
værdisæt	nn=[01-16]+99

DUP01	regelmæssig baghovedstilling
DUP02	uregelmæssig baghovedstilling
DUP03	dyb tværstand
DUP04	forissepræsentation
DUP05	pandepræsentation
DUP06	ansigtspræsentation
DUP07	ren sædepræsentation
DUP08	fuldstændig sæde-fod-præsentation
DUP09	ufuldstændig sæde-fod-præsentation
DUP10	fodpræsentation

DUP11 anden underkropspræsentation

DUP12	tværleje/skråleje
DUP13	høj lige stand
DUP14	asynklitisk hovedpræsentation
DUP15	uspecificeret hovedpræsentation
DUP16	uspecificeret underkropspræsentation
DUP99	fosterpræsentation uden specifikation

Bilag 4

Fortegnelse over psykiatriske diagnoser
til brug ved selvmord og selvmordsforsøg

DX60	Forsætlig selvbeskad m ikke-opioide analgetika o. lign.
DX6001	Selvmord med ikke-opioide analgetika o. lign. efter indl
DX6010	Selvmordsforsøg med ikke-opioide analgetika o.lign. før ind
DX6011	Selvmordsforsøg med ikke-opioide analg o lign eft indl
DX6020	Selvbeskadigelse med ikke-opioide analgetika o.lign.før ind
DX6021	Selvbeskadigelse med ikke-opioide analg o lign eft indl
DX61	Forsætlig selvbesk m psykofarm antiepilep antiparkinsonmidl
DX6101	Selvmord m psykofarm antiepilept antiparkinsonmidl eft indl
DX6110	Selvmordsfors m psykofarm, antiepilept,antiparkmidl før ind
DX6111	Selvmordsfors m psykofarm, antiepilept,antiparkmidl eft ind
DX6120	Selvbeskad m psykofarm, antiepilept, antiparkmidl før indl
DX6121	Selvbeskad m psykofarm, antiepilept, antiparkmidl efter ind
DX62	Forsætlig selvbeskadigelse med narkotika og psykodysleptika
DX6201	Selvmord med narkotika og psykodysleptika efter indl
DX6210	Selvmordsforsøg med narkotika og psykodysleptika før indl
DX6211	Selvmordsforsøg med narkotika og psykodysleptika efter indl
DX6220	Selvbeskadigelse med narkotika og psykodysleptika før ind
DX6221	Selvbeskadigelse med narkotika og psykodysleptika efter ind
DX63	Forsætlig selvbeskad m midler virkende på autonome nervesys
DX6301	Selvmord med midler virkende på autonome nervesyst eft indl
DX6310	Selvmordsforsøg m midler virk på autonome nervesyst før ind
DX6311	Selvmordsforsøg m midler virk på autonome nervesyst eft ind
DX6320	Selvbeskadigelse m midler virk på autonome nervesyst før in
DX6321	Selvbeskadigelse m midler virk på autonome nervesyst eft in
DX64	Forsætlig selvbeskad m uspec lægemidl og biologiske stoffer
DX6401	Selvmord m andre og uspec lægemidler/biolog stoffer eft ind
DX6410	Selvmordsfors m andre og uspec lægemidl/biolog stof før ind
DX6411	Selvmordsfors m andre og uspec lægemidl/biolog stof eft ind
DX6420	Selvbeskadig m andre og uspec lægemidl/biolog stof før indl
DX6421	Selvbeskadig m andre og uspec lægemidl/biolog stof eft indl
DX65	Forsætlig selvbeskadigelse med alkohol
DX6501	Selvmord med alkohol efter indl
DX6510	Selvmordsforsøg med alkohol før indl
DX6511	Selvmordsforsøg med alkohol efter indl
DX6520	Selvbeskadigelse med alkohol før indl
DX6521	Selvbeskadigelse med alkohol efter indl
DX66	Forsætlig selvbeskad m org opl.midler og halogen-kulbrinter
DX6601	Selvmord m org opløsningsmidl/halogen-kulbrinter eft indl

DX6610	Selvmordsforsøg m org opl.midler/halogen-kulbrinter før ind
DX6611	Selvmordsforsøg m org opl.midler/halogen-kulbrinter eft ind
DX6620	Selvbeskadig m org opl.midler/halogen-kulbrinter før indl
DX6621	Selvbeskadig m org opl.midler/halogen-kulbrinter eft indl
DX67	Forsætlig selvbeskadigelse med andre gasarter og dampe
DX6701	Selvmord med andre gasarter og dampe efter indl
DX6710	Selvmordsforsøg med andre gasarter og dampe før indl
DX6711	Selvmordsforsøg med andre gasarter og dampe efter indl
DX6720	Selvbeskadigelse med andre gasarter og dampe før indl
DX6721	Selvbeskadigelse med andre gasarter og dampe efter indl
DX68	Forsætlig selvbeskadigelse med pesticider
DX6801	Selvmord med pesticider efter indl
DX6810	Selvmordsforsøg med pesticider før indl
DX6811	Selvmordsforsøg med pesticider efter indl
DX6820	Selvbeskadigelse med pesticider før indl
DX6821	Selvbeskadigelse med pesticider efter indl
DX69	Forsætlig selvbeskad m andre kemikalier og toksiske stoffer
DX6901	Selvmord m andre og uspec kemikal/toksiske stoffer eft indl
DX6910	Selvmordsfors m andre og uspec kemikal/toksisk stof før ind
DX6911	Selvmordsforsøg m andre og uspec kemikal/toks stof eft indl
DX6920	Selvbeskadig m andre og uspec kemikal/toksisk stof før indl
DX6921	Selvbeskadig m andre og uspec kemikal/toksisk stof eft indl
DX70	Forsætlig selvbeskad ved hængning, strangulation og kvælnin
DX7001	Selvmord ved hængning, strangulation og kvælning efter indl
DX7010	Selvmordsforsøg v hængning strangulation kvælning før indl
DX7011	Selvmordsforsøg v hængning strangulation kvælning eft indl
DX7020	Selvbeskadigelse v hængning strangulation kvælning før indl
DX7021	Selvbeskadigelse v hængning strangulation kvælning eft indl
DX71	Forsætlig selvbeskadigelse ved drukning
DX7101	Selvmord ved drukning efter indl
DX7110	Selvmordsforsøg ved drukning før indl
DX7111	Selvmordsforsøg ved drukning efter indl
DX7120	Selvbeskadigelse ved drukning før indl
DX7121	Selvbeskadigelse ved drukning efter indl
DX72	Forsætlig selvbeskadigelse ved skud fra håndvåben
DX7201	Selvmord ved skud fra håndvåben efter indl
DX7210	Selvmordsforsøg ved skud fra håndvåben før indl
DX7211	Selvmordsforsøg ved skud fra håndvåben efter indl
DX7220	Selvbeskadigelse ved skud fra håndvåben før indl
DX7221	Selvbeskadigelse ved skud fra håndvåben efter indl
DX73	Forsætlig selvbeskad ved gevær, og større skydevåben
DX7301	Selvmord v skud fra haglgevær og større skydevåben eft indl
DX7310	Selvmordsforsøg v haglgevær og større skydevåben før indl

DX7311	Selvmordsforsøg v haglgevær og større skydevåben eft indl
DX7320	Selvbeskadigelse v haglgevær og større skydevåben før indl
DX7321	Selvbeskadigelse v haglgevær og større skydevåben eft indl
DX74	Forsætlig selvbeskad ved skud fra andet og uspec skydevåben
DX7401	Selvmord ved skud fra andet og uspec skydevåben efter indl
DX7410	Selvmordsforsøg ved andet og uspec skydevåben før indl
DX7411	Selvmordsforsøg ved andet og uspec skydevåben eft indl
DX7420	Selvbeskadigelse ved andet og uspec skydevåben før indl
DX7421	Selvbeskadigelse ved andet og uspec skydevåben eft indl
DX75	Forsætlig selvbeskadigelse ved eksplosivt materiale
DX7501	Selvmord ved eksplosivt materiale efter indl
DX7510	Selvmordsforsøg ved eksplosivt materiale før indl
DX7511	Selvmordsforsøg ved eksplosivt materiale efter indl
DX7520	Selvbeskadigelse ved eksplosivt materiale før indl
DX7521	Selvbeskadigelse ved eksplosivt materiale efter indl
DX76	Forsætlig selvbeskadigelse ved røg, ild og flammer
DX7601	Selvmord ved røg, ild og flammer efter indl
DX7610	Selvmordsforsøg ved røg, ild og flammer før indl
DX7611	Selvmordsforsøg ved røg, ild og flammer efter indl
DX7620	Selvbeskadigelse ved røg, ild og flammer før indl
DX7621	Selvbeskadigelse ved røg, ild og flammer efter indl
DX77	Forsætlig selvbeskad ved varme dampe og varme genstande
DX7701	Selvmord ved vanddamp, varme dampe, varme genstande eft ind
DX7710	Selvmordsforsøg ved varme dampe og varme genstande før indl
DX7711	Selvmordsforsøg ved varme dampe og varme genstande eft indl
DX7720	Selvbeskadigelse ved varme dampe og varme genstande før ind
DX7721	Selvbeskadigelse ved varme dampe og varme genstande eft ind
DX78	Forsætlig selvbeskadigelse med skarp genstand
DX7801	Selvmord med skarp genstand efter indl
DX7810	Selvmordsforsøg med skarp genstand før indl
DX7811	Selvmordsforsøg med skarp genstand efter indl
DX7820	Selvbeskadigelse med skarp genstand før indl
DX7821	Selvbeskadigelse med skarp genstand efter indl
DX79	Forsætlig selvbeskadigelse med stump genstand
DX7901	Selvmord med stump genstand efter indl
DX7910	Selvmordsforsøg med stump genstand før indl
DX7911	Selvmordsforsøg med stump genstand efter indl
DX7920	Selvbeskadigelse med stump genstand før indl
DX7921	Selvbeskadigelse med stump genstand efter indl
DX80	Forsætlig selvbeskadigelse ved spring fra højde
DX8001	Selvmord ved spring fra højde efter indl
DX8010	Selvmordsforsøg ved spring fra højde før indl
DX8011	Selvmordsforsøg ved spring fra højde efter indl

DX8020	Selvbeskadigelse ved spring fra højde før indl
DX8021	Selvbeskadigelse ved spring fra højde efter indl
DX81	Forsætlig selvbeskad under køretøj ell genstand i bevægelse
DX8101	Selvmord under køretøj eller genstand i bevægelse efter indl
DX8110	Selvmordsforsøg under køretøj/genstand i bevægelse før indl
DX8111	Selvmordsforsøg under køretøj/genstand i bevægelse eft indl
DX8120	Selvbeskadigelse under køretøj/genstand i bevægelse før indl
DX8121	Selvbeskadigelse under køretøj/genstand i bevægelse eft indl
DX82	Forsætlig selvbeskadigelse ved kollision med motorkøretøj
DX8201	Selvmord ved kollision med motorkøretøj efter indl
DX8210	Selvmordsforsøg ved kollision med motorkøretøj før indl
DX8211	Selvmordsforsøg ved kollision med motorkøretøj efter indl
DX8220	Selvbeskadigelse ved kollision med motorkøretøj før indl
DX8221	Selvbeskadigelse ved kollision med motorkøretøj efter indl
DX83	Forsætlig selvbeskadigelse med andre specificerede metoder
DX8301	Selvmord med andre specificerede metoder efter indl
DX8310	Selvmordsforsøg med andre specificerede metoder før indl
DX8311	Selvmordsforsøg med andre specificerede metoder efter indl
DX8320	Selvbeskadigelse med andre specificerede metoder før indl
DX8321	Selvbeskadigelse med andre specificerede metoder efter indl
DX84	Forsætlig selvbeskadigelse med uspecificerede metode
DX8401	Selvmord med uspecificerede metode efter indl
DX8410	Selvmordsforsøg med uspecificerede metode før indl
DX8411	Selvmordsforsøg med uspecificerede metode efter indl
DX8420	Selvbeskadigelse med uspecificerede metode før indl
DX8421	Selvbeskadigelse med uspecificerede metode efter indl

Bilag 5

Indberetning af aflyste operationer

Definition på aflyst operation (procedure):

En procedure (operation/behandling/undersøgelse), som ikke gennemføres på det tidspunkt, der er meddelt patienten (mundtligt eller skriftligt).

Aflyste procedurer, der er obligatoriske at indberette til Landspatientregisteret, er de procedurer, der er registreret ved brug af Operationsklassifikationen, altså SKS-koder der begynder med K, jf. beskrivelsen side 30.

Det er vigtigt, at den daglige registrering i afdelingerne af aflyste procedurer generelt - ikke kun operationer - følger samme regelsæt og herved gøres ensartede. I takt med udbygningen af SKS-klassifikationen, vil denne ensartede registrering også blive nemmere at arbejde med.

Det er også vigtigt, at såvel afdelingernes som amternes eget brug af data afspejles i registreringen, og at indberetningen til Landspatientregisteret er i overensstemmelse med regelsættet. Det skal derfor pointeres, at aflyste procedurer på henviste patienter, der endnu ikke har haft kontakt med afdelingen, ikke kan indberettes til Landspatientregisteret. Informationen om, at aflysningen har fundet sted, skal dog stadig registreres, idet den medtages i amternes servicemål.

Det er også vigtigt at gøre sig klart, at registreringen/indberetningen af aflyste procedurer skal ses ud fra et patientsynspunkt. For en patient, der har fået en endelig behandlingsdato og planlagt sit arbejde, børnepasning m.m. derefter, vil en aflysning altid opleves som noget ubehageligt, og i servicesammenhænge som dårlig service.

Det kan være betydningsfuldt at medinddrage tidsfaktoren i aflysningsregistreringen. Med de indarbejdede tidsfaktorer vil aflysningsårsagerne nemmere kunne afspejle formålene.

Aflysningskoderne specificeres derfor med en tidsfaktor indbygget.

A: Samme dag som planlagt.

Patienten er mødt og får besked om, at behandlingen ikke kan gennemføres.

Møder og giver selv besked om, at behandlingen ikke ønskes.

Patienten bliver ringet op samme morgen og får besked om ikke at møde eller kontakter selv afdelingen mhp. afbud.

- B: Et døgn før fastlagt dato.
Patienten kan være indlagt og her ved f.eks. aftenstuegang få besked om, at behandlingen er udsat.
Patienten kontaktes telefonisk eller på anden vis 24 timer før planlagt behandling.
Patienten kontakter selv afdelingen.
- C: Én uge før fastlagt dato (interval 2-7 døgn).
Patienten får mundtlig eller skriftlig besked om udsættelse eller en begrundelse for, at behandlingen ikke skal gennemføres.
Patienten meddeler selv ønsket om udsættelse eller at behandling ikke ønskes.
- D: Én måned før fastlagt dato (interval 8- 28-30 eller 31 døgn).
Patienten får mundtlig eller skriftlig besked om udsættelse eller en begrundelse for, at behandlingen ikke skal gennemføres.
Patienten meddeler selv ønsket om udsættelse eller at behandling ikke ønskes.
- E: Mere end én måned før fastlagt dato (interval 32 døgn eller mere).
Patienten får mundtlig eller skriftlig besked om udsættelse eller en begrundelse for, at behandlingen ikke skal gennemføres.
Patienten meddeler selv ønsket om udsættelse eller at behandling ikke ønskes.

Ovenstående 5 karakterer (A, B, C, D og E) vil fremover være aflysningskoder-nes 6. ciffer, der kan anvendes efter behov.

Aflysningskoderne er opdelt i 4 hovedgrupper:

- Aflyst på patientens eget initiativ eller af helbredsmæssige forhold hos patienten. ZPP1*.
- Aflyst pga. problemer i afdelingen. ZPP2*.
- Aflyst pga. akut patient ZPP4*.
- Aflyst pga. andre årsager, samme dag som planlagt ZPP5*.

Klassifikationen har følgende koder:

- ZPP00 Ingen procedure.
Anvendes, når der ikke kan fastlægges en procedure, der kan klassificeres ved brug af en SKS-kode. Denne aflysningsårsag kræver ingen tillægskode. Må ikke anvendes, når der er tale om operationer.
- ZPP1-ZPP5 Procedurer aflyst.
*Disse koder må ikke registreres.
Der kan registreres på følgende mere detaljerede koder:*
- ZPP10 Procedure aflyst pga. patientens tilstand.
*Her er tale om patienter, der uventet er kommet i en tilstand, som vil gøre det uforsvarligt at behandle. Eksempelvis forhøjet blodtryk, ikke tidligere erkendt, feber, forkølelse, psykiske problemer eller andet.
Koden kan også anvendes, hvis patienten har fået det bedre, og en behandling, som den planlagte, skønnes unødvendig.*
- ZPP10A Procedure aflyst pga. patientens tilstand, samme dag som planlagt.
Samme def. som for ZPP10.
- ZPP10B Procedure aflyst pga. patientens tilstand, et døgn før fastlagt dato.
Samme def. som for ZPP10.
- ZPP10C Procedure aflyst pga. patientens tilstand, 2-7 døgn før fastlagt dato.
Samme def. som for ZPP10.
- ZPP10D Procedure aflyst pga. patientens tilstand, 8-31 døgn før fastlagt dato.
Samme def. som for ZPP10.
- ZPP10E Procedure aflyst pga. patientens tilstand, mere end 32 døgn før fastlagt dato.
Samme def. som for ZPP10.
- ZPP12 Procedure aflyst efter patientens ønske.
Patienten meddeler, at der ikke ønskes behandling på det fastlagte tidspunkt. Der kan således godt være tale om at give patienten en ny tid. Der kan også være aftalt operation i lokalanæstesi,

som patienten så alligevel ikke ønsker eller andre forhold af samme slags.

- ZPP12A1 Procedure aflyst efter patientens ønske, samme dag som planlagt, med ny tid.
Samme def. som for ZPP12.
- ZPP12B1 Procedure aflyst efter patientens ønske, ét døgn før fastlagt dato, med ny tid.
Samme def. som for ZPP12A1.
- ZPP12C1 Procedure aflyst efter patientens ønske, 2-7 døgn før fastlagt dato, med ny tid.
Samme def. som for ZPP12A1.
- ZPP12D1 Procedure aflyst efter patientens ønske, 8-31 døgn før fastlagt dato, med ny tid.
Samme def. som for ZPP12A1.
- ZPP12E1 Procedure aflyst efter patientens ønske, mere end 32 døgn før fastlagt dato, med ny tid.
Samme def. som for ZPP12A1.
- ZPP12A2 Procedure aflyst efter patientens ønske, samme dag som planlagt, uden aftale om ny tid.
Patienten meddeler, at der ikke ønskes behandling på det fastlagte tidspunkt. Der er tale om, at patienten slet ikke ønsker behandlingen, og der laves ikke nye tidsaftaler.
Der kan også være aftalt operation i lokalanæstesi, som patienten så alligevel ikke ønsker eller andre forhold af samme slags.
- ZPP12B2 Procedure aflyst efter patientens ønske, ét døgn før fastlagt dato, uden aftale om ny tid.
Samme def. som for ZPP12A2.
- ZPP12C2 Procedure aflyst efter patientens ønske, 2-7 døgn før fastlagt dato, uden aftale om ny tid.
Samme def. som for ZPP12A2.
- ZPP12D2 Procedure aflyst efter patientens ønske, 8-31 døgn før fastlagt dato, uden aftale om ny tid.
Samme def. som for ZPP12A2.

ZPP12E2	Procedure aflyst efter patientens ønske, mere end 32 døgn før fastlagt dato, uden aftale om ny tid. <i>Samme def. som for ZPP12A2.</i>
ZPP13	Procedure aflyst pga udeblivelse. <i>Anvendes, når patienten ikke møder på det aftalte tidspunkt. Vil spec. kunne anvendes ved sammedagskirurgien.</i>
ZPP13A	Procedure aflyst pga. udeblivelse, samme dag. <i>Samme def. som for ZPP13.</i>
ZPP13B	Procedure aflyst pga. udeblivelse, ét døgn før fastlagt dato. <i>Anvendes, når patienten ikke møder til indlæggelse mhp. planlagt behandling i det efterfølgende døgn.</i>
ZPP13C	Procedure aflyst pga. udeblivelse, 2-7 døgn før fastlagt dato. <i>Samme def. som for ZPP13B.</i>
ZPP20	Procedure aflyst af personalemæssige årsager. <i>Årsagerne kan være sygdom hos én eller flere af personalet eller andet pludselig opstået fravær, herunder uopsættelig deltagelse i møde.</i> <i>Personalekategorien kan angives vha. tillægskode fra personaleklassifikationen.</i>
ZPP20A	Procedure aflyst af personalemæssige årsager, samme dag som planlagt. <i>Samme def. som for ZPP20.</i>
ZPP20B	Procedure aflyst af personalemæssige årsager, et døgn før fastlagt dato. <i>Samme def. som for ZPP20.</i>
ZPP20C	Procedure aflyst af personalemæssige årsager, 2-7 døgn før fastlagt dato. <i>Samme def. som for ZPP20.</i>
ZPP20D	Procedure aflyst af personalemæssige årsager, 8-31 døgn før fastlagt dato. <i>Samme def. som for ZPP20.</i>

ZPP20E Procedure aflyst af personalemæssige årsager, mere end 32 døgn
før fastlagt dato.
Samme def. som for ZPP20.

- ZPP21 Procedure aflyst pga. tekniske problemer.
Her kan være tale om problemer med udstyr på operationsgang, anæstesiafsnit, manglende utensilier, forurening af operationsstue, manglende præoperative prøver, manglende anæstesitilsyn mm.
Tillægskode for behandlingsafsnit kan registreres.
- ZPP21A Procedure aflyst pga. tekniske problemer, samme dag som planlagt.
Samme def. som for ZPP21.
- ZPP21B Procedure aflyst pga. tekniske problemer, ét døgn før fastlagt dato.
Samme def. som for ZPP21.
- ZPP21C Procedure aflyst pga. tekniske problemer, 2-7 døgn før fastlagt dato.
Samme def. som for ZPP21.
- ZPP21D Procedure aflyst pga. tekniske problemer, 8-31 døgn før fastlagt dato.
Samme def. som for ZPP21.
- ZPP21E Procedure aflyst pga. tekniske problemer, mere end 32 døgn før fastlagt dato.
Samme def. som for ZPP21.
- ZPP22 Procedure aflyst pga. arbejdsnedlæggelse.
Her er tale om såvel varslede strejker som om overenskomststridige arbejdsnedlæggelser. Personalekategori kan angives ved brug af tillægskode fra personaleklassifikationen.
- ZPP22A Procedure aflyst pga. arbejdsnedlæggelse, samme dag som planlagt.
Samme def. som for ZPP22.
- ZPP22B Procedure aflyst pga. arbejdsnedlæggelse, ét døgn før fastlagt dato.
Samme def. som for ZPP22.

ZPP22C	Procedure aflyst pga. arbejdsnedlæggelse, 2-7 døgn før fastlagt dato. <i>Samme def. som for ZPP22.</i>
ZPP22D	Procedure aflyst pga. arbejdsnedlæggelse, 8-31 døgn før fastlagt dato. <i>Samme def. som for ZPP22.</i>
ZPP22E	Procedure aflyst pga. arbejdsnedlæggelse, mere end 32 døgn før fastlagt dato. <i>Samme def. som for ZPP22.</i>
ZPP40	Procedure aflyst pga. akut patient. <i>Anvendes, når afdelingen modtager uforholdsmæssigt mange akutte patienter. Må kun anvendes, når patienterne aflyses samme dag.</i>
ZPP40T	Procedure aflyst, da andre procedurer trækker ud. <i>Anvendes, når andre procedurer på samme dag trækker længere ud end planlagt, og det derfor er uforsvarligt at påbegynde den planlagte operation. Må kun anvendes, når patienten aflyses samme dag som planlagt.</i>
ZPP40S	Procedure aflyst pga. omprioritering af programmet. <i>Anvendes, når afdelingen har fundet det nødvendigt at fremrykke en anden patient fra ventelisten, eller at der af f.eks. kapacitetsmæssige årsager flyttes på den planlagte og udmeldte tid.</i>
ZPP50	Procedure aflyst pga. andre årsager, samme dag som planlagt. <i>Denne kode må kun anvendes, såfremt aflysningsårsagen under ingen omstændigheder kan relateres til én af de øvrige koder.</i>
ZPP6	Afbrudte procedurer. <i>Denne kode må ikke registreres. Der kan registreres på følgende mere detaljerede koder:</i>
ZPP60	Procedure afbrudt pga. patientens peroperative tilstand.
ZPP62	Procedure afbrudt pga. tekniske problemer med udstyr.
ZPP64	Procedure afbrudt pga. operationstekniske årsager.
ZPP65	Procedure afbrudt pga. anæstesitekniske årsager.

ZPP66	Procedure afbrudt efter patientens ønske.
ZPP68	Procedure afbrudt pga. andre årsager.
ZPP68P	Procedure afbrudt af personalemæssige årsager.
ZPP69	Procedure afbrudt pga. uspecificerede årsager.

Bilag 6

Liste over operationer med obligatorisk registrering af
”Skønnet radikalitet” ved anmeldelsespligtig kræftsygdom

KAAB00	Excision af intrakranielt patologisk væv
KAAB10	Resektion af intrakranielt patologisk væv
KAAB20	Destruktion af intrakranielt patologisk væv
KAAB99	Operation, intrakranielt patologisk væv, anden
KAAC45	Operation for vaskulær patologi i sinus cavernosus
KAAE05	Transethmoidal excision/resektion af intrakranielt pat. væv
KAAE10	Excision/resektion, transsphen. af intrakran. patolog. væv
KAAE15	Subfrontal, medial excision/resektion af intrakran. pat. væv
KAAE20	Excision/resektion, transoral af intrakranielt patolog. væv
KAAE30	Excision/resektion, translabyr. af intrakran. patolog. væv
KAAE40	Excision/resektion, transtemp. af intrakranielt patolog. væv
KAAE45	Subtemporal excision/resekt. af intrakranielt patologisk væv
KAAE50	Zygom-temporal excis/resektion af intrakran patologisk væv
KAAE55	Suboccipital, retrosigmoidal exc/resekt af intrakran pat væv
KAAE65	Transoccipital, medial excision/resekt. af intrakran pat væv
KAAE70	Transcondylær excision/resektion af intrakranielt pat. væv
KAAJ20	Excision af epileptisk fokus
KAAC75	Ekstirpation el. resektion af knogletumor i kranium
KAACW00B	Kraniel operation, excision af tumor
KAACW99	Intrakraniel operation, anden
KABB00	Excision af patologisk væv i spinalkanal
KABB10	Resektion af patologisk væv i spinalkanal
KABB30	Destruktion af patologisk væv i spinalkanal
KABB99	Operation, patologisk væv i rygmarg og nerverødder, anden
KABW99	Operation, rygmarg og nerverødder, anden
KACB11	Excision af patologisk væv, n. medianus
KACB12	Excision af patologisk væv, n. radialis
KACB13	Excision af patologisk væv, n. ulnaris
KACB14	Excision af patologisk væv, n. peroneus
KACB15	Excision af patologisk væv, n. tibialis
KACB19	Excision af patologisk væv, perifer nerve uden specifikation
KACB91	Operation, n. medianus pga. patologisk væv, anden
KACB92	Operation, n. radialis pga. patologisk væv, anden
KACB94	Operation, n. peroneus pga. patologisk væv, anden
KACB95	Operation, n. tibialis pga. patologisk væv, anden
KACB99	Op på perifer nerve uden spec pga. patologisk væv, anden
KACC93	Operation, n. ulnaris pga. patologisk væv, anden
KACW99	Operation, perifere nerver, anden
KADA99	Operation, det autonome nervesystem, anden
KADW99	Operation, det autonome nervesystem, anden
KBAA20	Resektion af glandula thyreoidea, unilateral
KBAA20A	Unilateral resektion af intratorakal glandula thyreoidea
KBAA25	Resektion af glandula thyreoidea, bilateral
KBAA25A	Bilateral resektion af intratorakal glandula thyreoidea
KBAA30	Isthmusresektion af glandula thyreoidea

KBAA40	Lobektomi af glandula thyreoidea, unilateral
KBAA40A	Unilateral lobektomi af intratorakal glandula thyreoideae
KBAA50	Lobektomi og resektion af kontralaterale lap af gl. thyr.
KBAA50A	Lobektomi og kontralateral resektion af intratorakal gl. thyr.
KBAA60	Tyreoidektomi, total
KBAA60A	Total tyreoidektomi af intratorakal struma
KBAA99	Operation, glandula thyreoideae, anden
KBBA30	Resectio glandulae parathyreoideae
KBBA40	Paratyreoidektomi, subtotal
KBBA42	Perkutan subtotal paratyreoidektomi
KBBA50	Paratyreoidektomi, total
KBBA99	Operation, glandula parathyreoideae, anden
KBCA20	Resectio glandulae suprarenalis
KBCA30	Adrenalectomia unilateralis
KBCA31	Adrenalectomia unilateralis laparoscopica
KBCA40	Adrenalectomia bilateralis
KBCA41	Adrenalectomia bilateralis laparoscopica
KBCA99	Operation, binyrer, anden
KBDA10	Operation, glomus caroticum
KCAB00	Orbitotomia anterior cum excisione
KCAB10	Orbitotomia lateralis cum excisione
KCAB40	Orbitotomia transcranialis cum excisione
KCAD00	Exenteratio orbitae, dækning med hudtransplantat
KCAW99	Operation på orbita, anden
KCBB30	Excision af tumor (ar/cyste/svulst) i øjenlåg
KCBB50	Excision af tumor i øjenlåg, rekonstruktion med transplanta
KCBB99	Fjernelse af tumor i øjenlåg, anden
KCBW99	Operation på øjenlåg, anden
KCCB00	Resectio glandula lacrimalis
KCCB10	Excisio glandula lacrimalis, dacryoadenectomy
KCCB99	Operation på glandula lacrimalis, anden
KCCW99	Operation på tåreapparat, anden
KCDC00	Enukleation af øjet
KCDC10	Enukleation af øjet med implantation af protese
KCDC20	Enukleation af øjet med implantation af væv
KCDC30	Exenteration af øjet
KCDC40	Exenteration af øjet med implantation af protese
KCDC50	Exenteration af øjet med vævsimplantat
KCDW99	Operation på øjet som helhed, anden
KCEW99	Operation på øjenmuskler, anden
KCFC00	Excisio tumoris conjunctivae
KCFW99	Operation på conjunctiva, anden
KCGE30	Sclerectomy
KCGE99	Operation for vævsforandringer i cornea/sclera, anden
KCGW99	Operation på cornea/sclera, anden
KCHB99	Operation på kammervinkel og forkammer, anden

KCHD10	Trabeculectomia
KCHD15	Trabeculectomia cum iridectomy
KCHE10	Excisio tumoris iridis
KCHE99	Operation ved tumor i iris, anden
KCHF00	Excisio tumoris corpus ciliare
KCHF99	Operation på corpus ciliare, anden
KCHW99	Op. på camera ant, kammervinkel, iris, corp ciliare, anden
KCJW99	Operation på lens, anden
KCKD80	Retinectomy
KCKD99	Intrabulbært operation på corpus vitreum og retina, andet
KCKE00	Excisio tumoris chorioideae
KCKE30	Excisio tumoris retinae
KCKE99	Operation ved vævsforandring på chorioidea og retina, andet
KCKW99	Op. ved sygd. i chorioidea, corpus vitreum og retina, anden
KDAB00	Resectio auris externae
KDAW99	Operation på ydre øre, anden
KDBB00	Excisio tumoris meatus acustici externi
KDBW99	Operation på øregang, anden
KDCB00	Excisio tumoris auris mediae
KDCW99	Operation på trommehinde og mellemøre, anden
KDDW99	Operation på de små øreknogler, anden
KDEB60	Excisio ossis temporalis
KDEW99	Operation på processus mastoideus og os temporale, anden
KDFW99	Operation på indre øre, anden
KDGW99	Operation på tuba Eustachica, anden
KDHB00	Excisio tumoris nasi externi
KDHB10	Excisio tumoris cavi nasi
KDHB20	Evulsio polypi cavi nasi
KDHB30	Evulsio polypi choanalis (per viam sinus maxillaris)
KDHW99	Operation på næsen, anden
KDJB10	Resectio, excisio septi nasi
KDJW99	Operation på næsesseptum, anden
KDMB10	Resectio sinus maxillaris et operation radicalis
KDMB30	Excisio tumoris sinus maxillaris, transmaxillaris
KDMB40	Excisio tumoris sinus maxillaris, rhinotomia lateralis
KDMW99	Operation på sinus maxillaris, anden
KDNB30	Excisio tumoris sinus ethmoidalis
KDNW99	Operation på sinus og os ethmoidale, anden
KDPW99	Operation på sinus frontale og sphenoidale, anden
KDQB00	Excisio tumoris laryngis
KDQB10	Excisio tumoris laryngis endoscopica
KDQB20	Resectio laryngis
KDQB30	Laryngectomy
KDQB40	Laryngectomy supraglottica
KDQB50	Hemilaryngectomy
KDQB60	Arytenoidectomy

KDQB70	Excision af stemmebånd
KDQW99	Operation på larynx, andet
KEAA10	Excision af patologisk væv på læbe
KEAA10A	Excision af patologisk væv på læbe overgribende fl. regioner
KEAA20	Resektion af overlæbe
KEAA30	Resektion af underlæbe
KEAA99	Resektion/excision af læbe, anden
KEAW99	Operation på læber, anden
KEBW99	Operation på tænder, anden
KECA15	Resectio gingivae (gingivectomy)
KECA30	Excision af patologisk væv på gingiva
KECA30A	Excision af patologisk væv på gingiva overgrib. fl. regioner
KECA80	Resektion af processus alveolaris
KECA80A	Resektion af processus alveolaris på underkæbe
KECA80B	Resektion af processus alveolaris på overkæbe
KECA99	Resektion/excision på gingiva og proc. alveolaris, anden
KECW99	Operation på gingiva og processus alveolaris, anden
KEDB00	Resectio mandibulae
KEDB10	Excisio mandibulae
KEDB20	Hemimandibulectomia
KEDB40	Excisio tumoris mandibulae
KEDB50	Cystectomy mandibulae
KEDB99	Resektion og excision af underkæbe, anden
KEDW99	Operation på underkæbe, anden
KEEB00	Resectio maxillae
KEEB10	Maxillectomia
KEEB20	Hemimaxillectomia
KEEB40	Excisio tumoris maxillae
KEEB50	Cystectomy maxillae
KEEB99	Resektion og excision af overkæbe, anden
KEEW99	Operation på overkæbe, anden
KEFA10	Excision af tumor i kæberne
KEFA50	Excision af kæbecyste
KEFA99	Resektion og excision af kæber, anden
KEFW99	Operation på kæber, anden
KEGB00	Condylectomia mandibulae
KEGB25	Excision af patologisk væv i kæbeled
KEGW99	Operation på kæbeled, anden
KEHB00	Ekscision af patologisk væv i ganen
KEHB99	Resektion og excision af gane, anden
KEHW99	Operation på gane, anden
KEJB10	Ekscision af patologisk væv i tungens apex eller corpus
KEJB20	Ekscision af patologisk væv i tungebasis
KEJB30	Ekscision af patologisk væv i mundbund
KEJB35	Ekscision af patol. væv i tunge/mundbund overgr.fl. regioner
KEJB40	Hemiglossectomia

KEJB50	Glossectomia
KEJB60	Resektion af mundbund
KEJB99	Resektion og excision på tunge og mundbund, anden
KEJW99	Operation på tunge og mundbund, anden
KEKB00	Ekscision af patologisk væv i kinden
KEKB99	Resektion og excision af kind, anden
KEKW99	Operation på kind, anden
KELB00	Excision/exploration af tumor i spytkirtel
KELB10	Excision af glandula salivaria minoris
KELB20	Excision af glandula sublingualis
KELB30	Excision af glandula submandibularis
KELB40	Resectio glandulae parotis
KELB50	Parotidectomy totalis
KELB99	Resektion og excision af spytkirtel, anden
KELW99	Operation på spytkirtler, anden
KEMB00	Excision af tumor i tonsiller eller adenoidt væv
KEMB10	Tonsillectomia
KEMB20	Adeno-tonsillectomia
KEMB30	Adenotomia
KEMB99	Resektion og excision på tonsiller og adenoidt væv, anden
KEMW99	Operation på tonsiller og adenoidt væv, anden
KENB00	Excisio sive exploratio tumoris pharyngis
KENB20	Pharyngectomy
KENB30	Laryngopharyngectomy
KENB40	Excisio cystis sive fistulae branchialis
KENB50	Excisio cystis sive fistulae ductus thyreoglossi
KENB99	Resektion/excision på pharynx og nærliggende bløddeler, anden
KENC99	Rekonstruktiv op. på pharynx og nærliggende bløddeler, anden
KENW99	Operation på pharynx og nærliggende strukturer, anden
KFAB30	Fjernelse af tumor i vena cava thoracalis
KFAB96	Operation, vena cavae thoracalis, anden
KFEE10	Excisio tumoris pericardii
KFEE96	Procedure med fjernelse af væv fra pericardium, anden
KFEF96	Procedure med pericardiectomi, anden
KFEW96	Operation, pericardium, anden
KFFA10	Excisio tumoris atrii
KFFA96	Operation, tumor i atrium, anden
KFHW96	Operation, ventrikelseptum, anden
KFJC00	Excisio tumoris ventriculi dextra
KFLB00	Excision af tumor i venstre ventrikel
KGAC20	Excisio/destructio tumoris pleurae
KGAC21	Excisio/destructio tumoris pleurae endoscopica percutanea
KGAC96	Operation på pleura, anden åben
KGAE06	Excisio tumoris parietis thoracis
KGAG10	Excision af tumor i diafragma, transthorakal
KGAG11	Excision af tumor i diafragma, endoskopisk

KGAW96	Operation på brystvæg, pleura og diafragma, anden åben
KGBA22	Excisio tumoris tracheae endoscopica
KGBA25	Elektrocoagulatio tumoris tracheae endoscopica
KGBA28	Laserterapi af trachealtumor, endoskopisk
KGBA98	Operation, anden endotracheal
KGBC00	Resectio tracheae
KGBC06	Resectio et reconstructio tracheae med protese
KGBC10	Resectio et reconstructio carinae
KGBC13	Resektion og rekonstruktion af carina, med implantat
KGBC15	Resektion og sutur af trachea
KGBC99	Resektion og rekonstruktion af trachea, anden
KGCA02	Elektrokoagulation af tumor i bronchier, endoskopisk
KGCA05	Laserterapi af tumor i bronchier, endoskopisk
KGCA06	Excision af tumor i bronchier
KGCA08	Excision af tumor i bronchier, endoskopisk
KGCA50	Resectio bronchii
KGCA60	Resectio bronchii med end-to-end anastomose
KGCA70	Resectio et reconstructio bronchii cum prothesis
KGCA96	Operation på bronchier, anden
KGDA20	Excisio tumoris pulmonis
KGDA21	Excisio tumoris pulmonis thorascopica
KGDB10	Resectio pulmonis
KGDB11	Resectio pulmonis endoscopica percutanea
KGDB20	Resectio pulmonis segmentalis
KGDB21	Resectio pulmonis segmentalis endoscopica percutanea
KGDB96	Lungeresektion, anden
KGDB97	Lungeresektion, anden endoskopisk perkutan
KGDC00	Lobectomy pulmonis
KGDC01	Lobectomy pulmonis endoscopica percutanea
KGDC10	Bi-lobectomy pulmonis
KGDC15	Bi-lobectomy pulmonis endoscopica percutanea
KGDC20	Lobectomy pulmonis med "sleeve"-resektion
KGDC23	Lobectomy pulmonis med segmentresektion
KGDC26	Lobectomy pulmonis cum resectione pulmonis
KGDC96	Lobectomy-operation på lunge, anden
KGDC97	Lobectomy-operation på lunge, anden endoskopisk perkutan
KGDD00	Pneumectomy
KGDD01	Pneumectomy endoscopica percutanea
KGDD10	Pleuropneumectomy
KGDD11	Pleuropneumectomy endoscopica percutanea
KGDD20	Pneumectomy, udvidet
KGDD23	Pneumectomy og resektion af carina
KGDD26	Pneumectomy og resektion af bronchus eller trachea
KGDD96	Pneumectomyoperation, anden
KGDD97	Pneumectomy, anden endoskopisk perkutan
KGDW96	Operation på lunger, anden

KGDW97	Operation på lunger, anden endoskopisk perkutan
KGDW98	Operation på lunger, anden endoskopisk transluminal
KGEA20	Mediastinoskopi med excision af tumor
KGEA99	Mediastinoskopioperation, andet
KGEB30	Mediastinotomi med excision af tumor
KGEB40	Mediastinotomi og udvidet excision
KGEB99	Mediastinotomioperation, anden
KGEC10	Resectio thymii, transcervicalis
KGEC13	Resectio thymii, transsternalis
KGEC16	Resectio thymii endoscopica percutanea
KGEC20	Thymectomy transcervicalis
KGEC23	Thymectomy transsternalis
KGEC26	Thymectomy endoscopica percutanea
KGEC96	Operation på thymus, anden
KGEC97	Operation på thymus, anden endoskopisk
KGEW99	Operation på mediastinum, anden
KHAB00	Excisio tumoris mammae
KHAB00A	Excisio tumoris mammae, med nålemarkering
KHAB30	Excisio areola/papilla mammae
KHAB40	Resectio segmentalis mammae
KHAB99	Resektion af mammae, anden
KHAC10	Mastectomy subcutanea med bevarelse af papillae mammae
KHAC15	Mastectomy subcutanea inkl. excision af papillae mammae
KHAC20	Mastektomi, total
KHAC25	Mastektomi, radikal
KHAC99	Mastektomi, anden
KJAA10	Excision af tumor i bugvæg
KJAL20	Excisio tumoris peritonei
KJAL21	Excisio tumoris peritonei laparoscopica
KJAL96	Excisio tumoris peritonei aliae
KJAL97	Excisio tumoris peritonei aliae laparoscopica
KJAW96	Op. på bugvæg, peritoneum, mesenterium eller oment, anden
KJAW97	Op. på bugvæg, perit, mesent. el oment, anden laparoskopisk
KJCA01	Excisio tumoris oesophagi endoscopica
KJCA05	Polypectomia oesophagi endoscopica
KJCA96	Operation, oesophagus, anden lokal
KJCA97	Op. på oesophagus, anden lokal laparoskopisk/thorakoskopisk
KJCA98	Operation, oesophagus, anden lokal endoskopisk
KJCC00	Resectio oesophagi transhiatalis
KJCC10	Resectio oesophagi transthoracalis
KJCC11	Resectio oesophagi, torakoskopisk assisteret
KJCC12	Resectio oesophagi endoscopica
KJCC20	Resectio oesophagi c interpositione intestini transhiatalis
KJCC30	Resectio oesophagi transthor. cum interpositione intestini
KJCC96	Resektion af oesophagus, anden
KJCW96	Operation på oesophagus, anden

KJCW97	Operation på oesophagus, anden laparoskopisk/thoraskopisk
KJCW98	Operation på oesophagus, anden transluminal endoskopisk
KJDA05	Polypectomia ventriculi endoscopica
KJDA63	Excisio tumoris ventriculi
KJDC00	Resectio ventriculi cum gastroduodenostomia, Billroth I
KJDC10	Resectio ventriculi cum gastrojejunostomia, Billroth II
KJDC11	Resectio ventriculi cum gastrojejunostomia laparoscopica
KJDC20	Resectio ventriculi cum gastrojejunostomia a.m. Roux
KJDC30	Resectio ventriculi cum interpositione jejuni
KJDC40	Resectio ventriculi et oesophagogastrastomia
KJDC96	Resectio ventriculi aliae
KJDC97	Resectio ventriculi aliae laparoscopica
KJDD00	Gastrectomia et oesophagojejunostomia a.m. Roux
KJDD99	Gastrectomia aliae
KJDH50	Excision af tumor i bulbus duodeni
KJDW96	Operation på ventrikel og duodenum, anden
KJDW97	Operation på ventrikel og duodenum, anden laparoskopisk
KJDW98	Op. på ventrikel og duodenum, anden transluminal endoskopis
KJEA00	Appendectomy
KJEA01	Appendectomy laparoscopica
KJEA10	Appendektomi med drænage
KJEW96	Operation på appendix, anden
KJEW97	Operation på appendix, anden laparoskopisk
KJFA05	Polypectomia intestinim tenuis endoscopica
KJFA15	Polypectomia coli endoscopica
KJFA73	Excision af tumor i tyndtarm
KJFA74	Excisio tumoris intestini tenuis laparoscopica
KJFA83	Excisio tumoris coli
KJFA84	Excision af tumoris i colon, laparoskopisk
KJFA96	Tarmoperation, anden lokal
KJFA97	Tarmoperation, anden laparoskopisk lokal
KJFA98	Tarmoperation, anden transluminal endoskopisk
KJFB00	Resectio intestini tenuis
KJFB01	Resectio intestini tenuis endoscopica
KJFB20	Resectio ileocecalis
KJFB21	Resectio ileocecalis laparoscopica
KJFB30	Hemicolectomia dextra
KJFB31	Hemicolectomia dextra laparoscopica
KJFB33	Resektion af tyndtarm og colon
KJFB34	Resektion af tyndtarm og colon, laparoskopisk
KJFB40	Resectio coli transversi
KJFB41	Resectio coli transversi laparoscopica
KJFB43	Hemicolectomia sinistra
KJFB44	Hemicolectomia sinistra laparoscopica
KJFB46	Resectio coli sigmoidei
KJFB47	Resectio coli sigmoidei laparoscopica

KJFB50	Resectio coli aliae
KJFB51	Resectio coli aliae laparoscopica
KJFB60	Resektion af colon sigmoideum med colostomi
KJFB61	Resektion af colon sigmoideum med colostomi, laparoskopisk
KJFB63	Resektion af colon med colostomi og distal lukning, anden
KJFB64	Resek af colon m colostomi/dist lukning, anden laparoskopis
KJFB96	Tarmresektion, anden
KJFB97	Tarmresektion, anden laparoskopisk
KJFH00	Colectomia et ileorectostomia
KJFH10	Colectomia et ileostomia
KJFH20	Proctocolectomia et ileostomia
KJFH30	Colektomi, mucosal proctektomi, ileoanal anast. u ileostomi
KJFH33	Colektomi, proctektomi, ileoanal anastomose og ileostomi
KJFH40	Proctocolektomi og kontinent ileostomi
KJFH96	Colectomiae totalis aliae
KJFW96	Operation på tyndtarm og colon, anden
KJFW97	Operation på tyndtarm og colon, anden laparoskopisk
KJFW98	Op. på tyndtarm og colon, anden transluminal endoskopisk
KJGA05	Polypectomia recti endoscopica
KJGA70	Proktotomi med fjernelse af rectumtumor (alle lag)
KJGA73	Excision af tumor i rectum, transanal
KJGA75	Excision af tumor i rectum, endoskopisk mikrokirurgisk
KJGA96	Proktotomi og lokal operation på rectum, anden
KJGA97	Proktotomi og lokal operation på rectum, anden laparoskopis
KJGA98	Proktotomi+lokal op. på rectum, anden translum endoskopisk
KJGB00	Resectio recti
KJGB01	Resectio recti laparoscopica
KJGB10	Resectio recti cum colostomia
KJGB11	Resectio recti cum colostomia laparoscopica
KJGB20	Rectosigmoideoresekt og abdomino-perineal pull-through anas
KJGB30	Resectio recti abdomino-perinealis
KJGB40	Amputatio recti et ileostomia
KJGB50	Proctektomi, mucosal og ileoanal anastomose
KJGB96	Resektionsoperation på rectum, anden
KJGB97	Resektionsoperation på rectum, anden laparoskopisk
KJGD00	Excision af perinealt tumorrecidiv
KJGW96	Operatio recti, anden og uspecificeret
KJGW97	Operation på rectum, anden laparoskopisk
KJGW98	Operation på rectum, anden transluminal endoskopisk
KJHA20	Excision af tumor i analkanalen eller perianalt, lokal
KJHA30	Termisk behandling af tumor i analkanalen eller perianalt
KJHW99	Operation på anus og perianalt væv, anden
KJJA40	Excisio tumoris hepatis
KJJA43	Destructio tumoris hepatis
KJJA44	Destructio tumoris hepatis laparoscopica
KJJA96	Operation på lever, anden lokal

KJJA97	Operation på lever, anden lokal laparoskopisk
KJJB00	Kileresektion af lever
KJJB10	Resectio hepatis atypica
KJJB20	Resectio segmentum hepatis (ét segment)
KJJB30	Resectio segmenti hepatis (to segmenter)
KJJB40	Hepatectomia sinistra
KJJB50	Hepatectomia dextra
KJJB53	Hepatectomia dextra (udvidet)
KJJB71	Resectio hepatis laparoscopica
KJJB96	Leverresektion, anden
KJJW96	Operation på lever, anden
KJJW97	Operation på lever, anden laparoskopisk
KJKA20	Cholecystectomy
KJKA21	Cholecystectomy laparoscopica
KJKA96	Operation på galdeblæren, anden
KJKA97	Operation på galdeblæren, anden laparoskopisk
KJKB96	Operation på galdegang, anden
KJKB97	Operation på galdegang, anden laparoskopisk
KJKC00	Excision af tumor i galdegang, lokal
KJKC01	Excision af tumor i galdegang, laparoskopisk
KJKC10	Resektion og anastomose af galdegang
KJKC20	Resektion af galdegang med cholangioduodenostomi
KJKC30	Resektion af galdegang med cholangiojejunostomi
KJKC40	Resektion af høj/ve ductus hepaticus m anastomose til jejunu
KJKC50	Excision af papilla Vateri med cholangioenterostomi
KJKC99	Excision eller resection i galdeveje, anden
KJKE96	Operation på galdegang og ampul, anden transduodenal
KJKE98	Op. på galdegang og ampul, anden transduodenal endoskopisk
KJKF96	Operation på galdeveje, anden sekundær
KJKF97	Operation på galdeveje, anden transluminal endoskopisk
KJKW96	Operation på galdeveje, anden
KJKW97	Operation på galdeveje, anden laparoskopisk
KJKW98	Operation på galdeveje, anden transluminal endoskopisk
KJLC00	Excisio tumoris pancreatis
KJLC10	Resectio pancreatis pars distalis
KJLC20	Pancreatectomia totalis
KJLC30	Pancreatoduodenectomy
KJLC40	Pancreatoduodenectomy totalis
KJLC50	Resectio pancreatis atypica
KJLC99	Pancreatoduodenectomy, anden
KJLW96	Operation på pancreas, anden
KJLW97	Operation på pancreas, anden laparoskopisk
KJLW98	Operation på pancreas, anden transluminal endoskopisk
KJMA00	Resectio lienis
KJMA10	Splenectomy abdominalis
KJMA11	Splenectomy laparoscopica

KJMA20	Splenectomy transthoracalis
KJMA99	Splenectomy aliae
KJMW96	Operation på milten, anden
KJMW97	Operation på milten, anden laparoskopisk
KKAC00	Nephrectomia
KKAC01	Nephrectomia endoscopica percutanea
KKAC20	Nephroureterectomy
KKAC21	Nephroureterectomy, endoscopica percutanea
KKAD00	Resectio renis
KKAD01	Resectio renis, endoscopica percutanea
KKAD10	Heminephrectomia
KKAD11	Heminephrectomia endoscopica percutanea
KKAD40	Resectio pelvis renis
KKAD41	Resectio pelvis renis endoscopica percutanea
KKAD50	Destructio tumoris pelvis renis
KKAD51	Destructio tumoris pelvis renis endoscopica percutanea
KKAD52	Destructio tumoris pelvis renis endoscopica transluminalis
KKAD96	Resectio renis, pelvis renis, aliae
KKAD97	Resectio renis, pelvis renis, endoscopica percutanea aliae
KKAD98	Resectio renis, pelvis renis endoscopica translum. aliae
KKAW96	Operation på nyre og nyrebækken, anden
KKAW97	Operation på nyre og nyrebækken, anden perkutan endoskopisk
KKAW98	Op. på nyre og nyrebækken, anden transluminal endoskopisk
KKBC00	Ureterectomy
KKBC01	Ureterectomy endoscopica percutanea
KKBD00	Resectio ureteris
KKBD01	Resectio ureteris endoscopica percutanea
KKBD20	Destructio tumoris ureteris
KKBD21	Destructio tumoris ureteris endoscopica percutanea
KKBD22	Destructio tumoris ureteris endoscopica transluminalis
KKBD30	Fjernelse af ureterstump
KKBD31	Fjernelse af ureterstump, endoskopisk perkutan
KKBD96	Resectio ureteris et destructio tumoris aliae
KKBD97	Resectio ureteris/destructio tum. endoscop. percutanea alia
KKBW96	Operation på ureter, anden
KKBW97	Operation på ureter, anden perkutan endoskopisk
KKBW98	Operation på ureter, anden transluminal endoskopisk
KKCC00	Cystectomy
KKCC10	Cysto-prostato-vesiculectomia
KKCC20	Cysto-prostato-urethrectomia
KKCC30	Cystektomi med fjernelse af genitaliae interna feminae
KKCC99	Cystectomy aliae
KKCD02	Resectio vesicae urinariae endoscopica transluminalis
KKCD10	Resectio vesicae urinariae
KKCD11	Resectio vesicae urinariae endoscopica percutanea
KKCD30	Destructio tumoris vesicae urinariae

KKCD32	Destructio tumoris ves. urinariae endoscopica transluminali
KKCD40	Resectio urachi
KKCD96	Blæreresektion, anden
KKCD97	Blæreresektion, anden perkutan endoskopisk
KKCD98	Blæreresektion, anden transluminal endoskopisk
KKCW96	Blæreoperation, anden
KKCW97	Blæreoperation, anden perkutan endoskopisk
KKCW98	Blæreoperation, anden transluminal endoskopisk
KKDC00	Urethrectomia
KKDD00	Resectio urethrae
KKDD30	Destructio tumoris urethrae
KKDD32	Destructio tumoris urethrae endoscopica transluminalis
KKDD40	Resectio sphincteris externae urethrae
KKDD42	Resectio sphincteris externae urethrae endoscopica translum
KKDD80	Resectio urethrae cum transplantatione
KKDD96	Resectio urethrae aliae
KKDD98	Resectio urethrae endoscopica transluminalis aliae
KKDW96	Operation på urethra, anden
KKDW98	Operation på urethra, anden transluminal endoskopisk
KKEC00	Prostatectomia radicalis retropubica
KKEC10	Prostatectomia radicalis perinealis
KKEC20	Prostatectomia radicalis sacralis
KKED00	Resectio prostatae transvesicalis
KKED22	Resectio prostatae transurethralis (TURP)
KKED52	VLAP og TULIP
KKED52A	VLAP (Visual Ablation of Prostate (laser))
KKED52B	TULIP (Transureth Ultrasonic Guided Laser Induced Prostatec
KKED96	Resectio prostatae aliae
KKED97	Resectio transluminalis endoscopica prostatae aliae
KKEW96	Prostataoperation, anden
KKEW98	Prostataoperation, anden transluminal endoskopisk
KKEW98A	Anden transluminal endoskopisk prostataoperation, laserbeh.
KKEW98B	Anden transluminal endoskopisk prostataop., elektrovaporisation
KKFC00	Orchiectomia et epididymectomia unilateralis
KKFC05	Orchiectomia subcapsularis unilateralis
KKFC10	Orchiectomia et epididymectomia bilateralis
KKFC15	Orchiectomia subcapsularis bilateralis
KKFC60	Epididymectomia
KKFC96	Ablatio testis/epididymis aliae
KKFC99	Ablatio testis/epididymis aliae
KKFD00	Resectio testis
KKFD16	Resectio epididymis
KKFD96	Resektion af testis, testis- hinder og sædveje, anden
KKFD99	Resektion af testis, testis- hinder og sædveje, anden
KKFW99	Operation på scrotalindhold, anden
KKGC00	Amputatio penis partialis

KKGC10	Amputatio penis totalis
KKGD00	Resectio glans penis
KKGD05	Resectio corpus penis
KKGD10	Destructio tumoris penis
KKGD99	Resectio penis aliae
KKGW99	Penisoperation, anden
KKKB10	Excisio tumoris retroperitonealis
KKKB11	Excisio tumoris retroperitonealis endoscopica percutanea
KKKW96	Operationer på retroperitonealt væv, andre
KKKW97	Endoskopiske perkutane opr. på retroperitonealt væv, andre
KLAC00	Excisio cystis ovarii
KLAC01	Excisio cystis ovarii laparoscopica
KLAC96	Excisio/destructio tumoris ovarii aliae
KLAC97	Excisio/destructio tumoris ovarii aliae laparoscopica
KLAD00	Resectio ovarii
KLAD01	Resectio ovarii laparoscopica
KLAE10	Oophorectomia unilateralis
KLAE11	Oophorectomia unilateralis laparoscopica
KLAE20	Oophorectomia bilateralis
KLAE21	Oophorectomia bilateralis laparoscopica
KLAF00	Salpingo-oophorectomia unilateralis
KLAF01	Salpingo-oophorectomia unilateralis laparoscopica
KLAF10	Salpingo-oophorectomia bilateralis
KLAF11	Salpingo-oophorectomia bilateralis laparoscopica
KLAW96	Operation på ovariet, anden
KLAW97	Operation på ovariet, anden laparoskopisk
KLBA96	Punktur og endoskopisk operation på salpinx, anden
KLBD00	Resectio tubae
KLBD01	Resectio tubae laparoscopica
KLBE00	Salpingectomy
KLBE01	Salpingectomy laparoscopica
KLBW96	Operation på salpinx, anden
KLBW97	Operation på salpinx, anden laparoskopisk
KLCA96	Intrauterin operation, anden
KLCA98	Operation på uterus, anden transluminal endoskopisk
KLCB20	Myomectomy transvaginalis
KLCB25	Excisio tumoris uteri hysteroscopica
KLCB28	Excisio endometrii hysteroscopica
KLCB96	Excisio tumoris uteri aliae
KLCB97	Excisio tumoris uteri laparoscopica aliae
KLCB98	Excisio tumoris uteri endoscopica transluminalis aliae
KLCC00	Resectio uteri
KLCC01	Resectio uteri laparoscopica
KLCC05	Excision af uterusvæg, hysteroskopisk
KLCC10	Hysterektomi, supravaginal
KLCC11	Hysterektomi, laparoskopisk subtotal

KLCC20	Hysterektomi, vaginal supravaginal
KLCC96	Excision af uterus, anden partiel
KLCC97	Excision af uterus, anden laparoskopisk partiel
KLCD00	Hysterectomy
KLCD01	Hysterectomy totalis laparoscopica
KLCD04	Hysterectomy laparoscopica
KLCD10	Hysterectomy vaginalis
KLCD11	Hysterectomy vaginalis, laparoskopisk assisteret
KLCD30	Hysterectomy radicalis
KLCD31	Hysterectomy radicalis laparoscopica
KLCD40	Hysterektomi, radikal vaginal
KLCD96	Hysterektomi, anden
KLCD97	Hysterektomi, anden laparoskopisk
KLCE00	Exenteratio pelvis anterior feminae
KLCE10	Exenteratio pelvis posterior feminae
KLCE20	Exenteratio totalis pelvis feminae
KLCE99	Exenteratio radicalis pelvis feminae aliae
KLCF00	Excisio tumoris parametrii
KLCF01	Excisio tumoris parametrii laparoscopica
KLCF20	Extirpatio tumoris fossae Douglasi
KLCF21	Extirpatio tumoris fossae Douglasi, laparoskopisk
KLCF96	Excision af forandring i parametrier, anden
KLCF97	Excision af forandringer i parametrier, anden laparoskopisk
KLCW96	Operation på uterus og parametrier, anden
KLCW97	Operation på uterus og parametrier, anden laparoskopisk
KLDB00	Excisio tumoris cervicis uteri
KLDB10	Kryoterapia cervicis uteri
KLDB20	Electrocoagulatio/lasertherapia cervicis uteri
KLDC00	Conisatio cervicis uteri, med kniv
KLDC03	Conisatio cervicis uteri, med diatermi/laser
KLDC10	Resectio cervicis uteri
KLDC99	Resectio cervicis uteri aliae
KLDW96	Operation på cervix uteri, anden
KLDW99	Operation på cervix uteri, anden
KLEB10	Excisio tumoris/ulcerationis vaginae
KLEC00	Resectio vaginae
KLEC10	Excisio septi vaginale
KLED20	Kolpectomia
KLEW96	Operation på vagina, anden
KLEW97	Operation på vagina, anden laparoskopisk
KLFB10	Excision af tumor, ulceration og lign. i vulva og perineum
KLFB20	Destructio tumoris vulvae/perinei med diatermi/kryo/laser
KLFC00	Resectio vulvae
KLFC99	Resektion af vulva og perineum, anden
KLFD00	Vulvectomy
KLFD10	Vulvectomy et exairesis lymphoglandulae regionalis

KLFW99	Operation på vulva og perineum, anden
KNAL04	Excisio musculi i ryg og på hals
KNAL99	Muskel- og seneoperation i ryg og på hals, anden
KNAL99A	Muskel- og seneoperation i ryg, anden
KNAL99B	Muskel- og seneoperation på hals, anden
KNAR00	Excision af bløddelstumor, col.cervicalis, inkomplet
KNAR01	Excision af bløddelstumor, col.cerv-thoracalis, inkomplet
KNAR02	Excision af bløddelstumor, col.thoracalis, inkomplet
KNAR03	Excision af bløddelstumor, col.thoraco-lumb, inkomplet
KNAR04	Excision af bløddelstumor, col.lumbalis, inkomplet
KNAR05	Excision af bløddelstumor, col.cerv-thora-lumb, inkomplet
KNAR06	Excision af bløddelstumor, col.lumbosacralis, inkomplet
KNAR09	Excision af bløddelstumor i ryg og hals u spec, inkomplet
KNAR09A	Excisio af bløddelstumor i ryg uden specifikation, inkomple
KNAR09B	Excisio af bløddelstumor i på halsen u spec, inkomplet
KNAR10	Excision af bløddelstumor, col.cervicalis, komplet
KNAR11	Excision af bløddelstumor, col.cerv-thoracalis, komplet
KNAR12	Excision af bløddelstumor, col.thoracalis, komplet
KNAR13	Excision af bløddelstumor, col.thoraco-lumb, komplet
KNAR14	Excision af bløddelstumor, col.lumbalis, komplet
KNAR15	Excision af bløddelstumor,col.cerv-thoraco-lumb, komplet
KNAR16	Excision af bløddelstumor, col.lumbosacralis, komplet
KNAR19	Excision af bløddelstumor i ryggen og på halsen, komplet
KNAR19A	Excision af bløddelstumor i ryggen, komplet
KNAR19B	Excision af bløddelstumor på halsen, komplet
KNAR20	Excision af bløddelstumor, col.cervicalis, udvidet
KNAR21	Excision af bløddelstumor, col.cerv-thoracalis, udvidet
KNAR22	Excision af bløddelstumor, col. thoracalis, udvidet
KNAR23	Excision af bløddelstumor, col.thoraco-lumb, udvidet
KNAR24	Excision af bløddelstumor, col.lumbalis, udvidet
KNAR25	Excision af bløddelstumor,col.cerv-thoraco-lumb, udvidet
KNAR26	Excision af bløddelstumor, col.lumbosacralis, udvidet
KNAR29	Excision af bløddelstumor i ryggen og på halsen, udvidet
KNAR29A	Excision af bløddelstumor i ryggen, udvidet
KNAR29B	Excision af bløddelstumor på halsen, udvidet
KNAR30	Blokexcision af bløddelstumor, col. Cervicalis
KNAR31	Blokexcision af bløddelstumor, col. cervico-thoracalis
KNAR32	Blokexcision af bløddelstumor, col. Thoracalis
KNAR33	Blokexcision af bløddelstumor, col. thoraco-lumbalis
KNAR34	Blokexcision af bløddelstumor, col. Lumbalis
KNAR35	Blokexcision af bløddelstumor, col. cervico-thoraco-lumbali
KNAR36	Blokexcision af bløddelstumor, col. lumbosacralis
KNAR39	Blokexcision af bløddelstumor i ryg og på hals, anden
KNAR39A	Blokexcision i forbindelse med bløddelstumor i ryggen
KNAR39B	Blokexcision i forbindelse med bløddelstumor på halsen
KNAR40	Excision af knogletumor i columna cervicalis, inkomplet

KNAR41	Excision af knogletumor i col. cervico-thoracalis, inkomple
KNAR42	Excision af knogletumor i columna thoracalis, inkomple
KNAR43	Excision af knogletumor i col. thoraco-lumbalis, inkomple
KNAR44	Excision af knogletumor i columna lumbalis, inkomple
KNAR45	Excision af knogletumor i col. cerv-thor-lumb, inkomple
KNAR46	Excision af knogletumor i columna lumbosacralis, inkomple
KNAR49	Excision af knogletumor i col. uden specifikation, inkomple
KNAR50	Excision af knogletumor i columna cervicalis, komplet
KNAR51	Excision af knogletumor i col. cervico-thoracalis, komplet
KNAR52	Excision af knogletumor i columna thoracalis, komplet
KNAR53	Excision af knogletumor i columna thoraco-lumbali, komplet
KNAR54	Excision af knogletumor i columna lumbalis, komplet
KNAR55	Excision af knogletumor i col. cerv-thor-lumbalis, komplet
KNAR56	Excision af knogletumor i columna lumbosacralis, komplet
KNAR59	Excision af knogletumor i columna u specifikation, komplet
KNAR60	Excision af knogletumor i columna cervicalis, udvidet
KNAR61	Excision af knogletumor i col. cervico-thoracalis, udvidet
KNAR62	Excision af knogletumor i columna thoracalis, udvidet
KNAR63	Excision af knogletumor i columna thoraco-lumbalis, udvidet
KNAR64	Excision af knogletumor i columna lumbalis, udvidet
KNAR65	Excision af knogletumor i col. cerv-thor-lumbalis, udvidet
KNAR66	Excision af knogletumor i columna lumbosacralis, udvidet
KNAR69	Excision af knogletumor i columna u specifikation, udvidet
KNAR70	Bløkexcision i forbindelse med knogletumor i col. cervicali
KNAR71	Bløkexcision i forb. m knogletumor i col. cervico-thoracali
KNAR72	Bløkexcision i forbindelse med knogletumor i col. thoracali
KNAR73	Bløkexcision i forb. med knogletumor i col. thoraco-lumbali
KNAR74	Bløkexcision i forbindelse med knog5etumor i col. lumbalis
KNAR75	Bløkexcision i forb. m knogletumor i col. cerv-thor-lumbali
KNAR76	Bløkexcision i forb. med knogletumor i col. lumbosacralis
KNAR79	Bløkexcision i forb. med knogletumor i columna uden spec
KNAR90	Bløddels/knogletumorkirurgi, columna cervicalis, anden
KNAR91	Bløddels/knogletumorkirurgi, col.cervico-thoracal, anden
KNAR92	Bløddels/knogletumorkirurgi, columna thoracalis, anden
KNAR93	Bløddels/knogletumorkirurgi, col. thoraco-lumbal, anden
KNAR94	Bløddels/knogletumorkirurgi, columna lumbalis, anden
KNAR95	Bløddels/knogletumorkirurgi, col.cerv-thor-lumbal, anden
KNAR96	Bløddels/knogletumorkirurgi, columna lumbosacralis, anden
KNAR99	Bløddels/knogletumorkirurgi på ryg, i columna og hals, ande
KNAR99A	Bløddelstumorkirurgi på ryggen, anden
KNAR99B	Knogletumorkirurgi i columna, anden
KNAR99C	Bløddelstumorkirurgi på halsen, anden
KNAT90	Op. i columna cervicalis ikke specificeret andetsteds, ande
KNAT91	Op. i columna cervico-thoracalis ikke spec andetsteds, ande
KNAT92	Op. i columna thoracalis ikke specificeret andetsteds, ande
KNAT93	Op. i columna thoraco-lumbalis ikke spec andetsteds, anden

KNAT94	Op. i columna lumbalis ikke specificeret andetsteds, anden
KNAT95	Op. i col. cervico-thoraco-lumb. ikke spec andetsteds, ande
KNAT96	Op. i columna lumbosacralis ikke specific. andetsteds, anden
KNAT99	Op. på ryggen, i col, på hals ikke spec andetsteds, anden
KNAT99A	Op. i columna uden specifikation ikke spec andetsteds, ande
KNAT99B	Operation på ryggen ikke specificeret andetsteds, anden
KNAT99C	Operation på halsen ikke specificeret andetsteds, anden
KNBH90	Operationes art. reg. humeroscap. aliae s non spec, perkuta
KNBH91	Operationes art reg. humeroscap. aliae s non spec, artrosko
KNBH92	Operationes articuli reg. humeroscap. aliae s non spec, åbe
KNBH99	Operationes articuli reg humeroscap. aliae s non spec u spe
KNBK11	Excisio exostosis ossis/resectio ossis, humerus
KNBK11B	Excisio s. resectio ossis partialis, humerus
KNBK11C	Excisio s. resectio ossis totalis, humerus
KNBK12	Excisio exostosis ossis/resectio ossis, clavicula
KNBK12B	Excisio s. resectio ossis partialis, clavicula
KNBK12C	Excisio s. resectio ossis totalis, clavicula
KNBK13	Excisio exostosis ossis/resectio ossis, scapula
KNBK13B	Excisio s. resectio ossis partialis, scapula
KNBK13C	Excisio s. resectio ossis totalis, scapula
KNBK91	Knogleoperation, humerus, anden
KNBK92	Knogleoperation, clavicula, anden
KNBK93	Knogleoperation, scapula, anden
KNBL04	Excisio musculi i skulderregion og på overarm
KNBL99	Muskel- og seneoperation i skulderregionen og overarm, ande
KNBM19	Fasciectomy partialis/totalis i skulderregionen og overarm
KNBQ01	Amputatio interthoracoscapularis
KNBQ09	Exarticulatio art. humeroscapularis
KNBQ19	Amputatio humeri
KNBQ99	Amputationskirurgi i skulderreg. eller på overarmen, anden
KNBR09	Excisio af bløddeltumor i skulderreg. og overarm, inkomple
KNBR19	Excision af bløddeltumor i skulderreg. og overarm, komplet
KNBR29	Excision af bløddeltumor i skulderreg. og overarm, udvidet
KNBR39	Blokexcision i forb. m bløddeltumor, skulderreg. og overar
KNBR49	Excision af knogletumor i skulderreg. og overarm, inkomplet
KNBR59	Excision af knogletumor i skulderreg. og overarm, komplet
KNBR69	Excision af knogletumor i skulderreg. og overarm, udvidet
KNBR79	Blokexcision i forb. m knogletumor i skulderreg. og overarm
KNBR99	Bløddels/knogletumorkirurgi i skulderreg. og overarm, anden
KNCK10	Excisio exostosis ossis/resectio ossis pars proximalis ulna
KNCK10B	Excisio s. resectio ossis partialis, pars proximalis ulnae
KNCK10C	Excisio s. resectio ossis totalis, pars proximalis ulnae
KNCK11	Excisio exostosis ossis/resectio ossis, corpus ulnae
KNCK11B	Excisio s. resectio ossis partialis, corpus ulnae
KNCK11C	Excisio s. resectio ossis totalis, corpus ulnae
KNCK12	Excisio exostosis ossis/resectio ossis pars distalis ulnae

KNCK12B	Excisio s. resectio ossis partialis, pars distalis ulnae
KNCK12C	Excisio s. resectio ossis totalis, pars distalis ulnae
KNCK13	Excisio exostosis ossis/resectio ossis, pars prox. radii
KNCK13B	Excisio s. resectio ossis partialis, pars proximalis radii
KNCK13C	Excisio s. resectio ossis totalis, pars proximalis radii
KNCK14	Excisio exostosis ossis/resectio ossis, corpus radii
KNCK14B	Excisio s. resectio ossis partialis, corpus radii
KNCK14C	Excisio s. resectio ossis totalis, corpus radii
KNCK15	Excisio exostosis ossis/resectio ossis pars distalis radii
KNCK15B	Excisio s. resectio ossis partialis, pars distalis radii
KNCK15C	Excisio s. resectio ossis totalis, pars distalis radii
KNCK16	Excisio exostosis ossis/resectio ossis, corp. ulnae et radii
KNCK16B	Excisio s. resectio ossis partialis, corpus ulnae et radii
KNCK16C	Excisio s. resectio ossis totalis, corpus ulnae et radii
KNCK17	Excisio exost. oss./resectio oss, pars dist. ulnae et radii
KNCK17B	Excisio s. resectio ossis part, pars dist. ulnae et radii
KNCK17C	Excisio s. resectio ossis totalis, pars dist. ulnae et radii
KNCK18	Excisio s. resectio ossis antebrachii, anden
KNCK90	Knogleoperation, pars proximalis ulnae, anden
KNCK91	Knogleoperation, corpus ulnae, anden
KNCK92	Knogleoperation, pars distalis ulnae, anden
KNCK93	Knogleoperation, pars proximalis radii, anden
KNCK94	Knogleoperation, corpus radii, anden
KNCK95	Knogleoperation, pars distalis radii, anden
KNCK96	Knogleoperation, corpus ulnae et radii, anden
KNCK97	Knogleoperation, pars distalis ulnae et radii, anden
KNCL04	Excisio musculi i albuegregion og på underarm
KNCM19	Fasciectomy partialis/totalis på underarmen
KNCQ09	Exarticulatio art. cubiti
KNCQ19	Amputatio antebrachii
KNCQ99	Amputationskirurgi ved albueled eller på underarm, anden
KNCR09	Excisio af bløddeltumor ved albueled/underarm, inkomplet
KNCR19	Excision af bløddeltumor på albueled og underarm, komplet
KNCR29	Excision af bløddeltumor på albueled og underarm, udvidet
KNCR39	Blokexcision i forb. m bløddeltumor ved albueled, underarm
KNCR49	Excision af knogletumor på albueled og underarm, inkomplet
KNCR59	Excision af knogletumor på albueled og underarm, komplet
KNCR69	Excision af knogletumor på albueled og underarm, udvidet
KNCR79	Blokexcision i forb. m knogletumor ved albueled el underarm
KNCR99	Bløddels/knogletumorkir. ved albueled eller underarm, anden
KNDG00	Resectio articuli/resektionsartroplastik, art. radiocarpea
KNDG00A	Resectio articuli, art. radiocarpea
KNDG01	Resectio articuli/resektionsartroplastik, art. intercarpea
KNDG01A	Resectio articuli, art. intercarpea
KNDG02	Resectio art./resektionsartroplastik, art. carpometacarpea
KNDG02A	Resectio articuli, art. carpometacarpea 1

KNDG03	Resectio art/resektionsartroplastik, art. carpometacarp ali
KNDG03A	Resectio articuli, art. carpometacarpea alia
KNDG04	Resectio articuli/resektionsartroplastik, andre led
KNDG04A	Resectio articuli, andre led
KNDH90	Operationes articuli aliae s non spec, håndled/hånd perkuta
KNDH91	Operationes articuli aliae s. non spec håndled/hånd, artros
KNDH92	Operationes articuli aliae s. non spec i håndled/hånd, åben
KNDH99	Operationes articuli aliae s. non spec, håndled/hånd u spec
KNDK10C	Excisio s. resectio ossis partialis, os scaphoideum
KNDK10D	Excisio s. resectio ossis totalis, os scaphoideum
KNDK11	Excisio exostosis ossis/resectio ossis, ossis carpa alia
KNDK11C	Excisio s. resectio ossis partialis, ossis carpa alia
KNDK11D	Excisio s. resectio ossis totalis, ossis carpa alia
KNDK12	Excisio exostosis ossis/resectio ossis, ossis metatcarpea
KNDK12C	Excisio s. resectio ossis partialis, ossis metatcarpea
KNDK12D	Excisio s. resectio ossis totalis, ossis metatcarpea
KNDK13	Excisio exostosis ossis/resectio ossis, ossis phal. digiti
KNDK13C	Excisio s. resectio ossis partialis, ossis phal. digiti
KNDK13D	Excisio s. resectio ossis totalis, ossis phal. digiti
KNDK90	Knogleoperation på scaphoideum, anden
KNDK91	Knogleoperation, ossis carpa alia, anden
KNDK92	Knogleoperation, ossis metacarpea, anden
KNDK93	Knogleoperation, ossis phalang. digiti, anden
KNDK99	Knogleoperation på håndled og hånd, anden
KNDL04	Excisio musculi på håndled og hånd
KNDL99	Muskel- og seneoperation på håndled og hånd, anden
KNDM19	Fasciectomy partialis/totalis (inkl. op pro mb. Dupuytren)
KNDM99	Op. på fascie, seneskede, gangl, bursa, håndled/hånd, anden
KNDQ13A	Amputation, transmetacarpale partialis
KNDQ13B	Amputation, transmetacarpale totalis
KNDQ14	Amputation, digitus I totalis
KNDQ15	Amputation, digitus I partialis
KNDQ16	Amputation, digiti II-V totalis
KNDQ17	Amputation, digiti II-V partialis
KNDQ18	Amputation, håndled og hånd uspec.
KNDQ90	Amputationskirurgi, art. radicarpea, anden
KNDQ91	Amputationskirurgi, regio carpes, anden
KNDQ92	Amputationskirurgi, art. carpometacarpea, tot/part, anden
KNDQ93	Amputationskirurgi, transmetacarp. tot/part, anden
KNDQ94	Amputationskirurgi, digiti I, totalis, anden
KNDQ95	Amputationskirurgi, digiti I, partialis, anden
KNDQ96	Amputationskirurgi, digiti II-V, totalis, anden
KNDQ97	Amputationskirurgi, digiti II-V partialis, anden
KNDQ98	Amputationskirurgi, håndled og hånd uspecificeret
KNDR09	Excisio af bløddelstumor på håndled eller hånd, inkomplet
KNDR19	Excision af bløddelstumor på håndled eller hånd, komplet

KNDR29	Excision af bløddelstumor på håndled eller hånd, udvidet
KNDR39	Blokexcision i forb. med bløddelstumor på håndled eller hån
KNDR49	Excision af knogletumor på håndled eller hånd, inkomplet
KNDR59	Excision af knogletumor på håndled eller hånd, komplet
KNDR69	Excision af knogletumor på håndled eller hånd, udvidet
KNDR79	Blokexcision i forb. med knogletumor på håndled eller hånd
KNDR99	Bløddels- og knogletumorkirurgi på håndled eller hånd, ande
KNDT99	Op. på håndled og hånd ikke specificeret andetsteds, anden
KNEG09	Resectio articuli/resektionsartroplastik, bækkenled
KNEK19	Excisio exostosis ossis/resectio ossis pelvis
KNEK99	Andre knogleoperationer på bækkenet
KNEL04	Excisio musculi i bækkenregionen
KNEL99	Muskeloperation i bækkenregionen, anden
KNEM99	Operation på fascier, ganglier og bursae på bækkenet
KNEQ19	Hemipelvektomi
KNEQ99	Amputationskirurgi i bækkenregionen, anden
KNER09	Excisio af bløddelstumor i bækkenregionen, inkomplet
KNER19	Excision af bløddelstumor i bækkenregionen, komplet
KNER29	Excision af bløddelstumor i bækkenregionen, udvidet
KNER39	Blokexcision i forbindelse med bløddelstumor i bækkenreg.
KNER49	Excision af knogletumor i bækkenregionen, inkomplet
KNER59	Excision af knogletumor i bækkenregionen, komplet
KNER69	Excision af knogletumor i bækkenregionen, udvidet
KNER79	Blokexcision i forbindelse med knogletumor i bækkenregionen
KNER99	Bløddels- og knogletumorkirurgi i bækkenregionen, anden
KNET99	Bækkenoperation ikke specificeret andetsteds, anden
KNFG09	Resectio articuli/resektionsartroplastik, hofteledet
KNFH90	Operationes articuli coxae aliae sive non spec, lukket
KNFH91	Operationes articuli coxae aliae sive non spec, artroskopis
KNFH92	Operationes articuli coxae aliae sive non specificata, åben
KNFH99	Operationes articuli coxae aliae sive non spec uden spec
KNFK19	Excisio exostosis ossis/resectio ossis, femoris
KNFK99	Andre knogleoperationer på femur
KNFL04	Excisio musculi reg. coxae et femoris
KNFM19	Fasciectomy partialis/totalis femoris
KNFQ09	Exarticulatio art. coxae
KNFQ19	Amputatio femoris
KNFQ99	Amputationskirurgi i hofteled eller på lårben, anden
KNFR09	Excisio af bløddelstumor regio coxae et femoris, inkomplet
KNFR19	Excision af bløddelstumor regio coxae et femoris, komplet
KNFR29	Excision af bløddelstumor regio coxae et femoris, udvidet
KNFR39	Blokexcision i forb. m bløddelstumor regio coxae et femoris
KNFR49	Excision af knogletumor, femur, inkomplet
KNFR59	Excision af knogletumor, femur, komplet
KNFR69	Excision af knogletumor, femur, udvidet
KNFR79	Blokexcision i forbindelse med knogletumor, femur

KNFR99	Bløddels- og knogletumorkirurgi reg. coxae et femoris, ande
KNGE99	Operation på ledkapsler og ledbånd, knæleddet, anden
KNGE99A	Operation på knæledskapsel, anden
KNGE99B	Operation på knæets ledbånd, anden
KNGH90	Operationes articuli aliae s non spec, art genu, perkutan
KNGH91	Operationes articuli aliae s non spec art genu, artroskopis
KNGH92	Operationes articuli aliae sive non spec, art genu, åben
KNGH99	Operationes articuli genu aliae sive non specificata
KNGK19	Excisio exostosis ossis/resectio ossis, knæled og underben
KNGK99	Knogleoperation, knæled og underben, andre
KNGQ09	Exarticulatio genu
KNGQ19	Amputatio cruris
KNGR09	Excisio af bløddelstumor, knæled og underben, inkomplet
KNGR19	Excision af bløddelstumor, knæled og underben, komplet
KNGR29	Excision af bløddelstumor, knæled og underben, udvidet
KNGR39	Blokexcision i forb. med bløddelstumor, knæled og underben
KNGR49	Excision af knogletumor, knæled og underben, inkomplet
KNGR59	Excision af knogletumor, knæled og underben, komplet
KNGR69	Excision af knogletumor, knæled og underben, udvidet
KNGR79	Blokexcision i forb. med knogletumor, knæled og underben
KNGR99	Bløddels/knogletumorkir. i bevægeapp, knæled/underben, ande
KNHH92	Operationes articuli aliae s. non spec i fodled/fod u spec
KNHH99	Operationes articuli aliae s. non spec i fodled/fod u spec
KNHK19	Excisio exostosis ossis/resectio ossis, fodled og fod
KNHK99	Knogleoperationer, andre fodled og fod
KNHL99	Muskel- og seneoperation, fodled og fod, anden
KNHM19	Fasciectomy partialis/totalis, fodled og fod
KNHM99	Op. på fascie, seneskede, gangl, bursa, fodled og fod, ande
KNHQ00	Exarticulation, art. talocruralis
KNHQ01	Exarticulation, Syme
KNHQ02	Exarticulation, intertarsal
KNHQ03	Exarticulation, tarsometatarsal
KNHQ04	Exarticulation, transmetatarsal
KNHQ05	Exarticulation, metatarsophalangeal
KNHQ06	Exarticulation, dig. pedis totalis
KNHQ07	Exarticulation, dig. pedis partialis
KNHQ08	Exarticulation uden specifikation
KNHQ10	Amputation, art. talocruralis
KNHQ11	Amputation, Syme
KNHQ12	Amputation, intertarsal
KNHQ13	Amputation, tarsometatarsal
KNHQ14	Amputation, transmetatarsal
KNHQ15	Amputation, metatarsophalangeal
KNHQ16	Amputation, digiti pedis totalis
KNHQ17	Amputation, digiti pedis partialis
KNHQ18	Amputation uden specifikation

KNHQ90	Amputationskirurgi, art. talocruralis, anden
KNHQ91	Amputationskirurgi, Syme, anden
KNHQ92	Amputationskirurgi, intertarsal, anden
KNHQ93	Amputationskirurgi, tarsometatarsal, anden
KNHQ94	Amputationskirurgi, transmetatarsal, anden
KNHQ95	Amputationskirurgi, metatarsophalangeal, anden
KNHQ96	Amputationskirurgi, dig. pedis totalis, anden
KNHQ97	Amputationskirurgi, dig. pedis partialis, anden
KNHQ98	Amputationskirurgi uden specifikation, anden
KNHR09	Excision af bløddelstumor, fodled og fod, inkomplet
KNHR19	Excision af bløddelstumor, fodled og fod, komplet
KNHR29	Excision af bløddelstumor, fodled og fod, udvidet
KNHR39	Blokexcision i forbindelse med bløddelstumor, fodled og fod
KNHR49	Excision af knogletumor, fodled og fod, inkomplet
KNHR59	Excision af knogletumor, fodled og fod, komplet
KNHR69	Excision af knogletumor, fodled og fod, udvidet
KNHR79	Blokexcision i forbindelse med knogletumor, fodled og fod
KNHR99	Bløddels/knogletumorkir. i bevægeapp, fodled og fod, anden
KNHT99	Andre operationer, fodled og fod
KPJD41	Excision af cervikale lymfeglandler
KPJD42	Excision af axillære lymfeglandler
KPJD42A	Excision af axillære lymfeglandler, åben opr.
KPJD42E	Excision af axillære lymfeglandler, endoskopisk
KPJD43	Excision af paraaortale lymfeglandler
KPJD44	Excision af iliacale lymfeglandler
KPJD45	Excision af inguinale lymfeglandler
KPJD51	Excision af cervikale lymfeglandler, radikal
KPJD52	Excision af axillære lymfeglandler, radikal
KPJD53	Excision af paraaortale lymfeglandler, radikal
KPJD54	Excision af iliacale lymfeglandler, radikal
KPJD55	Excision af inguinale lymfeglandler, radikal
KPJD63	Excision af paraaortale lymfeglandler, laparoskopisk
KPJD64	Excision af iliacale lymfeglandler, laparoskopisk
KPJD97	Excision af andre lymfeglandler, laparoskopisk
KPJD98	Excision af lymfeglandler, anden radikal regional
KPJD99	Excision af lymfeglandler, andre
KPJW99	Operation på lymfesystemet, anden
KQAE00	Excision af hud på hoved og hals
KQAE00A	Excision af hud på hoved
KQAE00B	Excision af hud på hals
KQAE05	Excision af svedkirtler/hud m. svedkirtler på hoved og hals
KQAE10	Excision af hudtumor på hoved og hals
KQAE10A	Excision af hudtumor, underhud, hoved og hals
KQAE10B	Excision af lipom på hoved og hals
KQAE99	Anden excision eller korrektion af hud på hoved og hals
KQAF99	Operation på hovedets behårede hud, anden

KQBE00	Excision af hud på trunkus
KQBE05	Excision af svedkirtler/hud med svedkirtler på trunkus
KQBE10	Excision af hudtumor på trunkus
KQBE10A	Excision af hudtumor, underhud, trunkus
KQBE10B	Excision af lipom på trunkus
KQBE99	Excision eller korrektion af hud på trunkus, anden
KQCE00	Excision af hud på overekstremitet
KQCE05	Excision af svedkirtler/hud m svedkirtler på overekstremitet
KQCE10	Excision af hudtumor på overekstremitet
KQCE10A	Excision af hudtumor, underhud, overekstremitet
KQCE10B	Excision af lipom på overekstremitet
KQCE99	Excision eller korrektion af hud på overekstremitet, anden
KQDE00	Excision af hud på underekstremitet
KQDE05	Excision af svedkirtler/hud m svedkirtler på underekstr.
KQDE10	Excision af hudtumor på underekstremitet
KQDE10A	Excision af hudtumor, underhud, underekstremitet
KQDE10B	Excision af lipom på underekstremitet
KQDE99	Excision eller korrektion af hud på underekstremitet, anden
KQDH10	Excision af negleseng (tå)