

Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2001

Kolofon

Titel: Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2001

Udgiver: Sundhedsstyrelsen

Ansvarlig institution: Sundhedsstyrelsen

Forfatter: Sundhedsstyrelsen

Anden bidrager: J. H. Schultz Grafisk A/S (web-udgave)

Stougaard Jensen / Scantryk A/S (tryk)

Copyright: Må benyttes med kildeangivelse

Emneord: Landspatientregister, Patientregistrering, Sundhedsstyrelsen, Fællesindhold, Sygehuspatienter

Resumé:

Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2001' er udgivet 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 patientadministrative systemer, skal bruge som en art systembeskrivelse. Derudover er bogen også tænkt som vejledning til den daglige bruger i sygehusvæsenet, der har ansvaret for indtastningen af data i sygehusets edb-system.

Sprog: dansk

Den elektroniske versions ISBN: 87-90591-80-8

Den elektroniske versions ISSN: 1600-0307

Den trykte versions ISBN: 87-90591-79-4

Den trykte versions ISSN: 0303-7304

Den trykte versions ISSN: 1396-5794

Version: 1.0

URL: <http://www.sst.dk/publikationer/index.asp>

Dato: 2000-12-22

Format: html, gif, css

Inventarliste: bil01.htm, bil02.htm, bil03.htm, bil04.htm, bil05.htm, forord.htm, index.htm, indhold.htm, kap01.htm, kap02.htm, kap03.htm, kap04.htm, kap05.htm, kap06.htm, kap07.htm, kap08.htm, kap09.htm, kap10.htm, kap11.htm, kap12.htm, kap13.htm, kap13_1.htm, kolofon.htm, ren.htm, publ.css, fig1.gif, fig2.gif, fig3.gif, fig4.gif, fig5.gif, forside.gif, streg.gif, sund4.gif

Forord

10. udgave af Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter er baseret på 9. udgaven med visse

udvidelser/ændringer, bl.a. vedrørende indberetning af anmeldelsespligtige kræftsygdomme (kapitel 10), ligesom der er indført et nyt kapitel om indberetning af data (kvalitetsindikatorer) til brug for opgørelse af kvalitetsmål. Ligeledes er der tale om udvidelser vedrørende indberetning af undersøgelser og behandlinger.

Visse specielle registreringer ved psykiatriske afdelinger er til gengæld bortfaldet.

Det ændrede fællesindhold træder i kraft med virkning fra 1. januar 2001.

Sundhedsstyrelsen, november 2000

Gunnar Schiøler

Olaf Ingerslev

Resumé

Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2001' er udgivet 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 patientadministrative systemer, skal bruge som en art systembeskrivelse. Derudover er bogen også tænkt som vejledning til den daglige bruger i sygehusvæsenet, der har ansvaret for indtastningen af data i sygehusets edb-system.

Indholdsfortegnelse

Forord

1. Indledning

[Baggrund for publikationen](#)

[Fællesindhold](#)

[Formål med indberetningen](#)

[Bogens opbygning](#)

[Ændrede krav til indberetning for 2001 i forhold til kravene for 2000](#)

2. Registreringerne til Landspatientregisteret

[Oversigt over de specifikke oplysninger.](#)

[Begreber og definitioner i Fællesindholdet.](#)

3. Registrering af administrative basisoplysninger

[Heldøgnspatienter](#)

[Deldøgnspatienter](#)

[Ambulante patienter](#)

[Krav til indberetningen til Landspatientregisteret af åbne ambulante kontakter fra somatiske afdelinger](#)

[Skadestuepatienter](#)

4. Registrering af diagnoser

[Registrering af diagnoser - brug af diagnosearter](#)

[Tillægskodning](#)

5. Registrering af procedurer

[Registrering af operationer](#)

[Procedurearter](#)

[Reoperationer](#)



["Kombinerede indgreb"](#)

[Ikke-kirurgiske procedurer](#)

[Indberetning af røntgenprocedurer til kontakter](#)

[Klinisk-fysiologiske procedurer](#)

[Aflyst procedure](#)

6. Ulykker

[Ulykkesregistrering vedr. heldøgnspatienter](#)

[Ulykkesregistrering vedr. skadestuepatienter](#)

7. Svangre, fødsler og aborter

[Fødsler](#)

[Moderens record](#)

[Barnets record](#)

[Abortregistrering \(provokeret abort\)](#)

[Misdannelsesregistrering](#)

[Ambulante forløb og svangerskabslængde](#)

8. Psykiatriske patienter

[Indlagte](#)

[Psykiatriske deldøgnspatienter](#)

[Registrering af selvmord/selvmondsforsøg på psykiatriske skadestuer](#)

[Psykiatriske ambulante patienter](#)

[Fortegnelse over psykiatriske aktions- og grundmorbusdiagnoser](#)

9. Forgiftninger

[Brug af tillægskoder](#)

[Forgiftningskoder for narkotika m.v.](#)

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

[Sygdomsenhed](#)

[Kontakt](#)

[Registreringer](#)

[Udredning/diagnosticering og behandling](#)

[Recidiv](#)

[Kontakt der ikke omfatter diagnostik, behandling eller kontrol](#)

[Kontrol](#)

[Indberetning af anmeldelsesstatus, operationer og andre behandlinger ved anmeldelsespligtige kræftsygdomme](#)

[Anmeldelsesstatus](#)

[Beskrivelse af de enkelte anmeldelsesstatus](#)

[Ændring af diagnose](#)

11. Indberetninger til Landspatientregisteret af data til brug for kvalitetsmåling

[Generelt](#)

[Definitioner](#)

[Hjerneblødning og hjerneinfarkt](#)

[Fødselskomplikationer](#)

[Brud på lårbenshals](#)

[Hofteledsalloplastik](#)

[Operation for grå stær](#)

[Blodprop i hjertet](#)

[Kræft i tyktarm](#)

[Operation for lændediscusprolaps](#)

[Sukkersygepatienter](#)

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

[Indberetningen af ventelistedata:](#)

[Passiv årsagskode](#)

13. Vejledning til den tekniske indberetning

[Skemaoversigt over dataindhold](#)

[Databeskrivelser](#)
[Fejlsøgning](#)

Bilagsoversigt

[Bilag 1. Detaljeret teknisk beskrivelse for indberetning af oplysninger til Landspatientregisteret](#)

[Bilag 2. Obligatoriske procedurer, der skal registreres og indberettes til Landspatientregisteret](#)

[Bilag 3. Klassifikationer i forbindelse med registrering af fødsler](#)

[A. Klassifikation til angivelse af svangerskabslængde](#)

[B. Klassifikation til registrering af tobaksforbrug](#)

[C. Klassifikation til registrering af børns hovedomfang](#)

[D. Klassifikation til registrering af børns abdominalomfang](#)

[E. Klassifikation til registrering af placentavægt](#)

[F. Klassifikation til registrering af Apgarscore ved 5 minutter](#)

[G. Klassifikation til fosterpræsentation](#)

[Bilag 4. Fortegnelse over psykiatriske diagnoser til brug ved selvmord og selvmordsforsøg](#)

[Bilag 5. Indberetning af aflyste operationer](#)

[Kolofon](#)
[Komplet indholdsfortegnelse](#)

[Tilbage til forside](#)

Download af samlet HTML version

PC: Klik på højre muse-knap, vælg 'Gem destination som...', herefter vælges, hvor man vil gemme filen.

MAC: Hold muse-knappen nede, vælg 'Indlæs hyperlink på disk', herefter vælges, hvor man vil gemme filen.

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 patientadministrative 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, Amtsrådsforeningen, 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. Endvidere er afgrænsningen af fællesindholdet foretaget under hensyntagen til "Definitioner af visse begreber vedrørende sygehussektoren" (3. udgave af koordinationsgruppens rapport nr. 3, 1990).

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 skema-indberetninger 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 udtrække 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 heldøgns-, deldøgns-, ambulatorie- 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 2001 i forhold til kravene for 2000

I forhold til 2000-udgaven af Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter (9. udgave af rapport nr. 6) er der tale om udvidelser/ændringer vedrørende registreringer af undersøgelser og behandlinger udover operationer. Der er sket ændringer i indberetningsformen for anmeldelsespligtige kræftsygdomme, ligesom der er indført et nyt kapitel (kapitel 11) om indberetning af data til brug for opgørelse af kvalitetsmål. Til gengæld er der foretaget en reduktion i den specielle registrering på psykiatriske afdelinger, så den nu næsten er sammenfaldende med registreringen på somatiske afdelinger.

Til anvendelse i forbindelse med DRG er der indført obligatorisk registrering af forskellige undersøgelser og behandlinger jf. bilag 2. Det drejer sig bl.a. om forskellige radiologiske procedurer, kardiologiske undersøgelser, kemoterapi og strålebehandlinger.

Kapitlet om indberetning af anmeldelsespligtige kræftsygdomme (kapitel 10) er helt omskrevet. Registreringsmæssigt er den tidligere registrering af behandlingsmodaliteten erstattet af en egentlig registrering af undersøgelser og behandling f.eks. strålebehandling, kemoterapi samt radiologiske procedurer. Kravene er her i væsentlig omfang sammenfaldende med kravene til registrering/indberetning til Landspatientregisteret i forbindelse med DRG.

Da Landspatientregisteret siden 1. juli 2000 på visse områder også skal anvendes til brug for opgørelse af kvalitetsmål er der udarbejdet et helt nyt kapitel 11, hvor de obligatoriske krav i forbindelse med data til dette brug er beskrevet. Kravene her er også i nogen grad sammenfaldende med kravene til registrering/indberetning i forbindelse med DRG.

Visse specielle registreringer ved psykiatriske afdelinger er bortfaldet. Det gælder distriktkode, indlagt fra, udskrevet til, personalekategori, psykiatrisk ydelse og ydelsessted.

Herudover er der bl.a. foretaget mindre ændringer vedrørende registrering af svangre, aborter og krav om mere præcis registrering af visse forgiftninger. Der henvises i øvrigt til hjemmesiden www.medinfor.dk for yderligere vejledning.

2. Registreringerne til Landspatientregisteret

Landspatientregisteret indeholder i 2001 følgende oplysninger:

Sygehusnummer	Dato for forundersøgelse
Afdelingsnummer/afsnitsnummer	Dato for endelig behandling
Patienttype	Diagnoseart
Personnummer	Diagnosekodenummer
Indlæggelsesdato	Procedureart
Startdato for ambulant forløb	Procedurekodenummer
Dato for ankomst til skadestue	Proceduredato
Indlæggelsestid	Proceduretid
Time for ankomst til skadestue	Proceduriminut
Minut for ankomst til skadestue	Kodenummer for producerende afdeling
Kommunenummer	Dato for besøg
Henvisningsdato	Passiv ventetid, årsag
Henvisningsmåde	Passiv ventetid, startdato
Indlæggelsesmåde	Passiv ventetid, slutdato
Indlæggelsesvilkår	Paritet
Udskrivningsdato	Besøg hos jordemoder
Slutdato for ambulant forløb	Besøg hos egen læge
Udskrivningstid	Besøg hos sygehusafdeling/speciallæge
Udskrivnings/afslutningsmåde	Sidste menstruation (fakultativ)
Udskrevet/afsluttet til sygehus/afdeling	Nummer ved flerfoldfødsel

Kontaktårsagskode	Barnets vægt
Ulykkeskode	Barnets længde
Behandlingsdage	

Begreber og definitioner i Fællesindholdet.

Heldøgnspatient	En patient, der er indlagt på et heldøgnsafsnit (patienttype 0).
Deldøgnspatient	En patient, der er indlagt på et deldøgnsafsnit (patienttype 1).
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 behandlet på en skadestue (patienttype 3).
Behandlingsdage	Det antal dage/nætter, hvor en deldøgnspatient har modtaget behandling. For deldøgnspatienter, der registreres i modulet for heldøgnspatienter, er antal behandlingsdage lig med det antal dage eller nætter, som en patient har tilbragt i et deldøgnsafsnit under en indlæggelse. I de tilfælde, hvor der registreres i modulet for ambulante patienter beregnes antal behandlingsdage ved hjælp af besøgsdatoer, inden indberetning til Sundhedsstyrelsen.
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, hvor patienten modtages til endelig behandling på den afdeling, patienten er henvist til, eller på anden afdeling, hvis dette kan angives. (Dato større eller lig med slutdato for henvisningsperioden).
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 undersøge/behandle patienten, respektivt i sygehusets visitationskontor, hvor registreringen finder sted. Der skal ikke registreres ny henvisningsdato efter forundersøgelsen.
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 opheling af de umiddelbare læsioner og hertil knyttet optræning. Heri indkluderes kontakter og indlæggelser med henblik på fjernelse af osteosyntesemateriale og lignende.
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 den ydende afdeling/enhed – på det 2-cifrede afdelingsniveau - er forskellig fra den rekvirerende afdeling/enhed.
Planlagt procedure	Procedure, der ønskes gennemført under iagttagelse af afdelingens normale planlægnings-, 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. week-end).

3. Registrering af administrative basisoplysninger

Heldøgnspatienter

En heldøgnspatient er en patient, der er indlagt på et heldøgnsafsnit, som er et sengeafsnit 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.

Registreringen af indlagte patienter skal foregå i modulet til indlæggelsesregistrering.

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

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

Deldøgnspatienter

En deldøgnspatient er en patient, der bliver behandlet på et deldøgnsafsnit, som er et afsnit med faste pladser til behandling, hvor der er normeret personale til overvågning af patienten i indtil 12 sammenhængende timer pr. døgn.

For deldøgnspatienter må der for hver afdeling træffes beslutning om, hvorvidt registreringen skal ske sammen med heldøgnspatienter eller ambulante patienter. Det første vil formentlig være mest hensigtsmæssigt i afdelinger, hvor deldøgnspatienterne fortrinsvis er under behandling i en sammenhængende periode, og hvor patienterne møder alle dage, med undtagelse af lørdage og søn- og helligdage; det sidste i afdelinger, hvor deldøgnspatienterne fortrinsvis modtager behandling i et antal dage med uregelmæssige mellemrum. For somatiske afdelinger henstilles, at deldøgnspatienter registreres som ambulante patienter af hensyn til at kunne udarbejde aktivitetsopgørelse for uafsluttede patienter (bl.a. til brug for DRG-opgørelser). Patienterne indberettes på samme måde som ambulante, men med patienttype 1. Uanset, hvor en deldøgnspatient registreres, skal patienttype 1 = deldøgn, være angivet ved indberetningen til Landspatientregisteret.

De specielle regler for ulykkeskodning, som for deldøgnspatienter er fakultative, følger reglerne for ulykkeskodning

af heldøgnspatienter. Se afsnit 6.

DATAINDHOLD – INDLAGT PATIENT	
Heldøgnspatient og deldøgnspatient, der registreres som indlagt.	
Definition	Registreringsenheden er en indlagt patient
Oplysninger som medtages ved indberetning af indlagte patienter	Sygehusnummer Afdelingsnummer Patienttype = 0 for heldøgn, 1 for deldøgn Personnummer Indlæggelsesdato Indlæggelsestid (kun for heldøgnspatienter) Kommunenummer Henvissningsdato Henvissningsmåde Indlæggelsesmåde (fakultativ for deldøgnspatienter) Udskrivningsdato Udskrivningstid (kun for heldøgnspatienter) Udskrivningsmåde Udskrevet til sygehus/afdeling Passiv ventetid, årsag Passiv ventetid, startdato Passiv ventetid, slutdato
Kontaktårsag	Kontaktårsagskode og ulykkeskode indberettes kun, hvis der findes en aktionsdiagnose i intervallet DS00-DT799. Fakultativ for deldøgnspatienter.
Behandlingsdage	Antal (for deldøgnspatienter)
Diagnoser	Diagnoseart Diagnosekodenummer Ulykkeskode(r) skal registreres ved kontaktårsagskode = 2, 3 eller 4. Se afsnit 6.
Procedurer	Procedureart Procedurekodenummer Proceduredato Procedureklokkeslæt Kodenummer for producerende afdeling Alle operationer. 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. Eneste anden undtagelse er ambulatorier tilknyttet psykiatriske afdelinger, se afsnit 8.

Registreringsenheden er "et ambulant forløb", som omfatter besøg angivet med dato og de ydelser patienten modtager. Et ambulant forløb indberettes kun, hvis der findes mindste én besøgsdato på forløbet. 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. Det henstilles, at der indberettes tilsvarende oplysninger for somatiske deldøgnspatienter af hensyn til at kunne udarbejde aktivitetsopgørelser for uafsluttede deldøgnspatienter (bl.a. til DRG-opgørelser). Registreringen er i videst muligt omfang gjort identisk med registreringen af afsluttede ambulante patienter, idet dog enkelte oplysninger i følge sagens natur ikke kan medtages. Det drejer sig om følgende:

slutdato for ambulant forløb
afslutningsmåde

Indberetningen af uafsluttede ambulante patienter eller deldøgnspatienter skal indeholde mindst én diagnose inden for en måned. Aktionsdiagnosen vil ofte først være fastlagt senere i et ambulant somatisk forløb. Derfor er der skabt mulighed for at anvende og indberette en arbejdsdiagnose på de åbne ambulante forløb. En arbejdsdiagnose registreres med diagnosearten `M` for `Midlertidig diagnose`.

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`, `G`, `B`, `M` med dertil registrerede tillægskoder. Der er ingen begrænsning i antal af diagnoser med arten `M`.

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`, `G` og `B` 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 PATIENT	
Ambulant patient og deldøgnspatient, der registreres som ambulant	
Definition	En ambulant patient er en patient, der er indskrevet i et ambulatorium og med ambulatoriet som stamafdeling modtager undersøgelse/behandling (ambulante ydelser) i sygehuset.
Oplysninger som medtages ved indberetning af uafsluttede ambulante patienter	Sygehusnummer Afdelingsnummer Patienttype = 2, 1 for deldøgn Personnummer Startdato for ambulant forløb Kommunenummer Henvisningsdato Henvisningsmåde Dato(er) for besøg (antal behandlingsdage) Dato for forundersøgelse Dato for endelig behandling Passiv ventetid, årsag Passiv ventetid, startdato Passiv ventetid, slutdato
Ved afslutning	Slutdato for ambulant forløb

tilføjes	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. 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	
Definition	Registreringsenheden er en akut patient, der behandles på en skadestue.
Oplysninger som medtages ved indberetning af en skadestuepatient	Sygehusnummer Afdelingsnummer Patienttype = 3 Personnummer Dato for ankomst til skadestue 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 Diagnosekodenummer 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 Procedurekodenummer Proceduredato Procedureklokkeslæt Kodenummer for producerende afdeling Indberetning af operationer og andre procedurer er fakultativ, bortset fra MR-skanning og CT-skanning.

4. Registrering af diagnoser

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

DEFINITIONER – DIAGNOSE, DIAGNOSEARTER	
Diagnose	Betegnelse for en sygdom, lidelse, symptom eller kontaktårsag, der er optaget i gældende sygdomsklassifikation.
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). Bør 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.

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 (inkl.'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 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 el. 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. 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, plejebehov 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.
4. Øvrige relevante diagnoser for den aktuelle kontakt kan anføres som bidiagnoser, der registreres med diagnoseart B.
5. Grundmorbus (diagnose med art G) anvendes kun i psykiatrien.

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.

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 aktions- eller bidiagnose. For åbne kontakter gælder det også for midlertidig diagnose.

Eksisterende ICD-8 diagnosekoder herudover kan fortsat indberettes på ikke afsluttede kontakter med startdato før 1. januar 1994.

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.

Som eksempler er specifikation af en operations- eller en anden procedurekode med indikation (diagnosekode anvendt som tillægskode) eller specifikation af en komplikation til et kirurgisk 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 eller en tillægskode fra gruppe DT401*-DT409* eller DT430A (se nedenstående kommentar og henvisning). Gælder for koderne anvendt både som aktionsdiagnose og bidiagnose:

DF11*	DF15*	DF16*	DF19*	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.

Der skal til visse diagnosekoder obligatorisk registreres tillægskode. Dette gælder for visse diagnoser vedr. svangerskab, abort og fødsel (se afsnit 7), for "anmeldelsespligtige kræftsygdomme" (se afsnit 10) samt visse lægemiddelinducerede sygdomme og tilstande, se foranstående skema.

'Obs. pro'-diagnoser

Registrering af 'obs pro' er endnu et eksempel. 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 heroingiftning'

(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 ikke anvendes som tillægskode til procedurer)
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

DEFINITIONER -- PROCEDURE, OPERATION, PROCEDUREARTER	
Kirurgisk indgreb	En eller flere operationer udført i samme seance.
Procedure	Alt, der kan udføres på eller gives til en patient i kontakt med sundhedsvæsenet.
Operation	En procedure, som er optaget i den gældende operationsklassifikation.
Procedureart	Angivelse af arten af en procedure som registreringsenhed.
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.
Procedureart: Blank	Andre (ikke-kirurgiske) procedurer indberettes med procedurearten blank.

Registrering af operationer

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 skematisk ovenfor.

Der skal sammen med hver SKS-operationskode registreres en procedureart til markering af vigtigste operation (V) i en afsluttet kontakt (indlæggelse, ambulant forløb eller skadestuebesøg) 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 vha. procedurearter. Yderligere indberettes operationsdato og klokkeslæt, 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.

Lateralitet kan angives med tillægskode 'TUL1' for 'højresidig', 'TUL2' for 'venstresidig' og 'TUL3' for 'bilateralt'.

Det er IKKE tilladt at registrere og indberette tillægskoden for 'bilateralt' i forbindelse med procedureindberetning.

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

Ikke-kirurgiske procedurer

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 om de i bilag 2 nævnte undersøgelses- og behandlingskoder, der bl.a. skal anvendes i forbindelse med DRG. Se vejledning herom på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, www.medinfor.dk. Her findes konkrete eksempler på registreringspraksis ved kontakter, hvor procedurerne dialyse, kemoterapi, stråleterapi, knoglemarvstransplantation og respiratorbehandling indgår.

Koderne skal indberettes svarende til operationskoderne i strukturen SKSKO som procedurekoder med procedurekodennummer (PROC), proceduredato (PROCDTO), procedureklokkeslæt (PROCTIM og PROCMIN) og kodennummer for producerende afdeling (PROCAFD). Koderne indberettes med kodeart `blank'.

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.

Kun officielle SKS-koder kan indberettes.

De obligatoriske registreringskrav for procedurer gælder for heldøgns-, deldøgns- og ambulante patienter. For skadestuepatienter skal CT-skanning og MR-skanning indberettes, øvrige procedurer fra bilag 2 er fakultative for skadestuer. Registreringspligtige ydelser, der er udført som assistance skal knyttes til og indberettes på stamkontakten. Der kan registreres og indberettes ambulante ydelser uden samtidig besøg på stamafdelingen. Af bilag 2 fremgår hvilke procedurer, der obligatorisk skal registreres og indberettes.

Indberetning af røntgenprocedurer til kontakter

Som det fremgår af bilag 2 skal CT-skanning, MR-skanning og angiografier indberettes som assistancer til patientkontakter. Stamafdelingen skal sikre at denne registrering og indberetning sker.

Der er krav om obligatorisk tillægskodning for en del af de radiologiske procedurer. Det gælder også CT-skanning, MR-skanning og angiografier. Her henvises til 'Klassifikation af radiologiske procedurer' udgivet februar 2000.

Det er fra 1 januar 2001 tilladt at indberette alle røntgenafdelingens aktiviteter. Dvs. dels procedurer givet til en patient, der har en kontakt til en afdeling på sygehuset, såvel som til patienter oprettet med et selvstændigt ambulant forløb i røntgenafdelingen.

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'.

Der kan aftales specielle ordninger med Sundhedsstyrelsen for indberetning af røntgenprocedurer i 2001.

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

Aflyst procedure

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

Der gælder følgende definition på 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 intervallet 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.

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.

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

6. Ulykker

Ulykkesregistrering vedr. heldøgnspatienter

For heldøgnspatienter 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.

Ovenstående registrering er fakultativ for deldøgnspatienter. Skal, hvis de registreres, følge samme regler som for heldøgnspatienter.

Vedrørende ulykkeskodning for psykiatriske heldøgnspatienter (stationære), 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

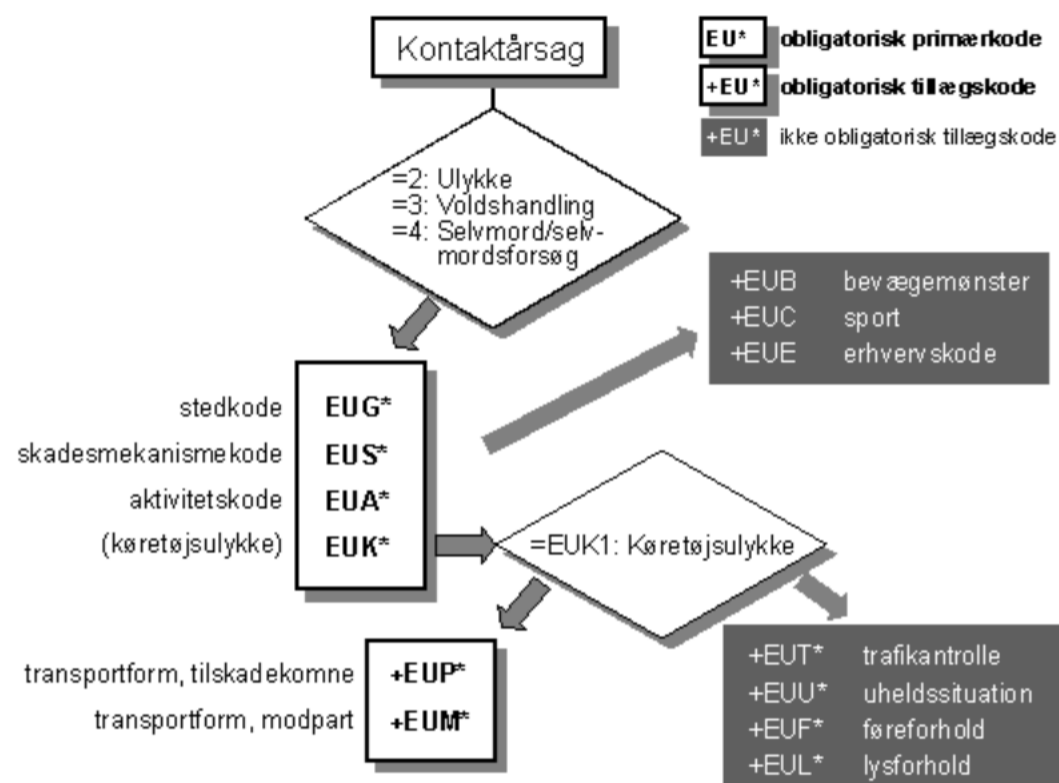
hjælp af kontaktårsag- og ulykkeskode.

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/selvordsforsøg) 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	Ulønnnet arbejde
EUA8	Anden aktivitet
EUA9	Ikke specificeret aktivitet

Koder for køretøjsulykker

EUK1	Køretøjsulykke
EUK2	Ikke køretøjsulykke

Køretøjsulykker = ulykker, hvor der har været indblandet mindst èt 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 hurtigtvirkende 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 / selvmordsforsøg	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 heldøgnspatienter 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 grupperne DO85*-DO92*, hvis indlæggelsen skyldes komplikationer i forløbet. Hvis der er tale om pleje og evt. undersøgelse i forbindelse med normal barselseng 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"

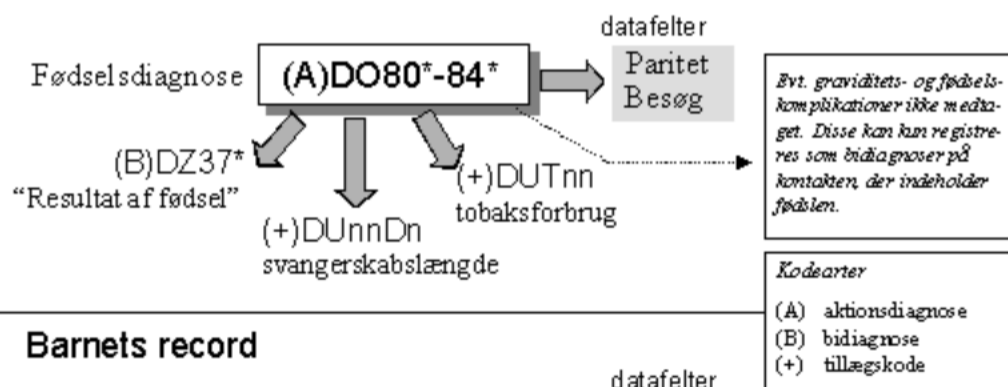
Der skal i forbindelse med dette projekt indberettes data for barnets *hovedomfang, abdominalomfang og placentavægt*. Disse parametre indberettes som bidiagnoser på barnets record ved hjælp af klassifikationerne anført i bilag 3.

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.

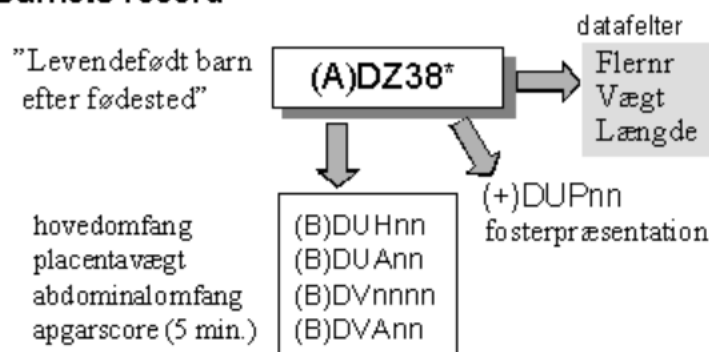
Reglerne for registrering ved fødsler er grafisk skitseret i figur 2.

Figur 2 Registrerings- og kodningsprincipper ved fødsel

Moderens record



Barnets record



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 sidst i dette kapitel.

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 abort-diagnosen aktionsdiagnose på den samlede ambulante kontakt. Eventuelle komplikationer registreres som bidiagnose(r) til abort-diagnosen. 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 vha. 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 *specielle* 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 alle patienttyper (heldøgn, deldøgn og ambulante).

Ved indberetning af åbne kontakter kræves ikke ATC-tillægskodning.

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 mordsforsøg	Selv beskadigelse
		0	1	2
6. position:				
før indlæggelse	0	-	10	20
under indlæggelse	1	01	11	21

For detaljeret liste over DX-diagnosekoder bilag 4, side 161.

Psykiatriske deldøgnspatienter

Deldøgnspatienter tilknyttet psykiatriske afdelinger, kan ligesom for somatiske patienters vedkommende registreres enten via indlæggelsesmodulerne eller via ambulantmodulerne. Reglerne for indberetningen følger de regler der er beskrevet for henholdsvis heldøgnspatienter og ambulante patienter i dette afsnit.

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 kontakårsag 4 (selvmord/selvordsforsøg).

DATAINDHOLD -- INDLAGT PSYKIATRISK PATIENT	
Heldøgnspatient og deldøgnspatient, der registreres som indlagt.	
Definition	Registreringsenheden er en indlagt patient.
Oplysninger som medtages ved indberetning til Landspatientregisteret ved en patients indlæggelse på Psykiatriske afdelinger	Sygehusnummer Afdelingsnummer Patienttype = 0 for heldøgn, 1 for deldøgn Personnummer Indlæggelsesdato Indlæggelsestidspunkt (kun for heldøgn) Kommunenummer Henvisningsdato Henvisningsmåde Indlæggelsesmåde (fakultativt deldøgn) Indlæggelsesvilkår (fakultativt deldøgn)
Behandlingsdage	Antal (for deldøgnspatienter)
Ved afslutning tilføjes	Udskrivningsdato 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 Diagnosekodennummer (se liste over tilladte aktions- og grundmorbusdiagnoser side 44)
Procedurer	Procedureart Procedurekodennummer Proceduredato Procedureklokkeslæt Kodennummer for producerende afdeling
	Alle operationer. 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	
Ambulant patient og deldøgnspatient, der registreres som ambulant	
Definition	En ambulant patient er en patient, der er indskrevet i et ambulatorium og med ambulatoriet som stamafdeling modtager undersøgelse/behandling (ambulante ydelser) i sygehuset .
Oplysninger som medtages ved indberetning til Landspatientregisteret ved en patients	Sygehusnummer Afdelingsnummer Patienttype = 2, 1 for deldøgn Personnummer Startdato for ambulant forløb Kommunenummer

Indskrivning på psykiatrisk afdeling	Henvisningsdato Henvisningsmåde Dato(er) for besøg (antal behandlingsdage) Dato for forundersøgelse (evt. blank) Dato for endelig behandling (evt. blank) Passiv ventetid, årsag Passiv ventetid, startdato Passiv ventetid, slutdato
Ved afslutning tilføjes	Slutdato for ambulant forløb 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. 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 anbringelse
DZ0463	Civilretslig psykiatrisk undersøgelse
DZ0464	Socialretslig psykiatrisk undersøgelse
DZ0468	Anden retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning
DZ0469	Retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning u. specifikation
DZ315	Genetisk rådgivning
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 person, som ledsager syg person
DZ765	Simulant (bevidst simulant)
DX600-DY099	Tilsigtet selvbeskadigelse, overfald og mishandling

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 el. psykisk lidelse.

(1) Forgiftninger i skadesmæssig forstand registreres som primærkoder med koder fra sygdomsklassifikationens gruppe DT36*-DT50*, når forgiftningerne er forårsaget af lægemidler eller biologiske stoffer, og med koder fra grupperne 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 grupperne 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 grupperne

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 hallucinogener,
DF19*	Psykiske 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 grupperne DT401*-DT409* eller DT430A, når der er tale om illegale stoffer.

Gruppe 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. specifikationDT406W Forgiftning med narkotika uden specifikation
DT407	Forgiftning m. cannabis
DT408	Forgiftning m. LSD (lysergsyrediethylamid)
DT409	Forgiftn. 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 1999, 2000 og igen i 2001. Registreringen vedrører de "anmeldelsespligtige sygdomme" tager konkret udgangspunkt i de "anmeldelsespligtige diagnoser", idet diagnoser fra denne liste, se side 58 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.

Registreringen af "anmeldelsespligtige sygdomme" har givet anledning til problemer i de enkelte afdelinger. Ikke mindst forståelsen af, at en diagnosticeret "anmeldelsespligtig sygdom" skal anmeldes af *alle* de *afdelinger*, der er involveret i diagnosticering, behandling og kontrol af den pågældende tilstand. "Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Cancerregisteret af kræftsygdomme m.v." afstikker disse retningslinjer.

Fra år 2001 er det obligatorisk at indberette visse undersøgelses- og behandlingsprocedurer bl.a. kemo- og stråleterapi til LPR. Dette betyder, at de tidligere "behandlingsmodaliteter" bortfalder og erstattes af procedureregistrering.

Sygdomsenhed

Canceranmeldelse til LPR omhandler *den enkelte sygdom*. Det betyder, at udviklingen i sygdommen kan repræsenteres af forskellige diagnoser (diagnosekoder) på forskellige tidspunkter dvs. *kontakter* i forløbet - men at der stadig er tale om *den samme* anmeldelsespligtige sygdom. Dette inkluderer lokal recidiv, metastasering og anden progression af sygdommen.

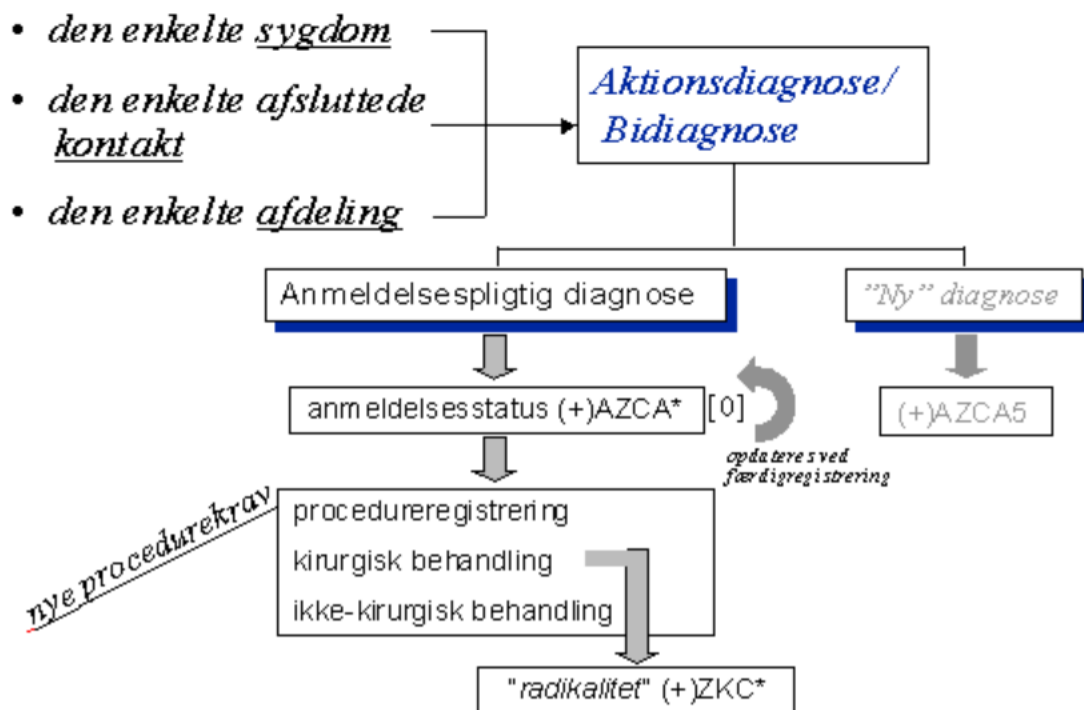
Kontakt

Ved en kontakt forstås en indlæggelse, et ambulant forløb, et deldøgnsforløb 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.

Cancerregistrering



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 "tillægskode".

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 forløb og evt. indlæggelser i forbindelse med en udredning og behandling af en patient med en svulst. Patienten kan tillige have kontakt til flere forskellige afdelinger, selvom der er tale om samme sygdom. 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 primærtumor, 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.

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*

... til brug ved elektronisk indberetning til Cancerregisteret

AZCA0 anmeldelsesstatus endnu ikke angivet

AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere anmeldt af afdelingen
AZCA2	recidiv af anmeldelsespligtig sygdom
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 er krav om indberetning af relevante procedurer, se side 59. Der skal blanketanmeldes til Cancerregisteret.
-------	--

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"

AZCA2	Recidiv dækker i denne sammenhæng over alle former for genkomst af den samme sygdom, dvs. inkluderer lokal recidiv, metastasering og anden progression. Der er krav om indberetning af relevante procedurer, se side 59.
-------	--

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 været 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, bør den tilgrundliggende lidelse 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 kontrol, fortsat (uændret) behandling såvel som ny/ændret behandling. Der er krav om indberetning af relevante procedurer, se side 59.

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

- en patient med en "anmeldelsespligtig sygdom", som ikke har en åben kontakt til afdelingen, kommer til ny eller ændret behandling på en ny kontakt
- 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.

Behandlinger

Den udbyggede procedureregistrering som igangsættes 1. januar 2001, omfatter bl.a. strålebehandling og medicinsk behandling til patienter med cancerrelaterede sygdomme.

Alle afdelinger der undersøger eller behandler skal registrere de ydelser der gives, i forbindelse med en patients kontakt til en afdeling. Kravene til procedureregistrering findes på side 59.

Som følge deraf afskaffes registreringen af behandlingsmodaliteter til fordel for en bedre og klinisk mere relevant registrering af, hvilken behandling der gives.

Ved kirurgiske indgreb skal der registreres en tillægskode med én af følgende værdier:

ZKC0	cancerrelateret kirurgisk indgreb, skønnet radikal
ZKC1	cancerrelateret kirurgisk indgreb, skønnet ikke radikal
ZKC2	ikke cancerrelateret kirurgisk indgreb

Tillægskoden registreres til mindst én af de registrerede operationskoder (k-koder), oftest den primære. Der skal minimum angives én tillægskode for det samlede kirurgiske indgreb.

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

ZWCM0	Alternativ cancerbehandling
ZWCM8	Besluttet ingen behandling
ZWCM9	Patienten ønsker ikke 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), procedurekodennummer, proceduredato, proceduretime, procedureminut og kodennummer for producerende afdeling. Dette gælder ikke for ZWCM* koder, som kun skal indberettes med producerende afdeling og proceduredato.

'Anden cancerbehandling'

ZWCM0	Alternativ cancerbehandling
ZWCM8	Besluttet ingen behandling
ZWCM9	Patienten ønsker ingen udredning/behandling

Tillægskoder til kirurgisk behandling af cancerrelateret sygdom

ZKC0	cancerrelateret kirurgisk indgreb, skønnet radikalt
ZKC1	cancerrelateret kirurgisk indgreb, skønnet ikke radikalt
ZKC2	ikke-cancerrelateret kirurgisk indgreb

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 el. ukendt karakter, som teoretisk kan være relateret til cancersygdom, samt visse godartede svulster.

Kemoterapi og strålebehandling

Følgende koder/kodeafsnit skal registreres og indberettes.

Kravet til specificeringsniveau er det i tabellen anførte.

Det anbefales, hvor der er mulighed for det, at kode så specifikt som muligt.

Afsnittene er i flere tilfælde ikke specificerede. Dette vil ske senere i samarbejde med de relevante specialeselskaber.

BAGA*	Strålebehandling af nervesystemet
BAHL	Cytostatisk behandling af nervesystemet
BBGA*	Ekstern strålebehandling af det endokrine system
BBGJ*	Intern strålebehandling (radioaktive isotoper) af det endokrine system
BBHL*	Cytostatisk behandling af det endokrine system
BCGA	Strålebehandling af øjenhule
BCHL	Cytostatisk behandling af øjenhule
BDGA*	Oto-rhino-laryngologisk strålebehandling
BDHL	Cytostatisk oto-rhino-laryngologisk behandling
BEGA*	Strålebehandling af kæber, mundhule og svælg
BEHL*	Cytostatisk behandling af kæber, mundhule og svælg
BGGA*	Strålebehandling af nedre luftveje, lunger og mediastinum
BGHL*	Cytostatisk behandling af nedre luftveje, lunger og mediastinum
BHGA	Strålebehandling af mamma
BHHK	Antihormonel behandling af mamma
BHHL	Cytostatisk behandling af mamma
BIGA*	Strålebehandling af mave-tarmkanal
BIGC	Strålebehandling af lever
BIGE	Strålebehandling af galdeblære og galdeveje
BIGG	Strålebehandling af pancreas
BIHL*	Cytostatisk behandling af mave-tarmkanal
BJGA*	Strålebehandling af nyrer, urinveje og kønsorganer
BJGF*	Strålebehandling af bækken
BJHK	Antihormonel behandling af prostata
BJHL*	Cytostatisk behandling af nyrer, urinveje og kønsorganer
BLGA*	Strålebehandling af bevægeapparatet
BLHL	Cytostatisk behandling af bevægeapparatet
BNGD*	Strålebehandling af hud og underhud
BNHL	Cytostatisk behandling af hudtumor
BOGA	Strålebehandling af bloddannende organer
BOGC*	Strålebehandling af lymfatisk væv
BOHL*	Cytostatisk behandling af blod, bloddannende organer og lymfatisk væv

*)angiver: Inkluderer alle underliggende koder (med højere specificationsniveau)

Den fuldt detaljerede klassifikation kan ses på www.medinfor.dk.

Herudover er der krav til registrering og indberetning af visse undersøgelser der også anvendes i udredningen af neoplastisk sygdom.

Det gælder CT- og MR-skanninger.

For øvrige kodemuligheder henvises til bilag 2.

Man skal specielt være opmærksom på, at udførte assistancer, der omfattes af indberetningskrav, skal knyttes til stampatientkontakten.

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 side 151.

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 2001 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

Hvis diagnosekoden er DI61*, DI63* eller DI64*, skal det registreres og indberettes, hvis der foretages CT- eller MR-skanning.

UXCA00	CT-skanning af cerebrum
UXMA00	MR-skanning af cerebrum

Til disse procedurekoder er det obligatorisk at registrere tillægkode vedrørende i.v. kontrastindgift (med/uden):

UXZ10	med i.v. kontrast
UXZ10A	med i.v. kontrast samt peroral kontrast
UXZ11	uden i.v. kontrast
UXZ12	både med og uden i.v. kontrast
UXZ12A	de med og uden i.v. kontrast samt peroral kontrast
UXZ13	med intratekal kontrast
UXZ14	med peroral kontrast
UXZ15	med endoluminal kontrast

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

Vacuumeckstraktion 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'.

Hoftesalloplastik

Hvis operationskode tilhører afsnittene:

KNFB*	Primær ledprotese implantation i hofteled
KNFC*	Sekundær ledprotese implantation i hofteled
KNFW*	Reoperationer efter operation i hofteregion 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	Mekanisk komplikation til ledprotese, hofte.
--------	--

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 linsluxation
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 proceduredidspunktet 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 med radiculopati
DM511B	Prolapsus disci intervert lumbalis II med radiculopati
DM511C	Prolapsus disci intervert lumbalis III med radiculopati
DM511D	Prolapsus disci intervert lumbalis IV med radiculopati
DM511E	Prolapsus disci intervert lumbalis V med radiculopati
DM512A	Prolapsus disci intervert lumbalis I uden myelo/radiculopati
DM512B	Prolapsus disci intervert lumbalis II uden myelo/radiculopati
DM512C	Prolapsus disci intervert lumbalis III uden myelo/radiculopati
DM512D	Prolapsus disci intervert lumbalis IV uden myelo/radiculopati
DM512E	Prolapsus disci intervert lumbalis V uden myelo/radiculopati

Sukkersygepatienter

For sukkersygepatienter, der modtager dialysebehandling under kontakten, skal der registreres en diagnose for 'sukkersyge med nyrekompikation' (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.

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 heldøgns-, deldøgns- 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 heldøgns-deldøgns- eller ambulankontakt	
Definition	Registreringsenheder der vedrører henviste, ventende patienter
Data som medtages ved indberetningen til Landspatientregisteret.	Henvisningsdato Henvisningsmåde Henvisningsdiagnose

Ved afslutningen af en indlæggelse eller ved første ambulante besøg (dækker patienttyperne heldøgns-, deldøgns- og ambulante patienter).	Indlæggelsesdato, for start på endelig behandling Dato for forundersøgelse (kun for ambulante) Dato for endelig behandling (kun for ambulante) Indlæggelsesmåde Udskrivningsdato Slutdato for ambulant forløb 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.

Hvis ambulantmodulet anvendes til registrering af deldøgnspatienter henstilles, at der indberettes efter samme regler som for ambulante patienter, dvs. med en besøgsdato og datoer for henholdsvis forundersøgelse og endelig behandling.

Hvis indlæggelsesmodulet anvendes til registrering af deldøgnspatienter er der ingen ændring i forhold til gældende regler.

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 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 hel/deldøgnsafsnit' (3), 'Andet hel/ deldøgnsafsnit' (5), 'Eget ambulatorium/deldøgnsafsnit' (B) eller 'Andet ambulatorium/deldøgnsafsnit' (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 (og deldøgnspatienter, der indberettes i ambulant modulet) at registrere datoer for eventuel forundersøgelses første dag henholdsvis dato for endelig behandling, hvis dette er muligt. Se også databeskrivelserne side 91 og 92.

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 indlæggelses/indskrivningsdato 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 "ventelisteprojekter" 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 heldøgns-, deldøgns-, ambulatorie- og skadestuepatienter.

	Indgår i registreringen for			

Datanavn	Heldøgns- patienter	Deldøgns- patienter	Ambulante patienter	Skadestue- patienter
Sygehusnummer	x	x	x	x
Afdelings/afsnitnummer	x	x	x	x
Patienttype	x	x	x	x
Personnummer	x	x	x	x
Indlæggelsesdato/Startdato for ambulant forløb/Dato for ankomst til skadestue	x	x	x	x
Indlæggelsestidspunkt/Time for ankomst til skadestue	x			x
Minut for ankomst til skadestue				x
Kommunennummer	x	x	x	x
Henvisningsdato	x	x	x	
Henvisningsmåde	x	x	x	
Indlæggelsesmåde	x	(x)		
Indlæggelsesvilkår	x1)	(x1))		
Udskrivningsdato/Slutdato for ambulant forløb	x	x	x	
Udskrivningstidspunkt	x			
Udskrivnings- eller afslutningsmåde	x	x	x	x
Udskrevet/afsluttet til sygehus/afdeling	x	x	x	x
Kontaktårsagskode	x	(x)		x
Ulykkeskode (indberettes som SKS-kode)	x	(x)		x
Behandlingsdage		x	(x)	
Dato for forundersøgelse		x*	x	
Dato for endelig behandling		x*	x	
Diagnoseart (indberettes sammen med SKS-diagnosekode)	x	x	x	x
Diagnosekodennummer (indberettes som SKS-kode)	x	x	x	x
Procedureart (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	x	x	x	(x)
Procedurekodennummer (SKS-kode)	x	x	x	(x)
Proceduredato (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	x	x	x	(x)
Proceduretidspunkt (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	x	x	x	(x)
Procedureminut (indberettes sammen med SKS-procedurekode)	x	x	x	(x)
Kode for producerende afdeling (indberettes sam. med SKS- procedurekode)	x	x	x	(x)
Dato for besøg		(x*)	x	
Passiv ventetid, årsag	x	x	x	
Passiv ventetid, startdato	x	x	x	
Passiv ventetid, slutdato	x	x	x	
Kun for fødsler:				

Paritet	x			
Besøg hos jordemoder	x			
Besøg hos egen læge	x			
Besøg hos sygehusafdeling/speciallæge	x			
Sidste menstruation	(x)			
Nummer ved flerfoldfødsel	x			
Barnets vægt	x			
Barnets længde	x			

*)Hvis deldøgnspatienter registreres i ambulantmodulet, gælder samme krav som for ambulante patienter.
x = obligatorisk 1)kun psykiatriske afdelinger
(x) = fakultativ

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

Heldøgnspatienter ja
Deldøgnspatienter ja
Ambulatoriepatienter ja
Skadestuepatienter ja

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Afdelings/afsnitnummer	AFD	3

DEFINITION

Heldøgnsafsnit, deldøgnsafsnit, 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

Heldøgnspatienter ja
Deldøgnspatienter ja
Ambulatoriepatienter ja
Skadestuepatienter ja

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Patienttype	PATTYPE	1

DEFINITION

Heldøgnspatient En patient, der er indlagt på et heldøgnsafsnit, som er et sengeafsnit til behandling, hvor der er normeret personale til overvågning af patienter hele døgnet.

Deldøgnspatient En patient, der er indlagt på et deldøgnsafsnit, som er et afsnit med faste pladser til behandling, hvor der er normeret personale til overvågning af patienter i indtil 12 sammenhængende timer pr. døgn.

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

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

VÆRDISÆT

- 0 = heldøgnspatient
- 1 = deldøgnspatient
- 2 = ambulatoriepatient
- 3 = skadestuepatient

INDGÅR I REGISTRERING FOR

Heldøgnspatienter ja
Deldøgnspatienter ja
Ambulatoriepatienter ja
Skadestuepatienter ja

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANA VN	PROGRAMDATANA VN	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 år 1900 og 6 for patienter født efter år 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

Heldøgnspatienter ja
Deldøgnspatienter ja
Ambulatoriepatienter ja
Skadestuepatienter ja

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Indlæggelsesdato eller Startdato for ambulant forløb eller Dato for ankomst til skadestue	INDLÆGDTO DTOSTART DTOANKSKA	6

DEFINITION

For heldøgns- Datoen for påbegyndelse af behandling af patient på heldøgnsafsnit
patienter
For deldøgns- Datoen for påbegyndelse af behandling af patient på deldøgnsafsnit
patienter
For ambulatorie- Normalt dato for patientens første besøg i ambulatorium efter
patienter henvisning. Kan evt. være indskrivningsdato

FØDSELSDATO ≤ INDLÆGDTO eller DTOSTART ≤ UDSKRIVDTO eller DTOSLUT

DTOANKSKA ≥ FØDSELSDATO

VÆRDISÆT

På formen dag, måned og år

INDLÆGDTO, DTOSTART eller DTOANKSKA skal være valid dato

INDGÅR I REGISTRERING FOR

Heldøgnspatienter ja
Deldøgnspatienter ja
Ambulatoriepatienter ja
Skadestuepatienter ja

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Indlæggelsestid eller Time for ankomst til skadestue	INDLÆGTIME TANSKA	2

DEFINITION

Klokkeslæt i hele timer for indlæggelsen på heldøgnsafsnit/ankomst til skadestue

For skadestuepatienter indgår endvidere minutter

VÆRDISÆT

00-23

INDGÅR I REGISTRERING FOR

Heldøgnspatienter ja
Deldøgnspatienter nej
Ambulatoriepatienter nej
Skadestuepatienter ja

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Minut for ankomst til skadestue	MIANSKA	2

DEFINITION

VÆRDISÆT

00-59

INDGÅR I REGISTRERING FOR

Heldøgnspatienter nej
Deldøgnspatienter nej
Ambulatoriepatienter 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

Heldøgnspatienter ja
Deldøgnspatienter ja
Ambulatoriepatienter ja
Skadestuepatienter ja

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Henvisningsdato	HENVISDTO	6

DEFINITION

Dato for modtagelsen af henvisningen på den afdeling, der skal undersøge/behandle patienten eller i sygehusets visitation. Der skal ikke registreres ny henvisningsdato efter forundersøgelse

$FØDSELSDTO \leq HENVISDTO \leq INDLÆGDTO/DTOSTART$

VÆRDISÆT

På formen dag, måned og år
Obligatorisk for alle indlæggelses- og henvisningsmåder.

INDGÅR I REGISTRERING FOR

- Heldøgnspatienter ja
- Deldøgnspatienter ja
- Ambulatoriepatienter ja
- Skadestuepatienter nej

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Henvisningsmåde	HENVISNMADE	1

DEFINITION

VÆRDISÆT

- 0 Ingen henvisning
- Henvist fra:**
- 1 Alment praktiserende læge
- 2 Praktiserende speciallæge
- 3 Eget hel/deldøgnsafsnit
- 5 Andet hel/deldøgnsafsnit
- 8 Herfødt
- 9 Uoplyst
- A Andet

B	Eget ambulatorie/deldøgnsafsnit
C	Andet ambulatorie/deldøgnsafsnit
D	Skadestue
INDGÅR I REGISTRERING FOR	
Heldøgnspatienter	ja
Deldøgnspatienter	ja
Ambulatoriepatienter	ja
Skadestuepatienter	nej

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Indlæggelsesmåde	INDMÅDE	1
DEFINITION		
Akut indlæggelse er indlæggelse, som ikke er planlagt		
VÆRDISÆT		
1 = akut		
2 = ikke akut		
9 = uoplyst		

INDGÅR I REGISTRERING FOR

Heldøgnspatienter ja
Deldøgnspatienter ja fakultativ
Ambulatoriepatienter nej
Skadestuepatienter nej

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANA	PROGRAMDATANA	MAX. ANTAL POS.:
Indlæggelsesvilkår	INDVILK	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

Heldøgnspatienter ja psykiatriske afdelinger
Deldøgnspatienter ja psykiatriske afdelinger fakultativ
Ambulatoriepatienter nej
Skadestuepatienter nej

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Udskrivningsdato eller Slutdato for ambulant forløb	UDSKRIVDTO DTOSLUT	6

DEFINITION

For heldøgnspatienter Datoen for afslutning af behandling af patient på et heldøgnsafsnit
For deldøgnspatienter Datoen for afslutning af behandling af patient på et deldøgnsafsnit
For ambulatoriepatienter 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
UDSKRIVDTO/DTOSLUT skal være valid dato i registreringsåret
DTOSLUT skal være blank for uafsluttede forløb

INDGÅR I REGISTRERING FOR

Heldøgnspatienter ja
Deldøgnspatienter ja
Ambulatoriepatienter 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

Heldøgnspatienter ja
Deldøgnspatienter nej
Ambulatoriepatienter 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 hel/deldøgnsafsnit
 - 4 Ikke lægelig opfølgning (må kun anvendes for psykiatriske afdelinger)

5	Andet hel/deldøgnsafsnit
7	Udeblevet (kun for ambulante patienter)
8	Død
9	Uoplyst
blank	Uafsluttet forløb
A	Andet
B	Eget ambulatorie/deldøgnsafsnit
C	Andet ambulatorie/deldøgnsafsnit

INDGÅR I REGISTRERING FOR
Heldøgnspatienter ja
Deldøgnspatienter ja
Ambulatoriepatienter 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 heldøgns-, deldøgns-, ambulatorie- 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

Heldøgnspatienter ja
Deldøgnspatienter ja
Ambulatoriepatienter 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 heldøgnspatienter skal kontaktårsagskoden registreres, hvis der er en aktionsdiagnose i intervallet DS000 - DT799

For somatiske deldøgnspatienter kan tilsvarende registrering foretages. Denne er dog fakultativ. Hvis registrering ønskes, skal reglerne for heldøgnspatienter følges

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

Heldøgnspatienter ja somatiske afdelinger, fakultativ psykiatriske afdelinger

Deldøgnspatienter ja fakultativ

Ambulatoriepatienter 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

Heldøgnspatienter ja, ved kontaktårsag 2, 3 og 4
 Deldøgnspatienter ja, ved kontaktårsag 2, 3 og 4
 Ambulatoriepatienter nej
 Skadestuepatienter ja, ved kontaktårsag 2, 3 og 4

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Behandlingsdage	BEHDAGE	4

DEFINITION

For deldøgnspatienter, der registreres i modulet for heldøgnspatienter, skal antal behandlingsdage indberettes. Her er antal behandlingsdage lig med det antal dage eller nætter, som en patient har tilbragt i et deldøgnsafsnit under en indlæggelse.

I de tilfælde, hvor deldøgnspatienter registreres i modulet for ambulante patienter er det fakultativt at indberette antal behandlingsdage, idet der altid skal indberettes besøgsdatoer eller findes mindst en ydelse med SKS-kode.

For ambulatoriepatienter er det fakultativt at indberette antal behandlingsdage, idet der altid skal indberettes besøgsdatoer eller findes mindst en ydelse med SKS-kode.

Hvis der både indberettes antal behandlingsdage og besøgsdatoer, skal antal behandlingsdage være lig med summen af besøgsdatoer.

Hvis der ikke indberettes antal behandlingsdage, beregnes behandlingsdage lig med antal besøgsdatoer.

VÆRDISÆT

BEHDAGE $\geq$ 1

INDGÅR I REGISTRERING FOR

Heldøgnspatienter	nej
Deldøgnspatienter	ja, dog fakultativ, hvis der indberettes i modulet for ambulante patienter
Ambulatoriepatienter	ja fakultativ
Skadestuepatienter	nej

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 ≤DTOFORU≤DTOENBH (hvis denne er udfyldt)

DTOFORU≤DTOSLUT (hvis denne er udfyldt)

INDGÅR I REGISTRERING FOR

- Heldøgnspatienter nej
- Deldøgnspatienter ja, hvor ambulantmodulet anvendes
- Ambulatoriepatienter ja
- Skadestuepatienter nej

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Dato for endelig behandling	DTOENBH	6

DEFINITION

Dato, hvor patienten modtages til endelig behandling på den afdeling, patienten er henvist til, eller på anden afdeling, hvis dette kan angives.

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 ≤ DTOFORU (hvis denne er udfyldt) ≤ DTOENBH

INDGÅR I REGISTRERING FOR

Heldøgnspatienter nej

Deldøgnspatienter ja, hvor ambulantmodulet anvendes

Ambulatoriepatienter ja

Skadestuepatienter nej

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Diagnoseart	DIAGART	1

DEFINITION

Angivelse af diagnoseart

VÆRDISÆT

A = Aktionsdiagnose
 G = Grundmorbus
 B = Bidiagnose
 H = Henvisningsdiagnose
 M = Midlertidig diagnose (kan kun anvendes for åbne, somatiske ambulante forløb)

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 eller D.

Indberettes sammen med en SKS-diagnosekode - se bilag 1

INDGÅR I REGISTRERING FOR

Heldøgnspatienter ja, G fakultativ for somatiske afdelinger
 Deldøgnspatienter ja, G fakultativ for somatiske afdelinger
 Ambulatoriepatienter ja, G fakultativ for somatiske afdelinger
 Skadestuepatienter ja, G fakultativ

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 Sygdomsklassifikation 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 eller D.

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

Heldøgnspatienter	ja	Afsluttede ambulatoriepatienter:	ja
Uafslut. heldøgnsptt.: ja psyk.afd.		Uafsluttede somatiske ambulante forløb senest 1 måned efter 1. besøg:	ja
Deldøgnspatienter	ja	Uafsluttede psykiatriske ambulante forløb $\geq$ 1 år:	ja
Uafslut. deldøgnsptt.: ja psyk.afd.			
Skadestuepatienter	ja		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Procedureart	PROCART	1

DEFINITION

Angivelse af procedurens art

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 Landspatientregisteret 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

Visse ikke-kirurgiske procedurer og aflyste operationer skal indberettes. Se afsnit 5.

Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO) - se bilag 1

INDGÅR I REGISTRERING FOR

Heldøgnspatienter ja, indberettes sammen med procedurekode

Deldøgnspatienter ja, indberettes sammen med procedurekode

Ambulatoriepatienter 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 på 6 positioner. Ikke-kirurgiske procedurer skal mindst være på 3 positioner. For visse procedurer kræves højere specificeringsniveau.

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

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

Der kan fakultativt registreres SKS-tillægskoder.

Der gælder specielle regler for indberetning af aflyste operationer. Se afsnit 5.

Indberettes som SKS-procedurekode (SKSKO) - se bilag 1

INDGÅR I REGISTRERING FOR

Heldøgnspatienter	ja, for kapitlerne A-Y incl. ifølge gældende klassifikation af operationer. Øvrige procedurer fakultative, bortset fra specifikt nævnte obligatoriske undersøgelses- og/ eller behandlingskoder
Deldøgnspatienter	ja, for kapitlerne A-Y incl. ifølge gældende klassifikation af operationer. Øvrige procedurer fakultative, bortset fra specifikt nævnte obligatoriske undersøgelses- og/ eller behandlingskoder
Ambulatoriepatienter	ja, for kapitlerne A-Y incl. ifølge gældende klassifikation af operationer. Øvrige procedurer fakultative, bortset fra specifikt nævnte obligatoriske undersøgelses- og/ eller behandlingskoder
Skadestuepatienter	ja, fakultativ. Bortset fra CT-skanning og MR-skanning.

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Proceduredato	PROCDTO	6

DEFINITION

Angivelse af datoen for en procedures udførelse

INDLÆGDTO eller DTOSTART $\leq$ PROCDTO $\leq$ UDSKRIVNINGSDTO eller DTOSLUT

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

- Heldøgnspatienter ja, indberettes sammen med procedurekode
- Deldøgnspatienter ja, indberettes sammen med procedurekode
- Ambulatoriepatienter 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 INDLÆGDTO eller DTOSTART = PROCDTO skal
INDLÆGTIME eller TANSKA ≤ PROC.TIM

VÆRDISÆT

00-23

Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO) - se bilag 1

INDGÅR I REGISTRERING FOR

- Heldøgnspatienter ja, indberettes sammen med procedurekode
- Deldøgnspatienter ja, indberettes sammen med procedurekode
- Ambulatoriepatienter ja, indberettes sammen med procedurekode
- Skadestuepatienter ja, indberettes sammen med procedurekode

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANA VN	PROGRAMDATANA VN	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

- Heldøgnspatienter ja, indberettes sammen med procedurekode
- Deldøgnspatienter ja, indberettes sammen med procedurekode
- Ambulatoriepatienter ja, indberettes sammen med procedurekode
- Skadestuepatienter ja, indberettes sammen med procedurekode

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Kodenummer for producerende afdeling	PROCAFD	7

DEFINITION

Angivelse af producerende afdeling.

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

- Heldøgnspatienter ja, indberettes sammen med procedurekode
- Deldøgnspatienter ja, indberettes sammen med procedurekode
- Ambulatoriepatienter ja, indberettes sammen med procedurekode
- Skadestuepatienter ja, indberettes sammen med procedurekode

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Dato for besøg (behandlingsdag)	DTOBES	6
DEFINITION		
For deldøgnspatienter, der registreres i modulet for ambulante patienter, registreres		

dato for hvert enkelt besøg i deldøgnsafsnittet. Besøgsdatoerne bør indberettes til Landspatientregisteret, som benytter besøgsdatoerne til beregning af antal behandlingsdage.

For ambulante patienter registreres dato for hvert enkelt besøg i ambulatoriet

For ambulante patienter, der behandles af en anden afdeling, indberettes ingen besøg, hvis patienten ikke direkte kommer i ambulatoriet på behandlingsdagen

VÆRDISÆT

På formen dag, måned og år

INDGÅR I REGISTRERING FOR

- Heldøgnspatienter nej
- Deldøgnspatienter ja, hvor ambulantmodulet anvendes
- Ambulatoriepatienter ja
- Skadestuepatienter nej

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Passiv ventetid, årsag	ÅRSAGPAS	1

DEFINITION

Kodenummer for årsagen til passiv ventetid.
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

Heldøgnspatienter ja
Deldøgnspatienter ja
Ambulatoriepatienter ja
Skadestuepatienter nej

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Passiv ventetid, startdato	DTOSTPAS	6
DEFINITION		

For hver passiv ventetidsperiode skal der registreres en startdato.

VÆRDISÆT

På formen dag, måned og år

INDGÅR I REGISTRERING FOR

- Heldøgnspatienter ja
- Deldøgnspatienter ja
- Ambulatoriepatienter 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

- Heldøgnspatienter ja
- Deldøgnspatienter ja
- Ambulatoriepatienter ja
- Skadestuepatienter nej

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Paritet	PARITET	2

DEFINITION

Antal fødsler - incl. dødfødsler - *incl. den aktuelle.*
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

Heldøgnspatienter ja
Deldøgnspatienter nej
Ambulatoriepatienter nej
Skadestuepatienter nej

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANA VN	PROGRAMDATANA VN	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

Heldøgnspatienter ja
Deldøgnspatienter nej
Ambulatoriepatienter nej
Skadestuepatienter nej

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANA	PROGRAMDATANA	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

Heldøgnspatienter ja

Deldøgnspatienter nej

Ambulatoriepatienter 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 Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter nej Ambulatoriepatienter nej Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
----------------	-----------------	------------------

Sidste menstruation	SIDMEN	6
DEFINITION Dato for sidste menstruations 1. dag, hvis denne kan angives sikkert. Oplysningen fås evt. fra svangerskabsjournalen.		
VÆRDISÆT Dag, måned, år Ved usikkerhed om datoen angives 99 99 99		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja fakultativ Deldøgnspatienter nej Ambulatoriepatienter nej Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVERN	PROGRAMDATANAVERN	MAX. ANTAL POS.:
Nummer ved flerfoldfødsel	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 Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter nej Ambulatoriepatienter nej Skadestuepatienter nej
--

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Barnets vægt	VÆGT	4
DEFINITION Barnets vægt i gram.		
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 Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter nej Ambulatoriepatienter nej Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Barnets længde	LÆNGDE	2
DEFINITION		
Barnets længde i centimeter.		
VÆRDISÆT		
Angives i cm (00-99)		
Ved uoplyst registreres "00"		
Skal registreres, hvis der er en DZ38* som aktionsdiagnose		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Heldøgnspatienter ja		
Deldøgnspatienter nej		
Ambulatoriepatienter nej		
Skadestuepatienter nej		

Fejlsøgning for heldøgns-, deldøgns-, ambulatorie- og skadestuepatienter beskrives samlet med følgende opdeling:

Først beskrives fejlsøgningen i de enkelte strukturer, herefter beskrives fejlsøgning i feltsammenhænge på tværs af strukturer.

Fejlsøgning i strukturen INDUD:

CPRNR	Modulus-11 test Pos 1-6 valid dato (DDMMÅÅ) Pos 7-9 001-999 Pos 10 numerisk
Erstatnings- CPRNR	Pos 1-6 valid dato (DDMMÅÅ) Pos 7 0 eller 8* person født i år 1900 - 1999. 5 eller 9* person født før år 1900. 6 person født efter år 1999. Pos 8-9 alfabetisk Pos 10 numerisk *Hvis kontakten er påbegyndt før 1.1.97 må pos. 7 også være 8 eller 9.
SGH og AFD	Skal findes i Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation
PATTYPE	En af værdierne 0, 1, 2, 3
INDLÆGDTO DTOSTART DTOANKSKA	Gyldig dato (DDMMÅÅ)
INDLÆGTIME TANSKA	Blank eller 00-23
MIANSKA	Blank eller 00-59
KOMNR	Skal findes i Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation
DISTKOD	Ingen validering
HENVISDTO	Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)
HENVISNMÅDE	En af værdierne blank, 0, 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, A, B, C eller D På kontakter, der er begyndt efter 31.12.98 er 6 ikke længere tilladt, hvorimod koderne B, C og D tillades.
INDMÅDE	En af værdierne blank, 1, 2, 9
UDSKRIVDTO DTOSLUT	Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)
UDSKRIVTIME	Blank eller 00-23
AFSLUTMÅDE	En af værdierne blank, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, A, B eller C På kontakter, der er afsluttet efter 31.12.98 er 6 ikke længere tilladt, hvorimod koderne B og C tillades.
UDSKRTILSGH	Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation.

De sidste 3 cifre (afdelingskoden) kan være '000', såfremt sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode (SGH)

KONTÅRS

Blank eller 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9

BEHDAGE

Blank eller 1-9999

DTOFORU

DTOENBH

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)

Fejlsøgning i feltsammenhænge strukturen INDUD:

Hvis PATTYPE = 0:

- må INDLÆGTIME ikke være blank
- skal MIANSKA være blank
- må INDMÅDE ikke være blank
- Hvis INDLÆGDTO er efter 31.12.98 må HENVISDTO ikke være blank
- HENVISDTO skal være mindre eller lig med INDLÆGDTO
- må HENVISNMÅDE ikke være blank
- - Hvis UDSKRIVDTO er før 1.1.95:
 - * må AFD ikke have speciale 50 eller 52
- Hvis AFD har speciale 50 eller 52:
 - * må UDSKRIVDTO være blank
 - * må UDSKRIVTIME være blank
 - * må AFSLUTMÅDE være blank
- skal BEHDAGE være blank eller '0000'
- Hvis UDSKRIVDTO er efter 31.12.98 og AFD ikke har speciale 50 eller 52, så må AFSLUTMÅDE ikke være lig 4
- Hvis UDSKRIVDTO er efter 31.12.98 og AFSLUTMÅDE er lig 3, 5, B eller C, så skal UDSKRIVTILSGH være udfyldt og i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikationer på UDSKRIVDTO. Dog tillades '000' som afdelingskode, såfremt sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode (SGH)

Hvis PATTYPE = 1
og der registreres i modulet
for heldøgnspatienter :

- skal MIANSKA være blank
- skal INDLÆGTIME være blank
- Hvis INDLÆGDTO er efter 31.12. 98 må HENVISDTO ikke være blank
- HENVISDTO skal være mindre eller lig med INDLÆGDTO
- må HENVISNMÅDE ikke være blank
- Hvis UDSKRIVDTO er før 1.1.95:
 - * må AFD ikke have speciale 50 eller 52
- Hvis AFD har speciale 50 eller 52:
 - * må UDSKRIVDTO være blank
 - * må AFSLUTMÅDE være blank
- Hvis UDSKRIVDTO er efter 31.12.98 og AFD ikke har speciale 50 eller 52, så må AFSLUTMÅDE ikke være lig 4
- Hvis UDSKRIVDTO er efter 31.12.98 og AFSLUTMÅDE er lig 3, 5, B eller C, så skal UDSKRIVTILSGH være udfyldt og i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikationer på UDSKRIVDTO. Dog tillades '000' som afdelingskode, såfremt sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode (SGH)
- skal UDSKRIVTIME være blank
- må BEHDAGE ikke være blank

Hvis PATTYPE = 2
eller 1, hvor der registreres i modulet
for ambulante patienter :

- skal INDLÆGTIME være blank
- skal MIANSKA være blank
- skal INDMÅDE være blank for PATTYPE = 2
- Hvis DTOSTART er efter 31.12.98 må HENVISDTO ikke være

blank

- HENVISDTO skal være mindre eller lig med DTOSTART
- må HENVISNMADE ikke være blank
- skal UDSKRIVTIME være blank
- skal KONTÅRS være blank for PATTYPE = 2
- må BEHDAGE være blank, hvis:
 - * AFD har speciale 50 eller 52 og DTOSLUT er blank
 - * der findes mindst en BESØG-struktur eller mindst en ydelse med SKS-kode
- hvis DTOSLUT er blank:
 - * skal AFSLUTMADE være blank
- hvis DTOSLUT ikke er blank:
 - * må AFSLUTMADE ikke være blank
- Hvis DTOSLUT er efter 31.12.98 og AFD ikke har speciale 50 eller 52, så må AFSLUTMADE ikke være lig 4
- Hvis DTOSLUT er efter 31.12.98 og AFSLUTMADE er lig 3, 5, B eller C, så skal UDSKRIVTILSGH være udfyldt og i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikationer på DTOSLUT. Dog tillades '000' som afdelingskode, såfremt sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode (SGH)
- hvis DTOSLUT er før 1.1.95:
 - * må AFD ikke have speciale 50 eller 52

Hvis PATTYPE = 3:

- må TANSKA ikke være blank
- må MIANSKA ikke være blank
- skal HENVISDTO være blank
- skal INDMÅDE være blank
- skal HENVISNMADE være blank
- skal UDSKRIVDTO være blank
- må AFSLUTMADE ikke være blank
- Hvis DTOANKSKA er efter 31.12.98 og AFD ikke har speciale 50 eller 52, så må AFSLUTMADE ikke være lig 4
- Hvis DTOANKSKA er efter 31.12.98 og AFSLUTMADE er lig 3, 5, B eller C, så skal UDSKRIVTILSGH være udfyldt og i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens klassifikationer på DTOANKSKA. Dog tillades '000' som afdelingskode, såfremt sygehuskode er forskellig fra egen sygehuskode (SGH)
- skal UDSKRIVTIME være blank
- må KONTÅRS ikke være blank
- skal BEHDAGE være blank

DATOER

FØDSELSDATO skal ligge før eller være lig med HENVISDTO, som skal ligge før eller være lig med INDLÆGDTO, som skal ligge før eller være lig med UDSKRIVDTO

Hvis CPRNR indeholder

alfabetiske tegn Skal KOMNR være lig 970-999

Fejlsøgning i strukturen SKSKO

ART

En af værdierne blank, A, B, G, H, M, V, P, D eller +

KODE

Skal findes i SKS

PROCAFD

Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation

PROCETO

Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)

nævnte (svangerskabslængde).

ART = A og hvis enten UDSKRIVDTO / DTOSLUT udfyldt eller PATTYPE = 3 og hvis KODE tilhører DO00*-DO06*, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende de i afsnit 7 nævnte (svangerskabslængde).

ART = A og hvis enten UDSKRIVDTO / DTOSLUT udfyldt og har dato efter 31.12.98 eller PATTYPE = 3 og har DTOANSKA efter 31.12.98 og hvis:

* KODE tilhører DO053 eller DO054 og tilhørende tillægskode tilhører DU12D*-DU27D*, så skal der være en tilhørende ART = + samt KODE lig DUM01, DUM02 eller DUM09.

* KODE tilhører DO03* og tilhørende tillægskode tilhører DU16D*-DU27D*, så skal der være en tilhørende ART = + samt KODE lig DUM01, DUM02 eller DUM09.

Såfremt UDSKRIVDTO/DTOSLUT/DTOANSKA ligger efter 31.12.98 og der forekommer tillægskoden DUM01, så skal samme primærkode have mindst en tillægskode med DQ*.

ART = B. Koderne inden for arterne DUA, DUH, DV, DVA og DZ37* skal registreres som bidiagnoser ved fødselsregistrering.

Såfremt UDSKRIVDTO/DTOSLUT/DTOANSKA ligger efter 31.12.2000 og ART = A og KODE tilhører de i afsnit 4 nævnte (øverste tabeldel), så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende de i afsnit 4 nævnte ATC-koder.

Såfremt UDSKRIVDTO/DTOSLUT/DTOANSKA ligger efter 31.12.2000 og ART = A / B og KODE tilhører DF11*, DF15*, DF16*, DF19* eller DZ036, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende de i afsnit 4 og 9 nævnte ATC-koder / forgiftningskoder.

ART = V, P, D

Position 1 i KODE skal være K.

KODE skal findes i SKS på gældende PROCDTO.

hvis 1. position i KODE er K, skal KODE være mindst 6 karakterer lang.

ART = V må kun forekomme en gang pr. kontakt

hvis ART = D, skal der umiddelbart før komme en ART = V/P/D (evt. med tillægskode)

hvis ART = V/P skal PROCDTO og PROCAFD være udfyldt

hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.95 og KODE tilhører K-koder, så skal PROCAFD være udfyldt

hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.97 og KODE tilhører K-koder, så skal PROCTIM og PROCMIN være udfyldt

hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.97 og INDLÆGDTO eller DTOSTART er lig med PROCDTO skal PROCTIM være større eller lig med INDLÆGTIME eller TANSKA

hvis PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2000 må der ikke for ART = V eller P findes procedurer med samme PROCDTO, PROCTIME og PROCMIN

ART = blank

skal PROCDTO være udfyldt

og PROCDTO beskriver en dato efter 30.6.2000 og KODE er forskellig fra ZPP1*-ZPP5*, så skal PROCAFD være udfyldt

og PROCDTO beskriver en dato efter 30.6.2000 og KODE er forskellig fra ZPP1*-ZPP5* eller ZWCM*, så skal PROCTIM være udfyldt
skal PROCMIN være udfyldt

og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2000, så skal KODE være mindst 3 karakterer lang

og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2000, og KODE tilhører ZWCM*, så skal pågældende kode være mindst 5 karakterer lang

og PROCDTO beskriver en dato efter 31.12.2000, og KODE tilhører UXA*, UXC*, UXM* eller UXR*, så skal pågældende kode være mindst 6 karakterer lang

Fejlsøgning i strukturen **DIAGN** (anvendt indtil 31/12-1994)

DIAG	Skal være en ICD-8 eller ICD-10 kode. Skal findes i Sundhedsstyrelsens diagnoseklassifikation
MOD	En af værdierne blank, 0, 1, 2, 3, 4, 5, 7 (anvendt indtil 31/12-1993)

Fejlsøgning i strukturen **OPERA** (anvendt indtil 31/12-1995)

OPR	Skal findes i Sundhedsstyrelsens operationsklassifikation
OPRAFD	Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation

Fejlsøgning i strukturen **OKOMB** (anvendt indtil 31/12-1995)

OPR	Skal findes i Sundhedsstyrelsens operationsklassifikation
-----	---

Fejlsøgning i strukturen **BESØG**

DTOBES	Blank, eller gyldig dato (DDMMÅÅ). Skal indberettes i stigende orden på ÅÅMMDD Maksimalt 1 besøg pr. dag pr. afdeling
--------	--

Fejlsøgning i strukturen **PASSV**

ÅRSAGPAS	En af værdierne 0, 1, 2, 3, 4, A,
DTOSTPAS	Gyldig dato (DDMMÅÅ). Flere PASSV-strukturer skal komme i stigende orden på DTOSTPAS (på ÅÅMMDD).
DTOSLPAS	Gyldig dato (DDMMÅÅ).

Fejlsøgning i feltsammenhænge strukturen PASSV:

DTOSLPAS skal være større end eller lig med DTOSTPAS.

Fejlsøgning i strukturen ULYKK (anvendt indtil 31/12-1994)

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. ciffer = stedkode: | En af værdierne blank, 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 |
| 2. ciffer: | Blank (reserveret til fremtidig brug) |
| 3. ciffer = skadesmekanismekode: | En af værdierne blank, 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 |
| 4. ciffer: | Blank (reserveret til fremtidig brug) |
| 5. ciffer: | En af værdierne blank, 1, 2 |
| 6. ciffer: | En af værdierne blank, 1, 2 |
| 7. ciffer: | Blank (reserveret til fremtidig brug) |
| 8. ciffer: | Blank (reserveret til fremtidig brug) |

Fejlsøgning i strukturen BOBST

FLERNR	En af værdierne A-F
VÆGT	0000-9999
LÆNGDE	00-99

Fejlsøgning i strukturen MOBST

PARITET	01-20 eller U efterfulgt af blank
BESJORD	00-25 eller U efterfulgt af blank
BESLÆGE	0-9 eller U
BESSPEC	0-9 eller U
SIDMEN	Dato på formen DDMMÅÅ eller 999999

Fejlsøgning i strukturen PSYKI

INDVILK	En af værdierne 1, 2, 3, 4, 6
---------	-------------------------------

Fejlsøgning i feltsammenhænge på tværs af strukturer

Cancer

Hvis UDSKRIVDTO/DTOSLUT/DTOANKSKA ligger efter 31.12.2000 og DIAGART = A / B og KODE tilhører anm. cancerdiagnoser jf. afsnit 10, så skal der pr. diagnose være tilknyttet en og maks en tillægskode med anm. status AZCA1, AZCA2 eller AZCA4. Anm. status AZCA3 er kun tilladt for DIAGART = B.

Hvis UDSKRIVDTO/DTOSLUT/DTOANKSKA ligger efter 31.12.98 og DIAGART = A og KODE tilhører anm.

cancerdiagnoser jf. afsnit 10, så må der ikke være tilknyttet tillægskoden AZCA3.

Hvis UDSKRIVDTO/DTOSLUT/DTOANKSKA ligger efter 31.12.2000 og DIAGART = A/B og KODE tilhører anm. cancerdiagnoser jf. afsnit 10, så må der ikke være tilknyttet tillægskoden AZCA5.

Hvis UDSKRIVDTO/DTOSLUT/DTOANKSKA ligger efter 31.12.2000 og DIAGART = A/B og KODE tilhører anm. cancerdiagnoser, jf. afsnit 10 og kontakten indeholder et eller flere kirurgiske indgreb med proceduredato efter 31.12.2000, så skal der til hvert kirurgisk indgreb være registreret mindst en tillægskode fra følgende koder : ZKC0, ZKC1 eller ZKC2. I det enkelte kirurgiske indgreb, er det frit, om tillægskoden knyttes til koden med ART = V, P eller D. Angående kirurgiske indgreb henvises til afsnit 5.

Procedurer

PROCDTO skal være efter eller lig med INDLÆGDTO/DTOSTART/DTOANK-SKA

Hvis KODE er forskellig fra ZPP1*-ZPP5*, skal PROCDTO være før eller lig med UDSKRIVDTO/DTOSLUT

Hvis PROCDTO ligger efter 31.12.1999 og UDSKRIVDTO/DTOSLUT er udfyldt eller PATTYPE = 3 og KODE tilhører ZPP1*-ZPP5*, så skal PROCART være blank. Desuden skal der til samme primærkode være tilknyttet mindst en tillægskode for en ydelse fra SKS-hovedgrupperne.

Hvis PROCDTO ligger efter 31.12.1999 og UDSKRIVDTO/DTOSLUT er udfyldt eller PATTYPE = 3 og 1 - 3 position i KODE = ZPP, så skal KODE være mindst 5 karakterer lang.

Hvis UDSKRIVDTO/DTOSLUT er udfyldt eller PATTYPE = 3 og der findes en KODE tilhørende Klassifikation af radiologiske procedurer og PROCDTO til pågældende kode ligger efter 31.12.2000, så gælder for visse procedurer obligatorisk tillægskodning for lateralitet og kontrastindgift. (Se klassifikation af radiologiske procedurer).

Kvalitetsindikatorer

Hvis UDSKRIVDTO/DTOSLUT/DTOANKSKA er udfyldt og DIAGART = A / B og KODE tilhører DI61*, DI63* eller DI64* og der samtidig findes ART = blank og KODE tilhørende UXCA00 eller UXMA00 og PROCDTO til pågældende kode ligger efter 31.12.2000, så skal der til disse procedurekoder være tilknyttet mindst en tillægskoderne i intervallet UXZ10*-UXZ15*.

Hvis UDSKRIVDTO/DTOSLUT/DTOANKSKA ligger efter 30.6.2000 og DIAGART = A / B og KODE tilhører DS720*-DS722*, DS727* eller DS728*, så skal der pr. diagnose være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2.

Hvis UDSKRIVDTO/DTOSLUT/DTOANKSKA er udfyldt og ART = V / P / D og KODE tilhører KNFB*, KNFC* eller KNFW* og PROCDTO til pågældende kode ligger efter 30.6.2000, så skal der pr. operationskode være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2.

Hvis UDSKRIVDTO/DTOSLUT/DTOANKSKA ligger efter 31.12.2000 og DIAGART = A / B og KODE lig med DT840A, så skal der til pågældende diagnose være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2.

Hvis UDSKRIVDTO/DTOSLUT/DTOANKSKA er udfyldt og ART = V / P / D og KODE tilhører KCJD*, KCJE*, KCJG* eller KCW* og PROCDTO til pågældende kode ligger efter 30.6.2000, så skal der pr. operationskode være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2.

Hvis UDSKRIVDTO/DTOSLUT/DTOANKSKA er udfyldt og ART = V / P / D og KODE tilhører KCJC* og PROCDTO til pågældende kode ligger efter 31.12.2000, så skal der pr. operationskode være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2.

Hvis UDSKRIVDTO/DTOSLUT/DTOANKSKA ligger efter 31.12.2000 og DIAGART = A / B og KODE lig med DT852A, så skal der til pågældende diagnose være tilknyttet en af tillægskoderne TUL1 eller TUL2.

Hvis UDSKRIVDTO/DTOSLUT/DTOANKSKA ligger efter 31.12.2000 og der findes en diagnose med ART = A / B og KODE tilhørende DM511* eller DM512*, så skal pågældende kode være 6 karakterer lang.

Hvis UDSKRIVDTO/DTOSLUT/DTOANKSKA er udfyldt og ART = blank og KODE tilhører BJFD* og PROCDTO til samme kode ligger efter 31.12.2000, så skal der findes en diagnose med DIAGART = A/B og KODE lig DE102, DE107, DE112, DE117, DE122, DE127, DE142 eller DE147.

Forundersøgelse, endelig behandling, passiv ventetid

Bortset fra patienttype 3, som ikke må have PASSV-struktur, gælder følgende:

Indenfor samme kontakt må der ikke være datooverlap mellem PASSV-strukturerne.
DTOSTPAS skal være efter eller lig med HENVISDTO

Hvis PATTYPE = 0 eller 1 og registreret i modulet for heldøgnspatienter, så skal DTOSLPAS være før eller lig med INDLÆGDTO

Hvis PATTYPE = 2 eller 1 og registreret i modulet for ambulante patienter, så skal DTOSLPAS være før eller lig med DTOSTART eller DTOFORU. Der må ikke være et besøg i en passiv periode, dog må DTOSTPAS og DTOSLPAS godt være lig besøgsdato

Hvis PATTYPE = 2 eller 1 og registreret i modulet for ambulante patienter, så skal DTOSLPAS være før eller lig med DTOSTART eller DTOENHB

Diverse

Såfremt DO040-DO067 forekommer som aktionsdiagnose, skal der være en operationskode i intervallet KLCH00-KLCH99 eller en behandlingskode BKHD4*

Hvis INDLÆGDTO/DTOSTART er efter 31.12.98 og HENVISDTO er mindre end INDLÆGDTO/DTOSTART og HENVISMÅDE er 1, 2, 3, 5, B, C eller D, så skal der være en SKS-kode med ART = H.

Hvis UDSKRIVDTO/DTOSLUT/DTOANKSKA ligger efter 31.12.94, skal der være en og kun en DIAGART = A

Hvis UDSKRIVDTO/DTOSLUT/DTOANKSKA ligger efter 31.12.2000 og der findes en diagnose med ART = A / B / + og KODE tilhørende DT406*, så skal pågældende kode være 6 karakterer lang.

Hvis PATTYPE = 0

- skal DTOBES være blank
- hvis AFD ikke har speciale 50 eller 52:
 - * skal der være en aktionsdiagnose
 - * må UDSKRIVDTO ikke være blank
- hvis AFD har speciale 50 eller 52:
 - * skal der være en aktionsdiagnose pr. 31.12.
- hvis AFD har speciale 50 eller 52 og UDSKRIVDTO eller INDLÆGDTO er efter 31.12.94
 - * må INDVILK ikke være blank
- hvis aktionsdiagnose DS000-DT799 skal KONTÅRS være forskellig fra blank
- hvis UDSKRIVDTO er udfyldt og PROCDTO er udfyldt og INDLÆGDTO er efter 31.12.95 og 1. position i KODE = K, så skal der i kontakten være en og kun en PROCART = V
- hvis KONTÅRS = 2, 3, 4, skal der være en aktionsdiagnose DS000-DT799 samt en EUG, EUS, EUA og EUK kode. Hvis EUK1 er registreret, skal der være en EUP og EUM kode
- hvis aktionsdiagnosen er DZ38* og UDSKRIVDTO ligger efter 31.12.96, skal der være
 - *en bidiagnose inden for hver af grupperne: DUA, DUH, DV og DVA
 - *en udfyldt BOBST-struktur
- hvis aktionsdiagnosen er DZ38* og UDSKRIVDTO ligger efter 31.03.98, skal der være en tillægskode inden for gruppen DUP
- hvis KODE er i intervallet DO80*-DO84* og UDSKRIVDTO ligger efter 31.12..99, skal tilhørende DIAGART = A
- hvis KODE er i intervallet DO60*-DO75* og UDSKRIVDTO ligger efter 31.12..99 og tilhørende DIAGART = B, så skal der findes en aktionsdiagnose i intervallet DO80*- DO84*
- hvis aktionsdiagnosen er i intervallet DO80*-DO84* og

UDSKRIVDTO ligger efter 31.12.99 og der forekommer bidiagnoser forskellig fra DA34*, DB20*-DB24*, DF53*, DO*, DS*, DT* eller DZ*, skal der samtidig være en bidiagnose i intervallet DO98*-DO99*

- hvis aktionsdiagnosen er i intervallet DO80*-DO84* og UDSKRIVDTO ligger efter 31.03..98, skal
*DUT og DUnnDn være registreret som tillægskode
* der findes en MOBST-struktur
DZ37 være tilknyttet som bidiagnose
- må diagnoseart ikke være lig M
- Patienttype må ikke have BESØG-struktur

Hvis PATTYPE = 1
og registrering i modulet
for heldøgnspatienter

- skal DTOBES være blank
- skal FLERNR være blank
- skal VÆGT være blank
- skal LÆNGDE være blank
- skal PARITET være blank
- skal BESJORD være blank
- skal BESLÆGE være blank
- skal BESSPEC være blank
- skal SIDMEN være blank
- hvis AFD ikke har speciale 50 eller 52:
* skal der være en aktionsdiagnose
* må UDSKRIVDTO ikke være blank
- hvis AFD har speciale 50 eller 52:
*skal der være en aktionsdiagnose pr. 31.12.
- må diagnoseart ikke være lig M
- hvis UDSKRIVDTO er udfyldt og PROCDTO er udfyldt og
INDLÆGDTO er efter 31.12.95 og 1.position i KODE = K så skal
der i kontakten være en og kun en PROCART = V
- Patienttype må ikke have BOBST-struktur
- Patienttype må ikke have MOBST-struktur

Hvis PATTYPE = 2
eller 1, hvor der registreres i
modulet for ambulante
patienter

- skal ULK være blank for PATTYPE = 2
- skal FLERNR være blank
- skal VÆGT være blank
- skal LÆNGDE være blank
- skal PARITET være blank
- skal BESJORD være blank
- skal BESLÆGE være blank
- skal BESSPEC være blank
- skal SIDMEN være blank
- skal INDVILK være blank for PATTYPE = 2

Hvis DTOSLUT er udfyldt

- skal der være en og kun en aktionsdiagnose
- må der ikke være en diagnose med arten lig med M

Hvis DTOSLUT er blank og AFD ikke har >speciale 50 og 52 og første
besøg ligger mere end en måned tilbage, skal der for PATTYPE = 2
være en diagnose med art = A, B, G eller M

Hvis DTOSLUT er blank og AFD har speciale 50 eller 52:
* skal der være en og kun en aktionsdiagnose pr. 31.12.

Hvis AFD har speciale 50 og 52 må diagnoseart = M ikke anvendes

DTOBES skal være lig eller efter
DTOSTART og lig eller før DTOSLUT

- hvis DTOSLUT er udfyldt og PROCDTO er udfyldt og DTOSTART er efter 31.12.95 og 1.position i KODE = K
så skal der i kontakten være en og kun en PROCART = V
- ulykkeskoder kan ikke indberettes for patienttype 2
- Hvis DTOSTART er efter 31.12.99 og PATTYPE = 2, så skal der være mindst en BESØG-struktur eller mindst en ydelse med SKS-kode
- Må BEHDAGE være blank, hvis der findes mindst en BESØG-struktur eller mindst en ydelse med SKS-kode
- Hvis BEHDAGE er forskellig fra blank, og der findes mindst en BESØG-struktur, så skal værdien i BEHDAGE være lig med summen af DTOBES
- HENVISDTO skal være før eller lig med DTOFORU (hvis denne udfyldt), som skal være før eller lig med DTOENBH (hvis denne udfyldt)
- Hvis DTOFORU og DTOSLUT begge er udfyldt, skal DTOFORU være før eller lig med DTOSLUT
- Patienttype må ikke have BOBST-struktur
- Patienttype må ikke have MOBST-struktur
- Patienttype må ikke have PSYKI-struktur for PATTYPE = 2

Hvis PATTYPE = 3

- skal FLERNR være blank
- skal VÆGT være blank
- skal LÆNGDE være blank
- skal PARITET være blank
- skal BESJORD være blank
- skal BESLÆGE være blank
- skal BESSPEC være blank
- skal SIDMEN være blank
- skal INDFRA være blank
- skal INDVILK være blank
- skal UDSKRTIL være blank
- skal DTOBES være blank
- skal aktionsdiagnose være registreret
- må diagnoseart ikke være lig med M
- KONTÅRS skal være forskellig fra blank hvis KONTÅRS = 2, 3, 4, skal der være en aktions- eller bidiagnose DR00-DR999, DS00-DT799 eller DZ00-DZ999. Hvis AFD har speciale 50 eller 52 og KONTÅRS = 4 tillades desuden aktionsdiagnose i intervallet DX60*-DX84* samt aktionsdiagnose DF*
- hvis KONTÅRS = 2, 3, 4, skal der være registreret en EUG*, EUS*, EUA* og EUK* kode. Hvis EUK1 er registreret, skal der være tilknyttet tillægskoderne EUP* og EUM*
- Patienttype må ikke have BOBST-struktur
- Patienttype må ikke have MOBST-struktur

- Patienttype må ikke have PSYKI-struktur
 - Patienttype må ikke have BESØG-struktur
 - Patienttype må ikke have PASSV-struktur
-

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
- Indlæggelsestidspunkt/
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 udskrevet 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 ulykkeskoder i struktur
ULYKK.

På udskrivninger fra den 01.01.95
indberettes ulykkeskoder i struktur
SKSKO.
- Behandlingsdage
- 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 procedurekodennummer 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	
- 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
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, 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, procedurtime, 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#EUK1**SKSKO005**+EUP4**SKSKO005**+EUM5**OPERA012**448201.301011

OKOMB00543000**SLUT%**

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

SKSKO005HDC43**SKSKO006**ADC435**SKSKO006**+AZCA1

SKSKO028#ZPP12#####01040113013311000**SKSKO07**+KQBE10

SKSKO028VKQBE10####17040113013311430**SKSKO005**+ZKC0**BESØG006**130301

BESØG006210301**BESØG006**170401**BESØG006**230401**BESØG006**100501

PASSV0130010301100301**PASSV013**A150301190301**PASSV013**3010401150401**SLUT%**

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/FORMULARNAVN
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	INDLÆGDTO DTOSTART DTOANKSKA	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	UDSKRIVDTO DTOSLUT	6	CH	Udskrivningsdato
53	UDSKRIVTIME	2	CH	Udskrivningstime

55	AFSLUTMÅDE	1	CH	Afslutningsmåde
56	UDSKRTILSGH	7	CH	Udskrevet til sygehus-/afdeling
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/FORMULARNAVN
SKS-koder				SKSKO
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	ART	1	CH	Relationsfelt med følgende værdier: A =Aktionsdiagnose B =Bidiagnose 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/FORMULARNAVN
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/FORMULARNAVN
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/FORMULARNAVN
Sammenhørende operationer				OKOMB
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	OPR	5	CH	Sammenhørende operation

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
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	Psykisk ydelse

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

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
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/FORMULARNAVN
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/FORMULARNAVN
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

Betegnelsen 'procedurer' omfatter i denne sammenhæng procedurer klassificeret i følgende SKS-klassifikationer: "Behandlings- og Plejeklassifikation (B-koder)", "Klassifikation af radiologiske procedurer (UX-koder)", 'Anæstesi-klassifikation' (ikke udkommet i bogform; koder oprettet under SKS kapitel N), 'Undersøgelsesklassifikation' (enkelte U-koder, foreløbige koder).

"Behandlings- og Plejeklassifikation"

Følgende behandlingskoder skal obligatorisk registreres og indberettes

SKS-kode	Kodetekst
BFC*	Behandling med kardial pacemaker og cardioverter-defibrillator
BFF*	Andre behandlinger ved kardielle rytmeforstyrrelser
BFX0	Behandling med aorta-ballonpumpe
BGDA0*	Respiratorbehandling
BGFC32	Nasal CPAP-behandling
	<i>der skal herudover evt. registreres tillægskode for behandlingsvarighed – se nedenfor#</i>
BGHF*	Behandling med lungemodnende middel
BGXA2	Ekstrakorporal membran oxygenering
BJFD*	Dialysebehandling
BOHA2	Behandling med glykoprotein-receptor antagonist

BOQA5	Udskiftningstransfusion
BOQE*	Behandling med stamcellekoncentrat (knoglemarvstransplantation)
BOQP0	Plasmaferese
BUAL1	Total parenteral ernæring

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

Kemoterapi og strålebehandling

Følgende koder/kodeafsnit skal registreres og indberettes.

Kravet til specificeringsniveau er det i tabellen anførte.
Det anbefales, hvor der er mulighed for det, at kode så specifikt som muligt.

SKS-kode	Kodetekst
BAGA*	Strålebehandling af nervesystemet
BAHL	Cytostatisk behandling af nervesystemet
BBGA*	Ekstern strålebehandling af det endokrine system
BBGJ*	Intern strålebehandling (radioaktive isotoper) af det endokrine system
BBHL*	Cytostatisk behandling af det endokrine system
BCGA	Strålebehandling af øjenhule
BCHL	Cytostatisk behandling af øjenhule
BDGA*	Oto-rhino-laryngologisk strålebehandling
BDHL	Cytostatisk oto-rhino-laryngologisk behandling
BEGA*	Strålebehandling af kæber, mundhule og svælg
BEHL*	Cytostatisk behandling af kæber, mundhule og svælg
BGGA*	Strålebehandling af nedre luftveje, lunger og mediastinum
BGHL*	Cytostatisk behandling af nedre luftveje, lunger og mediastinum
BHGA	Strålebehandling af mamma
BHHK	Antihormonel behandling af mamma #
BHHL	Cytostatisk behandling af mamma
BIGA*	Strålebehandling af mave-tarmkanal
BIGC	Strålebehandling af lever
BIGE	Strålebehandling af galdeblære og galdeveje
BIGG	Strålebehandling af pancreas
BIHL*	Cytostatisk behandling af mave-tarmkanal
BJGA*	Strålebehandling af nyrer, urinveje og kønsorganer
BJGF*	Strålebehandling af bækken
BJHK	Antihormonel behandling af prostata #
BJHL*	Cytostatisk behandling af nyrer, urinveje og kønsorganer
BLGA*	Strålebehandling af bevægeapparatet
BLHL	Cytostatisk behandling af bevægeapparatet
BNGD*	Strålebehandling af hud og underhud #
BNHL	Cytostatisk behandling af hudtumor
BOGA	Strålebehandling af bloddannende organer
BOGC*	Strålebehandling af lymfatisk væv
BOHL*	Cytostatisk behandling af blod, bloddannende organer og lymfatisk væv

Kravet om registrering af disse procedurer gælder kun ved neoplastisk sygdom.

Undersøgelser ✕UC/UF-koderne er foreløbige (undersøgelsesklassifikation ultimo 2000)

Følgende koder for kardiologiske undersøgelser skal registreres og indberettes

SKS-kode✕	Kodetekst
UFYA00	Elektrofysiologisk undersøgelse
UFYA01	Elektrofysiologiske computermapping (CARTO, EnSite)
UFYA02	Computermapping af venstre ventrikel (NOGA)
UFYA20	Intrakoronar trykmåling med trykwire

Indgår i DRG/kardiologi.

Følgende koder for oftalmologiske undersøgelser skal registreres og indberettes

SKS-kode	Kodetekst
UCGA	Elektrooculografi (EOG)
UCGD	Elektroretinografi (ERG)
UCGG	Elektromyografi, øjenmuskler (EMG – øjenmuskler)
UCGK	Visual evoked potentials, nervous opticus (VEP)
UCHA3	Synsfeltundersøgelse, computer assisted perimetri
UCXA	Fotografiske undersøgelser af øje og øjenomgivelser
UCXF	Angiografiske undersøgelser af øje og øjenomgivelser

Indgår i DRG/oftalmologi.

"Klassifikation af radiologiske procedurer"

Indberetningskravene gælder for ydelser givet til kontakter på kliniske afdelinger, der modtager assistancer fra røntgenafdelingen. Ydelsen skal være knyttet til kontakten, hvad enten registreringen sker på røntgenafdelingen eller på den kliniske afdeling.

Følgende radiologiske procedurekoder skal obligatorisk registreres og indberettes

SKS-kode	Kodetekst
UXA*	Angiografier
UXC*	CT-skanninger
UXM*	MR-skanninger

For en del radiologiske procedurer er der krav om tillægskodning. Se "klassifikation af radiologiske procedurer"

Angiografier indgår som ambulante særydelser. CT- og MR-skanninger indgår som ambulante særydelser og indgår desuden i de særlige kvalitetsdata.

Følgende koder for kardiologisk-radiologiske undersøgelser skal registreres og indberettes

SKS-kode	Kodetekst
UXUC85	Intrakoronar ultralydsundersøgelse
UXUC86	Intrakoronar flowmåling med Doppler

Indgår i DRG/kardiologi.

Anæstesi (ny klassifikation)

Der er ikke krav om registrering af primær-ydelser.

"klassifikation af klinisk-fysiologiske procedurer"

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

Der er derimod krav om registrering og indberetning af tillægskode for generel anæstesi i forbindelse med visse primære ydelseskoder:

- Ved *alle* øjenoperationer udført i generel anæstesi, skal der registreres tillægskode (+)NAAC* 'Generel anæstesi'
- Ved visse tand- og kæbekirurgiske procedurer udført i generel anæstesi, skal der registreres tillægskode (+)NAAC* 'Generel anæstesi'.

Det drejer sig om følgende operationskoder

SKS-kode	Kodetekst
KEBA00	Extractio dentis
KEBA10	Extractio dentis operativa
KEBA20	Hemisectio dentis
KEBA30	Excisio radialis dentis
KEBA40	Rodspidsresektion

KEEK00	Implantatindsættelse i overkæbe
KEEK01	Abutmentoperation på overkæbe
KEEK05	Implantatindsættelse i kindben
KEEK06	Abutmentoperation på kindben
KTEB00	Kroneterapi
KTEB10	Tandfyldning
KTEB20	Tandfyldning med indlæg
KTEB30	Rodbehandling
KTEB40	Drænage af odontogen abscess gennem tanden

✕ Der er følgende muligheder i NAAC*-afsnittet

SKS-kode	Kodetekst
NAAC	Generel anæstesi
NAAC0	Generel anæstesi alene ved inhalation
NAAC1	Generel i.v. anæstesi
NAAC10	Generel i.v. anæstesi uden N2O
NAAC11	Generel i.v. anæstesi suppleret med N2O
NAAC3	Generel anæstesi, kombineret i.v.- og inhalations-anæstesi
NAAC4	Generel anæstesi m. midler givet rektalt el. intramuskulært
NAAC5	Generel anæstesi kombineret med regional anæstesi

"Der henvises i øvrigt til hjemmesiden www.medinfo.dk, hvor vejledningen "Registrering af ikke-kirurgiske procedurer", kan findes. Den indeholder konkrete eksempler på registreringspraksis ved kontakter, hvor procedurerne dialyse, kemoterapi, stråleterapi, knoglemarvstransplantation og respiratorbehandling indgår.

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]

DUH00	Måling af abdominalomfang foreligger ikke
DUH10	Abdominalomfang 10 cm
DUH11	Abdominalomfang 11 cm
..	
DUH98	Abdominalomfang 98 cm
DUH99	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]
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	Selv mord med ikke-opioide analgetika o. lign. efter indl
DX6010	Selv mordsforsøg med ikke-opioide analgetika o.lign. før ind
DX6011	Selv mordsforsøg 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	Selv mord m psykofarm antiepilept antiparkinsonmidl eft indl
DX6110	Selv mordsfors m psykofarm, antiepilept,antiparkmidl før ind
DX6111	Selv mordsfors 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 psykodyseptika
DX6201	Selv mord med narkotika og psykodyseptika efter indl
DX6210	Selv mordsforsøg med narkotika og psykodyseptika 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 ind
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 ind
DX8121	Selvbeskadigelse under køretøj/genstand i bevægelse eft ind
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	Selv mord 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	Selv mord 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.

Moder 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 aflysningskodernes 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.
Samme def. som for ZPP12A2.
- ZPP13 Procedure aflyst pga udeblivelse.
Anvendes, når patienten ikke møder på det aftalte tidspunkt. Vil spec. kunne anvendes ved sammedagskirurgien.
- ZPP13A Procedure aflyst pga. udeblivelse, samme dag.
Samme def. som for ZPP13.
- ZPP13B Procedure aflyst pga. udeblivelse, ét døgn før fastlagt dato.
Anvendes, når patienten ikke møder til indlæggelse mhp. planlagt behandling i det efterfølgende døgn.
- ZPP13C Procedure aflyst pga. udeblivelse, 2-7 døgn før fastlagt dato.
Samme def. som for ZPP13B.
- ZPP20 Procedure aflyst af personalemæssige årsager.
Årsagerne kan være sygdom hos én eller flere af personalet eller andet pludselig opstået fravær, herunder uopsættelig deltagelse i møde. Personalekategorien kan angives vha. tillægskode fra personaleklassifikationen.
- ZPP20A Procedure aflyst af personalemæssige årsager, samme dag som planlagt.
Samme def. som for ZPP20.
- ZPP20B Procedure aflyst af personalemæssige årsager, et døgn før fastlagt dato.

Samme def. som for ZPP20.

ZPP20C Procedure aflyst af personalemæssige årsager, 2-7 døgn før fastlagt dato.
Samme def. som for ZPP20.

ZPP20D Procedure aflyst af personalemæssige årsager, 8-31 døgn før fastlagt dato.
Samme def. som for ZPP20.

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.
Samme def. som for ZPP22.

ZPP22D Procedure aflyst pga. arbejdsnedlæggelse, 8-31 døgn før fastlagt dato.
Samme def. som for ZPP22.

ZPP22E Procedure aflyst pga. arbejdsnedlæggelse, mere end 32 døgn før fastlagt dato.
Samme def. som for ZPP22.

ZPP40 Procedure aflyst pga. akut patient.
Anvendes, når afdelingen modtager uforholdsmæssigt mange akutte patienter. Må kun anvendes, når patienterne aflyses samme dag.

ZPP40T Procedure aflyst, da andre procedurer trækker ud.
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.

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.

[Top/Bund](#)

Version 1.0 December 2000 • © Sundhedsstyrelsen. Udgivet af Sundhedsstyrelsen, www.sst.dk
Elektronisk publikation fremstillet efter [Statens standard for elektronisk publicering](#)