

**Fællesindhold for
basisregistrering af
sygehuspatienter
1999**

Sundhedsstyrelsen

**Fællesindhold for
basisregistrering af
sygehuspatienter
1999**

Koordinationsgruppen for
individbaseret patientregistrering

8. udgave af
Rapport nr. 6, 1998

ISBN 87-90365-83-6
ISSN 0303-7304, 1396-5794

Stougaard Jensen/Scantryk A/S
København

Oplag 2200 expl.

Forord

8. udgave af Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter er baseret på 7. udgaven med enkelte udvidelser/ændringer, bl.a. som følge af nedlæggelse af Ventelisteregisteret.

Det ændrede fællesindhold træder i kraft med virkning fra 1. januar 1999.

Sundhedsstyrelsen, november 1998

Einar Krag

Olaf Ingerslev

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	7
- Baggrund for publikationen	7
- Fællesindhold	7
- Formål med indberetningen	7
- Bogens opbygning	8
- Ændrede krav til indberetning i forhold til kravene for 1998	9
- Ændringer som følge af nedlæggelsen af registreringen af venteliste-	
- patienter på sygehuse	9
- Udvidet registrering vedrørende cancerpatienter	10
- Indberetning af aflyste operationer	10
- Ændringer i registrering af aborter og misdannelser	10
- Reduktion i den specielle registrering af patienter på psykiatriske afd.	10
- Andre vejledninger	10
- Signaturforklaring	11
2. Registreringerne til Landspatientregisteret	12
- Oversigt over de specifikke oplysninger	12
- Definitioner af visse begreber	13
3. Registrering af administrative basisoplysninger	16
- Heldøgnspatienter	16
- Deldøgnspatienter	16
- Ambulante patienter	18
- Krav til indberetningen til Landspatientregisteret af	
åbne ambulante kontakter fra somatiske afdelinger	19
- Skadestuepatienter	21
4. Registrering af diagnoser	22
- Registrering af diagnoser - brug af diagnosearter	23
- Tillægskodning	
"obs. pro"-diagnoser	26
5. Registrering af procedurer	29
- Registrering af operationer	29
- Procedurearter	30
- Reoperationer	30
- "Kombinerede indgreb"	30
- Tillægskodning	
komplikationer, indikationer	31
- Aflyst procedure	31
- Øvrige procedurer (ikke-operative)	34

6.	Ulykker	35
	- Hel/deldøgnspatienter	35
	- Skadestuepatienter	35
7.	Svangre, fødsler og aborter	40
8.	Psykiatriske patienter	46
9.	Forgiftninger	52
10.	Indberetning til Cancerregisteret	54
11.	Ændringer som følge af nedlæggelse af Ventelisteregisteret	60
12.	Vejledning til den tekniske indberetning	65
	- Skemaoversigt over dataindhold	66
	- Databeskrivelser	69
	- Fejlsøgning	117

Bilagsoversigt

Bilag 1.	Detaljeret teknisk beskrivelse for indberetning af oplysninger til Landspatientregisteret	133
Bilag 2.	Klassifikationer i forbindelse med registrering af fødsler	151
	A. Klassifikation til angivelse af svangerskabslængde	152
	B. Klassifikation til registrering af tobaksforbrug	152
	C. Klassifikation til registrering af børns hovedomfang	153
	D. Klassifikation til registrering af børns abdominalomfang	153
	E. Klassifikation til registrering af placentavægt	153
	F. Klassifikation til registrering af Apgarscore ved 5 minutter	154
	G. Klassifikation til fosterpræsentation	154
Bilag 3.	Fortegnelse over psykiatriske diagnoser til brug ved selvmord og selvmordsforsøg	157

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 indtastningen 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 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 supplerung 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 fremskrivinger, hvorved man kan beregne konsekvensen af den fremtidige befolkningsudvikling på sygehusforbruget.

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

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

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

Bogens opbygning

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

En udførlig beskrivelse af fællesindholdet fremgår af bogens afsnit 2-11, 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 12 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 i forhold til kravene for 1998.

I forhold til 1998-udgaven af Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter (7. udgave af rapport nr 6) er der tale om følgende væsentlige ændringer:

Udvidede registreringer i Landspatientregisteret af ventende patienter som følge af nedlæggelse af Ventelisteregisteret pr. 1. januar 1999.

Udvidelse af den supplerende registrering for cancerpatienter til brug for ajourføring af Cancerregisteret og til brug for DRG-registrering.

Indberetning af aflyste operationer.

Ændringer i registrering af aborter og misdannelser.

Reduktion i den specielle registrering af patienter på psykiatriske afdelinger.

Ændringer som følge af nedlæggelsen af registreringen af ventelistepatienter på sygehuse.

Pr. 1. januar 1999 nedlægges indberetninger af ventelistepatienter på sygehuse. Til gengæld skal visse af Ventelisteregisterets oplysninger nu indhentes gennem Landspatientregisteret. Det betyder, at der stilles krav om udvidet registrering af henvisningsdato, henvisningsdiagnose og "udskrevet/afsluttet til", øget detaillering af henvisningsmåde og udskrivnings/afslutningsmåde. Herudover ønskes datoer vedrørende ambulante suppleret med datoer for forundersøgelse henholdsvis for endelig behandling. Desuden skal evt. passiv ventetid indberettes i form af årsagskoder for den passive ventetid suppleret med datooplysninger for start og afslutning af den passive ventetid. Der henvises i øvrigt til afsnit 11 vedrørende mere detaljeret beskrivelse.

Udvidet registrering vedrørende cancerpatienter.

Fra 1999 sker der en udvidelse af registreringen vedrørende cancerpatienter i Landspatientregisteret. Ved anmeldelsespligtige cancerdiagnoser skal der som hidtil angives en anmeldelsesstatus, men fra 1999 er der sket væsentlige udvidelser i registreringsmulighederne. For visse værdier af anmeldelsesstatus kræves der yderligere en registrering af cancerbehandlingen (modalitet). I øvrigt henvises til afsnit 10, hvoraf der fremgår en detaljeret beskrivelse af, hvad der skal indberettes.

Indberetning af aflyste operationer.

Fra 1999 gøres registrering af aflyste operationer obligatorisk i Landspatientregisteret. Tidligere har det været muligt at indberette disse oplysninger fakultativt. Der henvises i øvrigt til beskrivelsen på side 31-33.

Ændringer i registrering af aborter og misdannelser.

Fra 1999 skal der ved spontane aborter efter 16. svangerskabsuge samt ved provokerede aborter på medicinsk indikation obligatorisk registreres tillægskode vedrørende misdannet foster. Der henvises til afsnit 7.

Reduktion i den specielle registrering af patienter på psykiatriske afdelinger.

Fra 1999 er indberetning af "indlagt fra", "udskrevet til" og "ydelsessted" gjort fakultativ. Desuden er "personalekategori" forenklet, idet der nu kun er krav om registrering af medvirken af læge eller ej ved det enkelte ambulante besøg. I øvrigt henvises til databeskrivelsen.

Andre vejledninger

Der udarbejdes løbende kodevejledninger til specialerne, eksempelvis "Kodevejledning for Obstetriske diagnoser og indgreb", og mere generel vejledning til diagnoseregistrering, operationsregistrering, ulykkesregistrering m.v. Disse kodevejledninger vil løbende blive opdateret af Sundhedsstyrelsens "Kontor for Medicinsk informatik", som desuden også udsender bladet "PatientRegistrering", der kvartalsvis bl.a. orienterer om SKS-klassifikationerne og om patientregistreringen.

Signaturforklaring

I forbindelse med diagnosekodning er der flere steder angivet en '*'. Dette angiver alle diagnoser i gruppen uanset værdien af 5. evt. 6. karakter.

Eksempel DZ37*: DZ37-DZ379.

I kodeeksemplerne er kodearten (diagnoseart/operationsart) angivet i parentes foran koden. Parenteserne indgår ikke i indberetningsformatet.

Eksempel (P)KJAH00.

2. Registreringerne til Landspatientregisteret

Landspatientregisteret indeholder i 1999 følgende oplysninger:

Sygehusnummer
Afdelingsnummer/afsnitsnummer
Patienttype
Personnummer
Indlæggelsesdato
Startdato for ambulant forløb
Dato for ankomst til skadestue
Indlæggelsestid
Time for ankomst til skadestue
Minut for ankomst til skadestue
Kommunenummer
Distriktskode (fakultativ)
Henvisningsdato
Henvisningsmåde
Indlæggelsesmåde
Indlagt fra (fakultativ)
Indlæggelsesvilkår
Udskrivningsdato
Slutdato for ambulant forløb
Udskrivningstid
Udskrivnings/afslutningsmåde
Udskrevet/afsluttet til sygehus/afdeling
Udskrevet til (fakultativ)
Kontaktårsagskode
Ulykkeskode
Behandlingsdage

Dato for forundersøgelse
Dato for endelig behandling
Diagnoseart
Diagnosekodenummer
Procedureart
Procedurekodenummer
Proceduredato
Proceduretid
Procedureminut
Kodenummer for producerende afdeling
Dato for besøg
Personalekategori
Psykiatrisk ydelse
Ydelsessted (fakultativ)
Passiv ventetid, årsag
Passiv ventetid, startdato
Passiv ventetid, slutdato
Paritet
Besøg hos jordemoder
Besøg hos egen læge
Besøg hos sygehusafdeling/speciallæge
Sidste menstruation (fakultativ)
Nummer ved flerfoldfødsel
Barnets vægt
Barnets længde

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).
Ambulatoriepatient	En patient, der bliver behandlet på et ambulatorium (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.
Ambulatoriebesøg	En patients besøg i et ambulatorium. Der registreres dato for hvert enkelt besøg i ambulatoriet.
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.

Operativt 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	Angivelse af, at en procedure efter beslutning ikke gennemføres inden for dagens program.
Procedure annulleret	Procedure, der bliver afbestilt/ændret så lang tid før planlagt tidspunkt, at den ledigblevne kapacitet har kunnet anvendes.
Tilsyn	Observation, undersøgelse og/eller behandling af en hel- eller deldøgnspatient, foretaget af en medicinalperson fra en anden afdeling end patientens stamafdeling. (Skal ikke indberettes til Landspatientregisteret).

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) Kommunennummer Distriktskode (hvis registreret og anmeldt til SST) 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 Diagnosekodennummer Ulykkeskode(r) skal registreres ved kontaktårsagskode = 2, 3 eller 4. Se afsnit 6.
Procedurer	Procedureart Procedurekodennummer Proceduredato Procedureklokkeslæt Kodennummer for producerende afdeling Alle operationer samt aflyste operationer indberettes obligatorisk. Andre procedurer kan indberettes efter samme regler, som for operationer.

Ambulante patienter

En ambulant patient er en patient, der bliver undersøgt/behandlet i et ambulatorium, som er et afsnit uden faste pladser til undersøgelse/behandling, hvor der ikke er normeret personale til overvågning af patienterne.

Registreringsenheden er "et ambulant forløb", som omfatter de besøg, der er aflagt i et bestemt ambulatorium af en given person, fra og med første besøg til og med sidste besøg. Der kan kun indberettes 1 besøg pr. patient pr. afdeling pr. dag.

Registrering af ambulante patienter omfatter individuelle besøg hos en sundhedsfagligt uddannet person. En undtagelse herfra er, at besøg hos fysioterapeut og ergoterapeut indtil videre ikke indgår i registreringen bortset fra ambulatorier tilknyttet psykiatriske afdelinger, se afsnit 8.

Tilsyn betragtes ikke som ambulant behandling, jf. "Definitioner af visse begreber vedrørende sygehussektoren" (3. udgave af rapport nr. 3, 1990), og skal ikke indberettes til Landspatientregisteret.

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, hvis der registreres i modulet for ambulante patienter, 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 for tillægskode "anmeldelsesstatus" ved cancerdiagnoser.

DATAINDHOLD - AMBULANT PATIENT Ambulant patient og deldøgnspatient, der registreres som ambulant	
Definition	Registreringsenheden er "et ambulant forløb", som omfatter de besøg, der er aflagt i et bestemt ambulatorium af en given person, fra og med første besøg til og med sidste besøg.
Oplysninger som medtages ved indberetning af uafsluttede ambulante patienter	Sygehusnummer Afdelingsnummer Patienttype = 2, 1 for deldøgn Personnummer Startdato for ambulant forløb Kommunenummer Distriktskode (hvis registreret og anmeldt til SST) 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 tilføjes	Slutdato for ambulant forløb 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 Operationer samt aflyste operationer skal indberettes obligatorisk. Andre procedurer kan indberettes efter samme regler, som for operationer.

Skadestuepatienter

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

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 Distriktskode (hvis registreret og anmeldt til SST) 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. 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. (Andre procedurer indberettes efter samme regler som for operationer).

4. Registrering af diagnoser

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

DEFINITIONER - DIAGNOSE, DIAGNOSEARTER	
Diagnose	Betegnelse for en sygdom, lidelse, symptom eller kontaktårsag, der er optaget i gældende sygdoms-klassifikation.
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 det samlede sygdomsbillede.
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).
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).

For skadestuepatienter er kun de fire første positioner obligatoriske (inkl.'D'). Ellers er kravet til diagnoser generelt fem positioner, 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 26. ATC-koderne findes i Lægeforeningens Medicinfortegnelse og i Lægemiddelkataloget.

Klassifikationer til brug for registrering af barnets hovedomfang og abdominalomfang, moderkagens vægt, apgarscore (ved 5 minutter), tobaksforbrug, fosterpræsentation og svangerskabslængde er medtaget i bilag 2.

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 ambulante 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. Aktionsdiagnosen er ikke altid sammenfaldende med den tilgrundliggende sygdom (grundmorbis). Grundmorbis kan i så fald registreres med diagnoseart G.
4. Øvrige diagnoser kan anføres som bidiagnoser, der registreres med diagnoseart B.

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.

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.

Fra 1. januar 1999 skal alle indberetninger 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 - "obs. pro"-diagnoser

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	DL432	DT390
DD590	DG444	DL560	DT400
DD592	DG620	DL561	DT410
DD611	DG720	DL640	DT420
DE064	DH263	DM102	DT430
DE160	DH406	DM320	DT440
DE231	DI952	DM804	DT450
DE242	DJ702	DM814	DT460
DE273	DJ703	DM835	DT470
DE661	DL105	DM871	DT480
DF13*	DL233	DN140	DT490
DF15*	DL244	DO355	DT500
DG211	DL251	DT360	
DG240	DL270	DT370	
DG251	DL271	DT380	
Følgende koder skal have en ATC-tillægskode <i>eller</i> en tillægskode DT401-DT409 (se nedenstående kommentar og henvisning).			
DF11*			
DF16*			
Reglerne for obligatorisk ATC-tillægskodning gælder kun for aktionsdiagnoser og valideres kun for afsluttede patienter.			
ATC-koder indberettes inkl. foranstillet 'M' efter gældende klassifikation.			
For narkotiske og andre stoffer, der ikke er lægemidler og derfor ikke har en ATC-kode, kan anvendes forgiftningskoder som tillægskoder i stedet for ATC-koder, se afsnit 9.			

*: 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 Cancerdiagnoser (se afsnit 10) samt visse lægemiddelinducerede sygdomme og tilstande, se foranstående skema.

Registrering af "obs pro" er endnu et eksempel. Sygdomsklassifikationen indeholder i kap. Z koder til angivelse af kontaktgrunde til sundhedsvæsenet som f.eks. "mistanke om sygdom" ("obs pro"), undersøgelser, screening, profylaktiske foranstaltninger, rådgivning og meget mere.

Der findes således en række mere eller mindre specificerede kodemuligheder. Ønskes yderligere specifikation kan der suppleres med en tillægskode.

Eksempler:

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

'Meningitis obs pro': (A)DZ033(+)DG039 (meningitis uden specifikation)

'Stenosis a. subclavia obs. pro': (A)DZ035(+)DI771 (Stricture arteriae)

– og altså også til "cancer obs pro":

(A)DZ031P(+)DC435: 'obs. for melanoma malignum trunci'

(A)DZ031(+)DC509: 'obs. for c. mammae'

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:

TUL0	ingen sideangivelse
TUL1	højresidigt
TUL2	venstresidigt
TUL3	dobbeltidigt
TUL9A	lateral
TUL9B	medial

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

Tillægskodning er også omtalt i afsnit 5 om procedureregistrering og i afsnit 9 om forgiftninger.

5. Registrering af procedurer

DEFINITIONER - PROCEDURE, OPERATION, PROCEDUREARTER	
Operativt 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 operativt indgreb.
Deloperation (procedureart 'D')	En operation, der indgår i et operativt indgreb uden at være vigtigste eller primære operation.
Procedureart: Blank	Andre (ikke-operative) 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.). Operationskodeerne 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 operativt 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 operative 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 klokkeslet, hvorved de enkelte indgreb tidsmæssigt kan placeres i den samlede kontakt. Generelt skal operationer udført i samme anæstesi registreres som ét indgreb.

Det tidligere anvendte ‘+’ til koblingen mellem operationskoder i et kombineret

indgreb er fra 1996 afløst af ovenstående registreringsprincip med anvendelse af operationsarter.

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

Der er specielle regler for registreringen af samtidige operationer, samtidige indgreb og bilaterale operationer/indgreb.

Tillægskodning - komplikationer, indikationer

Tillægskodning er yderligere omtalt under registrering af diagnoser (afsnit 4).

En komplikation eller en følge til en operation vil kunne kodes som den relevante sygdoms- el. symptomdiagnose med den tidligere foretagne operation som tillægskode til at angive, hvad der var årsagen til diagnosen, f.eks.:

fantomsmerter efter højresidig exarticulatio genu':

(A)DG546(+)KNGQ09(+)TUL1

Der kan således godt bruges flere tillægskoder til den enkelte SKS-kode.

Indikationen for et operativt indgreb kan angives som en (sygdoms- el. symptom-) tillægskode til den primære operationskode, f.eks. :

eksplorativ laparotomi ved abdominalia acuta (nedre abdomen):

(P)KJAH00(+)DR103

Aflyst procedure

Aflyst eller afbrudt procedure kan registreres ved anvendelse af koder fra gældende klassifikation, se side 33. Disse koder registreres som **primærkode** og kan yderligere specificeres med den aflyste procedure som tillægskode, f.eks.: ZPP17+KUJD02 'Aflyst gastroskopi pga. udeblivelse'.

Fra 1. januar 1999 *skal aflyste operationer* indberettes til Landspatientregisteret.

Der har fra 1998 været mulighed for, at aflyste (/afbrudte) procedurer, herunder operationer *kan* indberettes.

Der gælder følgende definition på aflyst procedure (operation):

Angivelse af, at en procedure (operation) efter beslutning ikke gennemføres.

Definitionen dækker *ikke* over 'annulleret procedure', hvor kapaciteten trods annullering har kunnet anvendes. (Se definition af planlagt og annulleret procedure (operation) side 15).

Aflyste procedurer, som er operationer, skal indberettes til Landspatientregisteret ved angivelse af procedurekode for "aflyst procedure" ZPP1-ZPP19 som primærkode efterfulgt af tillægskode for den aflyste procedure (+K*). Tillægskoder med foranstillet B, U eller Z er tilladt. Primærkoden (ZPP1*) indberettes med procedurearten 'blank'. Der indberettes obligatorisk *proceduredato*. Procedure-time, -minut og producerende afdeling kan indberettes fakultativt.

Afbrudte procedurer i intervallet ZPP3-ZPP39 kan indberettes på samme vis. Det drejer sig om procedurekoder tilhørende SKS-hovedgrupperne K, Z, B og U.

Klassifikation til aflyst/afbrudt procedure. Registreres som primærkode.

ZPP00	Ingen procedure
ZPP1	Procedure aflyst
ZPP10	Procedure aflyst pga. patientens tilstand
ZPP12	Procedure aflyst pga. tekniske problemer med udstyr
ZPP14	Procedure aflyst pga. operationstekniske årsager
ZPP15	Procedure aflyst pga. anæstesitekniske årsager
ZPP16	Procedure aflyst efter patientens ønske
ZPP17	Procedure aflyst pga. udeblivelse
ZPP18	Procedure aflyst pga. andre årsager
ZPP19	Procedure aflyst pga. uspecificerede årsager
ZPP3	Procedure afbrudt
ZPP30	Procedure afbrudt pga. patientens peroperative tilstand
ZPP32	Procedure afbrudt pga. tekniske problemer med udstyr
ZPP34	Procedure afbrudt pga. operationstekniske årsager
ZPP35	Procedure afbrudt pga. anæstesitekniske årsager
ZPP36	Procedure afbrudt efter patientens ønske
ZPP38	Procedure afbrudt pga. andre årsager
ZPP39	Procedure afbrudt pga. uspecificerede årsager

Øvrige procedurer (ikke-operative)

I SKS-hovedgruppe 'Z' (afsnit 'ZZ') findes en lang række ikke-kirurgiske procedurekoder. Listen udvides løbende, men kodernes placering her er midlertidig, idet de senere flyttes til relevante afsnit i de kommende procedureklassifikationer for medicinske undersøgelser og behandlinger.

Der er ikke indberetningspligt for disse procedure-koder. Koderne kan 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 foreløbig med kodearten 'blank'.

Kun officielle SKS-koder kan indberettes.

Behandlingsmodalitet skal indberettes sammen med anmeldelsespligtige cancerdiagnoser, se afsnit 10.

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.

Ulykkeskodning for psykiatriske patienter, se afsnit 8.

Ulykkesregistrering vedr. skadestuepatienter

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

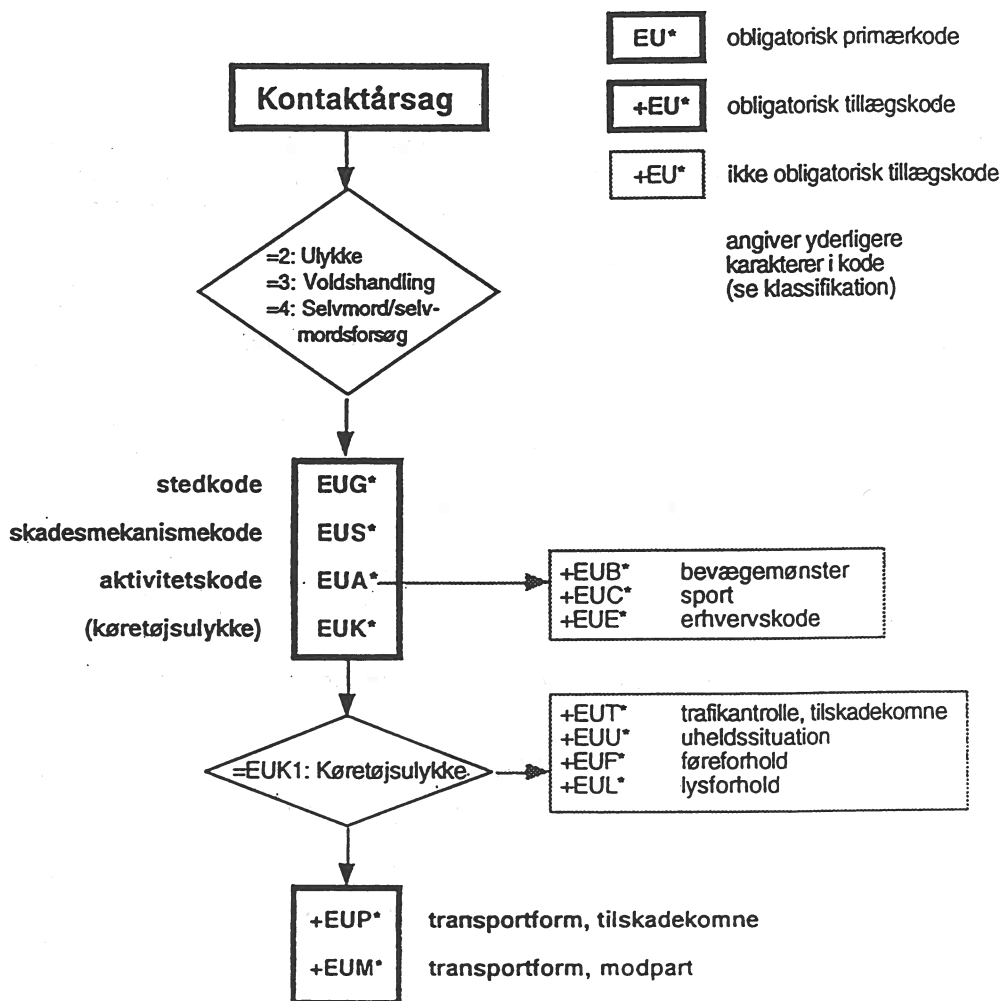
En patient, der henvender sig på en skadestue, skal altid have registreret en ydre årsag til skaden. Dette sker ved hjælp af kontaktårsag- og ulykkeskode.

Ved kontaktårsag 2, 3 eller 4 (se oversigt side 39) skal der være en diagnose i intervallerne DR00-DR999, DS00-DT799 eller DZ00-DZ999.

Se figur 1, side 36.

Til kontaktårsag 2, 3 og 4 knytter sig et værdisæt ifølge gældende ulykkesklassifikation. Det drejer sig om sted, skadesmekanisme, aktivitet, transportform for tilskadekomne ved køretøjsulykke, transportform for modpart ved køretøjsulykke samt registrering af, om der er tale om køretøjsulykke eller ej.

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

Aktivitetskoder

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

Koder for køretøjsulykker

EUK1	Køretøjsulykke
EUK2	Ikke køretøjsulykke

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

Transportform, tilskadekomne

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

Transportform, modpart

EUM0	Ingen modpart
EUM1	Til fods
EUM2	Cykel

EUM3	Knallert
EUM4	Motorcykel, scooter
EUM5	Personbil
EUM6	Varevogn
EUM7	Lastbil, bus m.m.
EUM8	Anden transportform, modpart
EUM9	Ikke specificeret transportform, modpart

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

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, men som en 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 barselsseng anvendes koden DZ39*.

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

Fødselsanmeldelsen

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

Moderens record

Der skal til fødselsdiagnosen (aktionsdiagnosen 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 2.

Er fødslen kompliceret må dette beskrives med de relevante diagnoser fra afsnittet "Fødselskomplikationer" DO60*-DO75* eller diagnoser der dækker komplikationer, der både kan optræde under graviditet og fødsel (DO10*-DO48*). Disse diagnoser vil altid være bidiagnoser i relation til fødslen.

Barnets record

"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 2.

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.

Barnets record i øvrigt

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

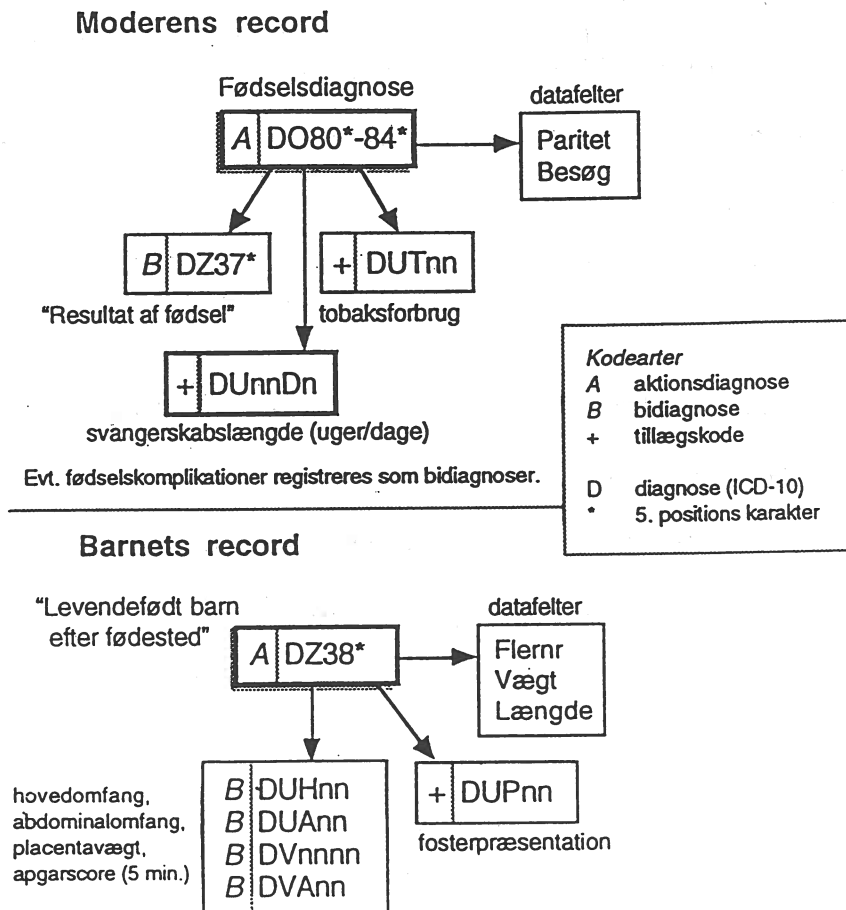
Aktionsdiagnosen på barnet er DZ38* (levendefødt barn efter fødested).

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

Klassifikation for Apgarscore og fosterpræsentation findes i bilag 2.

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

Figur 2 Registrerings- og kodningsprincipper ved fødsel



Der skal til visse *aktionsdiagnoser* registreres tillægskode for svangerskabslængde. Herudover gælder specielle krav for abortkontakter uanset patienttype, se nedenfor. Se iøvrigt tabel på side 45.

Aborter og misdannelsesregistrering

Der skal altid på kontakter med abortindgreb registreres en aktionsdiagnose i intervallet DO040-DO067 samt en tillægskode for svangerskabslængde. Dette gælder for alle patienttyper inkl. *ambulant*.

Der skal ved aktionsdiagnose DO040-DO067 samtidig registreres en operationskode i intervallet KLCH00-KLCH99.

Ved forundersøgelsen anvendes en anden relevant diagnose til at beskrive kontakten, f.eks: DZ322 'Undersøgelse forud for provokeret abort', evt. DZ640 'Problemer i forb. m. uønsket graviditet' el. diagnoser fra intervallerne DZ34-DZ35 el. DZ80.

Ved evt. efterambulant kontakt anvendes relevant sygdoms-, symptom- el. problem-diagnose.

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*.

Der kan yderligere blive tale om yderligere diagnoseregistrering, se nedenfor.

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.

Portegnelse 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 DO067	skal DU-tillægskode DU12D*-DU27D* forekomme
DO80* - DO84*	skal DU-tillægskode DU20D*-DU45D* eller DU99DX forekomme

Klassifikation af svangerskabslængde, se bilag 2.

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

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

For detaljeret liste over DX-diagnosekoder se side 157, bilag 3.

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.

Undtagelse:

Hvis ambulantmodulerne anvendes til registrering af deldøgnskontakten med dertil hørende behandlingsdage, kan der registreres:

Personalekategori

Psykiatrisk ydelse

Ydelsessted

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 Distriktskode (hvis registreret og anmeldt til SST) Henvissningsdato Henvissningsmåde Indlæggelsesmåde (fakultativt deldøgn) Indlagt fra (fakultativt) Indlæggelsesvilkår (fakultativt deldøgn) Antal (for deldøgnspatienter)
Behandlingsdage	
Ved afslutning tilføjes	Udskrivningsdato Udskrivningstidspunkt Udskrivningsmåde Udskrevet til sygehus/afdeling Udskrevet til (fakultativt) Passiv ventetid, årsag Passiv ventetid, startdato Passiv ventetid, slutdato
Afsluttede samt uafsluttede pr. 31.12 skal tillige have registreret:	
Kontaktårsagskode/ulykkeskode	Fakultativ
Diagnoser	Diagnoseart Diagnosekodenummer (se liste over tilladte aktions- og grundmorbusdiagnoser side 51)
Procedurer	Procedureart Procedurekodenummer Proceduredato Procedureklokkeslæt Kodenummer for producerende afdeling Alle operationer indberettes obligatorisk. Andre procedurer kan indberettes efter samme regler som for operationer

Psykiatriske ambulante patienter

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

Til denne basisregistrering kan tilføjes specielle oplysninger pr. besøg aflagt i et psykiatrisk ambulatorium. Det drejer sig om følgende:

Personalekategori Kodenummer for 1, 2 el. 3 personalemedlemmer, der er inddraget i besøget.

- 0 Læge
- 1 Sygeplejerske
- 2 Psykolog
- 3 Socialrådgiver
- 4 Plejer
- 5 Ergoterapeut
- 6 Fysioterapeut
- 7 Pædagog
- A Andet
- 9 Uoplyst
- B Ikke læge til stede

Fakultativ, dog skal der altid være registreret, om der har været læge til stede eller ej.

Psykiatrisk ydelse Kodenummer for den til patienten givne ydelse ved besøget. Der må registreres en af følgende ydelseskoder:

- 1 Samtale med psykiatrisk behandlingsmæssig sigte
- 2 Psykologisk testning
- 3 Samtale mhp. udredning og/eller afhjælpning af sociale forhold
- 4 Individuel psykoterapi
- 5 Gruppeterapi
- 6 Familie/parterapi
- 7 Genoptræning (fysio-, ergo- og miljøterapi samt neuropsykologisk genoptræning)
- A Andet

Ydelsessted (fakultativ).

- 1 På institution
- 2 I hjemmet
- A Andet
- 9 Uoplyst

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	Registreringsenheden er "et ambulant forløb", som omfatter de besøg, der er aflagt i et bestemt ambulatorium af en given person, fra og med første besøg til og med sidste besøg.
Oplysninger som medtages ved indberetning til Landspatientregisteret ved en patients indskrivning på psykiatrisk afdeling	Sygehusnummer Afdelingsnummer Patienttype = 2, 1 for deldøgn Personnummer Startdato for ambulant forløb Kommunenummer Distriktskode (hvis registreret, og anmeldt til SST) 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 Personalekategori Psykiatriske ydelser Ydelsessted (fakultativ)
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 51)
Procedurer	Procedureart Procedurekodenummer Proceduredato Procedureklokkeslæt Kodenummer for producerende afdeling Alle operationer indberettes obligatorisk. Andre procedurer kan indberettes efter samme regler som for operationer

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 sygdomstilstande
DZ039	Observation på mistanke om ikke specific. sygdomstilstand
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	Tilsluttet selvbeskadigelse, overfald og mishandling

9. Forgiftninger

Ved kodning af forgiftninger må man være opmærksom på, at der i sygdoms-klassifikationen 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, kan i stedet anvendes forgiftningskoder som tillægskode, se side 53.

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

Forgiftningskoder for narkotika

En del forgiftninger og andre tilstande, der som psykiske lidelser kodes i gruppe DF11* 'Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser som følge af opiatbrug' og gruppe DF16* 'Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser som følge af misbrug af hallucinogener' vil være forårsaget af stoffer, der ikke findes i ATC-klassifikationen.

Gruppe DT40* er derfor i forhold til den trykte udgave af Sygdomsklassifikationen udvidet, så den kommer til at omfatte følgende koder:

- DT400 Forgiftning m. stærke smertestillende midler af kendt art.
Angiv ATC-kode for lægemiddel
- 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
- DT406 Forgiftning m. andre og uspecificerede narkotika
- DT406A Forgiftning, designer drug
- DT406B Forgiftning, ecstasy
- DT406C Forgiftning, euforiserende svampe
- DT406X Forgiftning, blandingsmisbrug u. specifikation
- DT407 Forgiftning m. cannabis
- DT408 Forgiftning m. LSD (lysergsyrediethylamid)
- DT409 Forgiftn. m. andre og uspecificerede psykodysleptika

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

10. Indberetning til Cancerregisteret

Fra 1. januar 1999 erstattes og udvides den tidligere registrering af anmeldelsesstatus med dét i det følgende beskrevne.

Baggrunden for udvidelsen er et ønske om en gradvis overgang til en fuld elektronisk indberetning via Landspatientregisteret til Cancerregisteret samt et ønske om, at behandling (modaliteter) af cancersygdomme skal kunne indberettes og anvendes til brug for DRG-analyser. Registreringen bygger videre på princippet fra 'trin 1' i 1998, idet det stadig er diagnosen (aktions- el. bidiagnose), der udløser den videre registrering.

Ændringen i 1999 bygger på en udvidet brug af anmeldelsesstatus, herunder anvendelse af denne som valideringsgrundlag for yderligere registrering. Dette medfører ikke kun en fejlsøgnings- og valideringsmulighed for Landspatientregisteret, men også en hjælp til afdelingerne i den daglige registrering/færdiggørelse af data i forhold til cancerindberetningen.

Det er endvidere obligatorisk at angive "ingen behandling"/behandling i forbindelse med registreringen af cancerdiagnose, jf. fig. 3 og tabel 2.

Registrering og indberetning af anmeldelsesstatus og behandlinger ved cancerdiagnoser.

Der skal indberettes hver gang en afdeling stiller én af nedenstående diagnoser på en patient, uanset en anden afdeling måske allerede har indberettet sygdommen.

Ved registrering af anmeldelsespligtig cancerdiagnose (se side 59) er nedenstående krav gældende. Registreringen er obligatorisk for diagnoser med arterne A og B. Der er således ingen anmeldelsespligt for henvisningsdiagnoser eller grundmorbus. Indberetningen gælder alle patienttyper.

Der anvendes fortsat anmeldelsesblanketter til Cancerregisteret i Sundhedsstyrelsen.

Anmeldelsesstatus.

Princippet i registreringen er vist grafisk i fig. 3, side 56.

Til aktions- og bidiagnoser i kodeintervallet for cancerrelaterede diagnoser (se tabel 3 inkl. kommentar) skal der registreres en *tillægskode for anmeldelsesstatus*. Betydningen af de specificerede anmeldelsesstatus er defineret i tabel 1.

Anmeldelsesstatus skal senest være tilstede ved færdigregistreringen. Ved indberetning til Landspatientregisteret skal anmeldelsesstatus have værdien [(0-)1-6]. Værdien [0] er beregnet til at kunne anvendes inden færdigregistrering og må ikke indberettes på afsluttede kontakter.

Der skal og må kun forekomme én anmeldelsesstatus pr. diagnose pr. afsluttet kontakt.

For patienter med flere af de anmeldelsespligtige diagnoser gælder det fortsat, at der skal anmeldes særskilt pr. diagnose. Anmeldelsesstatus som tillægskode knytter sig éntydigt til primærkoden. Der kan således godt være forskellige status på forskellige diagnoser i samme indberetning.

Der er følgende anmeldelsesstatus:

Anmeldelsesstatus til brug ved elektronisk indberetning til cancerregisteret

(SKS)	(tekst)
AZCA0	Anmeldelsesstatus endnu ikke angivet
AZCA1	Ny anmeldelsespligtig diagnose, ikke tidligere anmeldt af afdelingen
AZCA2	Recidiv af tidligere anmeldelsespligtig diagnose
AZCA3	Afdelingen er ikke involveret i diagnosticering, behandling eller kontrol af diagnosen
AZCA4	Diagnose tidligere anmeldt af egen afdeling, uændrede oplysninger
AZCA5	Ændring af tidligere anmeldt diagnose til ikke anmeldelsespligtig diagnose
AZCA6	Ændring af/tilføjelse til tidligere anmeldt diagnose

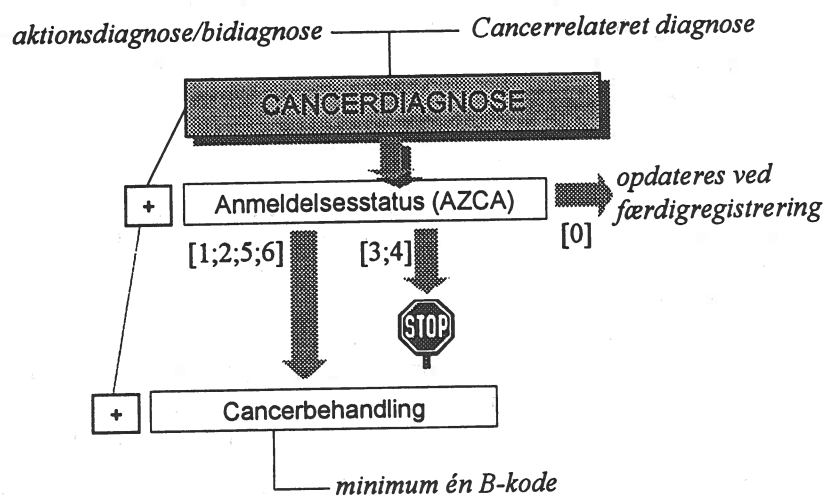
Disse anmeldelsesstatus erstatter de tidligere anvendte koder (ZZCA10 og ZZCA20)

Anmeldelsesstatus skal ved færdigregistreringen være dækkende for hele kontakten. Dette stiller betydelige krav til den faglige validering af de registrerede oplysninger.

Værdierne [3;4] giver ikke anledning til yderligere registrering af behandling(er). Disse giver afdelingerne mulighed for at kunne arbejde mere rationelt ved at hindre unødvendig registrering.

Værdierne [1;2;5;6] fører til yderligere **procedureregistrering**. Der skal så være registreret mindst én kode fra "Klassifikation af cancerbehandling (modaliteter)", se tabel 2 samt figuren. Denne behandlingskode registreres ligeledes som *tillægskode til diagnosen*. Der kan evt. registreres flere behandlingskoder.

Fig. 3 Registrerings- og kodeprincipper ved cancerrelateret sygdom



Tabel 1 Anmeldelsesstatus til brug ved indberetning til Cancerregisteret

SKS-kodeværdier se tekst

0 Anmeldelsesstatus endnu ikke angivet.

*Denne anmeldelsesstatus må ikke forekomme på en færdigregistreret kontakt.
På færdigregistrerede kontakter skal anmeldelsesstatus være >0.*

Status '0' kan anvendes i systemet indtil færdigregistreringen. Kan indberettes på åbne kontakter, men må ikke findes i indberetningen af afsluttet kontakt.

Følgende status er baseret på færdigregistrering.

Alle status kan forekomme på indberettede åbne kontakter.

1 Ny anmeldelsespligtig diagnose, ikke tidligere anmeldt af afdelingen

*Når der første gang diagnosticeres, kontrolleres eller behandles et cancertilfælde på afdelingen, skal dette anmeldes til cancerregisteret efter gældende regler.
Ved tvivl skal der altid anmeldes.
Der skal anmeldes mindst én af procedurerne fra tabel 2.*

2 Recidiv af tidligere anmeldelsespligtig diagnose.

Der skal registreres mindst én af procedurerne fra tabel 2.

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

*Det betyder at cancerdiagnosen aldrig kan være en aktionsdiagnose.
Der skal ikke fremsendes anmeldelse.*

4 Diagnose tidligere anmeldt af egen afdeling, uændrede oplysninger.

*Dækker også kontrol/fortsat (uændret) behandling.
Der skal ikke registreres procedurer.*

5 Ændring af tidligere anmeldt diagnose til ikke anmeldelsespligtig diagnose.

*Der registreres/anmeldes den/de nye diagnoser.
Må kun anvendes hvor cancerdiagnosen afkræftes.
Der skal registreres mindst én af procedurerne fra tabel 2.*

6 Ændring af/tilføjelser til tidligere anmeldt diagnose.

*Tidligere fremsendte oplysninger fra egen eller anden afdeling skal opdateres med den nye viden.
Inkluderer ny eller ændret behandling.
Der skal registreres mindst én af procedurerne fra tabel 2.*

Der skal og må kun forekomme én anmeldelsesstatus pr. diagnose pr. kontakt.

Anmeldelsesstatus for den enkelte diagnose skal ved færdigregistreringen være dækkende for hele kontakten, dvs. afspejle den opsamlede viden (status) ved kontaktens afslutning.

Opfølgning af indberetning.

Det er - som ved skemaindberetningen - nødvendigt, at tidligere indberettede oplysninger kan suppleres med nye.

Fremgangsmåden med en "formular" i systemerne, der samler alle de indberettede data i en overskuelig form, kan være en hjælp til brugeren ved opfølgningen.

Tabel 2 Cancerbehandling (modaliteter)

Overordnede procedurekoder til brug for cancerindberetning.
Registreres som tillægskoder til cancerdiagnosen.

ZWC Cancerbehandling

ZWCA0	Kirurgisk indgreb
ZWCA1	Kirurgisk indgreb, diagnostisk/eksplorativt
ZWCA2	Kirurgisk indgreb, skønnet radikalt
ZWCA3	Kirurgisk indgreb, skønnet ikke radikalt
ZWCB0	Strålebehandling
ZWCC0	Kemoterapeutisk behandling
ZWCC1	Hormon- og antihormonbehandling
ZWCC2	Behandling med Interferon
ZWCC3	Behandling med Interleukin-2
ZWCC4	Behandling med andre biologiske cytoregulatorer
ZWCD0	Anden specificeret behandling
ZWCD1	Rent symptomatisk behandling
ZWCD2	Behandling uden specifikation
ZWCD3	Ingen behandling
ZWCE	Alternativ cancerbehandling

*Anvendte medikamina kan evt. angives som yderligere tillægskode(r).
Operationer registreres uændret særskilt efter gældende regler.*

Tabel 3 Liste over cancerrelaterede 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
DD07.6	Carcinoma in situ genitalium viri med anden eller ikke specificeret lokalisation (Carcinoma in situ testis)
DD09.0	Carcinoma in situ vesicae urinariae
DD09.1	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
DD35.2	Neoplasma benignum glandulae pituitariae
DD35.3	Neoplasma benignum ductus craniopharyngei
DD35.4	Neoplasma benignum corporis pinealis
DD37*-DD48*	Svulster af usikker eller ukendt karakter
DE34.0	Karcinoid syndrom
DN87*	Celleforandring i slimhinde på livmoderhals
DO01*	Mola Vandblære

Brugen af ordet "cancer" og "cancerregister" kan i nogle sammenhænge være et informationsmæssigt 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.

11. Ændringer som følge af nedlæggelse af Ventelisteregisteret

Ventelisteregisteret nedlægges pr. 1. januar 1999. I den forbindelse indføres ændringer i indberetningen af heldøgns-, deldøgns- og ambulante patienter, der har mindst én kontakt til en sygehus/afdeling.

Ændringerne består først og fremmest i, at en del af de ventelistedata, der tidligere blev indberettet til Ventelisteregisteret, nu indberettes til Landspatientregisteret.

<i>Ventelistedata (variabler) der skal indberettes sammen med data for en heldøgns-, deldøgns- eller ambulankontakt</i>	
Definition	Registreringsenheder der vedrører henviste, ventende patienter
Data som medtages ved indberetningen til Landspatientregisteret. Ved afslutningen af en indlæggelse eller ved første ambulante besøg (dækker patienttyperne heldøgns-, deldøgns- og ambulante patienter).	Henvisningsdato Henvisningsmåde Henvisningsdiagnose 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 ophører, fordi patienten møder til forambulant undersøgelse, fastholdes.

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.

De væsentligste ændringer ved indberetningen af ventelistedata:

Henvisningsdato

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

Henvisningsdiagnose

Henvisningsdiagnosen gøres 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 80.

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 gøres 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 92 og 93.

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 <i>andre sygdomme</i> 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 <i>ventetiden til sterilisation</i> , begrundet i patientens betænkningstid. Der skal registreres start- og slutdato for den passive periode.
2 Patienten afventer behandlingsmodning.	Anvendes når en <i>sygdom endnu ikke er behandlingsmoden</i> 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 <i>behandlingen kan foregå på en anden sygehus/afdeling</i> . 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.

3 (fortsat)	Der skal registreres start- og slutdato for perioden. Anvendes ofte i forbindelse med "venteliste-projekter" hvor en given afdeling får tilført ressourcer til at afvikle patienter med specielle lidelser, fra ventelisterne i hele amtet.
4 Kontrolpatient.	Anvendes når en patient efter endt behandling, skal komme til <i>kontrol efter en bestemt tid</i> (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.

12. Vejledning til den tekniske indberetning

**Oversigt over hvilke data der indgår i registreringen af henholdsvis
heldøgns-, deldøgns-, ambulatorie- og skadestuepatienter.**

Datanavn	Indgår i registreringen for			
	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
Indlæggelsestid/ Time for ankomst til skadestue	x			x
Minut for ankomst til skadestue				x
Kommunenummer	x	x	x	x
Distriktskode	(x)	(x)	(x)	(x)
Henvisningsdato	x	x	x	
Henvisningsmåde	x	x	x	
Indlæggelsesmåde	x	(x)		
Indlagt fra	(x1)	(x1)		
Indlæggelsesvilkår	x1)	(x1)		
Udskrivningsdato/ Slutdato for ambulant forløb	x	x	x	
Udskrivningstid	x			
Udskrivnings- eller afslutningsmåde	x	x	x	x
Udskrevet/afsluttet til sygehus/afdeling	x	x	x	x
Udskrevet til	(x1)	(x1)		
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
Diagnosekodenummer (indberettes som SKS-kode)	x	x	x	x

(fortsat)

Datanavn	Indgår i registreringen for			
	Heldøgns- patienter	Deldøgns- patienter	Ambulante patienter	Skadestue- patienter
Procedureart (indberettes sammen med SKS-procedurekode) 2)	x	x	x	(x)
Procedurekodenummer (SKS-kode) 2)	x	x	x	(x)
Proceduredato (indberettes sammen med SKS-procedurekode) 2)	x	x	x	(x)
Proceduretime (indberettes sammen med SKS-procedurekode) 2) 3)	x	x	x	(x)
Procedureminut (indberettes sammen med SKS-procedurekode) 2) 3)	x	x	x	(x)
Kode for producerende afdeling (indberettes sam. med SKS-procedurekode) 2) 3)	x	x	x	(x)
Dato for besøg		x*	x	
Personalekategori		x1)(se s. 103)	x1)	
Psykiatrisk ydelse		x1)(se s. 104)	x1)	
Ydelsessted		(x1))(se s. 105)	(x1))	
Passiv ventetid, årsag	x	x	x	
Passiv ventetid, startdato	x	x	x	
Passiv ventetid, slutdato	x	x	x	
<i>Kun for fødsler:</i>				
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

2)Operationer er obligatoriske; dog fakultativ for skadestuepatienter.

Aflyste operationer skal indberettes. Se side 31.

3)Fakultativ for procedurer, der ikke er operationer

Databeskrivelser

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVERN	PROGRAMDATANAVERN	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		

SYSTEMDATANA VN		PROGRAMDATANA VN	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

SYSTEMDATANAVERN		PROGRAMDATANAVERN	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.		
Ambulatoriepatient	En patient, der bliver undersøgt / behandlet i et ambulatorium, som er et afsnit uden faste pladser til behandling, hvor der ikke er normeret personale til overvågning af patienterne.		
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

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Personnummer	CPRNR	10
DEFINITION For patienter, der har fået tildelt et dansk CPR-nummer, anvendes dette som personnummer, uanset om patienten har fast bopæl i udlandet. Hvis det danske CPR-nummer ikke foreligger ved kontaktens start, kan der benyttes et midlertidigt erstatningsnummer, som udskiftes med CPR-nummeret, når dette foreligger og senest inden indberetning til Landspatientregisteret. For patienter, som ikke har noget dansk CPR-nummer, benyttes et erstatningsnummer, hvor de første 6 cifre angiver fødselsdag, -måned og -år, det 7. ciffer er 0 for patienter født i år 1900 – 1999, og 5 for patienter født før 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

DATABESKRIVELSE		PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
SYSTEMDATANAVN		INDLÆGDTO	6
Indlæggelsesdato eller		DTOSTART	
Startdato for ambulant forløb eller		DTOANKSKA	
Dato for ankomst til skadestue			
DEFINITION			
For heldøgns-patienter	Datoen for påbegyndelse af behandling af patient på heldøgnsafsnit		
For deldøgns-patienter	Datoen for påbegyndelse af behandling af patient på deldøgnsafsnit		
For ambulatorie-patienter	Normalt dato for patientens første besøg i ambulatorium efter 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			

SYSTEMDATANAVN

SYSTEMDATANA VN Indlæggelsestid eller Tid for ankomst til skadestue	PROGRAMDATANA VN INDLÆGTID TANSKA	MAX. ANTAL POS.: 2
DEFINITION Klokketæt 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

SYSTEMDATANA VN	PROGRAMDATANA VN	MAX. ANTAL POS.:
Kommunennummer	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.:
Distriktskode	DISTKOD	7
DEFINITION Til evt. lokal registrering af optageområde, eksempelvis socialdistrikter i store bykommuner, kan kodes med tal og/eller bogstaver (lades blank hvis ubenyttet). Anvendte koder skal meddeles registeret.		
VÆRDISÆT Kun de anmeldte koder bør anvendes.		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja fakultativ Deldøgnspatienter ja fakultativ Ambulatoriepatienter ja fakultativ Skadestuepatienter ja fakultativ		

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 ≤ HENVISDTO ≤ INDLÆGDTO/DTOSTART										
VÆRDISÆT På formen dag, måned og år Obligatorisk for alle indlæggelses- og henvisningsmåder.										
INDGÅR I REGISTRERING FOR <table><tr><td>Heldøgnspatienter</td><td>ja</td></tr><tr><td>Deldøgnspatienter</td><td>ja</td></tr><tr><td>Ambulatoriepatienter</td><td>ja</td></tr><tr><td>Skadestuepatienter</td><td>nej</td></tr></table>			Heldøgnspatienter	ja	Deldøgnspatienter	ja	Ambulatoriepatienter	ja	Skadestuepatienter	nej
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

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Indlagt fra	INDFRA	1
DEFINITION		
VÆRDISÆT Indlagt fra: 1 Hjemmet ekskl. døgninstitution 2 Psykiatrisk hospital/sygehusafdeling 3 Psykiatrisk dag/nathospital 4 Somatisk afdeling 5 Plejehjem/institution - A Andet 9 Uoplyst		
INDGÅR I REGISTRERING FOR - Heldøgnspatienter ja psykiatriske afdelinger fakultativ - Deldøgnspatienter ja psykiatriske afdelinger fakultativ - Ambulatoriepatienter nej - Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	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 bistandslovens § 35		
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 Ingen 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.:
Udskrevet til	UDSKRTIL	1
DEFINITION		
VÆRDISÆT		
Udskrevet til:		
1	Hjemmet ekskl. døgninstitution	
2	Psykiatrisk hospital/sygehusafdeling	
3	Psykiatrisk dag/nathospital	
4	Somatisk afdeling	
5	Plejehjem/institution	
8	Død	
A	Andet	
9	Uoplyst	
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Heldøgnspatienter	ja psykiatriske afdelinger fakultativ	
Deldøgnspatienter	ja psykiatriske afdelinger fakultativ	
Ambulatoriepatienter	nej	
Skadestuepatienter	nej	

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 opheleling 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 Vedrørende vejledning henvises til den gældende klassifikation af sygdomme, udgivet af Sundhedsstyrelsen										
INDGÅR I REGISTRERING FOR <table><tr><td>Heldøgnspatienter</td><td>ja somatiske afdelinger, fakultativ psykiatriske afdelinger</td></tr><tr><td>Deldøgnspatienter</td><td>ja fakultativ</td></tr><tr><td>Ambulatoriepatienter</td><td>nej</td></tr><tr><td>Skadestuepatienter</td><td>ja</td></tr></table>			Heldøgnspatienter	ja somatiske afdelinger, fakultativ psykiatriske afdelinger	Deldøgnspatienter	ja fakultativ	Ambulatoriepatienter	nej	Skadestuepatienter	ja
Heldøgnspatienter	ja somatiske afdelinger, fakultativ psykiatriske afdelinger									
Deldøgnspatienter	ja fakultativ									
Ambulatoriepatienter	nej									
Skadestuepatienter	ja									

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANA VN	PROGRAMDATANA VN	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.

For ambulatoriepatienter er det fakultativt at indberette antal behandlingsdage, idet der altid skal indberettes besøgsdatoer.

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

Hvis der ikke indberettes antal behandlingsdage, beregnes det i LPR som antal besøgsdatoer.

VÆRDISÆT

BEHDAGE ≥ 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 HENVISD TO ≤DTOFORU≤DTONBH (hvis denne er udfyldt) DTOFORU≤DTOSLUT (hvis denne er udfyldt)		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter nej Deldøgnspatienter ja, hvor ambulantområdet anvendes Ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVERN	PROGRAMDATANAVERN	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 $\leq$ DTOFORU (hvis denne er udfyldt) $\leq$ DTOENBH		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter nej Deldøgnspatienter ja, hvor ambulantmodulet anvendes Ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVERN	PROGRAMDATANAVERN	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, side 19. 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 - 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 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

DATABESKRIVELSE		PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
SYSTEMDATANAVN		PROCART	1
Procedureart			
DEFINITION			
Angivelse af procedures art			
I øvrigt henvises til side 29			
VÆRDISÆT			
<u>Registrering af operationer (kapitlerne A-Y incl.) ifølge gældende klassifikation af operationer</u>			
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.			
<u>Indberetning af andre procedurer</u>			
Indberettes med procedureart blank			
Aflyste operationer skal indberettes. Se side 31.			
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 K(operationer), Z, B og U fra gældende SKS-klassifikation.														
VÆRDISÆT Ifølge gældende SKS-klassifikationer af procedurer (inklusive operationer), udgivet af Sundhedsstyrelsen. 1. position: skal være K, Z, B eller U. 2.-10. position: skal følge kodelængden fra gældende SKS-klassifikation. Procedurer med arten K skal mindst være på 6 positioner. 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). SKS-hovedgrupperne B og U er behandlings- og undersøgelsesklassifikationer, der er under udvikling. Der kan fakultativt registreres SKS-tillægskoder. Der gælder ved visse cancerrelaterede diagnoser specielle regler for indberetning af behandlingskoder (som SKS-tillægskoder). Se kapitel 10. Der gælder specielle regler for indberetning af aflyste operationer. Se side 31. Indberettes som SKS-procedurekode (SKSKO) - se bilag 1														
INDGÅR I REGISTRERING FOR <table> <tr> <td>Heldøgnspatienter</td><td>ja,</td><td>for kapitlerne A-Y incl. ifølge gældende klassifikation af operationer. Øvrige procedurer fakultative</td></tr> <tr> <td>Deldøgnspatienter</td><td>ja,</td><td>" " " " "</td></tr> <tr> <td>Ambulatoriepatienter</td><td>ja,</td><td>" " " " "</td></tr> <tr> <td>Skadestuepatienter</td><td>ja,</td><td>fakultativ</td></tr> </table>			Heldøgnspatienter	ja,	for kapitlerne A-Y incl. ifølge gældende klassifikation af operationer. Øvrige procedurer fakultative	Deldøgnspatienter	ja,	" " " " "	Ambulatoriepatienter	ja,	" " " " "	Skadestuepatienter	ja,	fakultativ
Heldøgnspatienter	ja,	for kapitlerne A-Y incl. ifølge gældende klassifikation af operationer. Øvrige procedurer fakultative												
Deldøgnspatienter	ja,	" " " " "												
Ambulatoriepatienter	ja,	" " " " "												
Skadestuepatienter	ja,	fakultativ												

DATABESKRIVELSE

DATABESKRIVELSE		PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
SYSTEMDATANAVN		PROCDTO	6
Proceduredato			
DEFINITION			
Angivelse af datoen for en procedures udførelse NB: Inkluderer <u>også</u> operationer.			
INDLÆGDTO eller DTOSTART ≤ PROCDTO ≤ 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) NB: Inkluderer <u>også</u> operationer. Hvis INDLÆGDTO eller DTOSTART = PROCDTO skal INDLÆGTIME eller TANSKA ≤ PROCTIM		
VÆRDISÆT 00-23		
Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO) - se bilag 1		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Heldøgnspatienter	ja, indberettes sammen med procedurekode. Fakultativ for ikke K-procedurer	
Deldøgnspatienter	ja, indberettes sammen med procedurekode. Fakultativ for ikke K-procedurer	
Ambulatoriepatienter	ja, indberettes sammen med procedurekode. Fakultativ for ikke K-procedurer	
Skadestuepatienter	ja, indberettes sammen med procedurekode. Fakultativ for ikke K-procedurer	

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN		PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Procedureminut		PROCMIN	2
DEFINITION Angivelse af minut for en procedures udførelse (startminut) NB: Inkluderer <u>også</u> operationer.			
VÆRDISÆT 00-59 Indberettes sammen med en SKS-procedurekode (SKSKO) - se bilag 1			
INDGÅR I REGISTRERING FOR			
Heldøgnspatienter	ja, indberettes sammen med procedurekode. Fakultativ for ikke K-procedurer		
Deldøgnspatienter	ja, indberettes sammen med procedurekode. Fakultativ for ikke K-procedurer		
Ambulatoriepatienter	ja, indberettes sammen med procedurekode. Fakultativ for ikke K-procedurer		
Skadestuepatienter	ja, indberettes sammen med procedurekode. Fakultativ for ikke K-procedurer		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Kodenummer for producerende afdeling	PROCAFD	7
DEFINITION Angivelse af producerende afdeling. NB: Inkluderer <u>også</u> operationer.		
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. Fakultativ for ikke K-procedurer	
Deldøgnspatienter	ja, indberettes sammen med procedurekode. Fakultativ for ikke K-procedurer	
Ambulatoriepatienter	ja, indberettes sammen med procedurekode. Fakultativ for ikke K-procedurer	
Skadestuepatienter	ja, indberettes sammen med procedurekode. Fakultativ for ikke K-procedurer	

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVERN	PROGRAMDATANAVERN	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 opereres af en anden afdeling, indberettes ingen besøg, hvis patienten ikke direkte kommer i ambulatoriet på operationsdagen		
VÆRDISÆT På formen dag, måned og år		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter nej Deldøgnspatienter ja , hvor ambulantomodulet anvendes Ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANA VN	PROGRAMDATANA VN	MAX. ANTAL POS.:
Personalekategori	PERSKAT	3x1
DEFINITION Kodenummer for 1, 2 eller 3 personalemedlemmer, der er inddraget i et besøg.		
VÆRDISÆT 0 Læge 1 Sygeplejerske 2 Psykolog 3 Socialrådgiver 4 Plejer 5 Ergoterapeut 6 Fysioterapeut 7 Pædagog A Andet B Ikke læge til stede 9 Uoplyst Ved besøgsdato efter 31.12. 1998 vil indberettede personalekategorier forskellig fra 0 blive konverteret til B. Konverteringen sker i LPR. Det er tilstrækkeligt kun at indberette 0 eller B.		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter nej Deldøgnspatienter ja psykiatriske afdelinger, hvis der registreres i modulet for ambulante patienter Ambulatoriepatienter ja psykiatriske afdelinger Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Psykiatrisk ydelse	PSYKYD	1
DEFINITION Kodenummer for den til patienten givne ydelse ved besøget.		
VÆRDISÆT 1 Samtale med psykiatrisk behandlingsmæssig sigte 2 Psykologisk testning 3 Samtale mhp. udredning og/eller afhjælpning af sociale forhold 4 Individuel psykoterapi 5 Gruppeterapi 6 Familie/parterapi 7 Genoptræning (fysio-, ergo- og miljøterapi samt neuropsykologisk genoptræning) A Andet		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter nej Deldøgnspatienter ja psykiatriske afdelinger, hvis der registreres i modulet for ambulante patienter Ambulatoriepatienter ja psykiatriske afdelinger Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Ydelsessted	YDESTED	1
DEFINITION Kodenummer for om en ydelse ved besøget er givet på institution eller ej		
VÆRDISÆT 1 På institution 2 I hjemmet A Andetsteds 9 Uoplyst		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter nej Deldøgnspatienter ja psykiatriske afdelinger fakultativ, hvis der registreres i modulet for ambulante patienter Ambulatoriepatienter ja psykiatriske afdelinger fakultativ Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS:
Passiv ventetid, årsag	ÅRSAGPAS	1
DEFINITION Kodenummer for årsagen til passiv ventetid. Se definitioner side 61.		
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

SYSTEMDATANA VN	PROGRAMDATANA VN	MAX. ANTAL POS.:
Paritet	PARITET	2
DEFINITION Antal fødsler - incl. dødfødsler - <i>incl. den aktuelle.</i> Oplysningen fås evt. fra svangerskabsjournalen.		
VÆRDISÆT Antal 01 - 20 Uoplyst = U (2. position blank) Skal registreres, hvis der er en DO80*-84* som aktionsdiagnose.		
INDGÅR I REGISTRERING FOR 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

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

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANA VN	PROGRAMDATANA VN	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

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	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

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
 - * må INDFRA være blank, hvis UDSKRIVDTO er efter 31.12.98
 - * må UDSKRTIL være blank, hvis INDLÆGDTO er efter 31.12.98

- 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 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 pa-
tienter :

- 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 HENVISNMÅDE 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
- hvis DTOSLUT er blank:
 - * skal AFSLUTMÅDE være blank
- hvis DTOSLUT ikke er blank:
 - * må AFSLUTMÅDE ikke være blank
- Hvis DTOSLUT 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 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 HENVISNMÅDE være blank
- skal UDSKRIVDTO være blank
- må AFSLUTMÅDE ikke være blank
- Hvis DTOANKSKA 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 DTOANKSKA. Dog tillades '000' som afdelingskode
- 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
PROCDTO	Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)
PROCTIM	Blank eller 00-23
PROCMIN	Blank eller 00-59

Fejlsøgning i feltsammenhænge strukturen SKSKO:

ART = +	Tillægskode kan kobles på en forudgående SKSKO med arten blank, A, B, G, H, M, V, P eller D "DUnnDn" koder (svangerskabslængde) må kun registreres som tillægskoder "DUT" koder (rygevaner) må kun registreres som tillægskoder "TUL" koder (sideangivelse) må kun registreres som tillægskoder "AZCA*" koder (anmeldelsesstatus) må kun registreres som tillægskoder "M" koder (ATC) må kun registreres som tillægskoder Alle SKS-koder kan registreres som tillægskoder. Tillægskoder ifølge gældende SKS-klassifikationer. Der må maks. registreres 10 tillægskoder pr. KODE med tilhørende ART forskellig fra '+'.
---------	---

ART = A, B, G, H, M

Position 1 i KODE skal være D
Gælder ikke hvis ART= H og KODE er numerisk.

Hvis 1. position i KODE er D, skal KODE være mindst 5 karakterer lang; med undtagelse af hvis ART = H, M eller hvis PATTYPE = 3, så skal KODE være mindst 4 karakterer lang

Hvis 1. position i KODE er D, skal eventuelle alders- og kønsbetingelser i Sundhedsstyrelsens sygdomsklassifikationer være i overensstemmelse med alder og køn ud fra CPRNR . ved kontaktens start.

ART = A, G og/eller H må kun forekomme en gang pr. kontakt.

ART = A eller G og AFD har speciale 50 eller 52, skal diagnosen være en af de i afsnit 8, side 51 nævnte

Kravet gælder hvis en af nedenstående kriterier er opfyldt:

- UDSKRIVDTO eller DTOSLUT ligger efter 31.12.95
- UDSKRIVDTO og DTOSLUT er blank og PATTYPE = 0, 1, eller 2
- DTOANSKA er efter 31.12.95 og PATTYPE = 3

ART = A og PATTYPE = 0 og UDSKRIVDTO ligger efter 31.12.95 og KODE tilhører de i skemaet side 45 nævnte diagnosekoder, 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 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/DTOANKSKA 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.

ART = A og hvis enten UDSKRIVDTO / DTOSLUT udfyldt eller PATTYPE = 3 og hvis KODE tilhører de i afsnit 4 nævnte, så skal der umiddelbart efter følge en ART = + samt KODE tilhørende de i afsnit 4 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

ART = blank

skal PROCDTO være udfyldt
må PROCAFD være blank
må PROCTIM være blank
må PROCMIN være blank

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

DIAG

Skal være en ICD-8 eller ICD-10 kode.
Skal findes i Sundhedsstyrelsens diagnoseklassifi-
kation

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 opera-
tionsklassifikation

OPRAFD

Blank eller i overensstemmelse med
Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation

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

OPR

Skal findes i Sundhedsstyrelsens operations-
klassifikation

Fejlsøgning i strukturen BESØG

DTOBES

Blank, eller gyldig dato (DDMMÅÅ). Skal
indberettes i stigende orden på ÅÅMMDD

Maksimalt 1 besøg pr. dag pr. afdeling

PERSKAT

(kun speciale 50 og 52)

En af værdierne blank, 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6,
7, 9, A, B

Hvis DTOBES er efter 31.12.98 tillades yderligere B.

YDESTED
(kun speciale 50 og 52)

En af værdierne blank, 1, 2, A, 9

PSYKYD
(kun speciale 50 og 52)

En af værdierne blank, 1, 2, 3, 4, 5,
6, 7, A

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)

Feilsøgning i strukturen BOBST

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

Feilsøgning 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

Feilsøgning i strukturen PSYKI

INDFRA	En af værdierne blank, 1, 2, 3, 4, 5, A, 9
INDVILK	En af værdierne 1, 2, 3, 4, 6
UDSKRTIL	En af værdierne blank, 1, 2, 3, 4, 5, 8, A, 9

Feilsøgning i feltsammenhænge på tværs af strukturer

Såfremt DO040-DO067 forekommer som aktionsdiagnose, skal der være en operationskode i intervallet KLCH00-KLCH99.

Hvis UDSKRIVDTO/DTOSLUT/DTOANKSKA ligger efter 31.12.98 og DIAGART = A / B og KODE tilhører anm. cancerdiagnoser jf. afsnit 10, så skal der pr. diagnose være tilknyttet en og maks en tillægskode i intervallet AZCA1 – AZCA6

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 31.12.98 og der findes

en af tillægskoderne AZCA1, AZCA2, AZCA5 eller AZCA6 til en aktions- eller bidiagnose, så skal der til samme aktions- eller bidiagnose findes mindst en tillægskode tilhørende anm. cancerbehandlinger jf. afsnit 10 (tabel 2, side 58).

Hvis PROCDTO ligger efter 31.12.98 og KODE ligger i intervallet ZPP1 – ZPP19, så skal PROCART være blank. Desuden skal der til samme primærkode være tilknyttet mindst en tillægskode med KODE = K*, Z*, B* eller U*.

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

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

Hvis PATTYPE = 0

- skal DTOBES være blank
- skal PERSKAT være blank
- skal YDESTED være blank
- skal PSYKYD 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 UDSKRIVDTO eller INDLÆGDTO er

- efter 31.12.94
 - * må INDFRA ikke være blank, hvis
INDLÆGDTO er før 1.1.99
 - * må INDVILK ikke være blank
- hvis UDSKRIVDTO er blank
 - * skal UDSKRITL 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
aktions- eller bidiagnose 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 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 PERSKAT være blank
- skal YDESTED være blank
- skal PSYKYD 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 INDFRA være blank for PATTYPE = 2
- skal INDVILK være blank for PATTYPE = 2
- skal UDSKRITL være blank for PATTYPE = 2

Hvis AFD har speciale 50 eller 52 og
DTOBES er efter 31.12.94:

- må PERSKAT ikke være blank for PATTYP = 2
- må YDESTED ikke være blank, hvis DTOBES er før 1.1.99 for PATTYP = 2
- må YDESTED være blank, hvis DTOBES er efter 31.12.98
- må PSYKYD ikke være blank for PATTYP=2

Hvis AFD ikke har speciale 50 eller 52 :

- skal PERSKAT være blank
- skal YDESTED være blank
- skal PSYKYD være blank

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 PATTYP = 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 patient-type 2

- må BEHDAGE være blank, hvis der findes mindst en BESØG-struktur.
- 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 UDSKRIL være blank
- skal DTOBES være blank
- skal PERSKAT være blank
- skal YDESTED være blank
- skal PSYKYD 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 samt en EUG, EUS, EUA og EUK kode. Hvis EUK1 er registreret, skal der være en EUP og EUM kode

- 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 patient-kontakt som logisk hører sammen, f.eks. indlæggelses- og udskrivningsoplysninger. Da recorden med de forskellige strukturer bliver modtaget i et stort felt, skal de enkelte strukturer identificeres med et nøgleord på 5 char. efterfulgt af en længdeangivelse på 3 char. En record skal afsluttes med nøgleordet "SLUT%".

Indberetninger med fejl i nøgleord vil kun blive indberettet til LPR med indlæggelses- og udskrivningsoplysninger. En indberetning til LPR kræver, at alle data skal kunne identificeres.

Følgende data kan indberettes til LPR:

- Sygehusnummer
- Afdelings/afsnitsnummer
- Patienttype
- Personnummer
- Indlæggelsesdato/
Startdato for ambulant forløb/
Dato for ankomst til skadestue

- Indlæggelsestid/
Time for ankomst til skadestue
- Minut for ankomst til skadestue
- Kommunenummer
- Distriktskode
- Henvisningsdato
- Henvisningsmåde
- Indlæggelsesmåde
- Indlagt fra
- Indlæggelsesvilkår
- Udskrivningsdato/
Slutdato for ambulant forløb
- Udskrivningstid

Kun for heldøgnskontakter udskrevet fra den 01.01.94.
- Udskrivnings- eller
afslutningsmåde
- Udskrevet/afsluttet til
sygehus/afdeling
- Udskrevet til
- 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 procedurekodenummer i strukturen SKSKO.
- Proceduredato

Kun for procedurer fra den 01.01.96. Indberettes i strukturen SKSKO.
- Kode for opererende/
producerende afdeling

For operationer før den 01.01.96 indberettes kode for

opererende afdeling i strukturen
OPERA.

For procedurer inkl. operationer
fra den 01.01.96 indberettes
kode for producerende afdeling
i strukturen SKSKO.

- Proceduretime
Kun for procedurer fra den
01.01.98. Indberettes i struk-
turen SKSKO.
- Procedureminut
Kun for procedurer fra den
01.01.98. Indberettes i struk-
turen SKSKO.
- Kombination
Kun for operationer før den
01.01.96.
- Dato for besøg
- Personalekategori
- Psykiatrisk ydelse
- Ydelsessted
- Passiv ventetid, årsag
0 = Ønsket af patienten.
1 = Medicinsk begrundet
2 = Patienten afventer behand-
lingsmodning
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, proceduretime, procedureminut og kode for producerende sygehusafdeling.

For procedurer (ikke kirurgiske) med arten 'blank' er kun proceduredato obligatorisk. Proceduretime, -minut og kode for producerende afdeling kan indberettes fakultativt.

- 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:

**INDUD06713010310010101000102019612##701#####02019611100196
121#####20008**

SKSKO006ADN801SKSKO005+TUL1SKSKO006BDN830SKSKO005+TUL2

SKSKO028VKLAD00####02019613013311430SKSKO005+TUL1

SKSKO007DKLAB10SKSKO005+TUL2SLUT%

Følgende SKS-koder er anvendt:

- 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**

SKSKO006ADS000SKSKO005#EUG1SKSKO005#EUS2SKSKO005#EUA2

SKSKO005#EUK1SKSKO005+EUP4SKSKO005+EUM5OPERA012448201301011

OKOMB00543000SLUT%

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

Følgende SKS-koder er anvendt:

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

Eksempel på indberetning af cancerdiagnose , aflyst operation samt ventelistedata:

INDUD079130103120101010001130399####701#####070199#2100599
##2#####0005130399170499

SKSKO005HDC43SKSKO006ADC435SKSKO006+AZCA1SKSKO006+ZWCA2

SKSKO028#ZPP12#####01049913013311000SKSKO07+KQBE10

SKSKO028VKQBE10####17049913013311430BESØG006130399BESØG006210399

BESØG006170499BESØG006230499BESØG006100599

PASSV0130010399100399PASSV013A150399190399PASSV0133010499150499SLUT%

Følgende SKS-koder er anvendt:

- HDC43 - Henvisningsdiagnose (henvisningsdato = 070199)
- ADC435 - Aktionsdiagnose
- +AZCA1 - Tillægskode (anmeldelsesstatus)

- +ZWCA2 - Tillægskode (cancerbehandling – modalitet)
- #ZPP12 - Aflyst procedurer pga.. tekniske problemer
(aflyst proceduredato = 010499)
- +KQBE10 - Tillægskode til den aflyste procedure
- VKQBE10 - Vigtigste operative indgreb(operationsdato = 170499)

Følgende BESØG indgår:

- 130399 - Besøg (svarer til startdato og dato for forundersøgelse)
- 210399 - Besøg
- 170499 - Besøg (svarer til operationsdato og dato for endelig
behandling)
- 230499 - Besøg
- 100599 - Besøg (svarer til slutdato)

Følgende PASSIVE VENTETIDER indgår:

- 010399-100399 - Årsag = 0 (ønsket af patienten)
- 150399-190399 - Årsag = A (andet)
- 010499-150499 - Årsag = 3 (ventetid tilhører anden afdeling)

Sletning af kontakt

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

- Sygehusnummer
- Afdelings/afsnitsnummer
- Patienttype (altid blank ved sletning)
- Personnummer
- Indlæggelsesdato/Startdato for ambulant forløb/Dato for ankomst til skadestue
- Indlæggelsestid/Time for ankomst til skadestue
- Minut for ankomst til skadestue

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

Eksempler på indberetning af en sletterecord:

INDUD0281301031#010101000102019412##SLUT%

INDUD0281401032#01010100010301941205SLUT%

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULAR- NAVN
Indlæggelser-/udskrivningsoplysninger				INDUD
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS	REPR	BESKRIVELSE
1	SGH	4	CH	Sygehusnummer
5	AFD	3	CH	Afdelingsnummer
8	PATTYPE	1	CH	Patienttype
9	CPRNR	10	CH	CPR-nummer
19	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	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	PROCDO	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 DATANA VN	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 DATANA VN	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 DATANA VN	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	3	CH	Personalekategori
10	YDESTED	1	CH	Ydelsessted
11	PSYKYD	1	CH	Psykiatrisk 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 sygehusafdeling/speciallæge
7	SIDMEN	6	CH	Dato for sidste menstruation

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULARNAVN
Psykiatri oplysninger				PSYKI
	PROGRAM.DATANAVN	ANTAL POS	REPR.	BESKRIVELSE
1	INDFRA	1	CH	Indlagt fra
2	INDVILK	1	CH	Indlæggelsesvilkår
3	UDSKRTIL	1	CH	Udskrevet til

Bilag 2

Klassifikationer i forbindelse med registrering af fødsler

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] date: 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

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

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

Klassifikation til registrering af børns abdominalomfang

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

format	DUA _{nn}
værdisæt	nn=[00;10-99]
DUA00	Måling af abdominalomfang foreligger ikke
DUA10	Abdominalomfang 10 cm
DUA11	Abdominalomfang 11 cm
..	
DUA98	Abdominalomfang 98 cm
DUA99	Abdominalomfang 99 cm

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

Klassifikation til registrering af Apgarscore ved 5 minutter

Anvendes som bidiagnose på barnets fødselsrecord

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

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

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 3

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	Selv mordsforsøg med narkotika og psykodyseptika efter indl
DX6220	Selvbeskadigelse med narkotika og psykodyseptika før ind
DX6221	Selvbeskadigelse med narkotika og psykodyseptika efter ind
DX63	Forsætlig selvbeskad m midler virkende på autonome nervesys
DX6301	Selv mord med midler virkende på autonome nervesyst eft indl
DX6310	Selv mordsforsøg m midler virk på autonome nervesyst før ind
DX6311	Selv mordsforsøg 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	Selv mord m andre og uspec lægemidler/biolog stoffer eft ind
DX6410	Selv mordsfors m andre og uspec lægemidl/biolog stof før ind
DX6411	Selv mordsfors 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	Selv mord med alkohol efter indl
DX6510	Selv mordsforsøg med alkohol før indl
DX6511	Selv mordsforsøg 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	Selv mord 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	Selv mord 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	Selv mord 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	Selv mord 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	Selv mord 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	Selv mord 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	Selv mord 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	Selv mord 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	Selv mord under køretøj eller genstand i bevægelse efter indl
DX8110	Selvmordsforsøg under køretøj/genstand i bevægelse før indl
DX8111	Selvmordsforsøg under køretøj/genstand i bevægelse eft indl
DX8120	Selvbeskadigelse under køretøj/genstand i bevægelse før ind
DX8121	Selvbeskadigelse under køretøj/genstand i bevægelse eft ind
DX82	Forsætlig selvbeskadigelse ved kollision med motorkøretøj
DX8201	Selv mord 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

