

**Fællesindhold for
basisregistrering af
sygehuspatienter
1995**

Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen

**Fællesindhold for
basisregistrering af
sygehuspatienter**

Koordinationsgruppen for
individbaseret patientregistrering

4. udgave af
Rapport nr. 6. 1995

Forord

4. udgave af Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter er baseret på 3. udgaven med betydelige ændringer.

Det ændrede fællesindhold træder i kraft med virkning fra 1. januar 1995.

Sundhedsstyrelsen, oktober 1994

Palle Juul-Jensen

Gunnar Schiøler

Indholdsfortegnelse

Formål	7
Fællesindhold	8
Heldøgnspatienter	9
Ambulante patienter	10
Deldøgnspatienter	11
Ydre årsag til skader	11
Registrering af diagnoser	12
 Bilag 1	
Databeskrivelse	17
 Bilag 2	
Oversigt over, hvilke oplysninger der skal indberettes til LPR vedr. ulykker, voldshandling og selvmord/selvmondsforsøg	57
 Bilag 3	
Fortegnelse over diagnosekoder, hvor der med SKS-tillægskode skal angives svangerskabsuge og koder for disse	61
 Bilag 4	
Fortegnelse over diagnosekoder, hvor der ved SKS-tillægskode skal angives ATC-kode	63
 Bilag 5	
Supplerende anvendelse af SKS-tillægskoder	65
 Bilag 6	
Detaljeret beskrivelse af indberetning af indlæggelsesoplysninger og ambulante kontakter for psykiatriske afdelinger	67
 Bilag 7	
Fejlsøgning for heldøgns-, deldøgns-, ambulatorie- og skadestuepatienter	69
 Bilag 8	
Detaljeret teknisk beskrivelse for indberetning af oplysninger til LPR	85

Formål

Fællesindholdet er de oplysninger, der er fælles for de lokale patientregistreringssystemer og Landspatientregisteret. Det er fastlagt, for at Landspatientregisteret kan ajourføres ved hjælp af 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 fremskrivninger, hvorved man kan beregne konsekvensen af den fremtidige befolkningsudvikling på sygehusforbruget.

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

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

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

Fællesindhold

Ved fastlæggelse af fællesindhold for registrering af stationære, ambulante og skadestuepatienter er der taget hensyn til de erfaringer, der er høstet under arbejdet med registreringerne på lokalt plan og i Landspatientregisteret siden dets start i 1977.

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).

En udførlig beskrivelse af fællesindholdet fremgår af bilag 1 og datanavnene herfra benyttes i Landspatientregisteret. Fællesindholdet er et minimalkrav, idet det overlades til de enkelte sygehuskommuner selv at afgøre, om registreringen skal være mere omfattende.

I bilag 8 er givet en mere teknisk beskrivelse af, hvorledes data skal opbygges for at kunne indrapporteres til LPR. Den tekniske beskrivelse henvender sig primært til de edb-afdelinger, der står for indberetning til LPR.

I tabel 1 er i oversigtsform angivet, hvilke dataoplysninger der indgår i henholdsvis registreringen for heldøgnspatienter, deldøgnspatienter, ambulante patienter og skadestuepatienter.

Væsentlige ændringer i forhold til 3. udgave af rapport nr. 6.

I forhold til 3. udgave af rapport nr. 6 om fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter er der tale om væsentlige ændringer, idet der nu gennem Landspatientregisteret indhentes oplysninger til brug for Det Psykiatriske Centralregister, Abortregisteret, Misdannelsesregisteret og Det Medicinske Fødselsregisteret. Separate indberetninger til disse registre er til gengæld helt eller delvis bortfaldet.

Landspatientregisteret er således til brug for Det Psykiatriske Centralregister udvidet med oplysninger om

indlagt fra
indlæggelsesvilkår
udskrevet til
personalekategori (for behandlingspersonale i ambulatorium)
psykiatriske ydelser i ambulatorium
ydelsessted
distriktskode (kan også anvendes af somatiske afdelinger)

og til brug for Det Medicinske Fødselsregister med oplysninger om

paritet
antal besøg hos jordemoder
antal besøg hos egen læge
antal besøg hos sygehusafdeling/speciallæge
dato for sidste menstruation
nummer ved flerfoldsfødsel
barnets vægt
barnets længde.

Oplysningerne til brug for fødselsregisteret er fakultative til og med 30. juni 1995 og derefter obligatoriske.

Fødsler (også såkaldte "ambulante") registreres altid som heldøgnspatienter med indlæggelses- og udskrivningstime.

Desuden er der i betydeligt omfang gennem anvendelse af SKS-kodesystem skabt mulighed for som tillægskoder til diagnosekoder at registrere svangerskabsuger, ATC-koder og associerede diagnoser og til køretøjsulykker at registrere transportform for tilskadekomne og for modpart.

Heldøgnspatienter

For somatiske afdelinger sker indberetning til Landspatientregisteret ved udskrivningen. For psykiatriske afdelinger sker indberetningen til Landspatientregisteret ved indlæggelsen, idet den procedure, der hidtil har været gældende ved indberetning til Det Psykiatriske Centralregister, fortsættes, dvs. at der løbende eller mindst 1 gang månedligt indberettes de i bilag 6 nævnte indlæggelsesoplysninger.

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

Registreringen af indlagte patienter skal foregå i modulet til indlæggelsesregistrering.

Det skal understreges, at Landspatientregisteret skal omfatte samtlige uafsluttede indlagte psykiatriske patienter pr. måned. Registreringen skal i videst muligt omfang gøres identisk med udskrevne patienter, idet dog enkelte oplysninger i følge sagens natur ikke kan medtages. Det drejer sig om følgende:

- udskrivningsdato
- udskrivningstime
- udskrevet til sygehus/afdeling
- udskrevet til

Diagnosen for psykiatriske patienter skal første gang være fastlagt og registreret efter 3 måneders indlæggelse, jf. bilag 6. Ved indlæggelse på psykiatrisk afdeling, i forbindelse med selvmord/selvordsforsøg før eller under indlæggelsen, skal dette registreres ved hjælp af 6. position i X-diagnosen. Således at selvmordsforsøg før indlæggelse kodes "0" i 6. position af den relevante X-diagnose og selvmord/selvordsforsøg under indlæggelse tilsvarende kodes "1".

Ambulante patienter

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.

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. I psykiatriske ambulatorier kan der registreres op til 3 forskellige behandlerpersoner ved angivelse af kategori.

Ved opgørelsen af aktiviteten i løbet af et år kan det være et problem, at behandlingsforløb, der er uafsluttede ved årsskiftet, ikke inkluderes i registreringen.

Landspatientregisteret skal derfor omfatte samtlige uafsluttede ambulante patienter ved årets udgang, for patienter på psykiatriske afdelinger/ambulatorier dog hver måned. 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.

Diagnoser vil ofte først være fastlagt senere i et ambulant forløb. Derfor er oplysninger om diagnoser fakultativ for uafsluttede ambulante patienter med et ambulant forløb under et år, men obligatorisk for uafsluttede ambulante patienter med et ambulant forløb på et år eller derover, for de psykiatriske ambulatorier dog 3 måneder eller derover.

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

Deldøgnspatienter

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. Vedrørende definitioner af deldøgnspatienter henvises til databeskrivelse af patienttype i bilag 1 og til "Definitioner af visse begreber vedrørende sygehussektoren". Uanset, hvor en deldøgnspatient registreres, skal det markeres i patienttype, at der er tale om en deldøgnspatient.

I de tilfælde, hvor deldøgnspatienter registreres sammen med ambulante patienter, skal antallet af registrerede besøgsdatoer transformeres til antal behandlingsdage, før der indberettes til Landspatientregisteret.

For psykiatriske deldøgnsafdelinger, der registrerer disse sammen med ambulante, er diagnoser obligatoriske efter 3 måneder, som beskrevet ovenfor, jf. bilag 6.

Ydre årsag til skader

Registrering af ydre årsag til skader sker ved hjælp af kontaktårsags- og ulykkeskoden. For stationære patienter tænkes kontaktårsags- og ulykkeskoden

kun anvendt for patienter med en diagnose i intervallet DS000 - DT799, dvs. traumer, forgiftninger og anden voldelig legemsbeskadigelse, men undtagen komplikationer ved lægelig behandling. Ved indlæggelse på psykiatrisk afdeling, i forbindelse med selvmord/selvordsforsøg før eller under indlæggelsen, skal dette registreres ved hjælp af 6. position i X-diagnosen. Således at selvmordsforsøg før indlæggelse kodes "0" i 6. position af den relevante X-diagnose og selvmord/selvordsforsøg under indlæggelse tilsvarende kodes "1".

Registrering af diagnoser

Principperne for valg af aktionsdiagnose (hoveddiagnose) er beskrevet i indledningen til 1. bind af Sygdomsklassifikationen (ICD-10). Den registrerede aktionsdiagnose ved udskrivelse eller afslutning af patienter skal angive den tilstand, der har ført til indlæggelse, plejebehov eller ambulant besøg/forløb, og som er den væsentligste årsag til det gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogram.

Diagnosekoderne vil ofte fremtræde med et 'D' foran den egentlige kode fra Sygdomsklassifikationen. Dette skyldes registrering af koden i Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem (SKS), og vedrører ikke kodens anvendelse til andre formål.

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, lipotymi o.lign.

For registreringen af diagnoser gælder således følgende regler:

1. regel:

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. regel:

Ved konkurrerende aktionsdiagnoser anføres den væsentligste som aktionsdiagnose. De øvrige diagnoser medtages altid efterfølgende som bidiagnoser og registreres med diagnoseart B.

3. regel:

Aktionsdiagnosen er ikke altid sammenfaldende med den tilgrundliggende sygdom (grundmorbus). Grundmorbus kan i så fald registreres med diagnoseart G.

4. regel:

Øvrige diagnoser kan anføres som bidiagnoser, der registreres med diagnoseart B.

Henvisningsdiagnose:

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

Om kodning af diagnose - herunder anvendelsen af tillægsdiagnoser/koder - henvises iøvrigt til Sundhedsstyrelsens vejledning.

Tabel 1: 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
Distriktkode	(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)			
Udskrevet til	x1)	(x1))		
Kontaktårsagskode	x	(x)		x
Ulykkeskode (indberettes som SKS-kode)	x	(x)		x
Behandlingsdage		x	x	

(tabel 1 fortsat)

Datanavn	Indgår i registreringen for			
	Heldøgns- patienter	Deldøgns- patienter	Ambulante patienter	Skadestue- patienter
Diagnoseart (indberettes sammen med SKS-diagnosekode)	x	x	x	x
Diagnosekodenummer (indberettes som SKS-kode)	x	x	x	x
Kode for opererende afdeling	(x)	(x)		
Operationskodenummer	x	x	x	(x)
Kombination	x	x	x	(x)
Dato for besøg			x	
Personalekategori			x1)	
Psykiatrisk ydelse			x1)	
Ydelsessted			x1)	
<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			

x = obligatorisk

(x) = fakultativ

1) kun psykiatriske afdelinger

Bilag 1
Databeskrivelse

DATABESKRIVELSE

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

DATABESKRIVELSE

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

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN		PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.
Patienttype		PATTYPE	1
DEFINITION			
Heldøgnspatient	En patient, der er indlagt på et heldøgnsafsnit, som er et sengeafsnit til behandling, hvor der er normeret personale til overvågning af patienter hele døgnet.		
Deldøgnspatient	En patient, der er indlagt på et deldøgnsafsnit, som er et afsnit med faste pladser til behandling, hvor der er normeret personale til overvågning af patienter i indtil 12 sammenhængende timer pr. døgn.		
Ambulatoriepatient	En patient, der bliver 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		

le

aste
; af

e

Hvis det danske CPR-nummer ikke foreligger ved indlæggelsen, kan der benyttes et midlertidigt erstatningsnummer, som udskiftes med CPR-nummeret, når dette foreligger og senest inden indberetning til Landspatientregisteret.

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

Alle rent numeriske personnumre skal undersøges for MODULUS 11-testen.

—

Heldøgnspatienter	ja
Deldøgnspatienter	ja
Ambulatoriepatienter	ja
Skadestuepatienter	ja

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN		PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.
Indlæggelsesdato eller Startdato for ambulant forløb eller Dato for ankomst til skadestue		INDLÆGDTO DTOSTART DTOANKSKA	6
DEFINITION			
For heldøgns- 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		
$FØDSELSDATO \leq INDLÆGDTO$ eller $DTOSTART \leq UDSKRIVDTO$ eller $DTOSLUT$ $DTOANKSKA \geq FØDSELSDATO$			
VÆRDISÆT			
På formen dag, måned og år			
INDLÆGDTO, DTOSTART eller DTOANKSKA skal være valid dato			
INDGÅR I REGISTRERING FOR			
Heldøgnspatienter	ja		
Deldøgnspatienter	ja		
Ambulatoriepatienter	ja		
Skadestuepatienter	ja		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN Indlæggelsestid eller Tidspunkt for ankomst til skadestue	PROGRAMDATANAVN INDLÆGTIME TANSKA	MAX. ANTAL POS.: 2								
DEFINITION Klokkeslæt i hele timer for indlæggelsen på heldøgnsafsnit/ankomst til skadestue For skadestuepatienter indgår endvidere minutter										
VÆRDISÆT 00-23										
INDGÅR I REGISTRERING FOR <table> <tr> <td>Heldøgnspatienter</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Deldøgnspatienter</td> <td>nej</td> </tr> <tr> <td>Ambulatoriepatienter</td> <td>nej</td> </tr> <tr> <td>Skadestuepatienter</td> <td>ja</td> </tr> </table>			Heldøgnspatienter	ja	Deldøgnspatienter	nej	Ambulatoriepatienter	nej	Skadestuepatienter	ja
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

TAL POS.:	SYSTEMDATANAVERN	PROGRAMDATANAVERN	MAX. ANTAL POS.:
2	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

SYSTEMDATANA VN	PROGRAMDATANA VN	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 <table> <tbody> <tr> <td>Heldøgnspatienter</td> <td>ja fakultativ</td> </tr> <tr> <td>Deldøgnspatienter</td> <td>ja fakultativ</td> </tr> <tr> <td>Ambulatoriepatienter</td> <td>ja fakultativ</td> </tr> <tr> <td>Skadestuepatienter</td> <td>ja fakultativ</td> </tr> </tbody> </table>			Heldøgnspatienter	ja fakultativ	Deldøgnspatienter	ja fakultativ	Ambulatoriepatienter	ja fakultativ	Skadestuepatienter	ja fakultativ
Heldøgnspatienter	ja fakultativ									
Deldøgnspatienter	ja fakultativ									
Ambulatoriepatienter	ja fakultativ									
Skadestuepatienter	ja fakultativ									

DATABESKRIVELSE

L POS.:

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Henvisningsdato	HENVISDTO	6
DEFINITION Dato for modtagelsen af henvisningen på den afdeling, der skal undersøge/behandle patienten eller i sygehusets visitation. Der skal ikke registreres ny henvisningsdato efter forundersøgelse		
$FØDSELSDTO \leq HENVISDTO \leq INDLÆGDTO/DTOSTART$		
VÆRDISÆT På formen dag, måned og år Obligatorisk for heldøgnspatienter, der er registreret med 2 i indlæggelsesmåde og 1, 2, 5 eller 6 under henvisningsmåde Obligatorisk for deldøgns- og ambulatoriepatienter, der er registreret med 1, 2, 5 eller 6 under henvisningsmåde		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter ja Ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Henvisningsmåde	HENVISNMADE	1
DEFINITION		
VÆRDISÆT 0 Ingen henvisning Henvist fra: 1 Alment praktiserende læge 2 Praktiserende speciallæge 3 Eget hel/deldøgnsafsnit 5 Andet hel/deldøgnsafsnit 6 Skadestue eller ambulatorium 8 Herfødt A Andet 9 Uoplyst		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Heldøgnspatienter	ja	
Deldøgnspatienter	ja	
Ambulatoriepatienter	ja	
Skadestuepatienter	nej	

DATABESKRIVELSE

TAL POS.:	SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
1	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	
Deldøgnspatienter	ja fakultativ	
Ambulatoriepatienter	nej	
Skadestuepatienter	nej	

DATABESKRIVELSE

TAL POS.:

1

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 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

ANTAL POS.:

6

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 5 Andet hel/deldøgnsafsnit 6 Ambulatorium 7 Udeblevet (kun for ambulante patienter) 8 Død - A Andet 9 Uoplyst - blank Uafsluttet forløb										
INDGÅR I REGISTRERING FOR <table> <tbody> <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>ja</td> </tr> </tbody> </table>			Heldøgnspatienter	ja	Deldøgnspatienter	ja	Ambulatoriepatienter	ja	Skadestuepatienter	ja
Heldøgnspatienter	ja									
Deldøgnspatienter	ja									
Ambulatoriepatienter	ja									
Skadestuepatienter	ja									

DATABESKRIVELSE

AL POS.:	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 numerisk eller blank		
	INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja fakultativ Deldøgnspatienter nej Ambulatoriepatienter nej Skadestuepatienter nej		

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 - A Andet 9 Uoplyst		
INDGÅR I REGISTRERING FOR		
Heldøgnspatienter	ja psykiatriske afdelinger	
Deldøgnspatienter	ja fakultativ	
Ambulatoriepatienter	nej	
Skadestuepatienter	nej	

DATABESKRIVELSE

X. ANTAL POS.:	SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
1	Kontaktårsagskode	KONTÅRS	1
	DEFINITION Senfølger efter ulykker Sygelige tilstande som følge af ulykker, herunder forgiftninger og vold, der manifesterer sig efter opheling 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 heldøgns- og deldøgnspatienter skal kontaktårsagskoden kun registreres, såfremt der er registreret en diagnose i intervallet DS000 - DT799 (ulykkes-tilfælde, selvmord og vold) Vedrørende vejledning henvises til den gældende klassifikation af sygdomme, udgivet af Sundhedsstyrelsen		
	INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter ja fakultativ Ambulatoriepatienter nej Skadestuepatienter ja		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN Ulykkeskode	PROGRAMDATANAVN ULK	MAX. ANTAL PO 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 bilag 2. 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 8		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja, ved kontaktårsag 2, 3 og 4 Deldøgnspatienter ja, fakultativ ved kontaktårsag 2, 3 og 4 Ambulatoriepatienter nej Skadestuepatienter ja, ved kontaktårsag 2, 3 og 4		

DATABESKRIVELSE

ITAL POS.:	SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
6	Behandlingsdage	BEHDAGE	4
DEFINITION 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. For ambulatoriepatienter er antal behandlingsdage lig med antal besøgsdatoer.			
VÆRDISÆT BEHDAGE $\geq$ 1			
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter nej Deldøgnspatienter ja Ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter nej			

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Diagnoseart	DIAGART	1
DEFINITION Angivelse af diagnoseart		
VÆRDISÆT A = Aktionsdiagnose G = Grundmorbus (denne anvendes kun, når grundmorbus er forskellig fra aktionsdiagnosen) B = Bidiagnose H = Henvisningsdiagnose Der skal altid være anført en aktionsdiagnose. For A, G og H: kun 1 forekomst pr. kontakt. For bidiagnoser kan for psykiatriske afdelinger foretages en prioritering efter indberetningsrækkefølge. Indberettes sammen med en SKS-diagnosekode - se bilag 8		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja, G fakultativ for somatiske afdelinger, H fakultativ Deldøgnspatienter ja, G fakultativ for somatiske afdelinger, H fakultativ Ambulatoriepatienter ja, G fakultativ for somatiske afdelinger, H fakultativ Skadestuepatienter ja, G fakultativ		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:																				
Diagnosekodenummer	DIAG	6																				
DEFINITION Kodenummer/numre for patientens diagnose(r) på tidspunkt for henvisning, udskrivning, sidste ambulatoriebesøg eller skadestuebesøg																						
VÆRDISÆT I følge den gældende klassifikation af sygdomme, udgivet af Sundhedsstyrelsen (ICD-10) 1. position skal være D 2.-6. position i følge gældende sygdomsklassifikation For skadestuepatienter er kun de fire første positioner obligatoriske Diagnosekoder med diagnosearten H er fakultativ. Der er mulighed for kun at registrere de 4 første positioner efterfulgt af 2 blanke positioner. For diagnosekoder med diagnosearten H fra før 1. januar 1994 kan ICD-8 diagnosekode anvendes. Til de i bilag 3 og 4 angivne diagnosekodenumre skal der registreres SKS-tillægskoder på op til 8 cifre. Det drejer sig om registrering af svangerskabsuger, forgiftninger og for psykiatriske afdelinger evt. associerede diagnoser til f.eks. aktionsdiagnose og bidiagnose. Der kan maksimalt indberettes 3 SKS-tillægskoder pr. diagnose. Indberettes som SKS-kode (SKSKO) - se bilag 8																						
INDGÅR I REGISTRERING FOR <table> <tbody> <tr> <td>Heldøgnspatienter:</td> <td>ja</td> <td>Afsluttede ambulatoriepatienter:</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Deldøgnspatienter:</td> <td>ja</td> <td>Uafsluttede ambulatoriepatienter</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Skadestuepatienter</td> <td>ja</td> <td>med ambulant forløb < 1 år:</td> <td>ja, fakultativ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Uafsluttede ambulatoriepatienter</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>med ambulant forløb ≥ 1 år:</td> <td>ja</td> </tr> </tbody> </table>			Heldøgnspatienter:	ja	Afsluttede ambulatoriepatienter:	ja	Deldøgnspatienter:	ja	Uafsluttede ambulatoriepatienter		Skadestuepatienter	ja	med ambulant forløb < 1 år:	ja, fakultativ			Uafsluttede ambulatoriepatienter				med ambulant forløb ≥ 1 år:	ja
Heldøgnspatienter:	ja	Afsluttede ambulatoriepatienter:	ja																			
Deldøgnspatienter:	ja	Uafsluttede ambulatoriepatienter																				
Skadestuepatienter	ja	med ambulant forløb < 1 år:	ja, fakultativ																			
		Uafsluttede ambulatoriepatienter																				
		med ambulant forløb ≥ 1 år:	ja																			

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN Kodenummer for opererende afdeling	PROGRAMDATANAVN OPRAFD	MAX. ANTAL POS.: 7								
DEFINITION Anden opererende afdeling end den, hvor patienten er indlagt <i>/ambulatorisk behandling</i>										
VÆRDISÆT OPRAFD består af kodenummer for SGH og AFD ifølge den gældende sygehusklassifikation (udsendes årligt af Sundhedsstyrelsen) OPRAFD skal være numerisk										
INDGÅR I REGISTRERING FOR <table> <tr> <td>Heldøgnspatienter</td> <td>ja fakultativ</td> </tr> <tr> <td>Deldøgnspatienter</td> <td>ja fakultativ</td> </tr> <tr> <td>Ambulatoriepatienter</td> <td>nej <i>7</i></td> </tr> <tr> <td>Skadestuepatienter</td> <td>nej</td> </tr> </table>			Heldøgnspatienter	ja fakultativ	Deldøgnspatienter	ja fakultativ	Ambulatoriepatienter	nej <i>7</i>	Skadestuepatienter	nej
Heldøgnspatienter	ja fakultativ									
Deldøgnspatienter	ja fakultativ									
Ambulatoriepatienter	nej <i>7</i>									
Skadestuepatienter	nej									

DATABESKRIVELSE

OS.:

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Operationskodenummer	OPR	5
DEFINITION Kodenummer for den på patienten udførte operation		
VÆRDISÆT Ifølge den gældende operations- og behandlingsklassifikation, udgivet af Sundhedsstyrelsen Kapitel I - XVI er obligatoriske, resten fakultativ OPR skal være numerisk		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter ja Ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter ja fakultativ		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Kombinationer	KOMB	5
DEFINITION Registrering af sammenhørende operationer		
VÆRDISÆT I følge den gældende operations- og behandlingsklassifikation, udgivet af Sundhedsstyrelsen Kapitel I-XVI er obligatorisk, resten fakultativ KOMB skal være numerisk		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter ja Ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter ja fakultativ		

DATABESKRIVELSE

TAL POS.:

5

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
Dato for besøg (behandlingsdag)	DTOBES	6
DEFINITION For deldøgnspatienter, der registreres i modulet for ambulante patienter, registreres dato for hvert enkelt besøg i deldøgnsafsnittet. Besøgsdatoerne benyttes til beregning af antal behandlingsdage, inden indberetning til Sundhedsstyrelsen For ambulante patienter registreres dato for hvert enkelt besøg i ambulatoriet		
VÆRDISÆT På formen dag, måned og år		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter nej Deldøgnspatienter nej Ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:																				
Personalekategori	PERSKAT	3x1																				
DEFINITION Kodenummer for 1, 2 eller 3 personalemedlemmer, der er inddraget i et besøg.																						
VÆRDISÆT <table> <tbody> <tr><td>0</td><td>Læge</td></tr> <tr><td>1</td><td>Sygeplejerske</td></tr> <tr><td>2</td><td>Psykolog</td></tr> <tr><td>3</td><td>Socialrådgiver</td></tr> <tr><td>4</td><td>Plejer</td></tr> <tr><td>5</td><td>Ergoterapeut</td></tr> <tr><td>6</td><td>Fysioterapeut</td></tr> <tr><td>7</td><td>Pædagog</td></tr> <tr><td>A</td><td>Andet</td></tr> <tr><td>9</td><td>Uoplyst</td></tr> </tbody> </table>			0	Læge	1	Sygeplejerske	2	Psykolog	3	Socialrådgiver	4	Plejer	5	Ergoterapeut	6	Fysioterapeut	7	Pædagog	A	Andet	9	Uoplyst
0	Læge																					
1	Sygeplejerske																					
2	Psykolog																					
3	Socialrådgiver																					
4	Plejer																					
5	Ergoterapeut																					
6	Fysioterapeut																					
7	Pædagog																					
A	Andet																					
9	Uoplyst																					
INDGÅR I REGISTRERING FOR <table> <tbody> <tr><td>Heldøgnspatienter</td><td>nej</td></tr> <tr><td>Deldøgnspatienter</td><td>nej</td></tr> <tr><td>Ambulatoriepatienter</td><td>ja psykiatriske afdelinger</td></tr> <tr><td>Skadestuepatienter</td><td>nej</td></tr> </tbody> </table>			Heldøgnspatienter	nej	Deldøgnspatienter	nej	Ambulatoriepatienter	ja psykiatriske afdelinger	Skadestuepatienter	nej												
Heldøgnspatienter	nej																					
Deldøgnspatienter	nej																					
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) A Andet		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter nej Deldøgnspatienter nej 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 nej Ambulatoriepatienter ja psykiatriske afdelinger Skadestuepatienter nej		

DATABESKRIVELSE

J. POS.:

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:								
Paritet	PARITET	2								
DEFINITION Antal fødsler - incl. dødfødsler - incl. den aktuelle. Oplysningen fås evt. fra svangerskabsjournalen.										
VÆRDISÆT Antal 01 - 20 Uoplyst = U (2. position blank) Skal registreres, hvis der er en fødselsdiagnose DO80-DO84										
INDGÅR I REGISTRERING FOR <table> <tr> <td>Heldøgnspatienter</td> <td>ja, fakultativ 1/1-30/6-95, herefter obligatorisk</td> </tr> <tr> <td>Deldøgnspatienter</td> <td>nej</td> </tr> <tr> <td>Ambulatoriepatienter</td> <td>nej</td> </tr> <tr> <td>Skadestuepatienter</td> <td>nej</td> </tr> </table>			Heldøgnspatienter	ja, fakultativ 1/1-30/6-95, herefter obligatorisk	Deldøgnspatienter	nej	Ambulatoriepatienter	nej	Skadestuepatienter	nej
Heldøgnspatienter	ja, fakultativ 1/1-30/6-95, herefter obligatorisk									
Deldøgnspatienter	nej									
Ambulatoriepatienter	nej									
Skadestuepatienter	nej									

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:								
Besøg hos jordemoder	BESJORD	2								
DEFINITION Antal besøg hos jordemoder som led i svangrekontrollen. Oplysningen fås evt. fra svangerskabsjournalen.										
VÆRDISÆT Antal 00 - 25. Registreres kun ved fødsel. Uoplyst = U (2. position blank) Skal registreres, hvis der er en fødselsdiagnose DO80-DO84										
INDGÅR I REGISTRERING FOR <table><tr><td>Heldøgnspatienter</td><td>ja, fakultativ 1/1-30/6-95, herefter obligatorisk</td></tr><tr><td>Deldøgnspatienter</td><td>nej</td></tr><tr><td>Ambulatoriepatienter</td><td>nej</td></tr><tr><td>Skadestuepatienter</td><td>nej</td></tr></table>			Heldøgnspatienter	ja, fakultativ 1/1-30/6-95, herefter obligatorisk	Deldøgnspatienter	nej	Ambulatoriepatienter	nej	Skadestuepatienter	nej
Heldøgnspatienter	ja, fakultativ 1/1-30/6-95, herefter obligatorisk									
Deldøgnspatienter	nej									
Ambulatoriepatienter	nej									
Skadestuepatienter	nej									

DATABESKRIVELSE

AX. ANTAL POS.:	SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
2	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 fødselsdiagnose DO80-DO84			
INDGÅR I REGISTRERING FOR			
Heldøgnspatienter ja, fakultativ 1/1-30/6-95, herefter obligatorisk			
Deldøgnspatienter nej			
Ambulatoriepatienter nej			
Skadestuepatienter nej			

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVERN		PROGRAMDATANAVERN	MAX. ANTAL
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 fødselsdiagnose DO80-DO84			
INDGÅR I REGISTRERING FOR			
Heldøgnspatienter	ja, fakultativ 1/1-30/6-95, herefter obligatorisk		
Deldøgnspatienter	nej		
Ambulatoriepatienter	nej		
Skadestuepatienter	nej		

DATABESKRIVELSE

MAX. ANTAL POS.	SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
1	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 Skal registreres, hvis der er en fødselsdiagnose DO80-DO84			
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja, fakultativ 1/1-30/6-95, herefter obligatorisk 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 Numerisk A - F Skal registreres, hvis henvisningsmåde = 8 (herfødt)										
INDGÅR I REGISTRERING FOR <table><tr><td>Heldøgnspatienter</td><td>ja, fakultativ 1/1-30/6-95, herefter obligatorisk</td></tr><tr><td>Deldøgnspatienter</td><td>nej</td></tr><tr><td>Ambulatoriepatienter</td><td>nej</td></tr><tr><td>Skadestuepatienter</td><td>nej</td></tr></table>			Heldøgnspatienter	ja, fakultativ 1/1-30/6-95, herefter obligatorisk	Deldøgnspatienter	nej	Ambulatoriepatienter	nej	Skadestuepatienter	nej
Heldøgnspatienter	ja, fakultativ 1/1-30/6-95, herefter obligatorisk									
Deldøgnspatienter	nej									
Ambulatoriepatienter	nej									
Skadestuepatienter	nej									

DATABESKRIVELSE

MAX. ANTAL POS.:	SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:
1	Barnets vægt	VÆGT	4
DEFINITION			
Barnets vægt i gram.			
VÆRDISÆT			
Gram: 0500 - 8000			
Skal registreres, hvis henvisningsmåde = 8 (herfødt)			
INDGÅR I REGISTRERING FOR			
Heldøgnspatienter ja, fakultativ 1/1-30/6-95, herefter obligatorisk			
Deldøgnspatienter nej			
Ambulatoriepatienter nej			
Skadestuepatienter nej			

DATABESKRIVELSE

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.:								
Barnets længde	LÆNGDE	2								
DEFINITION Barnets længde i centimeter.										
VÆRDISÆT Centimeter: 20 - 70 Skal registreres, hvis henvisningsmåde = 8 (herfødt)										
INDGÅR I REGISTRERING FOR <table> <tbody> <tr> <td>Heldøgnspatienter</td> <td>ja, fakultativ 1/1-30/6-95, herefter obligatorisk</td> </tr> <tr> <td>Deldøgnspatienter</td> <td>nej</td> </tr> <tr> <td>Ambulatoriepatienter</td> <td>nej</td> </tr> <tr> <td>Skadestuepatienter</td> <td>nej</td> </tr> </tbody> </table>			Heldøgnspatienter	ja, fakultativ 1/1-30/6-95, herefter obligatorisk	Deldøgnspatienter	nej	Ambulatoriepatienter	nej	Skadestuepatienter	nej
Heldøgnspatienter	ja, fakultativ 1/1-30/6-95, herefter obligatorisk									
Deldøgnspatienter	nej									
Ambulatoriepatienter	nej									
Skadestuepatienter	nej									

MAX. ANTAL POS.:

2

Bilag 2

**Oversigt over, hvilke oplysninger der skal indberettes
til LPR vedrørende ulykker, voldshandling og
selvmord/selvmondsforsøg**

Ved indberetning af ulykkeskoder til LPR anvendes den Nordiske ulykkesklassifikation.

Til LPR indberettes:

Stedkode

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

Skadesmekanismekode

EUS0	Slag, stød på grund af fald på samme niveau
EUS1	Slag, stød på grund af fald på trappe eller til lavere niveau
EUS2	Slag, stød på grund af kontakt med anden genstand, person eller dyr
EUS3	Klemning, snit, stik
EUS4	Fremmedlegeme
EUS5	Kvælning
EUS6	Kemisk påvirkning
EUS7	Termisk, elektrisk, strålingspåvirkning
EUS8	Akut overbelastning af legeme/legemsdel
EUS9	Anden og ikke specificeret skadesmekanisme

Aktivitetskode

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

Koder for køretøjsulykker

- EUK1 Køretøjsulykke
- EUK2 Ikke køretøjsulykke

Køretøjsulykker = ulykker, hvor der har været indblandet mindst et 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

Bilag 3

Fortegnelse over diagnosekoder, hvor der med SKS-tillægskode skal angives svangerskabsuge og koder for disse.

Svangerskabsuge angives obligatorisk med en SKS-tillægskode til en eller flere diagnoser i følgende grupper:

Svangerskabsugen angives som den svangerskabsuge i graviditeten som foreligger på indlæggelsestidspunktet respektive ved det ambulante besøg, hvor den pågældende diagnose første gang stilles.

DO00-DO07	Svangerskab, der ender med abort
DO10-DO16	Ødem, proteinuri og hypertension i svangerskab
DO20-DO29	Andre sygdomme hos moder overvejende forbundet med svangerskab
DO30-DO31 og	Visse tilstande med tilknytning til svangerskabskontrol med relation til foster, amnion, placenta og potentielle fødselsproblemer
DO40-DO84 DZ37	Fødsel (resultat af fødsel)

DU007	7 svangerskabsuger eller tidligere
DU008	8 svangerskabsuger
DU009	9 svangerskabsuger
DU010	10 svangerskabsuger
DU011	11 svangerskabsuger
DU012	12 svangerskabsuger
DU013	13 svangerskabsuger
DU014	14 svangerskabsuger
DU015	15 svangerskabsuger
DU016	16 svangerskabsuger
DU017	17 svangerskabsuger
DU018	18 svangerskabsuger
DU019	19 svangerskabsuger
DU020	20 svangerskabsuger
DU021	21 svangerskabsuger
DU022	22 svangerskabsuger
DU023	23 svangerskabsuger
DU024	24 svangerskabsuger
DU025	25 svangerskabsuger
DU026	26 svangerskabsuger
DU027	27 svangerskabsuger
DU028	28 svangerskabsuger
DU029	29 svangerskabsuger
DU030	30 svangerskabsuger
DU031	31 svangerskabsuger
DU032	32 svangerskabsuger
DU033	33 svangerskabsuger

DU034	34 svangerskabsuger
DU035	35 svangerskabsuger
DU036	36 svangerskabsuger
DU037	37 svangerskabsuger
DU038	38 svangerskabsuger
DU039	39 svangerskabsuger
DU040	40 svangerskabsuger
DU041	41 svangerskabsuger
DU042	42 svangerskabsuger
DU043	43 svangerskabsuger
DU044	44 svangerskabsuger
DU045	45 svangerskabsuger eller senere

Bilag 4

Fortegnelse over diagnosekoder, hvor der ved SKS-tillægskode skal angives ATC-kode.

ATC-koden incl. foranstillet M angives obligatorisk med en SKS-tillægskode til følgende diagnosekoder:

DD521	DL271
DD590	DL432
DD592	DL560
DD611	DL561
DE064	DL640
DE160	DM102
DE231	DM320
DE242	DM804
DE273	DM814
DE661	DM835
DF13x	DM871
DF15x	DN140
DF19x	DO355
DG211	DT360
DG240	DT370
DG251	DT380
DG254	DT390
DG444	DT400
DG620	DT410
DG720	DT420
DH263	DT430
DH406	DT440
DI952	DT450
DJ702	DT460
DJ703	DT470
DL105	DT480
DL233	DT490
DL244	DT500
DL251	
DL270	

Følgende koder skal have ATC-kode eller diagnosekode DT409 som tillægskode:

DF11x
DF16x

ATC-koder:

Som ATC-koder anføres de i nyeste udgave af Lægeforeningens Medicinfortegnelse. Der skal altid anføres et M foran ATC-koden.

Bilag 5**Supplerende anvendelse af SKS-tillægskoder.**

Ved relevante diagnosekoder kan følgende SKS-tillægskoder anvendes til angivelse af side.

TUL0	Ingen sideangivelse
TUL1	Højresidigt
TUL2	Venstresidigt
TUL3	Dobbeltsidigt

ly

Fr

pa

Sy

A

Pa

Pe

In

In

Bo

Di

He

He

In

In

In

Ef

Ef

Di

Di

Ko

Uly

Ko

inte

Ve

Ve

Ud

Ud

Ud

Ud

Ud

Dia

Dia

Bilag 6

Detaljeret beskrivelse af indberetning af indlæggelsesoplysninger og ambulante kontakter for psykiatriske afdelinger.

Følgende oplysninger skal registreres i Landspatientregisteret ved en patients indlæggelse:

Sygehusnummer	4	pos
Afdelings/afsnitsnummer	3	pos
Patienttype (0 eller 1)	1	pos
Personnummer	10	pos
Indlæggelsesdato	6	pos
Indlæggelsestidspunkt (patienttype 0)	2	pos
Bopælskommunekode	3	pos
Distriktskode (hvis registreret)	7	pos
Henvisningsdato for planlagte kontakter	6	pos
Henvisningsmåde	1	pos
Indlæggelsesmåde (patienttype 0)	1	pos
Indlagt fra (patienttype 0)	1	pos
Indlæggelsesvilkår (patienttype 0)	1	pos

Efter 3 måneder opdateres ovenstående felter, og der tilføjes:

Diagnoseart	1	pos
Diagnosekodenummer	6	pos
Kontaktårsag (patienttype 0 eller 1)	1	pos
Ulykkeskode (patienttype 0 eller 1)	6	pos

Kontaktårsag og ulykkeskode indberettes kun, hvis der findes en diagnose i intervallet DS000 - DT799.

Ved udskrivning opdateres ovenstående felter og der tilføjes:

Udskrivningsdato	6	pos
Udskrivningstidspunkt	2	pos
Udskrivningsmåde	1	pos
Udskrevet til sygehus/afdeling	7	pos
Udskrevet til	1	pos

Diagnose/ulykkeskode efter samme regler som for 3 mdr.

Følgende oplysninger skal indberettes til Landspatientregisteret ved en patients indskrivning:

Sygehusnummer	4 pos
Afdelings/afsnitsnummer	3 pos
Patienttype 1 eller 2	1 pos
Personnummer	10 pos
Distriktskode (hvis registreret)	7 pos
Indskrivningsdato	6 pos
Bopælskommunekode	3 pos
Henvisningsdato for planlagte kontakter	6 pos
Henvisningsmåde	1 pos

Efter 3 måneder opdateres ovenstående felter, og der tilføjes:

Diagnoseart	1 pos
Diagnosekodenummer	6 pos
Kontaktårsag (kun patienttype 1)	1 pos
Ulykkeskode (kun patienttype 1)	6 pos

Kontaktårsag og ulykkeskode indberettes kun, hvis der findes en diagnose i intervallet DS000 - DT799.

Status ved årsskifte. Der foretages opdatering af ovenstående felter, og der tilføjes:

Besøgsdatoer (kun patienttype 2)
 Personalekategori (kun patienttype 2)
 Psykiatriske ydelser (kun patienttype 2)
 Ydelsessted (kun patienttype 2)

Diagnose/ulykkeskoder efter samme regler som for 3 mdr.

Ved afslutning af ambulante kontakter opdateres ovenstående felter, og der tilføjes:

Afslutningsdato
 Afslutningsmåde

Diagnose/ulykkeskode efter samme regler som for 3 mdr.

Bilag 7

Fejlsøgning

i

r

r

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 person født i dette årh. 5 person født i forrige årh. Pos 8-9 alfabetisk Pos 10 numerisk
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 På kontakter der er begyndt eller afsluttet efter 31.12.94, tillades yderlig koden A

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, 3, 5, 6, 7, 8, 9 På kontakter, der er begyndt eller afsluttet efter 31.12.94, tillades yderlig koden 2, 4, A
UDSKRTILSGH	Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation
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
- må HENVISNMÅDE ikke være blank
- Hvis AFD har speciale 50,52:
 - * må UDSKRIVDTO være blank
 - * må UDSKRIVTIME være blank
 - * må AFSLUTMÅDE være blank
- skal BEHDAGE være blank

Hvis PATTYPE = 1:

- skal MIANSKA være blank
- skal INDLÆGTIME være blank
- må HENVISNMÅDE ikke være blank
- Hvis AFD har speciale 50,52:
 - * må UDSKRIVDTO være blank
 - * må AFSLUTMÅDE være blank
- skal UDSKRTILSGH være blank
- skal UDSKRIVTIME være blank
- må BEHDAGE ikke være blank

Hvis PATTYPE = 2:

- skal INDLÆGTIME være blank
- skal MIANSKA være blank

Hvis PATTYPE = 2:
(fortsat)

- skal INDMÅDE være blank
- må HENVISNMÅDE ikke være blank
- skal UDSKRTILSGH være blank
- skal UDSKRIVTIME være blank
- skal KONTÅRS være blank
- må BEHDAGE ikke være blank
- hvis DTOSLUT er blank:
 - * skal AFSLUTMÅDE være blank
- hvis DTOSLUT ikke er blank:
 - * må AFSLUTMÅDE ikke være blank

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
- skal UDSKRTILSGH være blank
- skal UDSKRIVTIME være blank
- må KONTÅRS ikke være blank
- skal BEHDAGE være blank

Hvis INDMÅDE = 2:

Skal HENVISDTO være forskellig fra blank,
hvis HENVISNMÅDE = 1, 2, 5 eller 6

Hvis PATTYPE = 1, 2:

Skal HENVISDTO være forskellig fra blank,
hvis HENVISNMÅDE = 1, 2, 5 eller 6

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 970-992

Fejlsøgning i strukturen SKSKO

ART En af værdierne blank, A, B, G, H eller +

KODE Skal findes i SKS

Fejlsøgning i feltsammenhænge:

ART = + Tillægskode, kan kun kobles på en forudgående SKSKO med arten blank, A, B eller G

"DU" koder (svangerskabsuger) må kun registreres som tillægskoder

ART = A, B, G, H Position 1 i KODE skal være D

Fejlsøgning i strukturen DIAGN

DIAG Skal være en ICD-8 eller ICD-10 kode.
Skal findes i Sundhedsstyrelsens diagnoseklassifikation

MOD En af værdierne blank, 0, 1, 2, 3, 4, 5, 7

Fejlsøgning i strukturen OPERA

OPR Skal findes i Sundhedsstyrelsens operationsklassifikation

OPRAFD Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation

Fejlsøgning i strukturen OKOMB

OPR Skal findes i Sundhedsstyrelsens operationsklassifikation

Fejlsøgning i strukturen BESØG

DTOBES	Blank, eller gyldig dato (DDMMÅÅ). Skal indberettes i stigende orden på ÅÅMMDD
PERSKAT	En af værdierne blank, 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, A, 9
YDESTED	En af værdierne blank, 1, 2, A, 9
PSYKYD	En af værdierne blank, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, A

Fejlsøgning i strukturen ULYKK

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

Fejlsøgning i strukturen BOBST

FLERNR	En af værdierne A-F
VÆGT	0500-8000
LÆNGDE	20-70

Fejlsøgning i strukturen MOBST

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

Fejlsøgning i strukturen PSYKI

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

Fejlsøgning i feltsammenhænge på tværs af strukturer

- 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:
 - * må aktionsdiagnose ikke være blank
 - * må UDSKRIVDTO ikke være blank
 - hvis AFD har speciale 50 eller 52, og UDSKRIVDTO eller INDLÆGDTO er efter 31.12.94:
 - * må INDFRA ikke være blank
 - * må INDVILK ikke være blank
 - hvis UDSKRIVDTO er blank:
 - * skal UDSKRTIL være blank
 - * må aktionsdiagnose være blank indtil 3 måneder efter INDLÆGDTO
 - hvis UDSKRIVDTO er før 01.01.95 må AFD ikke have speciale 02,19

Hvis PATTYPE = 0
(fortsat)

- hvis aktionsdiagnose DS000-DT799
skal KONTÅRS være forskellig fra
blank

Hvis PATTYPE = 1

- 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:
 - * må aktionsdiagnose ikke være blank
 - * må UDSKRIVDTO ikke være blank
- hvis UDSKRIVDTO er før 01.01.95 må
AFD ikke have speciale 02,19
- hvis AFD har speciale 50 eller 52:
 - * må aktionsdiagnose være blank
indtil 3 måneder efter INDLÆGDTO

Hvis PATTYPE = 2

- skal ULK være blank
- skal OPRAFD 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
- skal INDFRA være blank
- skal INDVILK være blank
- skal UDSKRTIL være blank

Hvis PATTYPE = 2
(fortsat)

Antal i BEHDAGE skal være summen af
DTOBES

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

- må PERSKAT ikke være blank
- må YDESTED ikke være blank
- må PSYKYD ikke være blank

Hvis DTOSLUT er blank og perioden
mellem første og sidste besøg er
større eller lig et år:

- * må aktionsdiagnose ikke være blank

Hvis DTOSLUT er blank og AFD har
speciale 50 eller 52:

- * må aktionsdiagnose være blank indtil
3 måneder efter DTOSTART

Hvis DTOSLUT er før 01.01.95, må AFD
ikke have speciale 02,19

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

Hvis PATTYPE = 3

- skal OPRAFD 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
- skal INDFRA være blank
- skal INDVILK være blank
- skal UDSKRTIL være blank
- skal DTOBES være blank
- skal PERSKAT være blank
- skal YDESTED være blank
- skal PSYKYD være blank
- skal aktionsdiagnose være registreret

- Hvis KONTÅRS = 2, 3, 4 - Der skal være en aktions- eller bi-diagnose DS000-DT799
- Der skal være en EUG, EUS, EUA og EUK kode.

Hvis EUK1 er registreret, skal der være en EUP og EUM kode.

Diagnosetest

Fejlsøgning. Diagnoser i relation til køn og alder (gældende fra 1. januar 1995).

Følgende diagnoser må kun forekomme i relation til køn (M=mænd, K=kvinder) og aldersintervaller.

De angivne koder er ICD-10, som i SKS skal foranstilles et D.

Kode	M/K	Min. alder	Max. alder
A339		00	00
A349	K	10	55
A500		00	01
A501		00	01
A502		00	01
A504		02	99
A505		02	99
A506		02	99
A507		02	99
B260	M		
B373	K		
C510-C519	K		
C529	K		
C530-C539	K		
C540-C549	K		
C559	K		
C560-C569	K		
C570-C579	K		
C589	K		
C600-C609	M		
C619	M		
C620-C629	M		
C630-C639	M		
C796	K		
D060-D069	K		
D070-D073	K		
D074-D076	M		
D176	M		
D250-D259	K		
D260-D269	K		
D270-D279	K		
D280-D289	K		
D290-D299	M		
D390-D399	K		
D400-D409	M		
E280-E289	K		
E290-E299	M		

E894	K		
E895	M		
F524	M		
F525	K		
F530-F539	K		
I861	M		
I863	K		
L291	M		
L292	K		
L705	K		
M061		16	99
M080-M089		00	15
M090-M098		00	15
M302		00	15
M330		00	15
M410		00	15
M800-M801	K		
M810-M811	K		
M830	K		
N409	M		
N410-N419	M		
N420-N429	M		
N430-N434	M		
N449	M		
N450-N459	M		
N469	M		
N479	M		
N480-N489	M		
N490-N499	M		
N500-N509	M		
N510-N518	M		
N700-N709	K		
N710-N719	K		
N729	K		
N730-N739	K		
N740-N748	K		
N750-N759	K		
N760-N768	K		
N770-N778	K		
N800-N809	K		
N810-N819	K		
N820-N829	K		
N830-N839	K		
N840-N849	K		
N850-N859	K		
N869	K		
N870-N879	K		
N880-N889	K		
N890-N899	K		
N900-N909	K		

N910-N915	K		
N920-N926	K		
N930-N939	K		
N940-N949	K		
N950-N959	K		
N969	K		
N970-N979	K		
N980-N989	K		
N992-N993	K		
O000-O998	K		
P000-P969		00	00
Q500-Q506	K		
Q510-Q519	K		
Q520-Q529	K		
Q530-Q539	M		
Q540-Q549	M		
Q550-Q559	M		
Q960-Q969	K		
R860-R869	M		
R870-R879	K		
R959		00	01
S312-S313	M		
S314	K		
S374-S376	K		
T192-T193	K		
T833	K		
T854	K		
Z014	K		
Z124	K		
Z125	M		
Z127	K		
Z301	K		
Z303-Z305	K		
Z311-Z312	K		
Z320-Z321	K		
Z339	K		
Z340-Z349	K		
Z350-Z359	K		
Z360-Z369	K		
Z370-Z379	K		
Z380-Z388		00	00
Z390-Z392	K		
Z437	K		
Z443	K		
Z875	K		
Z901	K		
Z975	K		

Diagnosekontrol af DU-diagnoser (svangerskabsuger)

Hvis DIAG begynder med DU må koden kun forekomme som tillægskode

Følgende krav gælder, således at DIAG i de angivne intervaller skal være ledsaget af DU-diagnoser i de angivne intervaller:

Hvis DIAG er DO000-DO029	skal diagnosekode med DU i første to positioner forekomme
Hvis DIAG er DO030-DO039	skal kun DU-diagnosekoder DU007-DU028 forekomme
Hvis DIAG er DO040-DO049	skal kun DU-diagnosekoder DU007-DU012 forekomme
Hvis DIAG er DO050-DO059	skal kun DU-diagnosekoder DU013-DU028 forekomme
Hvis DIAG er DO060-DO089	skal kun DU-diagnosekoder DU007-DU028 forekomme
Hvis DIAG er DO100-DO200	skal diagnosekode med DU i første to positioner forekomme
Hvis DIAG er DO208	skal kun DU-diagnosekoder DU007-DU022 forekomme
Hvis DIAG er DO209	skal diagnosekode med DU i første to positioner forekomme
Hvis DIAG er DO210-DO211	skal kun DU-diagnosekoder DU007-DU022 forekomme
Hvis DIAG er DO212	skal kun DU-diagnosekoder DU023-DU045 forekomme
Hvis DIAG er DO218-DO318	skal diagnosekode med DU i første to positioner forekomme
Hvis DIAG er DO409-DO419	skal diagnosekode med DU i første to positioner forekomme

Hvis DIAG er DO421, DO423 eller DO425	skal kun DU-diagnosekoder DU037-DU045 forekomme
Hvis DIAG er DO429-DO469	skal diagnosekode med DU i første to positioner forekomme
Hvis DIAG er DO471	skal kun DU-diagnosekoder DU037-DU045 forekomme
Hvis DIAG er DO489	skal kun DU-diagnosekoder DU041-DU045 forekomme
Hvis DIAG er DO609	skal kun DU-diagnosekoder DU020-DU037 forekomme
Hvis DIAG er DO610-DO849	skal kun DU-diagnosekoder DU020-DU045 forekomme
Hvis DIAG er DZ370-DZ379	skal kun DU-diagnosekoder DU020-DU045 forekomme

Bilag 8

**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, f.eks. modifikation som kun skal indrapporteres på heldøgnskontakter udskrevet før 01.01.94.

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

De enkelte strukturer er oprettet, så de primært indeholder de data fra en patientkontakt som logisk hører sammen, f.eks. indlæggelses- og udskrivningsoplysninger. Da recorden med de forskellige strukturer bliver modtaget i et stort felt, skal de enkelte strukturer identificeres med et nøgleord på 5 char. efterfulgt af en længdeangivelse på 3 char. En record skal afsluttes med nøgleordet "SLUT%".

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

Der vil altid være en max. grænse for oplysningerne i en record. P.t. kan en record være på ca. 13.000 char.

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
- Henvisningsdiagnose
- Indlæggelsesmåde
- Indlagt fra
- Indlæggelsesvilkår
- Udskrivningsdato/
Slutdato for ambulans forløb
- Udskrivningstid
- Udskrivnings- eller
afslutningsmåde
- Udskrevet/afsluttet til
sygehus/afdeling
- Udskrevet til
- Kontaktsagskode
- Ulykkeskode

Kun for heldøgnskontakter
udskrevet fra 01.01.94.

På udskrivninger før 01.01.95
indberettes ulykkeskoder i
struktur ULYKK.

På udskrivninger fra 01.01.95 indberettes ulykkeskoder i struktur SKSKO.

- Behandlingsdage

- 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 efter den 01.01.95 indberettes diagnosekodenummer i strukturen SKSKO.

- Modifikation

Kun for kontakter udskrevet før 01.01.94.

- Kode for opererende afdeling

- Operationskodenummer

- Kombination

- Dato for besøg

- Personalkategori

- Psykiatrisk ydelse

- Ydelsessted

- 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 relationsfeltet, som kan antage følgende værdier:

A = aktionsdiagnose
 B = bidiagnose
 G = grundmorbus
 H = henvisningsdiagnose
 + = 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.

b = blank = uspecificeret SKS primærkode, f.eks. ulykkeskode.

A, B, G og H angiver diagnosearten. Skal efterfølges af en ICD-10 diagnosekode.

- DIAGN - Diagnoser (udskrivninger før 01.01.95)
- OPERA - Operationer
- OKOMB - Sammenhørende operationer, skal forekomme umiddelbart efter OPERA

- BESØG - Besøgs oplysninger
- 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)

Eksempel på en indberetningsrecord

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

Ø = blank karakter

INDUD06713010310010101000102019412ØØ701ØØØØØØØØ02019411100194
121ØØØØØØØØ20008

SKSKO006ADS000SKSKO005ØEUG1SKSKO005ØEUS2SKSKO005ØEUA2

SKSKO005ØEUK1SKSKO005+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.

Diagnose- og ulykkeskoder vist med tekst:

SKSKO	ADS000	aktionsdiagnose
SKSKO	ØEUG1	stedkode
SKSKO	ØEUS2	skadesmekanisme
SKSKO	ØEUA2	aktivitetskode
SKSKO	ØEUK1	køretøjsulykke
SKSKO	+EUP4	tillægskode, transport
		koblet til køretøjsulykke
SKSKO	+EUM5	tillægskode, transport
		koblet til køretøjsulykke

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	Henvissningsdato
45	INDMÅDE	1	CH	Indlæggelsesmåde
46	HENVISNMÅDE	1	CH	Henvissningsmåde
47	UDSKRIVDTO DTOSLUT	6	CH	Udskrivningsdato
53	UDSKRIVTIME	2	CH	Udskrivningstime
55	AFSLUTMÅDE	1	CH	Afslutningsmåde
56	UDSKRTILSGH	7	CH	Udskrevet til sygehus-/af- deling
63	KONTÅRS	1	CH	Kontaktårsag
64	BEHDAGE	4	CH	Behandlingsdage

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULAR- NAVN
SKS-koder				SKSKO
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	ART	1	CH	Relationsfelt med følgende værdier: A = Aktionsdiagnose B = Bidiagnose G = Grundmorbus H = Henvisningsdiagnose = Blank, uspecificeret SKS primærkode + Tillægskode
2	KODE	10	CH	SKS kode

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULAR- NAVN
Diagnoser				DIAGN
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	DIAG	6	CH	Diagnosekode
7	MOD	1	CH	Modifikation

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

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

INDIVID/FORMULARBETEGNELSE				STRUKTUR/FORMULAR- NAVN
Besøgs oplysninger				BESØG
	PROGRAM DATANAVN	ANTAL POS.	REPR.	BESKRIVELSE
1	DTOBES	6	CH	Besøgsdato
7	PERSKAT	3	CH	Personalekategori
10	YDESTED	1	CH	Ydelsessted
11	PSYKYD	1	CH	Psykiatrisk ydelse

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

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

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

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