

Sundhedsstyrelsen

**Fællesindhold for
basisregistrering af
sygehuspatienter**

**Koordineringsgruppen for
individbaseret patientregistrering**

**2. udgave af
Rapport nr. 6 · 1991**

**Sundhedsstyrelsen
Dokumentationen**

FORORD

2. udgave af Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter er baseret på 1. udgaven med nogle få ændringer. Fællesindholdet for ambulante patienter er blevet udvidet med nogle nye oplysninger og det er præciseret, hvordan uafsluttede ambulante patienter skal indgå i Landspatientregisteret.

Det ændrede fællesindhold træder i kraft med virkning fra 1. januar 1991.

Ved skrivelse af 12. juni 1990 har Sundhedsministeriet gjort den individbaserede registrering af deldøgnspatienter, ambulante patienter og skadestuepatienter ved somatiske sygehusafdelinger obligatorisk fra 1. januar 1991. De data, der indberettes for 1991 om ambulante patienter, skal således være i overensstemmelse med det ændrede fællesindhold.

Sundhedsstyrelsen, april 1991

Palle Juul-Jensen

Gunnar Schiøler

INDHOLDSFORTEGNELSE

	Side
Formål	7
Fællesindhold	8
Ambulante patienter	9
Deldøgnspatienter	13
Ydre årsag til skader	13
Retningslinier for angivelse af diagnoser ved udskrivelse eller afslutning af sygehuspatienter	14
 Bilag 1	
Databeskrivelse	17
 Bilag 2	
Fejlsøgning for heldøgns-, deldøgns-, ambulatorie- og skadestuepatienter	47
 Bilag 3	
Koordinationsgruppens kommissorium og sammensætning	55

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 Landspatientregisteret og de lokale patientregistreringssystemer sammen med nogle basale data, der kan bruges i mange sammenhænge, men forhindrer på den anden side ikke sygehusene i at registrere flere oplysninger i de lokale registreringssystemer.

Landspatientregisteret har umiddelbart betydet, at de traditionelle indberetninger til Sundhedsstyrelsen har kunnet afløses. Dette har ikke alene betydet en arbejdslettelse for sygehuskommunerne, men også et væsentligt bedre grundlag for sygehusstatistikken, som i højere grad end tidligere kan yde væsentlige oplysninger til støtte for sygehusplanlægning og den løbende administration. Landspatientregisteret har tillige betydet, at medicinske forskningsprojekter kan baseres på meget større materialer end hidtil, enten ved direkte brug af patientregistreringsdata evt. sammen med data fra andre kilder eller ved at bruge patientregistreringen til udtagning af repræsentative stikprøver.

Sammenlignet med de traditionelle skema-indberetninger er patientregistreringen kendetegnet ved en væsentlig højere grad af fleksibilitet, idet oplysninger i patientregistreringen er bundet til den enkelte indlæggelse, hvorimod oplysningerne i den traditionelle sygehusstatistik af praktiske grunde måtte bruge sygehusafdelingen og sygehuset som tællingsenheder.

Det bør nævnes, at patientregistreringen med fællesindhold har muliggjort opgørelser af de enkelte kommuners sygehusforbrug baseret på oplysninger om den enkelte patients bopælskommune til supplerende af den traditionelle aktivitetsstatistik baseret på oplysninger om den enkelte sygehusenheds produktion. Forbrugsstatistikken kan i modsætning til aktivitetsstatistikken sættes i

relation til en veldefineret befolkning, hvilket giver mulighed for standardberegninger, som korrigerer for forskelle i befolkningens køn- og alderssammensætning. Forbrugsstatistikken giver endvidere mulighed for fremskrivninger, hvorved man kan beregne konsekvensen af den fremtidige befolkningsudvikling på sygehusforbruget.

Ved anvendelsen af patientregistreringen til 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 nærværende individbaserede patientregistrering kun giver oplysninger om sygdomme, hvor patienten 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 den er velegnet til at uddrage repræsentative stikprøver og kontrollere dækningsgraden af igangværende projekter. Med udbygningen af Landspatientregisteret med ambulatorie- og skadestuevirksomhed vil det blive 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 udsendelsen af koordinationsgruppens rapporter Registrering af sygehusenes ambulatorievirksomhed (rapport nr. 1) og Fællesindhold for registrering af stationære patienter (rapport nr. 4), der senere er udvidet til Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter (rapport nr. 6), der omfatter alle typer af sygehuspatienter.

Koordinationsgruppen har endvidere været af den opfattelse, at registreringsgrundlaget for henholdsvis indlagte patienter og ambulante samt skadestuepatienter skal være så ensartet som muligt, hvorfor registreringsindholdet i væsentligt omfang er identisk for de enkelte patienttyper. Endvidere er afgrænsningen af fællesindholdet foretaget under hensyntagen til "Definitioner af visse begreber vedrørende sygehussektoren (3. udgave af koordinationsgruppens rapport nr. 3, 1990).

I forhold til 1. udgaven af rapport nr. 6 er der sket ændringer med hensyn til fællesindhold for ambulante patienter, hvor det nu er præciseret, hvilke oplysninger der indgår for henholdsvis afsluttede og uafsluttede patienter. Endvidere er henvisningsdato gjort obligatorisk.

En udførlig beskrivelse af fællesindholdet fremgår af bilag 1 vedrørende databeskrivelsen. Datanavnene vil blive benyttet i Landspatientregisteret. I øvrigt må fællesindholdet betragtes som et minimalkrav, idet det overlades til de enkelte sygehuskommuner selv at afgøre, om registreringen skal være mere omfattende.

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

AMBULANTE PATIENTER

Som bekendt skal oplysninger om ambulante patienter indgå i Landspatientregisteret fra 1991. Registreringsenheden er "et ambulante 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 eller psykolog. En undtagelse herfra er, at besøg hos fysioterapeut og ergoterapeut indtil videre ikke indgår i fællesindholdet.

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
Indlæggelsestidspunkt/ Time f. ankomst til skadestue	x			x
Minut f. ankomst til skadestue				x
Kommunenummer	x	x	x	x
Henvisningsdato	x	x	x	
Indlæggelsesmåde	x	(x)		
Henvisningsmåde	x	x	x	
Udskrivningsdato/ Slutdato for ambulant forløb	x	x	x	
Udskrivnings- eller afslutningsmåde	x	x	x	x
Udskrevet til sygehus	(x)			
Kontaktårsagskode	x	(x)		x
Ulykkeskode	x	(x)		x
Behandlingsdage	(x)	x	x	
Antal diagnoser	x	x	x	x
Diagnosekodenummer	x	x	x	x
Modifikation	x	(x)		
Kode for opererende afdeling	(x)	(x)		
Operationskodenummer	x	x	x	(x)
Kombination	x	x	x	(x)
Dato for besøg			x	

x = obligatorisk

(x) = fakultativ

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. For indlagte patienter er problemet uden større betydning på grund af det beskedne antal patienter med lang liggetid. Uafsluttede stationære patienter skal derfor fortsat ikke medtages i Landspatientregisteret.

For ambulante patienters vedkommende må der imidlertid påregnes et større antal patienter med lange behandlingsforløb. Landspatientregisteret skal derfor omfatte samtlige uafsluttede ambulante patienter. Registrering af uafsluttede ambulante patienter er i videst muligt omfang identisk med registreringen af afsluttede ambulante patienter. Enkelte oplysninger kan dog i følge sagens natur ikke registreres for uafsluttede ambulante patienter. Det drejer sig om følgende:

Dato for sidste besøg.

Afslutningsmåde.

Vedrørende diagnosekoden gør det hensyn sig gældende, at patientens diagnoser ofte ikke vil være fastlagt før 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.

Det bør bemærkes, at tilsyn ikke skal betragtes som ambulant behandling, jfr. "Definitioner af visse begreber vedrørende sygehussektoren" (3. udgave af rapport nr. 3, 1990).

Det er hensigten at foretage en opdeling af ambulante patienter i forambulante, efterambulante og ambulante patienter. Opdelingen foretages efter nedenstående skema og baseres på patientens henvisnings- og afslutningsmåde. Kvaliteten af denne opdeling vil derfor afhænge af kvaliteten af registreringen af henvisnings- og afslutningsmåden.

Typen af ambulatoriepatienter.

Afsluttet til henvist fra	Alment prakt. læge	Eget hel- del- døgn	Andet hel- del- døgn	Andet ambu- lato- rium	Ude- ble- vet	Død	Uop- lyst	Uaf- slut- tet
Alment prakti- serende læge og praktiserende speciallæge	A	FA	A	A	RA	RA	RA	UA
Eget hel- eller deldøgn	EA	EA	EA	EA	EA	EA	EA	UA
Andet hel- eller deldøgn	A	FA	A	A	RA	RA	RA	UA
Skadestue eller ambulatorium	A	FA	A	A	RA	RA	RA	UA
Herfødt	A	A	A	A	.	A	A	A
Uoplyst	RA	RA	RA	RA	RA	RA	RA	UA

A : ren ambulant

FA : forambulant

EA : efterambulant

RA : rest af afsluttede

UA : uafsluttede ambulante

Ambulatorietyperne er fastlagt entydigt, men ikke på en måde, der altid er helt i overensstemmelse med de faktiske forhold. F.eks. vil det i de fleste tilfælde være naturligt at betragte en patient, der er henvist fra anden skadestue eller ambulatorium, og som efter endt ambulatorieforløb i eget ambulatorium henvises til anden heldøgnsafdeling, som ren ambulant. For nogle cardiologiske afsnit gælder imidlertid, at de modtager thoraxkirurgiske pa-

tienter til ambulant undersøgelse, inden de henvises til behandling på thoraxkirurgisk afdeling. I disse tilfælde vil det være mest naturligt at betragte patienten som forambulant. Det har ikke været muligt at fastlægge definitioner af typer af ambulatoriepatienter, der forener en højere grad af entydighed og validitet, og som samtidig er operationelle.

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 bånd indsendes til Sundhedsstyrelsen.

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 800 - 996, d.v.s. traumer, forgiftninger og anden voldelig legemsbeskadigelse, men undtagen komplikationer ved lægelig behandling.

Hvis en patient behandles for følgerne af mere end een ulykke, hvilket fortrinsvis kan være tilfældet, hvis patienten udsættes for en ulykke under indlæggelse, kan dette kun registreres, såfremt der afsættes et særligt felt til registrering af den ydre årsag for den eller de senest indtrufne ulykke(r). Såfremt en patient udsættes for en ulykke, mens vedkommende er under behandling for andet end en skade, vil kontaktårsags- og ulykkeskoden selvfølgelig frit kunne benyttes til registrering af ydre årsag for denne ulykke.

RETNINGSLINIER FOR ANGIVELSE AF DIAGNOSER VED UDSKRIVELSE ELLER AFSLUTNING AF SYGEHUSPATIENTER.

Der er behov for at tilvejebringe visse vejledende retningslinier for de principper, hvorefter angivelse af første diagnose ved udskrivelsen bør ske. Hvis en indlæggelse kan illustreres ved en enkelt diagnose, er denne klart hoveddiagnosen.

Den først anførte diagnose ved udskrivelsen eller afslutning af patienter bør være aktionsdiagnosen, defineret som den tilstand, der har medført indlæggelse, plejebehov og dermed sengedagsforbrug, og som er den væsentligste årsag til det under indlæggelsen gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogram.

Især på medicinske afdelinger præsenterer en patient sig ofte med flere diagnoser, som synes ligeværdige aktionsdiagnoser.

En patient med akut myokardieinfarkt, som i forløbet får apoplexia cerebri, har konkurrerende årsager til plejebehov og sengedagsforbrug, undersøgelser og behandling. I et sådant tilfælde må den diagnose, som vurderes som den alvorligste også for prognosen på længere sigt, betragtes som aktionsdiagnosen.

Hvis det er muligt, må man søge at undgå symptomdiagnoser eller dårligt definerede lidelser. På den anden side skal man ikke forsøge at beskrive indlæggelsesforløb med en patologisk-anato-

misk diagnose, når de undersøgelser, der faktisk er udført, kun har ført til en mere generel organdiagnose eller måske kun en symptomdiagnose. I sådanne tilfælde kan det være nødvendigt at anvende aktionsdiagnoser, som ligger nær symptomdiagnoseniveau: febris causae ignotae, urininkontinens, lipotymi, causa socialis.

Obs. pro-diagnoser bør principielt ikke være første diagnose, men hvis sengedagsforbruget i forbindelse med en indlæggelse har været brugt til afklaring af den pågældende diagnose, som imidlertid hverken er bekræftet eller afkræftet, er obs. pro-diagnosen aktionsdiagnosen.

Konklusion:

Aktionsdiagnosen anføres altid som første diagnose.

Aktionsdiagnosen kan være identisk med grundlidelsen.

Øvrige diagnoser anføres efterfølgende som bidiagnoser.

Eksisterende muligheder for diagnosemodifikationer bør udnyttes for stationære patienter.

Ovenstående er et uddrag af indledning til "Klassifikation af sygdomme, Systematisk del, 1986", hvortil henvises.

Individ formularbetegnelse		Strukturformularnavn				
AMBULATORIEPATIENTER						
	Program datanavn	Antal pos	Antal cifre	Antal dec	Repr.	Beskrivelse
1	SGH	4			CH	Sygehuskode
5	AFD	3			CH	Afdelingskode
8	PATTYPE	1			CH	Patienttype
9	CPRNR	10			CH	CPR-nummer
19	DTOSTART	6			CH	Startdato for ambulant forløb
25		2			CH	Benyttes ikke
27		2			CH	Benyttes ikke
29	KOMNR	3			CH	Bopælskommunekode
32	HENVISDTO	6			CH	Henvisningsdato
38		1			CH	Benyttes ikke
39	HENVISMADE	1			CH	Henvisningsmåde
40	DTOSLUT	6			CH	Slutdato for ambulant forløb
46	AFSLUTMADE	1			CH	Afslutningsmåde
47		7			CH	Benyttes ikke
54		1			CH	Benyttes ikke
55		8			CH	Benyttes ikke
63	BEHDAGE	4			CH	Behandlingsdage = antal DTOBES'er
67	ANTALDIAG	2			CH	Antal diagnoser
69	DIAG	6			CH	Diagnosekode
75		1			CH	Benyttes ikke
76		7		2)	CH	Benyttes ikke
83	OPR	5		1)	CH	Operationskode
88	KOMB	1			CH	Kombination
89	DTOBES	6		3)	CH	Dato for besøg

1) forekommer 6 gange
 2) forekommer fra 0 til 20 gange
 3) forekommer så mange gange som angivet i feltet BEHDAGE

Individ formularbetegnelse					Strukturformularnavn	
SKADESTUEPATIENTER						
	Program datanavn	Antal pos	Antal cifre	Antal dec	Repr.	Beskrivelse
1	SGH	4			CH	Sygehuskode
5	AFD	3			CH	Afdelingskode
8	PATTYPE	1			CH	Patienttype
9	CPRNR	10			CH	CPR-nummer
19	DTOANKSKA	6			CH	Dato for ankomst til skadestue
25	TANSKA	2			CH	Time for ankomst til skadestue
27	MIANSKA	2			CH	Minut for ankomst til skadestue
29	KOMNR	3			CH	Bopælskommunekode
32		6			CH	Benyttes ikke
38		1			CH	Benyttes ikke
39		1			CH	Benyttes ikke
40		6			CH	Benyttes ikke
46	AFSLUTNMÅDE	1			CH	Afslutningsmåde
47		7			CH	Benyttes ikke
54	KONTÅRS	1			CH	Kontaktårsag
55	ULK	8			CH	Ulykkeskode
63		4			CH	Benyttes ikke
67	ANTALDIAG	2			CH	Antal diagnoser
69	DIAG	6			CH	Diagnosekode
75		1			CH	Benyttes ikke
76		7		2)	CH	Benyttes ikke
83	OPR	5		1)	CH	Operationskode
88	KOMB	1			CH	Kombination

1) forekommer 6 gange

2) forekommer fra 1 til 20 gange

Databeskrivelse

SYSTEMDATANAVN Sygehusnummer	PROGRAMDATANAVN SGH	MAX. ANTAL POS. 4
DEFINITION Det sygehus, hvorpå patienten er under behandling		
VERDISÆT 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

Heldøgns, deldøgns, ambulatorium og skadestue, hvorpå patienten er under behandling

De 2 første positioner angiver normalt en administrerende overlages område (afd.)
 3. position angiver afsnit som vedrører "subspeciale", ambulatorium, skadestue og lignende

VERDISÆT

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	

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 indlæggelsen, 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 8 for patienter født i dette århundrede og 9 for patienter født før år 1900; 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.		
VERDISÆT 		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter ja Ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter ja		

Databeskrivelse

SYSTEMDATANAVN Indlæggelsesdato eller Startdato for ambulant forløb eller Dato for ankomst til skadestue	PROGRAMDATANAVN INDLÆGDTO DTOSTART DTOANKSKA	MAX. ANTAL POS. 6
DEFINITION For hel- eller deldøgns- patienter Datoen for påbegyndelse af behandling af patient på hel- eller deldøgnsafsnit For ambulatorie- patienter Normalt dato for patientens første besøg i ambulatori- um efter henvisning. Kan evt. være indskrivnings- dato FØDSELSDATO < INDLÆGDTO eller DTOSTART < UDSKRIVDTO eller DTOSLUT DTOANKSKA > FØDSELSDATO		
VERDISÆT 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 Time for ankomst til skadestue	PROGRAMDATANAVN INDLÆGSTIME 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 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		

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.
Kommunenummer	KOMNR	3
DEFINITION Bopælskommunennummer Der anføres nummeret på bopælskommunen umiddelbart før indlæggelsen/1.ambulatoriebesøg/skadestuebesøg		
For personer med fast bopæl i Grønland kodes et af numrene 901-961 For personer med fast bopæl på Færøerne kodes 970 For personer med fast bopæl i udlandet kodes et af numrene 971-992 For personer uden bopæl eller ukendt bopæl kodes 999		
VÆRDISÆT Ifølge gældende kommunekoder (indeholdes i sygehusklassifikationen) KOMNR skal være numerisk		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter ja Ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter ja		

Databeskrivelse

SYSTEMDATANAVN	AVN/PROGRAMDATO	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.
Henvisningsdato		HENVISDTO	6
DEFINITION Dato for modtagelsen af henvisningsseddel på den afdeling, der skal behandle patienten. Dette gælder også for patienter på heldøgns- eller deldøgnsafsnit, der har været i forambulatorium, inden de indlægges FØDELSSDTO ≤ HENVISDTO ≤ 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.
Indlæggelsesmåde	INDMÅDE	1
DEFINITION Akut indlæggelse er indlæggelse, som ikke er planlagt		
VERDISÆT 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.
Henvisningsmåde	HENVISNMADE	1
DEFINITION		
VÆRDISÆT Heldøgnspatienter: 0 ingen henvisning 1 henvist fra alment praktiserende læge 2 henvist fra praktiserende speciallæge 3 henvist fra eget heldøgnsafsnit (genindlæggelse) eller eget deldøgnsafsnit 5 henvist fra andet heldøgnsafsnit eller andet deldøgnsafsnit 6 henvist fra skadestue eller ambulatorium 8 herfødt 9 uoplyst Deldøgnspatienter: 0 ingen henvisning 1 henvist fra alment praktiserende læge 2 henvist fra praktiserende speciallæge 3 henvist fra eget heldøgnsafsnit eller eget deldøgnsafsnit (genindlæggelse) 5 henvist fra andet heldøgnsafsnit eller andet deldøgnsafsnit 6 henvist fra skadestue eller ambulatorium 8 herfødt 9 uoplyst Ambulatoriepatienter: 0 ingen henvisning 1 henvist fra alment praktiserende læge 2 henvist fra praktiserende speciallæge 3 henvist fra eget heldøgnsafsnit eller eget deldøgnsafsnit 5 henvist fra andet heldøgnsafsnit eller andet deldøgnsafsnit 6 henvist fra skadestue eller andet ambulatorium 8 herfødt 9 uoplyst		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter ja Ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter nej		

Databeskrivelse

SYSTEMDATANAVN Udskrivningsdato eller Slutdato for ambulant forløb	PROGRAMDATANAVN UDSKRIVDTO DTOSLUT	MAX. ANTAL POS. 6
DEFINITION For hel- eller deldøgns- patienter Datoen for afslutning af behandling af patient på 		

Databeskrivelse

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.
Udskrivnings- eller afslutningsmåde	AFSLUTNMADE	1
DEFINITION 		
VERDISÆT Heldøgnspatienter: 1 udskrevet til alment praktiserende læge 3 udskrevet til eget heldøgnsafsnit (genindlæggelse) eller eget deldøgnsafsnit 5 udskrevet til andet heldøgnsafsnit eller andet deldøgnsafsnit 6 udskrevet til ambulatorium 8 død 9 uoplyst Ambulatoriepatienter: 1 afsluttet til alment praktiserende læge 3 afsluttet til eget heldøgnsafsnit eller eget deldøgnsafsnit 5 afsluttet til andet heldøgnsafsnit eller andet deldøgnsafsnit 6 afsluttet til andet ambulatorium 7 udebleven 8 død 9 uoplyst blank uafsluttet forløb Deldøgnspatienter: 1 udskrevet til alment praktiserende læge 3 udskrevet til eget heldøgnsafsnit eller eget deldøgnsafsnit (genindlæggelse) 5 udskrevet til andet heldøgnsafsnit eller andet deldøgnsafsnit 6 udskrevet til ambulatorium 8 død 9 uoplyst Skadestuepatienter: 1 afsluttet til alment praktiserende læge 3 afsluttet til eget heldøgnsafsnit eller eget deldøgnsafsnit 5 afsluttet til andet heldøgnsafsnit eller andet deldøgnsafsnit 6 afsluttet til ambulatorium 8 død 9 uoplyst		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter ja Afsluttede ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter ja		

Databeskrivelse

sundhedsstatistik

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.
Udskrevet til sygehus	UDSKRTILSGH	7
DEFINITION Den af den på indlæggelsestidspunktet gældende sygehusklassifikation (ICD-10) udvalgte sygdomsgruppe, som patienten er indlagt på, og som er årsag til indlæggelsen.		
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.
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 o.lign.		
VÆRDISÆT 1 = sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion 2 = ulykke 3 = voldshandling 4 = selvtilføjet skade 5 = senfølge 8 = andet 9 = ukendt/uoplyst For stationære og ambulante patienter skal kontaktårsagskoden kun registreres, såfremt der er registreret en diagnose i intervallet 800-996 (ulykkestilfælde, 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	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.
Ulykkeskode	ULK	8
DEFINITION 		
VÆRDISÆT 1. ciffer = stedkode 0 = trafikområde 1 = boligområde 2 = produktions- og værkstedsområde 3 = butiks-, handels- og serviceområde 4 = skole-, offentligt administrations- og institutionsområde 5 = idræts- og sportsområde 6 = forlystelses- og parkområde 7 = fri natur 8 = hav, sø, vådområde 9 = uoplyst 3. ciffer = skadesmekanismekode 0 = slag, stød på grund af fald på samme niveau 1 = slag, stød på grund af fald på trappe eller til lavere niveau 2 = slag, stød på grund af kontakt med anden genstand, person el. dyr 3 = klemning, snit, stik 4 = fremmedlegeme 5 = kvælning 6 = kemisk påvirkning 3. ciffer (fortsat) 7 = termisk, elektrisk, strålingspåvirkning 8 = akut overbelastning af legeme/legemsdel 9 = anden og ukendt skadesmekanisme 5. ciffer 1 = arbejdsulykke 2 = ikke arbejdsulykke 6. ciffer 1 = færdselsuheld 2 = ikke færdselsuheld 2., 4., 7. og 8. ciffer reserveres til udvidelse af koden Ulykkeskoden skal kun registreres for patienter med kontakårsag 2, 3 eller 4 Vedr.vej1.henvises til den gældende klassifik. af sygd. udg.af Sundhedsstyrelsen		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter ja fakultativ Ambulatoriepatienter nej Skadestuepatienter ja		

Databeskrivelse

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.
Behandlingsdage	BEHDAGE	4

DEFINITION For heldøgnspatienter er antal behandlingsdage lig med antal sengedage med fradrag af antal orlovsdage. Antal sengedage beregnes som forskellen mellem udskrivningsdato og indlæggelsesdato - dog mindst én dag. Antal orlovsdage beregnes som forskellen mellem dato for ophør af orlov og dato for påbegyndelse af orlov - dog mindst én dag, såfremt patienten har forladt sygehuset efter, at orlov er bevilget. 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 ≥ 1	
---	--

INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja fakultativ Deldøgnspatienter ja Ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter nej	
---	--

Databeskrivelse

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.
Antal diagnoser	ANTAL DIAG	2
DEFINITION Tælleværk der oplyser, hvor mange diagnoser der er i den variable del		
VERDISÆT $1 \leq \text{ANTAL DIAG} \leq 20$ Evt. blank for uafsluttede ambulante med et forløb ≤ 1 år		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter ja Ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter ja		

Databeskrivelse

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.
Diagnosekodenummer	DIAG	6

DEFINITION

Kodenummer(re) for patientens diagnose(r) på tidspunkt for udskrivning, sidste ambulatoriebesøg eller skadestuebesøg

VERDISÆT

Ifølge den gældende klassifikation af sygdomme, udgivet af Sundhedsstyrelsen

1. position skal være numerisk eller alfanumerisk
- 2.-5. ciffer skal være numerisk
6. ciffer til lokal brug

For skadestuepatienter er kun de 3 første positioner obligatoriske

INDGÅR I REGISTRERING FOR	Afsluttede ambulatoriepatienter	ja	
Heldøgnspatienter	ja	Uafsluttede ambulatoriepatienter	
Deldøgnspatienter	ja	med ambulant forløb < 1 år	ja fakultativ
Skadestuepatienter	ja	Uafsluttede ambulatoriepatienter	
		med ambulant forløb ≥ 1 år	ja

Databeskrivelse

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.
Modifikation	MOD	1
DEFINITION Modifikation til foranstående kodenummer og angives ved nedenstående værdisæt		
VÆRDISÆT 0 = ingen modifikation 1 = obs.pro 2 = ej befundet 3 = sequelae 4 = antea 5 = recidivans 7 = operatus		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter ja fakultativ Ambulatoriepatienter nej Skadestuepatienter nej		

Databeskrivelse

SYSTEMDATANAVN	PROGRAMDATANAVN	MAX. ANTAL POS.
Kodenummer for opererende afdeling	OPRAFD	7

DEFINITION

Anden opererende afdeling end den, hvor patienten er indlagt

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

Heldøgnspatienter	ja	fakultativ
Deldøgnspatienter	ja	fakultativ
Ambulatoriepatienter	nej	
Skadestuepatienter	nej	

Databeskrivelse

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	1
DEFINITION Registrering af sammenhørende operationer		
VÆRDISÆT + hvis det er sammenhørende operationer " " hvis andet (" " betyder at feltet er blankt)		
INDGÅR I REGISTRERING FOR Heldøgnspatienter ja Deldøgnspatienter ja Ambulatoriepatienter ja Skadestuepatienter ja fakultativ		

Databeskrivelse

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

BILAG 2

**Fejlsøgning for heldøgns-, deldøgns-,
ambulatorie- og skadestuepatienter.**

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

- Fejlsøgning fast del
- Fejlsøgning variabel del
- Fejlsøgning feltsammenhænge

Fejlsøgning fast del:

CPRNR	Modulus-11 test Pos 1-6 valid dato (DDMMÅÅ) Pos 7-9 001-499 dansker født i dette årh. 500-799 dansker født i forrige årh. 800-899 udlænding født i dette årh. 900-999 udlænding født i forrige årh. Pos 10 numerisk
Erstatnings- CPRNR	Pos 1-6 valid dato (DDMMÅÅ) Pos 7 8 person født i dette årh. 9 person født i forrige årh. Pos 8-9 alfabetisk Pos 10 numerisk
SGH og AFD	Skal findes i Sundhedsstyrelsens sygehus- klassifikation og 1. speciale må ikke være 02 og 19 (psykiatri)
PATTYPE	En af værdierne 0, 1, 2, 3
INDLÆGDATE DTOSTART DTOANKSKA	Gyldig dato (DDMMÅÅ)
INDLÆGTIME TANSKA	Blank eller 00-23
MIANSKA	Blank eller 00-59
KOMNR	Skal findes i Sundhedsstyrelsens sygehus- klassifikation
HENVISDTO	Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)
INDMÅDE	En af værdierne blank, 1, 2, 9
HENVISMÅDE	En af værdierne blank, 0, 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9
UDSKRIVDTO DTOSLUT	Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ)
AFSLUTMÅDE	En af værdierne blank, 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9
UDSKRTILSGH	Blank eller i overensstemmelse med Sund- hedsstyrelsens sygehusklassifikation

KONTÅRS	En af værdierne blank, 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9
ULK	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)
BEHDAGE	Blank eller 1-9999
ANTALDIAG	Blank eller 1-20
<u>Fejlsøgning variabel del:</u>	
DIAG	Skal findes i Sundhedsstyrelsens diagnoseklassifikation Ciffer 6 skal være blank eller numerisk
MOD	En af værdierne 0, 1, 2, 3, 4, 5, 7
OPRAFD	Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens sygehusklassifikation
OPR	Blank eller i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens operationsklassifikation
KOMB	+ eller blank
DTOBES	Blank eller gyldig dato (DDMMÅÅ) i stigende orden

Fejlsøgning i feltsammenhænge:

Hvis PATTYPE = 0:

- må INDLÆGTIME ikke være blank
- skal MIANSKA være blank
- må INDMÅDE ikke være blank
- må HENVISNMÅDE ikke være blank
- må UDSKRIVDTO ikke være blank
- må AFSLUTNMÅDE ikke være blank
- må ANTALDIAG ikke være blank
- må DIAG ikke være blank
- må MOD ikke være blank
- skal DTOBES være blank

Hvis PATTYPE = 1:

- skal MIANSKA være blank
- skal INDLÆGTIME være blank
- må HENVISNMÅDE ikke være blank
- må UDSKRIVDTO ikke være blank
- må AFSLUTNMÅDE ikke være blank
- skal UDSKRITLSGH være blank
- må BEHDAGE ikke være blank
- må ANTALDIAG ikke være blank
- må DIAG ikke være blank
- skal DTOBES være blank

Hvis PATTYPE = 2:

- skal INDLÆGTIME være blank
- skal MIANSKA være blank
- skal INDMÅDE være blank
- skal UDSKRITLSGH være blank
- skal KONTÅRS være blank
- skal ULK være blank
- må BEHDAGE ikke være blank
- må DTOBES ikke være blank
- skal MOD være blank
- skal OPRAFD være blank
- antal i BEHDAGE skal være summen af DTOBES
- hvis DTOSLUT er blank:
 - o skal AFSLUTMÅDE være blank
 - o ANTALDIAG må ikke være blank, hvis perioden mellem første og sidste besøg er større end eller lig et år
- hvis DTOSLUT ikke er blank:
 - o må AFSLUTMÅDE ikke være blank
 - o må ANTALDIAG ikke være blank

Hvis PATTYPE = 3:

- må TANSKA ikke være blank
- må MIANSKA ikke være blank
- skal HENVISDTO være blank
- skal INDMÅDE være blank

Hvis PATTYPE = 3: (fortsat)

- skal HENVISNMADE være blank
- skal UDSKRIVDTO være blank
- må AFSLUTNMADE ikke være blank
- skal UDSKRTILSGH være blank
- må KONTÅRS ikke være blank
- må ULK ikke være blank
- skal BEHDAGE være blank
- må ANTALDIAG ikke være blank
- må DIAG ikke være blank
- DIAG må være en WHO-kode (3 positioner)
- skal MOD være blank
- skal OPRAFD være blank

Hvis INDLÆGMÅDE = 2 Skal HENVISDITO være forskellig fra blank,
hvis HENVISMADE = 1, 2, 5, eller 6

For patienttype
1 og 2

Skal HENVISDITO være forskellig fra blank,
hvis HENVISMADE = 1, 2, 5 eller 6

DATOER

FØDSELSDATO skal ligge før eller være lig
med HENVISDITO, som skal ligge før eller være
lig med INDLÆGDITO, som skal ligge før eller
være lig med UDSKRIVDTO

DTOBES skal ligge stigende og skal være lig
eller efter DTOSTART og lig eller før
DTOSLUT, hvis forskellig fra blank

Hvis CPRNR inde-
holder alfabe-
tiske tegn

Skal KOMNR være lig 970-999

Hvis PATTYPE = 0
og hoveddiagnose
800-996

Skal KONTÅRS være forskellig fra blank

Hvis KONTÅRS = 2,
3 eller 4

Skal der være mindst 1 diagnose 800-999

Hvis KONTÅRS = 2,
3 eller 4

Skal ULK's 1., 3., 5. og 6. ciffer være
forskellig fra blank

Diagnosetest:

Fejlsøgning. Diagnoser i relation til køn og alder (gældende pr. 31.12.1990).

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

Diagnose	Køn	Aldersgrænse		Diagnose	Køn	Aldersgrænse	
		Nedre	Øvre			Nedre	Øvre
Y0680-				09814-			
Y0689	K			09815	M		
Y4599	K			09991	M		
Y5199	M			09993	K		
Y6000-				13100	K		
Y6199	K	10	55	13101	M		
Y6309-				17259	M		
Y6499	K	10	55	17359	M		
Y7119	K	10	55	18000-			
Y8009-				18499	K		
Y9399		00	00	18599-			
01602-				18799	M		
01604	M			19890	K		
01605-				21899-			
01606	K			22199	K		
07203	M			22209-			
07204	K			22299	M		
09801-				23409-			
09803	K			23699	K		
09804-				23709-			
09805	M			23729	M		
09811-				25609-			
09813	K			25699	K		

Diagnose	Køn	Aldersgrænse		Diagnose	Køn	Aldersgrænse	
		Nedre	Øvre			Nedre	Øvre
25709- 25719	M			75210- 75229	M		
25799	M			75249	M		
29449	K			75250- 75269	K		
30950	K			75280	M		
45619	M			75281	K		
59600	K			75282	M		
59800- 59801	M			75283	K		
60000- 60799	M			75284	M		
61102	K			75725	K		
61111	M			77290- 77295		00	00
61117	K			78669	M		
61118	K			78670- 78671	K		
61190	K			86703- 86704	K		
61200- 62999	K			87801- 87802	M		
63000- 67809	K	10	55	93900- 93903	K		
70114	K						

BILAG 3

Koordinationsgruppens kommissorium og sammensætning.

KOMMISSORIUM FOR KOORDINATIONSGRUPPEN FOR INDIVIDBASERET
PATIENTREGISTRERING

Med henblik på, at den individbaserede patientregistrering kan blive et så nyttigt instrument som muligt for sygehusplanlægning på alle niveauer og for den medicinske forskning, er gruppens opgave:

- at gennemføre en indholdsmæssig koordination af nuværende og kommende individbaserede patientregistreringer - herunder at sikre at der anvendes samme definitioner og klassifikationer samt at stille krav til registreringens sikkerhed og omfang og karakteren af fejlsøgningen,
- at stille forslag til nye registreringer, som kan tjene de ovenfor nævnte formål, og som eventuelt kan gennemføres som ad hoc registreringer begrænset til udvalgte sygehuse eller tidsbegrænsede.

Gruppen skal tage stilling til, hvorledes patientregistreringens oplysninger skal stilles til rådighed for de interesserede parter. Gruppen skal ikke tage sig af de tekniske løsninger vedrørende tilvejebringelse, bearbejdning og præsentation af oplysninger i de enkelte patientregistrerings- og informationssystemer, idet denne opgave overlades til et samarbejde mellem de ansvarlige for de respektive systemer.

Gruppen blev sammensat af repræsentanter for de forskellige patientregistreringssystemer samt Amtsrådsforeningen i Danmark, Rigshospitalet og Sundhedsstyrelsen.

Koordinationsgruppen har følgende sammensætning pr. 31.12.1990:

Overlæge Henning Bay-Nielsen
Edb-chef Jens Peter Bovbjerg
Overlæge, dr.med. H. Gösta Davidsen
Kontorchef Ole Filip Hansen
Fuldmægtig Pia H. Jespersen
Kontorchef Thorsten Kruse
1. reservelæge Preben Bo Mortensen
Kontorchef Kaj Nielsen
Fuldmægtig Ulla Nielsen
Fuldmægtig Victor Nielsen
Edb-medarbejder Niels Henrik Petersen
Planlægningschef Ole Søndergaard
Kontorchef Svend Sørensen

Som sekretærer fungerer fuldmægtig Jørgen Jørgensen og fuldmægtig Børge Nielsen.