

Fællesindhold for registrering af stationære patienter

Statens trykningskontor

Statens trykningskontor
Indredepartementet, Oslo

Statens trykningskontor
Indredepartementet, Oslo

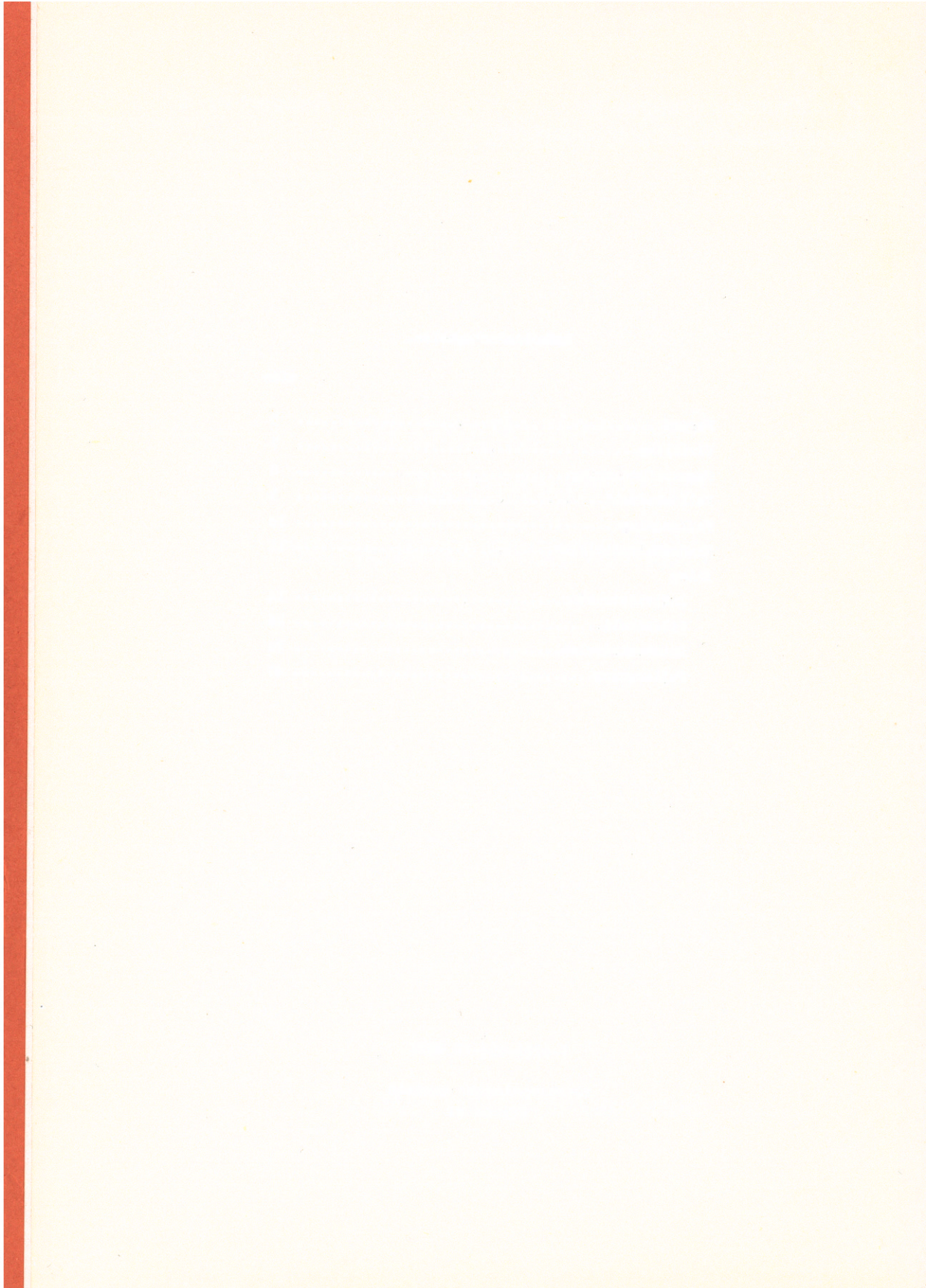
ISBN 87-503-1916-7

Statens trykningskontor

In 02-431

Indholdsfortegnelse.

	side
Forord.....	5
Udvikling.....	7
Opgaveafgrænsning.....	8
Fællesindhold.....	8
Fejlsøgning.....	10
Mindretalsudtalelse.....	11
Bilag	
Individstruktur.....	14
Filindhold.....	16
Databeskrivelse.....	20
Fejlsøgning.....	47



Forord.

I april 1972 nedsatte sundhedsstyrelsen sammen med amtsrådsforeningen en "Koordinationsgruppe for individbaseret patientregistrering" med følgende kommissorium:

Med henblik på at den individbaserede patientregistrering kan blive et så nyttigt instrument som muligt for sygehusplanlægningen på alle niveauer og for den medicinske forskning, skal gruppen have til 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 omfanget 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 patientregistreringernes 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.

Koordinationsgruppen blev sammensat af repræsentanter for patientregistreringssystemerne (Århusystemet, Fynssystemet, M 70 og Psykiatrisk registrering i Risskov) samt Amtsrådsforeningen, Rigshospitalet og sundhedsstyrelsen.

I foråret 1975 nedsatte Koordinationsgruppen en arbejdsgruppe, der fik til opgave at stille forslag om:

1. Et fælles minimalt indhold ved basisregistreringen af stationære sygehuspatienter.
2. Ensartet lay-out for de magnetbånd, der skal benyttes ved indberetning af den individbaserede patientregistrerings hovedregistre til sundhedsstyrelsen og ved fællesprojekter omfattende flere sygehuskommuner tilsluttet forskellige systemer.
3. Ensartet fejlsøgningsprocedurer for at sikre, at de registrerede oplysninger også er i overensstemmelse med det fastlagte fællesindhold.

Arbejdsgruppen fik følgende sammensætning:

Overlæge, dr.med. Mogens Jørgensen, Københavns amts sygehusvæsen.
 Konsulent Ib Larsen, I/S Kommunedata.
 Statistiker Jørgen Nyboe, Rigshospitalet.
 Afdelingschef Martin Pedersen, Fynssystemet.
 Kontorchef Svend Sørensen, sundhedsstyrelsen.

Det nedenfor beskrevne forslag til fællesindhold er tiltrådt af arbejdsgruppens medlemmer med undtagelse af Jørgen Nyboe, som har afgivet en mindretalsudtalelse, jfr. side 11

Afdelingsleder Erik Hansen, Amtsrådsforeningen i Danmark, er holdt løbende underrettet om arbejdet.

Konsulent Lars Glenbo, I/S Datacentralen, har fungeret som gruppens sekretær.

Sundhedsstyrelsen, januar 1976.

Svend Sørensen

Udvikling.

I forbindelse med nedsættelsen af Koordinationsgruppen for individbaseret patientregistrering blev der udarbejdet en rapport i januar 1972 med en sammenligning af indholdet af patientregistreringssystemerne M 70, Fyns-systemet, det daværende Vejlesystem og Århus-systemet. Det fremgår af rapporten, at der er endog en meget høj grad af overensstemmelse imellem de 4 systemer. Den eneste uoverensstemmelse af nogen betydning er, at Århus-systemet ikke henfører operationer til den diagnose, der er opereret for, hvad de 3 øvrige systemer gør.

På den baggrund besluttede Koordinationsgruppen, at den endelige fastlæggelse af det fælles minimale indhold af patientregistreringen for stationære patienter skulle vente, indtil man fik udarbejdet definitioner af de begreber, som indgår i sygestatistikken, idet man anså definitionerne som en forudsætning for at fastholde en reel overensstemmelse imellem indholdet af patientregistreringssystemerne på længere sigt. Herved ville der ikke alene blive skabt et fælles grundlag for registreringen af stationære sygehuspatienter, men også for den påtænkte udvidelse af basisregistreringen med ambulant sygehusvirksomhed og for specialregistreringerne.

Koordinationsgruppen nedsatte derfor i 1973 en arbejdsgruppe, der i foråret 1975 afsluttede en rapport vedrørende definitioner af visse begreber indenfor sygehussektoren. Rapporten udsendes i efteråret 1975.

Som en naturlig fortsættelse af arbejdet med definitioner nedsatte Koordinationsgruppen i foråret 1975 en arbejdsgruppe, der skulle endeligt fastlægge et fællesindhold for den individbaserede patientregistrering for stationære patienter. Nedsættelsen af arbejdsgruppen blev fremskynnet af sundhedsstyrelsen, som har planer om at indhente den individbaserede patientregistrerings hovedregistre først og fremmest til brug for planlægningsrelevante undersøgelser, men også til brug for besvarelse af regeringsforespørgsler og som grundlag for den løbende medicinal-statistik.

Opgaveafgrænsning.

Arbejdsgruppens opgave er indskrænket til en fastlæggelse af indholdskravene til registreringen af stationære patienter, idet indholdskravene til registrering af sygehusenes ambulatorievirksomhed er foreløbig fastlagt i rapport nr. 1 fra Koordinationsgruppen. Rapporten vil heller ikke omfatte indholdskravene til specialregistreringerne, hvorom der for øvrigt i efteråret 1975 er udsendt en rapport om registrering af røntgenundersøgelser.

Det er blevet overvejet om rapporten skulle fastlægge indholdskravene til alle registreringssystemerne vedrørende stationære patienter, eller om man yderligere skulle begrænse opgaven til kun at omfatte registrerings-systemerne på somatiske sygehusafdelinger og dermed undtage psykiatrisk registrering på demografisk institut i Århus. En koordination af den psykiatriske registrering og registreringen på somatiske sygehusafdelinger frembyder en række vanskeligheder på grund af de særlige oplysninger, som det er af betydning at få registreret om psykiatriske patienter. Hertil kommer, at behovet for en koordination er mindre, fordi den psykiatriske registrering er landsdækkende. Derfor har Koordinationsgruppen besluttet at udsætte en samordning imellem disse to hovedområder. Rapporten vil således kun behandle registreringssystemerne for stationære patienter, der er beregnet til at skulle fungere på somatiske sygehusafdelinger.

Fællesindhold.

Ved fastlæggelsen af det fælles indhold af den individbaserede patientregistrering for stationære patienter har arbejdsgruppen taget sit udgangspunkt i det eksisterende fællesindhold. På grund af udviklingen har det imidlertid været nødvendigt at foreslå enkelte tilføjelser og ændringer.

Det vil således være hensigtsmæssigt at udvide registreringen, der hidtil alene har omfattet indlagte patienter til også at omfatte alle former for stationære patienter, dvs. foruden heldøgnspatienter også dagpatienter og natpatienter.

Som følge af de senere års ændringer i plejehjemmenes status kan der ikke længere sondres imellem "syge-/plejehjem" og "alderdomshjem". Denne specifikation opgives og erstattes med "alderdoms- og plejehjem". Pensionistboliger og beskyttede boliger skal ikke betragtes som "alderdoms- og plejehjem".

På grundlag af rapporten om registrering af sygehusenes ambulatorie-virksomhed foreslås det, at "indkaldt via koordineret forundersøgelse" specificeres under indlæggelsesmåder.

Arbejdsgruppen anser en kobling imellem operation og diagnose for vigtig og vil derfor anbefale, at en sådan kobling finder sted. Såfremt andre behandlinger registreres, bør disse på tilsvarende måde kobles til diagnosen.

En udførlig beskrivelse af fællesindholdet fremgår af bilagene vedrørende de filindhold og databeskrivelse, hvoraft databeskrivelsen indeholder angivelser af, hvilke klassifikationer, der skal benyttes.

Det i filindhold og databeskrivelse anførte fællesindhold er obligatorisk for alle registreringssystemer på almindelige sygehuse. De eneste undtagelser herfra er følgende fakultative oplysninger:

1. Henvisningsdato.
2. Senere institutionel behandling, der er planlagt ved udskrivningen.
3. Opererende afdeling.

I øvrigt må fællesindholdet betragtes som et minimalkrav, idet det overlades til de enkelte systemer at afgøre, om registreringen skal være mere omfattende.

Foruden fællesindhold er der udarbejdet forslag til fælles lay-out for et magnetbånd, der kan anvendes af sundhedsstyrelsen ved indhentning af den individbaserede patientregistrerings hovedregistre og ved fællesprojekter omfattende flere sygehuskommuner eller afdelinger, der er tilsluttet forskellige systemer, jfr. bilag om individstruktur.

Til dette bilag skal bemærkes, at oplysning om hoveddiagnose og E-diagnose ikke medtages på den faste del af magnetbåndet, men alene anføres på den variable del.

Fejlsøgning.

Med henblik på at sikre at det fastlagte fællesindhold kan benyttes ved fællesprojekter foreslår arbejdsgruppen en ensartet fejlsøgningsprocedure, jfr. bilaget herom.

Den foreslåede fejlsøgning omfatter dels en kontrol af, om de registrerede oplysninger opfylder de krav, der er fastlagt i databeskrivelsen, dels en kontrol af, om sammenhængen imellem de forskellige registrerede oplysninger er logisk og rimelig.

Mindretalsudtalelse.

Jørgen Nyboe, Rigshospitalet, har afgivet følgende indstilling:

Arbejdsgruppens væsentligste opgave var at anbefale omfanget og formen af oplysninger, der skal registreres på alle landets hospitaler for alle indlagte patienter med det formål at kunne indsamle statistiske oplysninger for hele landet.

Når man skal forsøge at afgøre, hvorvidt en vis type data skal registreres eller ej, er det vanskeligt at finde noget andet bedømmelsesgrundlag end dette: Er nytten af de statistiske oplysninger, som kan udtrækkes fra disse større end udgifterne forbundet med at indsamle dem? Som et led i denne bedømmelse er det naturligvis nødvendigt at vide, hvad oplysningerne skal bruges til. En økonomisk vurdering kan ikke foretages, medmindre man har en klar opfattelse af, hvorledes oplysningerne skal anvendes. I denne forbindelse er det ikke tilstrækkeligt at vide, hvilke tabeller man vil lave, og hvordan man vil indrette dem; det må kræves, at oplysningerne i disse tabeller skal danne grundlag for beslutning vedrørende en eller anden handling.

Et ønskeligt grundlag for arbejdsgruppens arbejde ville derfor have været en fortegnelse over nogle klart formulerede problemer, som sundhedsstyrelsen ønsker belyst, og som der kan gøres noget ved.

Et sådant materiale har arbejdsgruppen ikke haft til disposition. Den er blevet informeret om, at der er et behov for flere oplysninger, f.eks. at "regeringsforespørgsler og udvalgsarbejde må antages at rejse et stigende behov for at kunne trække på den individbaserede patientregistrering i tiden fremover". Det er imidlertid klart, at man ikke kan planlægge et registreringssystem ud fra hensyn til eventuelle forespørgsler, hvis indhold og karakter man ikke kender.

Da det ikke har været muligt at få klarhed over, hvordan patientoplysningerne skal benyttes, forekommer det fremlagte forslag noget tilfældigt; arbejdsgruppen har ikke begrundet valget af de oplysninger, der skal registreres, man har i udstrakt grad støttet sig på allerede eksisterende systemer, særligt M-70 systemet.

Eftersom nutidens problemer ikke er klart formulerede, og da der altid vil opstå nye problemer i fremtiden, er arbejdsgruppens forslag, hvorefter man konstant registrerer en stor mængde data om alle indlagte patienter på alle hospitaler, næppe hensigtsmæssigt. Det foreslås, at man i stedet løser problemerne efterhånden, som de opstår ved hjælp af ad hoc undersøgelser.

I så fald kunne man formentlig reducere den faste registrering til et minimum, måske 4-5 oplysninger pr. patient f.eks. 1) alder 2) køn 3) indlæggelsesdato 4) afdeling 5) udskrivningsdato. Denne registrering ville i så fald kunne tjene som ramme for ad hoc undersøgelser baserede på stikprøver af patienter.

Under henvisning til ovenstående, mener mindretallet ikke at kunne tilslutte sig det stillede forslag.

Bilag

Opgavenr	Udgivelses- eller rettellesdato	Udgave		Sidenr
	17. december 1975	2		1
Filnavn	Master			Filnr
Individnavn				1
				Individnr
				Individstørrelse (min./max. antal bytes)
				59/1280
Bemærkninger				
FAST DEL				

SK: Sorteringskriterium

R : Repræsentation (B = Binær, H = Hexadecimal, P = Pakket, A = Alfamerisk, F = Flydende komma)

K : Konstant

Ved binære konstanter tilføjes H eller D til repræsentationen afhængig af om konstanten er angivet hexadecimalt eller decimalt (BH, BD)

R	1	5	9	13	17	21	25	29	33	37	
K											
	SGH	AFD	PAT TYPE	CPRNR		INDLÅG DIO		IND- LÅG- TIME	CIVIL	KOMNR	HEMVIS DATO
SK											

R	41	45	49	53	57	61	65	69	73	77
K										
	INDLÅG TFR	UDLYKKE	UDSKRIV DATO	UDSKRIV TIL	ANDEN STÅT BEH	DØD	UDSKR TIL SGH	SGH	AFD	
SK										

R	81	85	89	93	97	101	105	109	113	117
K										
				ANTAL DIAG	IDENT SY- STEM	VERS	VARIABEL DEL			
SK										

R	121	125	129	133	137	141	145	149	153	157
K										
SK										

Opgavenr	Udgivelses- eller rettelsesdato 7.maj 1975	Udgave	Sidenr 2
Filnavn MASTER		Filnr 1	
Individnavn		Individnr	
		Individstørrelse (min./max. antal bytes)	
Bemærkninger VARIABEL DEL kan forekomme fra 1 til 20 gange			

SK: Sorteringskriterium

R : Repræsentation (B = Binær, H = Hexadecimal, P = Pakket, A = Alfamerisk, F = Flydende komma)

K : Konstant

Ved binære konstanter tilføjes H eller D til repræsentationen afhængig af om konstanten er angivet hexadecimalt eller decimalt (BH, BD)

R	1	5	9	13	17	21	25	29	33	37	
K											
	DIAGNOSE		MOD	OPRAFD		AFD	OPR	KOMB	OPR	KOMB	OPR
SK											
R	41	45	49	53	57	61	65	69	73	77	
K											
	KOMB	OPR	KOMB	OPR	KOMB						
SK											
R	81	85	89	93	97	101	105	109	113	117	
K											
SK											
R	121	125	129	133	137	141	145	149	153	157	
K											
SK											

Opgavenr	Udgivelses- eller rettelssesdato 17 december 1975	Udgeve 2	Sidenr 1
Filnavn Master		Filnr	
Leverandører (evt. hrut/rut hvori filen dannes)		Filens art (sæt x)	
Modtagere (evt. hrut/rut hvori filen benyttes)		1. fra edb til bruger	
Medium MAGNETBÅND		2. fra edb til omverdenen	
Organisation (for registre) SEQ		3. fra bruger til edb	
Henvi sning til back-up fil		4. fra bruger til omverdenen	
Antal individer/sider i alt		5. fra omverdenen til edb	
Leveringstidspunkt/svartid/tilgangstid		6. fra omverdenen til bruger	
Bemærkninger FAST DEL		7. edb-register	
		8. brugerregister	
		9. intern edb-fil	
		10. intern bruger-fil	

INDHOLD: ☐ individer eller ☒ data i filen (sæt x)

SK	Navn (individnavn, datanavn)	NR	Bemærkninger (evt. længde og udseende)
1	SGH		9999
2	blank		X
3	AFD		999
4	blank		XX
5	PATTYPE		9
6	3 CPRNR		9 (10)
7	4 INDLÆGDTO		9 (6)
8	INDLÆGTIME		99
9	CIVIL		9
10	blank		X
11	KOMNR		999
12	blank		X
13	HENVISDATO		9 (6)
14	INDLAGT FRA		9
15	INDLÆGMÅDE		9
16	ULYKKE blank		9 X
17	UDSKRIVDATO		9 (6)
18	UDSKREVITIL		9

SK: Sorteringskriterium

Opgavenr	Udgivelses- eller rettelisesdato	Udgave	Sidenr
	17. december 1975	2	
Filnavn			FiInr
MASTER			
Leverandører (evt. hrut/rut hvori filen dannes)			Filens art (sæt x)
			☐ 1. fra edb til bruger
Modtagere (evt. hrut/rut hvori filen benyttes)			☐ 2. fra edb til omverdenen
Medium	Frekvens (anvendelse, levering)		☐ 3. fra bruger til edb
Organisation (for registre)	Opdateringsfrekvens (for registre)		☐ 4. fra bruger til omverdenen
Henvi sning til back-up fil	Filens størrelse (min./max. antal tegn)		☐ 5. fra omverdenen til edb
Antal individer/sider i alt	Antal eks.		☐ 6. fra omverdenen til bruger
Leveringstidspunkt/svartid/tilgangstid			☒ 7. edb-register
Bemærkninger			☐ 8. brugerregister
FAST DEL			☐ 9. intern edb-fil
			☐ 10. intern bruger-fil

INDHOLD: ☐ individer eller ☒ data i filen (sæt x)

SK	Navn (individnavn, datanavn)	NR	Bemærkninger (evt. længde og udseende)
1	SENSTATBEH		9
2	ANDEN EFTB		9
3	DØD		9
4	blank		XX
5	UDSKRTIL SGH		9999 999
6	blank		X (29)
7	ANTALDIAG		99
8	IDENT		9 (4)
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

DC 1124 PL 3-72

SK: Sorteringskriterium

Opgavenr	Udgivelses- eller rettellesdato 7.maj 1975	Udgave 1	Sidenr
Filnavn Master			Filnr
Leverandører (evt. hrut/rut hvori filen dannes)			Filens art (sæt x) ☐ 1. fra edb til bruger
Modtagere (evt. hrut/rut hvori filen benyttes)			☐ 2. fra edb til omverdenen
Medium	Frekvens (anvendelse, levering)		☐ 3. fra bruger til edb
Organisation (for registre)	Opdateringsfrekvens (for registre)		☐ 4. fra bruger til omverdenen
Henvisning til back-up fil	Filens størrelse (min./max. antal tegn)		☐ 5. fra omverdenen til edb
Antal individer/sider i alt		Antal eks.	☐ 6. fra omverdenen til bruger
Leveringstidspunkt/svartid/tilgangstid			☒ 7. edb-register
Bemærkninger VARIABLE DEL			☐ 8. brugerregister
			☐ 9. intern edb-fil
			☐ 10. intern bruger-fil

INDHOLD: ☐ individer eller ☐ data i filen (sæt x)

SK	Navn (individnavn, datanavn)	NR	Bemærkninger (evt. længde og udseende)
1	DIAGNOSE		X9999X
2	MOD		9
3	OPRAFD		9999 999
4	blank		XX
5	OPR		9999
6	blank		XX
7	KOMB		X
8	OPR		9999
9	blank		XX
10	KOMB		X
11	OPR		9999
12	blank		XX
13	KOMB		X
14	OPR		9999
15	blank		XX
16	KOMB		X
17	OPR		9999
18	blank		XX

DC 1124 PL 3-72

SK: Sorteringskriterium

Opgavenr		Udgivelses- eller rettellesdato 7. maj 1975	Udgave 1	Sidenr
Filnavn Master			Filnr	
Leverandør (evt. hrut/rut hvori filen dannes)			Filers art (sæt x) ☐ 1. fra edb til bruger	
Modtagere (evt. hrut/rut hvori filen benyttes)			☐ 2. fra edb til omverdenen	
Medium	Frekvens (anvendelse, levering)		☐ 3. fra bruger til edb	
Organisation (for registre)	Opdateringsfrekvens (for registre)		☐ 4. fra bruger til omverdenen	
Henvi sning til back-up fil	Filers størrelse (min./max. antal tegn)		☐ 5. fra omverdenen til edb	
Antal individer/sider i alt		Antal eks.	☐ 6. fra omverdenen til bruger	
Leveringstidspunkt/sværtid/tilgangstid			☒ 7. edb-register	
Bemærkninger VARIABLE DEL			☐ 8. brugerregister	
			☐ 9. intern edb-fil	
			☐ 10. intern bruger-fil	

INDHOLD: ☐ individer eller ☐ data i filen (sæt x)

SK	Navn (individnavn, datanavn)	NR	Bemærkninger (evt. længde og udseende)
1	KOMB		X
2	OPR		9999
3	blank		XX
4	KOMB		X
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

DC 1124 PL 3-72

SK: Sorteringskriterium

DC 1017 PL 2-72

[illegible]

DC 1017 PL 2-72

Dataopbygning (1 pos. = 1 tegn)

Opgavenr	Udgivelses- eller rettelsesdato	Udgave		
	17. december 1975	2		
Datanavn	Indlagt fra		Fortegn	Maxtegn
Definition				1
Dataforkortelse				
INDLAGTFRA				
Indlæggelsen af en indlæggelsesordren udføres. Det sted patienten er indlagt fra.				
Værdimængde 0 = hjemmet 1 = anden afdeling 2 = andet sygehus 3 = alderdoms- og plejehjem 5 = skadestue 6 = andet 8 = herfødt 9 = uoplyst				
Bemærkninger				
Datoopbygning (1 pos. = 1 tegn)				

DC 1017 PL 2-72

DC 1017 PL 2-72

Opgavenr	Udskrivelses- eller rettelsesdato	Udgave		
	17. december 1975	2		
Datanavn	Fortegn	Maxtegn	Dataforkortelse	
Udskrevet til		1	UDSKREV TIL	
Definition				
Angivelse af det sted patienten udskrives til				
Værdimængde				
0 = hjemmet				
1 = anden afd.				
2 = andet sygehus				
3 = alderdoms- og plejehjem				
5 = rekreativshjem				
6 = andet				
8 = død				
9 = uoplyst				
Bemærkninger				
Dataopbygning (1 pos. = 1 tegn)				

DC 1017 PL 2-72

DC 1017 PL 2-72

[illegible]

DC 1017 PL 2-72

DC 1017 PL 2-72

DC 1017 PL 2-72

DC 1017 PL 2-72

DC 1017 PL 2-72

[illegible]

Opgavenr	Udgivelses- eller rettelsesdato	Udgave	Sidenr
	17. december 1975	2	1
Emne			
Fejlsøgning af MASTER			
Nøgleord/noteringer			
	<u>FEJLSØGNING: GENERELT</u> Alle felterne fejlsøges iflg. databeskrivelserne for formelle fejl.		
CIVIL	<u>FEJLSØGNING:RELATION MELLEM FELTER</u> Hvis personens alder < 15 år skal CIVIL være = 0. Hvis CIVIL = 1, 2, 3, 4 eller 9 skal personens alder være ≥ 15 år.		
INDLAGTFRA/ INDLÆGMÅDE	Hvis INFRA = 5 så skal INDLÆGMÅDE være = 0. Hvis INFRA = 8 så skal INDLÆGMÅDE være = 8 og omvendt.		
ULYKKE/EDIAGNOSE	Hvis ULYKKE = 0 <u>kan</u> der være en E-diagnose i DIAG. Hvis ULYKKE $\neq 0$ <u>skal</u> der være mindst 1 E-diagnose i DIAG og mindst en DIAG ≥ 800.00.		
UDSKREV TIL/ UDSKRTILSGH	Hvis UDSKREVTIL = 1 skal UDSKRTILSGH være udfyldt i overensstemmelse med databeskrivelsen og SGH i UDSKRTILSGH skal være lig SGH og AFD i UDSKRTILSGH $\neq$ AFD. Hvis UDSKREVTIL = 2 skal UDSKRTILSGH være udfyldt iflg. databeskrivelserne og SGH i UDSKRTILSGH være $\neq$ fra SGH.		

Opgavenr	Udgivelses- eller rettelisesdato	Udgave	Sidenr
	17. december 1975	2	2
Emne			
Fejlsøgning MASTER.			
Nøgleord/noteringer			
	Hvis UDSKREVTIL = 0, 3, 5, 6, 8 eller 9 skal UDSKRTILSGH være = blank.		
DØD/UDSKREVTIL/ SENSTATBEH/ UDSKRTILSGH/ ANDENEFTB.	Hvis DØD = 0 skal UDSKREVTIL være = 0, 1, 2, 3, 5, 6 eller 9 og SENSTATBEH være = 0, 1, 2, 3, 5, 6, 7 eller 9 og ANDENEFTB være = 0, 1, 2, 3, 6, 7, eller 9.		
	Hvis DØD = 1, 2 eller 3 skal UDSKREVTIL være = 8, SENSTATBEH = 8, ANDENEFTB = 8 og UDSKRTILSGH = blank.		
EDIAGNOSE/ ANDRE DIAGNOSER	Hvis der forekommer en E-DIAGNOSE, skal der være mindst en DIAG ≥ 800.00 og omvendt.		