

Forord til version 3.1

”Indberetningsvejledning til Landspatientregisteret” version 3.1 gældende fra juli 2023 erstatter version 3.0 fra januar 2023 som den formelle beskrivelse af de gældende indberetningskrav og vejledning til indberetningen til Landspatientregisteret (LPR).

Indholdet i denne vejledning i form af principper, definitioner, beskrivelser og regler mm. dækker LPR-indberetningen fra alle parter i sundhedsvæsenet, der er forpligtet til at indberette til LPR. Version 3.1 (juli 2023) er opdateret med enkelte justeringer på basis af dialog, beslutninger og kommentering, der har været i samarbejdet med regionerne og de private sygehuse.

De væsentligste ændringer er i oversigtsform:

- Kap. 11 Graviditet, fødsel og barsel
Flere nye intervaller for udfaldsrum til resultater for moders højde, barnets hovedomfang, fødselslængde m.m. er tilføjet.
Ordlyd til misdannelses oplysninger justeret iht. SKS-opdatering 1.7.2023
- Kap. 12. Aborter
Afsnit vedr. tolkning af bekendtgørelse om svangerskabsafbrydelse og fosterresuktion, er redigeret.
En beskrivelse af de områder af Sundhedsloven, som er i anvendelse ved aborter, er tilføjet.

Der findes et **LOG**-dokument over ændringer og justeringer med kommentarer på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside under ”Landspatientregisteret”:

<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-patientregistrering/indberetning-lpr3>

Der er herudover ingen principielle eller modelmæssige ændringer. Der er nogle steder, som følge af indkomne kommentarer og den fortsatte dialog for at sikre præcision og forståelighed, foretaget justeringer og opstramninger af vejledningens tekster.

På baggrund af dialog og brugerspørgsmål skal det som tidligere understreges, at denne vejledning beskriver indberetningen, ikke de lokale *registreringer*, der i forhold til de her beskrevne (logiske) indberetningskrav kan have forskellige systemmæssige udformninger og brugergrænseflader.

Når der alligevel i nogle tilfælde er illustreret principper og eksempler med konkrete data, skal det derfor *ikke* ses som et eksempel på en konkret brugergrænseflade, men snarere som netop *eksempler*, med formålet at vise principperne i kravene. Disse vil dog selvfølgelig også ofte række ud til brugeren og registreringen i det lokale system, hvor der desuden også kan være yderligere lokale krav til dokumentationen.

Indberetningsvejledningen indgår i den samlede indberetningsdokumentation for indberetning til LPR, der kan findes på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside under ”Landspatientregisteret”. Dette omfatter en række teknisk orienterede bilag med definitioner, regler, resultatindberetningsspecifikationer, LOG over ændringerne til vers. 3.1 og en klassifikationspakke med dokumentation af kodelister.

Indberetningsvejledningen vil være et dynamisk dokument med primært årlige opdateringer og evt. yderligere opdateringer efter behov og aftale i Udvalg for Datakvalitet og Indberetning (UDI).

Sundhedsdatastyrelsen vil fortsætte dialogen med regionerne, RKKP, Sundhed Danmark og de kliniske specialer om mulighederne for LPR-baseret dataindsamling til kliniske databaser og andre relevante formål med henblik på potentielt at reducere dobbeltregistreringer og understøtte og sikre rationel og formålsafgrænset datafødsel, datakvalitet, datafangst og anvendelse af LPR-sundhedsdata i forlængelse af lovgivningen og de nationale strategier for sundhed og sundhedsdata.

Udgiver, ansvarlig institution og copyright	Sundhedsdatastyrelsen / www.sundhedsdata.dk
Version	3.1
Versionsdato	06.07.2023 (pdf)
Titel	Indberetningsvejledning til Landspatientregisteret

Målgruppen

Målgruppen for denne publikation er primært system- og registrerings- og indberetningsansvarlige personer i regioner og på private hospitaler. Vejledningen henvender sig i mindre grad til slutbrugeren, selvom der selvfølgelig i nogen grad også er elementer, der adresserer relativ system- og brugernær registrering.

Det anbefales, at man lokalt udarbejder **system rettede registreringsvejledninger** baseret på viden om de lokale hospitalsinformationssystemer og brugergrænseflader og de krav til registrering, der lokalt skal opfylde både lokale og nationale krav til dokumentation af det kliniske arbejde, herunder indberetningen til LPR.

Vedrørende SKS og "kodelister"

I det nye LPR (LPR3), i denne publikation blot betegnet "LPR", er der i højere grad end tidligere lagt begrænsninger på anvendelsen af SKS-koder i indberetningen.

Det er således kun **SKS-koder, der er indekseret til kodelister**, der kan indberettes. Det er bestræbt, at alle relevante "koder" kan indberettes under hensyntagen til LPR-modellen.

Der er oprettet kodelister for alle SKS-kodede elementer i indberetningen fx for diagnosekode, procedurekode og forløbsmarkører, for andre klassificerede dataelementer inden for klasserne fx sideangivelse og henvisningsmåde, samt for klassificerede resultater i resultatindberetningerne fx gestationsalder (fødsels- og abortindberetninger), misdannelsesoplysning (abort) og samrådstilladelse (provokeret abort).

Der er således som følge af overgangen til det nye LPR en række SKS-koder, der ikke længere anvendes i indberetningen først og fremmest, fordi disse "koder" håndteres på en anden måde i den nuværende LPR-model. En anden gruppe udgøres af koder på overskriftsniveau, der ikke giver mening i indberetningen.

Der er lukket enkelte kodeafsnit i SKS i forbindelse med overgangen, men i udgangspunktet er SKS for det meste uændret. Regionerne og Sundhed Danmark er orienteret om alle ændringer.

Bemærk

Ovenstående er ikke er det samme som, at de øvrige ikke-indekserede SKS-koder ikke kan være anvendt regionalt og lokalt, fx fordi den *lokale registreringsmodel* følger andre principper, hvorefter LPR-indberetningen sikres "bag om brugeren".

- Kontakt den lokale registreringsansvarlige ved tvivl om, hvad der anvendes hvor og hvordan

Spørgsmål, kommentarer og forslag til denne vejledning (v. 3.1) kan sendes til:

patientregistrering@sundhedsdata.dk

INDHOLDSFORTEGNELSE

1	INDLEDNING	15
1.1	Begrebsmodel	17
1.2	Formål med indberetning til Landspatientregistret	18
1.3	Grundlag for indberetning til Landspatientregisteret	19
1.4	Specialer og faggrupper	19
1.5	Enheder, der indberetter	20
1.6	Raske forsøgspersoner, forskningspatienter og procedurer betalt af forskningsmidler	20
1.7	Ændringer og fornyelser i Landspatientregisteret til "LPR ₃ "	20
1.7.1	Erstatning af tillægskodning	20
1.8	Opbygning af indberetningsvejledningen	21
1.9	Om "SKS-koder" og kodelister	21
1.10	Begrebsanvendelse	22
2	DEN LOGISKE DATAMODEL	23
2.1	Anvendte generelle og logiske termer og definitioner	25
3	ADMINISTRATIVE OPLYSNINGER	29
3.1	Anvendte termer og definitioner – administrative oplysninger	31
3.2	Ansvarsniveauer	32
3.2.1	Forløbsansvar	33
3.2.2	Kontaktansvar	33
3.2.3	Procedureansvar	33
3.2.4	Opholdsadresse	34
3.3	Patientoplysninger	34
3.3.1	Patienten (patientidentifikation)	34
3.3.1.1	Ændring af patientens ID	35
3.3.1.1.1	Ved brug af erstatningsnummer inden endelig identifikation eller inden oprettelse af officielt CPR-nummer	35
3.3.1.1.2	Ved patientens skift af officielt CPR-nummer til nyt CPR-nummer, fx ved juridisk kønsskifte	35
3.3.2	Bopælsoplysninger	36
3.4	Indgreb over for somatiske inhabile patienter	36
3.4.1	Anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer (tvangsforanstaltning)	37
3.4.2	Tilbageholdelse og tilbageførsel af inhabil patient	37
4	FORLØB	39
4.1	Beskrivelse – Forløbselementet	40
4.1.1	Anvendte termer og definitioner – forløb og forløbselementet	42
4.1.2	Oprettelse af forløbselement	44
4.1.2.1	Tilknytning af kontakter til forløb	46
4.1.2.2	Forløbets forløbsmarkører	46
4.1.2.3	Skift af forløbsansvar	47
4.1.3	Håndtering af sammenhæng mellem forløbselementer	48
4.1.3.1	Henvielse fra eksisterende forløb – henviende part	48
4.1.3.2	Henvielse til forløb – modtagende part	48
4.1.4	Afslutning af forløb	49
4.1.5	Dataindholdet i forløbselementet	49
4.1.5.1	Objekt-ID for Forløbselement	49
4.1.5.2	Logisk kobling mellem forløbselementer	50

4.1.5.3	Ansvarlig enhed – forløbsansvar	50
4.1.5.4	Starttidspunkt for forløbselement	51
4.1.5.5	Afslutningstidspunkt for forløbselement	52
4.1.5.6	Afslutningsmåde for forløbselement	52
4.1.6	Reference-ID (refID) og referencetype (reftype)	52
4.1.6.1	Referencetype	53
4.1.6.2	Reference mellem forløbselementer, når patienten skifter officielt CPR-nummer	54
4.1.7	Forløbslabel	54
4.1.7.1	Indberetning af forløbslabel	54
4.1.7.1.1	Fortsat helbredsforløb – nu med andet sygdomstema ...	55
4.1.7.2	Klassificering af forløbslabels	55
4.1.7.3	Kvalificering af forløbslabel	55
4.2	Henvisningsoplysninger knyttet til forløbselement	57
4.2.1	Anvendte termer og definitioner – henvisningsoplysninger	57
4.2.2	Dataindholdet i henvisningsoplysningerne	58
4.2.2.1	Henvisningstidspunkt	58
4.2.2.2	Henvisningsmåde	58
4.2.2.3	Henvisende instans (frivillig)	59
4.2.2.4	Henvisningsårsag (frivillig)	59
4.2.2.5	Frit valg	59
4.3	Forløbsmarkører	60
4.3.1	Typer af forløbsmarkører	60
4.3.1.1	Forløbsmarkører, der afgrænser perioder	61
4.3.2	Anvendte termer og definitioner – forløbsmarkører	62
4.3.3	Indberetning af forløbsmarkør	64
4.3.3.1	Validering af forløbsmarkør på indberettet forløbselement	64
4.3.4	Anvendte generelle og specialiserede forløbsmarkører	65
4.3.4.1	Forløbsmarkører [forloeb.markoer]	65
4.3.4.1.1	Tidligt hjemmeophold (THO-periode)	73
4.3.4.1.2	Færdigbehandlet indlagt patient	73
4.3.4.1.3	Genoptræningsperioder	73
4.3.5	Forløbsspor, flow-diagrammer og indgange til forløb	73
4.3.5.1	Andre forløb – startmarkører for forløb uden yderligere markører	74
4.3.6	Særlige scenarier i forbindelse med henvisningsperioden	75
4.3.6.1	Afvisning af henvisning	75
4.3.6.2	Omvisitering i henvisningsperioden	75
4.3.6.2.1	Omvisitering i passivperiode	75
4.3.6.3	Henvisningsperiode afbrudt inden første fremmøde (til udredning/behandling)	76
4.3.6.4	Patient henvist til planlagt forløb, der starter akut "før tid"	76
4.3.7	Ventetidsoplysninger	77
4.3.7.1	Passivperioder	78
4.3.7.2	Manglende oplysninger (frivillig)	79
4.3.8	Ventetid til udredning, udredningsperiode og Udredningsretten	79
4.3.8.1	Ventetid til udredning	79
4.3.8.2	Viderehenvisning under udredning (før endelig udredt)	79
4.3.8.3	Udlevering af udredningsplan	80
4.3.8.4	Afslutning af udredning – "endeligt udredt"	80
4.3.8.4.1	Afslutning af udredning "før tid"	80
4.3.9	Ventetid til behandling	80
4.3.9.1	Maksimale ventetider	81
4.3.9.1.1	'Samtykke til behandling' (maksimale ventetider) (frivillig)	81
4.3.9.1.2	'Samtykke til onkologisk efterbehandling' (maksimale ventetider) (frivillig)	81

4.3.10	Patienter i nationale screeningsprogrammer	82
4.3.10.1	Kolorektal kræftscreening	82
4.3.10.1.1	Ingen kliniske fund ved screeningsprocedure (forløbet afsluttes)	82
4.3.10.1.2	Fund af kræft eller mistanke om kræft ved screeningsprocedure	83
4.3.10.1.3	Andet klinisk fund ved screeningsprocedure	83
4.3.10.2	Brystkræftscreening	83
4.3.10.2.1	Ingen kliniske fund ved screeningsprocedure (forløbet afsluttes)	84
4.3.10.2.2	Fund af kræft eller begrundet mistanke om kræft ved screeningsprocedure	84
4.3.10.2.3	Andet klinisk fund ved screeningsprocedure	84
4.3.11	Forløbsmarkører for somatiske pakkeforløb	85
4.3.11.1	Udlevering af opfølgningsplan	85
4.3.12	Udførelse af specialiseret genoptræning og specialiseret rehabilitering	85
4.3.13	Færdigbehandlet indlagt patient	86
4.3.13.1	Overflytning af færdigbehandlet patient	86
4.3.13.2	Tilbagefald	86
4.3.14	Forløbsmarkører i psykiatrien	87
4.3.15	Tidligt hjemmeophold for nyfødte (THO-periode)	87
4.4	Patientorlov og andet fravær	87
4.5	Regler for sammenhænge (tid, indbyrdes indhold, og i forhold til specifikke forløb)	87
4.6	Resultatindberetning knyttet til Forløbselement	87

5 PATIENTKONTAKTER 89

5.1	Enheder, der indberetter til LPR	90
5.2	Sundhedspersoner	91
5.3	Akutte patientkontakter	91
5.3.1	Kobling af forløb	91
5.3.2	Afslutning af "akut forløb"	92
5.3.3	Akut startet forløb, der fortsætter efter første kontakt	92
5.4	Psykiatriske patientkontakter	92
5.5	Indberetning i forbindelse med død	93
5.5.1	Patienter, der dør på sygehus under igangværende patientkontakt	93
5.5.1.1	Diagnoseregistrering ved hjernedød	93
5.5.2	Indbragte afdøde, hvor døden er konstateret inden kontaktstart	94
5.5.3	Indbragt borger uden livstegn, der ikke er konstateret død inden kontaktstart	94
5.5.4	Livstegn efter genoplivning	94
5.6	Beskrivelse – Kontakten	95
5.6.1	Anvendte termer og definitioner – kontakter	95
5.6.2	Patientkontakten	98
5.6.2.1	Kontaktansvar	99
5.6.2.2	"Flere besøg samme dag"	99
5.6.3	Kontakttyper	99
5.6.3.1	Fysisk fremmøde	100
5.6.3.1.1	Samtidige fremmøder	101
5.6.3.1.2	Besøg på anden enhed i andet forløb under indlæggelseskontakt	101
5.6.3.1.3	Overflytning med sundhedsperson-ledsaget transport	101
5.6.3.1.4	Præhospital (frivillig)	102
5.6.3.2	Udekontakt	102
5.6.3.2.1	Hjemmefødsel	102
5.6.3.3	Virtuel kontakt	102
5.6.3.4	Kontakttype 'Død'	103
5.6.3.4.1	Aktionsdiagnose for "døde-kontakt"	103
5.6.3.4.2	Ydelser, der obligatorisk skal indberettes på "døde-kontakt"	103

5.6.3.4.3	Ydelser til pårørende	103
5.6.3.5	"Diagnoseindberetning" (uden patientkontakt)	104
5.6.4	Dataindholdet i kontakt	105
5.6.4.1	Prioritet	105
5.6.4.2	Starttidspunkt for kontakt	105
5.6.4.3	Sluttidspunkt for kontakt	106
5.6.4.4	Behandlingsstart (frivillig)	106
5.7	Kontaktårsager	106
5.7.1	Skadeindberetning ved skade som følge af ulykker, voldshandlinger og selvmordsforsøg	109
5.7.2	Multiple årsager til kontakt	109
5.8	Opholdsadresse og fravær	109
5.8.1	Patientorlov	110
5.8.2	Længerevarende fravær med aftale i psykiatrien	110
5.8.3	Absenteringer i retspsykiatrien	111
5.8.4	Somatisk indlæggelse af indlagt psykiatrisk patient	111
5.9	Betalingsoplysninger	111
5.9.1	Anvendte termer og definitioner – betalingsoplysninger	111
5.9.2	Betalingsoplysninger	111
5.9.3	Indberetning af betalingsoplysninger	111
5.9.3.1	Patientkontakter	111
5.9.3.2	Procedurer uden patientkontakt	112
5.9.3.3	Procedurer under patientkontakt	112
5.9.3.4	Start- og sluttidspunkter for betalingsoplysninger	112
5.9.3.4.1	Betalingsoplysninger knyttet til patientkontakt	112
5.9.3.4.2	Betalingsoplysninger knyttet til procedure uden patientkontakt	112
5.9.3.5	Betalingsaftale	113
5.9.3.6	Betaler	113
5.9.3.7	Specialiseringsniveau	114
5.10	Kontakt diagnoser	114
5.11	Procedurer ydet under kontakt	114
5.12	Supplerende vejledning til indberetning af kontakter	115
5.12.1	Kobling af kontakt til Forløbselement	115
5.12.2	Visitationspatienter	115
5.12.3	Patienter med ophold på patienthotel	115
5.12.4	Raske ledsagere	115
5.12.5	Rask nyfødt	115
5.12.6	Ydelse uden samtidig patientkontakt – "forløbsprocedure"	116
5.12.6.1	Ydelser til pårørende til patient (frivillig)	116
6	DIAGNOSER	117
6.1	Beskrivelse – diagnoser	118
6.1.1	Anvendte termer og definitioner – diagnoser	118
6.1.2	Diagnose	119
6.1.3	Art (diagnose)	120
6.1.3.1	Aktionsdiagnose	120
6.1.3.2	Bidiagnose	120
6.1.4	Kode (diagnosekode)	120
6.1.5	Sideangivelse	120
6.2	Oplysninger om metastaser og lokalrecidiv til kræftdiagnoser	121
6.3	Kontaktrelevante diagnoser – principper og registrering	121
6.3.1	Obs. pro diagnoser (DZ03 koder)	122
6.3.2	Diagnosekodning ved kontrol (DZ08-og koder)	123

6.3.3	Indberetning ved misbrug (DF10-19 koder)	123
6.3.4	Lægemiddelbivirkninger	123
6.3.5	Skadediagnoser (DS-DT koder)	123
6.3.6	Misdannelser og klinisk mistanke hos nyfødt barn	124
6.3.7	Screeninger (DZ11-13 koder)	124
6.3.7.1	Påvisning af sygdom eller mistanke om sygdom ved screening	124
6.4	Resultatindberetninger knyttet til Diagnose	124
6.5	"Afkærftet diagnose" – Obs. pro	125
6.6	"Diagnose senere afkærftet"	125
6.7	Diagnoseoversigt	126
6.7.1	SKS-kodelister	126
6.7.2	Trigger-diagnoser	128

7 PROCEDURER **129**

7.1	Beskrivelse – procedurer	130
7.1.1	Anvendte termer og definitioner – procedurer	130
7.1.2	Procedure uden patientkontakt (forløbsprocedure)	132
7.1.3	"Assistancer"	132
7.1.4	Ydelser til afdøde	133
7.1.5	Ydelser til pårørende	133
7.1.5.1	Pårørende-ydelse uden patient	133
7.1.6	Procedure	133
7.1.7	Kode (procedurekode)	134
7.1.8	Sideangivelse	134
7.1.9	Handlingsspecifikation	134
7.1.10	Anvendt kontrast	134
7.1.11	Indikation (frivillig)	135
7.1.12	Producent – procedureansvar	135
7.1.13	Personalekategori	135
7.1.13.1	Indgreb over for somatisk inhabil patient	135
7.1.14	Starttidspunkt (procedure)	135
7.1.15	Sluttidspunkt (procedure)	136
7.1.15.1	Særlige krav ved behandling og procedurevarighed på neonatalområdet	137
7.2	Obligatorisk indberetning af kontaktprocedurer	137
7.2.1	Ydelser til afdøde	139
7.2.2	Særlige krav ved kræftsygdomme	140
7.2.3	Medikamentel behandling	140
7.3	Resultatindberetninger knyttet til Procedure	141
7.3.1	Procedure som trigger	141
7.4	Supplerende vejledning til indberetning	141
7.4.1	Operationer	141
7.4.1.1	Reoperationer	142
7.4.1.2	Sekundære operationer	142
7.4.2	Behandlinger og undersøgelser	142
7.4.3	Billeddiagnostik	142
7.4.4	Fysio- og ergoterapeutiske ydelser	142
7.4.5	Genoptræning og rehabilitering	142
7.4.6	Udarbejdelse af genoptræningsplan	143
7.4.7	Neonatal hørescreening	143
7.5	Om "Telemedicin", virtuelle kontakter og ydelser uden samtidigt fremmøde	143

8	PSYKIATRI	145
8.1	Introduktion	145
8.2	Anvendte termer og definitioner – psykiatriske forløb og kontakter	146
8.3	Patientrettigheder	147
8.3.1	Udredningsretten jf. Sundhedsloven	147
8.4	Psykiatriske forløb	147
8.4.1	Forløb for mentalundersøgelse	147
8.4.1.1	Periode med metalundersøgelse	148
8.4.2	“Funktionelle lidelser”	148
8.4.3	Forløb og kontakter	149
8.4.3.1	Akut patientkontakt – ny patient	149
8.4.4	Henviste psykiatriske patienter	149
8.4.5	Forløbslabel	149
8.4.6	Afslutningsmåde for forløb	149
8.4.7	Fra psykiatrisk til somatisk forløb	150
8.5	Forløbsmarkører anvendt i psykiatrien	150
8.5.1	Generelle forløbsmarkører vedrørende patientrettigheder	150
8.5.2	Startmarkører ved nyt forløbselement	150
8.5.3	Ventetid til start af udredning	151
8.5.3.1	Klinisk beslutning vedrørende udredning – udlevering af udredningsplan	151
8.5.4	Start af udredning	152
8.5.5	Afslutning af udredning	152
8.5.6	Ventetid til behandling	152
8.5.7	Start af behandling	153
8.5.8	Afslutning af pakkeforløb	153
8.5.9	Vilkår i psykiatrien	154
8.5.9.1	Retslige vilkår	154
8.5.9.1.1	Henviste patienter med uafsluttet vilkår	155
8.5.9.2	Vilkår med tvangsforanstaltninger	156
8.5.10	Pakkeforløb for psykiatrien	156
8.6	Psykiatriske patientkontakter	157
8.6.1	Fysisk fremmøde	157
8.6.2	Hjemmebesøg og udebesøg (udekontakt)	157
8.6.3	Virtuelle kontakter	157
8.6.4	Fravær i psykiatrien	157
8.6.4.1	Orlov	158
8.6.4.2	Længerevarende fravær med aftale	158
8.6.4.3	Absentering	158
8.6.4.4	Somatisk indlæggelse af indlagt psykiatrisk patient	158
8.6.4.5	Fravær fra kommunalt visiteret særlig plads	158
8.6.5	Færdigbehandlet stationær psykiatrisk patient	159
8.7	Psykiatriske diagnoser	159
8.7.1	Mentalundersøgelse	161
8.7.2	“Obs. pro” (DZ032)	161
8.7.2.1	‘Psyisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse afkræftet’ (DZ032X)	161
8.7.3	Kontrol af rask patient (DZ098P)	161
8.7.4	Patienter i psykiatrien med somatiske diagnoser	161
8.7.5	Kontaktrelevante bidiagnoser	162
8.7.5.1	Tilsluttet selvskade og voldshandlinger i forbindelse med psykiatriske patientkontakter	162
8.7.5.1.1	Hændelser før patientkontakt	162
8.7.5.1.2	Hændelser under patientkontakt	162

8.8	Psykiatriske procedurer	163
8.8.1	Elektrokonvulsiv behandling	163
8.8.2	Ydelser til indlagte psykiatriske patienter	163
8.8.3	Ambulante psykiatriske ydelser	164
8.8.4	Ydelser ved udekontakter	164
8.8.5	Ydelser uden samtidig patientkontakt	164
9	RESULTATINDBERETNING	165
9.1	Introduktion	165
9.2	Beskrivelse – resultatindberetning	167
9.2.1	Anvendte termer og definitioner – resultatindberetninger	167
9.2.2	Resultatindberetning "Header"	167
9.2.2.1	Navn for resultatindberetning	168
9.2.2.2	Status for resultatindberetning	168
9.2.2.3	Tidsmæssige krav til resultatindberetninger	168
9.2.3	Resultatindberetning "Resultat"	169
9.2.3.1	Resultattype	169
9.2.3.2	Resultatværdi	169
9.2.3.3	Tidspunkt	169
9.3	Obligatoriske resultatindberetninger	170
9.3.1	Kvalificering af resultatindberetning	170
9.3.2	Multiple trigninger af samme resultatindberetning – generelt princip	171
9.4	Kvalitetssikring af resultatindberetninger	171
9.5	Udvikling af nye resultatindberetninger	171
10	KRÆFTSYGDOMME OG ANMELDELSE TIL CANCERREGISTERET	173
10.1	Anvendte termer og definitioner – kræftsygdomme og anmeldelse til Cancerregisteret	174
10.2	Klassifikationsprincipper og diagnoseregistrering	176
10.2.1	Opdatering af diagnoser	177
10.2.1.1	Diagnoseindberetning, når diagnosen stilles mellem patientkontakter	177
10.2.1.2	Diagnoseindberetning og anmeldelse ved kræftsygdom, der er radikalt fjernet under udredningen, men hvor den patologiske bekræftelse først foreligger senere	177
10.2.2	Primær kræftsygdom = grundsygdom	177
10.2.2.1	Kodning af primær kræftsygdom	178
10.2.2.2	Ukendt primær kræftsygdom	178
10.2.2.3	"Kræftsygdom uden specifikation"	179
10.2.3	Kodning og indberetning ved metastaser	179
10.2.3.1	Indberetning af metastaseoplysning i kræftforløbet (logisk model)	180
10.2.3.2	Metastaser i incidensperioden	180
10.2.3.3	Kontakt med metastasebehandling	180
10.2.3.4	Klassificering af metastaser	181
10.2.4	Kodning og indberetning ved lokalrecidiv	183
10.2.4.1	Kontakt med behandling af lokalrecidiv	184
10.2.4.2	Klassificering af lokalrecidiver	184
10.2.5	Sideangivelse for primær kræftsygdom	185
10.2.6	Flere kræftsygdomme (multipel kræft)	185
10.3	Anmeldelse til Cancerregisteret	185
10.3.1	Undtagelser fra anmeldelsespligt	186
10.3.2	Anmeldelsespligtige sygdomme og diagnoser	187
10.3.2.1	Anmeldelsespligtige diagnoser	187
10.3.2.2	Ny anmeldelsespligtig sygdom	189
10.3.2.3	Klinisk recidiv	190
10.3.2.4	Kræftsygdom i parrede organer – "bilateral kræft"	190

10.3.2.5	Revision af tidligere anmeldt diagnose	191
10.4	Canceranmeldelsen (resultatindberetning)	191
10.4.1	Logisk struktur	191
10.4.1.1	Triggere og tidsmæssige krav til anmeldelse – indberetning ved flere kontakter, der trigger den samme anmeldelse	192
10.4.1.2	Opkvalificering af anmeldelsen	192
10.4.1.3	Diagnosegrupper	194
10.4.1.3.1	A. Primære solide kræftsygdomme = [diag.primkræft]	194
10.4.1.3.2	B. Ikke specificeret kræft i lymfeknuder	194
10.4.1.3.3	C. Lymfomsygdomme = [diag.car.lymfom]	194
10.4.1.3.4	D. Carcinoma in situ = [diag.car.tis]	194
10.4.1.3.5	E. Non-invasiv neoplasi = [diag.car.ta]	194
10.4.1.3.6	F. Andre anmeldelsespligtige sygdomme (restgruppe)	195
10.4.2	Dataindhold i 'Canceranmeldelse'	196
10.4.2.1	Anmeldelsesstatus ved anmeldelse af sygdom til Cancerregisteret	196
10.4.2.1.1	Fuld anmeldelse	196
10.4.2.1.2	Anmeldelsesstatus AZCA0	196
10.4.2.1.3	Anmeldelsesstatus AZCA1	196
10.4.2.1.4	Anmeldelsesstatus AZCA2	197
10.4.2.1.5	Anmeldelsesstatus AZCA4	197
10.4.2.1.6	Anmeldelsesstatus AZCA9 (onkologiske enheder)	197
10.4.2.1.7	Validering af anmeldelsesstatus	197
10.4.2.2	Makroskopisk diagnosegrundlag	197
10.4.2.3	Mikroskopisk diagnosegrundlag	198
10.4.2.4	Kræftsygdommens udbredelse (stadie)	198
10.4.2.4.1	Krav til angivelse af TNM-stadie	199
10.4.2.4.2	Validering af samhørende diagnosekoder og T-værdier	200
10.4.2.4.3	Krav til angivelse af lymfom-stadie ved lymfomsygdomme	200
10.4.2.5	Anatomisk lokalisation ved lymfomsygdomme	200
11	GRAVIDITET, FØDSEL OG BARSEL	201
11.1	Graviditetsforløbet	202
11.1.1	Svangrekontroller	202
11.1.2	Hjemmebesøg i graviditetsforløbet	202
11.1.3	Virtuelle kontakter	203
11.1.4	Aflastningsophold	203
11.2	Anvendte termer og definitioner – graviditet, fødsel og barsel	203
11.3	"Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv." – og konsekvenser heraf	204
11.4	Dødfødsler	204
11.5	Forløb og fødselskontakter	205
11.5.1	Anonyme bortadoptioner	206
11.5.2	Fødsel efter abortprocedure	206
11.5.3	Hjemmefødsler	206
11.5.3.1	Hjemmefødsel med jordemoder	206
11.5.3.2	Hjemmefødsel uden jordemoder	207
11.5.3.3	Akut indlæggelse efter hjemmefødsel	207
11.5.4	Fødsler, der er startet i hjemmet, men hvor det ikke slutter som en hjemmefødsel	207
11.5.5	Fødsel på vej til hospital	207
11.5.6	Fødselsforløb over to hospitalskontakter	208
11.5.6.1	Overflytning under fødsel	208
11.5.6.2	Flerfoldsfødsel på flere patientkontakter	208
11.6	Moderens fødselskontakt	208
11.6.1	Obligatoriske fødselsoplysninger vedrørende moderen	208

11.6.1.1	Starttidspunkt for moderens fødselskontakt	209
11.6.1.2	Aktionsdiagnose på moderens fødselskontakt	209
11.6.2	Fødselsindberetning vedrørende moderen (resultatindberetning)	209
11.6.2.1	Frist for komplet indberetning	210
11.6.2.2	Angivelse af svangerskabslængde ved fødselsindberetning – mor	210
11.6.2.3	Paritet	212
11.6.2.4	Antal fødte børn	212
11.6.2.5	Intenderet fødested	212
11.6.2.6	Vægt ved fødsels start	212
11.6.2.7	Indberetning af øvrige oplysninger i forbindelse med fødslen	212
11.6.3	Fødsel af barn efter sen og meget sen svangerskabsafbrydelse med og uden samrådstilladelse	212
11.7	Procedureregistrering i forbindelse med fødsel	213
11.7.1	“Maternal request”	213
11.8	Barnets fødselskontakt	214
11.8.1	Obligatoriske fødselsoplysninger vedrørende barnet	214
11.8.1.1	Starttidspunkt for barnets fødselsforløb ‘Nyfødte’	215
11.8.1.2	Starttidspunkt for barnets fødselskontakt	215
11.8.1.3	Aktionsdiagnose på barnets fødselskontakt	215
11.8.1.4	Misdannelser og klinisk mistanke hos nyfødt barn	215
11.8.2	Fødselsindberetning vedrørende barnet (resultatindberetning)	215
11.8.2.1	Frist for komplet indberetning	215
11.8.2.2	Fødselstidspunkt	217
11.8.2.3	Angivelse af gestationsalder ved fødselsindberetning – barn	217
11.8.2.4	Kuld	217
11.8.2.5	Flernummer	217
11.8.2.6	Fødested	217
11.8.2.7	Misdannelsesoplysning	218
11.8.2.7.1	Krav til bidiagnoseregistrering ved mistænkte og påviste misdannelser	218
11.8.2.8	Særlige oplysninger ved dødfødsel	218
11.8.2.8.1	Graviditetsfase ved dødfødsel	218
11.8.2.8.2	Faderens personnummer	219
11.8.2.8.3	Indberetning af øvrige oplysninger i forbindelse med fødslen	219
11.9	Barselsperioden	219
11.9.1	Nyfødte som rask ledsager	219
11.9.2	Nyfødte barn med klinisk problemstilling	219
11.9.3	Undersøgelse af “rask nyfødt”	219
11.9.4	Neonatal hørescreening	220
12	ABORTER	221
12.1	Indberetning af aborter til LPR	222
12.2	Anvendte termer, definitioner og kodelister – aborter	222
12.3	Beskrivelse – abortindberetningen	223
12.3.1	Diagnoser ved abortkontakt	223
12.3.1.1	Komplikationer i forbindelse med og efter provokeret abort	224
12.3.2	Sene spontane aborter	224
12.3.3	Provokeret abort	224
12.3.3.1	Registreringer ved provokeret abort	224
12.3.3.1.1	‘Fortsat levende graviditet efter forsøg på provokeret abort’	224
12.3.3.2	Sene provokerede aborter	225
12.3.3.3	Diagnoser og abortindberetning ved provokeret abort	225
12.3.3.3.1	Indberetning ved flere kontakter med abortdiagnose	225
12.3.3.4	Procedureindberetning ved provokeret abort	225

12.4	Indberetning af 'Abortoplysninger' (resultatindberetning)	226
12.4.1	Frist for komplet indberetning	226
12.4.2	Angivelse af svangerskabslængde ved afbrudt graviditet	226
12.4.2.1	Validering af gestationsalder ved abort-kontakter	226
12.4.3	Samrådstilladelse	228
12.4.4	Indberetning af misdannelsesoplysninger i forbindelse med visse aborter	229
12.5	Fødsel af barn med livstegn efter svangerskabsafbrydelse	229
13	SKADER	231
13.1	Primære skadekontakter	231
13.1.1	Kontaktårsager	232
13.1.1.1	Valg af kontaktårsag	232
13.1.2	Viderevisiteret skade-patient	232
13.1.3	Sekundære kontakter	233
13.2	Anvendte termer og definitioner – skaderegistrering	233
13.3	Ydre årsager til skade – skadeindberetning	235
13.3.1	Skademekanisme	235
13.3.2	Skadested	236
13.3.3	Aktivitet	236
13.3.4	Transportulykker	237
13.3.4.1	Transportform for tilskadekomne	237
13.3.4.2	Transportform for modpart	238
13.3.5	Voldshandlinger	239
13.3.5.1	Voldshandling på arbejdet	239
13.3.6	Selvordsforsøg	240
13.3.7	Anden tilsigtet selvskade	241
13.4	Skadeindberetningen (resultatindberetning)	241
13.4.1	Frist for komplet indberetning	241
13.4.2	Skadetidspunkt	241
13.5	Skadediagnoser	241
13.5.1	Multiple skader	243
13.5.2	Forgiftninger	243
13.5.2.1	Klassificering	243
13.5.2.2	Forgiftning som årsag til patientkontakt	244
13.5.2.3	Supplerende diagnosekodning	244
14	ANDRE RESULTATINDBERETNINGER	245
14.1	Neonatal hørescreening (resultatindberetning)	245
14.1.1	Procedureregistrering og indberetning af resultat ved hørescreening	245
14.2	Beslutning vedrørende personligt alarm- eller pejlesystem (resultatindberetning)	247
14.3	Indberetning i forbindelse med visse tvangsforanstaltninger udført ved somatisk behandling over for varigt inhabil patient (resultatindberetning)	249
14.3.1.1	Begrundelse for beslutning om tvangsbehandling	250
14.3.1.2	Behandlingssted	250
14.3.1.3	Seneste behandlingsdato	250
14.3.2	Indberetning af procedurekoder vedrørende beslutning om anvendelse af konkrete tvangsforanstaltninger anvendt i somatikken	250
14.4	Indberetning til Implantatregisteret (resultatindberetning)	252
14.4.1	Udskiftning af implantat	252
14.4.2	Starttidspunkt for triggerprocedure	252

14.4.3	Indberetning af oplysninger om anvendt implantat	253
14.4.3.1	Identifikation (ID)	253
14.4.3.2	Registreringsstandard	254
14.4.3.3	Antal implantater	254
14.4.3.4	Registreringstidspunkt	254
14.4.3.5	Produktionstidspunkt	254
14.4.3.6	Udløbstidspunkt	254
14.5	Kirurgisk komplikationsregistrering (resultatindberetning) *(inaktiv)	255
14.6	Indberetning ved udlevering af høreapparat (resultatindberetning)	256
14.6.1	Principper for sygehusenes indberetninger	256
14.6.2	Starttidspunkt for triggerprocedure	257
14.6.3	Resultatindberetning "HØR"	257
14.6.3.1	Resultater	257

1 INDLEDNING

Landspatientregisteret (LPR) er det væsentligste sundhedsregister i Danmark. Data fra registret anvendes og indgår i rigtig mange sammenhænge. "LPR3" er den indtil nu anvendte betegnelse for det nye landspatientregister, som blev indført i første kvartal 2019 således, at al indberetning til LPR for alle indberettere nu sker på grundlag af LPR3-modellen, som beskrevet i denne vejledning.

I denne vejledning anvendes herefter blot betegnelsen "LPR".

Det moderniserede LPR baseret på LPR3-modellen ligner på mange måder tidligere versioner, især når man kigger på indholdsmæssige definitioner, krav og regler, samt udfaldsrum for klassifikationer (SKS), og det er da også først og fremmest en revision og teknisk-logisk nyskabelse af den grundlæggende modellering, regel- og klassifikationsstyring, indberetningsnitflade og indberetningsformat.

Ændringerne betyder, at fremtidig udvikling i langt de fleste tilfælde kan håndteres ved justeringer og udbygninger af det klassificerede indhold uden, at den grundlæggende model behøver at ændres og videreudvikles – samtidig med, at LPR-data vil være et mere logisk opbygget og lettere tilgængeligt datagrundlag for analyser, statistik, DRG og andre former for uddata.

LPR er i sin nuværende form generisk og skalerbart og dermed fremtidssikret. LPR er derfor fremover mere fleksibelt i forhold til mulighed for at oprette ny former for indberetninger, fx af data til nationale kliniske kvalitetsdatabaser og andre formål, samt i forhold til behov for oprettelse af nye indberetninger fra nye aktører fx fra kommuner og praktiserende læger.

Den samlede dokumentation af model, krav og vejledning til LPR består ud over denne indberetningsvejledning også af en omfattende **bilagsdokumentation** med model- og kodenære regler, definitioner, kodelister og udfaldsrum mv, samt en LOG over ændringer fra version 3.0 til 3.1. I det omfang, der måtte opstå tvivl om tolkning af den verbale beskrivelse i indberetningsvejledningen, henvises til bilagsdokumentationen for nærmere logisk afklaring.

- ▶ <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-patientregistrering/indberetning-lpr3>

Indberetningsvejledningen har til formål at beskrive de *indberetningsmæssige* krav (og muligheder) til sygehuse og private klinikkers indberetning til LPR.

Grundlaget for det nye LPR

Ved udvikling af LPR er der taget hensyn til de erfaringer, som er høstet med indberetning til og anvendelse af Landspatientregisteret siden registrets start i 1977 og i Det Psykiatriske Centralregister siden dette registers start i 1969.

LPR er som tidligere **primært kontakt-baseret**, men nu i sin helt konsekvente form, idet alle besøg, som tidligere blev samlet i det "ambulant forløb" (ambulante besøgs-kontakter), nu skal indberettes som selvstændige komplette kontakter inkl. diagnoseregistrering.

Den nyeste model sikrer desuden, at aktiviteterne og sammenhæng mellem kontakterne kan beskrives uden de begrænsninger, som lå i tidligere udgaver.

LPR-indberetningen er i sin nuværende udformning logisk forenklet og har en mere logisk opbygning af den grundlæggende datastruktur, der retter op på de begrænsninger, som den tidligere opbygning og knopvis udbygning af LPR har givet anledning til, blandt andet i forhold til monitorering af ambulante besøg, diagnosehistorik og forløb.

Det nye LPR giver samtidig mulighed for mere fleksibelt at kunne indarbejde nye dataområder i takt med, at nye behov opstår, således at LPR fortsat og fremadrettet vil være det centrale register over patientkontakter og helbredsforløb i hele det danske sundhedsvæsen.

Der har således været en evolutionær udvikling af LPR, som fremadrettet kan følge og afspejle udviklingen i sundhedsvæsenet med inddragelsen af nye parter, nye former for samarbejde omkring de kliniske forløb, nye dialogformer og -værktøjer.

De indholdsmæssige krav er ikke grundlæggende ændret, men mange områder er gennemgået og justeret især i forhold til det klassificerede indhold i dialog med regioner og fagpersoner fra specialer og fagområder. Dette er mest tydeligt på det psykiatriske og det obstetriske område.

Der er arbejdet meget ihærdigt med at samle og integrere alle de forskellige administrative og klinisk-administrative forløbsoplysninger, der omhandler patientrettigheder, i en samlet indberetning med forløbsmarkører, der beskriver de hændelser, som rettighederne skal monitoreres ud fra.

Overgangen til det nye LPR har blandt andet betydet, at ...

- der er indført en ægte kontaktmodel således, at enhver kontakt mellem patient og sundhedsvæsen, hvor der udføres sundhedsfaglig aktivitet – udredning, behandling, observation og rådgivning – indberettes som en selvstændig kontakt
- der ikke længere skelnes mellem ambulante og indlagte patienter i *indberetningen*. Der kræves i stedet tidstro start- og sluttidspunkter for patientkontakter. En tilsvarende ændring er gennemført i DRG-grupperingen
- det er muligt at sammenkæde kontakter, diagnoser, procedurer og resultatindberetninger i kliniske forløb (helbredsforløb) for en helbredstilstand for den enkelte patient
- der er etableret en generisk model for resultatindberetninger (fx anmeldelse af kræftsygdomme, fødsler, aborter, skader og neonatal hørescreening). På sigt vil det være muligt at udvide med andre resultatindberetninger, det vil sige krav om indberetning af supplerende oplysninger, der trigges af foruddefinerede forløbsmarkører, kontakter (typer), kontaktårsager, diagnoser eller udførte procedurer
- der anvendes som udgangspunkt SKS-klassificering for alle variable og SOR-klassificering af organisatoriske oplysninger for herigennem at opnå forenkling, standardisering og sammenlignelighed på tværs
- alle regler, der refererer til SKS-koder er bygget op over (kortere eller længere) navngivne kodelister, fx indeholder kodelisten: [diag.car] de anmeldelsespligtige diagnoser til Cancerregisteret. Derved kan reglerne gøres mere robuste, og det klassificerede indhold kan justeres uden, at regler skal ændres. Kodelister er i reglerne og her i vejledningen angivet i []-parenteser

Ved udviklingen af det nye LPR er der endvidere taget højde for de tekniske og organisatoriske udviklinger, der er sket siden implementeringen af den tidligere version af Landspatientregisteret.

De fleste af ændringerne er helt eller delvis af teknisk karakter, idet de væsentligste ændringer findes i indberetningsmodel og -format. De fleste klinisk rettede krav er grundlæggende de samme, hvorfor meget – afhængigt af det lokale system – kan håndteres ”bag om brugerne”.

Men den nye LPR-indberetning giver også elementer, der kan danne grundlag for smartere og let opdaterbare brugerrettede funktionaliteter i systemløsninger. Fx kan de navngivne kodelister anvendes til kontekst-sensitiv støtte på brugergrænsefladen og lette vedligeholdelsen af udfaldsrum for valg på ”glaspladen”.

Vejledningen stiller ikke direkte krav til, hvad og hvordan der *registreres* i de lokale systemlandskaber, men stiller krav til, hvad og hvordan der skal **indberettes** til LPR.

Dette betyder også, at denne vejledning *ikke* er tænkt som en slutbruger-vejledning til det lokale registreringssystem.

De lokale systemer vil formentlig indeholde væsentligt flere data end dem, der er krav om, at der skal indberettes til LPR. Dette betyder selvfølgelig ikke, at der ikke også er krav til LPR-indberetningen, der rækker længere ind mod slut-brugerens primære datafødsel.

Dette dokument er i forhold til det tidligere "Fællesindhold" opbygget som et samlet fælles dokument med de tekniske og de vejledningsmæssige dele mere integreret.

De grundlæggende og teknisk-logiske dele er i de enkelte kapitler generelt beskrevet før den understøttende vejledning. Overordnet teknisk beskrivelse, strukturerede regler og databeskrivelser danner således generelt det primære grundlag på de enkelte områder, der suppleres med den nødvendige vejledning – primært på indberetningsniveauet.

Denne indberetningsvejledning beskriver dog ikke alle aspekter af det tekniske indhold, fx de modelnære relations- og tidsregler. Der henvises derfor også til den **systematiske bilagsdokumentation** for disse teknisk-logiske aspekter af den grundlæggende datamodel.

Der findes følgende bilag til indberetningsvejledningen:

Bilag 1 LPR model og indberetningsregler

I Bilag 1 er der på systematisk vis beskrevet de fastlagte model- og kodenære regler

Bilag 1 indeholder desuden:

Bilag 1a Resultatindberetningsspecifikationer (RI-specs)

Bilag 1b Forløbsmarkører og flow-diagrammer

Bilag 2 LPR samlede definitioner og beskrivelser af anvendte termer

Systematisk udgave og Alfabetisk udgave

Bilag 3 LOG over væsentligste ændringer fra vers. 3.0 til v. 3.1

Alle bilag findes på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside:

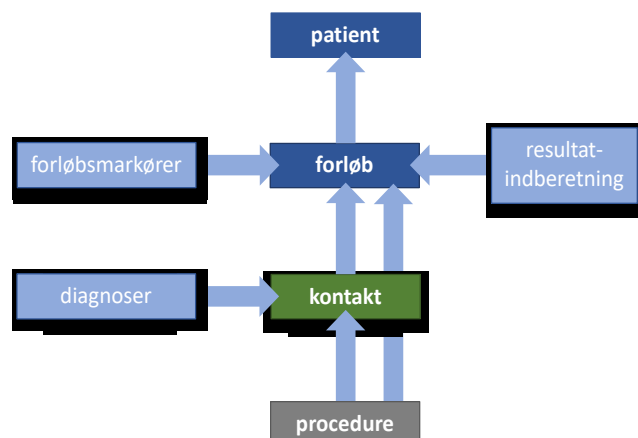
- ▶ <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-patientregistrering/indberetning-lpr3>

1.1 Begrebsmodel

Nedenfor er gengivet den grundlæggende konceptuelle model for LPR. Begrebsmodellen har dannet grundlag for den videre logiske og fysiske modellering af indberetningskonceptet og de tilhørende krav til indberetning, som beskrives i dette dokument.

Begrebsmodellen er opbygget som en 3-lags model med **patientkontakten** som det centrale begreb. Omkring kontakten er modellens øvrige begreber knyttet i forhold til de begrebsmæssige ansvarsniveauer.

- ▶ se også afs. 3.2



LPR-modellen indebærer blandt andet, at flere kontakter (dvs. besøg) på samme dag, med tilhørende diagnoser og procedurer, kan holdes adskilt fra hinanden, da hver enkelt kontakt udgør en afgrænset indberetningsenhed. Dette betyder en bevarelse af sammenhængen mellem diagnoser og procedurer, da flere kontakter samme dag ikke overskrives.

Modellen giver samtidig mulighed for, ved hjælp af **forløbselementet**, at sammenknytte kontakter, diagnose(r), og procedurer samt dertil knyttede forløbsmarkører og resultatindberetninger i det sammenhængende **helbredsforløb**. Forløbsmarkørerne sikrer, at der sker en løbende tidsstempling af de forskellige hændelser, hvor dette er krævet.

Endeligt vil den generiske model for **resultatindberetninger** gøre det enklere at etablere nye supplerende strukturerede indberetninger, når behovet opstår, fx til indsamling af data til de kliniske kvalitetsdatabaser.

Resultatindberetningerne (RI) anvendes udover obligatoriske anmeldelser og indberetninger nu også til nye formular-lignende indberetninger. RI er nærmere beskrevet i Kap. 9 og efterfølgende kapitler.

1.2 Formål med indberetning til Landspatientregistret

Landspatientregistret indgår som det helt centrale register i monitorering og styring af det danske sundhedsvæsen. Flere andre registre er afledt af LPR fx Cancerregisteret og fødsels- og abortregistrene, idet data til registrene er integreret i kravene til LPR-indberetningen.

Data fra Landspatientregistret anvendes bla. som grundlag for ...

- de centrale sundhedsmyndigheders løbende sygehus- og sundhedsstatistik
- nødvendigt beslutningsgrundlag til de myndigheder, der er ansvarlige for sygehusplanlægningen
- monitorering af de lovgivningssikrede patientrettigheder
- overvågning af hyppigheden af forskellige sygdomme og behandlinger
- sundhedsøkonomiske beregninger i institutioner under Sundheds- og Ældreministeriets ressortområde, herunder:
 - takstberegninger
 - afregning af kommunal medfinansiering, finansiering af sygehusbehandlinger og nærhedsfinansiering
 - mellemregional afregning af sygehusbehandlinger
- medicinsk forskning
- kvalitetssikring i sundhedsvæsenet
- sundhedsfagligt uddannet personales adgang til medicinske og administrative data vedrørende tidligere sygehusbehandling for patienter, der er taget i behandling
- præsentation af sundhedsregisterdata på esundhed.dk

Indberetningerne skal præcist og med tilstrækkelig komplethed afspejle *hvor, hvorfor og hvordan* den enkelte patientkontakt er foregået og med mulighed for at kunne koble de enkelte kontakter sammen i relevante klinisk-administrative forløb.

De mange forskellige formål, som data fra Landspatientregistret (LPR) anvendes til, stiller store krav til præcision og rettidighed i indberetning.

Data fra LPR bliver allerede anvendt og forudses i stigende omfang sammen med data fra andre datakilder at blive anvendt til analyser i forbindelse med planlægning, beslutningsstøtte, forskning og kvalitetsudvikling. Derudover udgør LPR kernen i forbrugs-, aktivitets- og sundhedsøkonomisk monitorering, samt ikke mindst i monitoreringen af de lovfastede patientrettigheder.

Det er desuden en ambition, at LPR-data i stigende omfang skal anvendes til den løbende kvalitetsmonitorering af sundhedsvæsenets aktiviteter og patientforløb. Det er derfor væsentligt, at indberetningen af data til LPR bliver så ensartet, korrekt og komplet som muligt.

Indberetningsvejledningen beskriver de krav, der stilles til den nationale indberetning for at sikre den nødvendige datakvalitet i LPR, således at LPR med sikkerhed og præcision kan anvendes til de mange beskrevne formål.

Forløb i LPR

Det nye LPR dækker alle de formål, som Landspatientregistret hidtil har gjort. Derudover har det været ønsket, at LPR skal skabe mulighed for dannelse af **helbredsforløb** ved, at alle kontakter og ydelser, der vedrører det samme kliniske forløb kan sammenkobles, også og især på tværs af de samarbejdende sundhedsfaglige enheder.

Dette vil logisk set danne grundlag for at kunne adskille parallelle behandlingsforløb og forbedre monitorering af patientrettigheder, pakkeforløb og opfølgning på kliniske retningslinjer.

Forløbsdannelse med sammenkædning af flere kontakter og procedurer til forløb er sammen med muligheden for at etablere nationale resultatindberetninger de væsentligste ændringer i det nye LPR.

1.3 Grundlag for indberetning til Landspatientregisteret

Offentlige og private sygehuse og klinikker er forpligtede til at indberette oplysninger om lægelig behandling af patienter til Landspatientregisteret efter reglerne i Bekendtgørelse nr. 657 af 28/06/2019 om ret til sygehusbehandling.

Af § 47 fremgår det: "Behandlingsstederne her i landet skal til behandlingsformål samt statistiske formål vedrørende aktiviteten i sygehusvæsenet, befolkningens forbrug af sygehusydelser, sygehuspatienters sygdomme og udførte operationer indberette oplysninger vedrørende patientbehandlingen til Landspatientregisteret. Behandlingsstederne i udlandet skal indberette sådanne oplysninger til det sygehus, som har henvist personen dertil."

For private sygehuse og klinikker er forpligtigelsen til at indberette oplysninger om lægelig behandling af patienter til LPR særskilt behandlet i "Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Landspatientregisteret af behandling udført på private sygehuse og klinikker og af mandlige omskæringer udført uden for sygehuse og klinikker" (Bekendtgørelse nr. 1496 af 1. december 2016).

Oplysninger om lægelig behandling af patienter skal indberettes til LPR, uanset om patienten er henvist fra offentlige sygehuse, er selvbetaler eller forsikringsbetalt. Der skal dog i udgangspunktet ikke foretages anmeldelse til LPR af lægelig patientbehandling, der er omfattet af overenskomster (sygesikring) på praksisområdet.

Både offentlige og private sygehuse og klinikker skal indberette til LPR efter de principper og regler, som er beskrevet i denne indberetningsvejledning.

1.4 Specialer og faggrupper

Indberetningen som beskrevet i denne vejledning omfatter alle lægefaglige specialer samt andre **sundhedspersoner**, dvs. autoriseret sundhedspersonale jf. "Autorisationsloven": LBK nr 122 af 24/01/2023.

term	definition / beskrivelse / kommentar
sundhedsperson	sundhedsfaglig person der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver

Når en sundhedsperson har en **selvstændig** kontakt med et klinisk sigte med en patient, skal dette indberettes som fysisk fremmøde, udekontakt eller virtuel kontakt med indberetning af relevante diagnoser og kliniske ydelser.

Kontaktregistreringen og indberetningen inkluderer besøg mv. udført af andre sundhedsprofessionelle, der ved **uddelegering** udfører sundhedsfaglige ydelser som led i udredning og behandling i patientens helbredsforløb.

Det er som udgangspunkt behandlingsansvaret og den kliniske kontakt mellem sundhedsperson og patienten, patientens tilstand(e) og de udførte kliniske ydelser, der er i fokus – ikke hvem der udfører dem.

1.5 Enheder, der indberetter

Indberetningskravene gælder for alle kliniske og parakliniske afdelinger og specialer, der ifølge de gældende retningslinjer indgår i udredning og behandling i patientens sygdomsforløb.

Som en undtagelse skal patientens kontakter på laboratorieafdelinger til blodprøvetagning og lignende ydelser ikke indberettes til LPR.

Det er som udgangspunkt den klinisk faglige kontakt med patienten, patientens tilstand(e) og de udførte kliniske ydelser, der er i fokus – ikke hvor ydelsen bliver udført.

1.6 Raske forsøgspersoner, forskningspatienter og procedurer betalt af forskningsmidler

Raske forsøgspersoner, der ikke modtager udredning på baggrund af henvisning eller mistanke om konkret sygdom eller sygdomsbehandling, må, i modsætning til screeningspatienter, ikke indberettes til LPR. Hvis kontakt-registrering (inkl. eventuelle procedurer) foretages i lokalt system, skal disse kontakter frasorteres til indberetningen. Aktionsdiagnosen {DZ768D} 'Rask forsøgsperson' kan anvendes på disse kontakter.

For **patienter** med igangværende helbredsforløb og patientkontakter, som i forbindelse med forløbet også modtager **ekstra patientkontakter og/eller procedurer** betalt af forskningsmidler, skal der i indberetningen foretages en markering af disse kontakter hhv. procedurer med betalingsaftale: {ALFA6} 'forskning', som er en del af betalingsoplysningerne. Herved sikres det, at data om disse ekstra ydelser kan frasorteres i det regionale afregningsdatagrundlag (DRG, kommunal medfinansiering mv).

"Eksperimentel behandling", herunder behandling med ikke-godkendte lægemidler, som led i behandling skal, såfremt det er SKS-klassificeret og omfattet af indberetningskrav, indberettes til LPR på lige fod med andre væsentlige behandlinger. Hvis der ikke findes en specifik SKS-procedurekode for behandlingen, skal der i stedet indberettes en overordnet SKS' procedurekode for behandlingsmodaliteten, fx {BOHJ3} 'Cytostatisk behandling med immunmodulerende virkning'.

Hvis en eksperimentel behandling (procedure) ikke er regionsbetalt, skal den konkrete betaler (fx 'betalt af forskningsmidler' – se ovenfor) fremgå af betalingsoplysningerne, der knyttes til proceduren.

1.7 Ændringer og fornyelser i Landspatientregisteret til "LPR3"

LPR-modellen er udviklet med tanke på, at modellen skal være generisk, skalérbar og robust. Samtidig skulle hovedelementerne fra LPR2 fortsat indgå i modellen for at undgå væsentlige databrud. Indberetningen til LPR er derfor på langt de fleste områder *indholdsmæssigt* genkendelig. Forløbsoverbygningen er som nævnt den største nyhed i LPR3.

Endvidere er LPR nu opbygget således, at regler og data er baseret på klassifikationer og kodelister, som løbende kan justeres og vedligeholdes uden ændringer i modellen og de tilknyttede regler.

Det vil fortsat være praksis, at fremtidige ændringer skal aftales i dialog med regionerne, Sundhed Danmark og evt. andre relevante og nye aktører.

1.7.1 Erstatning af tillægskodning

De obligatoriske tillægsoplysninger (tidligere tillægskoder) er nu generelt indbygget som **faste variable** i indberetningen, ofte med samme klassificerede indhold. Regler, der knytter sig til disse oplysninger, kan dermed adresseres direkte på den enkelte egenskab.

Den nye LPR-model giver desuden mulighed for, at der på en række områder, i stedet for tillægskodning kan indberettes de samme oplysninger ved brug af **resultatindberetning** eller anden form for indberetning fx via forløbsmarkører – med større mulighed for indholdsvalidering.

Tillægskodning herudover er fortsat en *mulighed* og kan (kun) anvendes for diagnoser og procedurer, idet det ikke er muligt at forudse alle fremtidige behov for supplerende oplysninger, fx i forhold til kommende indberetning af data til kliniske databaser via LPR. Mange, formentlig de fleste, supplerende oplysninger vil dog ofte bedre kunne indbygges og regelsættes i en resultatindberetning.

1.8 Opbygning af indberetningsvejledningen

Indberetningsvejledningen beskriver snitfladen mellem regionernes indberetning af data og Sundhedsdatastyrelsens modtagelse af disse data i LPR. Vejledningen indeholder en beskrivelse af kravene til indberetningen samt en beskrivelse af det regelsæt, som ligger til grund for valideringen af indberetningen.

Indberetningsvejledningen er generelt opbygget i kapitler ud fra de overordnede begreber, som indgår i modellen for LPR.

For begreber, hvor der er en logisk og intuitiv sammenhæng, er disse områder på kapitel- og afsnitsniveau beskrevet i forlængelse af hinanden for herigennem at tydeliggøre denne sammenhæng, fx kontakter, (kontakt)diagnoser og procedurer.

Det kan anbefales indledningsvis at sætte sig grundigt ind i **Kap. 2-4**, eventuelt suppleret med **Bilag 1**, forud for læsning af Kap. 5-7. Indberetningens **definitioner** findes i indberetningsvejledningen, hvor de anvendes, men er også samlet i Bilag 2.

Kapitlerne 8-13 håndterer indberetning på specifikke kliniske områder. Der forekommer en del gentagelser, da hvert af disse kapitler skal kunne læses selvstændigt på basis af læsning af de indledende kapitler.

Kap 9 beskriver principperne for resultatindberetningen, som anvendes til de konkrete anmeldelser og indberetninger, der er beskrevet i Kap. 10-14.

En række begreber kan i praksis indgå i flere sammenhænge. Fx kan en procedure knyttes både til en kontakt og til et forløb(selement). I disse tilfælde vil sammenhængene være beskrevet i de relevante afsnit, og samme begreb kan derfor være omtalt i flere afsnit.

De komplette logisk-tekniske valideringsregler er samlet og løbende vedligeholdt i Bilag 1 til denne indberetningsvejledning. De angivne variabel- og kodeliste-navne, som fremgår af de enkelte afsnit, sikrer en éntydig reference mellem denne vejledning og regelsættet.

I forbindelse med tilpasning og vedligeholdelse af indberetningssystemerne i de enkelte regioner vil det ofte være mere overskueligt for regionernes dataansvarlige medarbejdere og for regionernes systemleverandører blot at referere til indholdet i Bilag 1.

1.9 Om "SKS-koder" og kodelister

Modellering, regler og kodeanvendelse i indberetninger er i LPR baseret på kodelister.

En SKS-kodeliste indeholder fra en til mange SKS-koder. Kodelister er i denne vejledning angivet med firkantede parenteser.

Fx [diag.foedmor], der er de diagnosekoder, der som fødselsdiagnose (aktionsdiagnose) overordnet beskriver moderens fødselskontakt. Denne kodeliste anvendes dels som udfaldsrum for fødselsdiagnosen, dels som (diagnose)trigger for fødselsindberetningen (resultatindberetning).

Anvendelsen af navngivne kodelister, fremfor "lister af specifikke (hårde) koder", gør, at reglerne er robuste overfor det klassificerede indhold, der således kan udskiftes over tid – koder kan meldes ind og ud af den enkelte kodeliste efter behov uden, at de til koderne relaterede regler ændres. Der kan i princippet skiftes hele klassifikationer, fx diagnoseklassifikation (vi er på vej med ICD11) uden, at dette skal følges af regelændringer.

Pointen er også, at brugeren på brugergrænsefladen ikke nødvendigvis behøver at "se koder", idet valg af udfald til en given registrering snarere kan (bør) være baseret på tekstvalg og -søgning eller andre brugervenlige funktionaliteter, baseret på det konceptuelle udfaldsrum, som kodelisten indikerer og dækker.

Der er i denne udgave af indberetningsvejledningen alligevel medtaget SKS-koder og kodeintervaller, når det er skønnet relevant for at illustrere det konkrete udfaldsrum i indberetningen. Koder og kodeintervaller er i disse (informative) tilfælde angivet i krøllede parenteser.

SKS vil løbende blive vedligeholdt, således at det kan fungere som klassifikationsgrundlag for både LPR2 (det er stadig muligt at lave fejlrettelser mm. for kontakter, der har fundet sted før overgang til LPR3) og LPR3. På de store klassifikationsområder har overgangen til det nuværende LPR ikke medført ændringer, idet de fleste koder er lige så LPR3-relevante, som de var LPR2-relevante.

Hvor længe denne overgangsperiode vil vare, er ikke endeligt fastlagt på nuværende tidspunkt, men der vil løbende efter nærmere aftale blive ryddet op i SKS, således at klassifikationerne i højere grad er synkroniseret med kravene til indberetningen.

Relevant information vil blive diskuteret med sundhedsvæsenets parter og vil blive aftalt under LPR-governance (UDI/ADI).

Alle de LPR-relevante dele af SKS er indekseret til kodelister, som ovenfor beskrevet således, at de klassificerede LPR-udfaldsrum for de enkelte egenskaber altid kan ses og udtrækkes fra SKS.

- Kodelister og klassifikationer er mere udførligt beskrevet i den tekniske dokumentation i bilagene

1.10 Begrebsanvendelse

Der anvendes følgende begreber i indberetningsvejledningen:

begreb	synonym	beskrivelse	eksempler
indberetningsobjekt	objekt	afgrænset logisk indberetningsobjekt indeholdende en eller oftest flere variable	Kontakt Diagnose Resultatindberetning
variabel	egenskab "oplysning"	dataelement i det enkelte indberetningsobjekt. Variabel har et systematisk unikt variabelnavn	art (i Diagnose) sideangivelse (i Procedure) status (i Resultatindberetning)
værdi	-	værdi af variabel. Angives sammen med en værdienhed i indberetningen	SKS-kode (fx diagnosekode) heltal dato og tid
værdisæt	udfaldsrum	værdisæt for tilladte værdi af variabel. Relateret til valideringsregler	SKS-kodeliste numerisk interval "alfanumerisk"

2 DEN LOGISKE DATAMODEL

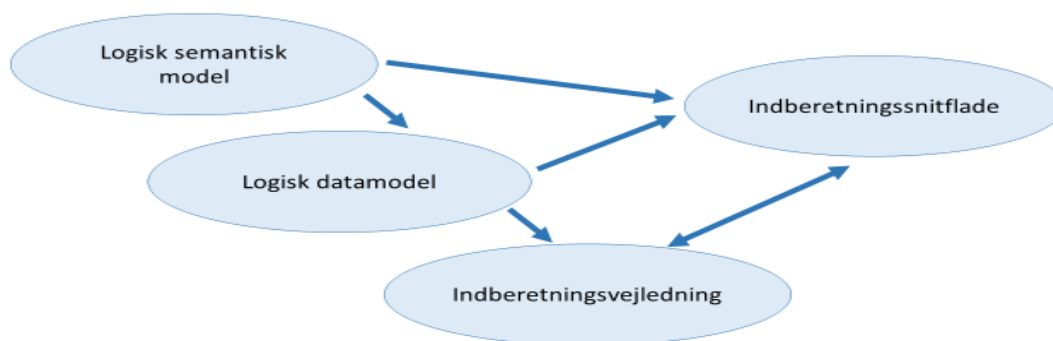
Grundlaget for indberetningsvejledningen udgøres af den begrebsmæssige del (den logisk-semantiske model for LPR) og den derfra udarbejdede logiske datamodel, som igen er udmøntet i en konkret teknisk indberetningssnitflade – om denne se den tekniske dokumentation.

Den logiske LPR-model angiver den *logiske* gruppering af og sammenhænge mellem begreber, der anses som relevante for Landspatientregisteret. Modellen består grundlæggende af overordnede begreber, der udgør klasserne i modellen, der igen grupperer klassernes delelementer (egenskaber).

Den logiske sammenhæng mellem klasserne er udtrykt som associationer mellem disse med tilhørende kardinalitet. Dette angiver samlet set de krav og muligheder, der er for udfyldelse af modellen.

Beskrivelserne i nærværende indberetningsvejledning er udarbejdet, så de beskriver de behov, der er for indberetning af data i overensstemmelse med den logiske datamodel, og der er angivet associationer og objekt-referencer i forhold til dette i tabeller og skemaer mv.

Der refereres altså udelukkende til den *logiske* indberetningsmodel og dermed ikke til den konkrete system-til-system indberetningssnitflade.



I dette kapitel behandles kun den logiske datamodel, der danner det logiske grundlag for denne indberetningsvejledning.

Om Bilag 1

Bilag 1 udgør den overvejende tekniske del af LPR-dokumentationen, og her findes en udbygget beskrivelse af de logiske lag og de samlede systematiserede regler for indberetningen til det nye LPR.

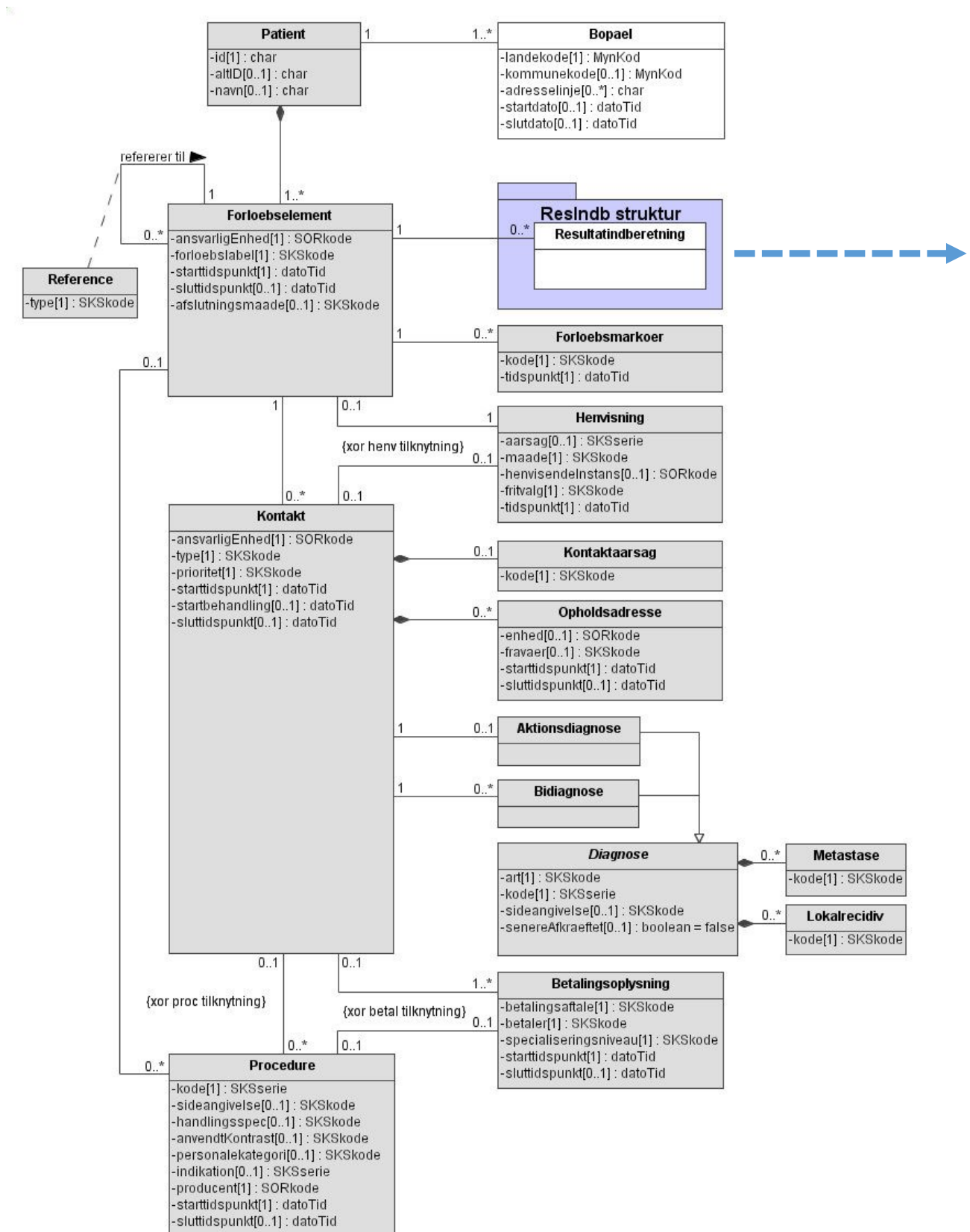
Bilag 1 indeholder:

- den logiske datamodel i form af et UML-klassediagram
- modelnære regler, der er en integreret del af modellen
- kodenære regler, der regelsætter iht. indekserede SKS-kodelister
- administrative koder (småklassifikationer)
- kodeliste for betalere
- Bilag 1a: specifikationer for resultatindberetninger (RI-specs)
- Bilag 1b: kodelister og flow-diagrammer for forløbsmarkører for de forskellige typer af pakkeforløb og for generelle sygdomsforløb

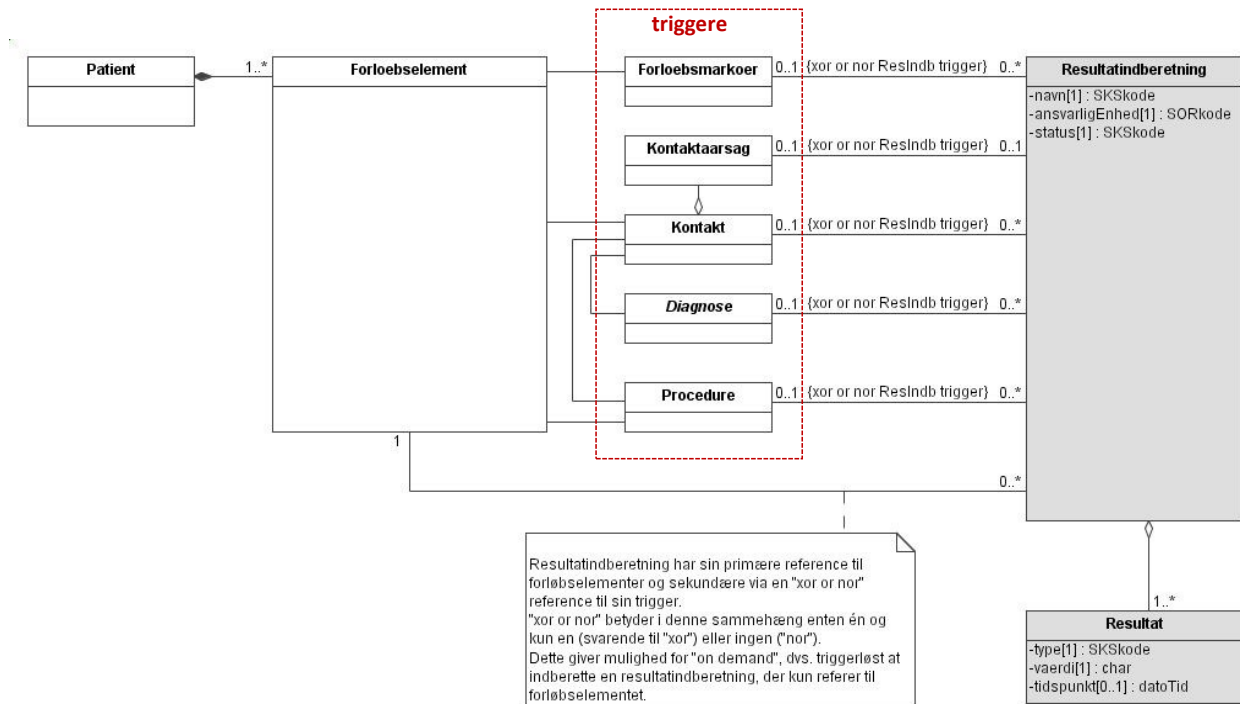
Specifikationer for håndtering af genindberetning – herunder fejlretning – indgår som en del af den samlede indberetningsstrategi og dertil hørende indberetningssnitflade til LPR.

Del 1 Komplet logisk datamodel for indberetningen

Resultatindberetningen ikke foldet ud – se næste side og nærmere i Kap. 9



Del 2 Resultatindberetningen foldet ud



2.1 Anvendte generelle og logiske termer og definitioner

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
indberetningsobjekt	anvendes i vejledningen om et objekt i den logiske LPR-model, der beskrives som et afgrænset indberetningselement	
egenskab	dataelement i indberetningsklassen i den logiske datamodel Eksempel: kontaktttype i klassen Kontakt Kommentar: egenskabens udfaldsrum kan være klassificeret eller en anden datatype. Modellen indeholder datatyperne: SKS-kode, SKS-serie, SOR-kode, myndighedskode, EAN-nummer, tidspunkt (datoTid), notat (alfanumerisk)	
udfaldsrum	krævede eller tilladte værdier for en <u>egenskab</u> i indberetningen	
kardinalitet	krav til et objekts eller egenskabs udfyldelse i indberetningen Kommentar: kan være obligatorisk, betinget obligatorisk eller frivillig. Der kan desuden være krav til antal	
char	alfanumerisk karakterstreng (string)	
datoTid	datatype anvendt for tidspunkt	
MynKod	myndighedskode i et format, der anvendes i Myndighedsregisteret	
SKS	Sundhedsvæsenets Klassifikations System	
SKS-kode datatype: SKSkode	identifikationskode for en post i en <u>SKS-klassifikation</u> Kommentar: Til indberetning til LPR kan kun anvendes SKS-koder, der har en gyldighedsperiode inden for en del af eller hele kontakten. En SKS-kode kan være en primærkode eller en tillægskode. Procedurekoder skal være gyldige under hele varigheden af proceduren.	

SKS-kodelite (SKS-subset) (kodelite)	delmængde (subset) af SKS Kommentar: Kodelister angives i vejledning og i regler i firkantede parenteser, fx [diag] = diagnosekoder der kan indberettes til LPR. Kodelister anvendes til afgrænsning af klassificerede udfaldsrum især i forhold til regler og tilhørende logiske valideringer
SKS-serie datatype: SKSserie	datatype for SKS primærkode med (mulighed for) tillægskode(r) Kommentar: En <u>SKS-serie</u> består af <u>SKS-kode</u> som <u>primærkode</u> og eventuelt specificeret med en eller flere <u>tillægskoder</u> .
primærkode (SKS primærkode)	primær betydningsbærende kode i en SKS-kodet egenskab Kommentar: Fx består en aktionsdiagnose af en SKS primærkode (fra diagnoseklassifikationen) og eventuelle tilhørende SKS tillægskoder
tillægskode (SKS tillægskode)	<u>SKS-kode</u> der uddyber <u>primærkodens</u> betydning Kommentar: Tillægskoder kan supplere primærkoden (diagnose eller procedure) på flere måder, idet der kan indberettes flere tillægskoder til samme primærkode.
SORKlass	SOR-klassifikation som <u>udfaldsrum</u> for en egenskab
SOR-kode	<u>identifikationskode</u> der identificerer en post i SOR-klassifikationen
helbredstilstand	tilstand vedrørende helbred der aktuelt vurderes med henblik på <u>sundhedsintervention</u>
sundhedsaktør	aktør der deltager i <u>sundhedsrelateret aktivitet</u> Inkl: <u>patient</u>
sundhedsfaglig person (sundhedsfagligt uddannet person)	<u>sundhedsaktør</u> der har en sundhedsfaglig uddannelse
sundhedsperson	<u>sundhedsfaglig person</u> der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver Kommentar: Varetagelse af sundhedsfaglige opgaver kan uddelegeres til andre personer, der handler på sundhedspersonens ansvar
patient	<u>sundhedsaktør</u> der er genstand for en sundhedsaktivitet
klinisk-administrativt ansvar	ansvar der påhviler en <u>sundhedsproducerende enhed</u> i forbindelse med <u>behandling</u> af en <u>patient</u> Kommentar: I LPR indberettes det klinisk-administrative ansvar som ansvarlig enhed dvs. SOR-enhed for hhv. helbredsforløb, kontakt og procedure
forløbsansvar (helbredsforløbsansvar)	<u>klinisk-administrativt ansvar</u> for et <u>helbredsforløb</u> Kommentar: Forløbsansvaret i LPR omfatter et tematiseret dvs. klinisk afgrænset helbredsforløb, fx et kræftforløb eller et graviditetsforløb (omfatter graviditet, fødsel og barsel). I praksis kan ansvaret for en patients samlede forløb være hos en SOR-enhed (fx på et kræftcenter) eller fordelt på flere (fx kirurgisk og onkologisk afdeling). Ved indberetning angives SOR-enheden for det forløb eller delforløb, der indberettes som et <u>forløbselement</u> . I indberetningen afspejles forløbsansvaret i forhold til den del af et helbredsforløb, der indberettes inden for tidsrammen af et forløbselement. Den forløbsansvarlige enhed vil typisk være en klinisk afdeling eller center, der dækker et eller flere lægefaglige specialer. Forløbsansvaret kan også inkludere kontakter i sygdomsforløbet, der foregår på andre kliniske og parakliniske ²⁾ enheder, der ikke er en del af den forløbsansvarlige enhed. Fx hvis en diabetespatient, som led i sit diabetesforløb, har en kontakt i øjenafdelingens ambulatorium. ²⁾ parakliniske enheder: Billeddiagnostiske enheder, laboratorier og lignende enheder, der yder <u>sundhedsinterventioner</u>

diagnose	vurderingsresultat vedrørende <u>helbredstilstand</u> der er formaliseret Kommentar: "Diagnose" omfatter bredt egentlige sygdomme, skader, andre lidelser, symptomer og årsager til kontakt, inkl. "obs. pro", "kontrol" mm. Kodes og indberettes efter "Klassifikation af sygdomme" (ICD10) med foranstillet SKS-hovedgruppe bogstav 'D'. Diagnoser indberettes som <u>kontaktdiagnoser</u> af typerne aktionsdiagnose og bidiagnose med datatypen SKS-serie bestående af en diagnosekode som <u>primærkode</u> og eventuelt en eller flere <u>tillægskoder</u>. Bemærk: Kontaktdiagnose skal ved kræftsygdomme suppleres med indberetning af oplysninger om <u>fjernmetastaser</u> og <u>lokalrecidiv</u>
behandling	<u>sundhedsintervention</u> hvor <u>sundhedsformålet</u> er at påvirke en patients <u>helbredstilstand</u>
helbredsforløb	forløb der beskriver udviklingen af <u>helbredstilstand</u> over tid Kommentar: Når helbredsforløb udmøntes i praksis skal de være <u>patientnære</u> dvs. de skal kunne tilføjes en entydig personidentifikation Bemærk: I LPR afgrænses et helbredsforløb klinisk til tematiserede områder, herunder sygdomsområder – se også <u>forløbsansvar</u> Omfatter: Sygdomsforløb, graviditetsforløb, nyfødtforløb, skadeforløb og screeningsforløb: HELBREDSFORLØB <pre> graph TD A[HELBREDSFORLØB] --> B[SYGDOMSFORLØB] A --> C[SKADEFORLØB] A --> D[SCREENINGSFORLØB] A --> E[GRAVIDITETSFORLØB] A --> F[NYFØDTFORLØB] </pre> Helbredsforløbet dokumenteres i indberetningen under et <u>forløbselement</u> for en periode, hvor helbredsforløbet varetages af en <u>sundhedsproducerende enhed</u>.
sygdomsforløb	<u>helbredsforløb</u> der er udløst af sygdom Bemærk: Termen "sygdomsforløb" anvendes i indberetningen og i denne vejledning om de informationer om <u>patientens</u> helbredstilstand og de relaterede <u>sundhedsinterventioner</u> mv., der er afgrænset i forhold til et overordnet sundhedsfagligt eller sygdomsmæssigt tema. Sygdomsforløbet dokumenteres i indberetningen under et <u>forløbselement</u> for en periode, hvor helbredsforløbet varetages af en <u>sundhedsproducerende enhed</u>. Kommentar: Når der tales om "sygdom", skal dette forstås helt bredt, dvs. det inkluderer mistanke om sygdom og udredning for sygdom, der afkræftes, samt i sidste ende også klinisk kontrol efter helbredt sygdom. Sygdom kan her også omfatte mere udefinerede tilstande, der skyldes fx nedsat funktionsniveau som følge af alderdomssvækkelse, der udløser hjemmeplejeforløb og lignende. LPR's <u>helbredsforløb</u> inkluderer også <u>skadeforløb</u>, <u>screeningsforløb</u>, <u>graviditetsforløb</u> (omfatter graviditet, fødsel og barsel) og forløb for nyfødte Se også <u>forløbsansvar</u>, <u>forløbselement</u> og <u>forløbslabel</u>
sundhedsrelateret aktivitet	aktivitet der foregår inden for sundhedsområdet Kommentar: En sundhedsrelateret aktivitet kan være en aktivitet, der er rettet direkte mod én <u>patient</u> (se <u>sundhedsaktivitet</u>) og/eller en aktivitet, der ikke er rettet direkte mod én <u>patient</u>. Eksempler på sundhedsrelaterede aktiviteter: - rettet mod både gruppe og individ: mammografiscreening - rettet mod gruppe: rengøring på sygehus - rettet mod individ: operativt indgreb
sundhedsaktivitet (individualiseret sundhedsaktivitet)	<u>sundhedsrelateret aktivitet</u> der er rettet mod én <u>patient</u>
klinisk enhed	SOR-organisatorisk enhed der leverer <u>sundhedsaktiviteter</u> der vedrører undersøgelse, behandling og pleje Kommentar: kliniske enheder er på et granuleringsniveau i SOR-hierarkiet svarende til LPR-indberetningsniveauet og nedefter

indskrevet patient	<u>patient</u> som er i kontakt med en <u>sundhedsproducerende enhed</u> med henblik på <u>sundhedsintervention</u>
kontaktansvar	<u>klinisk-administrativt ansvar</u> for en <u>patientkontakt</u> Kommentar: Kontaktansvaret afspejles i indberetningen i Kontakt-objektets angivelse af (egenskaben) 'ansvarlig enhed' (SOR-kode). Kontaktansvar kan være på afdelings- eller afsnitsniveau. <i>Se også 'opholdsadresse'.</i>
sundhedsproducent	<u>sundhedsaktør</u> der udfører <u>sundhedsaktivitet</u>
sundhedsprofessionel	<u>sundhedsproducent</u> der er tilknyttet en <u>sundhedsproducerende enhed</u>
sundhedsintervention (intervention) (patientorienteret ydelse) (sundhedsydelse) (procedure)	<u>sundhedsaktivitet</u> der på baggrund af indikation tilsigter at belyse eller påvirke en <u>patients helbredstilstand</u> Kommentar: I Sundhedsloven (LBK nr 1011 af 17/06/2023) hedder det: "Behandling omfatter efter denne lov undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte <u>patient</u> ." Jf. i øvrigt begrebet <u>behandling</u> og <u>undersøgelse</u>
sundhedsproducerende enhed	enhed der danner ramme for <u>sundhedsprofessionel</u> les sundhedsaktiviteter Kommentar: Enheder, der indgår i LPR-indberetningen, er SOR-klassificerede
<i>procedure</i> (ydelse)	<i>Procedure er et indberetningsbegreb for indberetning af <u>sundhedsinterventioner</u>. Procedurer indberettes formaliseret som procedurekoder til LPR efter gældende SKS procedureklassifikationer</i>
procedureansvar	<u>klinisk-administrativt ansvar</u> for en udført <u>sundhedsaktivitet</u> Kommentar: Ved indberetning angives den SOR-enhed, producenten af en udført procedure er tilknyttet, som procedureansvarlig
stedfortræder <i>Nyt forsøg på at indgrænse en praktisk beskrivelse af stedfortræder-begrebet.</i>	person der træder i stedet for en anden ved dennes fravær Kommentar: Definitionen er fra "Den danske ordbog" og er dermed ikke domænespecifik. I forhold til patientregistreringen og LPR-indberetningen anvendes en mere målrettet betydning, idet stedfortræder kun anvendes i forbindelse med kontakter og ydelser, hvor stedfortræderen erstatter, hjælper og faciliterer patientens modtagelse af sundhedsfaglig ydelse. Stedfortræderen modtager således ikke selv ydelser, men formidler disse til patienten på vegne af patienten. Eksempler på stedfortræder i denne anvendte betydning er: • væрге • forælder til barn • anden pårørende, der hjælper patienten efter ovenstående retningslinjer

3 ADMINISTRATIVE OPLYSNINGER

De administrative oplysninger omfatter en række oplysninger, der samlet understøtter den overordnede indberetnings formål og struktur, samt éntydigt beskriver patienten i den aktuelle behandlingskontekst.

De administrative oplysninger er delt op mellem forløbsbeskrivelsen (Forløbselementet med tilhørende data) og kontaktbeskrivelsen (Kontakten med tilhørende data).

Nærværende kapitel vedrører alene ansvarsniveauer (afs. 3.2) og patientoplysninger (afs. 3.3).

Henvisningsoplysninger er i indberetningen primært knyttet til **forløbselementet**, og klinisk-administrativt kontaktansvar og betalingsoplysninger knyttet til **kontakten**.

Forløbsmarkører, der markerer klinisk-administrativ status og hændelser (specificerede tidsstemppler), medregnes også til de administrative oplysninger. Forløbsmarkører beskrives udførligt under afsnit 4.3.

- De øvrige forløbs- og kontaktrelaterede administrative oplysninger er beskrevet i Kap. 4 hhv. Kap. 5

Samlet omfatter de administrative oplysninger følgende:

Ansvarsniveauer (afs. 3.2)

- Forløbsansvar
- Kontaktansvar
- Procedureansvar

Patientoplysninger (afs. 3.3)

- Patient id
- Bopæl
 - landekode
 - kommunekode
 - navn
 - adresselinje

Tvangsforanstaltninger vedrørende somatiske inhabile patienter (afs. 3.4)

Administrative oplysninger i tilknytning til forløbet (Kap. 4)

- Forløbsoplysninger, der afgrænser og sammenbinder kontakter og sundhedsfaglige ydelser
- Henvisningsoplysninger, der obligatorisk knyttes til forløbselement (afs. 4.2)

Forløbsmarkører (afs. 4.3 og afs. 8.5 psykiatri)

- Ventetidsoplysninger
- Udredningsoplysninger
- Behandlingsoplysninger
- Pakkeforløbsmarkører
- Rehabilitering og genoptræning
- Færdigbehandlet indlagt patient
- Retslige vilkår (psykiatri)
- Vilkår med tvangsforanstaltning (psykiatri)

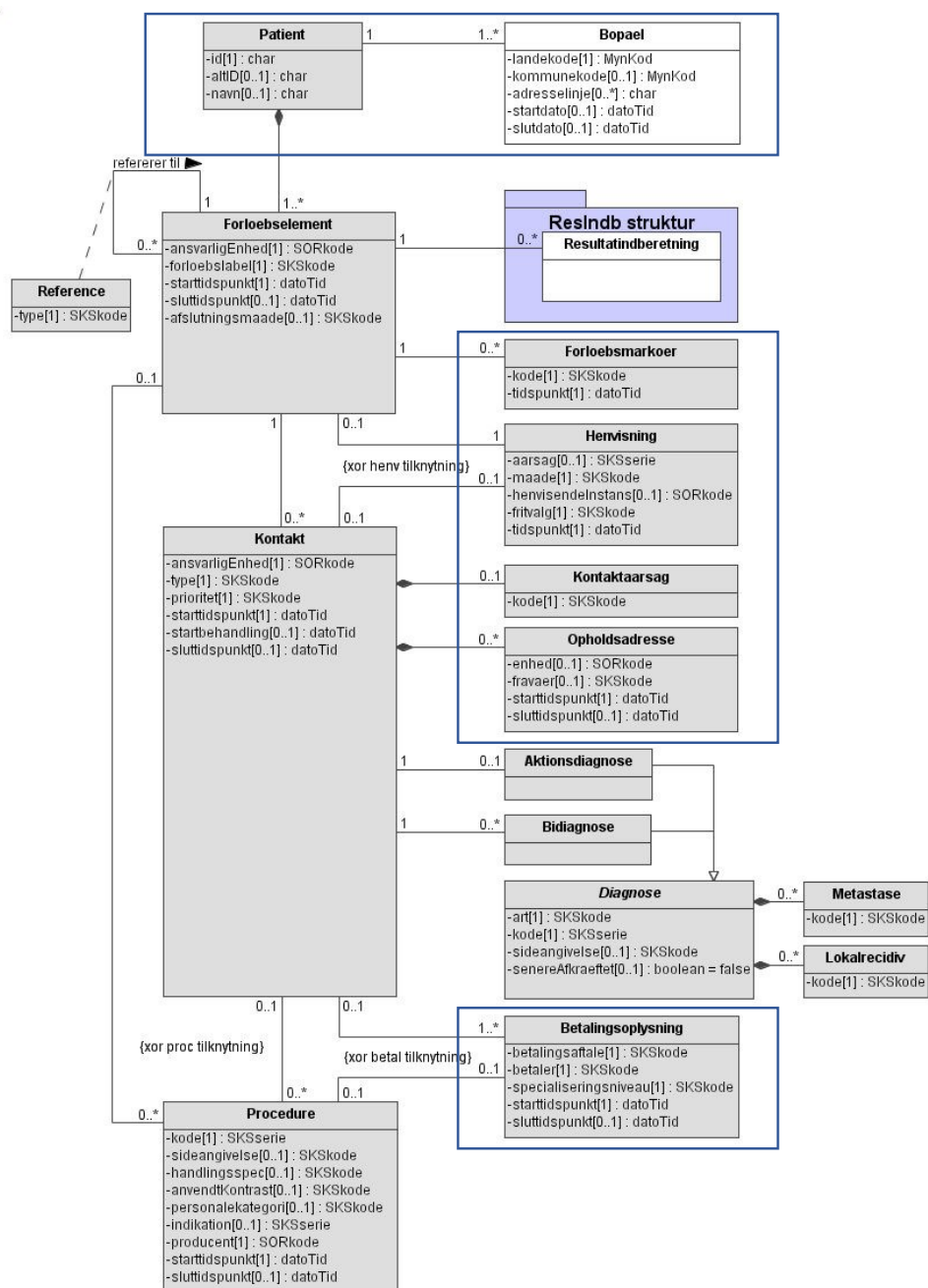
Administrative oplysninger i tilknytning til kontakten (Kap. 5)

- Opholdsadresse og fravær (afs. 5.8)
 - inkl. patientorlov og længevarende fravær med og uden aftale (absenteringer) i psykiatrien
- Henvisningsoplysninger (frivillig) – se beskrivelse under forløb afs. 4.2
- Kontaktårsag (afs. 5.7)
- Betalingsoplysninger (afs. 5.9)

Som det fremgår er flere af de administrative oplysninger beskrevet i de relevante afsnit i kontaktkapitlet mv.

Forløbsmarkører samler alle tidligere markører (tidsoplysninger), venteoplysninger (herunder ventestatus), pakkeforløbskoder og andre tids- og hændelsesoplysninger under en fælles indberetningsmetode.

Modeludsnit – administrative oplysninger



Henvisningsoplysninger skal obligatorisk angives ved oprettelse af nyt forløbselement. Tilsvarende oplysninger kan frivilligt knyttes til kontakten.

Prioritet (akut / planlagt) er obligatorisk for alle kontakter (kontakttyper).

Oversigten nedenfor viser de administrative dataelementer, der beskriver forløbet hhv. kontakterne, samt de referencer, der binder objekter og dataelementer sammen til forløbsdannelse. De administrative oplysninger er i LPR-modellen fordelt flere steder, som vist i oversigten.

Administrative oplysninger i LPR

FORLØBSELEMENT	KONTAKT	FORLØBSMARKØR
objekt-ID ansvarlig enhed reference-ID til andet FE referencetype	objekt-ID ansvarlig enhed reference-ID til FE	objekt-ID reference-ID til FE
<u>Henvisningsoplysninger:</u> henvisningsmåde henvisningstidspunkt henvisningsårsag (frivillig) frit valg	prioritet kontakttype kontaktårsag (somatik) startvilkår (psykiatri) opholdsadresse(r) betalingsoplysning(er) inkl. specialiseringsniveau	Fx "X-kræft: henvisning til pakkeforløb start" (tidsstempelt) til udredning til pakkeforløb X mv.
afslutningsmåde	Henvisningsoplysninger kan frivilligt indberettes for kontakter: henvisningsmåde henvisningstidspunkt henvisningsårsag (frivillig) frit valg	

3.1 Anvendte termer og definitioner – administrative oplysninger

► se også under afs. 4.3 om forløbsmarkører

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
henvisningsoplysninger	se afs. 4.2 samt afs. 4.3 om forløbsmarkører ("henvist til")	
opholdsadresse	se under kontakt (kap. 5). Angives i indberetningen ved SOR-kode	
prioritet	se under kontakt (Kap. 5)	
adresselinje (adresse)	tekstuel angivelse af patientens adresse Kommentar: Anvendes kun for udlændinge bosiddende i Danmark	
kommunekode (bopælskommune)	identifikationskode for en kommune Kommentar: <u>Patientens</u> (borgerens) bopælskommune.	
landekode	identifikationskode for et land i henhold til Myndighedsregisteret Kommentar: Patientens (borgerens) bopælsland, herunder Danmark, når det er opholdsland – se afs. 3.3.1	
bopæl	Kommentar: En patient kan være bosiddende i Danmark uden at have dansk bopæl. Ved bopæl forstås i bekendtgørelse nr 657 af 28/06/2019 om ret til sygehusbehandling m.v. at patienten er tilmeldt Folkeregisteret	
navn (patientnavn)	<u>patientens</u> fulde navn Kommentar: Anvendes i indberetningen kun for <u>patienter</u> uden CPR-nummer	

fortsætter

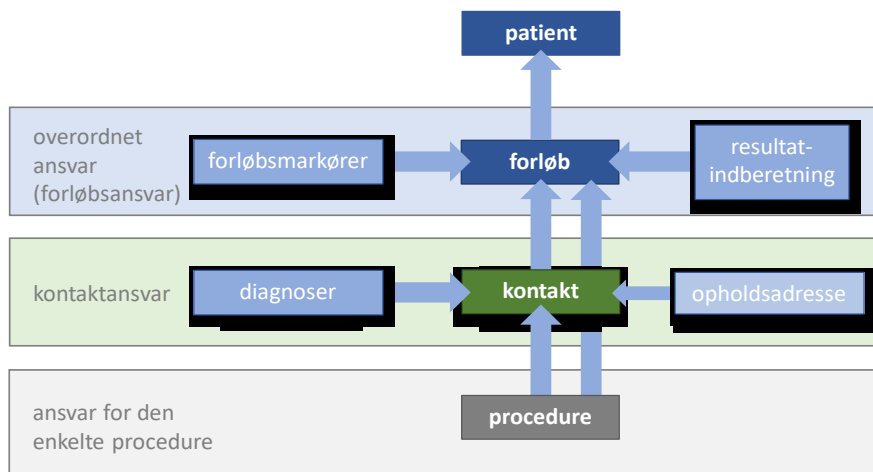
term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
personnummer	identifikationskode for en person der har fået tildelt et personnummer Kommentar: Enhver skal have tildelt et personnummer, hvis vedkommende: 1) folkeregistreres her i landet på grund af fødsel eller tilflytning fra udlandet 2) inddrages under ATP 3) ifølge skattemyndighederne skal have et sådant i forbindelse med skattesagsbehandling her i landet <i>Kilde:</i> LBK nr 1010 af 23/06/2023 Bekendtgørelse af lov om Det Centrale Personregister For <u>patienter</u>, der har fået tildelt et CPR-nummer, anvendes dette som personnummer, uanset om <u>patienten</u> har fast bopæl i udlandet. Hvis et personnummer ikke foreligger ved kontaktens begyndelse, benyttes et erstatningsnummer, som udskiftes med personnummeret, når og hvis dette foreligger og senest inden indberetning til LPR. For øvrige patienter anvendes erstatningsnummer. > Se endvidere afs. 3.3.1.1 vedrørende ændring i patientens ID / Skift af patientens ID	
habil patient	<u>patient</u> der er i stand til at give informeret samtykke Kommentar: Afgørende er om den pågældende kan forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag mv.	
inhabil patient	<u>patient</u> der ikke er i stand til selv at give informeret samtykke Kommentar: <u>Patienter</u> der ikke er fyldt 15 år betragtes ifølge loven som inhabile, men <u>patientens</u> tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning	
midlertidigt inhabil patient	<u>inhabil patient</u> der midlertidigt ikke er i stand til selv at give informeret samtykke Kommentar: Fx bevidstløs <u>patient</u>	
varigt inhabil patient	<u>inhabil patient</u> der varigt ikke er i stand til selv at give informeret samtykke Kommentar: Fx pga. manglende udvikling eller pga. alderdomssvækkelse eller lignende	

3.2 Ansvarsniveauer

Der er i LPR-modellen tre logiske ansvarsniveauer – **forløbsansvar**, **kontaktansvar** og **procedureansvar** (producent). I denne vejledning betegnes ansvar generelt som "klinisk-administrative" på de niveauer, der er relevante for forløb, kontakter og procedurer, idet der altid indgår aspekter af både administrativt (herunder logistisk) og klinisk ansvar. Det typificerede klinisk-administrative ansvarsniveau angives ved SOR-koden for den relevante enhed.

► Definitioner – se afs. 2.1.1

Konceptuel LPR-model med ansvarsniveauer og opholdsadresse



De tre ansvars niveauer og opholdsadresse angives ved SOR-kode i indberetningen. SOR-kode anvendes også for opholdsadressen under fysisk fremmøde (besøg og indlæggelser)

3.2.1 Forløbsansvar

Forløbsansvaret, angivet ved SOR-enhed, er ansvaret for patientens sygdomsforløb eller for den del af sygdomsforløbet, der afspejles i forløbselementets tidsudstrækning for den givne organisatoriske enhed.

► Vedr. forløb og forløbselementet – se Kap. 4

Indberetningsmodellen sikrer en høj grad af sammenhæng og fleksibilitet, således at regioner og andre indberettere kan indrette de kliniske og administrative lag og dermed ansvars niveauer efter, hvad der er mest hensigtsmæssigt for den daglige drift, samarbejde og dokumentation på de niveauer, der er relevante for god og sammenhængende patientbehandling.

Eksempel

Hofteartrose-forløb (forløbslabel 'andre forløb') med forløbsansvar på "Ortopædkirurgisk center". Forløbselementet er oprettet ved modtagelse af henvisning fra speciallæge.

Patienten møder præoperativt til undersøgelse på "Billeddiagnostisk afdeling". Indberettes som selvstændig kontakt (kontakttype: 'fysisk fremmøde') tilknyttet forløbselementet (=forløbsansvar) på "Ortopædkirurgisk center" samt procedurekode(r) for undersøgelsen. "Billeddiagnostisk afdeling" er her (kun) kontakt- og procedureansvarlig.

Patienten indlægges (kontakttype: 'fysisk fremmøde') til planlagt operation på "Ortopædkirurgisk sengeafsnit", der har kontaktansvar og opholdsadresse.

Billeddiagnostisk afdeling yder (assistance) procedure (procedureansvar), der knyttes til kontakten på sengeafsnittet

Forløbsansvar vil altid ligge på samme eller højere organisatorisk niveau end kontakten. Hvis ansvaret for kontakten fx ligger på afdelingsniveau (medicinsk afdeling) eller eventuelt afsnitsniveau (sengeafsnit, ambulatorium), vil ansvaret for forløbet typisk ligge på afdelings- eller eventuelt centerniveau.

Under forløbsniveauet kan der være kontakter på forskellige afdelinger og dermed forskellige kontaktansvar, der SOR-hierarkisk ikke er direkte underordnet den forløbsansvarlige enhed, fx (som i ovenstående eksempel) selvstændig kontakt (fysisk fremmøde) på radiologisk afdeling (kontaktansvar) under et ortopædkirurgisk forløb (forløbsansvar).

Forløbsansvaret kan hensigtsmæssigt lægges på det højeste meningsfulde klinisk-administrative niveau, hvorved mange skift i forløbselementer kan undgås. Forløbsansvaret gælder kun for den periode, som forløbselementet indrammer. Forløbsansvaret for sygdommen kan afsluttes eller overdrages til anden sundhedsfaglig part.

3.2.2 Kontaktansvar

Kontaktansvaret vil ofte være på afdelingsniveau, evt. på afsnitsniveau.

Kontaktansvaret er tilsvarende afgrænset til den indberettede kontakts tidsramme – fra starttidspunkt til sluttidspunkt.

Hvis kontaktansvaret skal skifte (stor flytning), afsluttes kontakten, og ny kontakt oprettes for det nye kontaktansvar (SOR-enhed).

Der kan være skiftende opholdsadresse under en patientkontakt – se nærmere under afs. 5.5

3.2.3 Procedureansvar

Procedureansvaret angives ved producenten (SOR-enhed) af den indberettede procedure, der har det kliniske ansvar for den udførte procedure. Procedureansvaret kan være sammenfaldende med kontakt-

ansvaret, eller det kan være en helt anden organisatorisk enhed ved (assistance)ydelse, hvor en anden enhed yder en procedure, der knyttes til kontakten eller forløbet i indberetningen

3.2.4 Opholdsadresse

Uanset ovenstående betragtninger skal kontakter af typen 'fysisk fremmøde' altid have en opholdsadresse, således at det, uanset organisatorisk opbygning, fremgår, hvor patienten fysisk har opholdt sig under kontakten. Dette svarer normalt til sengeafsnit (svt. plejeansvar) eller ambulatorieafsnit.

Opholdsadresse (afs. 5.5) indberettes med historik, således at patienten kan flytte (lille flytning) under patientkontakten med uændret kontaktansvar (SOR-enhed).

Der skal ikke skiftes opholdsadresse, fordi en patient som led i en indlæggelse eller en ambulant kontakt i en kortere periode "sendes i røntgen".

3.3 Patientoplysninger

Den individbaserede indberetning er altid samlet i forhold til én konkret patient, der entydigt identificeres ved et CPR-nummer eller ved et erstatningsnummer. Dette indberettes som objektet "Patient".

"Patient" indberettes altid sammen med et forløbselement. Alle øvrige indberetningselementer knyttes til forløbselement direkte eller indirekte via at andet indberetningsobjekt.

3.3.1 Patienten (patientidentifikation)

Patientoplysningen skal altid indberettes ved indberetningen af et Forløbselement.

I indberetningen indgår personidentifikationen i indberetningsobjektet Patient:

Patient	datatype	udfaldsrum	kardinalitet	regel / beskrivelse
id	char	CPR-format (standard)	1	obligatorisk CPR-nummer eller erstatningsnummer Udgangspunktet vil være OIO anbefalingerne baseret på ISO standard 8601
altID	char	ikke fastlagt	0..1	Bemærk: Kan ikke anvendes i indberetningen

Patient-ID (personnummer) kan antage 3 former, der er bestemmende for, hvilke bopælsoplysninger, der skal indberettes:

- **CPR-nummer**
 - administreres af CPR
 - alle relevante oplysninger inkl. historik slås op i CPR
 - **administrativt CPR-nummer**
 - administreres af CPR
 - personnavn kan slås op i CPR
 - administrative CPR-numre tildeles af fx SKAT til personer, der ikke har haft adresse i DK, men som har skatteforhold, der relaterer sig til DK.
 - sådanne personer har derfor ingen dansk adresse, men stedfæstes ved en landekode for bopælsland, som skal indberettes sammen med patient-ID, da landekoden ikke i alle tilfælde kan slås op i form af en officiel myndighedskode i CPR.
- **erstatningsnummer**
 - administreres og tildeles indtil videre lokalt i regioner og på private sygehuse og klinikker
 - kendt patient bosiddende i DK, der tildeles et erstatningsnummer, indberettes med landekode 'Danmark', personnavn og adresse, . Fx flygtninge, asylansøgere – se evt. LBK nr 1205 af 25/08/2022 om udlændingeloven

- kendt udenlandsk patient, der tildeles et erstatningsnummer, indberettes med personnavn og landekode iht. Myndighedsregisteret for bopælsland. Dette omfatter turister, EU-borgere, besøgende til personer folkeregistreret i Danmark – se LBK nr 1010 af 23/06/2023 vedr. lov om Det Centrale Personregister
- ukendt patient, der tildeles erstatningsnummer kan indberettes med landekode 'ukendt'. Hvis og når identiteten tilvejebringes, genindberettes med de korrekte oplysninger

3.3.1.1 Ændring af patientens ID

Følgende principper er gældende, når ID-ændring på patienten skal håndteres lokalt og i indberetningen.

3.3.1.1.1 Ved brug af erstatningsnummer inden endelig identifikation eller inden oprettelse af officielt CPR-nummer

Udskiftning af erstatningsnummer kan foretages med tilbagevirkende kraft.

”Udskiftning” betyder, at data, som før var indberettet på erstatningsnummeret, flyttes og indberettes på patientens CPR-nummer (eller et alternativt erstatningsnummer).

- I samme indberetningssekvens skal tidligere indberetninger på erstatningsnummeret slettes via en slettefil ('nullify act').

Princippet gælder for patienter, som er behandlet inden endelig identifikation, men også for patienter, som tildeles et CPR-nummer på et tidspunkt efter start af behandlingsforløb mv.

Udskiftningen må foretages til en dato før CPR-nummerets gyldighedsdato.

For patienter, som er oprettet med flere erstatningsnumre på det enkelte hospital, kan der tilsvarende udskiftes, også i indberetningen således, at data samles på ét erstatningsnummer. Dette kan endvidere udskiftes til et CPR-nummer.

3.3.1.1.2 Ved patientens skift af officielt CPR-nummer til nyt CPR-nummer, fx ved juridisk kønsskifte

Ændring af officielt CPR-nummer i indberettede data må ikke gøres med tilbagevirkende kraft.

Ved ændring af patientens officielle CPR-nummer, skal historikken på det enkelte CPR-nummer bevares i indberetningen. Det betyder, at tidligere indberetninger på ét CPR-nummer, **IKKE** må flyttes til et andet CPR-nummer. Data på ét CPR-nummer må således ikke flyttes til et andet CPR-nummer uden for dets gyldighedsperiode.

- Princippet er undtaget ved *fejl-oprettet CPR-nummer*. Ved fejloprettet CPR-nummer annulleres dette i CPR-registeret og et nyt oprettes med tilbagevirkende kraft. ”Udskiftning” af fejloprettet CPR-nummer lokalt og i indberetning må da foretages med tilbagevirkende kraft.

For klinisk overblik i anvendte systemer, når patienten skifter CPR-nummer, anvendes officielle CPR-oplysninger om skift fra historisk CPR-nummer til gyldigt CPR-nummer til sammenkædning af data

Bemærk

Nyt forløbselement(er) er påkrævet ved skift af patientens officielle CPR-nummer.

- Generelle forhold vedr. forløb – se kap. 4

3.3.2 Bopælsoplysninger

I de fleste tilfælde vil det være muligt at slå bopælsoplysninger op i CPR-registeret inkl. historik oplysninger, men afhængigt af typen af patient-ID kan det være nødvendigt at indberette bopælsoplysninger.

Disse oplysninger er alle indeholdt i indberetningsobjektet **Bopael**, der refererer til **Patient**:

Bopæl	data-type	udfaldsrum	kardinalitet	regel / beskrivelse
navn	char	tekst	0..1	navn på patient
adresselinje	char	tekst	0..*	adresse for patient angivet ved et vilkårligt antal adresselinjer
landekode	MynKod	officiel landekode i henhold til Myndighedsregisteret	0..1	<u>Kode for bopælsland:</u> landekode Danmark: 5100 landekode Færøerne: 5902 landekoder: 5102-5779 landekode ukendt: 5999
kommunekode	MynKod	officiel kommunekode i henhold til Myndighedsregisteret	0..1	<u>Kode for dansk bopæls- eller opholdskommune:</u> kommuner i Danmark: 0101-0860 kommuner i Grønland: 0955-0961
startdato	datoTid	tidspunkt	0..1	historik for CPR-oplysninger hentes via opslag i CPR. Start- og slutdato er ikke obligatorisk, når kun aktuelle adresse angives, men ikke overlappende datoer kræves ved angivelse af flere adresseoplysninger i samme indberetning
slutdato	datoTid	tidspunkt	0..1	

► Myndighedsregisteret kan findes under: www.cpr.dk

”Bopælsoplysning” (Bopael) refererer i indberetningen til patientoplysningen.

Bopælsoplysningerne er lande- og kommunekode, samt – som en del af nødvendige data vedr. betalingsoplysninger – mulighed for at indberette konkrete adresseoplysninger (egenskab: adresselinje).

Vejledning for indberetning af landekode:

Patient med:	Landekode	forklaring
CPR-nummer	– ¹⁴	¹⁴) ”-” markeret felt: Der må ikke indberettes *) undtagelse for dødfødt barn, der først får et erstatningsnummer og senere et administrativt personnummer – se afs. 11.4
administrativt personnummer	+; ikke {5100}	
erstatningsnummer, dansk ophold	{5100}*	
erstatningsnummer, udenlandsk bopæl	+; ikke {5100}	
erstatningsnummer, ukendt person	{5999}	

► Se nærmere regler og valideringer i Bilag 1

3.4 Indgreb over for somatiske inhabile patienter

► Der henvises til særlig ”Registreringsvejledning vedr. anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og andre indgreb i selvbestemmelsesretten” med reference til lovgivningen på området.

Kravene og indberetningen beskrevet i dette afsnit gælder over for **somatisk indlagte varigt og midlertidigt inhabile patienter** på offentlige sygehuse og på private sygehuse med aftale med regionsrådet, der vurderes som midlertidigt eller varigt inhabile jf. *vejledningen* til lovgivningen.

Indberetningen omfatter indberetning af procedurer for påsætning af personligt alarm- og pejlesystem, for tilbageholdelse samt for tilbageførsel som led i nødvendig patientbehandling.

3.4.1 Anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer (tvangsforanstaltning)

Midlertidig anvendelse af personligt alarm- eller pejlesystem indberettes med procedurekode tilhørende kodeliste: [proc.inhabil.suba], der *pt.* indeholder følgende koder:

Indberetning ved anvendelse af personligt alarm- eller pejlesystem:

SKS-kode	[proc.inhabil.suba]	Regel
{BRTF1*}	Anvendelse af alarmsystem	Trigger for resultatindberetningen : 'Beslutning vedrørende personligt alarm og pejlesystem' – se nærmere i afs. 14.2 Der <i>skal</i> registreres varighed for behandlingsperioden på den aktuelle patientkontakt ved angivelse af tidstro start- og sluttidspunkt til den anvendte procedurekode
{BRTF2*}	Anvendelse af pejlesystem	
{BRTF9}	Anvendelse af alarm- og pejlesystem UNS	

Varighed af indgrebet skal indberettes via (start- og) sluttidspunkt for procedurekoden (BRTF-kode) under den aktuelle patientkontakt.

3.4.2 Tilbageholdelse og tilbageførsel af inhabil patient

Tilbageholdelse hhv. tilbageførsel af inhabil patient på **somatisk** afdeling skal indberettes med procedurekode med tilhørende obligatorisk **personalekategori** for den sundhedsperson, der har ansvaret for beslutningen.

Indberetningen knyttes til den kontakt, hvorunder indgrebet er sket.

Indberetning ved tilbageholdelse hhv. tilbageførsel af inhabil patient:

SKS-kode	[proc.inhabil.subb]	Regel
{BRXY11}	Tilbageholdelse af inhabil patient	skal specificeres med personalekategori (AP-kode) i egenskaben: Procedure/personalekategori
{BRXY12}	Tilbageførsel af inhabil patient	

Indberetningen af personalekategori foretages obligatorisk i egenskaben Procedure/personalekategori.

- ▶ Se nærmere i afs. 7.1.13

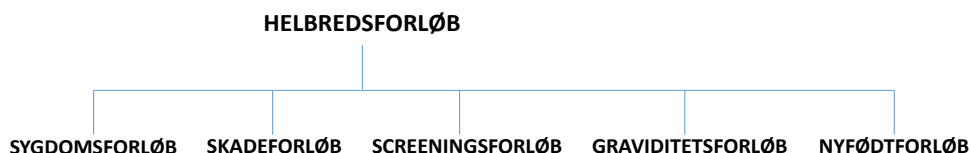
4 FORLØB

Et helbredsforløb er et samlet klinisk forløb, der beskriver en helbredstilstand over tid.

Alle patientkontakter og ydelser til patienter, der er indskrevet på sygehus, skal i indberetningen knyttes til det helbredsforløb, som ydelserne primært vedrører.

Forløbet indberettes, afhængig af lokal organisatorisk opbygning, som et eller flere sammenknyttede **forløbselementer**, hvor det enkelte forløbselements varighed udtrykker perioden, hvor en klinisk enhed har helt eller delt forløbsansvar for det aktuelle helbredsforløb.

Indberetningskravene er i denne vejledning opdelt og udspecificeret i forhold til følgende typer af helbredsforløb:



► Definitioner findes i afs. 4.1.1

Helbredsforløbet, herunder særskilte sygdomsforløb for de enkelte sygdomme, er helt centralt i forståelsen af indberetningens overordnede forløbsopbygning og de afledte krav og indhold.

Forløbet kan over tid udtrykkes ved forskellige kontakt-diagnoser og varetages under en eller flere organisatoriske enheder. LPR-modellens opbygning og krav sikrer sammenhængen mellem de forskellige aktører, der "spiller med" på udredning og behandling mv. i det samme afgrænsede helbredsforløb.

Et **sygdomsforløb** er begrundet i en konkret manifest sygdom, mistanke om sygdom eller fortsat forløb efter udredning og behandling af sygdommen. Et kræftforløb (inkl. pakkeforløb for kræft) afspejles i et sygdomsforløb, begrebsmæssigt fra "Obs. pro" over manifest sygdom, behandling, efterbehandling, remission, recidivforebyggende behandling, kontrol og rehabilitering. Flere klinisk uafhængige kræftsygdomme hos den samme patient udtrykkes tilsvarende hver for sig i selvstændige sygdomsforløb.

Patientens (samtidige) diabetes-forløb dokumenteres samlet i et andet sygdomsforløb i indberetningen.

Til hvert af disse forløb knytter der sig en specifik **forløbslabel**, der overordnet typificerer det aktuelle selvstændige helbredsforløb, fx 'KOL', 'Type 2-diabetes', 'Kræftsygdomme' og 'Andre forløb' m. fl. – se nærmere under afs. 4.1.7.

Et sygdomsforløb starter ofte med "Obs. pro", dvs. en klinisk mistanke, eventuelt blot et symptom som den første beskrivelse af *tilstanden* og som årsagen til henvisning eller den første akutte patientkontakt.

I den modsatte ende omfatter det samlede sygdomsforløb adjuverende og recidiv-forebyggende behandling, genoptræning og klinisk kontrol også efter radikal behandling. Nyopstået klinisk recidiv af sygdommen efter, at forløbet tidligere er afsluttet, hører også til sygdomsforløbet – se afs. 4.1.6 vedr. "pegen tilbage" på tidligere forløbselement for den samme sygdom.

Omvendt kan forløbet slutte tidligt, fx ved afkræftelse af mistanke om kræftsygdom uden behov for fortsat udredning eller sygdomsbehandling, som det ofte sker i kræftpakkeforløb.

Et helbreds- eller sygdomsforløb omfatter også de følgetilstande og komplikationer, som er en direkte følge¹ af sygdommen og behandlingen af den pågældende helbredstilstand. Selvstændige kontakter for følgetilstande og komplikationer skal således knyttes netop til det sygdomsforløb, som de klinisk relaterer sig til, således at alle aspekter af sygdommen og dens behandling beskrives samlet.

¹ Principper med tilhørende bedre vejledning diskuteres pt. i en arbejdsgruppe med regionerne

Patientrettighederne er lovgivningsmæssigt knyttet til sygdomsforløbet. Patientrettighederne (afs. 4.3.8-9) monitoreres via forløbsmarkører (afs. 4.3+), der angives i indberetningen som målepunkter i det samlede sygdomsforløb. Det er derfor meget vigtigt, at brugerne til stadighed er opmærksomme på, at hele forløbet "tegnes" sammenhængende uanset, hvordan det så eventuelt opdeles i et eller flere sammenhængende forløbselementer.

Eksempler

Det komplette diabetes 2-forløb ...

Udredning og behandling af en patient med nydiagnosticeret type 2 diabetes varetages under overordnet klinisk forløbsansvar på "Diabetescentret".

Alle kontakter og ydelser, der vedrører denne sygdom, indberettes i et samlet sygdomsforløb med forløbslabel 'Type 2-diabetes', herunder også de ydelser, der varetages af "andre specialer" som fx øjenafdelingen og nefrologisk afdeling, der kontrollerer og behandler **følgetilstande** til sukkersygen.

Delforløbene i de enkelte specialer kan indberettes som selvstændige forløbselementer hver med forløbslabelen 'Type 2-diabetes'. De konkrete diagnoser for følgetilstande vil fremgå af kontakterne, der knyttes sig til det samlede sygdomsforløb, uanset om det samlede sygdomsforløb administreres under et fælles forløbselement eller under flere relaterede "speciale-specifikke" forløbselementer for (referencetype²⁾ "samme sygdom"

► ²⁾ referencetype – se under afs. 4.1.6

Det komplette kræftforløb ...

fra henvist til udredning eller pakkeforløb, udredning over primær behandling og efterfølgende adjuverende behandling, behandlingskontrol, også ved eventuel fortsat klinisk kontrol efter afslutning af recidivforebyggende behandling, samt eventuelle kliniske recidiver tilhører det samme og samlede helbredsforløb.

Det samlede kliniske forløb kan afspejles under et fælles forløbselement, svarende til ét fælles forløbsansvar, eller under flere relaterede "speciale-specifikke" forløbselementer – samtidige eller serielle, med eller uden huller i kæden.

Alle forløbselementer, der indgår i kræftforløbet, før, under og efter sygdomsperioder, skal have forløbslabel 'Kræftsygdomme' og relateres *tilbage* med "samme sygdom" (se videre i afs. 4.1.6)

4.1 Beskrivelse – Forløbselementet

Forløbselementet (FE) er det logiske indberetningsobjekt, der samler alle typer af kontakter, diagnoser, forløbsmarkører og kliniske ydelser, som patienten har modtaget i en periode i et klinisk helbredsforløb, hvor patienten er tilknyttet en forløbsansvarlig klinisk (SOR) enhed.

Alle enhedens kontakter (med kontaktdiagnoser og -procedurer), forløbsmarkører, resultatindberetninger og forløbsprocedurer (=ydelser uden (samtidig) kontakt), der hører til det konkrete helbredsforløb, knyttes i indberetningen til forløbselementet. Forløbselementet tematiseres overordnet ved en forløbslabel – se videre i afs. 4.1.7.

I det følgende beskrives forløbselementet, som det overordnede samlende element i indberetningen, og de umiddelbart tilknyttede dataelementer og oplysninger.

Forløbsmarkører markerer tidsstemplede hændelser i det konkrete og aktuelle forløb, fx i forhold til patientrettigheder og pakkeforløb. Forløbsmarkører er nærmere beskrevet i afs. 4.3.

- Henvisningsoplysninger, der knyttes til forløbselement i indberetningen, beskrives i afs. 4.2
- De øvrige relaterede indberetningsobjekter er beskrevet i andre kapitler: Kontakt (Kap. 5), Diagnose (kap. 6), Procedure (Kap. 7) og resultatindberetninger i kap. 9-14

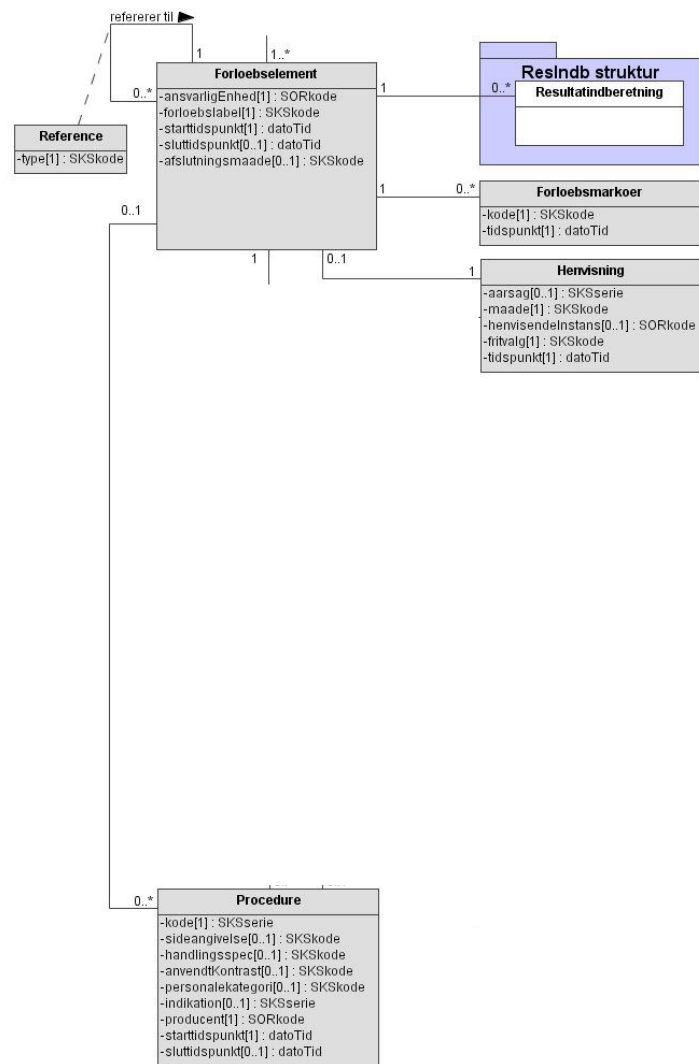
Modeludsnit – Forløbselement

Enhver kontakt, forløbsmarkør og procedure skal knyttes til netop ét forløbselement – det element, vurderet og angivet ved forløbslabel, der **klinisk vurderet** er den sygdom (helbreds-tilstand), som kontakten/ydelsen primært har drejet sig om.

Da kontakter og procedurer kun kan knyttes til ét forløbselement, vil det ved flere samtidige forløbselementer altid være en *klinisk vurdering*, hvilket forløb, som kontakter og procedurer knyttes til med den højeste kliniske relevans, når kontakten eller proceduren har omhandlet flere sygdomme dokumenteret under flere forskellige sygdomsforløb (forløbselementer).

Beskrivelsen i det følgende i denne vejledning gælder de generelle fælles minimumskrav til indberetningen.

Bemærk: Den enkelte region kan herudover vælge at udbygge med lokale krav for oprettelse af forløbselementer og eventuelt mere specificerede forløbslabels



En klinisk enhed kan være involveret i helbredsforløbet i en kortere eller længere periode, hvilket afspejles i forløbselementet og de tilknyttede indberetninger. Der kan være flere kliniske enheder involveret samtidigt i det samlede sygdomsforløb.

Om forskellige centre og afdelinger så i praksis kan anvende *det samme forløbselement* afhænger af de lokale systemmuligheder og lokal aftalt praksis.

Det enkelte forløbselement skal, hvis der ikke indberettes under samme fælles forløbselement, refereres til et andet forløbselement for samme sygdom, når samme sygdom skal behandles på en ny enhed.

Hvis der lokalt oprettes flere forløbselementer (fx specialevis) for den samme sygdom, skal disse ligeledes indberettes som selvstændige forløbselementer og refereres, jf. afs. 4.1.6.

Det er nærmere beskrevet under "referencetype" (afs. 4.1.6), hvordan der skabes relation på tværs af forløbselementer ved flere *delforløb* for samme sygdom, samt når der viderehenvises til ny enhed (inkl. egen) ved nyopstået tilstand eller sygdom.

Hvis der i denne forbindelse og i øvrigt anvendes *lokale* sub-labels for specifikke sygdomme eller sygdoms-tilstande, skal der ved indberetning aggregeres til den relevante nationale label fx 'Kræftsygdomme' eller 'Andre forløb'.

Ved **multimorbiditet** (flere samtidige sygdomme) skal der oprettes flere samtidige aktive forløbselementer, uanset om udredning og behandling sker under samme eller forskellige kliniske enheder.

- ▶ De eksakte krav vedrørende oprettelse af forløbselement beskrives nærmere i afs. 4.1.2

Ved patientkontakter i forløbet skal **den enkelte patientkontakt** (med kontaktdiagnoser og procedurer) knyttes til et (og kun et) forløbselement.

Ved ligeværdige sygdomme, der behandles samtidig (fx i det viste eksempel på næste side), skal kontakten knyttes til det på kontakten klinisk set tungeste sygdomsforløb, hvilket også oftest vil modsvare kontaktens aktionsdiagnose. Dette er således i sidste ende en **klinisk vurdering**.

Eksempel

”Onkologisk center” har forløbsansvaret for to kræftforløb (forløbselementer) for behandlingen af patient med to kræftsygdomme – fx brystkræft og ondartet modermærkekræft.

Forløbene indberettes som selvstændige (uafhængige) forløbselementer hver med forløbslabelen ’kræftsygdomme’. De konkrete diagnoser og kliniske ydelser vil fremgå af kontakterne, der knyttes op til et forløbselement.

De obligatoriske sygdomsspecifikke forløbsmarkører for de respektive pakkeforløb og patientrettigheder knyttes éntydigt til hvert af de to forløbselementer

Forløbsmarkører skal tilsvarende altid knyttes til det forløb (forløbselement), som markørerne relaterer sig til. Forløbsmarkører, der afspejler fx ventetidsinformation, skal således knyttes til netop det forløbselement, der aktuelt indgår i patientens samlede venteforløb i det relevante sygdomsforløb.

Procedurer, der ikke er udført under en patientkontakt, dvs. ”forløbsprocedurer”, skal ligeledes knyttes til det forløbselement, som ydelser primært er klinisk relateret til og, hvor forløbsansvaret ligger.

- [Procedurer er beskrevet i Kap. 7; forløbsprocedurer i afs. 7.1.2](#)

Henvisningsperioden og henvisningsoplysninger er knyttet til forløbselementet, der ved planlagt forløb senest startes ved modtagelse af henvisningen på den primære forløbsansvarlige enhed.

Resultatindberetning (Kap. 9) knyttes altid udover den specifikke trigger-relation i indberetningen til det relevante helbredsforløb (forløbselement) i indberetningen.

Forløbselementet kan fortsætte efter patientens død, hvis der er krav eller behov for at dokumentere og indberette ydelser relateret til sygdomsforløbet *postmortem*.

- [Se nærmere om ydelser til afdøde \(herunder krav\) under afs. 7.2.1](#)

4.1.1 Anvendte termer og definitioner – forløb og forløbselementet

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
henvisningsoplysninger	<i>Henvisningsoplysninger knyttet til nyt forløbselement - se afs. 4.2</i>	
begreber indeholdt under forløbsmarkører	<i>Se afs. 4.3.2</i>	
helbredsforløb	forløb der beskriver udviklingen af <u>helbredstilstand</u> over tid Kommentar: Når helbredsforløb udmøntes i praksis skal de være <u>patientnære</u> dvs. de skal kunne tilføjes en entydig personidentifikation. Bemærk: I LPR afgrænses et helbredsforløb klinisk til tematiserede områder, herunder sygdomsområder – <i>se også <u>forløbsansvar</u></i> Omfatter: Sygdomsforløb, graviditetsforløb, nyfødtforløb, skadeforløb og screeningsforløb: HELBREDSFORLØB <pre> graph TD HB[HELBREDSFORLØB] --- SY[SYGDOMSFORLØB] HB --- SK[SKADEFORLØB] HB --- SC[SCREENINGSFORLØB] HB --- GR[GRAVIDITETSFORLØB] HB --- NY[NYFØDTFORLØB] </pre> Helbredsforløbet dokumenteres i indberetningen under et <u>forløbselement</u> for en periode, hvor helbredsforløbet varetages af en <u>sundhedsproducerende enhed</u>.	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
sygdomsforløb	<u>helbredsforløb</u> der er udløst af sygdom Bemærk: Termen "sygdomsforløb" anvendes i indberetningen og i denne vejledning om de informationer om <u>patientens</u> helbredstilstand og de relaterede <u>sundhedsinterventioner</u> mv., der er afgrænset i forhold til et overordnet sundhedsfagligt eller sygdomsmæssigt tema. Sygdomsforløbet dokumenteres i indberetningen under et <u>forløbselement</u> for en periode, hvor helbredsforløbet varetages af en <u>sundhedsproducerende enhed</u>. Kommentar: Når der tales om "sygdom", skal dette forstås helt bredt, dvs. det inkluderer mistanke om sygdom og udredning for sygdom, der afkræftes, samt i sidste ende også klinisk kontrol efter helbredt sygdom. Sygdom kan her også omfatte mere udefinerede tilstande, der skyldes fx nedsat funktionsniveau som følge af alderdomssvækkelse, der udløser hjemmeplejeforløb og lign. LPR's <u>helbredsforløb</u> inkluderer også <u>skadeforløb</u>, <u>screeningsforløb</u>, <u>graviditetsforløb</u> (omfatter graviditet, fødsel og barsel) og <u>nyfødtforløb</u>. Se også <u>forløbsansvar</u>, <u>forløbselement</u> og <u>forløbslabel</u>	
skadeforløb	<u>helbredsforløb</u> der er udløst af skadehændelse Kommentar: Omfatter i indberetningen ulykker, selvskade og voldshandlinger (se Kap. 13). Indberettes med forløbslabel: 'andre forløb'	
graviditetsforløb	<u>helbredsforløb</u> der er udløst af graviditet Omfatter graviditet, fødsel og barsel Indberettes med forløbslabel: 'graviditet, fødsel og barsel'. Inkl: Forløb med spontan abort og svangerskabsafbrydelse (se Kap. 12) Ekskl: IVF behandling og lignende svangerskabsfremmende forløb (forløbslabel: 'andre forløb')	
nyfødtforløb	<u>helbredsforløb</u> der tildeles et barn når det fødes Inkl: Levendefødte og dødfødte børn Kommentar: Forløb for nyfødte omfatter i indberetningen kun det afgrænsede første helbredsforløb på obstetrisk afdeling eller i hjemmet, hvor der skal foretages fødselsanmeldelse af barnet. Forløbet kan inkludere rutinemæssige ydelser i den første del af neonatalperioden – se Kap. 11 Indberettes med forløbslabel: 'nyfødte'	
screeningsforløb	<u>forebyggelsesforløb</u> begrundet i nationalt <u>screeningsprogram</u> Kommentar: Screeningsforløb omfatter kun en periode, hvor der foretages screening og opfølgning på dette i henhold til et nationalt defineret screeningsprogram. Hvis der ved screeningen findes mistanke om sygdom, afsluttes screeningsforløbet, og patienten overgår til et sygdomsforløb under samme eller nyt forløbselement	
forløbsansvar (helbredsforløbsansvar)	<u>klinisk-administrativt ansvar</u> for et <u>helbredsforløb</u> Kommentar: Forløbsansvaret i LPR omfatter et tematiseret dvs. klinisk afgrænset helbredsforløb, fx et kræftforløb eller et graviditetsforløb (omfatter graviditet, fødsel og barsel). I praksis kan ansvaret for en patients samlede forløb være hos en SOR-enhed (fx på et kræftcenter) eller fordelt på flere (fx kirurgisk og onkologisk afdeling). Ved indberetning angives SOR-enheden for det forløb eller delforløb, der indberettes som et <u>forløbselement</u>. I indberetningen afspejles forløbsansvaret i forhold til den del af et helbredsforløb, der indberettes inden for tidsrammen af et forløbselement. Den forløbsansvarlige enhed vil typisk være en klinisk afdeling eller center, der dækker et eller flere lægefaglige specialer. Forløbsansvaret kan også inkludere kontakter i helbredsforløbet, der foregår på andre kliniske og parakliniske^{*)} enheder, der ikke er en del af den organisatoriske enhed, der har forløbsansvaret. Fx hvis en diabetespatient, som led i sit diabetesforløb, har en kontakt i øjenafdelingens ambulatorium. ^{*)} parakliniske enheder: Billeddiagnostiske enheder, laboratorier og lignende enheder, der yder <u>sundhedsinterventioner</u>	
afslutning ved død	afslutning af forløb ved patients død Kommentar: Afslutningsmåde = 'død' anvendes, når forløbet afsluttes pga. patientens død. Forløbet afsluttes, når <u>forløbsansvarlige</u> enhed modtager besked om dødsfaldet med mindre, at der skal indberettes ydelser efter døden	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
afslutningsmåde - for forløbselement	angivelse af den instans som et forløb afsluttes til Kommentar: Afslutningsmåde for forløbselement i LPR-indberetningen. SKS-klassificeret. Fx 'afsluttet til primærsektor'	
ansvarlig enhed - for forløbselement	klinisk-administrativ enhed der varetager <u>forløbsansvaret</u> for en periode Kommentar: Perioden er lig med den tidsmæssige udstrækning af forløbselementet. Hvis forløbsansvaret skal skifte, skal der indberettes et nyt forløbselement	
forløbselement	ramme for samling af information om et helt eller en del af et <u>helbredsforløb</u> Kommentar: Informationerne er administrative og kliniske oplysninger om <u>helbredstilstande</u> , hændelser og ydelser, der indgår i en tidsmæssig rækkefølge. Forløbselementet sammenbinder aktiviteter under et overordnet koordinerende administrativt og klinisk ansvar - forløbsansvar: se afs. 3.2 - for varetagelse af den sygdomsforløbsperiode, der indberettes som et forløbselement. Når der i dette dokument anvendes ordet "sygdomsforløb", refereres der til det tematiserede (forløbslabel) forløb, der dokumenteres og indberettes under et forløbselement (med de dertil hørende øvrige dataelementer) hhv. under flere sammenhængende forløbselementer ud fra betragtningen og referencen "samme sygdom", der er betinget af granuleringen af forløbslabels og de regler, der hører til oprettelsen af forløbselementer	
forløbslabel	overordnet klinisk tema for de informationer vedrørende et helbredsforløb der samles under et <u>forløbselement</u> Kommentar: Forløbslabels indgår i en SKS-klassifikation, der kan og kun kan justeres efter aftale med regionerne	
forløbsmarkør	tidsstemple angivelse af en begivenhed i et <u>helbredsforløb</u> Eksempel: 'Lungekræft: Henvisning til pakkeforløb start' Forløbsmarkører er SKS-klassificeret	
referencetype - for forløbselement	type af sammenhæng fra et nyt <u>forløbselement</u> til et andet aktivt eller tidligere forløbselement Kommentar: Referencetyper angiver fx om der ved henvisning i et forløb er tale om samme sygdom eller en formodet ny helbredstilstand.	
startmarkør	termen "startmarkør" anvendes om forløbsmarkør, der kræves og anvendes ved start af nyt <u>forløbselement</u> . Alle nye forløbselementer skal obligatorisk have angivet en relevant startmarkør	
periodemarkører	termen "periodemarkører" anvendes generelt for forløbsmarkører, der angiver start- hhv. sluttids-punkter for perioder. Disse betegnes hver for sig som "forløbsmarkør for start af (periode) ..." hhv. "forløbsmarkør for slut/afslutning af (periode)..." Fx: (afs. 4.3.12) specialiseret genoptræning og rehabilitering og (afs. 8.5.9) psykiatriske vilkår	

4.1.2 Oprettelse af forløbselement

Enhver LPR-indberetning knyttes til et forløbselement. Patienten skal ved flere selvstændige **sygdomsforløb** – og andre helbredsforløb – tilsvarende have flere samtidige forløbselementer, også selvom kontakterne varetages under den samme organisatoriske (SOR) enhed.

- ▶ Vedrørende klinisk afgrænsning af helbredsforløb – se afs. 4.1.7

For **akutte patienter med ny sygdom eller ny skade**, der ikke har en klinisk relation til et igangværende forløb, skal der altid oprettes et nyt forløbselement.

- ▶ Vedrørende patient henvist til planlagt forløb, der starter akut "før tid" – se afs. 4.3.6.4

Nyt forløbselement oprettes, hvis patienten skifter CPR-nummer under et behandlingsforløb

- ▶ Se principper for håndtering af ændringer i patientens ID - afs. 3.3.1.1

Der gælder følgende generelle vejledning til oprettelsen af forløbselement:

- Der skal oprettes et nyt forløbselement ved enhver ny erkendt patienttilstand, herunder selvstændig sygdom, der klinisk vurderet ikke har en relation til et eksisterende eller kendt tidligere helbredsforløb.
 - ved enhver ny sygdom eller skade uanset akut eller (eksternt/internt) henvist, og uanset, om udredning og behandling af den opståede tilstand skal ske på egen eller anden klinisk enhed – se eksempel i afs. 4.1.2.2
 - Forløbselementet (med forløbslabel) for et givet specificeret forløb skal senest, *afhængigt af, hvad der kommer først*, oprettes ved **første**:
 - obligatoriske forløbsmarkør (startmarkør) fx 'henvist til udredning'
 - patientkontakt
 - anden form for ydelse (procedure), som afdelingen yder til det nye specifikke helbredsforløb
 - Der skal obligatorisk angives en **startmarkør** i forbindelse med et nyt forløbselement, herunder startmarkøren "akut patient" ved ny akut sygdom og ved ny skade.
 - startmarkøren skal for planlagte patienter senest sættes ved modtagelse af henvisningen på den kliniske enhed. Ved akut patientkontakt på tidspunkt for patientens fremmøde (kontaktsansvar)
 - datoen for den første forløbsmarkør på forløbet skal i alle tilfælde være lig med startdatoen for forløbselementet
- Se nærmere i afs. 4.3 om forløbsmarkører
- Vedr. de særlige principper for start og afslutning af graviditets- og fødselsforløb (mor og barn) – se Kap. 11
- Vedr. de særlige principper for forløb, der starter som screeningsforløb – se under afs. 4.3.10

Symptomer og komplikationer hørende til sygdomsforløbet medfører ikke i sig selv krav om nyt forløbselement. Fx hører diabeteskomplikationer til sygdomsforløbet for diabetes.

Hvis sygdommen ikke indberettes under et fælles forløbselement, men derimod under flere, skal disse referere til hinanden med "samme sygdom" (afs. 4.1.6). Dette princip gælder uanset, hvilke afdelinger og specialer, der er involveret i sygdommens udredning, behandling og kontrol.

Bemærk

"Helbredsforløb" og "sygdomsforløb" refererer til forløbet af en **konkret afgrænset helbredstilstand** hos patienten, der over tid kan og ofte vil kvalificeres til anden sygdomsdiagnose (diagnosekode) og dermed også anden forløbslabel, som et bedre udtryk for den samme helbredstilstand. Dette medfører ikke i sig selv krav om nyt forløbselement jf. overskrivning af forløbslabel (afs. 4.1.7.3).

Eksempel

I Region "R" er det aftalt, at patienter, der skal indgå i et bestemt pakkeforløb for organspecifik kræft, som første led i udredningen skal henvises til og møde til CT-skanning på Billeddiagnostisk afdeling.

Billeddiagnostisk afdeling (eller anden forløbsansvarlig enhed) opretter et forløbselement for sygdomsforløbet på tidspunktet for modtagelse af henvisningen på sygehuset.

Skanningen indberettes på den første kontakt (kontakttype: 'fysisk fremmøde'), der knyttes til forløbselementet med forløbslabel 'kræftsygdomme'.

Forløbet kan ved afkræftelse uden behov for yderligere udredning afsluttes fra billeddiagnostisk afdeling

De anførte principper for start af forløbselement, krav om startmarkør og forløbslabel er generelle og omfatter også start af nyt forløb, hvor patienten har sin første forløbskontakt (fysisk fremmøde) på en

”serviceafdeling” som fx en røntgenafdeling. Dette gælder og er særligt beskrevet for visse pakkeforløb, hvor udredningen jf. beskrivelserne kan starte på en billeddiagnostisk afdeling.

Ud over de ovenstående beskrevne krav *kan* et nyt selvstændigt forløbselement oprettes ved ny klinisk enhed, der involveres i et sygdomsforløb, hvor der altså ikke fortsættes på et eksisterende forløbselement for sygdommen.

Det nye forløbselement skal så referere med (referencetype) ”samme sygdom” til det primære/forudgående forløbselement og typisk have samme forløbslabel. Dette gælder altid ved komplikationer og følgetilstande til sygdommen.

Eksempel

Diabetes type 2 udrednings- og behandlingsforløb på medicinsk afdeling, hvor der i forløbet henvises til egen øjenafdeling mhp. vurdering og kontrol af eventuelle øjenkomplikationer.

I Region ”R” vælger man at oprette selvstændige forløbselementer på medicinsk afdeling hhv. øjenafdelingen. Øjenafdelingens forløbselement peger tilbage på det forløbselement (medicinsk afdeling), der blev henvist fra, med referencetyper ’samme sygdom’.

Begge forløbselementer har forløbslabel ’Type 2-diabetes’

Det er altid en klinisk vurdering, hvad der er ”samme sygdom” og, hvad der vurderes som ”ny sygdom”.

Ved ny sygdom er der oftest også tale om nye selvstændige patientrettigheder.

Ved oprettelse af forløb på baggrund af (ekstern/intern) henvisning, kan **henvisningstidspunktet** (afs. 4.2.2.1) for modtagelse af henvisningen på sygehuset, som den eneste parameter, være før starttidspunktet for forløbselementet. Forløbselementets starttidspunkt er ved modtagelsen af henvisningen på den forløbsansvarlige enhed. Dette tidspunkt dokumenteres i indberetningen med relevant **forløbsstartmærke** (afs. 4.1.2.2). For den akutte patient (med nyt forløb) er starttidspunktet for forløbselementet lig med patientens ankomst til akutenheden.

4.1.2.1 Tilknytning af kontakter til forløb

Kontakter og procedurer uden samtidig patientkontakt skal i indberetningen knyttes til det af patientens aktuelle forløbselementer, der klinisk vurderet er det helbredsforløb, som kontakten eller ydelsen primært har drejet sig om.

Selvom den enkelte kontakt klinisk set kan forholde sig til flere forløb – hvilket vil afspejles i kontaktens diagnoser – kan der **kun peges på ét forløb**.

Dette er en **klinisk vurdering**, analogt til valg af aktionsdiagnose ved flere sygdomme behandlet på kontakten.

Akutte patientkontakter som led i et eksisterende sygdomsforløb knyttes til dette forløb (forløbselement).

► se også afs. 5.3-5.3.1

4.1.2.2 Forløbets forløbsmarkører

Specifikke forløbsmarkører og generelle markører for patientrettigheder for en given helbredstilstand skal knyttes til det forløbselement, der netop er oprettet for denne tilstand, og der skal derfor omvendt være et forløbselement for alle de adskilte tilstande og sygdomme, hvor der obligatorisk skal indberettes og dermed registreres forløbsmarkører.

Hvis der ikke er et tilgængeligt aktuelt gældende forløbselement for helbredstilstanden i forvejen, skal der oprettes et nyt forløbselement ved modtagelse af henvisningen på enheden, der registreres med en startmærke for det nye forløb – se illustrationen nedenfor.

Bemærk

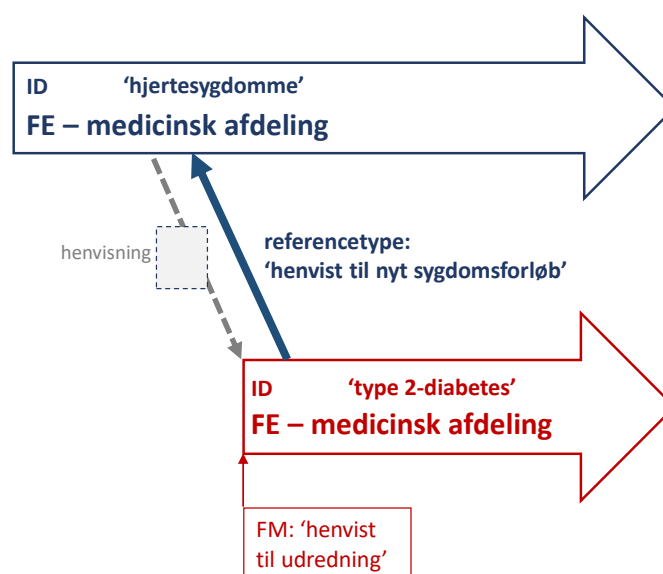
Ny sygdom eller mistanke om ny sygdom betyder oftest, at patienten har ny selvstændig **udredningsret** for denne. Dette kan også i visse tilfælde gælde for ny udvikling i et eksisterende sygdomsforløb, fx ved (mistanke om) klinisk recidiv af kræftsygdom.

Eksempel

Afdelingen har en patient gående i et udredningsforløb for hjertesygdom. Indberetningen af dette foretages derfor under et forløbselement med forløbslabel 'Hjertesygdomme'.

Det konstateres i forbindelse med udredningen af hjertesygdommen, at patienten også har type 2-diabetes. Enheden skal derfor ud over forløbet for hjertesygdommen oprette et nyt forløbselement (FE) med referencetype 'ny sygdom' for sukkersygen med forløbslabel: 'Type 2-diabetes'.

Forløbsmarkøren (FM) 'henvist til udredning' (evt. 'henvist til behandling') registreres som **startmarkør** på det nye forløbselement (sygdomsforløb). Dette gælder også ved "interne henvisninger"



Der skal altid sættes en forløbsmarkør – **startmarkør** – ved start af ethvert nyt forløbselement, for planlagte patienter, når en klinisk enhed modtager en henvisning (*efter* en eventuel central visitation) til udredning eller behandling.

- Modtagelse af henvisning på sygehuset før en eventuel visitation dokumenteres med henvisningstidspunktet i henvisningsoplysningerne – se afs. 4.2.2.1

For akutte patienter med ny sygdom, ny skade og normal (ikke-elektiv) fødsel indberettes startmarkøren 'akut patient' på tidspunktet for modtagelse af patienten på afdelingen, dvs. ved start af kontaktansvaret.

Akut oprettede forløbselementer har i udgangspunktet ikke en relation til et andet forløbselement – se dog også afs. 5.3-5.3.1 om akut kontakt i kendt sygdomsforløb.

Dette skal ske på samme måde uanset, om behandlingen af den nye sygdom skal ske på samme eller anden klinisk enhed, og startmarkøren skal oprettes uanset, om der lokalt oprettes en "henvisning" eller ej.

4.1.2.3 Skift af forløbsansvar

Hvis forløbsansvaret skal skifte eller deles midt i helbredsforløbet, skal der oprettes et nyt forløbselement under den enhed (SOR), der overtager hele eller dele af forløbsansvaret, og den **relevante sammenkædning skal foretages og specificeres** i forhold til en **klinisk vurdering** af, om der er tale om (mistænkt) ny sygdom eller samme sygdom.

Skift af forløbsansvaret kan typisk ske, hvis patienten primært er havnet under ét speciale, men udredningen viser sig at skulle fortsætte under et andet speciale, der dermed overtager hele forløbet og dermed også forløbsansvaret – se eksempel på næste side.

- Se også afs. 4.1.7.3 om kvalificering af forløbslabel inden for det enkelte forløbselement

4.1.3 Håndtering af sammenhæng mellem forløbselementer

4.1.3.1 Henvisning fra eksisterende forløb – henvisende part

Der kan fra forløbselementet henvises ud til andet eksisterende forløb, til nyt forløb eller delforløb for samme sygdom, der skal varetages under egen eller anden organisatorisk enhed, samt til nyt sygdomsforløb – klinisk vurderet af henviser, se afs. 4.1.2.

Hvis forløbselementet afsluttes med henvisningen til anden instans, skal *typen* af denne instans fremgå af **afslutningsmåden** – se afs. 4.1.5.5.

Eksempel

Patient indlagt i vagten på neurologisk sengeafsnit pga. besvimelseslignende anfald, hvor det hurtigt viser sig, at der er tale om panikangst uden somatisk grundlag, hvorefter patienten efter akut symptomatisk behandling viderehenvises til udredning og behandling på psykiatrisk enhed.

Der oprettes på baggrund af (intern) henvisning et nyt forløbselement under Psykiatrisk Afdeling som forløbsansvarlig enhed. Der peges *fra* dette nye forløbselement tilbage på det oprindelige (neurologiske) forløbselement med referencetypen 'henvist i samme sygdomsforløb'.

Bemærk, at det er **samme helbredsforløb** (sygdomsforløb), selvom diagnoser og forløbslabel er vidt forskellige. De forskellige diagnoser (inkl. "Obs.pro...") udtrykker den samme helbredstilstand på forskellige vidensniveauer og på forskellige tidspunkter, og herunder i dette eksempel altså også på forskellige enheder.

Forløbslabel vil være 'Andre forløb' på neurologisk enhed, denne skal ikke ændres, når forløbselementet afsluttes ved viderehenvisning. På forløbet i psykiatrisk enhed anvendes 'Psykkiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser'

Et lignende eksempel kunne også afspilles inden for samme enhed, hvor diagnose(r) og forløbslabel ændres over tid i takt med klinisk afklaring af helbredstilstanden. Dette ændrer ikke ved, at der fra det nye forløbselement for det nye sygdomsforløb skal peges tilbage på det forløbselement, hvorfra det nye forløb udsprang. Hvis forløbet fortsætter under ét forløbselement, vil ny forløbslabel overskrive den gamle.

4.1.3.2 Henvisning til forløb – modtagende part

Et forløbselement kan opstå som en fortsættelse af et sygdomsforløb, som et nyt delforløb vedrørende **samme sygdom**, der er henvist fra en anden eller egen organisatorisk enhed, eller som et nyt tematiseret forløb for en **anden sygdom** på baggrund af en henvisning fra en anden eller fra egen enhed – se eksempel under afs. 4.1.2.2.

Sammenhæng mellem det nye forløbselement og et andet forløbselement vil fremgå af referenceoplysningerne (**referencetype** og reference-ID), der indberettes på det nyoprettede forløbselement – se afs. 4.1.6.1.

Der peges altid bagud i indberetningen.

- Hvis patienten skifter CPR-nummer, skal der etableres sammenhæng mellem patientens forløbselementer jf. beskrivelsen i afs. 4.1.6.2

4.1.4 Afslutning af forløb

- ▶ Vedrørende omfang af og afslutning af fødselsforløb for mor og barn – se Kap. 11
- ▶ Vedrørende afslutning af ”akut forløb” – se afs. 5.3.2

Forløbselementet fortsætter, så længe enheden har hele eller dele af det kliniske ansvar for patientens helbredsforløb – dvs. så længe, at der er planlagt nye kontakter, procedurer, afventes svar, der er klinisk behandlingsansvar for hjemmebehandling, eller der er andre aftaler i helbredsforløbet under den organisatoriske enhed.

Undtaget herfor er afslutning af forløbselement med oprettelse af nyt pga. ændring i patientens CPR-nummer – se videre i afs. 4.1.6.2

Hvis patienten fx har fået at vide, at hun kan henvende sig direkte på enheden ved forløbsrelaterede problemer eller spørgsmål, holdes forløbet (og forløbselementet) åbent, så længe dette gælder, hvilket samtidig betyder, at afdelingen fortsat har forløbsansvaret. Dette gælder også ved **betænkningstid** inden samtykke til behandling.

Hvis der er ydelser til helbredsforløbet efter patientens død, kan forløbselementet ligeledes fortsætte så længe, at der er ydelser, der skal registreres og indberettes under samme forløbsansvar.

- ▶ Der er krav til indberetning af visse ydelser udført på afdøde – se afs. 7.2.1

Forløbet (forløbselementet) kan afsluttes ved overdragelse af forløbsansvaret til anden enhed, men kan omvendt også fortsætte, selv om ansvaret også overdrages til anden part, der skal varetage en del af behandlingen, herunder behandling af komplikationer eller følgetilstande til den primære sygdom.

Hvorvidt, der kan eller skal oprettes parallelle forløbselementer med tilhørende delansvar for forskellige aspekter af samme sygdom, kan være lokalt organisatorisk betinget og system-afhængigt.

Forløbet afsluttes med oplysninger om **afslutningstidspunkt** og relevant **afslutningsmåde**, der angiver, hvor forløbsansvaret overdrages til – se afs. 4.1.5.6

Det afsluttede og indberettede forløbselement kan ikke genåbnes. Ved ny hændelse i samme sygdomsforløb oprettes nyt forløbselement, og der peges tilbage på det lukkede forløb – se afs. 4.1.6.

4.1.5 Dataindholdet i forløbselementet

Forløbselementet (FE) afgrænser i indberetningen en større eller mindre del (periode) af patientens helbredsforløb, hvor en given enhed har forløbsansvaret.

FE's tidsudstrækning afspejler således en uafbrudt ansvarsperiode over for patienten i en given sundhedsfaglig sammenhæng.

FE beskrives her som logisk indberetningsobjekt med dets indhold og relationer til andre objekter i indberetningen.

Hvordan dette så ser ud for brugeren, afhænger af den lokale implementering i system- og brugergrænseflade, herunder i forhold til patientoverblik-

4.1.5.1 Objekt-ID for Forløbselement

Forløbselementet har som andre objekter en unik identifikation (objektID).

ObjektID for forløbselementet medsendes ved henvisning til nyt forløb i egen eller anden organisatorisk enhed sammen med oplysning om, **hvorfor** der henvises fra forløbet – er det pga. overdragelse eller opdeling af forløbsansvaret i et eksisterende klinisk sygdomsforløb, eller er det pga. nyopstået sygdom, tilstand eller mistanke om sygdom, der skal varetages under et andet forløb og dermed også forløbselement.

- ▶ Se nærmere i afs. 4.1.2.3 vedr. skift af forløbsansvar hhv. afs. 4.1.6 om reference mellem forløbselementer

Forløbselementet indberettes med følgende oplysninger:

Forløbselement	datatype	udfaldsrum [SKS-kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
ansvarlig enhed	SORKode	SORKlass	1	Obligatorisk
forløbslabel	SKSKode	[forloeb.label] ²	1	Obligatorisk
starttidspunkt	datoTid	tidspunkt	1	Obligatorisk
sluttidspunkt	datoTid	tidspunkt	(0)..1	obligatorisk ved afslutning
afslutningsmåde	SKSKode	[admin.afslutmaade]	(0)..1	obligatorisk ved afslutning

Note: I beskrivelserne anvendes fordanskede betegnelser for den logiske models objekt-egenskaber, fx "forløbslabel" i stedet for det logiske datanavn 'forloeb.label' og "ansvarlig enhed" i stedet for 'ansvarligEnhed'. Se den logisk-tekniske dokumentation (bilag) for de korrekte datanavne.

► **Forløbslabel** med den gældende klassificering beskrives i afs. 4.1.7

Forløbselementet knyttes til patientoplysningen i indberetningen, som beskrevet i afs. 3.3

4.1.5.2 Logisk kobling mellem forløbselementer

Der er i visse tilfælde krav om dokumentation af sammenhæng mellem forløbselementer. Dette gælder fx, når det samlede helbredsforløb (sygdomsforløb) opsplittes i flere forløbselementer til indberetningen.

Logisk sker denne kobling i indberetningen via Reference-objektet, der "peger" og typificerer koblingen mellem et forløbselement og et andet forløbselement – se også LPR-modellen i indledningen til dette kapitel.

Et andet eksempel på dette er (type) "barn til mor-relationen", der sammenkæder den enkelte nyfødte med morens fødselsforløbselement.

Reference-objekt:

reference-ID til andet Forløbselement	char	ID-standard eller Null	0..1	obligatorisk ved indberetning af Forløbselement, der refererer til andet Forløbselement (ID i indberetningen for dette) – typificeres (referencetype).
referencetype	SKSKode	[forloeb.reftype]	0..1	obligatorisk ved indberetning af refID til andet forløbselement

► Se nærmere beskrivelse og krav om kobling af forløbselementer under afs. 4.1.6

4.1.5.3 Ansvarlig enhed – forløbsansvar

Det overordnede koordinerende administrative og kliniske ansvar, **forløbsansvaret** (se afs. 3.2) for varetage af den del af et helbredsforløb, der registreres inden for rammerne af forløbselementet, angives ved SOR-koden for den forløbsansvarlige organisatoriske enhed i indberetningen af forløbselementet.

Niveauet kan være en **klinisk enhed** på afdelingsniveau, på et lavere afsnitsniveau eller eventuelt på et højere centerniveau.

Kontakter og procedurer kan under det samme overordnede forløbselement (svt. et samlet forløbsansvar) varetages af andre enheder, hvis det lokale system understøtter dette. Alternativt oprettes selvstændige forløbselementer, der knyttes sammen i indberetningen, jf. beskrivelsen af reference-ID og referencetyper i de følgende afsnit.

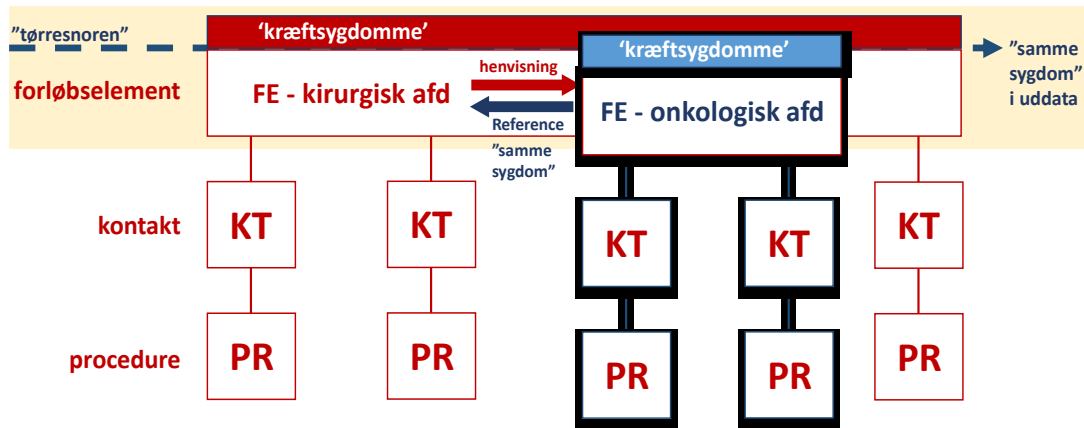
Indberetningsmodellen er robust overfor, om et givet helbredsforløb indberettes som ét "bredt forløbselement" under et samlet overordnet ansvar med alle tilhørende kontakter og ydelser, eller om det samme forløb indberettes

² SKS-kodelister vises i denne vejledning i firkantede parenteser. Kodelisterne er beskrevet i de tekniske bilag og er tilgængelige via SDS' hjemmeside

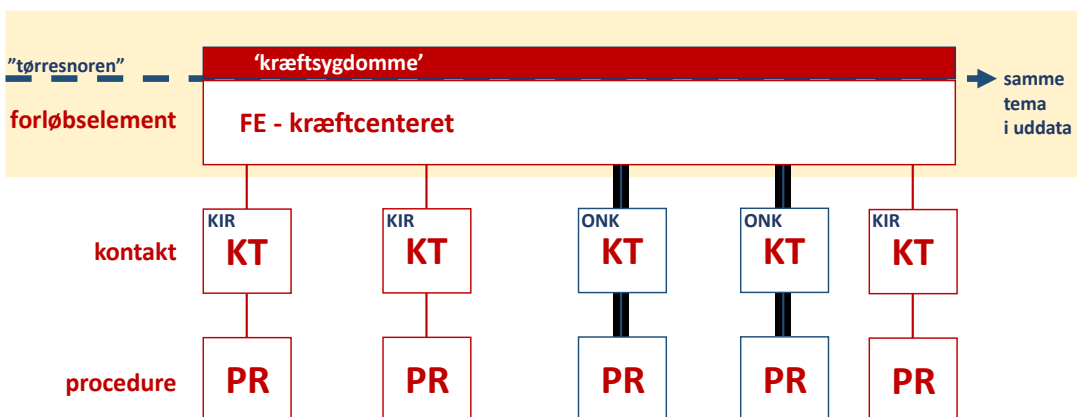
som flere relaterede (parallelle og/el. serielle) "smalle" forløbselementer af kortere varighed. Modellen er med andre ord robust overfor de forskellige regionale og lokale organisatoriske opbygninger og ansvarsfordelinger.

Eksempler – et eller flere FE for samme sygdom (forsimpler mht. antallet af kontakter og procedurer)

Eksemplet viser et kræftforløb, hvor patienten først forundersøges og behandles hos kirurgerne, hvorefter der er en periode med onkologisk efterbehandling. Endelig møder patienten til efterkontrol hos kirurgerne, hvorefter forløbet og forløbselementet afsluttes. I eksemplet har sygehuset delt forløbsansvaret mellem de to afdelinger, svarende til en specialeopdeling:



Sygehuset har derimod i eksemplet nedenfor valgt at lægge det samlede forløbsansvar for hele patientens kræftforløb på det fælles "Kræftcenteret", der står for koordineringen af det samlede sygdomsforløb – dvs. kun ét fælles forløbselement, hvor afdelingerne hænger deres kontakter og ydelser op på den samme fælles "tørresnor":



4.1.5.4 Starttidspunkt for forløbselement

Der skal obligatorisk angives starttidspunkt for oprettelse af nyt forløbselement.

Forløb skal senest startes ved første obligatoriske indberetning i forløbet.

Dette vil i praksis oftest være en forløbsmarkør (startmarkør), idet der er krav om **startmarkør** for alle nye forløbselementer, ved planlagte forløb på tidspunktet for modtagelse af henvisning på den kliniske enhed, der skal modtage patienten til udredning eller behandling.

- ▶ Henvisningstidspunktet kan ligge før start af forløbselement – jf. afs. 4.2.2.1
- ▶ Se desuden nærmere i afs. 4.1.2 vedrørende oprettelse af forløbselement

Ved nyt forløbselement ved akut sygdom eller skade sættes starttidspunktet senest til tidspunktet for den fysiske modtagelse af patienten på afdelingen.

- ▶ Vedrørende opstart af forløb for nyfødt barn – se afs. 11.8.1

4.1.5.5 Afslutningstidspunkt for forløbselement

Der skal obligatorisk indberettes sluttidspunkt for afslutning af forløbselementet. Forløbsansvaret ophører fra dette tidspunkt. Forløbet må ikke afsluttes så længe, at der er et klinisk forløbsansvar, fx ved "stående indlæggelse" og ved betænkningstid før samtykke til planlagt behandling.

4.1.5.6 Afslutningsmåde for forløbselement

Afslutningsmåde er obligatorisk ved afslutning af et forløbselement og angiver typen af den instans, som forløbsansvaret herefter overdrages til.

Ved afslutning ifm. eller efter patientens død anvendes afslutningsmåde "død".

Der er følgende afslutningsmåder [admin.afslutmaade]

SKS-kode	afslutningsmåde [admin.afslutmaade]	Bemærkninger
ALAC01	afsluttet til klinisk enhed	Inkl: afsluttet til eksisterende og nyt forløb, samt afsluttet til privat sygehus eller klinik (eller omvendt)
ALAC20	afsluttet til primærsektor	Inkl: egen læge, speciallæge, kommunal genoptræning
ALAC40	afsluttet til behandling i udlandet	
ALAC50	afsluttet til hjemmet	uden behov for lægelig opfølgning. Inkl: afslutning til plejehjem, bosteder og lignende institutioner. Eksempler: - når der ikke er behov for yderligere behandling eller opfølgning - hvis patienten ikke har givet samtykke til videregivelse af oplysninger til egen læge - når en patient forlanger sig afsluttet mod givet råd og ikke ønsker yderligere behandling
ALAC60	afsluttet pga. patientens udeblivelse	
ALAC70	afsluttet ved patientens død	ved afslutning af forløb i forbindelse med eller efter patientens død

4.1.6 Reference-ID (refID) og referencetype (reftype)

Reference-ID (til Forløbselement) og referencetype anvendes sammen til at sammenkæde et nyt forløbselement til et andet eksisterende eller tidligere forløbselement. De to egenskaber er sammenknyttet i indberetningen og skal i relevante tilfælde obligatorisk indberettes sammen.

Reference-ID angiver i indberetningen objektID-værdien for det forløbselement, der relateres til.

Der refereres altid *bagud* til et tidligere startet forløbselement.

Hvis et forløbselement således oprettes på baggrund af en henvisning fra et andet forløb, vil det være det nye forløbselement, der i indberetningen specificerer den aktuelle sammenhæng ved at pege tilbage til det forløbselement, som henvisningen stammede fra.

Henvisning ud af et forløbselement til et nyt forløbselement på en anden eller på samme enhed kan ske ved afslutning af forløbselementet på den første enhed, eller forløbet kan fortsætte samtidig med, at et nyt forløbselement oprettes for samme sygdom eller for en anden opstået eller mistænkt helbredstilstand.

Bemærk: Tidligere afsluttede forløbselementer kan ikke genåbnes.

Når et forløb(selement) er lukket, er det fordi, afdelingen har afsluttet forløbsansvaret ud fra en klinisk beslutning, herunder at der ikke er uafsluttede patientrettigheder, der knytter sig til forløbet og, som enheden fortsat har ansvar for. Der må derfor ikke genåbnes "med tilbagevirkende kraft" til en periode, hvor der reelt ikke har været noget forløbsansvar.

Der kan (skal) *derimod* altid peges tilbage på et tidligere forløb(selement) og refereres (træk ID) ved ny kontakt eller henvisning, der omhandler den samme sygdomsproblematik, fx ved fund af klinisk recidiv efter tidligere afsluttet kræftforløb.

Tidligere afsluttede forløbselementer kan fejlrettes.

4.1.6.1 Referencetype

Referencetypen angiver typen af sammenhæng fra det nye forløbselement til et andet kendt forløbselement, aktivt eller tidligere, som det nye forløbselement refererer tilbage til.

Referencetypen skal obligatorisk indberettes med relevant værdi ved nyt forløbselement, der peger tilbage på et andet forløbselement, dvs. når der samtidig indberettes et reference-ID (refID).

Der er i følgende oversigt angivet to anvendte begreber "**skub ID**" hhv. "**træk ID**". Dette refererer til, **hvorfra** oplysninger til brug for angivelsen af den relevante referencetype stammer fra:

- Ved "**skub ID**" stammer oplysningerne fra **henviseren**, der overfører (ved ekstern eller intern henvisningsmeddelelse eller lignende) de relevante oplysninger, herunder forløbsID, der skal anvendes i indberetningen af det nye forløbselement hos modtageren.

Der er to situationer:

- {ALAA01} henvisning til anden enhed, der skal fortsætte ansvaret eller have forløbsansvar for en del af sygdomsbehandlingen i det **samme helbredsforløb**
- {ALAA02} henvisning til anden enhed ved (mistanke om) **ny helbredstilstand**, der klinisk vurderet på det foreliggende grundlag ikke har noget at gøre med det eksisterende helbredsforløb
- ▶ Se indledningen til Kap. 11 og afs. 11.5 vedrørende særligt krav til kobling (ny sygdom) mellem barnets fødselsforløb på obstetrisk enhed og efterfølgende sygdomsforløb i pædiatrien
- Ved "**træk ID**" er det **opretteren** af et nyt forløbselement, der trækker forløbsID'et fra et andet kendt igangværende eller tidligere forløb, som der skal (og kan) relateres til.

Dette sker i to situationer:

- {ALAA03} oprettelse af forløbselement, hvor der klinisk vurderet allerede findes et **helbredsforløb** fx ved akut kontakt som følge af komplikation i et kræftforløb, hvor der allerede findes et tilgængeligt aktivt eller tidligere afsluttet forløbselement (med forløbslabel) for sygdommen, som der derfor skal refereres til
- {ALAA04} barnets fødselsforløb med fødselskontakt kobles til moderens forløbselement med fødselskontakten.
 - Inkluderer levendefødt og dødfødt barn
 - **Bemærk:** Ekskluderer anonym bortadotation

Referencetyper [forloeb.reftype] for reference mellem et nyt forløbselement og et andet aktuelt eller tidligere afsluttet forløbselement:

SKS-kode	referencetype	situation
ALAA01	henvist i samme sygdomsforløb "skub ID"	forløbselement oprettes på baggrund af henvisning [#] modtaget med ID for et eksisterende sygdomsforløb pga. anmodning om hel eller delvis overdragelse af igangværende samme sygdomsforløb . Sammenhængen primært [‡] vurderet af henvisende part
ALAA02	henvist til nyt sygdomsforløb "skub ID"	forløbselement oprettes på baggrund af henvisning [#] modtaget med ID for eksisterende sygdomsforløb pga. (mistanke om) ny sygdom . Sammenhængen primært [‡] vurderet af henvisende part
ALAA03	reference til andet forløbselement (samme sygdom) "træk ID"	forløbselement oprettes med reference til kendt aktivt eller tidligere forløb(selement) for samme sygdom (helbredstilstand), fx ved lukket forløbselement under egen enhed. Sammenkædningen vurderes af den enhed, der opretter et nyt forløbselement. Inkl: Fortsættelse af screeningsforløb i udredningsforløb ved positivt klinisk fund
ALAA04	barn til mor "træk ID"	reference fra nyfødt barn til moderens graviditetsforløb Ekskl: anonym bortadoption

) henvisning kan være fra ekstern part eller intern og omfatter også akutte overførsler uden egentlig henvisning. Inkl. akut overflytning.

‡) kan eventuelt ændres af modtagende enhed fx ved visitation eller i forbindelse med første patientkontakt

4.1.6.2 Reference mellem forløbselementer, når patienten skifter officielt CPR-nummer

Nyt forløbselement skal oprettes, hvis patienten skifter CPR-nummer.

Referencen mellem patientens forløbselementer, med forskellige CPR-numre anvendt som patient ID, må kun indberettes under den **forudsætning**, at indberettende system (EPJ mv.) kvalificerer sammenhængen mellem de to CPR-numre via de officielle CPR-oplysninger.

Indberettere som kan dokumentere, at CPR-registerets oplysninger om historisk og gyldigt CPR-nummer anvendes som systemteknisk grundlag for, at "skub ID" og "træk ID" (se ovenfor) kan anvendes, samt ObjektID kan medsendes, kan ekskluderes fra bilagsregel 03.101, hvormed referencetyperne ALAA01, ALAA02, ALAA03 kan anvendes i indberetningen.

► ObjektID for Forløbselement - afs 4.1.5.1

4.1.7 Forløbslabel

Til forløbselementet skal der fra første indberetning være en forløbslabel, der angiver det **overordnede helbredstema** klassificeret efter gældende forløbslabel-klassifikation (se afs. 4.1.7.2).

Bemærk:

- Forløbslabel 'Andre forløb' anvendes som forløbslabel for forløb, hvor forløbslabel ikke skal specificeres yderligere i indberetningen jf. den til enhver tid gældende forløbslabel-klassifikation.
- Hvis patienten udredes og behandles for flere "andre forløb" parallelt under den samme enhed, skal der som ved andre klinisk vurderet selvstændige sygdomme (helbredsforløb) tilsvarende oprettes flere parallelle 'Andre forløb'.

► Særligt aftalt princip for forløb (multimorbiditet) i psykiatrien – se Kap. 8

4.1.7.1 Indberetning af forløbslabel

Forløbslabel er obligatorisk fra første indberetning af forløbselementet.

Forløbslabel skal i forløbet løbende **klinisk vurderes for relevans og kvalificeres** i henhold til aktuel klinisk viden om patientens sygdomsforløb, herunder vurderes i forhold til eventuelle øvrige forløb, som er registreret i systemet.

Forløbslabel indberettes **uden historik** og overskrives altså for samme sygdomsproblematik ved kvalificering med ny værdi. Ved overskrivning skal der foretages ny indberetning af forløbselementet.

► se afs. 4.1.7.3

Bemærk – eksemplificeret ved kræftsygdom:

Patientens samlede forløb under udredning (mistanke om), behandling, efterbehandling, recidivforebyggende behandling og kontrol af en kræftsygdom dækkes fra start til afslutning af forløbslabelen 'Kræftsygdomme'.

Alle patienter, der indgår i pakkeforløb eller klinisk mistænkes for kræftsygdom (Obs. pro diagnose) uden at opfylde kriterierne for indgang til pakkeforløb, skal obligatorisk indberettes under denne forløbslabel.

Dette gælder således også de mange patienter, der efterfølgende afkræftes for mistanke om kræftsygdom uden, at der påvises anden sygdom som årsag til symptomerne subsidært behov for videre udredning, hvorfor forløbet afsluttes. Kontakterne indberettes med DZ03-kode for "Obs. pro kræftsygdom".

'Kræftsygdomme' dækker som ved andre forløb også forløbet i en eventuel kontrolperiode efter primær behandling, uanset om patienten er klinisk radikalt behandlet eller ej.

De beskrevne principper gælder for alle typer af helbredsforløb (forløbslabel).

► Screeningsforløb – se afs. 4.3.10

4.1.7.1.1 Fortsat helbredsforløb – nu med andet sygdomstema ...

Hvis forløbet efter afkræftelse af kræftsygdom (jf. eksemplet) fortsætter under samme forløbselement med henblik på udredning eller behandling for anden sygdom, ændres (overskrives) forløbslabelen til relevant værdi, hvilket ofte vil være 'Andre forløb'.

4.1.7.2 Klassificering af forløbslabels

Det er besluttet, at der i første omgang kun er et lille antal nationale forløbslabels, der kan og skal anvendes i LPR-indberetningen. Der er fokuseret på nogle få store og væsentlige sygdomsgrupper – se tabel på næste side.

Principperne for oprettelse og indberetning af forløbselementer samt principper og niveau for forløbslabel er aftalt med regionerne. Dette gælder for indberetningen, som beskrevet i denne vejledning.

Label-klassifikationen kan senere udvides eller på anden måde ændres i dialog med regionerne, men den vil indtil videre blive fastholdt med henblik på at opnå erfaringer med dette nye koncept.

Regionerne har mulighed for lokalt at have en finere granulering af forløbslabels, "underlabels", inden for rammerne af de fælles nationale overordnede (grove) klasser. Ved indberetningen skal der aggregeres op til det nationale niveau, fx 'Andre forløb'.

4.1.7.3 Kvalificering af forløbslabel

Der skal ikke nødvendigvis oprettes nyt forløbselement, blot fordi forløbet kvalificeres med en justeret forløbslabel.

Dette gælder især også, hvor den først angivne forløbslabel efterfølgende har vist sig klinisk uholdbar eller, som det ofte vil være, har været unøjagtig, hvor den indledende udredning efterhånden afklarer, hvad der klinisk set reelt er tale om.

Det er altid en klinisk vurdering og ansvar, at helbredsforløbet til ethvert tidspunkt er beskrevet med den mest relevante forløbslabel.

Hvis den samme patienttilstand bedre udtrykkes ved en ændret label, skal labelen på det givne forløbselement blot **overskrives**, idet den nye label jo netop bedre beskriver helbredsforløbet, også fra starten af det aktuelle forløbselement. En ny forløbslabel på forløbselementet dækker derved hele den tidsmæssige udstrækning af forløbselementet. Ved overskrivning af forløbslabel foretages ny indberetning.

Der er foreløbigt aftalt følgende forløbslabels: kodeliste [forloeb.label]

SKS-kode	Forløbslabel [forloeb.label]	Bemærkninger
ALAL01	Kræftsygdomme	anvendes uanset om patienten indgår i et pakkeforløb eller ej. Forløbslabel 'Kræftsygdomme' anvendes obligatorisk for et udvalg af de neoplastiske sygdomme, invasive kræftsygdomme og visse andre sygdomme. Se tabel i afs. 10.3.2.1 inkl. kommentarer. Forløbslabel 'Kræftsygdomme' skal anvendes "<i>før, under og efter kræftsygdom</i>". Dvs. for: • patienter, der er mistænkt (DZ031) for kræftsygdom, indtil sygdommen er bekræftet eller afkræftet • patienter, der har kræftsygdom • patienter, der kontrolleres efter tidligere kræftsygdom • patienter, der mistænkes for klinisk recidiv af tidligere kræftsygdom eller, hvor der påvises klinisk recidiv Ekskl: Øvrige neoplastiske sygdomme {ALAL90}, dokumenteres under forløbslabel 'Andre forløb'. Nogle af disse er også anmeldelsespligtige til Cancerregisteret
ALAL02	Hjertesygdomme	
ALAL03	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser	anvendes uanset om patienten indgår i et pakkeforløb eller ej Inkl: Demenssygdomme (DF-diagnoser)
ALAL21	Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)	
ALAL22	Type 2-diabetes	
ALAL23	Osteoporose	
ALAL51	Graviditet, fødsel og barsel	se nærmere i Kap. 11
ALAL52	Nyfødte	
ALAL61	Nationale screeningsprogrammer	kun nationale screeningsprogrammer, dvs. forløb, der udelukkende er begrundet i mammografiscreening, hæl blodprøve hos nyfødt, neonatal hørescreening, screening for livmoderhalskræft og kolorektal kræftscreening. Bemærk: Anvendes kun for selvstændige screeningsforløb. Hvis der fx i forbindelse med et fødselsforløb eller andet neonatalt forløb udføres hørescreening, behøver dette ikke dokumenteres i et selvstændigt forløb
ALAL90	Andre forløb (ikke klassificeret andetsteds)	<i>anvendes for sygdomme og tilstande, der ikke falder ind under en af de ovenfor specificerede kategorier</i> Inkl: Skadeforløb, forløb for mentalobservation, demenssygdomme (DG-diagnoser), asymptomatisk genetisk udredning, fertilitetsbehandling

Bemærk: Kategorien 'andre forløb' omfatter alle forløb, der til enhver tid ikke er udspecificeret (ALAL00-89) i den nationale klassifikation af forløbslabels.

Regionerne har mulighed for lokalt at have en finere granulering af forløbslabels, "underlabels", inden for rammerne af de fælles nationale overordnede (grove) klasser. Ved indberetningen skal der aggregeres op til det nationale niveau, fx 'Andre forløb'

Eksempel – ændring af forløbslabel ved ny klinisk viden om patientens sygdomstilstand

Patient indlagt på kirurgisk afdeling med akut sammenfald af ryghvirvel umiddelbart klinisk vurderet på osteoporotisk baggrund. Enheden opretter forløbselement med forløbslabel 'Osteoporose'.

Nærmere billeddiagnostiske og patologiske undersøgelser under udredningen påviser i midlertid patologisk fraktur sfa. knoglemetastaser fra kræftsygdom (tyktarmskræft) som den rette kliniske baggrund.

Forløbet fortsætter i dette tilfælde på kirurgisk enhed under samme forløbselement. Forløbslabel overskrives fra 'Osteoporose' til 'Kræftsygdomme', hvorved forløbselementet nu fra start korrekt beskrives som omhandlende 'Kræftsygdomme'.

Der skal i dette tilfælde så også registreres forløbsmarkører for kræftpakkeforløb.

Hvis afdelingen ved afkræftelse af det oprindelige tema (i eksemplet 'Osteoporose') afslutter forløbselementet og viderehenviser patienten til fortsat forløb for "samme sygdom" under nyt forløbselement på anden afdeling (speciale), behøver den *henvissende* afdeling derimod ikke at ændre forløbslabel, da denne jo korrekt var dækkende for sygdomsforløbet (første forløbselement) indtil da. Den nye enhed vil fortsætte det samlede forløb med den nu relevante forløbslabel (i eksemplet 'Kræftsygdomme').

4.2 Henvisningsoplysninger knyttet til forløbselement

Henvisningsoplysninger skal obligatorisk indberettes ved opstart af alle forløbselementer.

- ▶ Se modeludsnit i starten af dette kapitel. Henvisningsårsag er frivillig.

Ved planlagte forløb er henvisningstidspunktet lig med tidspunktet for modtagelse af henvisningen i sygehusvæsenet – dvs. *før* en eventuel visitation. På private sygehuse og klinikker tilsvarende ved den primære modtagelse af henvisningen i organisationen.

Hvis forløbet startes akut uden henvisning, angives **henvissningsmåde** 'ingen henviser' i indberetningen, og henvisningstidspunktet sættes lig med starttidspunktet for forløbselementet. Hvis det akutte forløb er varslet fra anden part, *kan* henvisningstidspunktet ligge før opstart af forløbselementet, der senest skal starte ved modtagelse af patienten på den kliniske enhed.

- ▶ Modtagelse af henvisning på afdelingen og andre henvissnings- og ventetidsoplysninger indberettes som **forløbsmarkører**. Dette inkluderer **startmarkøren** 'akut patient'. Forløbsmarkørerne er beskrevet under afs. 4.3

4.2.1 Anvendte termer og definitioner – henvissningsoplysninger

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
henvissningsinstans (henvissende instans)	<u>sundhedsaktør</u> med henvissningsret til sundhedsvæsenet Kommentar: SOR-klassificeret	
henvissning	anmodning fra en <u>henvissningsinstans</u> til en <u>sundhedsproducent</u> om udførelse af eller medvirken til en <u>sundhedsaktivitet</u> Henvissende instans kan være primærsektoren eller en anden <u>sundhedsproducerende enhed</u> (SOR-klassificeret)	
henvissningsmåde	angivelse af <u>henvissningsinstans</u> Kommentar: SKS-klassificeret. Omfatter også 'ingen henvisning', der indberettes for forløbselementer, der er oprettet akut uden henvissende part	
henvissningsperiode	periode fra <u>henvissningstidspunkt</u> til tidspunkt for første planlagte patientkontakt	
henvissningstidspunkt (henvissningsmodtagelsestidspunkt)	tidspunkt for modtagelse af en <u>henvissning</u> i sundhedsvæsenet Kommentar: Modtagelsestidspunktet er før en eventuel visitation på sygehuset Starttidspunkt for henvissnings- og venteperiode. Se også <i>forløbsmarkører</i> under afs. 4.3	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
henvisningsårsag	vurderingsresultat vedr. helbredstilstand der indgår i <u>henvisning</u> som grundlag for visitation Kommentar: klinisk begrundelse for en <u>henvisning</u> som den er modtaget på en <u>sundhedsproducerende enhed</u> . <i>Regional registrering. Anvendes ikke nationalt</i>	
frit sygehusvalg	Patientrettighed vedrørende <u>sundhedsintervention</u> på en anden sundhedsproducerende enhed end den, hvortil patienten oprindeligt er henvist Kommentar: Lovgivningen tager udgangspunkt i patientens rettigheder til frit sygehusvalg	
udvidet frit sygehusvalg	<u>Patient</u> rettighed vedrørende sundhedsintervention på ikke offentlig sundhedsproducerende enhed betalt af regionen Kommentar: Lovgivningen tager udgangspunkt i <u>patientens</u> rettigheder til udvidet frit sygehusvalg. <u>Behandlingen</u> (inkl. udredning) kan foregå på fx et privathospital eller i udlandet	

4.2.2 Dataindholdet i henvisningsoplysningerne

Følgende oplysninger indgår i Henvisningsobjektet:

Henvisning	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
henvisningstidspunkt	datoTid	tidspunkt	1	obligatorisk
henvisningsmåde	SKSkode	[admin.henvmaade]	1	obligatorisk
henvisende instans	SORkode	SORklass	0..1	frivillig
henvisningsårsag	SKSserie	[diag] eller [proc.opr]	0..1	frivillig. Tillægskodning mulig
fritvalg	SKSkode	[admin.fritvalg]	1	obligatorisk

Henvisningsoplysningerne indberettes obligatorisk knyttet til Forløbselement. Henvisningsoplysninger kan frivilligt knyttes til **Kontakt**-indberetningen også.

4.2.2.1 Henvisningstidspunkt

Dato for modtagelse af en henvisning i sygehusvæsenet skal obligatorisk angives for alle nye forløbselementer. Henvisningstidspunktet kan være før starttidspunktet for forløbselementet.

- Starttidspunkt for forløbselement – se afs. 4.1.5.3

4.2.2.2 Henvisningsmåde

Henvisningsmåde angiver henvisende instans som typen af sundhedsfaglig enhed under lægefagligt ansvar, der **senest har (videre)henvist, (om)visiteret eller behandlet** patienten før nærværende henvisning.

Der skal obligatorisk angives (klassificeret) henvisningsmåde ved oprettelse af nyt forløbselement. Dette inkluderer 'ingen henviser' ved akut oprettet forløbselement.

Klassificering af henvisningsmåde for nyt forløbselement [admin.henvmaade]

SKS-kode	henvisningsmåde [admin.henvmaade]	Bemærkninger
ALDA00	ingen henviser	Selvhenvider uden henvisning. Kald på "112" (= kald efter ambulance). Indbragt uden henviser, herunder med ambulance. Overført fra præhospital (aftalt med regionerne)
ALDA11	akutordning	Vagtlæge og lignende akutordninger og -funktioner Ekskl: Akutmodtagelse på hospital

SKS-kode	henvisningsmåde [admin.henvmaade]	Bemærkninger
ALDA20	klinisk enhed	Patient henvist direkte fra egen eller anden klinisk enhed. Inkl: - patienter henvist/modtaget fra akut modtageafsnit - henvisninger/modtagelse fra private sygehuse og klinikker
ALDA30	praktiserende læge	Anvendes ved initial henvisning fra alment praktiserende læge Inkl: Forsikringsbetalt patient med henvisning fra alment praktiserende læge
ALDA31	praktiserende speciallæge	Anvendes ved initial henvisning fra anden praktiserende speciallæge Inkl: Forsikringsbetalt patient med henvisning fra praktiserende speciallæge Ekskl: Henvist fra alment praktiserende læge
ALDA40	nyfødt	Kun barnets fødselsforløb med fødselskontakten
ALDA50	udlandet	Patient henvist eller overført fra udlandet
ALDA90	anden (UNS)	Andre instanser fx Dansk Røde Kors, infirmerier, fængsler, Kriminalforsorgen, bosteder, tandlæger og forsikringsselskaber

4.2.2.3 Henvisende instans (frivillig)

Som supplement til henvisningsmåden kan den konkrete henvisende instans i relevante tilfælde indberettes med gyldig SOR-kode. *Indberetningen er frivillig.*

4.2.2.4 Henvisningsårsag (frivillig)

Henvisningsårsagen angiver henviserens grund til henvisning. Det er således ikke visiterende klinikers visitationsdiagnose. *Indberetning af henvisningsårsag er frivillig. Kan være krævet regionalt/lokalt.*

Værdien skal ved indberetning være fra sygdomsklassifikationen eller procedureklassifikationer, kodelister [diag] eller [proc.opr]: det er muligt at anvende tillægskodning (datatype: SKS-serie).

Eksempel: Henvisningsårsag: "obs pro"(+)sygdomsdiagnose

4.2.2.5 Frit valg

Oplysning om "frit valg" er obligatorisk som en del af henvisningsoplysningerne ved nyt forløbselement.

Oplysning om frit valg angives obligatorisk ved nyt forløbselement med en af følgende koder:

SKS-kode	frit valg [admin.fritvalg]	Bemærkninger
ALDB00	fritvalg ikke relevant	<i>default værdi</i>
ALDB01	frit sygehusvalg	ved henvisning eller omvisitering til offentligt sygehus fra offentligt sygehus, når patienten har benyttet sig af frit sygehusvalg til at vælge et andet sygehus i anden eller egen region
ALDB02	udvidet frit sygehusvalg	ved henvisning eller omvisitering til privat eller forsikringsejet sygehus eller klinik fra offentligt sygehus
ALDB03	offentligt udbud / samarbejdsaftale	<i>kun for private sygehuse og klinikker</i>

4.3 Forløbsmarkører

Forløbsmarkører er en fælles generel metode for angivelse af **tidstro markeringer** af forskellige slags forløbsrelaterede hændelser mv. Forløbsmarkørerne samler alle formål til uddata (monitoreringer) med udgangspunkt i de forskellige lovgivningsbaserede patientrettigheder samt pakkeforløb i en forløbsregistrering af tidsstemplede målepunkter i patientens helbredsforløb.

Forløbsmarkørerne er som hovedregel dannet i forlængelse af politiske aftaler vedrørende patientrettigheder. For alle områder er der udarbejdet markører til brug for monitorering af, om de politiske mål opnås. Forløbsmarkører kan også anvendes mere klinisk rettet fx til markering af planer, programmer og forløbsbeskrivelser og lignende.

Forløbsmarkøren er et SKS-klassificeret tidsstempel, der beskriver en specifik forløbshændelse. Forløbsmarkører knyttes i indberetningen til det (mest) relevante **Forløbselement**.

Sygdomsspecifikke forløbsmarkører skal altid knyttes til et forløbselement for sygdommen.

Den enkelte enhed, der har **forløbsansvaret** for patientens helbredsforløb i en periode og dermed også indberetningen af forløbselementet, har samtidig ansvaret for at indberette de **tidstro forløbsmarkører**, der kræves inden for tidsrammen af forløbselementet. Kun de krævede og relevante markører, som de faktisk optræder inden for denne tidsramme, skal registreres og indberettes.

Bemærk

Der kan i forbindelse med en patientkontakt skulle indberettes forløbsmarkører i forhold til flere helbredsforløb, hvis enheden på kontakten har beskæftiget sig med flere af patientens forløb.

Eksempel

Medicinsk afdeling har en patient gående i et diabetes type 2-forløb. Indberetningen af forløbsmarkører, kontakter og ydelser mm. foretages derfor under et forløbselement med forløbslabel 'Type 2-diabetes'.

Det opdages i forbindelse med diabetes-behandlingen, at der er begrundet mistanke om en hjertesygdom (angina pectoris), hvorfor patienten indgår i et nyt sygdomsforløb under den samme enhed[#].

Afdelingen skal derfor, ud over og ud fra diabetes-forløbet, oprette og indberette et nyt forløbselement med **referencetype** 'ny sygdom' for den mistænkte hjertesygdom (**forløbslabel** 'Hjertesygdomme') (senest) ved den første forløbshændelse – **startmarkør** 'henvist til udredning' {AFV01A1}, der markerer ny selvstændig **udredningsret**.

Forløbsmarkører tilhørende hjerte-forløbet knyttes til dette nye forløbselement, herunder også de markører, der markerer målepunkter for patientens udredningsret og ventetider

[#]) Hvis, jf. eksemplet, udredningen og behandlingen af den mistænkte hjertesygdom i stedet skal ske på anden enhed, sendes henvisning til denne enhed, der så opretter det nye forløbselement ved modtagelsen af henvisningen, der angiver, at der er tale om "ny sygdom"

4.3.1 Typer af forløbsmarkører

Forløbsmarkørerne markerer tidstro hændelser i et helbredsforløb. Forløbsmarkører er i udgangspunktet uafhængig af patientkontakter, idet mange hændelser netop sker, når der ikke er patientkontakt, men der kan være tidsmæssig sammenhæng og/eller regler for, at der ved henvisning til kontakt eller forløb, ved kontaktstart og ved kontaktafslutning skal indberettes forløbsmarkører.

Der er logisk set tre **typer** af forløbsmarkører for hændelser i helbredsforløbet:

- markør for enkelthændelse
Fx: 'udredningsplan udarbejdet (årsag)'

Periodemarkører:

- forløbsmarkør for start af periode (statusmarkør)
Fx: 'henvist til udredning', 'ikke ventende, klinisk begrundelse, start', 'udredning start', 'specialiseret genoptræning start' og 'initial behandling start, kirurgisk' (pakkeforløb for kræft)
- forløbsmarkør for afslutning af periode eller for pakkeforløb.
Fx: 'specialiseret genoptræning slut', 'diagnostisk pakkeforløb slut, klinisk beslutning', 'ikke ventende, klinisk begrundelse, slut' og "kræftpakkeforløb slut, diagnose afkræftet"

Bemærk

Betegnelsen **"startmarkør"** anvendes kun i forhold til det generelle krav om, at der ved nyt forløbselement altid skal angives mindst én første forløbsmarkør – startmarkøren. Den samme type af forløbsmarkør kan også være markør inde i et igangværende forløb, fx 'henvist til behandling', som sættes ved ny venteperiode inden for det igangværende sygdomsforløb, men så anvendes betegnelsen "startmarkør" selvfølgelig ikke. Kun en begrænset del af forløbsmarkørerne kan være startmarkører.

På de fleste områder er det en ny periodemarkør, der afløser den status, der er sat ved en tidligere forløbsmarkør, fx ved overgang fra (aktiv) venteperiode til periode med udredning (start) eller behandling (start). Der er i sådanne tilfælde ikke en "slut-markør", idet en ny statusmarkør sætter den nye status.

På andre områder findes og anvendes forløbsmarkører obligatorisk både for start af og afslutning af en periode, hvor et forhold er gældende, fx passivperioder (se nærmere i flg. afsnit 4.3.1.1) og psykiatriske retslige forhold (kap. 8).

På nogle områder er der således krav om en specifik forløbsmarkør for afslutning, mens det på andre områder kan/vil være en ny forløbsmarkør, der afslutter det indtil nu gældende status eller forhold.

Hvad, der kan eller skal følge hvad, fremgår af senere afsnit i dette kapitel samt af de **flow-diagrammer**, der indgår i **Bilag 1b**.

Eksempler

Start på udredning (første kontakt) afløser 'henvist til udredning', hvorefter patienten ikke længere er henvist til udredning

Somatisk pakkeforløb slut ved afkræftet diagnose afbryder udredningsperioden for patient, der udredes i pakkeforløb.

Hvis patienten ikke afsluttes ved "afkræftet diagnose" men derimod fortsætter udredningen for anden sygdom, skal der registreres forløbsmarkører jf. Udredningsretten

Passivperioder under en venteperiode, klinisk begrundet eller efter patientens ønske, skal normalt altid markeres med både en forløbsmarkør for start og slut af perioden – *se dog i det følgende*.

4.3.1.1 Forløbsmarkører, der afgrænser perioder

Der er en række forløbsmarkører, der som **periodemarkører** anvendes til at markere starttidspunkter og sluttidspunkter for specificerede perioder, dvs. områder, hvor der er parrede markører for start og slut, der i princippet altid kun giver mening sammen.

Det drejer sig om følgende områder³:

- Passivperiode – ikke-aktiv periode i venteperiode
- THO-periode – se afs. 4.3.15
- Periode med specialiseret genoptræning

³ Orlov og længerevarende fravær med og uden aftale (psykiatri) indgår i indberetningen under 'Opholdsadresse' – se videre under afs. 5.8

- Periode med specialiseret rehabilitering
- Færdigbehandlet indlagt patient
- Psykiatriske vilkår – se nærmere detaljer under afs. 8.5.9

Indholdet i perioder inden for disse områder kaldes i det følgende med en fælles term for en "periode".

Der gælder følgende generelle principper for periodemarkører⁴:

- Der skal kun sættes en forløbsmarkør (FM) for afslutning, når perioden faktisk afsluttes, før eller eventuelt ved forløbselementsafslutning (se 2. bullet)
 - Eksempel: Hvis patienten ved afslutning af forløbselementet (FE) fortsat er færdigbehandlet, skal der ikke sættes en FM for "slut af færdigbehandlet"
 - Hvis en periode uden afbrydelse af det specificerede forhold/vilkår mm. skal fortsætte under nyt FE, skal der **ikke** registreres en slut-markør
 - Eksempel: Retspsykiatrisk patient med retsligt vilkår, der overflyttes til anden enhed under andet FE, når vilkåret fortsat er gældende ved afslutning fra den første enhed.
- Perioder, der faktisk afslutter samtidig med afslutning af FE, behøver ikke afsluttes med slut-markør
 - Dog skal **Udredningsretten efter påbegyndt udredning altid afsluttes** – se under afs. 4.3.8
 - Eksempel: Henvisningsperiode med markør for passivperiode {AFV02L1} "ikke ventende, patientens ønske, start". Forløbet afsluttes efter patientens ønske før påbegyndt udredning med {AFV01X2} 'venteperiode afsluttet, patientens ønske'. Slut-kode for passivperiode er ikke nødvendig her.
- Der skal, når en periode faktisk fortsætter i forbindelse med ansvarsoverdragelse fra en enhed til en anden og deraf følgende nyt FE, på det nye FE altid (ud over FE-startmarkør) sættes en FM for (forny)et start af perioden, fx {AWA1} 'Færdigbehandlet i stationært regi' (afs. 4.3.13). Der er generelt ikke nogen dedikerede "fortsættelsesmarkører"
 - Eksempel: Psykiatrisk retsligt vilkår for X-vilkår, der fortsætter ved overflytning fra en psykiatrisk afdeling til en anden.
 - Eksempel: Passivperiode, der fortsætter efter omvisitering til anden enhed, der dokumenterer under eget FE – se afs. 4.3.6.2.1

4.3.2 Anvendte termer og definitioner – forløbsmarkører

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
"diagnose afkræftet"	(indgår i pakkeforløb for kræft (forløbsmarkør)): "diagnose afkræftet" anvendes som term, når en specifik mistænkt kræftsygdom afkræftes)	
'henvist til behandling'	<i>forløbsmarkør for henvist til behandling anvendes til afgrænsning af den patientoplevede ventetid til behandling jf. Sundheds- og Ældreministeriets vejledning: VEJ nr 9988 af 22/09/2016.</i> Registrering af 'henvist til behandling' forudsætter patientens overordnede tilsagn til behandling og afspejler den patientoplevede ventetid til behandling. I venteperioden fra 'Henvist til behandling' til 'Behandling start' kan der registreres passivperioder	
behandling	<u>sundhedsintervention</u> hvor <u>sundhedsformålet</u> er at påvirke en patients <u>helbredstilstand</u>	
endelig behandling (reel behandling)	<u>behandling</u> der klinisk vurderes til bedst at kunne afhjælpe den aktuelle <u>helbredstilstand</u> Kommentar: Endelig behandling kan have et kurativt og/eller et palliativt sigte.	

⁴ Disse principper gælder alle specificerede perioder med mindre, at andet konkret er angivet i denne vejledning

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
'behandling start'	<i>forløbsmarkør for start af reel behandling anvendes til afgrænsning af den patientoplevede ventetid til behandling jf. Sundheds- og Ældreministeriets vejledning: VEJ nr 9988 af 22/09/2016</i> Eksempel: 'behandling start' er starttidspunktet for operation, ikke kontaktstarttidspunktet	
endeligt udredt (endelig udredt patient)	status for <u>patient</u> der har gennemgået et <u>udredningsforløb</u> der følger anerkendt klinisk praksis og har afklaret henvisningsindikationen i en sådan grad, at patienten kan informeres om behandlingsmulighederne Kommentar: Udredningen afsluttet, således at <u>endelig behandling</u> kan besluttes Ved Udredningsretten: Lig med <u>klinisk beslutningstidspunkt</u>	
forløbsmarkør	tidsstempelt angivelse af en begivenhed i et <u>helbredsforløb</u> Eksempel: 'Lungekræft: Henvisning til pakkeforløb start' Forløbsmarkører er SKS-klassificeret	
færdigbehandlet indlagt patient (færdigbehandlet patient i stationært regi)	<u>færdigbehandlet patient</u> , der ikke kan hjemtages af kommunen Kommentar: En <u>patient</u> er færdigbehandlet, når <u>patienten</u> ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. Hospitalets administrative opgaver skal være udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage <u>patienten</u> . Det betyder, at sygeplejerapport, evt. midlertidige hjælpemidler, medicin mv. skal være klar på tidspunktet for færdigbehandling, således at <u>patienten</u> ville kunne udskrives fra hospitalet	
færdigbehandlet patient	<u>indskrevet patient</u> hvis behandling ud fra en lægelig vurdering er afsluttet	
genoptræningsplan	individuel handlingsplan der beskriver det videre genoptræningsforløb	
initial behandling	(indgår i pakkeforløb for kræft (forløbsmarkør)): den første behandling i <u>endelig behandling</u> af kræftsygdom	
klinisk behandlingsbeslutning (klinisk beslutning om behandling)	beslutning der er truffet på baggrund af en <u>udredning</u> der følger anerkendt klinisk praksis og har afklaret henvisningsindikationen i en sådan grad, at <u>patienten</u> kan informeres om behandlingsmulighederne Kommentar: Klinisk beslutning afslutter udredningen	
klinisk beslutningstidspunkt	tidspunkt for klinisk beslutning om det videre sygdomsforløb Kommentar: For <u>patient</u> med rettighed til udredning eller behandling	
klinisk udredningsbeslutning (klinisk beslutning om udredning)	beslutning om hvad der videre skal ske, når retten til hurtig udredning ikke kan overholdes Kommentar: Hvis retten til hurtig udredning ikke kan overholdes, skal beslutningen resultere i en <u>udredningsplan</u>	
omvisitering	afslutning af en <u>henvisning</u> ved videresending af henvisning til en anden <u>sundhedsproducerende enhed</u>	
opfølgingsplan	individuel handlingsplan der beskriver det videre behandlings- og kontrolforløb, der kommer efter primær behandling af alvorlig sygdom	
patientrettighed	rettighed som <u>patient</u> har i forbindelse med kontakt med sundhedsvæsenet	
ret til genoptræning	<u>patientrettighed</u> for <u>patient</u> der ud fra en sundhedsfaglig vurdering har behov for genoptræning	
ret til opfølgning ved alvorlig sygdom	<u>patientrettighed</u> for <u>patient</u> der har fået primær behandling for alvorlig sygdom	
samtykke til behandling	<u>informeret samtykke</u> der gives i forhold til en konkret <u>behandling</u>	
(samtykke til) onkologisk efterbehandling	(indgår i forløbsmarkør): samtykke til adjuverende onkologisk behandling under <u>patientrettigheder</u> for "maksimale ventetider" Kommentar: adjuverende behandling er fortsættende onkologisk behandling ud over den primære (første) behandling af kræftsygdom. Adjuverende behandling er supplerende behandlende og/eller recidivforebyggende	
sekundær udredning	<i>Se pakkeforløbsbeskrivelser</i>	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
'henvist til udredning'	<i>forløbsmarkør for henvist til udredning anvendes til afgrænsning af den patientoplevede ventetid til behandling jf. Sundheds- og Ældreministeriets vejledning: VEJ nr 9988 af 22/09/2016</i> I henvisningsperioden til udredning kan der registreres passivperioder	
udredning	<u>sundhedsintervention</u> hvor <u>sundhedsformålet</u> er afklaring af og klinisk beslutning om hvilken <u>endelig behandling</u> patienten skal tilbydes Kommentar: Udredning kan foregå ambulant, omfattende et eller flere besøg, eller under indlæggelse. Start på udredning afslutter <u>henvisningsperiode</u>	
'udredning start'	<i>forløbsmarkør for start af udredning anvendes til afgrænsning af den patientoplevede ventetid til behandling jf. Sundheds- og Ældreministeriets vejledning: VEJ nr 9988 af 22/09/2016</i>	
udredningsperiode	periode fra påbegyndelse af <u>udredning</u> til <u>klinisk beslutningstidspunkt</u> Kommentar: Der kan i udredningsperioden ske behandling, dog ikke endelig behandling	
primær udredning	(forløbsmarkør, pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype): Se pakkeforløbsbeskrivelse	
udredningsplan	individuel handlingsplan der beskriver det videre udredningsforløb	
udredningsret (Udredningsretten) (ret til hurtig udredning)	<u>patientrettighed</u> for nyhenviste, elektive <u>patienter</u> på hospital til udredning inden for 30 kalenderdage såfremt det er fagligt muligt Kommentar: Gælder ikke retspsykiatriske og tvangsindlagte <u>patienter</u> . Såfremt det ikke er muligt at udrede inden for 30 dage, skal <u>patienten</u> modtage en plan for det videre udredningsforløb	
visitation (visitering)	sundhedsfaglig vurdering og administrativ vurdering af en <u>patients</u> behov for <u>sundhedsintervention</u> og prioritering heraf på baggrund af en <u>henvisning</u> eller en <u>patientkontakt</u>	

4.3.3 Indberetning af forløbsmarkør

Indberetningen af forløbsmarkører sker med reference til det forløbselement, som forløbsmarkøren knytter sig relevant til.

Alle egenskaber er obligatoriske ved indberetning.

Forløbsmarkør indberettes knyttet til Forløbselement med følgende oplysninger:

Forløbsmarkør	data-type	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel /beskrivelse
Kode	SKSkode	[forloeb.markoer]	1	obligatorisk. Klassificeret hændelses- eller statusmarkering
Tidspunkt	datoTid	-	1	obligatorisk. Forløbsmarkøren indberettes med et <i>tidstro</i> tidspunkt, som i realtid tidsstempler den hændelse, der angives med forløbsmarkøren (kode). Tidspunktet skal ligge inden for forløbselementets tidsramme. Der er særligt krav til første forløbsmarkør (startmarkør) på et indberettet forløbselement – se flg. underafsnit

4.3.3.1 Validering af forløbsmarkør på indberettet forløbselement

Der er krav om, og valideres for, at et indberettet forløbselement, hvor der er en procedure eller en patientkontakt eller, forløbselementet er afsluttet, skal have mindst én forløbsmarkør (startmarkør).

Denne første markør skal have samme dato som forløbselement startdato.

4.3.4 Anvendte generelle og specialiserede forløbsmarkører

Nedenstående brutto-lister er en syntese af eksisterende markørkoder (primært pakkeforløbskoder), der er LPR-relevante, samt nye koder oprettet til LPR3 til brug for ventetidsregistrering mv.

Generelle ventetidsmarkører er oprettet (under AFV01) som et fælles sæt for somatik og psykiatri.

- ▶ Forløbsmarkører, der anvendes i psykiatriske forløb, er også beskrevet under Kap. 8 'Psykiatri'

Bemærk

- De specifikke markører har fortrinsret frem for de generelle markører og kan erstatte disse i indberetningen fx ved pakkeforløb.
 - de generelle markører er ikke krævet, når en specifik markør dækker hændelsen fx "henvist til pakkeforløb start" fremfor "henvist til udredning"
 - der kan dog anvendes dobbelt-kodning/indberetning, hvis regionen eller hospitalet ønsker eller kræver det aht. logistik og patientoverblik
- Beskrivelsen her og resten af Kap. 4 er logisk og specificerer minimumskraverne til *indberetningen*.
 - dette er og kan ikke være en systemspecifik og registreringsnær brugervejledning til et IT-system. *Der henvises til lokal registreringsvejledning.*

4.3.4.1 Forløbsmarkører [forloeb.markoer]

Kun indberetningsniveau er vist. Kodelisten [forloeb.markoer] indeholder samtlige forløbsmarkører, der kan indberettes til LPR.

Bemærk

Koder, der *her* er angivet som "frivillig", er ønsket af regionerne og kan derfor være krævet lokalt. Disse koder indgår generelt ikke i de nationale monitoreringer, men de kan i visse tilfælde, som angivet, erstatte angiven anden kode.

- ▶ Der henvises til pakkeforløbsbeskrivelserne vedrørende definitioner og anvendelse af pakkeforløbsmarkørerne

Markører for "Diagnostisk pakkeforløb ved uspecifikke symptomer"

Diagnostisk pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft

AFA01A	uspecifikke symptomer, diagnostisk pakkeforløb: henvisning til pakkeforløb start
AFA01B	uspecifikke symptomer, diagnostisk pakkeforløb: udredning start, første fremmøde
Afslutning af diagnostisk pakkeforløb	
AFA01X1	uspecifikke symptomer, diagnostisk pakkeforløb slut, klinisk beslutning
AFA01X2	uspecifikke symptomer, diagnostisk pakkeforløb slut, patientens ønske
AFA01X9	uspecifikke symptomer, diagnostisk pakkeforløb slut, anden årsag

Markører for "Diagnostisk pakkeforløb ved metastaser uden kendt primær tumor"

Diagnostisk pakkeforløb for patienter med metastasesuspekter forandringer eller metastaser uden kendt primær tumor

AFD01A	metastaser uden kendt primærtumor, diagnostisk pakkeforløb: henvisning til pakkeforløb start
AFD01B	metastaser uden kendt primærtumor, diagnostisk pakkeforløb: primær udredning start, første fremmøde
Opfølgning (metastaser uden organspecifik kræfttype)	
AFD01P1	metastaser uden kendt primærtumor, diagnostisk pakkeforløb: udlevering af opfølgningsplan

Afslutning af pakkeforløb (metastaser uden organspecifik kræfttype)	
AFD01X1	metastaser uden kendt primærtumor, diagnostisk pakkeforløb: pakkeforløb slut, klinisk beslutning Ved: - afslutning ved henvisning til organspecifikt kræftpakkeforløb - metastase til kræft afkræftet; pakkeforløb slut
AFD01X2	metastaser uden kendt primærtumor, diagnostisk pakkeforløb: pakkeforløb slut, patientens ønske
AFD01X9	metastaser uden kendt primærtumor, diagnostisk pakkeforløb: pakkeforløb slut, anden årsag

Særlig markør for kræftforløb uden pakke

AFC01P1	kræftforløb uden pakke: udlevering af opfølgningsplan Bemærk: Eneste specifikke forløbsmarkør for kræftforløb uden pakke. Der anvendes i øvrigt generelle forløbsmarkører for patientrettigheder mv. Krav ikke endeligt fastlagt
---------	--

Markører for organspecifikke kræftpakkeforløb (KPF) ikke alle relevante i alle forløb

?? = nummer (2-cifret) for specifik pakke
en kode af en given type pr. pakkeforløb

Henvist til pakkeforløb (KPF)	
AFB??A	KPF: henvisning til pakkeforløb start AFB??A-kode anvendes som startmarkør på kræftpakkeforløb samt som forløbsmarkør i et igangværende sygdomsforløb, hvor helbredstemaet fx under udredningen ændres fra ikke-kræftsygdom til pakke-beskrivet kræftsygdom Bemærk: Ved start af sekundære forløbselementer i pakkeforløb, hvor der i forløbet tidligere er registreret AFB??A-kode, kan den generelle startmarkør {AFV01A2} 'patient i igangværende pakkeforløb' anvendes – se under generelle forløbsmarkører

Start af udredning (KPF)

AFB??B	KPF: udredning start, første fremmøde Bemærk: Kan erstatte registrering af generel kode for "udredning start" Denne forløbsmarkør afslutter henvisningsperioden til udredning
--------	--

Klinisk beslutning om behandling (KPF)

Koderne anvendes i pakkeforløbene som indikator for afslutning af udredningen jf. pakkebeskrivelserne.
Kan erstatte generel AFX01(A-C) kode, som anvendes i andre forløb – se senere

AFB??C1	KPF: beslutning: tilbud om initial behandling Inkl: tilbud om fortsat behandling efter radikal behandling under udredningen (fx hjernetumorer)
AFB??C1A	KPF: beslutning: tilbud om initial behandling i udlandet
AFB??C2	KPF: beslutning: initial behandling ikke relevant Inkl: Radikal behandling udført under udredningen, ingen yderligere behandling; anvend evt. {AFB??C2B} Ekskl: Overvågning uden behandling {AFB??C2A}
AFB??C2A	KPF: beslutning: initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling Obligatorisk specificeringsniveau for visse pakkeforløb
AFB??C2B	KPF: beslutning: initial behandling ikke relevant, radikal operation i udredningsforløbet Frivilligt specificeringsniveau til "C2"; ellers obligatorisk C2
AFB??C2C	KPF: beslutning: initial behandling ikke relevant, patientens tilstand Frivilligt specificeringsniveau til "C2" ; ellers obligatorisk C2

Behandling (KPF)

Der skal kun indberettes én (1) kode fra denne liste. Koden angiver typen af behandling som start af behandlingsperioden. Den samlede primære behandling består ofte af flere behandlingsmodaliteter.

Initial behandling inkluderer neoadjuverende behandling (kemoterapi og strålebehandling)

AFB??F1	KPF: initial behandling start, kirurgisk
AFB01F1A	brystkræft: initial behandling start, kirurgisk med plastikkirurgisk assistance NB: kun brystkræft-pakkeforløb
AFB16F1A	kræft i prostata: initial behandling start, nervebesparende kirurgi NB: kun prostatakraft-pakkeforløb
AFB??F2	KPF: initial behandling start, medicinsk Inkl: neoadjuverende kemoterapi
AFB??F3	KPF: initial behandling start, strålebehandling Inkl: neoadjuverende strålebehandling
AFB02F3A	hoved- og halskræft: initial behandling start, partikelterapi NB: kun hoved- og halskræft Inkl: neoadjuverende partikelterapi
AFB23F3A	kræft i hjernen: initial behandling start, partikelterapi NB: kun kræft i hjernen Inkl: neoadjuverende partikelterapi

Opfølgning (KPF)

AFB??P1	KPF: udlevering af opfølgningsplan Bemærk: Krav ikke endeligt fastlagt
---------	--

Afslutning af pakkeforløb (KPF)

Bemærk: Pakkeforløbs slutkoderne afslutter kun pakkeforløbet.

Hvis udredningen fortsætter under udredningsretten **efter** afkræftelse af kræftsygdom eller anden afslutning af pakkeforløbet, skal der i det fortsatte forløb registreres generelle forløbsmarkører for udredning {AFX01-koder} og eventuelt behandling {AFV01} koder

AFB??X1	KPF: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet
AFB??X2	KPF: pakkeforløb slut, patientens ønske
AFB??X9	KPF: pakkeforløb slut, anden årsag

Generelle markører for forløb i somatik og psykiatri

Henvist til udredning eller undersøgelse		vedrørende (henvist til) behandling – se senere
AFV01A1	henvist til udredning	Forløbsmarkøren angiver tidspunktet for modtagelse af henvisning til udredning på den kliniske enhed, der skal udrede patienten. Inkl: - henvist til fortsat udredning på ny klinisk enhed, evt. {AFV01A1B} - omvisiteret til udredning fra anden enhed inden start af udredning, evt. {AFV01A1C} - henvist til koloskopi som led i tarmkræftscreening (indgår i maksimale ventetider), evt. {AFV01A1A} - ny udredningsret hhv. ny ventetid til udredning i eksisterende sygdomsforløb Ekskl: - henvist til diagnostisk undersøgelse {AFV01A3} - patient henvist til udredning i pakkeforløb {AFB??A} - patient henvist til udredning i metastase-pakkeforløb {AFD01A} - henvist til udredning "uden patientrettighed" {AFV01A8} Bemærk: Frivillig specificeret underkode kan anvendes i stedet
AFV01A1A	henvist til udredning, maksimale ventetider	<i>frivillig specifikation</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01A1} 'henvist til udredning' til at markere, at patienten er omfattet af maksimale ventetider. Inkl: Patient henvist til koloskopi i screeningsforløb for kolorektalkræft Ekskl: patient henvist i igangværende pakkeforløb {AFV01A2}
AFV01A1B	patient i igangværende udredning	<i>frivillig specifikation</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01A1} 'henvist til udredning' til at markere, at forløbet fortsætter en udredning for samme sygdom, der er startet under et andet forløbselement
AFV01A1C	henvist til udredning, omvisiteret fra anden enhed	<i>frivillig specifikation</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01A1} 'henvist til udredning' til at markere, at forløbet opstartes i en igangværende henvisningsperiode, der er startet på en anden enhed
AFV01A2	patient i igangværende pakkeforløb	Kan anvendes <i>frivilligt</i> som startmarkør, hvor nyt (sekundært) forløbselement af organisatorisk grund oprettes i et igangværende pakkeforløb. Kan erstatte {AFV01A1} 'henvist til udredning' Ekskl: Første forløbselement i pakkeforløb for kræft, hvor der anvendes AFB??A-kode eller AFD01A (metastase-pakkeforløb)
AFV01A3	henvist til diagnostisk undersøgelse fra primærsektor	kun undersøgelser rekvireret fra og afsluttet til primærsektor. Ekskl: - Patienter henvist til koloskopi som første led i kolorektal screening – se 'henvist til udredning' hhv. 'henvist til udredning, maksimale ventetider' ovenfor. - Patienter henvist til klinisk mammografi mhp. eventuel videre udredning for brystkræft – se 'henvist til andet' {AFV01A8}
AFV01A4	henvist til diagnostisk undersøgelse fra klinisk enhed	<i>frivillig specifikation</i> Inkl: Anden offentlig eller privat enhed (inkl: anden enhed på eget sygehus) Ekskl: Undersøgelse rekvireret fra og afsluttet til primærsektor {AFV01A3} Bemærk: Hvis der er tale om ny udredningsret eller ventetid i sygdomsforløbet, der skal monitoreres, skal 'henvist til udredning' {AFV01A1} anvendes
AFV01A5	henvist til diagnostisk undersøgelse, omvisiteret fra anden enhed	<i>frivillig specifikation</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01A3/A4} til at markere, at forløbet opstartes i en igangværende henvisningsperiode, der er startet på en anden enhed
AFV01A6	henvist i graviditet	elektivt Inkl: Elektiv fødsel; selvstændigt forløb for provokeret abort Ekskl: Nyt forløb opstartet akut i graviditet eller ved akut fødsel {AFV01A9}

AFV01A7	henvist til kontrol	anvendes som startmarkør, hvis der oprettes henvisning til selvstændigt forløb (forløbselement) for kontrolperiode. Omfatter klinisk kontrol inkl. behandlingskontrol
AFV01A8	henvist til andet	forbeholdt henviste patienter "uden patientrettighed", der ikke er dækket af andre kategorier. Inkl: Brystkræftscreening ² , mental observation, fertilitetsbehandling (IVF), forskning, fortsættelse af tidligere lukket forløb fx ved udfyldelse af erklæring e.l., henvisning til ophold og behandling uden patientrettighed, arbejdsmedicinsk udredning (uden udredningsret). Kan desuden anvendes til "præbooking" af behandling inden, at patienten har givet tilsagn til den fortsatte behandling. Ekskl: Mere relevant kategori, herunder obligatoriske markører ved patientrettighed(er), fx {AFV01E1} 'Henvist til behandling' (AFV01E1A v. maksimale ventetider) ved patientoplevet ventetid til behandling. ² Bemærk: Patient i national kolorektalscreening, der skal have udført koloskopi, indgår under maksimale ventetider: {AFV01A1}, evt. {AFV01A1A}
AFV01A8A	selvhenvender i privat regi	forbeholdt patienter, der modtages i privat regi til undersøgelse og behandling for egne midler (selvbetalers/forsikringsbetalt) uden patientrettigheder Ekskl: Akut patient {AFV01A9}
AFV01A9	akut patient	anvendes kun ved start af nyt forløbselement ved akut kontakt Inkl: Nyfødte (startmarkør); spontan abortering som første kontakt i graviditet (startmarkør) Ekskl: Akut kontakt i eksisterende forløb (forløbselement)

Bemærk: Anvendelsen af de frivillige koder AFV01A1B, AFV01A1C og AFV01A2 forudsætter, at generel obligatorisk henvisningskode (AFV01A1) er registreret tidligere i samme helbredsforløb.

► Vedr. henvisningsperiode, venteperioder til udredning og behandling inkl. *passivperioder* – se senere >>>

Start af udredning		
AFV01B	udredning start	Afslutter henvisningsperiode til udredning. Ekskl: Start af udredning i kræftpakkeforløb {AFB??B} Bemærk: For patienter henvist til udredning skal der obligatorisk registreres forløbsmarkør ved start af udredningen. Udredningsstart er normalt første fremmøde på klinisk enhed, men kan også være fremmøde på paraklinisk enhed jf. de <i>kliniske retningslinjer</i> for udredning i det konkrete forløb. Udredningen kan også starte uafhængigt af patientkontakt, fx ved start af hæmatologisk udredning på baggrund af prøvesvar jf. de <i>kliniske retningslinjer</i> for specialet. Hvis patienten indgår i pakkeforløb for kræftsygdom, anvendes i stedet pakkeforløb-specifik AFB??B-kode – se "Markører for specifikke kræftpakkeforløb"

Forløbsmarkører for udrednings- og behandlingsret (somatik og psykiatri)

- ▶ Hvis patienten indgår i kræftpakkeforløb, kan pakkeforløbskoderer anvendes i stedet for generelle markører⁵ – se under ”Markører for specifikke kræftpakkeforløb”
- ▶ Generelle startmarkører for nye udredningsforløb – se ovenfor

Klinisk beslutning om videre udredning – udredningsplan udarbejdet	
AFX01D1	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. faglige årsager
AFX01D1A	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. pårørende eller ekstern samarbejdspart
AFX01D2	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. patientens afslag på tilbud om udredning i anden enhed
AFX01D3	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. patientens ønske om udredning på et senere tidspunkt end tilbudt
AFX01D4	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. manglende kapacitet
AFX01D9	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. andre årsager

Afslutning af udredning på forløbselement inden afsluttet klinisk udredning <i>frivillig</i>		
AFX01E	klinisk beslutning: henvises til videre udredning i anden enhed	Denne frivillige forløbsmarkør erstatter <i>ikke</i> andre markører

Klinisk beslutning om behandling – endeligt udredt		
I somatiske pakkeforløb anvendes i stedet AFB??C*-kode eller AFB??X1-kode som indikator for endt udredning/behandlingsbeslutning.		
Bemærk: ”Endeligt udredt” er udredning i en grad, der er tilstrækkelig for, at der kan træffes klinisk beslutning om behandling, og patienten informeres herom. Kræver <i>ikke</i> patientens samtykke til behandlingen		
AFX01A	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling i sygehusregi	
AFX01A1	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling, udvidet frit sygehusvalg	<i>frivillig specifikation.</i>
AFX01A2	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling, ej ret til udvidet frit sygehusvalg	Erstatter {AFX01A}
AFX01A3	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling igangsat i umiddelbar forlængelse af udredning	<i>Frivillig specifikation.</i> Kan anvendes i stedet for kombinationen: AFX01A-AFV01E*-AFV01F, når der behandles umiddelbart i forlængelse af afsluttet udredning på samme dato. Ekskl: patientoplevet ventetid til behandling – se {AFX01A-AFV01E*-AFV01F}
AFX01C	klinisk beslutning: endeligt udredt/udredning slut, ingen behandling i sygehusregi Bemærk: Alle patienter, hvor udredning afbrydes eller afsluttes før endt udredning og i forbindelse med endt udredning. Inkl: • intet klinisk behandlingsbehov i hospitalsregi efter afsluttet udredning • ingen behandling som følge af patientens ønske i forbindelse afsluttet udredning • hvor behandlingen er foretaget i udredningsperioden, og der ikke skal være yderligere reel behandling • udredning afbrudt eller afsluttet med klinisk begrundelse eller efter patientens ønske Ekskl: • patienter henvist til udredning, hvor henvisningsperioden afsluttes, <i>inden</i> udredningen er startet – afsluttes med AFV01X*-kode	

⁵ Bemærk: Der kan være yderligere regionale krav ud over det her beskrevne. Der henvises til den lokale registreringsvejledning

Samtykke til behandling (somatik, maksimale ventetider) <i>frivillig</i>		
AFV01C8	samtykke til behandling, maksimale ventetider	<i>frivillig.</i> Kan anvendes for patienter omfattet af maksimale ventetider
AFV01C9	samtykke til onkologisk efterbehandling, maksimale ventetider	<i>frivillig.</i> Kan anvendes for patienter omfattet af maksimale ventetider

Henvist til behandling		
AFV01E1	henvist til behandling Registrering af 'henvist til behandling' forudsætter patientens overordnede tilsagn til behandling og afspejler den patientoplevede ventetid til behandling. Se også afs. 4.3.9	Forløbsmarkøren angiver tidspunktet for patientens overordnede tilsagn om henvisning til behandling. Bemærk: Obligatorisk ved patientoplevet ventetid til behandling uanset, om udredningen er foretaget i primærsektor eller i sygehusregi, og uanset, hvilken enhed, der skal foretage behandlingen. Behandling inkluderer genoptræning, specialiseret rehabilitering (behandling)^{a)} og palliativ behandling (hospice) med ventetid til behandling. Inkl: - omvisiteret til behandling fra anden enhed inden start af behandling, evt. {AFV01E1C} - ny patientrettighed/ventetid til behandling i eksisterende sygdomsforløb Inkl: "0 dages patienter" til planlagt behandling Ekskl: henvist til behandling "uden patientrettighed", herunder "præbooking" af behandling inden patientens tilsagn er givet: {AFV01A8} 'henvist til andet'. ^{a)} Ekskl. ophold på visse rekreations- og rehabiliteringsenheder jf. BEK nr 657 af 28/06/2019, § 21
AFV01E1A	henvist til behandling, maksimale ventetider	<i>frivillig specifikation.</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01E1} for patienter omfattet af maksimale ventetider
AFV01E1C	henvist til behandling, omvisiteret fra anden enhed	<i>frivillig specifikation.</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01E1} 'henvist til behandling' til at markere, at forløbet opstartes i en igangværende henvisningsperiode, der er startet på en anden enhed
AFV01E2	henvist til behandling, ej ret til udvidet frit sygehusvalg	fx sterilisation Erstatter {AFV01E1}
AFV01E3	henvist til onkologisk efterbehandling, maksimale ventetider	<i>frivillig.</i> Kan erstatte {AFV01E1} for patienter omfattet af maksimale ventetider
AFV01A2	henvist i igangværende pakkeforløb	Kan anvendes <i>frivilligt</i> som startmarkør, hvor nyt (sekundært) forløbselement af organisatorisk grund oprettes i et igangværende pakkeforløb. Kan erstatte {AFV01E1} 'henvist til behandling', når der ikke er tale om ny patientoplevet ventetid til behandling. Ekskl: Første forløbselement i pakkeforløb for kræft, hvor der anvendes AFB??A-kode

Bemærk: Anvendelsen af de frivillige koder AFV01E1B, AFV01E1C og AFV01A2 forudsætter, at generel obligatorisk henvisningskode (AFV01E1) er registreret tidligere i samme sygdomsforløb

Start af behandling		
AFV01F	behandling start	Afslutter henvisningsperiode til behandling. Bemærk: Obligatorisk ved patientoplevet ventetid til endelig (reel) behandling, fx til start af operation Inkl: Maksimale ventetider fra samtykke er givet eller 'henvist til behandling' Bemærk: I kræftpakkeforløb anvendes {AFB??F*}-kode
AFV01F1	behandling start, onkologisk efterbehandling, maksimale ventetider	<i>Frivillig specifikation.</i> Kan erstatte {AFV01F} for patienter omfattet af maksimale ventetider

Afslutning af behandling		
AFV01X9	behandling slut	<i>frivillig</i>

Andre forløbsmarkører

Markører (periodemarkører) til anvendelse i henvisnings- og venteperioder

Ventetidsmarkører for "ikke ventende" (afs. 4.3.7.1) "passivperioder"	
Passivperioder, der indberettes i henvisningsperioden (evt. venteperioden) til udredning eller behandling. Angives med forløbsmarkører for start og afslutning af passivperiode. Obligatorisk i henvisningsperioden med mindre, at passivperioden afsluttes samtidig med, at forløbet afsluttes uden genoptagelse af venteperioden, fx ved registrering af {AFV01X2}	
AFV02K1	ikke ventende, klinisk begrundelse, start
AFV02K1C	ikke ventende, pga. egen COVID-19-infektion, start <i>frivillig specifikation</i>
AFV02K2	ikke ventende, klinisk begrundelse, slut
AFV02K2C	ikke ventende, pga. egen COVID-19-infektion, slut <i>frivillig specifikation</i>
AFV02L1	ikke ventende, patientens ønske, start
AFV02L2	ikke ventende, patientens ønske, slut

Periodemarkører for "ventende" (afs. 4.3.7.2) <i>frivillige</i>	
Kan indberettes i henvisnings- eller venteperiode til udredning eller behandling. Angives med forløbsmarkører for start og afslutning af perioden Inkl: manglende kaudition til (ændret) behandling	
AFV03A1	ventende, manglende oplysninger, start
AFV03A2	ventende, manglende oplysninger, slut

Henvisningsperiode/venteperiode afsluttet		
AFV01X1	venteperiode afsluttet, klinisk begrundelse	Anvendes obligatorisk til markering i de tilfælde, hvor en henvisningsperiode til udredning eller behandling afsluttes før første besøg af de angivne grunde.
AFV01X2	venteperiode afsluttet, patientens ønske	Kan anvendes <i>frivilligt</i> efter første besøg. Ekskl: Afslutning efter påbegyndt udredning (efter første fremmøde) - se {AFX01C} 'Klinisk beslutning: endeligt udredt/udredning slut, ingen behandling i sygehusregi'
AFV01X3	patienten omvisiteret til anden enhed	<i>frivillig</i> Kan kun anvendes i henvisningsperioden inden første fremmøde

4.3.4.1.1 Tidligt hjemmeophold (THO-periode)

Tidligt hjemmeophold anvendes for nyfødte, der efter indlæggelse på sygehus viderebehandles i eget hjem (sondebehandling). THO-perioden skal markeres med forløbsmarkører:

AJA01A	tidligt hjemmeophold, start
AJA01X	tidligt hjemmeophold, slut

► Se nærmere beskrivelse i afs. 4.3.15

4.3.4.1.2 Færdigbehandlet indlagt patient

► Se nærmere beskrivelse i afs. 4.3.13

AWA1	færdigbehandlet i stationært regi
AWX1	ikke færdigbehandlet i stationært regi

4.3.4.1.3 Genoptræningsperioder

Genoptræningsperioder skal af hensyn til kommunal medfinansiering markeres med periodemarkører for start hhv. afslutning af behandlingsperiode.

► Se nærmere beskrivelse i afs. 4.3.12

Forløbsmarkører for start af genoptræning og rehabilitering		
AWG2	almen genoptræning, start	forløbsmarkører for start af periode af den angivne type
AWG2A	almen genoptræning på basalt niveau, start	
AWG2B	almen genoptræning på avanceret niveau, start	
AWG1	specialiseret genoptræning, start	
AWG5	rehabilitering på specialiseret niveau, start	
Forløbsmarkører for afslutning af genoptræning og rehabilitering		
AWX23	almen genoptræning, slut	forløbsmarkører for afslutning af periode af den angivne type
AWX23A	almen genoptræning på basalt niveau, slut	
AWX23B	almen genoptræning på avanceret niveau, slut	
AWX21	specialiseret genoptræning, slut	
AWX22	rehabilitering på specialiseret niveau, slut	

4.3.5 Forløbsspor, flow-diagrammer og indgange til forløb

I det tekniske **Bilag 1b** findes et antal flow-diagrammer, der grafisk viser de forskellige **forløbsspor**, som de relevante (obligatoriske og frivillige) forløbsmarkører kan indgå i. Diagrammerne viser, hvilke forløbsmarkører, der kan eller skal følge hinanden i det enkelte forløb (spor).

► Der er i Bilag 1b følgende flow-diagrammer (1-9) med tilhørende *state-skemaer* (= interne regler) og relevante startmarkører for (henvist til) planlagte forløb:

1. Generelle forløb i somatikken
2. Somatiske forløb, der indgår under bekendtgørelse om maksimale ventetider
3. Diagnostisk pakkeforløb
4. Metastaser uden organspecifik kræfttype
5. Organspecifikke kræftpakkeforløb
6. Onkologisk efterbehandling
7. Forløb i voksenpsykiatri
8. Forløb i børne- og ungepsykiatri
9. Startmarkører for (del)forløb uden yderligere markører – se afs. 4.3.5.1

Pointen med flow-diagrammerne og de forskellige forløbsspor, som de afspejler, er:

- Patienten er i forhold til det enkelte sygdomsforløb altid i ét og kun et spor ad gangen
- Sporet viser og inkluderer alle nødvendige forløbsmarkører
- Det enkelte forløbselement følger et givet spor indtil sporskifte eller afslutning
- Som beskrevet tidligere i dette kapitel, kan et sygdomsforløb forgrene sig over flere forløbs-elementer, når flere enheder registrerer under hver sine egne forløbselementer

Bemærk

Der kan være regionale afvigelser fra de generelt beskrevne og viste minimumsprincipper, der illustreres i flow-diagrammerne og, som det beskrives i de følgende afsnit om fx venteperioder.

Et forløbselement kan starte på en ny enhed på ethvert tidspunkt af sygdomsforløbet. Der skal for alle nystartede forløbselementer umiddelbart indberettes en **startmarkør** for forløbselementet.

Der kan i forløbet skiftes spor på ethvert tidspunkt. Afhængig af, hvornår i sporet, at skiftet sker, vil indgangen til et andet spor kunne ske på ethvert tidspunkt.

4.3.5.1 Andre forløb – startmarkører for forløb uden yderligere markører

Diagrammerne i Bilag 1b omfatter **ikke** akut opstartede forløb og andre planlagte forløb med (intern/ekstern) ny henvisning til forløb "uden patientrettighed", dvs. uden udredningsret og ventetid.

Forløb "uden patientrettigheder" omfatter forløb med følgende startmarkører. Akut opstartet nyt forløb er også medtaget i tabellen for oversigtens skyld.

Henvisnings- og venteperioder ved disse startmarkører indgår ikke i nationale monitoreringer.

Forløb "uden patientrettighed" med startmarkører for nyt forløbselement:

Forløb – henvist til/i ...	Startmarkører for forløbselement	
diagnostisk undersøgelse (eksternt/internt henvist) Ekskl: Patienter henvist til diagnostisk pakkeforløb {AFA01A}	AFV01A3	'henvist til diagnostisk undersøgelse fra primærsektor' <i>Henvist fra og afsluttes til primærsektor</i>
	AFV01A4	'henvist til diagnostisk undersøgelse fra klinisk enhed'
	AFV01A5	'henvist til diagnostisk undersøgelse, omvisiteret fra anden enhed'
graviditet	AFV01A6	'henvist i graviditet' Ekskl: (akut) fødsel {AFV01A9} som første kontakt i graviditet, fertiliseringsbehandling (IVF) {AFV01A8}
kontrolforløb	AFV01A7	'henvist til kontrol' Kun ved selvstændigt nyt forløbselement oprettet til kontrolperioden. Inkl: klinisk kontrol og behandlingskontrol
patient i igangværende behandling	AFV01E1B	<i>frivillig specifikation.</i> Kan anvendes for at markere, at forløbet fortsætter en behandling for samme sygdom, der er startet under et andet forløbselement Ekskl: Ny patientrettighed (ventetid til behandling) – anvend: {AFV01E1}
fortsat behandling på ny enhed (nyt forløbselement) uden ventetid. Alternativt kan {AFV01E1B} anvendes	AFV01A8	'henvist til andet' Inkl: Eventuel præbooking af behandling før tilsagn til behandlingen er givet. Bemærk: Patienter henvist til koloskopi i screeningsprogram for kolorektal- kræft registreres med {AFV01A1} 'henvist til udredning', evt. {AFV01A1A}
brystkræftscreening		
mental observation		
fertiliseringsbehandling		
forskningspatient		
selvhenvender i privat regi	AFV01A8A	kun private sygehuse og klinikker

Forløb – henvist til/i ...	Startmarkører for forløbselement	
akut patient	AFV01A9	'akut patient' Anvendes i alle tilfælde ved nyt forløbselement, der oprettes ved start af akut patientkontakt. Inkl: Nyfødt, akut fødsel (mor) som første kontakt i graviditet Ekskl: planlagt fødsel (mor) {AFV01A6}

Bemærk: Ved forløb, hvor ovenstående startmarkører er anvendt, er der ikke krav om yderligere markører, med mindre, at der i det videre forløb opstår en ny patientrettighed, der kræver registrering af forløbsmarkør(er).

Der kan dog være lokale regionale krav, der går ud over de anførte minimumskrav til indberetningen.

4.3.6 Særlige scenarier i forbindelse med henvisningsperioden

I de følgende underafsnit er beskrevet nogle særlige situationer, der kan opstå i henvisningsperioden, dvs. efter modtagelse af en henvisning fra en anden part til udredning eller behandling i sundhedsvæsenet.

4.3.6.1 Afvisning af henvisning

Hvis en modtaget henvisning, fx ved en central visiteringsenhed, afvises umiddelbart, fordi henvisningen er fejlsendt eller fx, fordi der er en samarbejdsaftale om behandling af den pågældende sygdom hos en anden (offentlig eller typisk privat) part, skal der ikke indberettes til LPR fra sygehuset.

Hvis der ikke oprettes forløb på modtagende enhed, er det vigtigt, at der i denne situation til en ny part videresendes de **oprindelige henvisningsoplysninger** – henvisningstidspunkt, henvisende part og evt. forløbsID⁶ – til den nye part, idet disse oplysninger skal indgå i indberetningen fra denne.

Ovenstående gælder ikke, hvis henvisningen er accepteret og visiteret til klinisk enhed.

4.3.6.2 Omvisitering i henvisningsperioden

Hvis en patient, der er henvist og visiteret til en klinisk enhed, omvisiteres i henvisningsperioden *inden* første patientkontakt, vil dette, hvis den nye enhed ikke fortsætter på samme forløbselement, afspejles i afslutning af det første forløbselement (FE) (1. del af henvisningsperioden med de oprindelige henvisningsoplysninger) og oprettelse af et nyt forløbselement på den nye enhed, svarende til, at forløbsansvaret overdrages fra den første enhed til den nye enhed, og henvisningsperioden fortsætter (2. del) på denne enhed.

Efterfølgende illustration viser princippet ved **omvisitering** i henvisningsperiode til udredning.

Princippet er det samme ved omvisitering i henvisningsperiode til behandling. Begge FE indberettes til LPR.

Bemærk

Det *første* forløbselement i det samlede sygdomsforløb skal altid medtage de oprindelige henvisningsoplysninger, herunder oprindeligt henvisningstidspunkt og henvisningsmåde (= type af henviser).

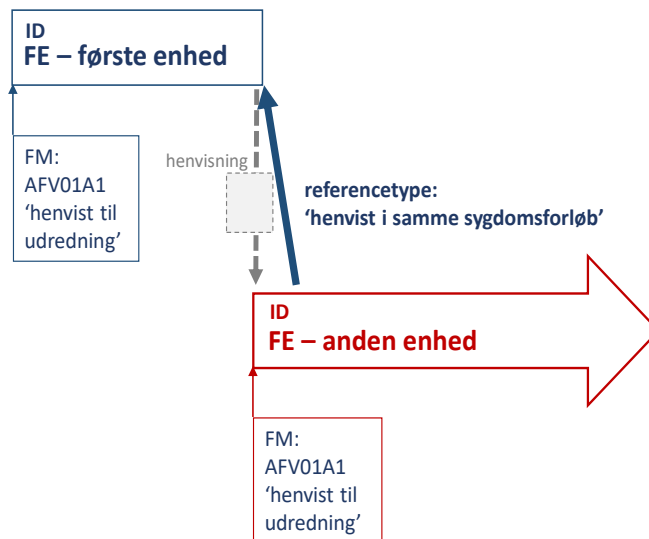
Til LPR skal alle henvisnings- og venteperioder indberettes. Dette gælder også for enheder og forløb, hvor en henvisning er modtaget, men hvor der ikke efterfølgende er en patientkontakt. Derved omfatter LPR alle de nødvendige oplysninger til brug for monitorering, også ved omvisitering.

4.3.6.2.1 Omvisitering i passivperiode

Ved omvisitering til anden enhed af en patient i en ikke afsluttet passivperiode, behøver passivperioden på den første enhed ikke afsluttes med slut-markør.

På det nye forløbselement skal der registreres ny forløbsmarkør for start (her i betydningen: fortsættelse) af passivperiode, der afsluttes, når patienten igen ikke er passivt ventende.

⁶ til eksisterende eller tidligere forløbselement for samme sygdomsforløb



I stedet for {AFV01A1} kan der på det andet forløbselement anvendes den frivillige forløbsmarkør {AFV01A1C} 'henvist til udredning, omvisiteret fra anden enhed'.

4.3.6.3 Henvisningsperiode afbrudt inden første fremmøde (til udredning/behandling)

Hvis henvisningsforløbet afbrydes *inden* første fremmøde til udredning eller behandling, anvendes relevant slut-markør for henvisningsperioden:

Afslutning af henvisningsperiode til udredning inden start af udredningen	
AFV01X1	venteperiode afsluttet, klinisk begrundelse
AFV01X2	venteperiode afsluttet, patientens ønske
AFV01X3	patienten omvisiteret til anden enhed (frivillig)

Bemærk

Indberetning af X-markør er obligatorisk ved afbrydelse af henvisningsperiode til udredning.

Markørerne kan desuden anvendes ved afbrydelse af venteperiode til behandling og evt. efter første fremmøde i forløbet.

Ved afslutning af forløb under Udredningsretten **efter første udredningsbesøg** er slutmarkør {AFX01C} i alle tilfælde obligatorisk i indberetningen – se afs. 4.3.8.4.

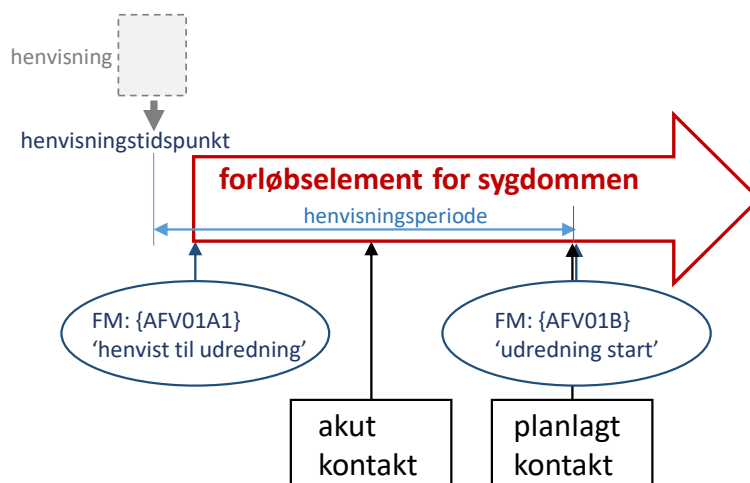
4.3.6.4 Patient henvist til planlagt forløb, der starter akut "før tid"

Et planlagt forløb oprettes senest ved modtagelse af henvisningen (start-forløbsmarkør) på den kliniske enhed, der skal have forløbsansvaret for patientens udrednings- eller behandlingsforløb.

Hvis patienten, der har en planlagt aftale, hvortil der er oprettet et henvisningsforløb, møder eller indbringes akut inden det aftalte tidspunkt for første kontakt, typisk pga. akut forværring af sygdommen, vil første fremmøde være en akut kontakt.

Hvis patienten efterfølgende fortsat er henvist til planlagt udredning eller behandling, fortsætter henvisningsforløbet uafbrudt indtil den første planlagte patientkontakt, hvor forløbsmarkøren, der afslutter henvisningsperioden, sættes – "udredning start" i det viste eksempel (næste side).

Hvis omvendt udredningen og behandlingen på den akutte kontakt overflødiggør det videre planlagte forløb, afsluttes henvisnings- og venteperioden i forbindelse med den akutte kontakt med relevant forløbsmarkør fx 'udredning start' {AFV01B} eller 'behandling start' {AFV01F}.



Afslutningsmarkør for venteperiode {AFV01X1} 'venteperiode afsluttet, klinisk begrundelse' anvendes i relevante tilfælde.

4.3.7 Ventetidsoplysninger

Oplysninger til brug for monitorering af henvisnings- og venteperioder til udredning og behandling mv. i forhold til gældende patientrettigheder indberettes som **forløbsmarkører**.

Der kan udover ved forløbsstart også være henvisnings- og venteperioder inden for et eksisterende sygdomsforløb, når der opstår **ny patientrettighed** fx ved mistanke om recidiv (metastasering) af kræftsygdom i kontrolperioden efter tidligere afsluttet primær behandling.

Forløbsmarkørerne består af specifikke markører og generelle markører og inkluderer markører vedrørende de **maksimale ventetider** for alvorlige sygdomme (kræft- og hjertesygdomme).

Specifikke markører anvendes fremfor generelle markører. Bemærk dog, at regionerne af hensyn til den lokale drift og BI kan vælge at "dobbeltregistrere".

Der er en klar opdeling mellem forløbsmarkørerne for pakkeforløb og andre forløb. I pakkeforløb anvendes primært pakkemarkører, i andre forløb primært generelle forløbsmarkører.

Eksempel

For en patient, der indgår i et pakkeforløb for specifik kræftsygdom, registreres specifikke pakkeforløbsmarkører – X-pakke (A-kode): "henvist til pakkeforløb start" / X-pakke (B-kode): "udredning start, første fremmøde" osv.

De specifikke markører dækker også de generelle rettigheder i forløbet, hvorfor der ikke også skal registreres generelle forløbsmarkører for 'henvist til udredning' hhv. 'udredning start' osv.⁷

De eneste generelle forløbsmarkører, der skal forekomme inden for et pakkeforløb, er markører for passivperioder, jf. følgende afs. 4.3.7.1, samt eventuelt startmarkør for 'patient i igangværende pakkeforløb' (generelle forløbsmarkører i afs. 4.3.4.1).

Hvis patienten i hele eller dele af sygdomsforløbet ikke indgår i et pakkeforløb, skal de generelle forløbsmarkører anvendes for de målepunkter, der skal anvendes til monitorering af de generelle patientrettigheder vedrørende udredning og behandling.

Dette er i overensstemmelse med, at der skiftes spor svt. et andet flow-diagram (se Bilag 1b).

⁷ Med mindre, at dette kræves regionalt

4.3.7.1 Passivperioder

I henvisnings- og venteperioder kan der indberettes **passivperioder**, der begrundes klinisk eller efter patientens ønske.

Indberetning af passivperioder er obligatorisk i henvisningsperioden før første fremmøde.

Eksempel

For en patient, der har været udredt i en specifik kræftpakke, afkræftes den mistænkte kræftsygdom – forløbsmarkør: (X1-kode) "diagnose afkræftet". Udredning og behandling af patienten fortsætter i "generelt somatisk regi" med **fortsat udredningsret**:

Forløbsmarkører

AFB12A	Kræft i tyk- og endetarm: henvisning til pakkeforløb start
AFB12B	Kræft i tyk- og endetarm: udredning start, første fremmøde
AFB12X1	Kræft i tyk- og endetarm: pakkeforløb slut, diagnose afkræftet

Idet patienten ikke kan udredes inden for 30 dage (udredningsretten):

AFX01D2 Udredningsplan udarbejdet pga. patientens afslag på tilbud om udredning i anden enhed

Udredningen fortsætter, og der findes betændelse i tyktarmen, som skal behandles kirurgisk.

Patienten ønsker at modtage behandlingen på samme sygehus:

AFX01A	Klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling i sygehusregi
AFV01E1	Henvist til behandling ^{*)} (planlagt fjernelse af en mindre del af tyktarmen)
AFV01F	Behandling start ^{*)}

^{*)}) obligatoriske ved patientoplevelt ventetid til behandling – se afs. 4.3.9

Følgende koder er fælles for passivperioder i venteperioder til udredning og behandling:

Ventetidsmarkører for "ikke ventende"	
Passivperioder, der indberettes i henvisningsperioden (evt. venteperioden) til udredning eller behandling. Angives med forløbsmarkører for start og afslutning af passivperiode. Obligatorisk i henvisningsperioden med mindre, at passivperioden afsluttes samtidig med, at forløbet afsluttes uden genoptagelse af venteperioden, fx ved registrering af {AFV01X2}	
AFV02K1	ikke ventende, klinisk begrundelse, start
AFV02K2	ikke ventende, klinisk begrundelse, slut
AFV02L1	ikke ventende, patientens ønske, start
AFV02L2	ikke ventende, patientens ønske, slut
Frivillige markører ifm. COVID-19	
AFV02K1C	ikke ventende, pga. egen COVID-19-infektion, start
AFV02K2C	ikke ventende, pga. egen COVID-19-infektion, slut

En startkode for en passivperiode skal normalt altid efterfølges af en slutkode, og der skal altid være en startkode før en slutkode. Der kan være flere passive perioder inden for en venteperiode, men perioder af samme type må ikke overlappe.

Hvis forløbselementet afsluttes i en passivperiode, fx ved registrering af {AFV01X2}, er slut-markør for passivperioden ikke nødvendig.

- ▶ Vedr. omvisitering i passivperiode – se afs. 4.3.6.2.1
- ▶ Der henvises til den enkelte region for nærmere vejledning vedrørende de lokale krav og registreringspraksis for dokumentation af passivperioder og ”manglende oplysninger” (afs. 4.3.7.2)

4.3.7.2 Manglende oplysninger (frivillig)

Følgende koder kan anvendes til markering af delperiode i henvisnings- eller venteperiode, hvor udredning eller behandling ikke kan foretages på grund af manglende fremsendte oplysninger fra henviser:

Periodemarkører for ”ventende” (frivillig)	
Kan indberettes i venteperiode til udredning eller behandling. Angives med forløbsmarkører for start og afslutning af periode	
AFV03A1	ventende, manglende oplysninger, start
AFV03A2	ventende, manglende oplysninger, slut

4.3.8 Ventetid til udredning, udredningsperiode og Udredningsretten

Alle henviste patienter har krav på udredning inden for 30 dage. Dette gælder også nye sygdomsforløb, der opstår under et pågående sygdomsforløb ved mistanke om anden sygdom.

- ▶ Se under afs. 4.3.10 vedrørende nationale screeningsforløb, hvor der efter screeningsproceduren mistænkes eller påvises kræftsygdom

Kravene til indberetning af forløbsmarkører omfatter både somatik og psykiatri og omfatter også patienter henvist til diagnostisk undersøgelse.

For patienter i igangværende sygdomsforløb gælder Udredningsretten desuden ved mistanke om klinisk recidivering af sygdommen, fx ved mistanke om metastasering eller lokalrecidivering af en tidligere behandlet kræftsygdom. Dette betyder, at der skal registreres nye forløbsmarkører til brug for monitorering af Udredningsretten.

Dette gælder, uanset om der fortsættes på igangværende forløbselement, eller der oprettes et nyt forløbselement på tidspunktet for erkendt mistanke.

- ▶ Der henvises til Sundhedsministeriets vejledninger til lovgivningen vedrørende afgrænsning af patientgrupper

Udredningsretten monitoreres ud fra henvisningsoplysningerne, de obligatoriske specifikke (pakkeforløb) eller generelle forløbsmarkører for første kontakt og afsluttet udredning hhv. udlevering af udredningsplan.

4.3.8.1 Ventetid til udredning

Ventetid til udredning starter med en specifik eller en generel forløbsmarkør for ”henvist til ...”.

’Henvist til udredning’ {AFV01A1/AFV01A1A/AFB??A^s} (^s ved pakkeforløb) vil normalt efterfølges af ’udredning start’ {AFV01B/AFB??B} ved første fremmøde til udredning, med mindre, at patienten omvisiteres i henvisningsperioden (se afs. 4.3.6.2), eller henvisningsperioden afbrydes af patienten eller med klinisk begrundelse (se afs. 4.3.6.3).

4.3.8.2 Viderehenvisning under udredning (før endelig udredt)

Hvis en patient efter, at udredningen er startet, viderehenvises til fortsat udredning på anden klinisk enhed, indberettes forløbselementet fra første udredningsenhed med de oprindelige henvisningsoplysninger.

Den anden enhed, der overtager udredningen, opretter et nyt forløbselement med egne (ikke oprindelige) henvisningsoplysninger og startmarkør {AFV01A1} ’henvist til udredning’, evt. *frivillig* markør {AFV01A1B} ’patient i igangværende udredning’.

4.3.8.3 Udlevering af udredningsplan

Hvis patienten ikke kan udredes inden for 30 dage, skal der udarbejdes en udredningsplan, der udleveres til patienten.

Baggrunden for, hvorfor udredningen ikke kan afsluttes inden fristen, dokumenteres med en af følgende forløbsmarkør-koder, der registreres på tidspunktet for udleveringen af udredningsplanen:

Forløbsmarkør	Klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet
AFX01D1	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. faglige årsager
AFX01D1A	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. pårørende eller ekstern samarbejdspart
AFX01D2	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. patientens afslag på tilbud om udredning i anden enhed
AFX01D3	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. patientens ønske om udredning på et senere tidspunkt end tilbudt
AFX01D4	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. manglende kapacitet
AFX01D9	klinisk beslutning: videre udredning. Udredningsplan udarbejdet pga. andre årsager

4.3.8.4 Afslutning af udredning – "endeligt udredt"

For patienter under Udredningsretten skal der obligatorisk registreres forløbsmarkør for afslutning af udredningsperioden:

Forløbsmarkør	Klinisk beslutning vedrørende behandling – endeligt udredt	
AFX01A	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling i sygehusregi	
AFX01A1	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling, udvidet frit sygehusvalg	frivillig specifikation. Kan erstatte {AFX01A}
AFX01A2	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling, ej ret til udvidet frit sygehusvalg	
AFX01A3	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling igangsat i umiddelbar forlængelse af udredning	<i>Frivillig specifikation.</i> Kan anvendes i stedet for kombinationen: AFX01A-AFV01E*-AFV01F, når der behandles umiddelbart i forlængelse af afsluttet udredning på samme dato. Ekskl: patientoplevelt ventetid –se {AFX01A-AFV01E*-AFV01F}
AFX01C	klinisk beslutning: endeligt udredt/udredning slut, ingen behandling i sygehusregi	

Bemærk: For patienter i pakkeforløb kan i stedet anvendes AFB??C-kode. Der kan dog være særlige lokale regler for registrering af forløbsmarkører

4.3.8.4.1 Afslutning af udredning "før tid"

Bemærk: Hvis *påbegyndt* udredning afsluttes **før klinisk endeligt udredt** af klinisk årsag eller efter patientens ønske skal {AFX01C} 'klinisk beslutning: endeligt udredt/udredning slut, ingen behandling i sygehusregi' anvendes.

4.3.9 Ventetid til behandling

Forløbsmarkørerne for 'henvist til behandling' og 'behandling start' er obligatoriske ved **patientoplevelt ventetid** til behandling – se eksempel under afs. 4.3.7.

'Henvist til behandling' (HB) forudsætter og må ikke registreres før end, at patienten har **tilkendegivet ønske om behandling**. HB er startpunkt for opgørelse af den patientoplevede ventetid til behandling.

Patientens ønske om behandling kan foreligge på dagen for kliniske beslutning om behandlingsbehov eller senere efter en betænkningssperiode.

Hvis behandling skal foregå på anden enhed end udredende enhed, indberettes 'Henvist til behandling' som dato for modtagelse af henvisningen til behandlingen.

Ved henvisning fra egen læge eller anden ekstern part, hvor ønske om behandling allerede foreligger, indberettes HB som tidspunktet for sygehusets modtagelse af henvisningen.

I venteperioden kan der fratrækkes **passivperioder**, der begrundes klinisk eller efter patientens ønske jf. beskrivelse og koder under afs. 4.3.7.1

Forløbsmarkøren {AFV01E1} 'henvist til behandling' skal jf. ovenstående normalt efterfølges af 'behandling start' {AFV01F} på forløbselementet med mindre, at patienten viderehenvises i henvisningsperioden, eller henvisningsperioden afbrydes af patienten eller med klinisk begrundelse.

- ▶ Vedrørende forsinkelse pga. manglende oplysninger (frivillig) – se afs. 4.3.7.2
- ▶ Venteperiode til behandling afbrudt: Anvend AFV01X-kode – se afs. 4.3.6.3

4.3.9.1 Maksimale ventetider

Til brug for registrering og opfølgning vedrørende maksimale ventetider anvendes generelle eller frivillige specificerede forløbsmarkører for "henvist til udredning" og "klinisk beslutning: endeligt udredt" hhv. "henvist til behandling" og "behandling start".

Bemærk:

Patienter henvist til koloskopi som led i national kolorektalscreening indgår under maksimale ventetider – se yderligere under afs. 4.3.10.1

AFV01E1	henvist til behandling	Henvist til behandling skal registreres, når patienten accepterer den tilbudte behandling (overordnet tilsagn til endelig behandling)
AFV01E1A	henvist til behandling, maksimale ventetider	<i>frivillig</i> ; ellers AFV01E1
AFV01E3	henvist til onkologisk efterbehandling, maksimale ventetider	<i>frivillig</i> ; ellers AFV01E1
AFV01F	behandling start	
AFV01F1	behandling start, onkologisk efterbehandling, maksimale ventetider	<i>frivillig</i> ; ellers AFV01F

4.3.9.1.1 'Samtykke til behandling' (maksimale ventetider) (frivillig)

Samtykke til behandling kan registreres ved forløb omfattet af maksimale ventetider, dvs. alle kræftsygdomme og visse iskæmiske hjertesygdomme.

Registreringen vedrører kun samtykke til **initial behandling**.

4.3.9.1.2 'Samtykke til onkologisk efterbehandling' (maksimale ventetider) (frivillig)

Samtykke til onkologisk efterbehandling kan registreres ved forløb omfattet af maksimale ventetider, hvor patienten efter initial behandling informeres om og samtykker til medicinsk efterbehandling eller stråleterapi som efterbehandling.

- ▶ Samtykke-oplysning kan være krævet regionalt. For nærmere vejledning – se også Vejledning nr. 9259 af 28/04/15 om "Maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme"

4.3.10 Patienter i nationale screeningsprogrammer

Bemærk:

Principper og løsninger er til diskussion med regionerne om forløbsdannelse og referencer i indberetningen, herunder for forløb, der starter med diagnostisk udredning. Der kan derfor komme ændringer senere

For patienter, der henvises til hospital som led i et af de nationale screeningsprogrammer, er der en **screeningsfase**, der enten afsluttes som et afsluttet forløb ved afkræftet mistanke om kræft (eller evt. af anden grund), eller der vil være et fortsat forløb for patienten med en **udredningsfase** (og evt. videre behandling) for kræft, mistanke om kræft eller for anden sygdom med patientrettighed(er).

- Vedrørende polyppkontrolprogram – se afs. 4.3.10.1.3

Bemærk

Der er forskel på kravene til registreringer ved **kolorektal kræftscreening** (koloskopi mm) henholdsvis **vedscreening for brystkræft** (mammografi mm). Disse forløb inklusive mulige fortsatte forløb ved positivt klinisk fund ved screeningsproceduren er derfor beskrevet hver for sig i det følgende.

4.3.10.1 Kolorektal kræftscreening

Screeningsforløbet på sygehuset oprettes og indberettes med følgende parametre [¤] :	
Startforløbsmarkør	'Henvist til udredning' {AFV01A1} <i>eller</i> 'Henvist til udredning, maksimale ventetider' {AFV01A1A} (frivillig underkode)
Forløbslabel	'Nationale screeningprogrammer' {ALAL61}
Aktionsdiagnose på screeningskontakt	Sygdomsdiagnose ved klinisk fund <i>eller</i> DZ018A Kontakt sfa positiv screening for tyk- og endetarmskræft
Bidiagnose	DZ018A, hvis ikke koden indberettes som aktionsdiagnose
Procedure	Udført 'Koloskopi' {KUJF32} <i>eller</i> 'Koloskopi med biopsi' {KUJF35}

[¤] Der er yderligere regionale krav til registrering af forskellige forhold og resultater i forbindelse med screeningskoloskopen. Dette er nærmere beskrevet i en specialvejledning.

Bemærk: Patienter, der modtages på hospital til koloskopi efter positiv blodanalyse (i afføringsprøve) i screeningsens første trin, indgår fra starten under patientrettigheder for **udredningsret** hhv. **maksimale ventetider** på mistanke om kræft. Patienten indgår derimod **ikke** i kræftpakke fra start.

Derfor må der *ikke anvendes Obs. pro kræft-kode*, før end der findes klinisk mistanke om kræft ved koloskopen.

Der er efter den indledende screeningsprocedure følgende mulige forløb – afs. 4.3.10.1.1-3:

4.3.10.1.1 Ingen kliniske fund ved screeningsprocedure (forløbet afsluttes)

Hvis koloskopen afkræfter kræftmistanke, og patienten afsluttes uden yderligere udredningsbehov, bibeholdes den oprindelige forløbslabel og screeningsdiagnosekode.

Forløbet afsluttes med generel slutmarkør (Udredningsretten) og forløbsmarkører til brug for (regional) monitorering af screeningen:

Forløbsmarkører [¤] ved afslutning til brug for monitorering af udredningsret og screening:	
AFX01C	Klinisk beslutning: endeligt udredt/udredning slut, ingen behandling i sygehusregi
AFX02C	Intet fund af polypper/adenomer eller tarmkræft ved koloskopi
AFX02D	Intet fund af polypper/adenomer eller tarmkræft ved CT-kolografi

[¤] I nogle systemer skal nogle af disse koder måske *registreres* som procedurekoder

4.3.10.1.2 Fund af kræft eller mistanke om kræft ved screeningsprocedure

Hvis der ved eller efter koloskopi er **begrundet mistanke** om tarmkræft eller direkte påvises kræft, og forløbet fortsætter under samme forløbselement, ændres forløbslabel til 'Kræftsygdomme' {ALAL01}, der overskrider tidligere forløbslabel, og patienten indgår nu i **pakkeforløb for tarmkræft**. Der skal ved klinisk fund registreres relevant aktionsdiagnose ("obs. pro" el. kræftdiagnose) for den påviste tilstand.

Hvis forløbet derimod fortsætter ved henvisning til andet forløbselement under egen eller anden klinisk enhed, bibeholdes den oprindelige forløbslabel for screeningsfasens forløbselement, og 'Kræftsygdomme' indberettes for det fortsatte udredningsforløb. Det nye forløbselement oprettes med kobling til screeningsforløbselementet med referencetype 'henvist i samme sygdomsforløb' {ALAA01}.

Der skal i alle tilfælde registreres pakkeforløbsmarkører:

Forløbsmarkører ved start af pakkeforløb for kræft:	
AFB12A	Kræft i tyk- og endetarm: Henvisning til pakkeforløb start
AFB12B	Kræft i tyk- og endetarm: Udredning start, første fremmøde

Hvis begrundet mistanke om kræft opstår på koloskopi-dagen, registreres begge forløbsmarkører på den samme dag.

Da patienten under screeningen allerede er omfattet af udredningsret og maksimale ventetider, skal der i forhold til disse rettigheder i første omgang ikke indberettes yderligere forløbsmarkører.

4.3.10.1.3 Andet klinisk fund ved screeningsprocedure

Hvis patienten efter screeningskoloskopi fortsætter i udredning for anden sygdom, ændres forløbslabel til relevant værdi fx 'Andre forløb' {ALAL90} – dvs. forløbslabel overskrives, hvis udredningsforløbet fortsætter under samme forløbselement.

Patienten har **fortsat udredningsret**, og der skal registreres relevante forløbsmarkører for dette – se tidligere i afs. 4.3.8. Der skal registreres relevant aktionsdiagnose for den påviste tilstand.

Hvis den fortsatte udredning dokumenteres i et nyt forløbselement, oprettes dette med kobling til screeningsforløbselementet med referencetype 'Henvist i samme sygdomsforløb' {ALAA01}.

For patienter, der efter første koloskopi fortsætter i polyp-kontrolprogram (adenom-kontrolprogram) med aftalt ny koloskopi efter et nærmere fastsat tidsrum, afsluttes udredningen {AFX01C}, og forløbslabel ændres til 'Andre forløb' {ALAL90}, hvis forløbet fortsætter under samme forløbselement.

Ved kontakter med polypfjernelse registreres polypdiagnose(r) {DD12} – jf. principperne i den regionale special-vejledning.

4.3.10.2 Brystkræftscreening

Patienter, der som led i det nationale brystkræft-screeningsprogram modtages til klinisk mammografi på radiologisk enhed, har i første omgang ud over de vejledende *kliniske retningslinjer* for forløbstider ingen yderligere patientrettigheder – dvs. at patienten fra start **ikke** indgår i pakkeforløb, udredningsret eller under "maksimale ventetider".

Screeningsforløbet oprettes og indberettes med følgende parametre:	
Startforløbsmarkør	'Henvist til andet' {AFV01A8}
Forløbslabel	'Nationale screeningprogrammer' {ALAL61}
Aktionsdiagnose på screeningskontakt	'Mammografiscreening i henhold til sundhedsloven § 85' {DZ123AA}
Procedure	'Mammografi, screening' {UXRC45}

Der skal ikke indberettes slut-markør ved afslutning fra radiologisk enhed uden klinisk positivt fund.

Der er efter den indledende screeningsprocedure følgende mulige forløb (afs. 4.3.10.2.1-3):**4.3.10.2.1 Ingen kliniske fund ved screeningsprocedure (forløbet afsluttes)**

De fleste patienter afsluttes fra hospitalet ved afkræftelse af mistanke om brystkræft ved den kliniske mammografi inklusive eventuelt andre undersøgelser foretaget i radiologisk regi.

Hvis patienten afsluttes uden yderligere udredningsbehov, bibeholdes den oprindelige forløbslabel {ALAL61}.

Bemærk: Der er ikke krav om indberetning af en slut-markør.

4.3.10.2.2 Fund af kræft eller begrundet mistanke om kræft ved screeningsprocedure

Hvis der efter klinisk mammografi (evt. andre undersøgelser) foretaget i radiologisk regi er begrundet mistanke om kræft eller påvises kræftsygdom, skal patienten umiddelbart **indgå under udredningsret, "maksimale ventetider"** samt **pakkeforløb for brystkræft**. Der skal ved klinisk fund registreres relevant aktionsdiagnose ("obs. pro" el. kræftdiagnose) for den påviste tilstand.

Der skal svarende til disse rettigheder og retningslinjer registreres relevante forløbsmarkører til brug for monitoreringen. Forløbet indberettes med forløbsmarkører og forløbslabel:

Indberetning ved fund af brystkræft eller begrundet mistanke om brystkræft:		
Forløbsmarkør	'Brystkræft: Henvielse til pakkeforløb start' {AFB01A}	obligatorisk
Forløbsmarkør	'Henvist til udredning' {AFV01A1} <i>eller</i> 'Henvist til udredning, maksimale ventetider' {AFV01A1A}	frivillige
Forløbsmarkør	'Brystkræft: Udredning start, første fremmøde' {AFB01B}	obligatorisk
Forløbslabel	'Kræftsygdomme' {ALAL01}, der overskrider tidligere forløbslabel	obligatorisk

Hvis begrundet mistanke om kræft opstår, eller kræft påvises, på mammografi-undersøgelsesdagen, registreres begge pakkeforløbsmarkører samt "rettighedsmarkør" på den samme dag.

Forløbet kan fortsætte på samme forløbselement eller under et nyt forløbselement på klinisk enhed.

Hvis forløbet fortsætter under samme forløbselement, ændres forløbslabel til 'Kræftsygdomme' {ALAL01}, der overskrider tidligere forløbslabel.

Hvis forløbet derimod fortsætter ved henvisning til andet forløbselement under anden klinisk enhed, bibeholdes den oprindelige forløbslabel for screeningsfasens forløbselement, og 'Kræftsygdomme' indberettes for det fortsatte udredningsforløb. Det nye forløbselement oprettes med kobling til screeningsforløbselementet med referencetype 'Henvist i samme sygdomsforløb' {ALAA01}.

4.3.10.2.3 Andet klinisk fund ved screeningsprocedure

Hvis patienten derimod fortsætter i udredning for anden sygdom, ændres forløbslabel til relevant værdi fx 'Andre forløb' {ALAL90} – dvs. forløbslabel overskrives, hvis udredningsforløbet fortsætter under samme forløbselement.

Patienten har i dette tilfælde **udredningsret** fra tidspunktet for det kliniske fund, og der skal registreres relevant forløbsmarkør for dette, som beskrevet i afs. 4.3.8:

Indberetning ved andet klinisk fund ved mammografiscreening:	
Forløbsmarkør	'Henvist til udredning' {AFV01A1}

Der skal registreres relevant aktionsdiagnose for den påviste tilstand.

Hvis den fortsatte udredning dokumenteres i et nyt forløbselement, oprettes dette med startmarkør 'Henvist til udredning' {AFV01A1} og reference til screeningsforløbselementet med referencetype 'Henvist i samme sygdomsforløb' {ALAA01}.

4.3.11 Forløbsmarkører for somatiske pakkeforløb

- ▶ Se de generelle principper i afs. 4.3.4

Forløbsmarkører skal i indberetningen knyttes til et forløbselement med forløbslabel svarende til den aktuelle sygdom fx 'kræftsygdomme'.

- ▶ Vedrørende registrering af pakkeforløbsmarkører – se også pakkeforløbsbeskrivelserne på Sundhedsstyrelsens hjemmeside

4.3.11.1 Udlevering af opfølgingsplan

Der skal for alle patienter i kræftforløb efter påbegyndelse af initial behandling og senest ved afslutning af behandlingen udarbejdes en opfølgingsplan, der udleveres til patienten.

Udlevering af opfølgingsplan dokumenteres på tidspunktet for udleveringen til patienten:

Forløbsmarkør for udlevering af opfølgingsplan	Sygdomsforløb
AFB??P1-kode	Pakkeforløb for ??-specificeret kræftsygdom
AFD01P1	Pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype
AFC01P1	Kræftforløb uden pakke

Bemærk: Dette krav omfatter alle behandlede kræftpatienter, uanset om de indgår i en pakke eller ej.

4.3.12 Udførelse af specialiseret genoptræning og specialiseret rehabilitering

Perioder med specialiseret rehabilitering og specialiseret genoptræning skal ift. kommunal medfinansiering af sygehusaktivitet indberettes med forløbsmarkører (periodemarkører) for start- hhv. sluttidspunkter for den enkelte periode.

Kravet omfatter principielt kun ambulante kontakter, der udelukkende eller overvejende omhandler specialiseret genoptræning hhv. specialiseret rehabilitering. Dette omfatter således ikke "almindelig genoptræning" og genoptræning/rehabilitering under indlæggelse.

Afgrænsningen af perioder i forløb med specialiseret genoptræning og rehabilitering foretages med forløbsmarkører for start og slut af perioder med følgende markører:

Forløbsmarkør – markører for start af periode		Forløbsmarkør – markører for afslutning af periode	
Start-kode registreres på tidspunktet for første ydelse i en sammenhængende genoptræningsperiode hhv. rehabiliteringsperiode		Slut-kode registreres på tidspunktet for sidste ydelse i perioden	
AWG1	specialiseret genoptræning, start	AWX21	specialiseret genoptræning, slut
AWG5	rehabilitering på specialiseret niveau, start	AWX22	rehabilitering på specialiseret niveau, slut

Kravene følger de generelle krav til forløbsmarkører for start- og sluttidspunkter for perioder (afs. 4.3.1.1):

- Der skal kun sættes en slut-markør, når genoptræningen faktisk afsluttes
- Der skal sættes en start-kode ved start af genoptræningsperiode samt ved fortsat genoptræning på anden enhed (under andet forløbselement)

Selve genoptrænings- og rehabiliteringsydelserne udført på sygehus registreres med relevante procedurekoder. Kravet til kliniske ydelseskoder (definitioner og minimumsspecificeringsniveau) fremgår af kodekatalog for fysioterapi hhv kodekatalog for ergoterapi.

Fysio- og ergoterapeutiske procedurekoder, der falder uden for perioder med specialiseret genoptræning hhv. rehabilitering, regnes i monitorering og afregning for "behandling".

4.3.13 Færdigbehandlet indlagt patient

Kommunerne medfinansierer egne borgeres forbrug af sundhedsydelser og betaler en obligatorisk plejetakst for stationær sygehusbehandling til færdigbehandlede patienter, der venter på udskrivning. Den kommunale medfinansiering omfatter både somatiske og psykiatriske patientkontakter.

Indberetning af patienten som færdigbehandlet skal kun foretages, hvis det pga. eksterne forhold ikke er muligt at udskrive patienten samtidig med, at patienten klinisk vurderes som "færdigbehandlet" i betydningen, at der ud fra en klinisk begrundelse ikke længere er behov for, at patienten er hospitalsindlagt.

Den fortsatte indlæggelse skal således være begrundet i, at der ventes på en plejehjemsplads, foranstaltninger i hjemmet eller lignende.

Definition

færdigbehandlet indlagt patient (færdigbehandlet patient i stationært regi)	<u>færdigbehandlet patient</u>, der ikke kan hjemtages af kommunen Kommentar: En <u>patient</u> er færdigbehandlet, når <u>patienten</u> ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. Hospitalets administrative opgaver skal være udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage <u>patienten</u>. Det betyder, at sygeplejereport, evt. midlertidige hjælpemidler, medicin mv. skal være klar på tidspunktet for færdigbehandling, således at <u>patienten</u> ville kunne udskrives fra hospitalet
---	--

Markeringen af, at patienten er færdigbehandlet jf. ovenstående definition, foretages med forløbsmarkøren:

Forløbsmarkør	
AWA1	færdigbehandlet i stationært regi

Når patienten senere udskrives fra indlæggelseskontakten som færdigbehandlet, skal der ikke sættes en "slut-markør".

Bemærk: Patienter, der lægeligt vurderes som **terminale**, skal ikke indberettes som færdigbehandlede.

4.3.13.1 Overflytning af færdigbehandlet patient

Hvis den færdigbehandlede patient overflyttes til en anden enhed under andet forløbselement, skal der, uanset om der fra den første enhed er registreret "færdigbehandlet" eller ej, indberettes en forløbsmarkør for færdigbehandlet (AWA1) på det nye forløbselement svarende til starttidspunktet for det nye ophold (fysisk fremmøde), hvor patienten er færdigbehandlet fra start.

Hvis overflytning sker inden for samme forløbselement, skal der ikke registreres ny (start)markør for færdigbehandlet med mindre, at der et "hul" på **mere end 4 timer** mellem kontaktafslutning på den første kontakt og kontaktstart på den efterfølgende indlæggelse, og patienten stadig skal betragtes som færdigbehandlet, dvs. er klar til udskrivning.

4.3.13.2 Tilbagefald

Patienter, der er indberettet som færdigbehandlet, og som fx venter på tilbud om en plejehjemsplads, vil i venteperioden kunne få tilbagefald af sygdommen, eller der kan opstå en anden lidelse eller forhold, der betyder, at fortsat sygehusindlæggelse er påkrævet. I disse situationer er patienten ikke længere færdigbehandlet.

Gældende fra det tidspunkt, hvor patienten ikke længere ud fra definitionen er "færdigbehandlet" på indlæggelseskontakten, indberettes forløbsmarkør for afslutning af perioden:

Forløbsmarkør	
AWX1	ikke færdigbehandlet i stationært regi

4.3.14 Forløbsmarkører i psykiatrien

- ▶ Udredningsretten er fælles for psykiatri og somatik – se beskrivelse i afs. 4.3.8

Ventetidsoplysninger skal indberettes ud fra de generelle principper, beskrevet tidligere under dette afsnit 4.3. Forløbsmarkører i psykiatrien følger den samme logik, som beskrevet i de foregående afsnit.

Der er særlige krav på de følgende områder:

- vilkår – retslige og vilkår med tvangsforanstaltning
- pakkeforløb i voksen- og børne- og ungdomspsykiatrien (regionalt)
- ▶ Forløbsmarkørerne i psykiatrien beskrives nærmere i de relevante afsnit i Kap. 8

4.3.15 Tidligt hjemmeophold for nyfødte (THO-periode)

Tidligt hjemmeophold for nyfødte skal indberettes med forløbsmarkører:

Forløbsmarkør	
AJA01A	tidligt hjemmeophold, start
AJA01X	tidligt hjemmeophold, slut

THO-perioden angiver en periode, hvor der, efter indlæggelse på sygehus, viderebehandles i eget hjem under fortsat behandlingsansvar på sygehuset.

Der er ingen yderligere krav til behandlingskoder i behandlingsperioden uden for hospitalet. Behandlingskoder kan indberettes som forløbsprocedurer.

Bemærk

- Indlæggelsen i pædiatrien skal afsluttes, når barnet udskrives til hjemmebehandling
- Der kan være patientkontakter (fysiske fremmøder, virtuelle kontakter) i THO-perioden uden, at denne skal afbrydes
- Ved længevarende indlæggelse anbefales det dog at afslutte THO-perioden, hvis den ud fra en klinisk vurdering ikke forventes at fortsætte

4.4 Patientorlov og andet fravær

Orlov skal indberettes til LPR. Orlov indberettes som perioder i egenskaben 'fravaer' under Opholdsadresse. Periode for fravær indberettes med start- og sluttidspunkt.

- ▶ Se nærmere under "Opholdsadresse" i afs. 5.8

Længerevarende fravær (med aftale) og **absenteringer** i psykiatrien indberettes på samme måde som orlov – se afs. 8.7

4.5 Regler for sammenhænge (tid, indbyrdes indhold, og i forhold til specifikke forløb)

- ▶ Der henvises til flows og state-skemaer i Bilag 1b

Interne regler for rækkefølge af forløbsmarkører mv. kan efter behov aftales med regionerne.

4.6 Resultatindberetning knyttet til Forløbselement

Alle resultatindberetninger knyttes i indberetningen primært til et forløbselement, og sekundært til sin trigger. Hvis en resultatindberetning ikke er trigger-udløst, vil den kun være knyttet til forløbselementet.

Forløbselementet kan i sig selv ikke være trigger for en resultatindberetning, men en forløbsmarkør knyttet til forløbselementet kan.

- ▶ Resultatindberetningen er generelt beskrevet i Kap. 9

5 PATIENTKONTAKTER

Landspatientregisteret (LPR) har kontakten mellem patient og sundhedsvæsenet som det centrale element. Alle kontakter med klinisk sigte mellem patient og sundhedspersoner indberettes særskilt.

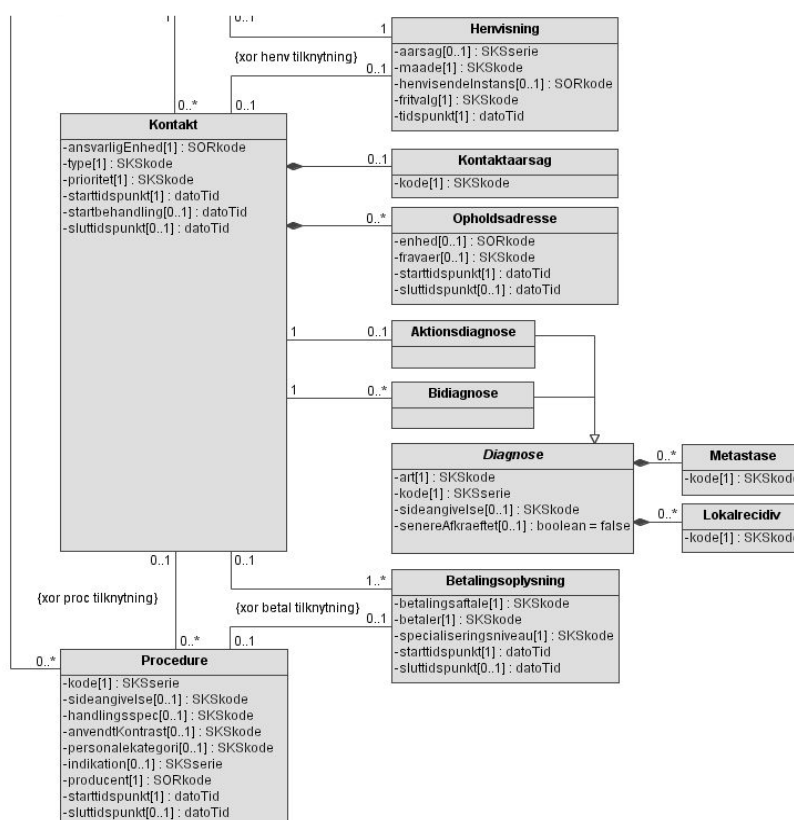
En patientkontakt, herefter oftest blot betegnet ”kontakt”, kan være (kontakttyper) et ’fysisk fremmøde’, en ’udekontakt’, en ’virtuel kontakt’ eller ’død’ (efter erklæret død).

- ▶ Se nærmere om kontakttyperne under afs. 5.6.3
- ▶ ”Diagnoseindberetning” uden patientkontakt – se afs. 5.6.3.5

Bemærk

Ambulant besøg og indlæggelse er samlet under kontakttypen ’fysisk fremmøde’. Der skelnes således i indberetningen ikke mellem ”ambulant” og ”indlagt”, der hermed er *uddatabegreber*.

Modeludsnit – Kontakt



Kontakt relaterer sig som det fremgår af model-udsnittet til en række andre indberetningsobjekter:

- **Forløbselement**

I indberetningen skal kontakten altid knyttes til et forløbselement. Forløbselementet fungerer som sammenknytning af kontakter og ydelser uden kontakt i et givent helbredsforløb og giver herved mulighed for at afspejle det sammenhængende kliniske forløb, som kontakterne indgår i

- **Diagnose**

Patientens kontaktrelevante diagnoser (aktionsdiagnose og bidiagnoser) knyttes til kontakten⁸. En **kontaktdiagnose** kan trigge en resultatindberetning, fx en fødselsindberetning eller en cancer-anmeldelse

⁸ De generelle definitioner og krav til indberetning af kontaktdiagnoser er uændrede i LPR3.

- **Procedure (kontaktprocedure)**

Procedurer skal indberettes knyttet til den kontakt, hvorunder proceduren er udført.

Procedurer kan også knyttes til forløbselementet, hvis der er ydelser mellem kontakter, der skal registreres og indberettes – se under Kap. 7

- **Betalingsoplysninger**

Betalingsoplysninger skal obligatorisk indberettes for alle patientkontakter efter gældende aftalte krav – se afs. 5.9.

Der kan desuden være særlige lokale registreringskrav.

Kontaktårsag og Opholdsadresse er også kontaktrelaterede grundoplysninger, der nærmere beskriver patientkontakten. Patienten kan under samme kontaktansvarlige enhed have forskellige fysiske opholdsadresser.

- ▶ Kontaktårsag afs. 5.7
- ▶ Opholdsadresse afs. 5.8

Henvisninger til andre afsnit

- ▶ Alle tidsmarkeringer til brug for monitorering af ventetider, udredningsret, behandlingsgaranti, ”maksimale ventetider” og pakkeforløb er samlet under forløbsmarkører, der er beskrevet i Kap. 4 under afs. 4.3
- ▶ Vedr. kontaktdiagnoser – se Kap. 6 om diagnoser
- ▶ Vedr. procedurer, kontaktprocedurer og forløbsprocedurer – se Kap. 7
- ▶ Henvisningsoplysninger indberettes obligatorisk ved start af forløb (forløbselement), se afs. 4.2. Det kan dog i særlige tilfælde være relevant at knytte henvisningsoplysninger til en kontakt. Dette er ikke obligatorisk i indberetningen. Det kan evt. være krævet lokalt.

I forhold til patientkontakten er de generelle definitioner, klassifikationer og øvrige krav til indberetning af diagnoser og procedurer uændrede fra LPR2 til LPR3.

Der er i det nuværende LPR indført et nyt princip for indberetningen af kræftdiagnoser, idet oplysninger om **metastaser og lokalrecidiv** nu indberettes som supplerende relaterede oplysninger til den tilgrundliggende kræftsygdom, indberettet som aktionsdiagnose eller bidiagnose – *se også ovenstående model-udsnit*.

- ▶ Dette er nærmere beskrevet under Kap. 10, afs. 10.2.3-4

Der er i Kontakt-indberetningsobjektet gjort plads til et tidspunkt for start af behandling indenfor tidsrammen af kontakten. **Behandlingsstart** er primært tiltænkt akutte kontakter, hvor ventetid i venteværelset inden første sundhedsfaglige ydelse kan monitoreres. Indberetning af (intern) behandlingsstart er foreløbig frivillig.

5.1 Enheder, der indberetter til LPR

Indberetningskravene gælder for alle kliniske og parakliniske enheder og specialer, der ifølge de gældende *kliniske retningslinjer* indgår i udredning og behandling i patientens forløb.

Som en undtagelse skal patientens kontakter på klinisk kemisk enhed ikke indberettes til LPR, idet dataopsamling her sker på anden vis.

Dette betyder også, at fremmøde på laboratorium i henvisningsperioden inden kontakt med klinisk enhed ikke afbryder henvisnings- og venteperioden med mindre, at andet er aftalt og gældende ifølge de til enhver tid gældende (evt. specialespecifikke) retningslinjer for udredning og behandling, herunder i specificerede pakke- og sygdomsforløb.

5.2 Sundhedspersoner

Når en sundhedsperson har en selvstændig kontakt med en patient, skal dette indberettes som fysisk fremmøde, udekontakt hhv. virtuel kontakt.

Definition

sundhedsperson	<u>sundhedsfaglig person</u> der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver
----------------	---

Kontaktregistreringen inkluderer besøg mv. udført af andre sundhedsprofessionelle, der ved uddelegering fra en sundhedsperson udfører sundhedsfaglige ydelser til en patient. Det er typen af ydelsen, som patienten modtager, der er det primære – ikke hvem, der udfører ydelsen.

Kontaktregistreringen inkluderer indberetning af relevante diagnoser og kliniske ydelser, hvis disse er omfattet af indberetningskrav.

- ▶ Se nærmere i afs. 1.4

Det er som udgangspunkt den sundhedsfaglige kontakt med patienten, patientens tilstand(e) og de udførte kliniske ydelser, der er i fokus – ikke, hvor ydelsen bliver udført, eller hvem, der udfører (ved uddelegering).

5.3 Akutte patientkontakter

Akutte patientkontakter indberettes med prioritet 'akut'. Kontakter af alle typer kan være akutte. Kontakter med kontakttipe 'død' (afs. 5.6.3.4) skal indberettes som akutte.

Akutte patientkontakter med fysisk fremmøde kan opstå som led i et eksisterende sygdoms- eller skadeforløb eller som en ny selvstændig sygdoms- eller skadeproblematik.

Ved ny helbredsproblematik, ny eller formodet ny sygdom eller ny (mistanke om) skade oprettes altid et nyt forløb(selement), og den akutte patientkontakt knyttes til det nye forløb.

Hvis patienten modtages på akut kontakt pga. (akut) forværring af eller tilbagefald (recidiv) af sygdom (eller skade), eller ved komplikationer til kendt sygdom, herunder komplikationer til behandlingen af sygdommen, skal denne patientkontakt knyttes til det eksisterende sygdomsforløb (skadeforløb), som kontakten primært vedrører, enten direkte til forløbselementet, hvis dette er muligt, eller ved kobling af forløbselementer – se afs. 5.3.1

- ▶ Vedrørende patient henvist til planlagt forløb, der starter akut "før tid" – se afs. 4.3.6.4

Kontaktårsag er obligatorisk for akutte somatiske patientkontakter. Kontaktårsagen er trigger for de yderligere krav til **skadeindberetning** ved skade på baggrund af ulykke, selvmordsforsøg eller vold.

- ▶ Se nærmere i afs. 5.7 vedr. de forskellige kontaktårsager og Kap. 13 om skadeindberetningen

5.3.1 Kobling af forløb

Akutte patientkontakter som led i et eksisterende helbredsforløb skal som nævnt principielt altid kobles til det relevante (system-tilgængelige) forløb. Men det er i sagens natur ikke altid muligt på forkant at vide, om en akut kontakt faktisk repræsenterer noget akut i et kendt forløb, eller om der omvendt er tale om en ny selvstændig sundhedsproblematik, der derfor skal registreres og indberettes under eget forløb.

Hvis en akut patientkontakt derfor og i praksis nok oftest har ført til oprettelse af et nyt forløbselement, men hvor det efterfølgende viser sig, at årsagen til kontakten i virkeligheden var en sygdom eller skade, som der i forvejen er oprettet et forløb for, kan det nye forløbselement efterfølgende kobles (træk ID "samme sygdom") til det allerede eksisterende helbredsforløb.

- ▶ Vedrørende kobling af forløb – se også afs. 4.1.6.1

Det anbefales, at regionerne sikrer en systemmæssig mulighed for, at dette kan ske, når erkendelsen opstår.

5.3.2 Afslutning af "akut forløb"

Mange akutte patientkontakter, der ikke opstår i et eksisterende forløb, dvs. forløb, som er begrundet i ny sygdom eller ny skade, fører ikke til nye aftaler efter kontaktafslutning. I disse tilfælde afsluttes forløbet ved kontaktafslutning eller hurtigt derefter, når alle svar (billeddiagnostik, blodprøvesvar mm.) er fremkommet.

Hvis patienten alligevel henvender sig igen vedrørende samme helbredstilstand eller følger herefter, oprettes nyt forløbselement, der kobles via referencetype {ALAA03} 'reference til det tidligere forløbselement (samme sygdom)'.

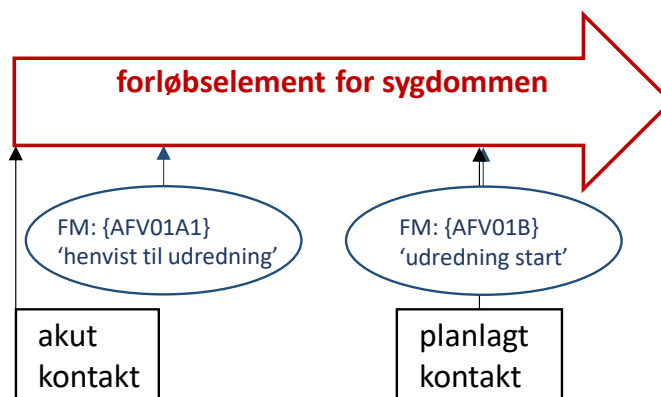
5.3.3 Akut startet forløb, der fortsætter efter første kontakt

Hvis der omvendt efter et akut opstartet forløb aftales ny kontakt som en direkte opfølgning efter akut skade eller sygdom, fortsætter forløbet som "elektivt", idet der så er et forløbsansvar for patientens fortsatte udredning og behandling.

Bemærk

Hvis patienten bliver omfattet af patientrettighed til udredning eller behandling, fx udredningsret eller ventetid til elektiv behandling, skal der registreres relevante forløbsmarkører svarende til den konkrete situation.

Dette gælder uanset, om der oprettes et nyt forløbselement for samme sygdom, eller der fortsættes direkte på det samme forløbselement.



5.4 Psykiatriske patientkontakter

Psykiatriske kontakter er patientkontakter under organisatoriske enheder med (SOR) hovedspeciale psykiatri eller børne- og ungepsykiatri.

Psykiatriske kontakter dokumenteres generelt, hvad angår de administrative oplysninger, helt på samme måde som somatiske kontakter, herunder de samme kontakttyper (afs. 5.6.3).

Der er dog særlige oplysninger og krav, der kun gælder for psykiatriske kontakter. Kontaktårsag skal ikke indberettes for psykiatriske patientkontakter, og der er deraf følgende heller ikke krav om skadeindberetning.

- De nærmere krav til indberetning ved psykiatriske forløb og patientkontakter er samlet beskrevet i Kap. 8

5.5 Indberetning i forbindelse med død

Indberetningen vedrørende afdøde patienter (borgere) holdes i indberetningen skarpt adskilt fra levende patienter. Det er patientens vitalstatus på kontaktstarttidspunktet, der er afgørende ud fra de følgende kriterier.

- ▶ Konkrete situationer er yderligere beskrevet i de følgende underafsnit (5.5.1-3)
- ▶ Vedr. diagnoseindberetning og canceranmeldelse, hvor diagnosen først stilles *postmortem* – se afs. 5.6.3.5 og 10.2.1.1

Levende patienter er på kontaktstarttidspunktet:

- Borgere med livstegn
- Borgere, som er under pågående behandling for hjertestop eller, hvor der påbegyndes behandling (genoplivning)
- Borgere uden livstegn, herunder indbragte, hvor døden **ikke** er konstateret ved klinisk vurdering af læge inden kontaktstart – se videre i afs. 5.5.3

Levende borgere og patienter skal indberettes på patientkontakt med kontakttype 'fysisk fremmøde'. Dette gælder altså også situationen beskrevet i afs. 5.5.3.

Afdøde borgere er på kontaktstarttidspunktet:

- Borgere, hvor døden er konstateret ved læge inden kontaktstart (afs. 5.5.2)
- Afdøde borgere, hvor der jf. Sundhedsloven er tale om, at "døden (for lægmand) er åbenbar" (indbragt afdød)
- Dødfødte børn – definitioner og indberetning ved dødfødt barn – se Kap. 11

Afdøde borgere kan og skal i visse særlige situationer (se nærmere i afs. 5.6.3.4) kontakt-indberettes til LPR med kontakttype 'død'.

Dødfødte børn – dvs. børn uden livstegn efter 22 svangerskabsuger – skal obligatorisk indberettes. Se nærmere beskrivelse af fødselsindberetningen ved dødfødsel i Kap. 11.

5.5.1 Patienter, der dør på sygehus under igangværende patientkontakt

For patienter, der afgår ved døden under igangværende kontakt (fysisk fremmøde) på sygehus, skal patientkontakten altid afsluttes i forbindelse med, at døden er konstateret.

Hvis forløbselementet også afsluttes på dette tidspunkt, afsluttes forløbet med afslutningsmåde 'død'.

Aktionsdiagnosen for patientkontakt (fysisk fremmøde), der afsluttes i forbindelse med død (hjertedød eller hjernedød), skal efter de generelle kontaktdiagnose-principper være den primære tilstand som betingede den aktuelle patientkontakt.

5.5.1.1 Diagnoseregistrering ved hjernedød

Ved konstatering af hjernedød under patientkontakt (fysisk fremmøde), skal aktionsdiagnosen være den tilgrundliggende tilstand (sygdom eller skade), der har medført hjernedød.

Diagnosen {DR991} 'Hjernedød i henhold til Sundhedsloven § 176' kan herudover indberettes som **bidiagnose**.

{DR991} må kun indberettes, hvis hjernedød er konstateret inden kontaktafslutning, jævnfør Sundhedsloven § 177 og "Bekendtgørelse om dødens konstatering ved uopretteligt ophør af al hjernefunktion" (BEK nr 1249 af 06/12/2006).

Når døden, inkl. hjernedød, er konstateret, skal kontakten afsluttes jf. ovenstående afsnit. Hvis der skal være en kontakt for den afdøde, oprettes ny patientkontakt med kontaktttype 'død' – se herunder også afs. 5.6.3.4 hhv. afs. 5.6.3.5 om diagnoseindberetning og canceranmeldelse *postmortem*.

5.5.2 Indbragte afdøde, hvor døden er konstateret *inden* kontaktstart

For borgere, hvor døden er konstateret inden kontaktstart, er der kun krav om indberetning i de særlige situationer, der er nævnt i afs. 5.6.3.4.

Hvis indberetning skal eller ønskes foretaget efter dødstidspunktet, skal dette altid ske på en selvstændig patientkontakt med kontaktttype 'død'. Dette gælder også, selv om de sikre dødstegn først kan erkendes på et senere tidspunkt.

Som **aktionsdiagnose** på døde-kontakten kan kun anvendes en af følgende:

DR992	Hjertedød i henhold til sundhedsloven § 176
DR991	Hjernedød i henhold til sundhedsloven § 176
DP950	Dødfødt barn

Bidiagnoser kan angives.

5.5.3 Indbragt borger uden livstegn, der ikke er konstateret død inden kontaktstart

Ved indbragte borgere uden livstegn, hvor der ikke forudgående har været kontakt til læge, eller anden lovgivningsmæssigt sidestillet sundhedsperson, og, hvor døden ikke er åbenbar for menigmand, skal en hospitalslæge konstatere døden for indtrådt og tage stilling til om (yderligere) forsøg på genoplivning (behandling) er nødvendig.

I alle disse situationer skal der, jf. ovenstående oversigt, oprettes og indberettes en patientkontakt med kontaktttype 'fysisk fremmøde' – også selvom der ikke foretages forsøg på genoplivning.

Bemærk: Ambulancepersonale (paramedicinere) er ikke bemyndiget til at undlade at behandle eller indstille en behandling uden lægekontakt.

Valg af aktionsdiagnose på den akutte patientkontakt (fysisk fremmøde) følger i disse tilfælde det generelle princip for valg af aktionsdiagnose. Hvis tilstanden skyldes kendt årsag, registreres denne som aktionsdiagnose.

Eksempler

(A) DC349 Lungekræft UNS

(A) DS099 Læsion i hovedet UNS

Alternativt kan: (A)DR979 'Indbragt uden livstegn' ... anvendes i stedet – det aftales lokalt, hvad der er gældende registreringspraksis.

Kontakten kan indberettes knyttet til et eksisterende forløbselement eller knyttet til et nyt forløbselement med relevant forløbslabel, hvis den primære årsag til patientens død er kendt, fx 'Kræftsygdomme' {ALAL01}. Ellers anvendes forløbslabel: 'Andre forløb' {ALAL90}.

Ovenstående beskrivelse er uafhængig af, om der foretages genoplivningsforsøg, så længe der ikke er tale om opnåelse af sikre livstegn.

5.5.4 Livstegn efter genoplivning

Hvis der i ovenstående situation opnås genoplivning, skal aktionsdiagnosen på kontakten være en relevant sygdoms- eller evt. symptomdiagnose. Denne skal efter de normale principper selvfølgelig vurderes og kvalificeres i løbet af den fortsatte patientkontakt.

DR979 'Borger indbragt uden livstegn' kan evt. angives som bidiagnose, hvis dette lokalt skønnes relevant.

Bem: {DR979} må **ikke** indberettes som aktionsdiagnose på patient med opnåede livstegn.

5.6 Beskrivelse – Kontakten

Kontakten er det centrale element i Landspatientregisteret og i LPR-indberetningen. Kontakten beskrives nedenfor som indberetningsobjektet Kontakt – se modeludsnittet i indledningen til dette kapitel.

Ud over selve Kontakt-objektet kan eller skal der til indberetning af kontakten yderligere tilknyttes:

- Kontaktårsag (obligatorisk ved akutte somatiske kontakter, trigger for skadeindberetning) – se afs. 5.7
- Opholdsadresse(r) (obligatorisk) for 'fysisk fremmøde' – afs. 5.8
 - orlov og andre former for fravær under patientkontakt håndteres i "opholdsadresse"
- Betalingsoplysning(er) og specialiseringsniveau – afs. 5.9
- Diagnose(r) – se afs. 5.10 og Kap. 6
- Procedurer – afs. 5.11 (kontaktprocedurer) og Kap. 7 (generelt, inkl. krav til kontaktprocedurer)
- Henvisningsoplysninger (frivillig i forhold til kontakt) er nærmere beskrevet under forløbselementet afs. 4.2

5.6.1 Anvendte termer og definitioner – kontakter

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
afdeling (hospitalsafdeling) (sygehusafdeling)	del af <u>hospital</u> som består af et eller flere afsnit og har en klinisk-administrativ ledelse	
afsnit (hospitalsafsnit) (sygehusafsnit)	del af en <u>afdeling</u> bestemt for en eller få afgrænsede funktioner	
akut patient	<u>patient</u> der er modtaget uden iagttagelse af <u>afsnittets</u> normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner Kommentar: Patienter med en akut tilstand, der kræver umiddelbar <u>sundhedsintervention</u> . Patienten indskrives uden oprettelse af en <u>henvisningsperiode</u> , uanset patientens "vej" til hospitalet. En akut patient kan også være en oprindeligt planlagt patient der indskrives akut før det planlagte tidspunkt	
akutmodtageafsnit (akutafsnit) (akutmodtagelse)	<u>afsnit</u> hvor der uden foregående aftale modtages patienter til akut undersøgelse og akut behandling Kommentar: Patienten kan være visiteret og henvist fra en anden <u>klinisk enhed</u> , herunder fra præhospital eller akut-ordning	
patientkontakt (kontakt) (konsultation)	møde mellem en <u>sundhedsperson</u> og en <u>patient</u> vedrørende <u>behandling</u> Ekskl: Skriftlig kommunikation med patienten medregnes ikke til <u>patientkontakter</u> i LPR-indberetningen Kommentar: En <u>patientkontakt</u> kan også foregå mellem en sundhedsperson og en <u>stedfortræder</u> for <u>patienten</u> . En <u>patientkontakt</u> kan være fysisk eller virtuel	
kontaktansvar	<u>klinisk-administrativt ansvar</u> for en <u>patientkontakt</u> Kommentar: Kontaktansvaret afspejles i indberetningen i Kontakt-objektets angivelse af (egen-skaben) 'ansvarlig enhed' (SOR-kode). Kontaktansvar kan være på afdelings- eller afsnitsniveau. <i>Se også 'opholdsadresse'.</i>	
kontakttype	arten af <u>sundhedspersons</u> kontakt med en <u>patient</u> Kommentar: SKS-klassificeret <i>Nærmere beskrivelse og vejledning - se afs. 5.6.3</i>	
fysisk fremmøde (tilstedeværelse) (fremmøde)	<u>patientkontakt</u> hvor patienten er fysisk til stede på en <u>sundhedsproducerende enhed</u> Kommentar: Omfatter ambulante besøg og indlæggelser af kortere og længere varighed. Eksempel: Selvstændigt fysisk fremmøde på røntgenafsnit (uden samtidigt fremmøde på andet afsnit) Inkluderer klinisk begrundet ophold på <u>patienthotel</u>	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
udekontakt	<u>patientkontakt</u> der foregår uden for en <u>sundhedsproducerende enhed</u> Kommentar: Fx i <u>patientens</u> hjem, på plejehjem, på dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre, virksomhed. Udekontakt anvendes i LPR som fællesbetegnelse for <u>hjemmebesøg</u> og <u>udebesøg</u> . Bemærk: Registrering og indberetning af udekontakt må kun ske, hvis der er tale om en direkte sundhedsfaglig konsultation mellem <u>sundhedsperson</u> og <u>patient</u> eller <u>stedfortræder</u> for denne	
hjemmebesøg	<u>udekontakt</u> der foregår i <u>patientens</u> hjem Kommentar: Inkluderer det sted, hvor <u>patienten</u> bor eller fremtidigt skal bo. Indberettes som <u>udekontakt</u> Inkl: Hjemmefødsler (mor og barn)	
udebesøg	<u>udekontakt</u> der foregår i dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre mm. Kommentar: Indberettes som <u>udekontakt</u> . Udebesøg foregår ikke i <u>patientens</u> hjem og heller ikke på hospital eller anden sundhedsproducerende enhed	
ambulant patientkontakt (ambulant besøg)	<u>fysisk fremmøde</u> på et ambulatorieafsnit Bemærk: Indberettes som <u>kontakttype</u> 'fysisk fremmøde'. <i>Der skelnes i indberetningen ikke mellem ambulante og stationære kontakter (i kontakttypen)</i>	
behandlingsstart	tidspunkt for påbegyndelse af objektiv undersøgelse på et <u>akutmodtageafsnit</u> Ekskl: Indledende triagering og primær vurdering (visitation) Kommentar: Uanset term er det starten af den objektive undersøgelse, der afgrænser "behandling". Behandling afføder en behandlingsplan, som iværksættes.	
indbragt patient	<u>patient</u> der uden aftale bringes i kontakt med sundhedsvæsenet af en anden person Kommentar: <u>Patienten</u> kan være vågen, bevidstløs eller død	
normeret sengeplads (normeret seng)	seng på et hospital hvor <u>sundhedsprofessionelle</u> varetager undersøgelse, behandling, overvågning og pleje af indlagte <u>patienter</u>	
indlæggelseskontakt (indlæggelse)	<u>fysisk fremmøde</u> på et sengeafsnit Kommentar: <u>Patienten</u> disponerer over en normeret sengeplads Bemærk: Indberettes som <u>kontakttype</u> 'fysisk fremmøde'	
indlagt patient	<u>indskrevet patient</u> der behandles under indlæggelse <i>Der skelnes i indberetningen ikke mellem ambulante og stationære patienter</i>	
overflytning (stor flytning)	udskrivning af <u>patient</u> fra et sengeafsnit med umiddelbar efterfølgende indlæggelse på et andet sengeafsnit	
intern flytning (lille flytning)	flytning af en <u>patient</u> indenfor samme sengeafsnit Kommentar: Adskiller sig fra overflytning ved at foregå inden for samme afsnit	
patienthotel	<u>afsnit</u> i tilknytning til hospital der yder midlertidigt ophold for indskrevet <u>patient</u> Kommentar: Opholdet kan være af primær klinisk årsag eller alene med henblik på at få kost og logi. <u>Patienthotellet</u> er <u>opholdsadresse</u> for <u>hotelpatienter</u> , der har et forløb på en <u>klinisk enhed</u>	
hotelpatient	<u>indskrevet patient</u> der opholder sig på et <u>patienthotel</u> Kommentar: En hotelpatient opholder sig på patienthotellet med klinisk begrundelse. <u>Patienter</u> med <u>opholdsadresse</u> på <u>patienthotel</u> skal have et forløb på en <u>sundhedsproducerende enhed</u> .	
prioritet	hastegrad Kommentar: Omfatter 'akut' og 'planlagt'. I LPR-sammenhæng tager akut-begrebet udgangspunkt i patientens <u>helbredstilstand</u> .	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
akut patientkontakt (akut kontakt)	<u>patientkontakt</u> der tager udgangspunkt i en helbredstilstand der kræver umiddelbar <u>sundhedsintervention</u> Kommentar: 'Akut' anvendes i betydningen "i forhold til akut tilstand", dvs. med udgangspunkt i patientens <u>helbredstilstand</u> . 'Akut' betyder således, at fx indlæggelse skal ske umiddelbart, uanset om der er ledig kapacitet ("hul i kalenderen") eller ej Bemærk: Kontakten skal have <u>prioritet</u> 'Akut'	
planlagt patientkontakt (planlagt kontakt) (elektiv (patient)kontakt)	<u>patientkontakt</u> der tager udgangspunkt i en helbredstilstand der ikke kræver umiddelbar <u>sundhedsintervention</u> Bemærk: Kontakten skal have <u>prioritet</u> 'Planlagt'	
kontaktdiagnose	<u>diagnose</u> der ved afslutning af en <u>patientkontakt</u> betegner en årsag til de sundhedsinterventioner der er udført på <u>patientkontakten</u> Kommentar: Omfatter <u>aktionsdiagnose</u> og <u>bidiagnose</u> . <i>se også vedr. aktionsdiagnose og bidiagnose under kapitlet "Diagnoser"</i>	
starttidspunkt for patientkontakt (kontaktstart) (patientkontaktstart) (kontaktstarttidspunkt)	tidspunkt for begyndelse af en <u>patientkontakt</u> <i>Starttidspunkt for</i> <i>fysisk fremmøde:</i> Når <u>patienten</u> modtages på afdelingen <i>for hjemmebesøg og udebesøg:</i> Når sundhedspersonen møder op hos <u>patienten</u>/på besøgsstedet	
kontaktårsag (kontaktårsagskode)	angivelse af baggrunden for <u>patientens</u> kontakt til hospitalet Kommentar: SKS-klassificeret. Afgrænset til indberetningen til LPR. <i>Nærmere beskrivelse og vejledning - se afs. 5.7</i>	
opholdsadresse	angivelse af det fysiske <u>afsnit</u> , hvor <u>patienten</u> primært befinder sig under en <u>patientkontakt</u> Kommentar: Opholdsadresse (SOR-kode) kan skifte i løbet af det samme fysiske fremmøde.	
patientfravær	del af <u>indlæggelseskontakt</u> hvor <u>patienten</u> midlertidigt ikke opholder sig på sengeafsnittet	
patientorlov (orlov)	<u>patientfravær</u> hvor en <u>patienten</u> har tilladelse til at forlade <u>hospitalet</u> i op til tre døgn Kommentar: I forbindelse med helligdage kan orlovsperioden dog forlænges. <u>Patienten</u> er kortvarigt fraværende med aftale om at vende tilbage. <u>Patienten</u> disponerer over en <u>sengeplads</u> efter behov	
psykiatrisk patientkontakt (psykiatrisk kontakt)	<u>patientkontakt</u> hvor en psykiatrisk eller børne- og ungdomspsykiatrisk <u>afdeling</u> har <u>kontaktansvar</u> Kommentar: Afgrænses vha. angivelse af SOR-enhedens hovedspeciale psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri	
pårørende (patientpårørende)	person der tilhører <u>patientens</u> nærmeste familie eller på anden måde er nært tilknyttet <u>patienten</u>	
rask forsøgsperson	<u>sundhedsaktør</u> der er en person der modtager <u>sundhedsrelateret aktivitet</u> alene af forskningsmæssige grunde Kommentar: Det forhindrer ikke, at man samtidig i anden forbindelse kan modtage sundhedsaktivitet som <u>patient</u>	
selvhenvender	<u>patient</u> der uden aftale på egen hånd kontakter sundhedsvæsenet	
stamafdeling	<u>afdeling</u> der har det lægelige ansvar for en <u>patient</u> indskrevet på et <u>stamafsnit</u> under afdelingen	
stamafsnit	<u>afsnit</u> hvor <u>patienten</u> er indskrevet	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
sundhedsintervention (intervention) (patientorienteret ydelse) (sundhedsydelse) (procedure)	<u>sundhedsaktivitet</u> der på baggrund af indikation tilsigter at belyse eller påvirke en <u>patients helbredstilstand</u> Kommentar: I Sundhedsloven (LBK nr 1011 af 17/06/2023) hedder det: "Behandling omfatter efter denne lov undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte <u>patient</u> ." Jf. i øvrigt begrebet <u>behandling</u> og <u>undersøgelse</u>	
<i>systematisk screening</i> (systematisk opsporing) (organiseret opsporing) (organiseret screening)	tidlig opsporing der systematisk søger at finde ikke-erkendte sygdomme og risikofaktorer Kommentar: Målgruppen er raske personer	
virtuel patientkontakt (virtuel konsultation) (virtuel kontakt)	<u>patientkontakt</u> der udføres ved anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi uden et fysisk møde Kommentar: Ydelsen kan erstatte <u>patientens fysiske fremmøde</u> på hospitalet eller en <u>udekontakt</u> . Helbredstilstand og intervention dokumenteres i et klinisk journalnotat. Arten af ydelsen indberettes med relevant SKS' procedurekode (BVAA33*) på den virtuelle kontakt. Inkl: telefonkonsultation, video-konsultation Ekskl: skriftlig kommunikation med patienten med klinisk indhold, der ikke medregnes til begrebet i indberetningen (indberettes som procedure uden patientkontakt)	
telefonkonsultation	<u>virtuel patientkontakt</u> der udføres ved brug af telefon Kommentar: Konsultation hvor kommunikationen mellem <u>patient</u> og sundhedsprofessionel sker via telefon og resulterer i et klinisk journalnotat. Indberettes som virtuel kontakt med proceduren {BVAA33A} 'Telefonkonsultation'	
videokonsultation	<u>virtuel patientkontakt</u> der udføres ved brug af video Kommentar: Konsultation hvor kommunikationen mellem <u>patient</u> og sundhedsprofessionel sker via videotransmission og resulterer i et klinisk journalnotat. Indberettes som virtuel kontakt med proceduren {BVAA33D} 'Videokonsultation'	
klinisk korrespondance	<u>sundhedsintervention</u> der udføres ved anvendelse af e-mail, chat, SMS eller lignende (tidligere omtalt 'e-mailkonsultation'). Kommentar: Skriftlig kommunikation mellem patient og sundhedsprofessionel som resulterer i et klinisk journalnotat. Indberettes med relevant procedure {BVAC10} 'Skriftligt svar vedr. konkret undersøgelse' eller {BVAC19} 'Skriftlig klinisk kommunikation med patienten'. I begge tilfælde uden patientkontakt	

5.6.2 Patientkontakten

Patientkontakten beskriver et afgrænset møde, fysisk eller virtuelt, mellem patienten og en **sundheds-person** af kortere eller længere varighed. Kontakter indberettes med tidstro varighed i form af *realtid* start- og sluttidspunkter – se afs. 5.6.4.2-3

For at et møde mellem sundhedsperson og patient kvalificerer til at være en kontakt, skal der være tale om en sundhedsfaglig dialog mellem sundhedsperson (evt. uddelegeret) og patient (evt. stedfortræder) på et niveau klinisk svarende til et ambulant besøg, være et led i udredning og behandling af patienten i forløbet og have et indhold, niveau og varighed, der medfører som minimum et journalnotat.

En ikke planlagt samtale på gangen er således som et eksempel ikke en patientkontakt i den betydning, som kontaktbegrebet har i denne vejledning.

Bemærk

Klinisk korrespondance via e-mails, SMS'er og chatbeskeder med patienten, medregnes ikke som patientkontakter, men skal indberettes som forløbsprocedure, hvis det er klinisk relevant.

5.6.2.1 Kontaktansvar

Kontaktansvaret er det klinisk-administrative ansvar for den enkelte patientkontakt. Kontaktansvarets tidsramme er generelt fra "indtjekning" til "udtjekning" af patienten – se nærmere under de enkelte kontakttyper – dvs. den periode, hvor enheden har et reelt ansvar for patienten. Kontaktansvaret angives ved den organisatoriske enhed (SOR-kode), der indberettes som en del af kontaktoplysningerne.

Hvis ansvaret skifter, fx hvis patienten flyttes til anden SOR-klassificeret enhed, afsluttes kontakten, og ansvaret overdrages til en anden enhed, der opretter en ny kontakt under samme forløbselement eller alternativt under eget forløbselement, der sammenknyttes med relevant referencetype.

Der kan under samme uændrede kontaktansvar (SOR-enhed) være forskellige **opholdsadresser** – se *følgende afsnit og afs. 5.8*

5.6.2.2 "Flere besøg samme dag"

Kontakten og kontaktansvaret er to sider af samme mønt – og (SOR) organisatorisk afhængigt. LPR og SOR-klassificeringen af den regionale sygehusstruktur forudsætter ikke en bestemt grad af granulering.

Dette betyder, at der på tværs af regioner og sygehuse vil være forskelle i organiseringen og dermed niveauer for de enheder, der afholder ambulante besøg (og andre patientkontakter). Dette afspejles især i forhold til "flere besøg samme dag".

Der er **ét generelt princip**, der uanset den lokale struktur altid skal overholdes i indberetningen:

Der må under et forløb (forløbselement) og under samme SOR-enhed ikke være flere samtidige patientkontakter af typerne 'fysisk fremmøde' og 'død'.

► Se dog afs. 5.6.3.1.1 vedrørende "samtidige fremmøder"

Hvis patienten på samme dag møder forskellige sundhedspersoner, der er ansat under samme ambulatorium, kan dette indberettes som ét kontinuert fysisk fremmøde under samme (SOR-enhed), svarende til et éntydigt kontinuerligt kontaktansvar, eller det kan opdeles i flere efter hinanden følgende fremmøder under samme enhed (kontaktansvar og opholdsadresse).

5.6.3 Kontakttyper

Der skelnes i indberetningen ikke mellem ambulante kontakter (besøg) og indlæggelseskontakter. De forskellige kortere og længerevarende fremmøder er i *indberetningen* samlet i en fælles kontaktttype 'fysisk fremmøde', hvor varigheden af kontakten angives af tidstro starttidspunkt og sluttidspunkt for kontakten.

I denne vejledning inkluderer "patient" også stedfortræder for patienten, dvs. fx værge, forælder eller anden pårørende, der varetager patientens interesse på patientkontakt eller ved klinisk ydelse til patienten.

Der skal oprettes selvstændige kontakter svarende til de til enhver tid vedtagne og gældende specificerede kontakttyper.

Der er følgende kontakttyper: [admin.konttype]

SKS-kode	kontaktttype [admin.konttype]	bemærkning
ALCA00	fysisk fremmøde	inkl. fremmøde på præhospital og fødselskontakt for levendefødt – se afs. 5.6.3.1
ALCA01	udekontakt	inkl. de tidligere typer "hjemmebesøg" og "udebesøg" – se afs. 5.6.3.2
ALCA03	virtuel kontakt	anvendes som kontaktttype ved ydelserne (procedure-indberettes) telefonkonsultation og videokonsultation – se afs. 5.6.3.3
ALCA10	død	Se afs. 5.6.3.4. Inkl. dødfødt barn (Kap. 11)
ALCA20	diagnoseindberetning	kontaktttype for indberetning af diagnose(r), når der er stillet en sygdomsdiagnose, der skal indberettes, og der ikke er en efterfølgende patientkontakt i form af fysisk fremmøde eller virtuel kontakt. Bemærk: Kontakttypen har udelukkende et dokumentationsformål – se afs. 5.6.3.5

5.6.3.1 Fysisk fremmøde

Fysisk fremmøde anvendes som fælles kontaktttype for alle patientens fremmøder på en klinisk (SOR) enhed med kontakt mellem patient og sundhedsperson, uanset varighed af kontakten.

Kontakttypen omfatter således i indberetningen ambulante besøg og indlæggelseskontakter, inkl. lokale betegnelser som fx "daghospital" og "sammedagskirurgi" mm.

- ▶ Hvem, der kan afholde ambulante besøg, er beskrevet under afs. 1.4.

Kontakttypen 'fysisk fremmøde' inkluderer desuden følgende grupper, der modtages på hospital:

- Borgere, som er under pågående behandling for hjertestop eller, hvor der påbegyndes behandling (genoplivning)
- Indbragte borgere uden livstegn, hvor der **ikke** forudgående er konstateret død

- ▶ Se nærmere om disse kategorier under afs. 5.5

Bemærk

Kontakttypen 'fysisk fremmøde' skal anvendes på alle typer enheder inkl. "serviceafdelinger"⁹, når patienten har et selvstændigt fremmøde på afdelingen uden, at dette er led i et samtidigt fremmøde på anden klinisk enhed.

- ▶ Vedr. færdigbehandlet patient i stationært regi – se afs. 4.3.13

Eksempler

- 1) Patient, der går til behandling og kontrol for diabetes på Endokrinologisk ambulatorium, møder til øjenkontrol på Øjenafdelingen. Der indberettes en selvstændig kontakt for besøget (fysisk fremmøde) på Øjenafdelingen, der knyttes til diabetesforløbet
- 2) Patient, der møder til MR-skanning som led i udredning under (forløbsansvar) Mave-tarm kirurgisk afdeling. Da fremmødet kun sker på Røntgenafdelingen, indberettes en selvstændig kontakt ('fysisk fremmøde') på Røntgenafdelingen, der knyttes til forløbselementet, der er oprettet af Mave-tarm kirurgisk afdeling
- 3) Patient, der henvises til og møder første gang på Billeddiagnostisk afdeling til CT-skanning som første led i udredningen i et kræft-pakkeforløb. Der indberettes en kontakt (kontaktttype: 'fysisk fremmøde') fra Billeddiagnostisk afdeling, der knyttes til et forløbselement med forløbslabel 'Kræftsygdomme'. Forløbselementet er oprettet ved modtagelsen af henvisningen til pakkeforløb af den instans, der modtager henvisningen (aftalte arbejds gange)

Akutte patientkontakter:

- 4) Kendt patient med eksisterende KOL-forløb, der modtages ved akut fysisk fremmøde på sygehus pga. akut forværring af grundsygdommen. Den akutte kontakt knyttes til det eksisterende KOL-forløb(selement)
- 5) Bevidstløs patient indbragt med ambulance efter fald med cykel. Der oprettes et nyt sygdomsforløb (forløbselement), og den akutte patientkontakt ('fysisk fremmøde') knyttes til dette forløbselement. Kontaktårsag for kontakten er 'ulykke', der trigger en resultatindberetning 'skadeindberetning'

En billeddiagnostisk ydelse (og lignende) kan også udføres og indberettes som en **assistancydelse** under kontakt, hvis ydelsen foretages, mens patienten har et fysisk fremmøde på en stam-enhed, fx i akutmodtagelsen eller er indlagt på klinisk enhed. Røntgenydelsen registreres i dette tilfælde på stampatientkontakten.

⁹ Undtagelse: Kontakter på klinisk kemisk enhed, inkl. blodprøvetagning inden klinisk patientkontakt

Eksempel

Trafikskadet patient modtages på Akutmodtagelsen.

På mistanke om bla. fraktur i hånd køres patienten efter klinisk undersøgelse til røntgenundersøgelse på Billeddiagnostisk afdeling, hvorefter patienten returnerer til Akutmodtagelsen.

Den radiologiske undersøgelse registreres og indberettes som procedure (assistanceydelse) knyttet til patientkontakten på Akutmodtagelsen¹⁰

Varigheden af et fysisk fremmøde strækker sig fra, at patienten modtages på enheden, til patienten igen forlader enheden. Varigheden afspejler således kontaktansvarsperioden.

5.6.3.1.1 Samtidige fremmøder

Der er i LPR-reglerne ingen teknisk begrænsning i, at der kan være flere samtidige fremmøder – se dog afs. 5.6.2.2 – også under samme sygdomsforløb (forløbselement).

Der kan således godt indberettes et fremmøde på fx en radiologisk afdeling, mens patienten uafbrudt er indlagt på sengeafdeling eller fx har sin primære kontakt på en akutmodtageenhed (se eksempel ovenfor).

Der må generelt ikke være flere samtidige indlæggelser i samme sygdomsforløb.

I praksis betyder dette, at der generelt ikke må være flere samtidige fysiske fremmøder registreret med sengeenhed som stamenhed under samme forløbselement.

Det er for kortvarige indlæggelser tilladt at have to samtidige indlæggelser, hvis en **hospicepatient** kortvarigt (op til tre døgn) skal indlægges på en anden enhed, somatisk eller psykiatrisk, til undersøgelse eller behandling.

- ▶ Dette håndteres som patientorlov – se afs. 5.8.1

Hvis en somatisk patient overflyttes til hospice for et planlagt længere ophold, skal indlæggelseskontakten på den første sengeafdeling afsluttes.

- ▶ Se også afs. 8.6.4.4 vedrørende somatisk indlæggelse af psykiatrisk indlagt patient, der ikke kan udskrives

5.6.3.1.2 Besøg på anden enhed i andet forløb under indlæggelseskontakt

Ved besøg på anden enhed i andet forløb under fortsat indlæggelseskontakt kan indlæggelseskontakten stå uforandret åben, så længe patienten disponerer over sin seng.

Ved længerevarende fravær fra sengeafdelingen kan opholdsadresse anvendes til at indikere, hvor patienten befinder sig. Dette er dog ikke et formelt krav.

Eksempel

Dialysekontakt (fysisk fremmøde) i 4 timer under somatisk eller psykiatrisk indlæggelse.

Registrering på indlæggelseskontakt: Uændret fysisk fremmøde. Enheden kan vælge at angive opholdsadresse på nyreafdelingen for perioden, hvor patienten er i dialyse.

Registrering på ambulant nefrologisk kontakt: Fysisk fremmøde på nefrologisk enhed (kontaktansvar og opholdsadresse)

- ▶ Vedr. orlovsregistrering – se afs. 5.8.1

5.6.3.1.3 Overflytning med sundhedsperson-ledsaget transport

Hvis en patient skal overflyttes fra en enhed til en anden med deltagelse af sundhedsperson fra enheden (sygehuset), hvor patienten overflyttes fra, skal patientkontakten lukkes som ved ikke ledsaget overflytning, når patienten forlader enheden.

¹⁰ Kan også registreres og indberettes som selvstændigt 'fysisk fremmøde' på røntgenafdelingen (afs. 5.6.3.1.1)

Det er aftalt, at der således ikke er et kontaktansvar under overflytningen.¹¹

Ydelsen "ledsaget overflytning" kan dokumenteres i indberetningen som ydelse uden patientkontakt (= forløbsprocedure) vha. relevant procedurekode knyttet direkte til forløbet.

Tilsvarende kan ledsaget transport med deltagelse af sundhedsperson fra den modtagende enhed dokumenteres som procedure uden patientkontakt, hvilket kræver, at der oprettes et forløbselement for sygdomsforløbet, der starter (senest) ved afhentningen af patienten.

Der kan registreres varighed på ydelsen.

5.6.3.1.4 Præhospital (frivillig)

Indberetning fra præhospital er ikke obligatorisk.

Hvis indberetning foretages, skal aktivitet på præhospital indberettes som akut patientkontakt med kontakttypen 'fysisk fremmøde' på egen dedikeret enhed (SOR-enhed) med eget selvstændigt forløbselement.

5.6.3.2 Udekontakt

Hjemmebesøg foregår i patientens hjem eller et sted, der fremtidigt skal være patientens hjem, og er et møde mellem sundhedsperson og patient eller stedfortræder for denne.

Udebesøg er tilsvarende et møde mellem patient (eller stedfortræder) og sundhedsperson på fx dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre mm.

Hjemmebesøg og udebesøg indberettes under en fælles selvstændig kontaktttype: 'udekontakt'.

Der skal indberettes relevante diagnoser og procedurer ydet under udekontakten.

En sundhedspersons besøg på virksomhed, institution og lignende og i patientens hjem *uden patientens deltagelse* i konsultationen indberettes derimod som **ydelse uden kontakt**, dvs. som relevant SKS-procedure knyttet til forløbselementet for sygdommen, som besøget handler om. Der skal og kan ikke foretages diagnoseindberetning.

Varigheden af en udekontakt strækker sig fra sundhedspersonens fremmøde på kontaktstedet, indtil sundhedspersonen igen forlader kontaktstedet. Transporttid til og fra kontaktstedet må **ikke** medregnes i kontakten.

5.6.3.2.1 Hjemmefødsel

Hjemmefødsel (moderens kontakt), der sker med fysisk deltagelse af jordemoder eller anden sundhedsperson, skal indberettes som kontaktttype: '**udekontakt**' med fødselsdiagnose som aktionsdiagnose.

► Kravene til hjemmefødselskontakter er nærmere beskrevet i Kap. 11

5.6.3.3 Virtuel kontakt

Omfatter obligatorisk efter aftale med regionerne ydelserne **telefonkonsultation** og **videokonsultation**, der indberettes som procedure under kontakttypen 'Virtuel kontakt'.

Videostuegang til patient med ophold i hjemmet medregnes til videokonsultation.

Varigheden af den virtuelle kontakt angives ved start- og sluttidspunkt svt. den sundhedsprofessionelles tidstro kontakt med patienten. Der skal indberettes relevante diagnoser for kontakten.

Bemærk

Skriftlig kommunikation via e-mail, brev og lignende er ikke "virtuel kontakt", men kan indberettes som forløbsprocedure (= procedure uden patientkontakt) knyttet direkte til et forløbselement.

¹¹ Det vil fortsat blive diskuteret med regionerne, om dette er den rette løsning

5.6.3.4 Kontaktttype 'Død'

"Døde-kontakt" skal kun oprettes i de tilfælde, hvor der er krav om indberetning af særlige ydelser til afdøde.

Kontakttypen 'død' anvendes til indberetning af kontakter på afdøde borgere og patienter, dvs. hvor døden er konstateret inden kontaktstart. Kontakten kan fortsætte, så længe der er ydelser til den afdøde, der skal eller ønskes dokumenteret og indberettet.

- ▶ Se afs. 5.6.3.4.3 om ydelser til pårørende

Der skal obligatorisk indberettes en døde-kontakt (kontaktttype 'Død') i følgende situationer:

- Indbragt eller overført hjernedød patient, der lægges i respirator
- Indbragt eller overført afdød, hvor der skal udtages væv eller organ til transplantation

Der skal generelt ikke indberettes kontakt for afdøde, hvor døden er konstateret inden kontaktstart og, hvor der kun foretages ligsyn og overførsel til kapel eller lignende.

- ▶ Se afs. 5.5.3 vedrørende indbragte borgere uden livstegn, hvor døden ikke er konstateret inden kontaktstart

Patientkontakter med kontaktttype 'død' indberettes med prioritet 'akut'.

- ▶ Dødfødte børn indberettes ligeledes med kontaktttype 'Død' – se nærmere under Kap. 11

Døde-kontakt kan indberettes under et eksisterende forløbselement eller under et nyt forløbselement med relevant forløbslabel, hvis den primære årsag til patientens død er kendt, fx 'Kræftsygdomme' {ALAL01}. Ellers anvendes forløbslabel: 'Andre forløb' {ALAL90}.

Forløbselementer, der fortsætter eller opstartes efter død, afsluttes med afslutningsmåde: 'død'.

5.6.3.4.1 Aktionsdiagnose for "døde-kontakt"

Aktionsdiagnosen for døde-kontakten skal altid være "hjernedød" {DR991} eller "hjertedød" {DR992} – afspejlende situationen ved kontaktens start – kodeliste: [diag.doed]. Der kan desuden indberettes sygdoms-bidiagnoser (ingen krav).

Den først registrerede aktionsdiagnose bibeholdes gennem hele kontakten. Der behøver således ikke oprettes ny kontakt ved eventuel statusændring fra hjernedød til hjertedød. Aktionsdiagnosen kan opdateres, men dette er ikke et krav.

Dødsårsagerne dokumenteres i dødsattesten og vil derfor kun indirekte fremgå af LPR-indberetningen via det sygdomsforløb, som døde-kontakten eventuelt er knyttet til.

5.6.3.4.2 Ydelser, der obligatorisk skal indberettes på "døde-kontakt"

"Døde-kontakt" skal altid oprettes, hvor der er krav om indberetning af særlige ydelser til afdøde.

- ▶ Se ovenfor om beskrivelse af krav til procedureregistreringen i afs. 7.2.1

Hvis der efter, at døden er konstateret, er patientrettede ydelser, der skal eller ønskes indberettet, oprettes en døde-kontakt under samme forløbselement – eller evt. under et nyt forløbselement, der refererer (træk ID "samme sygdom") tilbage til det tidligere forløbselement.

"Døde-kontakten" fortsætter, så længe der er ydelser til den døde, der skal indberettes. Forløbet afsluttes herefter med afslutningsmåde: 'død'.

5.6.3.4.3 Ydelser til pårørende

Samtaler med pårørende efter patientens død er ikke omfattet af indberetningskrav.

Hvis indberetning ønskes foretaget, kan dette ske som **procedure uden kontakt**, dvs. som procedure knyttet direkte til afdødes forløbselement. Dette gælder også, selvom der eventuelt er en samtidig døde-kontakt.

5.6.3.5 "Diagnoseindberetning" (uden patientkontakt)

Hvis sygdomsdiagnose stilles mellem patientkontakter, og der af en eller anden grund ikke er en efterfølgende patientkontakt i form af fysisk fremmøde, udekontakt eller virtuel kontakt, kan der foretages diagnoseindberetning og ved anmeldelsespligtig kræftsygdom tillige canceranmeldelse ved hjælp af en særlig kontaktttype '**diagnoseindberetning**'.

Følgende situationer håndteres vha. denne særlige løsning:

- det er planlagt, at der ikke skal være en patientkontakt, fx fordi patienten skal modtage brevsvar eller e-mail svar
- der opstår en erkendelse af, at der (nok) ikke kommer en efterfølgende kontakt, fx hvis patienten er udeblevet fra planlagt(e) kontakt(er), hvor svar skulle gives

Det er kun i disse situationer, at denne indberetningsløsning skal vælges.

Løsningen dækker udelukkende et behov for at kunne tilføje helbredsforløbet den rette konklusive diagnose, når denne er fremkommet og skal LPR-indberettes, herunder ved canceranmeldelse af en kræftdiagnose, der først stilles efter seneste patientkontakt, og hvor der ikke er en efterfølgende patientkontakt.

Det er således ikke meningen, at denne registreringsmulighed skal anvendes, hvis der er aftalt en svar-kontakt (fysisk fremmøde, udekontakt eller virtuel patientkontakt) med patienten i den nærmeste fremtid – subsidiært, hvis diagnosen meddeles patienten telefonisk eller på video (= virtuel kontakt).

Der er ikke tale om en (tidstro) incidensdiagnose-indberetningsmulighed, ligesom "Diagnoseindberetning" ikke erstatter diagnoseregistrering og -indberetning på "rigtige" patientkontakter.

Bemærk

Der må generelt **ikke tilbagedateres diagnoser**, når disse fremkommer – ej heller til tidligere patientkontakter, hvor diagnosen ikke var stillet eller kunne stilles på afslutningstidspunktet for patientkontakten.

Ved diagnoseindberetning indberettes et **registreringstidspunkt** (= kontakt starttidspunkt). Dette tidspunkt skal jf. de generelle regler ligge inden for forløbselementets tidsramme.

Der er, som ved andre kontaktttyper, krav om mindst en **aktionsdiagnose** (lig med den stillede sygdomsdiagnose/konklusionen på udredningsforløbet) tilknyttet som kontaktdiagnose. Bidiagnoser kan tilføjes som baggrund for den angivne aktionsdiagnose.

Der kan desuden frivilligt indberettes procedure(r) knyttet til diagnoseindberetningen, fx (proceduren) brevsvar, når diagnosen er meddelt patient i brev. Dette er ikke et krav. Procedurer skal i givet fald indberettes med starttidspunkt lig med kontaktstarttidspunktet og uden sluttidspunkt.

En kontaktdiagnose knyttet til diagnoseindberetningskontakten kan være trigger for en **resultatindberetning**, fx 'Canceranmeldelse'. Løsningen sikrer på denne måde anmeldelse i alle situationer, der ikke er dækket af den normale kontaktregistrering og -indberetning.

Kontakter med kontaktttype: "diagnoseindberetning" indberettes med følgende basisoplysninger:

Kontakt	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
ansvarligEnhed	SORKode	SORKlass	1	obligatorisk
type	SKSKode	[admin.konttype] = {diagnoseindberetning}	1	obligatorisk
prioritet	SKSKode	[admin.prioritet.plan] = {planlagt}	1	obligatorisk
starttidspunkt	datoTid	tidspunkt = registreringstidspunkt	1	obligatorisk
startbehandling	datoTid	tidspunkt ikke udfyldt	0	ikke udfyldt
sluttidspunkt	datoTid	tidspunkt = Kontakt/starttidspunkt +1 minut	1	obligatorisk

5.6.4 Dataindholdet i kontakt

Patientkontakten beskriver et afgrænset møde, fysisk eller virtuelt, mellem patienten og en **sundheds-person** af kortere eller længere varighed.

- ▶ se dog "Diagnoseindberetning" ovenfor

I LPR indberettes kontakten med tidstro varighed i form af *realtid* start- og sluttidspunkt – se afs. 5.6.4.2-3

Kontakter indberettes knyttet til Forløbselement med følgende basisoplysninger:

Kontakt	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
ansvarligEnhed	SORKode	SORKlass	1	obligatorisk
type	SKSKode	[admin.konttype]	1	obligatorisk. Kontakttyperne er udvidet i LPR3 – se afs. 5.6.3
prioritet	SKSKode	[admin.prioritet] (akut/planlagt)	1	obligatorisk for alle kontakter ????
starttidspunkt	datoTid	tidspunkt	1	obligatorisk
sluttidspunkt	datoTid	tidspunkt	(0)..1	obligatorisk ved afslutning. <i>Blank</i> for uafsluttede kontakter
startbehandling	datoTid	tidspunkt	0..1	<i>frivillig</i>

- ▶ Der er særlige krav til fødselskontakter (mor og barn). Se nærmere beskrivelse i Kap. 11
- ▶ Se under afs. 5.6.3 for nærmere beskrivelse af de forskellige **kontakttyper**
- ▶ Se afs. 5.7 vedr. **kontaktårsager**

5.6.4.1 Prioritet

Der skal indberettes prioritet – [admin.prioritet] 'akut' eller 'planlagt' – for alle kontakter (alle kontakttyper).

Nyfødtte, levendefødte og dødfødte, indberettes med prioriteten 'akut'.

Ved **somatiske akutte patientkontakter** med kontakttype: 'fysisk fremmøde' skal **kontaktårsag** indberettes. Kontaktårsagen betinger de yderligere krav til (resultatindberetning) 'skadeindberetning', der gælder ved ulykker, selvmordsforsøg og voldshandlinger.

- ▶ Se nærmere i Kap. 13 vedr. skadeindberetning

5.6.4.2 Starttidspunkt for kontakt

Der gælder følgende regler for starttidspunktet for en kontakt betinget af kontakttypen:

Kontakttype	starttidspunkt ved ...	sluttidspunkt når ...
Fysisk fremmøde	modtagelse af patienten på den sundhedsfaglige enhed (tjek ind)	patienten forlader den sundhedsfaglige enhed (tjek ud), og der ikke længere er et kontaktansvar
Udekontakt	sundhedspersonens ankomst til behandlingsstedet (kontaktstedet)	sundhedspersonen forlader behandlingsstedet
Virtuel kontakt	etablering af kontakten med patienten	kontakten med patienten afsluttes
Død	registreringstidspunkt for start af kontakt, tidligst på dødstidspunktet	der ikke skal foretages yderligere registrering/indberetning
Diagnoseindberetning	registreringstidspunkt	registreringstidspunkt +1 minut (se afs. 5.6.3.5)

- ▶ Starttidspunkter for fødselskontakter – se nærmere beskrivelse af fødselsforløb og -kontakter i Kap 11

Bemærk

Start- og sluttidspunkter for kontakter skal ligge inden for forløbselementets tidsramme.

5.6.4.3 Sluttidspunkt for kontakt

► Se tabel ovenfor

Transporttid må ikke indregnes i varigheden for udekontakter (hjemmebesøg og udebesøg).

Moderens og barnets fødselskontakter på sygehus eller fødeklínikker kan indeholde en barselsperiode, hvis dette fortsætter under samme kontaktansvar (organisatorisk enhed) som selve fødslen – se Kap. 11

5.6.4.4 Behandlingsstart (frivillig)

Indberetning af tidspunkt for behandlingsstart på kontakten er ikke obligatorisk.¹²

Tidspunkt for behandlingsstart kan anvendes for **akutte patientkontakter** for sygdom eller skade, hvor behandling ofte påbegyndes senere end kontaktens starttidspunkt, der er patientens ankomsttidspunkt til modtageafdelingen.

Behandlingsstart er defineret som tidspunktet for påbegyndelse af den objektive undersøgelse i behandlingsrum. Hermed menes der ikke den initiale triagering eller anden primær vurdering (visitation), der sker ved patientens ankomst.

Der er heller ikke tale om behandlingsstart, hvis patienten fx får is, almindelig smertestillende eller en midlertidig bandage på en skade før undersøgelse.

Uanset term er det i denne sammenhæng starten af den objektive undersøgelse, der afgrænser "behandling". Behandling afføder en behandlingsplan, som iværksættes, hvilket også inkluderer de tilfælde, hvor undersøgelserne ikke fører til konkrete behandlingsydelser, fx hvis patienten efter indledende undersøgelse overflyttes til anden enhed, eller der ikke er et behandlingsbehov.

Ventetiden til behandling defineres til at være det interval, der er mellem ankomst og behandlingsstart, dvs. ved påbegyndelse af objektiv klinisk undersøgelse i behandlingsrum.

Bemærk

Henvisning ved visitator til radiologisk eller anden undersøgelse inden egentlig objektiv undersøgelse kvalificerer i sig selv ikke til "behandlingsstart".

5.7 Kontaktårsager

Kontaktårsagen angiver den umiddelbare baggrund for, og som har ført til, den aktuelle kontakt.

Der er krav om at indberette kontaktårsag knyttet til kontaktindberetningen ved **somatiske akutte patientkontakter med kontaktttype 'fysisk fremmøde'**, dvs. akutte patientkontakter begrundet i sygdom, samt alle primære (førstegangs-) kontakter ved skade som følge af ulykke, voldshandling og tilsigtet selvskade (selvmordsforsøg og anden tilsigtet selvskade).

Kontaktårsagen er "**trigger**" for de yderligere krav til (resultatindberetning) 'Skadeindberetning' – se nærmere i Kap. 13

Kontaktårsagen skal ses i direkte relation til den eller de behandlede sygdomme og skader på den akutte patientkontakt. Den klinisk set tungeste tilstand, der tilsvarende dokumenteres i kontaktens aktionsdiagnose, vil også være den tilstand, der afspejles i den indberettede kontaktårsag som baggrunden for tilstanden.

Kontaktårsag anvendes ikke i indberetningen fra psykiatrien.

¹² Kan senere blive obligatorisk efter aftale med regionerne

Kontaktårsag indberettes knyttet til Kontakt med følgende oplysninger:

Kontaktårsag	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardi- nalitet	Regel / beskrivelse
kode	SKSkode	[admin.kontaarsag]	0..1	obligatorisk ved akutte* somatiske# patientkontakter med kontakttype: 'fysisk fremmøde' *) prioritet=akut #) hovedspeciale: ikke psykiatrisk (= somatisk)

Det anbefales, at kontaktårsagsindberetningen ved indhentning af relevant information gøres så korrekt som muligt.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at selv om meget eventuelt kan tilbageføres til patientens grundsygdom og den dertil hørende adfærd, så er det den **umiddelbare baggrund** for den aktuelle patientkontakt, som kontaktårsagen skal beskrive.

Kontaktårsag {ALCC01} 'sygdom' anvendes efter udelukkelse af de andre specificerede kontaktårsager.

Fremkommer der i løbet af den akutte kontakten oplysninger af relevans for ændring af kontaktårsagen, skal den initiale registrering og indberetning korrigeres, og evt. relevant skadeindberetning foretages.

Komplikationer til undersøgelse og behandling {DT80-98} henregnes til kontaktårsag 'sygdom' med mindre, at der er tale om en ulykke, dvs. tilstand opstået som følge af utilsigtet eller uhensigtsmæssigt udført procedure eller handling, fx fejdosering af lægemiddel.

'anden kontaktårsag (UNS)' {ALCC90} anvendes ved anden specificeret årsag til kontakt, der efter udelukkelse ikke er dækket af en af de øvrige samt, hvor kontaktårsagen ikke kan angives, fx ved bevidstløs indbragt patient, hvor det ikke i løbet af kontakten er afklaret, om baggrunden er sygdom eller anden kontaktårsag. Personer med psykisk chok-tilstand uden somatisk skade indberettes ligeledes med "anden".

Særlige situationer

Kontaktårsag 'skadeindberetning foretages på efterfølgende patientkontakt' {ALCC70} kan anvendes ved kortvarige akutte første-kontakter, fx på præhospitalsenhed eller skadestue, hvor det i praksis ikke er muligt at foretage kontaktårsags- og fyldestgørende skadeindberetning.

Hvis der er sket en komplet skadeindberetning på en tidligere patientkontakt, kan kontaktårsag {ALCC80} 'sekundær patientkontakt efter skade' indberettes, hvorved der ikke er yderligere krav til indberetning på den aktuelle kontakt. Denne kontaktårsag kan også anvendes, når de to patientkontakter er på forskellige sygehuse.

Der er følgende kontaktårsager [admin.kontaarsag]

Værdi	Kontaktårsag	Beskrivelse
ALCC01	sygdom	Helbredstilstand herunder sygdom og mistanke om sygdom uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion. Ekskl: - selvmordsforsøg (ALCC04) - anden tilsigtet selvskade (ALCC05) Eksempler: - akut somatisk patientkontakt uden erkendt eller rapporteret skade - langvarig legemsbeskadigelse, hvor der ikke er tale om egentlig ulykke, fx nedslidning; inkl. arbejdsbetingede sygdomme, der ikke er arbejdsulykke - forgiftning som følge af længerevarende påvirkning (48 timer eller derover), eller hvor påvirkningen ikke er betinget af ulykkesomstændighed - beruselse uden behandlingskrævende forgiftning - bivirkning og anden komplikation til medicinsk og kirurgisk behandling ved normal terapeutisk dosering hhv. ved normalt tilsigtet og hensigtsmæssigt udført procedure og handling

Værdi	Kontaktårsag	Beskrivelse
		- medicinsk, kirurgisk, psykiatrisk og anden lignende tilstand uden udefra påført læsion - eller hvor påførte læsion er sekundær i forhold til den tilstand, der ledte til kontakt med sundhedsvæsenet - følge efter tidligere behandling for sygdom - blivende senfølge efter tidligere skade (skadeforløb)
ALCC02	ulykke	Helbredstilstand herunder sygdom og mistanke om dette, som umiddelbar følge af ulykke. En ulykke er en ufrivillig hændelse karakteriseret ved en hurtigtvirkende kraft eller påvirkning, som kan ytre sig i form af skade på kroppen. Inkl: - skade, hvor det ved kontaktafslutning ikke har kunnet afgøres, om der var tale om ulykke, voldshandling eller selvskade Eksempler: - akut legemlig overbelastning fx forløftning, forvridning, træde galt, falde - forgiftning som følge af kortvarig påvirkning (mindre end 48 timer) eller betinget af ulykkesomstændigheder - angreb af dyr og insekt - overeksponering af naturlig varme, kulde, lys og stråling fx solskoldning, hedeslag og forfrysning - ulykke ved medicinsk/kirurgisk behandling som følge af fejl og uhensigtsmæssigt udført procedure - komplikation til undersøgelse og behandling, der er opstået som følge af utilsigtet og uhensigtsmæssigt udført procedure eller handling, herunder ved fejldosering af lægemiddel
ALCC03	voldshandling	Helbredstilstand herunder sygdom eller mistanke om dette som umiddelbar følge af intenderet vold. Eksempler: slagsmål, håndgemæng og mishandling, seksuelt overgreb
ALCC04	selvmordsforsøg	Helbredstilstand herunder sygdom og mistanke om dette som umiddelbar følge af selvmordsforsøg. Et selvmordsforsøg er en bevidst selvtilføjet skade, der falder ind under definitionen for selvmordsforsøg (se afs. 13.3.6) Ekskl: selvmutilation - se 'anden tilsigtet selvskade' (ALCC05)
ALCC05	anden tilsigtet selvskade	Selvutilation. Bevidst udført og tilsigtet selvskade, der ikke opfylder kriterierne for selvmordsforsøg jf WHO's definition (afs. 13.3.6) Eksempler: "cuttere", panodilforgiftning som selvskadende handling
ALCC70	skadeindberetning foretages på efterfølgende patientkontakt	Kan anvendes i situationer, hvor en tilskadekommen hurtigt overføres til behandling på sygehus eller specialafdeling Eksempel: præhospitalskontakt
ALCC80	sekundær patientkontakt efter skade	Al sekundær kontakt efter den primære skadekontakt, der primært har baggrund i skaden/skadekontakten Inkl: Komplikationer og følger efter tidligere behandling for skade Ekskl: Blivende senfølger efter skader: {ALCC01} 'sygdom'
ALCC90	anden kontaktårsag (UNS)	Anvendes kun, når en af ovenstående kontaktårsager ikke kan angives. - screeningskontakter - graviditet, fødsel og almindelig barsel, herunder: - uønsket graviditet

Værdi	Kontaktårsag	Beskrivelse
		- provokerede og spontane aborter - patologisk svangerskab - fødselskontakter for mor hhv. barn - andre tilstande og sygdomme under graviditeten hos gravide, der modtages på gynækologisk-obstetrisk enhed - barn indlagt i henhold til Lov om Social Service - psykisk chok-tilstand uden somatisk skade - kontaktårsag kan ikke tilvejebringes - kontaktårsag kan ikke specificeres (UNS), uvist om skade eller sygdom, fx bevidstløs indbragt, hvor det ved kontaktafslutning fortsat ikke kan afgøres, om der er tale om sygdom, ulykke, vold eller tilsigtet skade

5.7.1 Skadeindberetning ved skade som følge af ulykker, voldshandlinger og selvmordsforsøg

Den indberettede kontaktårsag er bestemmende for de yderligere krav til indberetningen af ydre årsager til skade ved **somatiske akutte kontakter**.

Ved kontaktttype: 'fysisk fremmøde' og kontaktårsagerne [admin.kontaarsag.skade]: {ALCC02} 'ulykke', {ALCC03} 'voldshandling' og {ALCC04} 'selvmordsforsøg' skal der obligatorisk indberettes en resultatindberetning af typen: 'Skadeindberetning'.

- ▶ Skadeindberetningen er indholdsmæssigt uændret fra LPR2 og er detaljeret beskrevet i Kap. 13

5.7.2 Multiple årsager til kontakt

Der er kun mulighed for at angive én kontaktårsag som den overordnede kategorisering af baggrunden for en ny patientkontakt. I nogle situationer kan kontakten imidlertid bedst beskrives ved en blanding af fx skade og sygdom.

Medicinske sygdomme som epilepsi, AMI og sukkersyge kan i forbindelse med akutte anfald være baggrunden for opstået skade ved fald, mistet herredømme over køretøj eller anden ulykkeshændelse. Der skal i disse tilfælde prioriteres.

Kontakten vil i sådanne tilfælde ofte primært omhandle den akutte medicinske tilstand, hvorfor dette er aktionsdiagnosen for kontakten.

Der skal generelt være overensstemmelse mellem aktionsdiagnosen og kontaktårsagen på patientkontakten.

Den klinisk set tungeste tilstand vælges ud fra det helt generelle princip som aktionsdiagnose, og svarende til denne angives kontaktårsagen, dvs. 'sygdom', når sygdom er hovedindikationen for de på kontakten udførte kliniske handlinger, og (fx) 'ulykke', når skadeudredning og -behandling efter ulykke trækker de største ressourcer på kontakten, suppleret af en fuld skadeindberetning, som beskrevet i Kap. 13.

Hvis en medicinsk tilstand er aktionsdiagnose, vil skaden(-erne) være bidiagnose(r), og der er så ikke krav om indberetning af ydre årsager. Men det anbefales, at man ved væsentlige skader alligevel foretager en fuld skadeindberetning.

5.8 Opholdsadresse og fravær

Opholdsadressen angiver, hvor patienten officielt er til stede på et givet tidspunkt under det fysiske fremmøde. Opholdsadresse knyttes obligatorisk til kontakter af typen '**fysisk fremmøde**' og indberettes med start- og sluttidspunkt. Hele kontaktperioden skal være dækket.

Hvis patienten flyttes under kontakten inden for samme kontaktansvar (SOR enhed), skal der indberettes skiftende opholdsadresser, dvs. adresseoplysning for patientens aktuelle fysiske lokalisation.

Dette gælder også for ophold på patienthotel, når der gives kliniske ydelser under opholdet.

- Se også beskrivelse af "flere besøg samme dag" i afs. 5.6.2.2

Der må ikke være overlap mellem flere perioder for opholdsadresse under den samme kontakt. Perioderne skal ligge indenfor kontaktens tidsramme.

Opholdsadresse indberettes knyttet til Kontakt med følgende oplysninger:

Opholdsadresse	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
enhed	SORKode	SORKlass	0..1	obligatorisk SOR-kode for den kliniske enhed
fravær	SKSKode	[admin.fravaer]	0..1	ELLER SKS-kode tilhørende kodeliste: [admin.fravaer]
starttidspunkt	datoTid	tidspunkt	1	obligatorisk. Starttidspunktet for første opholdsadresse under kontakt skal være lig med kontaktens starttidspunkt
sluttidspunkt	datoTid	tidspunkt	(0)..1	obligatorisk ved afslutning (ophold hhv. kontakt). Sluttidspunktet for sidste opholdsadresse under kontakt skal være lig med kontaktens sluttidspunkt. <i>Blank</i> for uafsluttet opholdsadresse

5.8.1 Patientorlov

Indlagte patienter kan have orlov i op til 3 døgn. I forbindelse med helligdage kan orlovsperioden dog forlænges tilsvarende.

Ved orlov disponerer patienten fortsat over en sengeplads. Patientkontakten er åben, der er et fortsat **kontaktansvar**, og orlovsperioden fremgår af **opholdsadressen**, der ændres fra SOR-koden for den kliniske enhed til {ALCF01} 'orlov'.

Når patienten vender tilbage, sættes opholdsadressen igen til den kliniske enhed, hvor patienten har sin seng. Oplysningerne registreres tidstro.

Der er følgende værdier for orlov og andre typer af fravær:

kodeliste: [admin.fravaer]		
ALCF01	orlov	somatik og psykiatri
ALCF08	fravær uden aftale	
ALCF02	længerevarende fravær med aftale	kun psykiatri (se Kap. 8)
ALCF03	udeblivelse	
ALCF04	undvigelse	
ALCF05	rømning	
ALCF06	fravær pga. samtidig somatisk indlæggelse	

For patienter indlagt på hospice kan patientorlov inkludere et kortvarigt ophold (<maksimalt 3 døgn) på anden klinisk enhed.

5.8.2 Længerevarende fravær med aftale i psykiatrien

Ved længerevarende fravær disponerer patienten fortsat over en sengeplads. Patientkontakten er åben, og fraværperioden fremgår af opholdsadressen, der ændres fra klinisk enhed (eller evt. fra 'orlov') til {ALCF02} 'længerevarende fravær'.

- Se afs. 8.6.4.2

5.8.3 Absenteringer i retspsykiatrien

Ved absentering må kontakten ikke afsluttes. Fraværperioden fremgår af opholdsadressen, der ændres fra klinisk enhed (eller evt. fra 'orlov') til relevant værdi {ALCF03-05}.

► Se nærmere i afs. 8.6.4.3

5.8.4 Somatisk indlæggelse af indlagt psykiatrisk patient

Hvis en patient, der er i behandling under psykiatriloven, eller en retslig patient under psykiatrisk indlæggelse skal indlægges og behandles på et somatisk afsnit, skal patienten have to samtidige indlæggelser, dvs. en indlæggelse på psykiatrisk enhed og en indlæggelse på somatisk enhed.

I perioden, hvor patienten har ophold på somatisk enhed, kan fraværskode {ALCF06} 'fravær pga. samtidig somatisk indlæggelse' anvendes som Opholdsadresse på den psykiatriske indlæggelseskontakt.

► Se også afs. 8.6.4.4

5.9 Betalingsoplysninger

Betalingsoplysningerne angiver, om betalingen skal foretages af bopælsregionen, om der er tale om selvbetaler, forsikringsbetaler mv. Disse oplysninger anvendes dels af regionerne ifm. den mellemregionale afregning, dels til udregning af kommunal medfinansiering af sygehusaktivitet.

► Se afs. 1.6 vedr. "Raske forsøgspersoner, forskningspatienter og procedurer betalt af forskningsmidler"

Et sæt betalingsoplysninger består af angivelse af betalingsaftale, betaler og specialiseringsniveau, som alle er obligatoriske i indberetningen.

Der vil i de fleste tilfælde være tale om standardværdier, der kan opstilles som default på en brugergrænseflade, men der skal i princippet tages stilling til afvigelser fra normen ved enhver kontakt samt procedure uden kontakt.

Der kan især for længerevarende fysiske fremmøder (indlæggelser) være behov for flere sæt af betalingsoplysninger, der afløser hinanden over tid.

5.9.1 Anvendte termer og definitioner – betalingsoplysninger

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar
betalingsaftale	angivelse af hvilken aftale om betaling der vedrører en patientkontakt eller en procedure
betaler	angivelse af betaler for en patientkontakt eller en procedure
specialiseringsniveau	angivelse af specialiseringsniveau i henhold til Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning

5.9.2 Betalingsoplysninger

Betalingsoplysninger skal i indberetningen obligatorisk knyttes til den enkelte **patientkontakt** hhv. til **procedure uden patientkontakt** (forløbsprocedure). Indberetningen er struktureret som vist i det følgende skema.

5.9.3 Indberetning af betalingsoplysninger

5.9.3.1 Patientkontakter

Der skal indberettes mindst ét sæt af betalingsoplysninger pr. **patientkontakt** (uanset kontaktttype).

De kontakt-relaterede betalingsoplysninger indberettes med fuld historik. Betalingsoplysninger skal dække hele kontaktens tidsudstrækning.

Der kan være flere sæt af betalingsoplysninger pr. patientkontakt. Ved flere sæt af betalingsoplysninger skal disse tilsvarende dække hele kontakten, og der må ikke være overlap mellem sætterne.

Betalingsoplysning indberettes med følgende oplysninger:

Betalingsoplysning	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
betalingsaftale	SKSkode	[admin.betalaftale]	1	obligatorisk
betaler	SKSkode	[admin.betaler]	1	obligatorisk
specialiseringsniveau	SKSkode	[admin.specialeniv]	1	obligatorisk
starttidspunkt	datoTid	tidspunkt	1	obligatorisk
sluttidspunkt	datoTid	tidspunkt	(0)..1	obligatorisk ved: - afslutning af kontakt (kontakt sluttidspunkt udfyldt) - procedure uden kontakt med krav om afslutningstidspunkt

Betalingsoplysninger indberettes obligatorisk knyttet til Kontakt.

Betalingsoplysninger kan desuden knyttes til **Procedure**.

Ved behov for ændring i en eller flere parametre (aftale, betaler, specialniveau) indberettes et nyt fuldt sæt af betalingsoplysninger.

5.9.3.2 Procedurer uden patientkontakt

Der skal og kan kun knyttes ét sæt betalingsoplysninger pr. **procedure uden patientkontakt**. Starttidspunkt for betalingsoplysning sættes i indberetningen lig med starttidspunktet for proceduren.

Hvis der er et procedure-sluttidspunkt, sættes sluttidspunktet for betalingsoplysning lig med procedure-sluttidspunktet.

5.9.3.3 Procedurer under patientkontakt

Betalingsoplysninger nedarves normalt fra kontakten til de procedurer, der indberettes under kontakten.

For procedurer, der er givet under patientkontakt, kan der ved behov indberettes selvstændige betalingsoplysninger.

Dette er ikke et krav, men enhederne skal være opmærksomme på eventuelle regionale og lokale krav og aftaler.

5.9.3.4 Start- og sluttidspunkter for betalingsoplysninger**5.9.3.4.1 Betalingsoplysninger knyttet til patientkontakt**

Betalingsoplysninger skal være dækkende for den enkelte kontakt.

Hvis der kun knytter sig en enkelt betalingsaftale til en kontakt, skal start- og sluttidspunkt i indberetningen være lig med start- hhv. sluttidspunktet for kontakten.

Starttidspunkt	Tidspunkt for, hvornår et givent sæt af betalingsoplysninger træder i kraft
Sluttidspunkt	Tidspunkt for, hvornår et givent sæt af betalingsoplysninger ikke længere er gældende

Hvis der er flere sæt af betalingsoplysninger tilknyttet, skal det første sæt have et starttidspunkt lig med kontaktens, mens det sidste sæt skal have et sluttidspunkt lig med kontaktens. Der må inden for kontakten ikke være over- eller underlap mellem perioder med betalingsoplysninger.

5.9.3.4.2 Betalingsoplysninger knyttet til procedure uden patientkontakt

Til en procedure mellem kontakter (forløbsprocedure) kan der kun tilknyttes ét sæt af betalingsoplysninger. Betalingsoplysningens starttidspunkt sættes lig med til procedurens starttidspunkt.

Har proceduren et sluttidspunkt (bla. for procedurer, hvor dette er påkrævet), skal sluttidspunkt for betalingsoplysning være lig med procedures sluttidspunkt – ellers *blank*.

5.9.3.5 Betalingsaftale

Angivelse af, hvilken aftale om betaling, der vedrører kontakten eller en given periode af en kontakt, samt procedure uden kontakt.

Betalingsaftale indberettes obligatorisk ud fra følgende klassifikation [admin.betalaftale]:

Kode	Betalingsaftale	Kommentar
ALFA2	højt specialiseret	forbeholdt regional behandling
ALFA3	DRG	
ALFA4	psykiatri	
ALFA5	privat behandling	forbeholdt behandling i privat regi. Den betalende part indberettes som 'betaler' (afs. 5.9.6) fx {ALFB50} 'selvbetaler'
ALFA6	forskning	
ALFA7	Sundhedsloven § 79	Forbeholdt aftale om behandling omfattet af Sundhedslovens § 79 vedrørende behandling på særlige private institutioner
ALFA8	betalingsaftale uafklaret	"... uafklaret" kan anvendes i indberetninger, indtil kvalificeret oplysning kan angives

5.9.3.6 Betaler

Angivelse af betaler for kontakten eller en given periode af en kontakt, for en forløbsprocedure eller evt. for en kontakt-procedure, hvor der er behov for angivelse af en (anden) betaler for proceduren.

Der er aftalt med regionerne, at LPR-indberetningen af betaler er SKS-klassificeret som i følgende tabel – kodeliste [admin.betaler].

Betaler indberettes obligatorisk for patientkontakter og procedurer uden patientkontakt ud fra følgende klassifikation [admin.betaler]:

Kode	Betaler	Kode	Betaler
ALFB01	Region 81 (Nordjylland)	ALFB42	Udlændingestyrelsen
ALFB02	Region 82 (Midtjylland)	ALFB43	Christians Ø forvaltning
ALFB03	Region 83 (Syddanmark)	ALFB50	selvbetaler
ALFB04	Region 84 (Hovedstaden)	ALFB60	forsikringsselskab
ALFB05	Region 85 (Sjælland)	ALFB70	flyselskab
ALFB11	90 Grønland	ALFB91	forskningsmidler
ALFB12	97 Færøerne	ALFB92	delvis selvbetaler / delvis forsikringsbetalt
ALFB22	kommune	ALFB96	betaler uafklaret
ALFB31	udenlandske behandlingsinstitutioner	ALFB97	anden betaler
ALFB32	EU/EØS borgere	ALFB98	ingen betaler
ALFB40	staten	ALFB99	betaler uden specifikation
ALFB41	Forsvarsministeriet		

Hvis der er en ændring i betaler-oplysning i løbet af en patientkontakt, afspejles dette i indberetning af et nyt sæt af betalingsoplysninger knyttet til den relevante kontakt hhv. procedure.

5.9.3.7 Specialiseringsniveau

Specialiseringsniveau indgår obligatorisk i indberetningen på lige fod med de øvrige betalingsoplysninger.

De logiske krav til indberetning af specialiseringsniveau er de samme som for de øvrige betalingsoplysninger og indgår i disse.

Specialiseringsniveau indberettes obligatorisk efter denne klassifikation:

Kode	Specialiseringsniveau iht. specialeplanlægningen
ALFC2	hovedfunktionsniveau
ALFC3	regionsfunktion
ALFC4	højt specialiseret funktion
ALFC8	specialiseringsniveau uafklaret
ALFC9	specialiseringsniveau uoplyst

Hvis der er en ændring i specialiseringsniveau i løbet af en patientkontakt, afspejles dette i indberetning af et nyt sæt af betalingsoplysninger knyttet til den relevante kontakt hhv. procedure.

5.10 Kontaktdiagnoser

Der skal til hver indberettet kontakt senest ved kontaktafslutning angives en **aktionsdiagnose** samt de i forhold til den aktuelle kontakt tilhørende kliniske og **kontaktrelevante bidiagnoser**.

Principperne er uændrede i LPR3.

Der skal ved længerevarende patientkontakter (indlæggelser) af typen: 'fysisk fremmøde' **senest 30 dage** efter kontaktstart indberettes en relevant aktionsdiagnose, der beskriver patientens tilstand eller situation på indberetningstidspunktet.

- [Diagnosebegreber, krav og vejledning er nærmere beskrevet i Kap. 6](#)

Det anbefales, at patientkontaktens diagnoser løbende vurderes klinisk og opdateres i takt med ny viden.

Henvisningsdiagnose (LPR2) er udgået af LPR-indberetningen og erstattet af **Henvisningsårsag** (afs. 4.2.5), der kan indberettes frivilligt.

Ud over kontaktdiagnoserne skal der obligatorisk indberettes og løbende kvalificeres en **forløbslabel** (overordnet sygdomstema), der i indberetningen knyttes til forløbselementet. Forløbslabel er **ikke** et diagnosebegreb.

- [Forløbslabel er nærmere beskrevet i afs. 4.1.7](#)

5.11 Procedurer ydet under kontakt

Kliniske procedurer, der er ydet under en patientkontakt, og som ønskes eller skal indberettes, indberettes knyttet til den aktuelle kontakt.

Det anbefales, at alle kontakter dokumenteres med mindst en klinisk relevant ydelse, der afspejler den vigtigste aktivitet under kontakten.

Den vigtigste procedure vil oftest være indiceret af kontaktens aktionsdiagnose (hovedindikation).

Alle procedurer indberettes med et starttidspunkt. Starttidspunktet kan tidligst være lig med kontaktstarttidspunktet.

Hvis der er krav eller ønske om angivelse af **varighed** af en given procedure under patientkontakten, skal der også indberettes et sluttidspunkt for ydelsen. Varigheden skal generelt ses ud fra patientens synsvinkel. Sluttidspunktet må senest være lig med kontaktens afslutningstidspunkt.

- [Procedure-indberetningen er nærmere beskrevet i Kap. 7](#)
- [Vedrørende ydelser uden samtidig patientkontakt \(forløbsprocedure\) – se afs. 5.12.6](#)

5.12 Supplerende vejledning til indberetning af kontakter

5.12.1 Kobling af kontakt til Forløbselement

Alle kontakter skal knyttes til et forløbselement i indberetningen. Tilknytningen af kontakten til forløbselementet skal ske ud fra en **klinisk vurdering af størst klinisk relevans**.

Hvis patienten således har flere parallelle sygdomsforløb udtrykt i flere samtidige forløbselementer, er det en klinisk vurdering og valg, hvilket forløbselement kontakten knyttes til – på baggrund af, at klinikerens har overblik over patientens forløb og de på kontakten behandlede tilstande og anvendte ydelser.

Valget af tilknytning er ofte ligetil – analogt til valg af kontaktens aktionsdiagnose – men der vil kunne være situationer, hvor kontakten har forholdt sig ligeværdigt til flere forløb. Det vil ofte være den tilstand, der klassificeres som aktionsdiagnosen for kontakten, der også betinger valget af forløbselement ud fra den angivne forløbslabel.

5.12.2 Visitationspatienter

Patienter, der ankommer til et akut-afsnit, men som umiddelbart videresendes til andet afsnit eller ud af sygehuset, uden at der har været nogen form for klinisk udredning (inkl. triagering), klinisk rådgivning eller behandling skal ikke indberettes. I alle andre tilfælde skal der oprettes og indberettes en patientkontakt, også selv om denne kan være meget kortvarig.

”*Sus forbi* patienter”, der umiddelbart videresendes til specialafdeling, medregnes til visitationspatienter. Den akutte patientkontakt vil blive oprettet ”i specialet”.

5.12.3 Patienter med ophold på patienthotel

Patienten med opholdsadresse på patienthotel, der **modtager kliniske ydelser** under opholdet, skal have en patientkontakt på den kliniske enhed, som patienten er tilknyttet. Ydelser kan indberettes (ingen krav) knyttet til denne kontakt.

Opholdsadressen (SOR-kode) for perioden med ophold på patienthotel skal indberettes tidstro.

Bemærk: Ophold på patienthotel uden klinisk begrundelse skal og må ikke indberettes

5.12.4 Raske ledsagere

Raske personer, der ledsager en patient, må ikke indberettes til LPR.

Kode {DZ763*} for ’Rask ledsager’ (inkl. ’Rask nyfødt som ledsager’ {DZ763B}) kan anvendes som aktionsdiagnose på lokalt oprettede kontakter. Disse skal frasorteres ved indberetning til LPR.

5.12.5 Rask nyfødt

Nyfødte indberettes på egen første **fødselskontakt** med kontakttypen: ’fysisk fremmøde’, kontaktårsag: ’anden kontaktårsag’, prioritet: ’akut’, fødselsdiagnose (barn) som aktionsdiagnose samt med tilhørende resultatindberetning: ’Fødselsindberetning barn’.

Så længe barnet fortsat er til stede under samme fødselskontakt (samme organisatoriske enhed), bevares kontakten åben indtil udskrivning. Der kan indberettes ydelser til barnet under denne kontakt fx hørescreening. Symptomer, komplikationer og andre tilstande hos barnet, der observeres og behandles under fødselsbærselskontakten, kan indberettes som bidiagnoser.

Hvis moderen efter fødslen genindlægges på barselsenhed eller anden klinisk enhed, kan barnet, hvis barnet ikke skal modtage særlige ydelser, registreres på en selvstændig lokal kontakt med aktionsdiagnose ’Rask nyfødt som ledsager’ {DZ763B}. Kontakten indberettes ikke til LPR.

Hvis barnet efter afslutning af fødselskontakten skal modtage klinisk ydelse fx hørescreening, oprettes ny patientkontakt for barnet med relevant aktionsdiagnose (**ikke** fødselsdiagnose), fx {DZ135C} ved selvstændig hørescreeningskontakt.

5.12.6 Ydelse uden samtidig patientkontakt – "forløbsprocedure"

Procedurer givet til patienten uden samtidig patientkontakt, omfatter administrative og kliniske procedurer, hvor patienten (eller stedfortræder fx værge) ikke deltager personligt.

Eksempel: Udfærdigelse af psykiatrisk erklæring til de sociale myndigheder

Forløbsprocedure, der skal indberettes, knyttes direkte til et aktuelt og relevant forløbselement for den helbredstilstand, som ydelsen primært er rettet mod.

Der kan være krav om tidstro varighed for forløbsprocedurer via hhv. start- og sluttidspunkt. Begge tidspunkter skal ligge inden for forløbselementets tidsramme.

5.12.6.1 Ydelser til pårørende til patient (frivillig)

- ▶ Se afs. 7.1.5 vedrørende pårørendeydelse efter patientens død

Ydelser til pårørende givet uden patientens deltagelse kan indberettes som procedure uden patientkontakt.

Hvis patienten derimod deltager i samtalen, registreres og indberettes dette som en patientkontakt ('fysisk fremmøde' eller 'udekontakt') med patienten, eventuelt med tilknyttet pårørende-ydelse i form af procedurekode indberettet på kontakten.

6 DIAGNOSER

Diagnoserne i LPR er **kontaktdiagnoser**, dvs. tager udgangspunkt i den enkelte patientkontakt og er beskrivende for patienttilstanden ved den aktuelle patientkontakt.

Der er krav om indberetning af diagnoser for alle de specificerede kontakttyper (se afs. 5.6.3) inkl. kontakttyperne 'død' og 'diagnoseindberetning' (uden patientkontakt).

- ▶ Vedr. "diagnoseindberetning uden patientkontakt" – se afs. 5.6.3.5

Kontaktdiagnose-begreberne er uændret de to diagnosetyper - **aktionsdiagnose** og **bidiagnose**.

Der skal indberettes kontaktdiagnoser ved kontaktafslutning, dog senest 30 dage efter kontaktstart ved langvarige indlæggelseskontakter.

Henvisningsdiagnose (LPR2) er erstattet af 'Henvisningsårsag', der er frivillig i indberetningen.

- ▶ Se vedrørende henvisningsoplysninger under Kap. 4 (afs. 4.2) om forløb.

Til diagnose knyttes i relevante tilfælde en række supplerende oplysninger:

- supplerende oplysninger om metastaser og lokalrecidiv til kræftsygdom – se afs. 6.2
- resultatindberetning – en diagnose kan være trigger for en resultatindberetning – se afs. 6.4
- vedrørende "diagnose senere afkræftet" – se afs. 6.6

Der er i LPR3 indført et ændret princip for diagnoseindberetningen ved kræftsygdomme, idet supplerende oplysninger om **metastaser** og **lokalrecidiv** i indberetningen skal knyttes direkte til kontaktdiagnosen for kræftsygdommen.

Dette sikrer dokumentation af den kliniske relation mellem grundsygdom og sygdommens udvikling og datagrundlaget for identifikation af kræftsygdomme til Cancerregisteret.

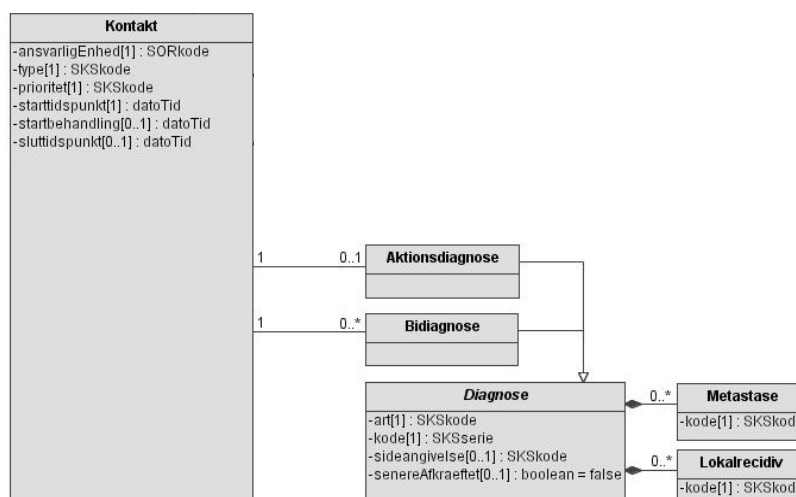
Generelt kan diagnosekoder fortsat suppleres med relevante oplysninger i form af tillægskoder.

Henvisninger til andre afsnit > se også diagnoseoversigt i afs. 6.7

- ▶ Om faggrupper (sundhedspersoner) og indberetning – afs. 1.4
- ▶ Aktionsdiagnose på "døde-kontakt" – se under afs. 5.6.3.4.1
- ▶ Anbefalede psykiatriske aktionsdiagnoser – se Kap. 8
- ▶ Komplikationsdiagnose ved påvist per- og postkirurgisk komplikation – se afs. 14.5 (midlertidigt inaktiveret)
- ▶ En diagnosekode [diag] kan anvendes som 'Indikation' i indberetningen af en procedure – se afs. 7.1.11
- ▶ *Forløbslabel* afgrænser overordnet helbredstemaet for forløbselementet og angives med en særlig klassifikation – se Kap. 4 om forløb.

Bemærk: Forløbslabel er **ikke** et diagnosebegreb, da det beskriver et helbredstema fra start til slut, herunder ved begrundet mistanke mv. – også ved forløb, hvor den mistænkte sygdom afkræftes.

Modeludsnit – diagnoser



6.1 Beskrivelse – diagnoser

Hver patientkontakt kan have tilknyttet et vilkårligt antal diagnoser, heraf én (1) aktionsdiagnose og (0-n) kontaktrelevante bidiagnoser.

Der skal være en aktionsdiagnose ved indberetning af en afsluttet kontakt. Ved længevarende indlæggelseskontakter skal der indberettes en aktionsdiagnose senest 30 dage efter kontaktstart.

Diagnoser indberettes uden historik, hvilket begrebsmæssigt betyder, at de indberettede diagnoser gælder for hele kontakten. Ved ændring af en diagnoseregistrering inden kontaktafslutning, vil den nye diagnoseværdi overskrive den tidligere indberettede ved genindberetning.

Anvendte diagnosekoder skal være gyldig i SKS på et tidspunkt inden for den givne patientkontakt.

- Vedrørende (senere) afkræftet diagnose – se afs. 6.6

6.1.1 Anvendte termer og definitioner – diagnoser

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
diagnose	vurderingsresultat vedrørende <u>helbredstilstand</u> der er formaliseret Kommentar: "Diagnose" omfatter bredt egentlige sygdomme, skader, andre lidelser, symptomer og årsager til kontakt, inkl. "obs. pro", "kontrol" mm. Kodes efter "Klassifikation af sygdomme" (ICD10) og indberettes med foranstillet SKS-hoved-gruppe bogstav 'D'. Diagnoser indberettes som <u>kontaktdiagnoser</u> af typerne aktionsdiagnose og bidiagnose med data-typen <u>SKS-serie</u> bestående af en diagnosekode som <u>primærkode</u> og eventuelt en eller flere <u>tillægskoder</u> . Bemærk: <u>Kontaktdiagnose</u> skal i relevante tilfælde suppleres med indberetning af oplysninger om <u>fiernmetastaser</u> og <u>lokalrecidiv</u>	
<i>afkræftet diagnose</i> <i>Se afs. 6.5</i>	<u>kontaktdiagnose</u> der er indberettet, men som efterfølgende	
<i>senere afkræftet diagnose</i> <i>Se afs. 6.6</i>	<u>kontaktdiagnose</u> der er indberettet, men som efterfølgende markeres som 'senere afkræftet' ved indberetningen Kommentar: Diagnosen må ikke rettes, hvis den var klinisk set korrekt på det første indberetningstidspunkt og derfor indikation for procedurer og eventuel resultatindberetning mv.	
kontaktdiagnose	<u>diagnose</u> der ved afslutning af en <u>patientkontakt</u> betegner en årsag til de sundhedsinterventioner der er udført på <u>patientkontakten</u> Kommentar: Omfatter aktionsdiagnose og bidiagnose	
diagnoseart	klassificeret angivelse af om en <u>kontaktdiagnose</u> er en <u>aktionsdiagnose</u> eller en <u>bidiagnose</u>	
aktionsdiagnose	<u>kontaktdiagnose</u> der var den væsentligste årsag til de <u>sundhedsinterventioner</u> der blev udført på en <u>patientkontakt</u> Kommentar: Aktionsdiagnosen er hovedindikation for de sundhedsfaglige ydelser på kontakten. Ved konkurrerende sygdomme og tilstande indberettes den væsentligste kliniske tilstand som aktionsdiagnose	
bidiagnose	<u>kontaktdiagnose</u> der var medvirkende årsag til de <u>sundhedsinterventioner</u> der blev udført på en <u>patientkontakt</u> Kommentar: Væsentlige fund på kontakten eller komplicerende tilstande for kontakten indberettes som bidiagnoser	
diagnosekode	klasse for en <u>diagnose</u> i gældende SKS-sygdomsklassifikation Diagnosekoderne indgår i <u>SKS-kodelisten</u> [diag] = diagnosekoder fra "Klassifikation af sygdomme", der kan indberettes.	
indikation	vurderingsresultat vedrørende <u>helbredstilstand</u> der benyttes som begrundelse for en <u>sundhedsintervention</u> Inkl: sundhedsfagligt vurderet risikofaktor	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
	Kommentar: Diagnosekode kan (sammen med <u>behandlingssigte</u>) indgå i indberetning af indikation for procedure	
komplikation til procedure (komplikation)	<u>vurderingsresultat vedrørende helbredstilstand</u> som er en utilsigtet følge af en <u>sundhedsintervention</u> Kommentar: Omfatter utilsigtet følge af en procedure, uanset om sundhedsinterventionen er gennemført korrekt, om der har været svigt af anvendt apparatur, eller om komplikationen må tilskrives <u>patientens</u> tilstand eller andre forhold	
SKS-klassifikation	klassifikation der indgår i Sundhedsvæsenets Klassifikations System (SKS) Kommentar: SKS-klassifikationer vedligeholdes af Sundhedsdatastyrelsen	
SKS-kode datatype: SKSkode	identifikationskode for en post i en SKS-klassifikation Kommentar: Til indberetning til LPR kan kun anvendes SKS-koder, der har en gyldighedsperiode inden for en del af eller hele kontakten. En SKS-kode kan være en primærkode eller en tillægskode.	
SKS-kodeliste (SKS-subset) (kodeliste)	delmængde (subset) af SKS Kommentar: Kodelister angives i vejledning og regler i firkantede parenteser, fx [diag] = diagnosekoder der kan indberettes til LPR.	
SKS-serie datatype: SKSerie	datatype for SKS primærkode med (mulighed for) tillægskode(r) Kommentar: En SKS-serie består af SKS-kode som <u>primærkode</u> og eventuelt specificeret med en eller flere <u>tillægskoder</u> .	
primærkode (SKS primærkode)	primær betydningsbærende kode i en SKS-kodet egenskab Kommentar: Fx består en aktionsdiagnose af en SKS primærkode (fra diagnoseklassifikationen) og eventuelle tilhørende SKS tillægskoder	
tillægskode (SKS tillægskode)	SKS-kode der uddyber <u>primærkodens</u> betydning Kommentar: Tillægskoder kan supplere primærkoden på flere måder, idet der kan indberettes flere tillægskoder til samme primærkode.	

6.1.2 Diagnose

Diagnoser indberettes knyttet til Kontakt med følgende oplysninger:

Diagnose	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
art	SKSkode	[admin.diagart]	1	Obligatorisk (aktions- eller bidiagnose)
kode	SKSerie	[diag]	1	obligatorisk. Diagnosekoden skal være gyldig på et tidspunkt inden for kontakten. Tillægskode(r) kan angives
sideangivelse	SKSkode	[spec.lateraldiag]	(0)..1	obligatorisk ved visse diagnoser tilhørende kodeliste: [diag.lateral], dog undtaget diagnose, der indberettes med anmeldelsesstatus [AZCA2; AZCA4; AZCA9] i 'Canceranmeldelse' (se afs. 6.1.5.1) [spec.lateraldiag] = 'venstresidig' {TUL1}; 'højresidig' {TUL2}; 'dobbeltsidig' {TUL3}; 'side kan ikke angives' {TUL7} kan anvendes. Kan frivilligt indberettes for andre diagnoser
senere afkræftet	boolean	true OR false		default=false Se nærmere beskrivelse i afs. 6.5

6.1.3 Art (diagnose)

Diagnosearten angiver, om der er tale om en aktionsdiagnose eller en bidiagnose. For kontaktdiagnoserne gælder følgende generelle beskrivelser.

6.1.3.1 Aktionsdiagnose

Som aktionsdiagnose indberettes den diagnose, som var den væsentligste årsag til de på kontakten gennemførte undersøgelser og behandlinger. Ved konkurrerende sygdomme og tilstande indberettes den væsentligste kliniske tilstand som aktionsdiagnose.

Som tommelfingerregel er aktionsdiagnosen den tilstand, der var **hovedindikationen** for ydelserne på patientkontakten.

Der er særlige krav til aktionsdiagnosen på patientkontakter med fødsel, abort og på patientkontakter af kontakttypen 'død'.

- ▶ Se Kap. 11 og 12 vedr. diagnoseindberetningen ved fødsler (mor og barn) hhv. abortkontakter
- ▶ Se afs. 5.6.3.4.1 vedr. aktionsdiagnose på døde-kontakt

6.1.3.2 Bidiagnose

Øvrige kontaktrelevante diagnoser, som er medvirkende årsag til kontakten, som er fund på kontakten, eller som er komplicerende for kontakten, indberettes som bidiagnoser.

- ▶ Se nærmere vejledningsprincipperne i afs. 6.3

6.1.4 Kode (diagnosekode)

Diagnoser kodes efter "Klassifikation af sygdomme" – SKS-hovedgruppe 'D' – der er den danske oversættelse og udbygning af WHO's sygdomsklassifikation (ICD-10).

Diagnosekoder, der kan indberettes fremgår af kodeliste [diag]. Minimums kodeniveau er fem karakterer. Tillægskoder kan indberettes sammen med diagnosekode. *Der er ingen gældende krav.*

Tidligere tillægskode-krav (LPR2) er flyttet til dedikerede egenskaber eller til resultatindberetninger (Kap. 9-14).

Diagnosekoder og tillægskoder, der indberettes, skal være gyldige i SKS i en periode inden for kontaktens tidsudstrækning.

6.1.5 Sideangivelse

Der skal til visse diagnoser indberettes som aktions- og bidiagnoser obligatorisk indberettes sideangivelse. Dette gælder en delmængde af de anmeldelsespligtige diagnoser til Cancerregisteret.

Diagnosekoder, der kræver indberetning af sideangivelse findes i kodeliste: [diag.lateral].

Sideangivelse indberettes med værdi fra kodeliste: [spec.lateraldiag]:

{TUL1}	højresidig
{TUL2}	venstresidig
{TUL3}	dobbeltsidig
{TUL7}	side kan ikke angives

Sideangivelse kan frivilligt indberettes for andre diagnoser.

Bemærk: Undtagelse fra krav

Ovenstående krav om sideangivelse gælder ikke for aktions- og bidiagnoser med en tilhørende 'Cancer-anmeldelse' med anmeldelsesstatus [AZCA2; AZCA4; AZCA9]. Sideangivelse kan frivilligt indberettes.

6.2 Oplysninger om metastaser og lokalrecidiv til kræftdiagnoser

Supplerende oplysninger om forekomsten af metastaser og lokalrecidiv ved kræftsygdomme kobles i indberetningen til diagnosen (aktions-/bidiagnose) for den tilgrundsiggende kræftsygdom – jf. model-udsnittet i indledning til dette kapitel.

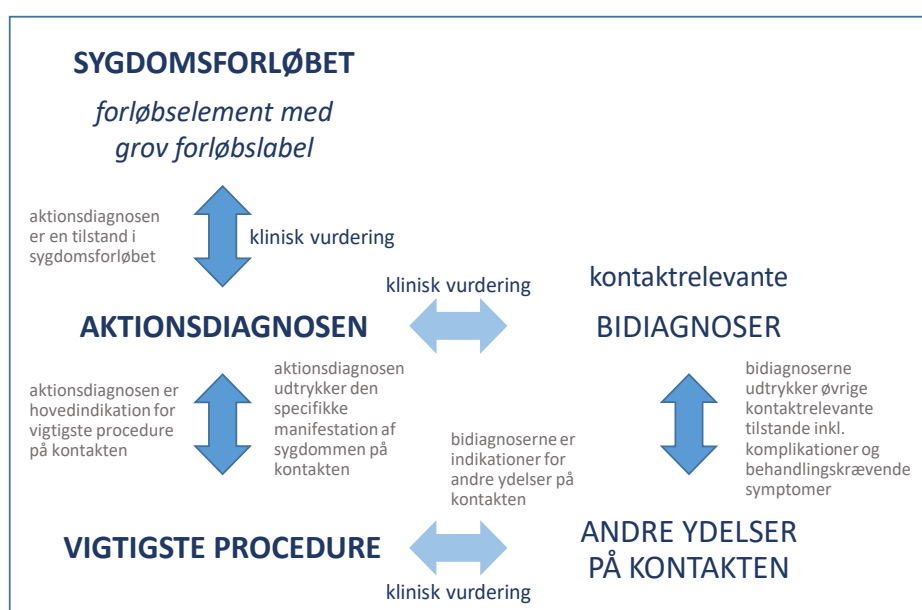
- Dette er nærmere beskrevet under ”Kræftsygdomme” i Kap. 10, afs. 10.2.3-4

6.3 Kontaktrelevante diagnoser – principper og registrering

Der skal i forhold til hver indberettet kontakt foretages en komplet, klinisk relevant diagnoseregistrering og -indberetning. Dette gælder alle kontaktttyper.

Man skal være opmærksom på, at der er tale om en kontaktindberetning, dvs. at det kun er de kontaktrelevante sygdomme og tilstande, der har været **indikation for kliniske ydelser på kontakten**, der skal indberettes.

Principperne for diagnoseregistreringen med relationer til andre indberetninger er illustreret:



De indberettede diagnoser skal være relevante for den aktuelle patientkontakt, og der må ikke være diagnoser, der ikke har været klinisk relevante på kontakten – se den generelle vejledning i den følgende boks.

Prioritering og antal af bidiagnoser skal generelt og afgrænset ses i forhold til de på kontakten udførte ydelser. Aktionsdiagnosen er således **hovedindikationen** for den klinisk set vigtigste procedure, bidiagnoserne indikationer for kontaktens øvrige ydelser.

- Se diagnoseprincipperne (boks) på næste side

At patienten fx *også* har sukkersyge, skal altså kun medtages i indberetningen, hvis sukkersygen netop på *denne* kontakt har haft en reel og signifikant betydning for kontaktens forløb eller tyngde.

- For indberetning af diagnosekoder gælder desuden principperne, som beskrevet i de følgende afsnit 6.3.1-6.3.6

Bemærk

Der ikke må indberettes diagnoser på kontakten for sygdomme, som patienten ikke har, eller ikke har haft i løbet af kontakten.

Særlig opmærksomhed skal rettes mod at sikre, at der ikke indberettes en kræftdiagnose, førend sygdommen er klinisk verificeret. Tilsvarende må der ikke indberettes en kræftdiagnose, når patienten er helbredt ved en tidligere kontakt, og dette er meddelt patienten.

Hvis det vurderes relevant, kan tidligere sygdom indberettes med diagnosekoder med startteksten "anamnese med...". Indberetningen vil oftest kun være relevant som bidiagnose.

- Diagnosekodning ved kontrol – se afs. 6.3.2

Der gælder følgende generelle vejledning for angivelse af de kontaktrelevante diagnoser:

- diagnosebegreberne er kontakt-diagnoser. Kun sygdomme og tilstande med klinisk og ressourcemæssig betydning på den aktuelle kontakt må registreres og indberettes
- grundsygdommen indberettes som aktionsdiagnose:
 - når diagnosen stilles første gang
 - når behandlingen[#] givet på kontakten primært har været rettet mod grundsygdommen
 - i alle tilfælde, hvor sygdommen har været hovedindikation for de på kontakten udførte ydelser
- ved multimorbiditet indberettes den væsentligste kliniske tilstand som aktionsdiagnose; øvrige kontakt-relevante konkurrerende diagnoser indberettes som bidiagnoser
- tilgrundliggende sygdom indberettes som bidiagnose, når den indberettede aktionsdiagnose er et aspekt af grundsygdommen
- komplicerende sygdom (multimorbiditet) med betydning for kontakten indberettes som bidiagnose
- symptomdiagnose, der har været indikation for ydelse på kontakten, indberettes som bidiagnose – med mindre, at den indberettes som aktionsdiagnose
- væsentlige komplikationer til sygdom og sygdomsbehandling opstået under patientkontakten indberettes som bidiagnoser – aktionsdiagnosen er den behandlede sygdom
- ved ny patientkontakt primært begrundet i komplikation til tidligere behandling indberettes komplikationen som aktionsdiagnose

[#]) inkl. adjuverende behandling, hormonel og antihormonel behandling ved neoplastisk sygdom (kræftsygdom), når behandlingen gives som led i eller i umiddelbar forlængelse af den primære kræftbehandling. Der henvises til de faglige retningslinjer inden for det relevante sygdomsområde.

Aktionsdiagnosen og eventuelle bidiagnoser skal som kontaktdiagnoser klinisk valideres ved afslutning af den enkelte patientkontakt.

Der kan inden slutregistreringen være fremkommet nye eller supplerende svar på undersøgelser, der afklarer patientens slutdiagnoser. Typiske eksempler er patologisvar, der bekræfter mistænkt malignitet, og patologisvar eller billeddiagnostiske svar, der justerer udbredelsen af allerede indberettet malign tumor.

6.3.1 Obs. pro diagnoser (DZ03 koder)

Ved kontaktregistreringen vil en indledende udredning ofte blive indberettet som en eller flere selvstændige kontakter (besøg) – indberettes som 'fysisk fremmøde' – til Landspatientregisteret.

Der findes et antal diagnosekoder {DZ03} til angivelse af "Observation pga. mistanke om...". Disse koder anvendes på den enkelte kontakt til angivelse af (kontaktbegrundelse) tilstanden 'Obs pro', som kontakten vedrørte, uden at der ved kontaktafslutning klinisk er blevet stillet en egentlig eller endelig diagnose.

'Obs pro' inkluderer ej befundet og ikke afkræftet på afslutningstidspunktet for kontakten.

Disse diagnoser har mest relevans som aktionsdiagnose, men kan også anvendes som bidiagnose til at markere udredning under patientkontakten for andre sygdomme (differentialdiagnoser), eller ved konkret klinisk mistanke om anden sygdom, der ikke er be- eller afkræftet ved kontaktafslutning.

- Se også afs. 6.5

Dette erstatter *ikke* relevant procedure-registrering under patientkontakten.

Der findes såvel generelle som specificerede 'Obs. pro'- koder i afsnittet {DZ03}, fx specificerede koder for mistanke om specificeret kræftsygdom.

Uspecificerede DZ03-koder kan eventuelt specificeres med en tillægskode for den specifikke tilstand, der er undersøgt/observeret for.

- ▶ Vedr. brug af DZ032X 'Psyisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse afkræftet' i psykiatrien – se afs. 8.7.2.1

6.3.2 Diagnosekodning ved kontrol (DZ08-og koder)

I SKS-kodeafsnittene {DZ08} og {DZ09} findes diagnosekoder for "kontrol efter ...", der anvendes som aktionsdiagnose (kontaktbegrundelse) på kontakter, hvor der foretages klinisk kontrol uden, at sygdommen fortsat er til stede og, hvor der ikke er foretaget behandling af andre sygdomme eller tilstande.

Kontrolundersøgelse omfatter klinisk undersøgelse og kontrol, rådgivning, samtale og svar vedrørende sygdommens undersøgelse og behandling ved tidligere kontakt.

Denne diagnosekodning (kontaktbegrundelse) skal ikke forveksles med procedureregistreringen i forbindelse med patientkontakt, hvor der udføres (kliniske) kontrolundersøgelser.

Hvis der foretages behandling af sygdom, symptomer eller følgetilstande til sygdom eller til (tidligere) behandling, anvendes "kontrol efter" koderne ikke.

Overgangen fra "sygdom" til "kontrol" (efter sygdommen) er en *klinisk vurdering* i det enkelte tilfælde. Denne overvejelse vil ofte kunne baseres på faglige retningslinjer.

6.3.3 Indberetning ved misbrug (DF10-19 koder)

Misbrugsdiagnoserne findes i kodeintervallet {DF10-19} 'Psyiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer'.

Aktuelle misbrug, der er kontakt-relevante, skal registreres og indberettes.

6.3.4 Lægemiddelbivirkninger

En lægemiddelbivirkning er en skadelig og utilsigtet virkning af et lægemiddel indtaget i normal dosis efter gældende *kliniske retningslinjer*.

Bivirkninger af lægemidler anvendt i terapeutiske doser betragtes ikke som "forgiftninger" og indberettes med diagnosekoder, der beskriver bivirkningens karakter i form af diagnose eller symptom.

Diagnosen kan suppleres med ATC-tillægskode for lægemiddelstoffet, der har forårsaget bivirkningen.

6.3.5 Skadediagnoser (DS-DT koder)

Ved skadekontakter forstås kontakter, hvor den væsentligste årsag til den akutte patientkontakt er en skade eller mistanke om skade. Skader bør generelt som øvrige tilstande specificeres så meget som muligt.

Ved flere væsentlige selvstændige skader indberettes disse generelt hver for sig, den alvorligste som aktionsdiagnose.

Skadediagnoserne findes i sygdomsklassifikationen under SKS-kapitlerne {DS-DT}.

Skadediagnoserne indeholder en række uspecificerede koder for "Multiple (skader)(frakturer)(sår)(læsioner)" m.fl. Disse koder anbefales generelt ikke anvendt ved flere væsentlige behandlingskrævende skader.

Kun hvis patienten viderehenvises til behandling på anden akut patientkontakt, og udredningen på den aktuelle kontakt ikke har ført til specificering af skaderne, bør "samlekoder" anvendes. I alle andre tilfælde bør væsentlige skader kodes hver for sig.

Ved væsentlige alvorligere skader kan småskader undlades i indberetningen.

- ▶ Skaderegistreringen beskrives i Kap. 13

6.3.6 Misdannelser og klinisk mistanke hos nyfødt barn

Bidagnoser for fundne og mistænkte medfødte sygdomme, tilstande samt klinisk mistanke om medfødt lidelse eller kromosomanomali indgår i diagnosekravene til beskrivelsen af den nyfødtes tilstande på fødselskontakten. Dette gælder alle fødselskontakter, dvs. omfatter både levendefødte og dødfødte børn.

- ▶ Se også Kap. 11 afs. 11.8.1.4

6.3.7 Screeninger (DZ11-13 koder)

Screeningskontakter indberettes med kontakttypen 'fysisk fremmøde' eller 'udekontakt' (ved undersøgelser foretaget i hjemmet) og forløbselementet med forløbslabel: 'Nationale screeningsprogrammer' og startmarkør: 'henvist til andet'.

"Screeningsdiagnoserne" under SKS-kodeafsnittene {DZ11-13} anvendes kun som aktionsdiagnose (kontaktbegrundelse) på kontakter begrundet i tidlig opsporing af sygdom for grupper af borgere uden, at der som konklusion er konkret mistanke om eller konstateret sygdom hos den enkelte person.

Undersøgelser, der er en del af et eksisterende behandlings- eller forløbsprogram, betragtes ikke som "nationalt screeningsprogram", fx øjenundersøgelse af diabetespatient uden øjensymptomer.

6.3.7.1 Påvisning af sygdom eller mistanke om sygdom ved screening

Hvis der ved screeningsundersøgelse findes sygdom eller mistanke om sygdom, kan forløbet fortsætte på samme kliniske enhed under samme forløbselement.

I dette tilfælde skal forløbslabel ændres i overensstemmelse med det kliniske fund til relevant værdi fx 'Kræftsygdomme' eller 'Andre forløb', der således overskriver forløbslabel fra start. Dette gælder generelt, dvs. uafhængigt af om det kliniske fund var et forventet eller et ikke forventet fund.

Hvis regionen vælger at oprette et nyt forløbselement i forbindelse med det kliniske fund ved screeningen, opretholdes forløbslabel 'Nationale screeningsprogrammer' for det første forløbselement, og det nye forløbselement oprettes med relevant forløbslabel, startmarkør svarende til det kliniske fund samt referencetype "samme sygdom" ved sammenkobling af det nye forløbselement til det første.

Ved viderehenvielse til videre udredning eller behandling på anden klinisk enhed, oprettes på den nye enhed tilsvarende et nyt forløbselement for den fundne tilstand/sygdom (inkl. mistænkt sygdom).

Hvis forløbet på den første kliniske enhed afsluttes ved viderehenvielsen, bibeholdes den oprindelige forløbslabel 'Nationale screeningsprogrammer'.

- ▶ Se nærmere vejledning under afs. 4.3.11 vedrørende udredningsret og maksimale ventetider i forbindelse med kolorektal kræftscreening og brystkræftscreening

6.4 Resultatindberetninger knyttet til Diagnose

Diagnoser fungerer som trigger for indberetning af anmeldelser og andre former for resultatindberetninger. Dette er aktuelt tilfældet ved følgende obligatoriske resultatindberetninger.

Resultatindberetninger med Diagnose som trigger:

Resultatindberetning	Kapitel	Trigger
Canceranmeldelse	10	Diagnose / anmeldelsespligtige til Cancerregisteret [diag.car]
Fødselsindberetning mor	11	Aktionsdiagnose / moderens fødselsdiagnose [diag.foedmor]
Fødselsindberetning barn	11	Aktionsdiagnose / barnets fødselsdiagnose [diag.foedbarn]
Abortoplysninger - svangerskabslængde - oplysninger om misdannelse - samrådstilladelse	12	Diagnose / abortdiagnose [diag.abort]

Bemærk: Skadeindberetningen tager i LPR₃-indberetningen udgangspunkt i kontaktårsag for akutte somatiske patientkontakter af kontakttypen: 'fysisk fremmøde' – *ikke* i skadediagnose.

6.5 "Afkræftet diagnose" – Obs. pro

LPR's diagnosebegreber er primært klinisk verificerede diagnoser – ikke arbejdsdiagnoser eller fx mulige differentialdiagnoser. Men LPR's diagnosebegreb dækker også over andre patienttilstande end egentlige klinisk verificerede sygdoms- og symptomdiagnoser, idet "diagnoser" også skal dække de situationer, hvor der netop ikke stilles en egentlig klinisk diagnose, hvor der så i stedet skal registreres (som aktionsdiagnose) den vigtigste årsag til den afsluttede patientkontakt.

De registrerede og indberettede sygdoms- og symptomdiagnoser skal være gældende i en periode under patientkontakten, hvilket bla. betyder, at mistænkte sygdomme, der ikke er klinisk bekræftet på patientkontaktens afslutningstidspunkt, ikke må diagnoseregistreres som sådan.

En under kontakten afkræftet diagnose kan registreres som "**Obs. pro-diagnose**" – se videre i afs. 6.3.1. Dette vil ofte være tilfældet i kræftpakkeforløb, hvor der ofte ikke er en anden konklusion på udredningen.

Hvis kontakten *kun* har drejet sig om afkræftelse af mistænkt sygdom, og der ikke stilles en anden klinisk diagnose som konklusion på kontakten, registreres en relevant obs. pro-diagnose – se kodeafsnit {DZ03} – som aktionsdiagnose på kontakten:

- klinisk mistænkt med afkræftet sygdom

Denne *kan* yderligere efter behov specificeres med tillægskode for den konkrete mistænkte tilstand.

Ovenstående princip dækker også situationerne:

- fortsat klinisk mistænkt men endnu ikke afkræftet sygdom
- fortsat klinisk mistænkt men endnu ikke bekræftet sygdom

Afkræftede differentialdiagnoser kan tilsvarende frivilligt registreres som "obs. pro" og indberettes som bidiagnoser; dette **bør dog kun ske**, hvis afkræftelse har medført et væsentligt forøget ressourcetræk på den aktuelle kontakt.

6.6 "Diagnose senere afkræftet"

Diagnosebegreberne i LPR udgør en angivelse af den eller de diagnoser, der retrospektivt set udgjorde de væsentligste diagnoser i forhold til den enkelte afsluttede kontakt.

Disse diagnoser, der ud fra denne definition udgør konklusionen for kontakten, må nødvendigvis tage udgangspunkt i de af patientens kliniske diagnoser, der var gældende i en kortere eller længere periode i løbet af kontakten, og udgør således en samlet indikation for de under kontakten udførte procedurer.

Normalt skal registrerede og indberettede diagnoser for allerede afsluttede kontakter derfor ikke ændres, idet de var relevante som aktuel beskrivelse af de klinisk vurderede tilstande og indikationer for procedurer på det tidspunkt, hvor de blev indberettet.

Der kan dog være situationer, hvor der er indberettet en manifest diagnose, som kan have legale konsekvenser (fx kræftdiagnoser og visse psykiatriske diagnoser) for patienten, og som var stillet på grundlag af den på diagnosetidspunktet tilvejebragte viden, men hvor det **senere har vist sig**, at den videre udredning og behandling har afkræftet sygdommen.

Man kan så argumentere for, at diagnosen fejlagtigt blev stillet præmaturog stadig skulle have været holdt som en mistanke, men dette ændrer ikke ved, at diagnosen **er** stillet, og at der kan være handlet på den, hvorfor den ikke bare kan overskrives som en simpel fejl. Dette ville svare til at rette i journalen med tilbagevirkende kraft.

Ovenstående tilfælde opstår oftest, når der efter kontaktafslutning og efterfølgende indberetning fremkommer nye oplysninger fx histologi-svar, der viser, at den indberettede diagnose og/eller ved de indberettede oplysninger for udbredelse mv. ikke var korrekte.

Manifest diagnose, der tidligere er blevet indberettet på en nu afsluttet kontakt, og som efterfølgende afkræftes, genindberettes til LPR med (true) angivelse af 'senere afkræftet'.

I princippet gælder dette alle sådanne fejlagtigt stillede diagnoser, men kravet vil i udgangspunktet primært gælde væsentlige diagnoser, som kan have konsekvenser for patienten jf. ovenfor.

Canceranmeldelse knyttet til en senere afkræftet diagnose, vil blive slettet fra Cancerregisteret.

Af hensyn til patienten bør anmeldelsespligtige diagnoser, der senere er afkræftet, fra og med afkræftelsen ikke indberettes med tilknyttet canceranmeldelse.

Simpel fejlretning derimod, fx som følge af tastefejl, skal rettes ved overskrivning af den originale diagnosekode og efterfølgende genindberetning af patientkontakten.

6.7 Diagnoseoversigt

Diagnoseklassifikationen (SKS-kapitel 'D') indeholder i bredeste forstand klassificerede **patienttilstande** og associerede kontaktgrunde som primær eller medvirkende baggrund for patientkontakt.

Spændvidden er bred fra egentlige sygdomsdiagnoser, over symptomer og klinisk mistanke om sygdom til tilstande og årsager (Kap 21), der beskriver kontaktgrund til kontakt til sundhedsvæsenet fx ved screening.

- ▶ Hele diagnoselisten kan ses på SKS-Browser her: <https://medinfo.dk/sks/brows.php>

6.7.1 SKS-kodelister

Der er oprettet en større række **kodelister**, der anvendes i understøttelse af valideringsregler for dataindhold. Alle LPR-regler, der vedrører SKS-klassificeret indhold, er baseret på kodelister, hvilket nedsætter behovet for regelændringer meget. Med andre ord kan den samme regel gælde, samtidig med, at den indgående kodeliste kan vedligeholdes med tilføjelse og lukning af koder på kodelisten, uafhængigt af reglen.

Dette vil fx også betyde, at det kommende (2026) skift i diagnose-klassifikation fra nuværende udgave, baseret på WHO's ICD10, til den kommende ICD11-baserede diagnoseklassifikation kan ske uden nogen ændringer i principper, kodelistenavne og tilhørende regler på "model-niveau".

Kodelister kan også oprettes med formålet at understøtte bedre *registreringskvalitet*, idet kodelister, sammen med anden IT-støtte, kan anvendes til afgrænsning af relevante kliniske udfaldsrum for en given kontekst eller situation. Det er altså en generel metode til klassifikationsstyring, der kan anvendes bredere end blot til indholdsregler.

SKS' kodelister vedligeholdes som en del af den kvartalsvise SKS-opdatering, der tilgår sygehuse mv.

Kodelister har egen historik, inklusive historik for tilhørsforholdet af den enkelte SKS-kode til kodelisten. En given SKS-kode, kan indgå i flere lister, og koden kan gå indgå i en kodeliste, når den (egen historik) er aktiv.

- ▶ Se mere om dette i den tekniske (bilag) dokumentation af indberetningen

Der er følgende kodelister med diagnose-indhold, der pt. indgår i valideringsregler:

liste_navn	kodeindhold	liste_beskrivelse
diag.abort	{DO00-02; DO03; DO04-06}	abortdiagnoser inkl. koder for patologisk graviditetsprodukt. Trigger for resultatindberetning: 'Abortoplysninger'
diag.abort.patogravi	{DO00-02}	diagnosekoder for patologisk graviditetsprodukt
diag.abort.prov	{DO04-06}	diagnosekoder ved medicinsk og kirurgisk provokeret abort. Indgår som kriterie i særligt RI-krav
diag.abort.prov.sen	{DO05*}	kodeliste for sene provokerede aborter
diag.abort.prov.tidl	{DO04*; DO06*}	kodeliste for tidlige provokerede aborter

diag.abort.samraad	{DO050;DO059; DO069}	specificeret samrådsoplysning, inkl. uden samrådstilladelse ved fare for kvindens liv
diag.abort.samraad.suba	{DO069}	specificeret samrådsoplysning, hvor der skal foreligge abortoplysninger. Indgår som kriterie i særligt RI-krav
diag.abort.samraad.subb	{DO059}	specificeret samrådsoplysning, hvor der skal foreligge abortoplysninger. Indgår som kriterie i særligt RI-krav
diag.abort.samraad.subc	{DO050}	specificeret samrådsoplysning, hvor der skal foreligge abortoplysninger. Indgår som kriterie i særligt RI-krav
diag.abort.spon	{DO03*}	diagnosekoder for spontan abortering. Indgår som kriterie i særligt RI-krav
diag.car	Udvalgte {DC*;DD*} > se Kap. 10	anmeldelsespligtige neoplas-diagnoser til Cancerregisteret. Trigger for resultatindberetning: 'Canceranmeldelse'
diag.car.lymfom	Udvalgte {DC8-9}	lymfomdiagnoser, hvor der skal anmeldes Ann Arbor stadie og lymfomlokalisering. Indgår som kriterie i særligt RI-krav
diag.car.t0	{DC80*}	anmeldelsespligtige diagnoser til Cancerregisteret, der korresponderer med T0-tumor i TNM. Indgår som kriterie i særligt RI-krav
diag.car.ta	Udvalgte {DD0-4*}	anmeldelsespligtige diagnoser til Cancerregisteret, der korresponderer med Ta-tumor i TNM. Indgår som kriterie i særligt RI-krav
diag.car.tis	Udvalgte {DD05-09}	anmeldelsespligtige diagnoser til Cancerregisteret, der korresponderer med Tis-tumor i TNM. Indgår som kriterie i særligt RI-krav
diag.car.tnm	Udvalgte {DC*;DD*}	diagnoser for neoplastiske sygdomme, hvor der skal anmeldes TNM-stadie. Indgår som kriterie i særligt RI-krav
diag.doed	{DP950; DR991; DR992}	diagnosekoder for dødekontakt; Disse koder er de eneste tilladte for denne kontaktype
diag.foedbarn	{DZ38; DP950}	barnets fødselsdiagnose (aktionsdiagnose på fødselskontakt). Trigger for resultatindberetning: 'Fødselsindberetning barn'
diag.foedbarn.doed	{DP950}	dødfødt barns fødselsdiagnose (aktionsdiagnose på fødselskontakt)
diag.foedbarn.vital	{DZ38}	levendefødt barns fødselsdiagnose (aktionsdiagnose på fødselskontakt)
diag.foedmor	{DO80-84}	moderens fødselsdiagnose (aktionsdiagnose på fødselskontakt). Trigger for resultatindberetning: 'Fødselsindberetning mor'
diag.foedmor.enkelt	{DO80-83}	moderens fødselsdiagnose ved enkeltfødsel
diag.foedmor.samraad	{DO836;DO846}	moderens aktionsdiagnoser på fødselskontakt ved fødsel efter abortindgreb
diag.lateral	Udvalgte {D*}	diagnosekoder, der kræver sideangivelse
diag.lokalrecidiv	{DC991*; DZ063A}	diagnosekoder til angivelse af oplysninger om lokalrecidiver ved kræftsygdom
diag.metastase	{DC77*; DC78-79; DZ061A; DZ061B; DZ062A; DZ062B}	diagnosekoder til angivelse af oplysninger om metastaser ved kræftsygdom
diag.misdann	{DQ*}	misdannelsesdiagnoser
diag.nonaktion	Udvalgte {D*}	diagnosekoder, der ikke må indberettes som aktionsdiagnose
diag.nonbi	Udvalgte {D*}	diagnosekoder, der ikke må indberettes som bidiagnose
diag.obspro	{DZ03*}	obs.pro-diagnosekoder; kun sådanne må tillægskodes med mistanke afkræftet
diag.obspro.suba	{DZ038U}	obs.pro-diagnosekode for mistanke om misdannelse hos levende- eller dødfødt barn

diag.primkraeft	Udvalgte {DC*}	diagnosekoder for primær anmeldelsespligtig kræftsygdom. Listen indeholder de anmeldelsespligtige diagnoser for primær kræftsygdom inklusive andre anmeldelsespligtige neoplasier
diag.ydreaarsag	{DX60-84; DX85-99; DY00-09}	diagnosekoder, der anvendes som bidiagnoser til registrering af ydre årsager ved selvskade og vold under og før igangværende patientkontakt. Anvendes kun i psykiatrien og kun som bidiagnoser
diag.kirkomplikat	Udvalgte {DK91*;DT8*}	kodeliste for obligatorisk bidiagnose ved (resultat) Clavien-specificeret komplikation til kirurgisk indgreb. Kravet er midlertidigt inaktiveret

6.7.2 Trigger-diagnoser

Nogle diagnoser indgår i trigger-kodelister – indgår også i ovenstående tabel over alle diagnose-kodelister.

Trigger-diagnoser er diagnoser, der udløser en resultatindberetning. Trigningsegenskaben er i overstående oversigtstabel over regel-kodelister angivet på øverste kodeliste-niveau fx [diag.abort], man nedarves til underordne lister, hvor fx [diag.abort.samraad] er en ægte delmængde af den overordnede liste.

Resultatindberetninger med Diagnose som trigger:

Resultatindberetning	Kapitel	Kodeliste	Trigger
Canceranmeldelse	10	[diag.car]	<i>Diagnose</i> / anmeldelsespligtige til Cancerregisteret
Fødselsindberetning mor	11	[diag.foedmor]	<i>Aktionsdiagnose</i> / moderens fødselsdiagnose
Fødselsindberetning barn	11	[diag.foedbarn]	<i>Aktionsdiagnose</i> / barnets fødselsdiagnose
Abortoplysninger - svangerskabslængde - oplysninger om misdannelse - samrådstilladelse	12	[diag.abort]	<i>Diagnose</i> / abortdiagnose

- Se generelt om resultatindberetninger i Kap. 9 og videre i de respektive kapitler for de enkelte RI-indberetninger jf. tabellen

7 PROCEDURER

Procedurer er et samlet begreb, som omhandler alle de handlinger, der kan udføres på eller gives til en person, der har et helbredsforløb i sundhedsvæsenet.

Dette omfatter undersøgelser, behandlinger, operationer, pleje, forebyggelse og rådgivning, der er givet i forbindelse med en kontakt mellem patient og sundhedsperson, herunder også virtuelle kontakter, samt ydelser, der er givet til forløbet uden, at patienten nødvendigvis har været til stede, fx MDT-konference i kræftforløb og visse administrative handlinger som udfyldelse af erklæringer, analyser og vurderinger af patientdata og -oplysninger.

Principper, krav og vejledning er generelt uændrede i LPR3, men der er ændret på indberetningen af visse overordnede elementer, og der er tilføjet nogle nye muligheder.

- Der er nye krav vedrørende ydelser givet til afdøde – se under afs. 7.2.1

Procedurer kan knyttes til forløb eller til kontakter, jf. modeludsnittet her:

Hvis en ydelse er givet som led i en patientkontakt (fysisk eller virtuel), indberettes proceduren knyttet til kontakten – *kontaktprocedure*.

Indberetning af kontaktprocedurer omfatter den obligatoriske indberetning af operationer og radiologi samt generel kontakt-relevant indberetning af behandlinger og undersøgelser – hvoraf nogle obligatorisk skal indberettes.

Mange kontaktprocedurer har en afregningsmæssig betydning (DRG).

Forløbsprocedurer, der ydes uden patientkontakt, indberettes knyttet direkte til det relevante forløbselement – se afs. 7.1.2

Supplerende oplysninger (nogle obligatoriske) er indmodelleret som egenskaber i Procedure-indberetningsobjektet. Dette gælder fx sideangivelse, varighed (start- og sluttidspunkt), anvendt kontrast og handlingsspecifikation.

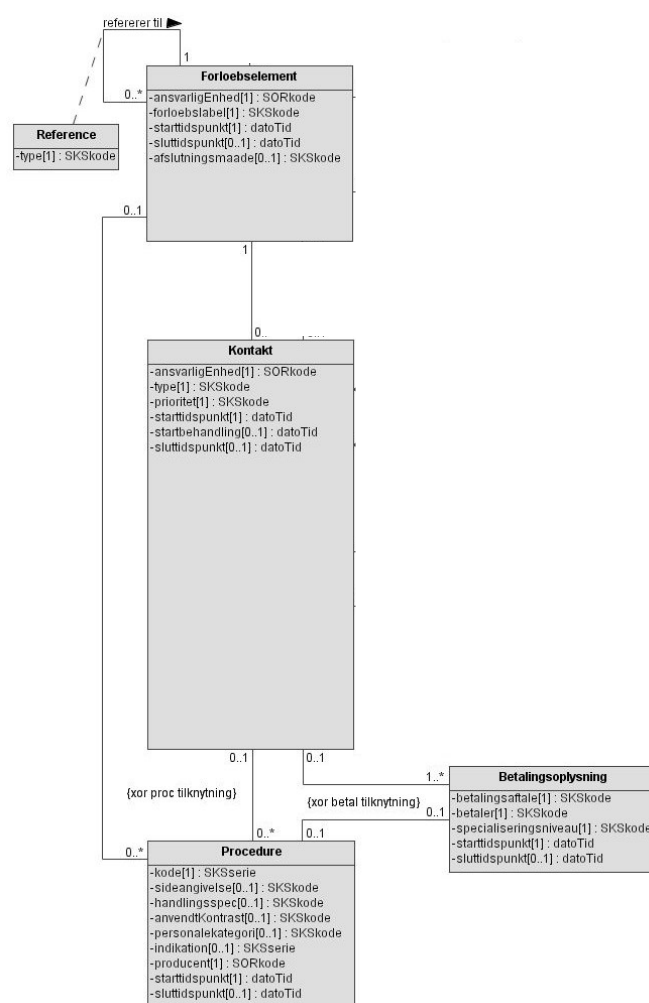
Følgende dataegenskaber erstatter tidligere tilsvarende krav til tillægsskodning:

- sideangivelse, obligatorisk ved visse radiologiske procedurer, se afs. 7.1.8
- anvendt kontrast, obligatorisk ved visse radiologiske procedurer, se afs. 7.1.10
- handlingsspecifikation, se afs. 7.1.9
- indikation (frivillig) kan angives, se afs. 7.1.11

Herudover kan procedurekoder suppleres med yderligere relevante supplerende oplysninger i form af SKS-tillægskoder.

Henvisninger til andre afsnit

- Psykiatrisk ydelsesregistrering – se Kap. 8
- Behandlingsstart på kontakt – se Kap. 5 om kontakter
- Betalingsoplysninger på procedure uden patientkontakt (obligatorisk) – se under afs. 5.9
- Tidligere obligatoriske administrative markører ("flag"), indberettet som administrative procedurekoder, er i LPR-indberetningen flyttet til **forløbsmarkører** – se nærmere under afs. 4.3
- Vedrørende krav til indberetning af procedures varighed på patientkontakt – se under afs. 7.1.15



Afregningsrelevante specifikationer og indberetning til kliniske databaser

Der stilles i forhold til afregning og indberetning til kliniske databaser blandt andet på områderne medikamentel behandling (medicingivning), intensiv behandling og fødselsoplysninger regionale krav til registrering af visse specifikationer og supplerende oplysninger.

Disse krav og data er ikke beskrevet i denne vejledning.

Indberetning af disse oplysninger kan ske efter de i denne vejledning beskrevne principper, herunder ved brug af tilægskodning til procedurer og diagnoser.

Mange af disse parametre bør beskrives og integreres i LPR-indberetningen ved anvendelse af bla. handlingsspecifikation (fx medicingivning) og resultater i resultatindberetninger.

Der er endnu ikke lavet aftaler med regionerne vedrørende disse supplerende data.

7.1 Beskrivelse – procedurer

7.1.1 Anvendte termer og definitioner – procedurer

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
aflyst procedure	<u>planlagt procedure</u> som ikke gennemføres på det tidspunkt der er meddelt patienten Kommentar: Patienten er skriftligt eller mundtligt meddelt det oprindeligt planlagte tidspunkt	
akut procedure	<u>sundhedsintervention</u> der tager udgangspunkt i en helbredstilstand der kræver umiddelbar <u>sundhedsintervention</u> Kommentar: En akut procedure gennemføres uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner	
assistance (assistanceydelse)	<u>sundhedsintervention</u> hvor producenten er en anden end <u>stamafdelingen</u> Kommentar: "Assistance" er et uddata-begreb. Se afs. 7.1.1.1	
behandling	<u>sundhedsintervention</u> hvor sundhedsformålet er at påvirke en patients <u>helbredstilstand</u>	
behandlingssigte	forventet klinisk resultat af en <u>behandling</u> Kommentar: Koder for behandlingssigte, kodeliste: [admin.behandsigte], kan indgå i indberetning af indikation for procedure. <i>Se også <u>indikation</u></i>	
handlingsspecifikation	handlings- eller statusangivelse for en <u>procedure</u> Eksempler: 'indgivet' <> Procedure: Behandling med ... (medikamentel) 'udleveret' <> Behandling med ... 'indgivet og udleveret' <> Behandling med ...	
indikation	vurderingsresultat vedrørende <u>helbredstilstand</u> der benyttes som begrundelse for en <u>sundhedsintervention</u> Inkl: sundhedsfagligt vurderet risikofaktor Kommentar: Diagnosekode kan (sammen med <u>behandlingssigte</u>) indgå i indberetning af indikation for procedure	
klinisk kontrol (kontrol) (kontrolundersøgelse)	<u>sundhedsintervention</u> hvor <u>sundhedsformålet</u> er kontrol af patientens <u>helbredstilstand</u> der sigter mod opfølgning på eller videreførelse af en <u>sundhedsaktivitet</u> Kommentar: klinisk kontrol foretaget af <u>sundhedsperson</u>	
komplikation til procedure (komplikation)	<u>vurderingsresultat vedrørende helbredstilstand</u> som er en utilsigtet følge af en <u>sundhedsintervention</u> Kommentar: Omfatter utilsigtet følge af en procedure, uanset om sundhedsinterventionen er gennemført korrekt, om der har været svigt af anvendt apparatur, eller om komplikationen må tilskrives patientens tilstand eller andre forhold	
kirurgisk indgreb	<u>sundhedsintervention</u> hvor der anvendes kirurgisk metode	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
operationskode	klasse for kirurgisk <u>procedure</u> i gældende SKS-operationsklassifikation Kommentar: En <u>operation</u> omfatter kun en operationskode, der klassificeres efter gældende "Klassifikation af operationer". Flere operationer kan indgå i et <u>kirurgisk indgreb</u>	
planlagt procedure (elektiv procedure)	<u>sundhedsintervention</u> der tager udgangspunkt i en helbredstilstand der ikke kræver umiddelbar <u>sundhedsintervention</u> Kommentar: En <u>planlagt procedure</u> forventes gennemført under iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner	
pleje	<u>sundhedsintervention</u> med plejemæssigt sigte Kommentar: Plejehandling foretaget af <u>sundhedsprofessionel</u>	
sundhedsintervention (procedure) (intervention) (patientorienteret ydelse) (sundhedsydelse)	<u>sundhedsaktivitet</u> der på baggrund af indikation tilsigter at belyse eller påvirke en <u>patients helbredstilstand</u> Kommentar: I Sundhedsloven (LBK nr 1011 af 17/06/2023) hedder det: "Behandling omfatter efter denne lov undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte <u>patient</u>." Jf. i øvrigt begrebet <u>behandling</u> og <u>undersøgelse</u>	
procedure (ydelse)	<i>procedure er et indberetningsbegreb for indberetning af <u>sundhedsinterventioner</u>. Procedurer indberettes formaliseret som procedurekoder til LPR efter gældende SKS procedureklassifikationer</i>	
procedurekode	klasse for <u>sundhedsintervention</u> i gældende SKS-procedureklassifikation Procedurekoderne indgår i <u>SKS-kodelisten</u> [proc.opr] = procedurekoder fra SKS-procedureklassifikationer, der kan indberettes til LPR	
procedureansvar	<u>klinisk-administrativt ansvar</u> for en udført <u>sundhedsaktivitet</u> Kommentar: Ved indberetning angives den SOR-enhed, producenten af en udført procedure er tilknyttet, som procedureansvarlig	
producent	<u>sundhedsproducerende enhed</u>, der har procedureansvar for udførelsen af en <u>sundhedsintervention</u> Kommentar: Anvendes i indberetningen i betydningen organisatoriske enhed (SOR-klassificeret), ikke enkeltperson. Omfatter både offentlige og private sundhedsaktører	
rekvirent	<u>sundhedsproducerende enhed</u> der har bestilt en <u>sundhedsintervention</u>	
profylakse (forebyggelse) (prævention) (sygdomsforebyggelse)	sundhedsrelateret aktivitet der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer, eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden Kommentar: Forebyggende sundhedsintervention foretaget af <u>sundhedsprofessionel</u>	
reoperation	kirurgisk indgreb der foretages pga. en postoperativ <u>komplikation</u> inden for 30 dage efter et tidligere kirurgisk indgreb Ekskluderer: Planlagt <u>sekundær operation</u>	
sekundær operation (sekundært indgreb)	kirurgisk indgreb der foretages som planlagt opfølgning til et tidligere kirurgisk indgreb Kommentar: Omfatter indgreb, der indgår i serielle behandlingsprogrammer, inkl. korrektioner efter tidligere foretaget indgreb, fx ved behandling af misdannelser eller ved plastikkirurgiske behandlingsserier. Omfatter Indgreb, hvor der tidligere har været foretaget indgreb, uden at der er tale om komplikation til behandling. Der findes på en række områder operationskoder for "sekundære operationer", fx udskiftning af en tidligere indsat hofteledsprotese	
SKS-klassifikation	klassifikation der indgår i Sundhedsvæsenets Klassifikations System (SKS) Kommentar: SKS-klassifikationerne vedligeholdes af Sundhedsdatastyrelsen	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
SKS-kode datatype: SKSkode	identifikationskode for en post i en <u>SKS-klassifikation</u> Kommentar: Til indberetning til LPR kan kun anvendes LPR-indekserede SKS-koder, der har en gyldighedsperiode inden for en del af eller hele kontakten. En SKS-kode kan være en primærkode eller en tillægskode. Procedurekoder skal være gyldige under hele varigheden af proceduren.	
SKS-kodeliste (SKS-subset) (kodeliste)	delmængde (subset) af SKS Kommentar: Kodelister angives i vejledning og regler i firkantede parenteser, fx [diag] = diagnosekoder der kan indberettes til LPR.	
SKS-serie datatype: SKSerie	datatype for SKS <u>primærkode</u> med (mulighed for) tillægskode(r) Kommentar: En <u>SKS-serie</u> består af <u>SKS-kode</u> som <u>primærkode</u> og eventuelt specificeret med en eller flere <u>tillægskoder</u>	
primærkode (SKS primærkode)	primær betydningsbærende kode i en SKS-kodet egenskab Kommentar: Fx består en aktionsdiagnose af en SKS primærkode (fra diagnoseklassifikationen) og eventuelle tilhørende SKS tillægskoder	
tillægskode (SKS tillægskode)	<u>SKS-kode</u> der uddyber <u>primærkodens</u> betydning Kommentar: Tillægskoder kan supplere primærkoden på flere måder, idet der kan indberettes flere tillægskoder til samme primærkode	
telemedicin (telesundhed)	<u>sundhedsintervention</u> der udføres ved anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi, hvorved <u>patienten</u> og den <u>sundhedsprofessionelle</u> der leverer ydelsen, gøres uafhængige af et fysisk møde Kommentar: Situationen hvor sundhedsprofessionelle konfererer om en konkret <u>patient</u> , er ikke omfattet af definitionen, da den ikke erstatter et fysisk møde mellem <u>patienten</u> og den sundhedsprofessionelle. I situationen kan der dog sagtens gøres brug af informations- og kommunikationsteknologi samt af sundheds-it > Se også kommentarer i afs. 7.1.5	
undersøgelse	<u>sundhedsintervention</u> hvor <u>sundhedsformålet</u> er at belyse en <u>patients helbredstilstand</u> Kommentar: SKS- klassificeret. Se også 'udredning'	

7.1.2 Procedure uden patientkontakt (forløbsprocedure)

"Procedure uden (patient)kontakt" er de patientrettede ydelser, der foregår uden samtidig patientkontakt og indberettes direkte knyttet til et forløbselement. Her anvendes også den kortere betegnelse "forløbs-procedure".

Eksempler er Multidisciplinær team (MDT) konference, stamtræsoptegnelse og pårørendesamtale uden patientens tilstedeværelse.

Særlig *indikation* for proceduren kan indberettes – se afs. 7.1.11

Der kan være ydelser mellem kontakter, der indgår i afregningen. De enkelte klinikker bør selv være opmærksom på, hvad der er afregningsrelevant i hvilke situationer.

Betalingsoplysninger skal altid knyttes til indberetningen af procedurer uden patientkontakt.

- ▶ Dette er beskrevet under afs. 5.9 om betalingsoplysninger

7.1.3 "Assistancer"

Assistancer er de procedurer, der udføres, hvor producerende enhed er en anden end den rekvirerende enhed, dvs. en anden enhed end den kontaktansvarlige eller forløbsansvarlige enhed.

Begrebet "assistance" er dermed afhængig af SOR-opbygningen på de enkelte sygehuse.

Som konsekvens af LPR-kontaktmodellen skal der i forbindelse med udførelse af procedurer som fx røntgenydelser, hvor dette sker på et selvstændigt fysisk fremmøde, oprettes en selvstændig patientkontakt

(fysisk fremmøde), som ydelsen knyttes til i indberetningen, når besøget/ydelsen ikke foretages som led i og inden for rammerne af et allerede eksisterende fremmøde.

Dette afspejler, at der er et selvstændigt kontaktansvar ved alle selvstændige fremmøder, også på "assistanceafdelinger". Dette betyder samtidig, at der skal indberettes relevant diagnose for kontakten, og kontakten skal knyttes til det relevante forløbselement for det aktuelle sygdomsforløb.

Bemærk dog ...

at, hvis patienten på tidspunktet for udførelsen af assistancen allerede har en åben kontakt 'fysisk fremmøde' på enheden, der rekvirerer ydelsen, er det valgfrit i forhold til indberetningen, om proceduren indberettes på en selvstændig kontakt (fysisk fremmøde med krav om diagnoseregistrering), eller om proceduren knyttes til den allerede eksisterende kontakt som assistance-ydelse.

7.1.4 Ydelser til afdøde

Hvis ydelser givet til afdød patient, som led i afslutningen af helbredsforløbet, skal indberettes, skal dette foretages under selvstændig patientkontakt med kontakttipe: 'død' – se under afs. 5.6.3.4

- ▶ Se også under "obligatoriske ydelser" i afs. 7.2.1

7.1.5 Ydelser til pårørende

Samtaler med pårørende som led i en patients sygdomsforløb kan enten forekomme under patientkontakt, hvor patienten samtidigt er til stede, eller som en selvstændig ydelse uden patientens deltagelse.

Hvis patienten deltager i samtalen indberettes eventuelle ydelser til pårørende som procedure knyttet til patientens kontakt af typen 'fysisk fremmøde' eller 'udekontakt'.

7.1.5.1 Pårørende-ydelse uden patient

Pårørende-ydelse uden patientens deltagelse indberettes som forløbsprocedure (procedure uden patientkontakt afs. 7.1.2). Dette gælder også ved ydelse til pårørende efter patientens død.

7.1.6 Procedure

Procedurer kan i indberetningen knyttes til **Kontakt** – eller til **Forløbselement**, når en ydelse ikke indgår i en patientkontakt. Procedure-objektet er skematisk nedenfor.

Procedurer indberettes knyttet til **Kontakt** eller **Forløbselement** med følgende oplysninger:

Procedure	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
kode	SKSserie	[proc.opr]	1	obligatorisk. For procedurer knyttet til Kontakt hhv. Forløbselement, skal procedurekoden være gyldig i SKS på udførelsestidspunktet og i en periode inden for kontaktens hhv. forløbselementets tidsudstrækning. Tillægskode(r) kan angives
sideangivelse	SKSkode	[spec.lateralproc]	(0)..1	obligatorisk for visse procedurer tilhørende kodeliste: [proc.lateral] Kun 'højresidig' (TUL1) og 'venstresidig' (TUL2) er tilfaldt ved procedurer. Kan angives frivilligt for andre procedurer
handlings-specifikation	SKSkode	[spec.handspec]	0..1	ikke omfattet af krav. Indberetningen giver mulighed for at specificere en procedurekode med status eller handling udført som led i behandling
anvendt kontrast	SKSkode	[spec.anvkontrast]	(0)..1	anvendes obligatorisk for visse procedurer (billeddiagnostik) tilhørende kodeliste: [proc.kontrast]

fortsætter

indikation	SKSerie	[diag] OR [admin.behandsigte]	0..1	frivillig. Kun diagnosekoder [diag] og koder for behandlings- sigte [admin,behandsigte] kan indberettes. Tillægskode(r) kan angives
producent	SORkode	SORklass	1	obligatorisk angivelse af producerende enhed
personalekategori	SKSkode	[admin.personale]	(0)..1	anvendes obligatorisk for visse procedurer tilhørende kodeliste: [proc.inhabil.subb]
starttidspunkt	datoTid	tidspunkt	1	obligatorisk. Starttidspunkt skal ligge inden for kontaktens tidsramme
sluttidspunkt	datoTid	tidspunkt	(0)..1	obligatorisk ved procedurer tilhørende kodeliste: [proc.sluttid] Bemærk: Et indberettet sluttidspunkt skal ligge inden for kontaktens hhv. forløbs tidsramme

7.1.7 Kode (procedurekode)

Procedurer kodes efter SKS' forskellige procedureklassifikationer inkl. operationer. Procedurekoder, der kan indberettes til LPR, fremgår samlet af kodeliste: [proc.opr]. Andre SKS-procedurekoder kan ikke indberettes.

Tillægskoder kan indberettes sammen med procedurekode (SKS-serie). Tidligere tillægskode-krav er flyttet til dedikerede egenskaber eller til resultatindberetninger.

Procedurekoder, der indberettes, skal være gyldige i SKS på procedures udførelsestidspunkt. For længelevende procedurer med angivelse af sluttidspunkt skal koderne være gyldige i SKS under hele procedures tidsudstrækning.

Procedurer og eventuelt tilhørende tillægskoder, der knyttes til kontakt, skal desuden tidsmæssigt ligge inden for kontaktens tidsudstrækning. Tilsvarende skal procedurer og eventuelle tillægskoder knyttet direkte til forløbselement ligge inden for sidstnævntes tidsudstrækning.

7.1.8 Sideangivelse

Der skal til procedurer tilhørende kodeliste: [proc.lateral], obligatorisk indberettes sideangivelse.

Sideangivelse indberettes med værdi fra kodeliste: [spec.lateralproc]. Kun værdierne 'højresidig' {TUL1} og 'venstresidig' {TUL2} er tilladt ved procedurer.

Sideangivelse kan frivilligt indberettes for andre procedurer.

7.1.9 Handlingsspecifikation

Handlingsspecifikation kan generelt anvendes til statusangivelse af en given procedure samt til andre former for specificering af udførelsen af en procedure.

LPR-modellen er *forberedt* til kunne indføre krav til indberetning af handlingsspecifikation til procedurer tilhørende kodeliste: [proc.handling].

Bemærk

Der er foreløbigt indmeldt koder for anvendt anæstesi og handlinger ved medicinsk behandling i kodeliste [spec.handspec]. Yderligere værdier for handlingsspecifikation kan indføres efter behov og nærmere aftale med regionerne.

7.1.10 Anvendt kontrast

Der skal obligatorisk indberettes oplysning om anvendt kontrast til en række billeddiagnostiske procedurer. Kravene gælder for procedurer tilhørende kodelisten: [proc.kontrast], der indeholder en delmængde af de billeddiagnostiske procedurekoder.

Anvendt kontrast indberettes med værdier fra kodeliste: [spec.anvkontrast].

7.1.11 Indikation (frivillig)

Indikation er en ny ikke-obligatorisk egenskab i procedure-indberetningsobjektet.

Indikation kan anvendes til at angive et overordnet behandlingssigte eller den specificerede indikation for en procedure fx indikation for udførelse af akut graviditetsskanning.

Der kan anvendes diagnosekoder fra hele diagnoseklassifikationen [diag] inkl. tillægskodning samt koder for behandlingssigte fra kodeliste: [admin.behandsigte].

For behandling af kræftsygdomme findes følgende koder for overordnet behandlingssigte:

Overordnet behandlingssigte ved behandling af kræftsygdomme [admin.behandsigte]	
ZPZA02A	adjuverende behandling
ZPZA02B	neoadjuverende behandling
ZPZA02C	intenderet kurativ behandling
ZPZA02D	metastasebehandling
ZPZA02X	eksperimentel behandling
ZPZA05	palliativ behandling

► Se afs. 11.7.1 vedrørende kejsersnit udført efter moderens ønske

Indikation kan også anvendes i forhold til procedurer, der ikke indgår i et fremmøde, dvs. procedurer, der indberettes knyttet direkte til forløbselementet.

7.1.12 Producent – procedureansvar

Der skal obligatorisk indberettes producent (SOR-enhed) for Procedure. Producent angiver det kliniske procedureansvar.

Producenten kan være egen enhed eller en anden (= "assistance").

7.1.13 Personalekategori

Der kan i indberetningen angives en personalekategori for den udførende eller ansvarlige sundhedsperson.

7.1.13.1 Indgreb over for somatisk inhabil patient

Indberetning af **personalekategori** er obligatorisk (ansvarlig for beslutning) ved kodeliste: [proc.inhabil.subb] tilbageholdelse og tilbageførsel på somatiske afdelinger, som beskrevet i afs. 3.4.2

7.1.14 Starttidspunkt (procedure)

Der skal for alle procedurer obligatorisk indberettes starttidspunkt. Starttidspunktet skal være tidstro og ligge inden for kontaktens tidsramme, og for procedurer uden patientkontakt inden for forløbselementets tidsramme. Se logiske regler i nedenstående tabel.

For operationer (operationskode) anvendes starttidspunkt lig med "knivtid" med mindre, at andet er aftalt på et givet område.

For andre procedurer (procedurekode) kan procedureperioden inkludere forberedende samtale og rådgivning af patienten som indledning til den konkrete ydelse.

Procedureperiode inkluderer **ikke** forberedelse uden patient til stede.

Logiske regler for procedure tidspunkter:

Kontekst	Procedure starttidspunkt	Procedure sluttidspunkt
Procedure	< Procedure.sluttidspunkt	> Procedure.starttidspunkt
Procedure under patientkontakt ("kontaktprocedure")	>= Kontakt.starttidspunkt <= Kontakt.sluttidspunkt	>= Kontakt.starttidspunkt <= Kontakt.sluttidspunkt
Procedure uden for patientkontakt ("forløbsprocedure")	>= Forløbselement.starttidspunkt <= Forløbselement.sluttidspunkt	>= Forløbselement.starttidspunkt <= Forløbselement.sluttidspunkt

7.1.15 Sluttidspunkt (procedure)

Regionerne skal ud over det her beskrevne være opmærksom på, hvad der skal registreres og indberettes i forhold til lokale krav, indberetning til kliniske databaser og DRG-afregningen.

Procedurer registreret og indberettet til LPR er primært begrebsmæssigt **kontaktprocedurer**, dvs. en dokumentation af en ydelse givet inden for rammen af en patientkontakt. Dette afspejles således også i de logiske tidsmæssige regler for start- og sluttidspunkter af en procedure, der indberettes som en kontaktprocedure.

Der er krav om obligatorisk indberetning af sluttidspunkt for følgende kontaktprocedurer. Disse ydelser indberettes med tidstro start- og sluttidspunkt inden for kontaktens tidsramme.

Kontaktprocedurer, der skal indberettes med sluttidspunkt indgår i [proc.sluttid]	
BAXY1	Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed
BAXY2	Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed
NABB	Intensiv terapi
NABE	Intensiv observation
BGDA0	Respiratorbehandling
BGDA1	Non-invasiv ventilation (NIV)
BRTF	Anvendelse af tvangsforanstaltninger (ny fra juli 2021)

Krav gælder også for anvendte underkoder til det angivne kodeniveau. Hvis underkoder anvendes, skal hele perioden udfyldes med tidstro varighed.

Eksempel

<BGDA0 'Respiratorbehandling'><BGDA02 'Respiratorbehandling i bugleje'><BGDA0> som alternativ til overordnet: <BGDA0 'Respiratorbehandling'>. Udfylder samme tidsramme.

For de følgende procedurer skal der kun i relevante tilfælde angives varighed inden for patientkontakten.

Da de samme procedurer (koder) i andre sammenhænge (se afs. 7.1.15.2) kan have en klinisk varighed ud over kontaktsluttidspunktet, er der ingen valideringer for sluttidspunkt for disse ydelser.

Procedurer, der betinget skal indberettes med sluttidspunkt.	
Kravene gælder kun i pædiatrien (pædiatriske og neonatal afdelinger) i neonatalperioden og kun ved varighed ud over en bestemt varighed på patientkontakten – se afs. 7.1.15.1	
BGFC32	CPAP behandling
BGXA5	Iltbehandling
BNGC0	Fototerapi af nyfødte
BIAD	Behandling med gastro-intestinal sonde
BUAJ0	Delvis sondeernæring
BUAJ1	Total sondeernæring
BUAL	Parenteral ernæring

Krav gælder også for udvalgte underkoder til det angivne kodeniveau.

Sluttidspunkt for procedure kan herudover frivilligt angives i indberetningen.

7.1.15.1 Særlige krav ved behandling og procedurevarighed på neonatalområdet

Der er krav til indberetning af visse behandlinger med obligatorisk angivelse af procedure-varighed i form af start- og sluttidspunkter for behandlingen på kontakten.

Kravene gælder for indlæggelseskontakter startet i neonatalperioden (0-28 levedage) og omfatter følgende behandlinger og varigheder:

Hvis > 7 døgns behandling skal sluttidspunkt indberettes for følgende procedurer:

- Nasal CPAP behandling:
 - {BGFC32} CPAP behandling
 - {BGFC32A} Behandling med fasttryk CPAP med nasalmaske

Hvis > 3 døgns behandling skal sluttidspunkt for følgende procedurer:

- Parenteral ernæring:
 - {BUAL} Parenteral ernæring
 - {BUAL0} Delvis parenteral ernæring
 - {BUAL1} Total parenteral ernæring

Hvis > 1 døgns behandling skal sluttidspunkt indberettes for følgende procedurer:

- Iltbehandling:
 - {BGXA5} Iltbehandling
 - {BGXA51} Iltbehandling med maske
 - {BGXA52} Iltbehandling med tragt
 - {BGXA53} Iltbehandling i iltelt
- Fototerapi af nyfødt
 - {BNGC0}
- Behandling med gastro-intestinal sonde:
 - {BIAD} Behandling med gastro-intestinal sonde
 - {BIAD0} Behandling med nasalsonde til ventrikel og duodenum
 - {BIAD5} Behandling med sonde til ventrikel og duodenum ikke klassificeret andet sted
 - {BUAJ0} Delvis sondeernæring
 - {BUAJ1} Total sondeernæring

Bemærk

- Varigheden (starttidspunkt-sluttidspunkt) er varigheden af behandlingen inden for den aktuelle patientkontakt
- Et indberettet sluttidspunkt skal altid ligge inden for patientkontaktens tidsramme, jf. de logiske regler (afs. 7.1.14)

7.2 Obligatorisk indberetning af kontaktprocedurer

Der er få udtrykte krav til procedureregistrering og indberetning. Enhederne bør selv være helt klar over, hvad der kræves nationalt, regionalt og lokalt på baggrund af de mange formål, der forenes i dokumentation og indberetning, herunder også i forhold til afregning og indberetning til kliniske databaser.

Flere specialer har udgivet kodevejledninger og kodelister, der afgrænser de procedurer, som specialet anbefaler, at afdelingerne registrerer og indberetter.

Bemærk

Detaljerede oplysninger om medikamentel behandling (medicingivning/udlevering) er udgået af kravene til indberetning.

Procedurer tilhørende følgende områder skal obligatorisk indberettes til LPR:

Procedurekode	Kodeliste	Obligatoriske procedurer
Vedrørende indberetning af trigger-procedure [proc.implantat] ved resultatindberetning 'Implantatoplysninger' – se afs. 14.4 Særlige krav i pædiatrien: obligatoriske kontaktprocedurer med obligatorisk sluttidspunkt – se afs. 7.1.15 Ydelser til afdøde – se afs. 7.2.1 Særlige krav ved behandling af kræftsygdomme – se afs. 7.2.2 Særlige krav i psykiatrien – se Kap. 8 Udarbejdelse af genoptræningsplan – se afs. 7.4.6 Udlivering af udredningsplan – se afs. 4.3.8.3 Bemærk: - alle procedurer, der kan indberettes til LPR, er som minimum medlem af standard-kodelisten [proc.opr] - de angivne krav dækker ikke alle indberetninger til kliniske databaser		
Medicinske abortprocedurer (BKHD4-koder)		Medicinsk abort – se Kap. 12
BRTF1*, BRTF2*, BRTF9 (BRXY10 udmeldes af listen i 2022)	[proc.inhabil.suba]	Anvendelse af personligt alarm- eller pejlesystem over for somatisk inhabil patient (afs. 3.4.1) Trigger for resultatindberetning: 'Beslutning vedrørende personligt alarm- eller pejlesystem' – se afs. 3.4.1
BRXY11-12	[proc.inhabil.subb]	Tvangstilbageholdelse og tilbageførsel af somatisk inhabil patient (afs. 3.4.2) Der skal obligatorisk indberettes personalekategori (AP-kode) for ansvarlig for beslutning
AVSB1		Beslutning om fysisk fastholdelse, pga. nødvendighed for gennemførelse af tvangsbehandlingen
AVSB2		Beslutning om beroligende medicin, pga. nødvendighed for gennemførelse af tvangsbehandlingen
AVSB3		Beslutning om tvangsindlæggelse, pga. nødvendighed for gennemførelse af tvangsbehandlingen
AVSC		Endelig beslutning om tvangsindlæggelse
AVSD		Beslutning om tilbageholdelse
AVSE		Beslutning om tilbageførsel
K (min. 6 karakterer)		Operationer
UX (min. 6 karakterer)		Radiologiske procedurer
BL	[proc.fysergo]	Fysio- og ergoterapeutiske procedurer <i>Se fagenes kodekataloger</i>
BOQE		Behandling med stamcellekoncentrat
BOQF		Knoglemarvstransplantation
NABB	indgår i [proc.sluttid]	Intensiv terapi
NABE	indgår i [proc.sluttid]	Intensiv observation
BAXY1	indgår i [proc.sluttid]	Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed
BAXY2	indgår i [proc.sluttid]	Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed

Procedurekode	Kodeliste	Obligatoriske procedurer
BFAO		Implantation af transvenøs kardial pacemaker ¹³
BFCBO		Implantation af cardioverter-defibrillator ¹⁴
BFFA		Eksternt anvendt procedure v. behandling af kardiale rytmeforstyrrelser
BFFB		Radiofrekvensablation
BGDA0	indgår i [proc.sluttid]	Respiratorbehandling
BGDA1	indgår i [proc.sluttid]	Non-invasiv ventilation (NIV)
BGHF1		Behandling med surfactant
BJFD		Dialysebehandling
BOHA1		Fibrinolytisk behandling
BOQP		Aferesebehandling
BRXY8		Integreret tværfaglig smertebehandling (ITS)
BUAL		Parenteral ernæring
BVAA33A	[proc.telemed.suba]	Telefonkonsultation Indberettes som virtuel kontakt med procedurekode
BVAA33D	[proc.telemed.subb]	Videokonsultation Indberettes som virtuel kontakt med procedurekode Inkl: Videostuegang (indberettes som videokonsultation)
BDDC	[proc.hoereapp]	Udlevering af høreapparat <i>Trigger-procedure</i> for resultatindberetning 'Udlevering af høreapparat' - se afs. 14.6
hørescreening (ZZ-koder)	[proc.hoerescreen]	<i>Procedurer og resultatindberetning</i> - se afs. 14.1
AVSA	[proc.tvangsforanst]	<i>Trigger-procedure</i> for resultatindberetning 'Tvangsforanstaltning' - se afs. 14.3
KWAA01; KWAB01	[proc.implantat]	<i>Trigger-procedurer i indberetningen</i> vedr. indsat og fjernet implantat – se nærmere i afs. 14.4

Tabellerne angiver obligatorisk minimumskodeniveau. Mere detaljerede koder kan anvendes.

7.2.1 Ydelser til afdøde

Følgende procedurer skal obligatorisk indberettes knyttet til patientkontakt med kontaktype 'død':

Ydelser til afdøde	SKS-koder
respiratorbehandling	koder under {BGDA0}
udtagning af organer og væv til transplantation	relevante KY-koder

Andre ydelser ydet som led i afslutningen af sygdomsforløbet kan knyttes til "døde-kontakten" og indberettes.

Ydelser til pårørende (frivilligt) indberettes som procedure uden patientkontakt jf. afs. 7.1.5.

¹³ Ved denne procedure skal der indberettes til Implantatregisteret se afs. 14.4

¹⁴ Ved denne procedure skal der indberettes til Implantatregisteret se afs. 14.4

7.2.2 Særlige krav ved kræftsygdomme

Der er *ud over ovenstående* særlige krav til indberetning af procedurer ved behandling af kræftsygdomme (neoplastiske sygdomme), herunder bla. strålebehandling og kemoterapi.

Indberetning af procedurer ved udredning og behandling ved kræftsygdomme omfatter:

Procedurekoder	Områder
BWG*	Strålebehandling
BOHJ*	Behandling med antistoffer og immunmodulerende behandling #
BOQE*	Behandling med stamcellekoncentrat
BOQF*	Knoglemarvstransplantation
BWHA*	Cytostatisk behandling #
BWHB*	Behandling med biologisk modificerende stoffer #
BWHC*	Hormonel/antihormonel antineoplastisk behandling #
BWHW1	Dendritcellevaccination

#) Oplysninger om medikamentel behandling indgår i DRG-afregningen. Enhederne skal være opmærksomme på, hvilke krav til detaljeringsgrad, der kræves i forhold til afregning og eventuel datafangst til kliniske databaser.

Bemærk: Kravene til LPR-indberetning af procedurer vedrørende medikamentel behandling kan blive justeret, når indberetninger til det nationale medicinregister dækker behovene til afregning og monitorering på kræftområdet.

7.2.3 Medikamentel behandling

Indberetning af ”medikamentel behandling” foretages på et overordnet niveau – ”behandlingen” – for de igangværende behandlinger, der skal indberettes, og som enheden har iværksat eller (i en periode) har ansvaret for.

Der er kun få krav til indberetning af medikamentelle behandlinger til LPR – se afs. 7.2. Der er derudover krav om indberetning af visse behandlinger ved kræftsygdomme.

► Særlige aktuelle krav ved kræftsygdomme – se afs. 7.2.2 og indledningen til Kap. 10

Registrering og indberetning af **behandling** dækker alle former for ydelser i forbindelse med den specifikke behandling, uanset om der gives behandling ved kontakten eller ej, herunder også **klinisk kontrol** af behandlingen, selvom der ikke indgives medicin på den aktuelle patientkontakt.

Eksempel – klinisk kontrol af cytostatisk behandling:

Patient møder til ambulant klinisk kontrol af pågående cytostatisk behandling mhp. monitorering af bivirkninger mv. Der indgives ikke medicin i forbindelse med besøget.

Patientkontakt 'fysisk fremmøde'

Procedure BWHA216 'Behandling med vinkristin+doxorubicin+dexametason (VAD)'

Indberetningen af behandling afspejler altså **behandlingsansvaret** for en ny eller pågående behandling, der varetages på den aktuelle kontakt.

Bemærk: SDS vil senere efter aftale med regionerne udfase de præparat- og indholdsstof-specifikke behandlingskoder i SKS, da indberetning af oplysninger om medicinske behandlinger fremover vil ske gennem det nationale medicinregister (SMR(2)).

7.3 Resultatindberetninger knyttet til Procedure

7.3.1 Procedure som trigger

Procedurer fungerer som trigger for indberetning af anmeldelser og andre former for resultatindberetninger. Dette er aktuelt tilfældet ved følgende obligatoriske resultatindberetning.

Resultatindberetning (obligatorisk) med Procedure som trigger:

Resultatindberetning (afsnit)	Trigger [kodeliste]
Resultat af hørescreening (14.1)	Procedure/visse hørescreeningsprocedurer tilhørende kodeliste: [proc.hoerescreen]
Beslutning vedrørende personligt alarm og pejlesystem (14.2)	kodeliste: [proc.inhabil.suba]
Beslutning vedrørende visse tvangsforanstaltninger i somatikken (14.3)	kodeliste: [proc.tvangsforanst]
Implantatoplysninger (14.4)	kodeliste: [proc.implantat]
Kirurgisk komplikationsoplysning (14.5)	kodeliste: [proc.opr.komplikat] * <i>inaktiv</i>
Udlevering af høreapparat	kodeliste: [proc.hoereapp]

► Se de nærmere beskrivelser i Kap. 14 "Andre resultatindberetninger"

7.4 Supplerende vejledning til indberetning

For indberetning af procedurer gælder følgende generelle regler og vejledning.

7.4.1 Operationer

For alle patienter skal udførte operationer registreres og indberettes til LPR. Operationskoder indberettes altid knyttet til en patientkontakt med kontaktttype 'fysisk fremmøde'.

Operationer kodes efter "Klassifikation af operationer", der er den danske oversættelse og udbygning af den nordiske operationsklassifikation NCSP (NOMESKO). Der sker løbende en udbygning af klassifikationerne med mere specifikerede kodemuligheder.

Operationer og andre procedurer, der udføres samtidigt bilateralt, registreres generelt som to procedurer. For eksempel skal dobbeltsidig indsættelse af hofteproteser indberettes som to selvstændige operationskoder. Der findes dog en række koder med indbygget "bilateralitet" fx "KKFD46 Bilateral vasektomi eller ligatur af vas deferens".

Sideangivelse kan angives. Man skal herunder være opmærksom på, om data til afregning eller kvalitetsmonitorering stiller krav til sideangivelse.

Eksempel – samtidig dobbeltsidig elektiv bilateral hofteledsalloplastisk:

Indberettes som to operationskoder: (sideangivelse frivillig)		
kode	KNFB20	Primær indsættelse af ucementeret totalprotese i hofteled ¹⁵
sideangivelse	TUL1	højresidig
kode	KNFB30	Primær indsættelse af hybrid totalprotese i hofteled ¹⁶
sideangivelse	TUL2	venstresidig

¹⁵ Ved denne procedure skal der indberettes til Implantatregisteret se afs. 14.4

¹⁶ Ved denne procedure skal der indberettes til Implantatregisteret se afs. 14.4

Bemærk

'Bilateral' må ikke anvendes som sideangivelse til indberettede procedurer.

7.4.1.1 Reoperationer

Der er i hvert operationskapitel koder for reoperationer som følge af komplikationer (sårintektion, blødning mv.) i den umiddelbare postoperative periode (≤ 30 dage). Der er herudover i relevante kapitler (fx ortopædkirurgi) koder for sekundære operationer. I denne sammenhæng regnes det ikke for en komplikation, at den primære operation ikke er lykkedes. Ved kodning af efterfølgende operation skal denne kodes, som var den primær.

7.4.1.2 Sekundære operationer

Sekundære operationer er opfølgende operationer, typisk i et forløb, hvor patientens sygdom behandles over tid med flere indgreb. Sekundær operation skal ikke forveksles med "reoperation", jf ovenfor, selvom termene alment progligt anvendes i flæng.

Betegnelsen "sekundær operation" anvendes også om sekundær udskiftning af alloplastik, fx knæprotese. "Klassifikation af operationer" har på nogle områder særlige koder for sekundære implantatindsættelser.

7.4.2 Behandlinger og undersøgelser

SKS har en række klassifikationer, der ud over operationsklassifikationen dækker områder udredning, behandling, pleje, screening og forebyggelse med henblik på dokumentation af de sundhedsfaglige aktiviteter.

Disse koder er ikke alle indberetningspligtige, men giver den enkelte enhed mulighed for aktivitetsregistrering på et klinisk meningsfuldt niveau. En del af disse aktiviteter har betydning for (DRG) afregning af patientkontakter og ydelser.

7.4.3 Billeddiagnostik

Det er obligatorisk at indberette alle radiologiske procedurer klassificeret i SKS til Landspatientregisteret. Procedurekoder for udført billeddiagnostisk undersøgelser indberettes altid knyttet til en patientkontakt med kontaktype 'fysisk fremmøde'.

Dette betyder, at såvel procedurer givet (som assistance) til en patient, der har en kontakt til en klinisk enhed, som procedurer givet til patienter med selvstændig kontakt i røntgenafdelingen, skal indberettes.

Udførte billeddiagnostiske undersøgelser klassificeres efter "Klassifikation af radiologiske procedurer" (UX*-koder).

Indberetningen følger de generelle principper for procedureindberetning.

Diagnosekoden {DZ016} 'Radiologisk undersøgelse' kan anvendes som aktionsdiagnose for selvstændige patientkontakter på billeddiagnostisk enhed med mindre, at andet er aftalt på særlige områder.

Der er krav om obligatorisk indberetning af **sideangivelse** og anvendelse af **kontrast** for en del af de radiologiske procedurer – se skema "Procedure-objektet" under afs. 7.1.6

7.4.4 Fysio- og ergoterapeutiske ydelser

Det er obligatorisk at indberette visse fysio- og ergoterapeutiske ydelser til Landspatientregisteret.

Indberetningen af disse procedurer skal være dækkende for fremmødet, og der skal indberettes minimum én procedure pr. patientkontakt – kontaktype: 'fysisk fremmøde'.

- Lister over obligatoriske SKS-koder findes under "Vejledning for specialer og fagområder" på SDS' hjemmeside.

7.4.5 Genoptræning og rehabilitering

For at kunne monitorere sygehusenes produktion af genoptræning og rehabilitering, afgrænset fra "behandling", er der behov for at indkredse perioder med **specialiseret genoptræning** henholdsvis

perioder med **rehabilitering på specialiseret niveau**. Dette foretages i indberetningen med **forløbsmarkører**.

- Dette beskrives nærmere i afs. 4.3.12

Aktionsdiagnosen for patientkontakter skal generelt være den vigtigste årsag (hovedindikationen) til kontakten. Hvis genoptræningsbehov henholdsvis rehabiliteringsbehov har været vigtigste årsag (herunder eneste) til patientkontakten, indberettes den relevante kode herfor som aktionsdiagnose.

7.4.6 Udarbejdelse af genoptræningsplan

Sygehusenes opgaver i forbindelse med genoptræning og rehabilitering efter udskrivning fra sygehus er dels at udarbejde genoptræningsplaner, dels at dokumentere de genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser, der udføres på sygehus.

Udarbejdelse af genoptræningsplan skal obligatorisk indberettes som procedurekoder på dagen for færdiggørelse af planen:

Procedure	Kodetekst
ZZ0175X	Udarbejdelse af genoptræningsplan for almen genoptræning
ZZ0175Y	Udarbejdelse af genoptræningsplan for specialiseret genoptræning
ZZ0175V	Udarbejdelse af genoptræningsplan for rehabilitering på specialiseret niveau

7.4.7 Neonatal hørescreening

Screeningen gennemføres som en tostadie-screening, og den skal være foretaget, inden barnet er 90 dage.

Et barn kan efter screening bedømmes som enten rask, det vil sige uden betydende høretab, eller barnet kan henvises til videre udredning på en audiologisk afdeling.

Retningslinjerne for denne screening er nærmere beskrevet i "Sundhedsstyrelsens retningslinjer for neonatal hørescreening". Procedurekoderne [proc.hoerescreen] trigger en **resultatindberetning** af typen: 'Resultat af hørescreening'

- Se nærmere i Kap. 14, afs. 14.1

7.5 Om "Telemedicin", virtuelle kontakter og ydelser uden samtidigt fremmøde

Der pågår for tiden et arbejde med kortlægning, definering og klassificering af, hvad der betegnes som de "nye ydelser" i en arbejdsgruppe.

Dette omhandler forskellige "telemedicinske ydelser" og en række andre ydelser, der ydes udenfor de klassiske patientkontakter, herunder ved anvendelse af nye kommunikationsformer.

Principper og løsninger for de "nye ydelser" vil, når de er fastlagt i samarbejde med regionerne, blive indarbejdet i indberetningsvejledningen. Dette forventes at ske ved udgangen af 2023.

Bemærk

Tillægskoden (+)ZPW00900 "Telemedicinsk ydelse" anvendes ikke mere i kravene til LPR-indberetningen eller DRG-afregningen.

Sundhedsdatastyrelsen vil fortsat diskutere disse områder med de relevante sundhedsparter.

8 PSYKIATRI

Registrering og indberetning af data for psykiatriske patienter er i vid udstrækning identisk med den registrering og indberetning, der foretages for somatiske patienter.

Der er dog enkelte særlige krav knyttet til de psykiatriske forløb og patientkontakter.

Disse omfatter:

- Psykiatriske sygdomsforløb
Psykiatriske sygdomsforløb indberettes under forløbslabel 'Psykkiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser' {ALAL03}. Der er som en undtagelse kun et minimumskrav om at oprette ét sygdomsforløb for den psykiatriske patient – også ved "psykiatrisk multimorbiditet" – se dog nærmere i afs. 8.4
 - Psykiatriske vilkår, indberettes som forløbsmarkører (afs. 8.5.9 med underafsnit), herunder: Retslige vilkår
 - Vilkår med tvangsforanstaltninger
- Fravær, indberettes som "opholdsadresse" (afs.8.6.4) for:
 - Længerevarende fravær med aftale
 - Absenteringer
 - (andet) Patientfravær uden aftale (kommunalt visiterede sengepladser)
 - Retspsykiatriske patienter og patienter under tvang, der indlægges på somatisk enhed
- Psykiatriske diagnoser (afs. 8.7)
 - *anbefalet* aktionsdiagnoseliste
 - bidiagnoser for tilsigtet selvskade og voldshandlinger
- Psykiatrisk ydelsesregistrering: Lister over obligatoriske procedurer (afs. 8.8)
- *regionale krav* til indberetning af forløbsmarkører for **psykiatriske pakkeforløb** – se afs. 8.5.11

Henvisninger til andre afsnit

- ▶ Kontaktregistrering og kontakttyper, herunder udekontakter, virtuelle kontakter mm. i Kap. 5
- ▶ Diagnoseregistreringens basale principper, som er beskrevet i Kap. 6
- ▶ Procedureindberetningen er generelt beskrevet i Kap. 7
- ▶ Forløb, sammenhæng og sammenkobling af helbredsforløb er beskrevet i Kap. 4
- ▶ Koder vedrørende udredningsret og ventetid håndteres som forløbsmarkører – generelt beskrevet i Kap. 4 – og medtaget i tabellerne over forløbsmarkører anvendt i psykiatrien

8.1 Introduktion

- ▶ Indberetningen på det psykiatriske område følger generelt de samme principper som for somatikken.vedr. psykiatrisk patientforløb – se afs. 8.4

Bemærk, at der således i *indberetningen* ikke skelnes mellem indlæggelser og ambulante besøg, der alle indberettes som 'fysisk fremmøde' på klinisk enhed (SOR) med indberetning af tidstro kontakt-varighed.

Dette betyder ikke, at der i regionerne ikke fortsat kan arbejdes med de gamle kontakttyper, ikke mindst fordi en række forhold, vilkår og foranstaltninger er nært knyttet til, om patienten er indlagt eller ambulant. Dette gælder ikke mindst i forhold til de psykiatriske vilkår.

Vilkår for retslige forhold og tvangsforanstaltninger som baggrund for kontakt, under igangværende patientkontakt og i det psykiatriske sygdomsforløb indberettes som **forløbsmarkører**.

- ▶ Vedr. forløbsmarkører: Se videre i afs. 8.5. Forløbsmarkører er generelt beskrevet i afs. 4.3

Der skal på samme vis som i somatikken indberettes oplysninger om patientrettigheder, henvisninger og ventetider. Psykiatriske patienter har **udredningsret** lig med, hvad der gælder på det somatiske område.

Monitoreringen af udredningsretten baseres på forløbsmarkører – se nærmere beskrivelse under afs. 8.3

- ▶ Der er desuden *regionale krav* til indberetning af forløbsmarkører for **psykiatriske pakkeforløb** – se afs. 8.5.11
- ▶ Vedr. metalobservation og selvstændige patientkontakter som led i mentalobservation – se afs. 8.4.1

8.2 Anvendte termer og definitioner – psykiatriske forløb og kontakter

- ▶ Se også under Kap. 5 om kontakt samt under afs. 4.3 vedrørende forløbsmarkører generelt og vedrørende generelle forløbsmarkører fælles for somatik og psykiatri

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
psykiatrisk patientkontakt (psykiatrisk kontakt)	<u>patientkontakt</u> hvor en psykiatrisk eller børne- og ungdomspsykiatrisk <u>afdeling</u> har <u>kontaktansvar</u> Kommentar: Afgrænses vha. angivelse af SOR-enhedens hovedspeciale psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri	
patientorlov (orlov)	<u>patientfravær</u> hvor en <u>patient</u> har tilladelse til at forlade <u>hospitalet</u> i op til tre døgn Kommentar: I forbindelse med helligdage kan orlovsperioden dog forlænges. <u>Patienten</u> er kortvarigt fraværende med aftale om at vende tilbage. <u>Patienten</u> disponerer over en <u>sengeplads</u> efter behov	
længerevarende patientfravær (længerevarende fravær med aftale)	<u>patientfravær</u> hvor en <u>patient</u> har tilladelse til at forlade hospitalet op til 30 døgn Kommentar: Gælder kun for psykiatriske indlagte <u>patienter</u> . <u>Patienten</u> disponerer over en <u>sengeplads</u> efter behov. Må ikke forveksles med orlov, som er op til tre døgn. Længerevarende fravær indberettes som "opholdsadresse" – se afs. 8.6.4	
patientfravær uden aftale (absentering)	<u>patientfravær</u> hvor en <u>patient</u> forlader hospitalet uden at der foreligger en aftale Kommentar: Gælder for retspsykiatrisk indlæggelseskontakt. Med ordet retspsykiatri menes den form for psykiatri, der udøves på et retsligt grundlag enten ved undersøgelse eller ved behandling. <u>Patienten</u> disponerer fortsat over en sengeplads. Absentering omfatter typerne: Udeblivelse, undvigelse og rømning. Absentering indberettes som "opholdsadresse" – se afs. 8.6.4	
patientfravær uden aftale fra særlig plads	patientfravær fra kommunalt visiteret særlig plads Kommentar: <u>Patienten</u> disponerer indtil udskrivning fortsat over en sengeplads.	
rømning	<u>patientfravær uden aftale</u> hvor <u>patienter</u> rømmer fra en lukket <u>afdeling</u> Kommentar: Gælder kun for retspsykiatriske <u>indlæggelseskontakter</u> . Der er tale om at bryde ud under forhold, hvor <u>patienten</u> ikke er givet nogen frihedsgrader fx fra en lukket have	
udeblivelse	<u>patientfravær uden aftale</u> hvor <u>patienten</u> ikke vender tilbage som aftalt i forlængelse af uledsaget færden på hospitalsområdet eller i forlængelse af uledsaget udgang. Kommentar: Gælder kun for retspsykiatriske indlæggelseskontakter Når <u>patienten</u> udebliver er det en overtrædelse af straffeloven, idet <u>patienten</u> ikke overholder den aftale, der er indgået	
undvigelse	<u>patientfravær uden aftale</u> hvor <u>patienten</u> undviger fra ledsagende personale Kommentar: Undvigelsen kan finde sted på og uden for de psykiatriske hospitalsmatrikler	
psykiatrisk retsligt vilkår (retsligt vilkår)	psykiatrisk vilkår begrundet i retsplejelovgivningen	
psykiatrisk vilkår med tvangsforanstaltning (vilkår med tvangsforanstaltning)	psykiatrisk vilkår begrundet i psykiatriloven	

8.3 Patientrettigheder

Der er krav om indberetning af forløbsmarkører for ventetider og til brug for monitorering af de til enhver tid gældende patientrettigheder, der også gælder på det psykiatriske område.

- ▶ De generelle principper for forløbsmarkører vedrørende udredning, Udredningsretten og behandling er beskrevet generelt under afs. 4.3 inkl. passivperioder i henvisningsperioden mv.

8.3.1 Udredningsretten jf. Sundhedsloven

Der skal af hensyn til monitorering af Udredningsretten obligatorisk indberettes forløbsmarkører (inkl. startmarkør) i forbindelse med henvisninger og udredning i psykiatriske forløb.

- ▶ Se generel beskrivelse under afs. 4.3.8 og nærmere beskrivelse under forløbsmarkører i afs. 8.5

8.4 Psykiatriske forløb

Psykiatriske patientkontakter og eventuelle procedurer udført uden patientkontakt knyttes i indberetningen til et helbredsforløb, der i indberetningen repræsenteres af et **forløbselement**.

- ▶ Forløb er generelt beskrevet i Kap. 4

I psykiatrien er der som noget særligt kun krav om oprettelse af kun ét samlet forløb, dvs. som minimumskrav et (fælles) forløbselement med forløbslabel 'Psykiiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser', der således kan omfatte den "multimorbiditet", der ofte er tale om, inklusive eventuelle misbrugsproblematikker

- ▶ Selvstændigt forløb for mental observation – se afs. 8.4.1

Dette gælder også for pakkeforløb for psykiatri. Hvis patienten over tid indgår i flere pakkeforløb, kan pakkeforløbsmarkører for disse forløb indgå under et og samme forløbselement i indberetningen.

Bemærk

- Der kan efter ønske eller lokalt behov oprettes flere samtidige forløbselementer, der også kan indberettes selvstændigt. De skal i indberetningen alle have forløbslabelen 'Psykiiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser'
- Hvis der oprettes flere selvstændige psykiatriske forløb, skal forløbsmarkørerne knyttes til det relevante forløbselement
- Det psykiatriske helbredsforløb med forløbslabel, startmarkør og eventuelle yderligere forløbsmarkører omfatter også forløb for patienter, der er henvist til psykiatrien på mistanke om psykisk lidelse, men hvor dette afkræftes
- ▶ Diagnoseregistrering ved mistænkt og afkræftet psykisk sygdom – se afs. 8.7.2-8.7.2.1

Som undtagelser til ovenstående skal der altid oprettes selvstændige forløbselementer for:

- Mentalobservation, når dette ikke sker som led i et eksisterende psykiatrisk forløb. Der gælder særlige krav for selvstændige forløb for mental observation (se følgende afs. 8.4.1)
- Forløb for udredning og behandling af "funktionel lidelse" uden påvist eller klinisk mistænkt psykiatrisk lidelse (afs. 8.4.2)

8.4.1 Forløb for mentalundersøgelse

Borgere indskrevet til mentalobservation skal som udgangspunkt håndteres i eget **selvstændigt forløb**, der lukkes igen, når konklusionen foreligger. Den registrerede periode omfatter den samlede periode for både kliniske og administrative ydelser udført som led i mentalundersøgelsen.

Hvis patienten efter afsluttet mentalobservation skal fortsætte i psykiatrien, skal der oprettes et nyt forløb (forløbselement) for den fremadrettede retslige foranstaltning.

Forløbslabel for forløb med *kun* mentalundersøgelse er {ALAL90} 'Andre forløb'.

Aktionsdiagnosen ved selvstændige patientkontakter med mentalobservation er: 'Kontakt begæret af myndighed' {DZ046}.

Bemærk

Dette gælder alle kontakter, uanset konklusionen på observationen.

- ▶ Se også diagnoseskemaet under afs. 8.7

Mentalobservation kan desuden også indgå i et eksisterende indlæggelsesforløb på en retspsykiatrisk afdeling, fx hvis patienten allerede er indlagt som surrogatfængslet.

Registreringer ved forløb og kontakter udelukkende begrundet i mentalundersøgelse:

Dataelement	Værdi	Kodeliste
forløbslabel	'Andre forløb' {ALAL90}	[forloeb.label]
startforløbsmarkør	'henvist til andet' {AFV01A8}	[forloeb.markoer]
periodemarkører (se vejledning i afs. 8.5.9.1)	AVRA4 start/Mentalundersøgelse, ambulant, rpl §809, stk.1 – AVRB4 slut/Mentalundersøgelse, ambulant, rpl §809, stk.1	[forloeb.markoer]
	AVRA5 start/Mentalundersøgelse, indlagt, rpl §809, stk.2 – AVRB5 slut/Mentalundersøgelse, indlagt, rpl §809, stk.2	
	Ved afbrydelse "før tid" kan anvendes slutmarkør (frivillig): AVRX1A forløb med mentalundersøgelse afbrudt af patienten AVRX2A forløb med mentalundersøgelse afbrudt med klinisk begrundelse	
Kontakter		
prioritet	'planlagt'	[admin.prioritet]
kontakttype	'fysisk fremmøde'	[admin.konttype]
aktionsdiagnose	{DZ046}	[diag]

8.4.1.1 Periode med metalundersøgelse

Periode for mentalundersøgelse, hvorunder der foretages mentalobservation, indrammes af forløbsmarkører, jf. ovenstående tabel.

Der skal altså altid være en slutkode svarende til startkoden, uanset om forløbet afsluttes umiddelbart ved afslutning af den sidste kontakt i periode.

Hvis periode afsluttes "før tid", dvs. inden, at den planlagte kliniske undersøgelse er gennemført, kan en af de i tabellen angivne "afbrydelseskoder" anvendes i stedet for generel slutkode.

- ▶ se også forløbsmarkør-koder for "psykiatriske vilkår" (periodemarkører) under afs. 8.5.9

8.4.2 "Funktionelle lidelser"

Udredning og behandling for patienter med (mistanke om) funktionel lidelse foregår både i psykiatrien og i somatikken.

Bemærk

For patienter uden kendt eller mistænkt psykisk sygdom er det aftalt, at disse forløb håndteres som selvstændigt forløb (forløbselement) med **forløbslabel 'Andre forløb' {ALAL90}**.

Hvis der i løbet af udredningen opstår mistanke om eller påvises psykisk sygdom som væsentligste baggrund for patientens symptomer, ændres **forløbslabel** til 'Psykiiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser'. Den nye forløbslabel overskrider den hidtil angivne forløbslabel for det samlede forløb.

8.4.3 Forløb og kontakter

De psykiatriske patientkontakter henholdsvis ydelser uden kontakt knyttes op til et forløbselement.

Hvis der er oprettet flere helbredsforløb, og en patientkontakt omhandler flere af disse, skal kontakten/ydelserne altid knyttes op til ét og kun et forløb – det forløb, som er den primære fokus for kontakten.

Ved tvivl om denne prioritering bør der knyttes til den mest tilgrundliggende sygdom.

8.4.3.1 Akut patientkontakt – ny patient

Ved akutte patientkontakter 'fysisk fremmøde' på psykiatrisk enhed uden eksisterende psykiatrisk forløb (forløbselement) oprettes nyt forløbselement med forløbslabel 'Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser', hvortil den akutte kontakt knyttes.

Startmarkøren for forløbselementet er {AFV01A9} 'akut patient' – se afs. 8.5.2

Der skal *ikke* indberettes kontakårsag for psykiatriske kontakter.

Bemærk

Akutte patientkontakter i et eksisterende forløb for en kendt psykiatrisk patient skal knyttes til det eksisterende og tilgængelige psykiatriske forløb.

Hvis der ved akut kontakt oprettes et selvstændigt forløbselement, skal dette i indberetningen knyttes til det eksisterende aktive sygdomsforløb med referencetype: 'reference til andet forløbselement (samme sygdom)'.

8.4.4 Henviste psykiatriske patienter

Ved henvisning af en patient til psykiatrisk enhed skal der oprettes et nyt forløbselement på den enhed, som skal varetage patientens udredning eller behandling, hvis der ikke allerede findes et åbent forløbselement, som der arbejdes videre på.

Hvis patienten, også i et eksisterende forløb, har **ny patientrettighed**, der starter med en ny henvisning, fx udredningsret, skal der registreres de relevante forløbsmarkører til brug for monitorering af overholdelse af rettighederne.

Dette gælder, uanset om der er tale om et nyt forløb eller fortsættelse i et eksisterende forløb.

8.4.5 Forløbslabel

Psykiatriens forløbselementer navngives med forløbslabelen 'Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser'.

Dog anvendes ved udredning og behandling af andre tilstande fx funktionel lidelse (afs. 8.4.2) forløbslabel {ALAL90} 'Andre forløb'.

- ▶ Forløb med mentalobservation – se afs. 8.4.1

Bemærk

Det er en faglig definition og et klinisk valg, hvad der falder ind under 'Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser' og dermed, hvad der registreres og indberettes under et fælles sygdomsforløb.

8.4.6 Afslutningsmåde for forløb

Afslutningsmåde skal indberettes ved afslutning af forløbselement efter de generelle principper.

- ▶ se afs. 4.1.5.5

Afslutningsmåde 'afsluttet til hjemmet' anvendes fx, når der ikke er behov for yderligere psykiatrisk behandling eller opfølgning, når:

- en patient forlanger sig afsluttet mod givet råd og ikke ønsker yderligere behandling
- et barn viderehenvises til psykologisk-pædagogisk rådgivning, socialforvaltning eller talepædagog

8.4.7 Fra psykiatrisk til somatisk forløb

Hvis man under udredning eller behandling for psykisk lidelse finder (mistanke om) somatisk sygdom som baggrund for patientens symptomer, vil dette oftest medføre, at det psykiatriske forløb afsluttes ved, at patienten videregives til anden enhed, men det psykiatriske forløb kan også fortsætte, hvis der fortsat er behov for psykiatrisk behandling af patientens symptomer eller af anden grund, samtidig med at patienten henvises til anden enhed med henvisningsoplysning om "ny sygdom".

Hvis forløbselementet afsluttes med videregivning, skal forløbslabel ikke ændres, idet patienten jo korrekt har været under psykiatrisk udredning i perioden frem til videregivningen.

Hvis patienten fortsat opfylder kriterierne for og behandles under en DF-diagnose, fortsættes forløbet ligeledes under uændret forløbslabel.

Hvis forløbet derimod fortsætter på den psykiatriske enhed, og der ikke (fortsat) er klinisk belæg for en DF-diagnose, skal forløbslabel opdateres og dermed overskrives til (typisk) "Andre forløb".

Tidligere stillede og indberettede diagnoser må i princippet ikke ændres. En tidligere stillet og indberettet psykiatrisk DF-diagnose, der retrospektivt ikke var klinisk korrekt, kan jf. det generelle princip, beskrevet i afs. 6.5, markeres som "senere afkræftet" med efterfølgende genindberetning.

Simpel fejlretning derimod, fx som følge af tastefejl, skal rettes ved overskrivning af den originale diagnosekode og efterfølgende genindberetning af patientkontakten.

8.5 Forløbsmarkører anvendt i psykiatrien

Forløbsmarkører i psykiatrien omhandler de samme rettigheder og følger den samme logik, som beskrevet generelt under afs. 4.3. Der skal således fx altid ved henviste patienter foretages registrering af "henvist til ... (udredning eller behandling)" ved modtagelse af henvisningen på den psykiatriske enhed, ligesom der skal registreres forløbsmarkører til indikation af afslutning af ventetid til udredning og behandling.

- ▶ Vedrørende forløbsmarkører for psykiatriske pakkeforløb (regionale krav) – se afs. 8.5.11

8.5.1 Generelle forløbsmarkører vedrørende patientrettigheder

Der gælder de samme krav som i somatikken for indberetning af ventetidsoplysninger og andre oplysninger, der understøtter Udredningsretten og ventetider til udredning og behandling. Der anvendes de samme **generelle forløbsmarkører** som i somatikken, herunder de nedenfor beskrevne **startmarkører** for nye forløb.

Forløbsmarkørerne for de generelle patientrettigheder er generelt **status-markører**. En ny forløbsmarkør på et givet område vil implicit afslutte den periode, som var indikeret af den forrige forløbsmarkør.

- ▶ Vedrørende passive venteperioder (indberettes som periodemarkører) med klinisk begrundelse eller efter patientens ønske – se generel beskrivelse i afs. 4.3.7.1

8.5.2 Startmarkører ved nyt forløbselement

Der skal ved nyt forløbselement uanset rettigheder altid indberettes en obligatorisk **startmarkør**, jf. det generelle afsnit 4.1.2

Startmarkøren ved nyt forløbselement i psykiatrien er en af følgende:

Startmarkører		Kommentarer
AFV01A1	henvist til udredning	ved patient henvist til psykiatrisk udredning. Inkl: Henvist til udredning for funktionel lidelse Ekskl: Mentalobservation {AFV01A8}, akut patient {AFV01A9}
AFV01A1B	patient i igangværende udredning	<i>frivillig specifikation.</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01A1} 'henvist til udredning' til at markere, at forløbet fortsætter en udredning for samme sygdom, der er startet under et andet forløbselement

Startmarkører		Kommentarer
AFV01A1C	henvist til udredning, omvisiteret fra anden enhed	<i>frivillig specifikation</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01A1} 'henvist til udredning' til at markere, at forløbet opstartes i en igangværende henvisningsperiode, der er startet på en anden enhed
AFV01A2	patient i igangværende pakkeforløb	kan <i>frivilligt</i> anvendes som startmarkør, når en patient i et tidligere opstartet psykiatrisk pakkeforløb modtages til videreudredning eller viderebehandling på anden psykiatrisk enhed Kan erstatte {AFV01A1} 'henvist til udredning' hhv. AFV01E1 'henvist til behandling'
AFV01E1	henvist til behandling	ved henvisning direkte til behandling, hvor patienten er færdigudredt på anden enhed. Bemærk: Anvendes også ved ny ventetid til behandling i eksisterende forløb (forløbselement)
AFV01E1B	patient i igangværende behandling	<i>frivillig specifikation.</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01E1} 'henvist til behandling' til at markere, at forløbet fortsætter en behandling for samme sygdom, der er startet under et andet forløbselement
AFV01E1C	henvist til behandling, omvisiteret fra anden enhed	<i>frivillig specifikation.</i> Kan anvendes i stedet for {AFV01E1} 'henvist til behandling' til at markere, at forløbet opstartes i en igangværende henvisningsperiode, der er startet på en anden enhed
AFV01A7	henvist til kontrol	patienter (henvist) til klinisk kontrol af psykisk sygdom under nyt forløbselement. Inkl: Behandlingskontrol
AFV01A8	henvist til andet	anvendes som startmarkør for planlagte patienter, der ikke er omfattet af patientrettigheder vedrørende udredning og behandling. Inkl: Nyt forløb ved mentalobservation, forskellige rådgivninger (uden mistanke om eller manifest psykisk sygdom), forløb pga. kønsidentitetsforhold
AFV01A9	akut patient	ved nyt forløb, der starter som følge af akut kontakt. Bemærk: Der skal ikke oprettes nyt forløb ved akut patientkontakt i et eksisterende psykiatrisk forløb

Bemærk

Anvendelsen af de *frivillige* koder AFV01A1B, AFV01A1C, AFV01A2, AFV01E1B og AFV01E1C forudsætter, at generel obligatorisk henvisningskode (AFV01A1 hhv. AFV01E1) er registreret tidligere i samme helbredsforløb.

8.5.3 Ventetid til start af udredning

Hvis et nyt elektivt forløbselement opstartes ved henvisning til psykiatrisk udredning, angives dette ved obligatorisk **startmarkør** {AFV01A1} for 'henvist til udredning'.

Ventetiden til start af udredning afsluttes ved registrering af ny tidstro forløbsmarkør for start af udredning, se afs. 8.5.4, der således afslutter henvisningsperioden til udredning.

- ▶ Der kan fratrækkes passivperioder i perioden frem til afsluttet udredning – se afs. 4.3.7.1
- ▶ Se afs. 4.3.6 vedrørende særlige scenarier (afvisning, omvisitering, afbrydelse) ifm. henvisningsperioden

8.5.3.1 Klinisk beslutning vedrørende udredning – udlevering af udredningsplan

For patienter omfattet af Udredningsretten, der ikke kan udredes inden for 30 dage, skal der udarbejdes en udredningsplan, der udleveres til patienten.

Baggrunden for, hvorfor udredningen ikke er afsluttet inden fristen, dokumenteres med en forløbsmarkørkode {AFX01D*}, der registreres på dagen for udleveringen af udredningsplanen.

- ▶ Der henvises til kodeskema og de generelle beskrivelser under afs. 4.3.
Koderne er fælles for somatik og psykiatri

8.5.4 Start af udredning

For patienter henvist til udredning skal der obligatorisk registreres forløbsmarkør for start af den kliniske udredning efter de gældende faglige retningslinjer. Der anvendes en af følgende forløbsmarkører.

Obligatoriske forløbsmarkører for start af udredning i voksen- og børne-/ungdomspsykiatrien:

Start af udredning		Kommentarer
AFV01B	udredning start (første patientkontakt)	Bemærk: Der anvendes <i>enten</i> generel forløbsmarkør for start af udredning <i>eller</i> (evt. begge) tilsvarende pakkeforløbsspecifik markør for start af udredning (første patientkontakt). Afslutter henvisningsperioden til udredning start
eller		
AGA02A	Afklarende samtale: pakkeforløb start	pakkeforløbsmarkører, der kan erstatte den generelle forløbsmarkør {AFV01B} for start af udredning
AGA03A	Standard udredningspakke: pakkeforløb start	
AGA04A	Udvidet udredningspakke: pakkeforløb start	
eller		
AHA01A	BUP Afklarende samtale: pakkeforløb start	pakkeforløbsmarkører, der kan erstatte den generelle forløbsmarkør {AFV01B} for start af udredning
AHA02A	BUP Basis udredningspakke: pakkeforløb start	
AHA03A	BUP Standard udredningspakke: pakkeforløb start	
AHA04A	BUP Udvidet udredningspakke: pakkeforløb start	

Bemærk

Hvis der registreres pakkeforløbsmarkør, kan denne erstatte den tilsvarende generelle forløbsmarkør. Der kan dog være regionale krav, der går videre end disse generelt beskrevne minimumskrav.

8.5.5 Afslutning af udredning

Der skal for alle patienter omfattet af Udredningsretten obligatorisk registreres forløbsmarkør ved afslutning af udredningen. Registreringen foretages med kode {AFX01A*} eller {AFX01C} for "klinisk beslutning vedrørende behandling", der således fungerer som "slutflag" for udredningsret-perioden.

- Der henvises til de generelle beskrivelser under afs. 4.3

Forløbsmarkører for afslutning af udredningsperioden:

Forløbsmarkør	Klinisk beslutning vedrørende behandling – endeligt udredt	
AFX01A	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling i sygehusregi	
AFX01A3	klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling igangsat i umiddelbar forlængelse af udredning	<i>Frivillig specifikation.</i> Kan anvendes i stedet for kombinationen: AFX01A-AFV01E*-AFV01F, når der behandles umiddelbart i forlængelse af afsluttet udredning på samme dato. Ekskl: patientoplevet ventetid –se {AFX01A-AFV01E*-AFV01F}
AFX01C	klinisk beslutning: endeligt udredt/udredning slut, ingen behandling i sygehusregi	

8.5.6 Ventetid til behandling

Hvis et nyt elektivt forløb opstartes ved henvisning til psykiatrisk behandling uden behov for udredning, angives dette jf. afs. 8.5.2 ved obligatorisk startmarkør {AFV01E1} for 'henvist til behandling'.

Hvis der i et eksisterende forløb efter udredning er en **patientoplevet ventetid til behandling**, skal der tilsvarende sættes en forløbsmarkør {AFV01E1} for 'henvist til behandling'.

Ventetiden til behandling afsluttes ved registrering af behandlingsstart – se følgende afsnit.

- Der kan fratrækkes passivperioder i venteperioden – se afs. 4.3.7.1

8.5.7 Start af behandling

For udredte patienter, der er henvist til behandling (startmarkør {AFV01E1}) på nyt forløbselement eller, som tilsvarende er henvist til behandling med ventetid til behandling i eksisterende helbredsforløb, skal der ved første behandlingskontakt registreres forløbsmarkør for start af behandling enten i form af specifik pakkeforløbsmarkør eller den generelle forløbsmarkør for start af behandling:

Obligatoriske forløbsmarkører for start af behandling i voksen- og børne-/ungdomspsykiatrien:

Start af behandling		Kommentarer
AFV01F	behandling start (første behandlingskontakt)	Bemærk: Der anvendes <i>enten</i> generel forløbsmarkør for start af behandling <i>eller</i> (evt. begge) tilsvarende pakkeforløbsspecifik markør for start af behandling (første behandlingskontakt). Afslutter venteperioden til behandling
<i>eller</i>		
AGB01A	Angst og social fobi: pakkeforløb start	pakkeforløbsmarkører, der kan erstatte den generelle forløbsmarkør {AFV01f} for start af behandling
AGB03A	Bipolar affektiv sindslidelse: pakkeforløb start	
AGB04A	Depressiv enkeltepisode: pakkeforløb start	
AGB05A	Periodisk depression: pakkeforløb start	
AGB06A	OCD: pakkeforløb start	
AGB08A	Spiseforstyrrelser: pakkeforløb start	
AGB09A	PTSD: pakkeforløb start	
AGB10A	Evasiv personlighedsforstyrrelse: pakkeforløb start	
AGB11A	Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse: pakkeforløb start	
AGB12A	ADHD: pakkeforløb start	
AGB13A	Incident skizofreni: pakkeforløb start	
AGB14A	Traumatiserede flygtninge: pakkeforløb start	
AHB01A	BUP ADHD: pakkeforløb start	
AHB02A	BUP Anoreksi: pakkeforløb start	
AHB03A	BUP Autisme: pakkeforløb start	
AHB04A	BUP Depression: pakkeforløb start	
AHB05A	BUP OCD: pakkeforløb start	

Bemærk

Hvis der registreres pakkeforløbsmarkør, kan erstatte den tilsvarende generelle forløbsmarkør. Der kan dog være *regionale krav*, der går videre end disse generelt beskrevne minimumskrav.

8.5.8 Afslutning af pakkeforløb

For alle patienter i pakkeforløb skal der indberettes afslutningsmarkør, når patienten udgår af pakken.

Behandlingen kan fortsætte herefter under det samme forløb (forløbselement) uden pakke eller i nyt pakkeforløb under samme eller et andet forløbselement.

Forløbsmarkører for afslutning af pakkeforløb, behandling hhv. forløb uden behandling:

Afslutning af behandling eller forløb	
AGB99X1	Psykiatريفorløb: pakkeforløb afbrudt, andet forløb
AGB99X2	Psykiatريفorløb: pakkeforløb afbrudt af patienten
AGB99Y	Psykiatريفorløb: pakkeforløb gennemført

AHB99X1	BUP: pakkeforløb afbrudt, andet forløb
AHB99X2	BUP: pakkeforløb afbrudt af patienten
AHB99Y	BUP: pakkeforløb gennemført

- Afslutning af udredning – se afs. 8.5.5

Bemærk

Behandlingen kan fortsætte efter afslutning af pakkeforløb under samme eller andet forløbselement.

8.5.9 Vilkår i psykiatrien

De juridisk administrative forhold, der gælder for den psykiatriske patient, skal i forhold til forløbet og forløbets kontakter til enhver tid afspejles i angivelsen af relevant(e) vilkår.

- Forløb for mentalundersøgelse – se afs. 8.4.1

Vilkår registreres som tidstro **forløbsmarkører uafhængigt** af den obligatoriske startmarkør (afs. 8.5.2).

Betegnelsen "vilkår" omhandler i det følgende:

- retslige vilkår jf. Retsplejeloven hhv. Lov om Social Service
- vilkår med tvangsforanstaltninger jf. Psykiatriloven

Vilkår dokumenteres med parrede periodemarkører for både start og afslutning af et givet vilkår.

Vilkår angives i indberetningen således med fuld tidstro historik med start- og slutkode for perioden for det enkelte konkrete vilkår. Det konkrete vilkår, der er angivet med en forløbsmarkør for start af vilkåret, er gældende, indtil det afsluttes ved eksplicit angivelse af en markør for afslutning af vilkåret.

Der kan være flere samtidige og uafhængige vilkår, der for det enkelte vilkår indebærer en start- og en slut-markør for det specifikke vilkår.

De retslige vilkår er logisk set uafhængige af tvangsvilkårene og omvendt, dvs. at retslige vilkår kan registreres samtidig med og tidsmæssigt uafhængigt af eventuelle tvangsvilkår.

Bemærk

Når et givet vilkår ophører, skal vilkåret registreringsmæssigt og tidstro afsluttes med {AVRB*} slut-kode.

Dette gælder også, selvom afslutningen af vilkår er tidsmæssigt sammenfaldende med forløbselementets afslutning. Vilkår skal således altid afsluttes eksplicit i indberetningen.

Et vilkår, der for patienten uændret fortsætter efter, at forløbet (forløbselementet) på enheden afsluttes ved overflytning af patienten til anden enhed (under andet forløbselement), må derimod ikke afsluttes med slut-markør.

Hvis et vilkår ophører, markeret ved forløbsmarkør for afslutning af det konkrete vilkår, og der ikke er et andet gældende vilkår, er patienten herefter implicit at betragte som 'frivillig' under det fortsatte forløb.

Som forløbsmarkører er der ikke en umiddelbar logisk-teknisk kobling til patientkontakten, men der er vilkår, der skal registreres i forbindelse med kontaktstart fx ved indlæggelse på røde papirer. Tidspunktet for forløbsmarkøren skal i disse tilfælde være før eller lig med kontaktstarttidspunktet.

De samlede vilkår er vist i de følgende underafsnit. Der kan være flere samtidige vilkår, der derfor har både specificerede markører for start af og afslutning af det enkelte specificerede vilkår.

8.5.9.1 Retlige vilkår

Angivelse af retlige vilkår er obligatorisk i psykiatriske patientforløb.

Dette inkluderer borgere indskrevet til mentalobservation og vilkår vedrørende børn begrundet i lovgivning om Social Service.

Vilkår i henhold til Lov om Social Service		
startkoder	Retsligt vilkår	slutkoder
AVRK1	Barn indlagt i henhold til Lov om Social Service	AVRL1
AVRK2	Barn til ambulant undersøgelse i henhold til Lov om Social Service	AVRL2

- Vedrørende forløb for mentalundersøgelse, herunder afbrydelseskoder – se også afs. 8.4.1

8.5.9.2 Vilkår med tvangsforanstaltninger

Tvangsforanstaltninger kan være årsag til kontakt – og dermed årsag til forløb, hvis der ikke er et forløb i forvejen – og kan opstå under igangværende kontakt eller forløb. Omvendt kan en patientkontakt fortsætte efter et afsluttet tvangsvilkår.

Dette betyder, at der kan introduceres eller afsluttes tvangsforanstaltninger uden, at dette medfører kontaktabrydelse eller tvungen oprettelse af ny patientkontakt, når forholdene ændrer sig for en indlagt patient.

Der kan dog være lokale eller juridiske forhold, der gør, at dette regionalt håndteres på en anden måde.

Der er følgende forløbsmarkører for vilkår med tvangsforanstaltning:

Forløbsmarkører for start og afslutning af tvangsforanstaltning		
startkoder	Tvangsforanstaltning	slutkoder
AVTA1	tvangsindlagt, røde papir	AVTB1
AVTA2	tvangsindlagt, gule papir	AVTB2
AVTA3	tvangstilbageholdelse	AVTB3

Et tvangsvilkår skal som andre vilkår afsluttes af en forløbsmarkør for afslutning på tidspunktet for ophør af frihedsberøvelsen, dvs. når betingelserne for frihedsberøvelse (i § 5) ikke længere er til stede.

- Se ovenfor vedr. henviste patienter med uafsluttet vilkår samt indledningen til afs. 8.5.9

8.5.10 Pakkeforløb for psykiatrien

Der er et antal pakkeforløb for psykiatriske patienter, der kræver indberetning af forløbsmarkører. Der er ikke krav om oprettelse af selvstændige forløb (forløbselement) for pakkeforløb.

- De specifikke pakke-forløbsmarkører i psykiatrien er defineret og ejes af regionerne. Der henvises til nærmere vejledning på Danske Regioner's hjemmeside

Bemærk

Pakkeforløbsmarkører for "start af udredning" og "start af behandling" kan erstatte generelle forløbsmarkører i relevante tilfælde jf. afs. 8.5.4 og 8.5.7.

Bemærk: Regionerne kan dog vælge at registrere begge markører.

8.6 Psykiatriske patientkontakter

Psykiatriske kontakter afgrænses ved SOR-egenskaben: hovedspeciale = psykiatri / børne- og ungdomspsykiatri.

Psykiatriske patientkontakter skal som hovedregel i indberetningen knyttes til et fælles helbredsforløb med forløbslabel: 'Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser' {ALAL03}.

Psykiatrisk kontakt kan i relevante tilfælde også indgå i et somatisk sygdomsforløb, hvis der afholdes "assistance-kontakt". Der henvises til de lokale retningslinjer for håndtering af dette og lignende situationer.

8.6.1 Fysisk fremmøde

De psykiatriske kontakter følger de samme generelle principper som ved tilsvarende somatiske kontaktyper. Dette betyder, at ambulante besøg og indlæggelser indberettes under en fælles kontaktttype 'fysisk fremmøde'.

Varigheden af kontakten fremgår af kontaktens *tidstro* starttidspunkt hhv. sluttidspunkt.

Der skal senest 30 dage efter start af en længerevarende kontakt (dvs. indlæggelse) indberettes en klinisk relevant aktionsdiagnose, der beskriver patientens tilstand eller situation på indberetningstidspunktet.

- ▶ Anbefalet psykiatrisk aktionsdiagnoseliste – se afs. 8.7

Der er ikke krav til indberetning af kontaktårsag til psykiatriske patientkontakter og heller ikke krav til skaderegistring fra psykiatriske afdelinger.

- ▶ Vedrørende selvmord og selvmordsforsøg umiddelbart før og under igangværende kontakt – se senere i dette kapitel, afs. 8.7.5.1

8.6.2 Hjemmebesøg og udebesøg (udekontakt)

Der skal obligatorisk indberettes udførte hjemmebesøg og udebesøg. Disse indberettes som patientkontakter med kontakttypen 'udekontakt' jf. de generelle principper beskrevet i afs. 5.6.3.2

Udekontakt er at betragte som en fysisk konsultation uden for den sundhedsfaglige enhed. Der skal være tale om en klinisk konsultation som led i udredning eller behandling mellem en sundhedsperson og patienten eller eventuelt en stedfortræder for denne, hvis patienten ikke selv er i stand til at deltage.

Andre ydelser udført uden for sygehuset og uden patientens tilstedeværelse kan indberettes som **procedure uden patientkontakt** – dvs. procedure, der indberettes knyttet direkte til det relevante forløbselement.

8.6.3 Virtuelle kontakter

Psykiatrien afholder på lige fod med somatikken virtuelle patientkontakter, dvs. telefonkonsultationer og videokonsultationer.

- ▶ se beskrivelse i Kap. 5, afs. 5.6.3.3

Der skal som ved udekontakter være tale om en direkte dialog i form af en virtuel klinisk konsultation som led i udredning eller behandling mellem en sundhedsperson og patienten eller eventuelt en stedfortræder for denne, hvis patienten ikke selv er i stand til at deltage.

8.6.4 Fravær i psykiatrien

De forskellige typer af fravær fra kontakt er kort beskrevet i de følgende underafsnit.

Indberetningen af fravær foretages i kontakt-egenskaben '**opholdsadresse**', jf. generel beskrivelse under afs. 5.8, idet fravær er knyttet til **indlæggelseskontakten** – ikke til forløbselementet.

8.6.4.1 Orlov

Der er generelt krav (afs. 5.8.1) om indberetning af orlov i forbindelse med indlæggelser. Dette gælder således også for psykiatriske patientkontakter. Der er fortsat et **kontaktansvar** under orlov.

8.6.4.2 Længerevarende fravær med aftale

Længerevarende fravær med aftale skal indberettes til LPR. Længerevarende fravær medfører ikke udskrivning. Der er således fortsat et **kontaktansvar**.

Længerevarende aftalt patientfravær anvendes fx hvis et botilbud skal afprøves, eller hvis et barn er på prøveophold i hjemmet. Patienten disponerer fortsat over en sengeplads.

Længerevarende fravær indberettes ligesom andet fravær under egenskaben 'opholdsadresse' ved angivelse af type af fravær (se kodeliste nedenfor) med historik inden for patientkontaktens tidsramme.

- ▶ [Somatisk indlæggelse under psykiatrisk patientkontakt – se afs. 8.6.4.4](#)

8.6.4.3 Absentering

Absenteringer, dvs. patientfravær uden aftale fra retspsykiatrisk plads, skal indberettes til LPR. Absentering medfører ikke udskrivning. Der er således fortsat et **kontaktansvar**.

Absentering, dvs. udeblivelse, undvigelse og rømning, omfatter kun de retspsykiatriske patienter, hvor der af juridisk-administrative grunde ikke kan ske udskrivning.

- ▶ [Ikke aftalt fravær fra kommunalt visiteret sengeplads – se afs. 8.6.4.5](#)

Absentering indberettes ligesom andre fravær under klassen 'opholdsadresse' ved angivelse af type af fravær med historik inden for patientkontaktens tidsramme.

Der er følgende værdier for absenteringer og andre typer af fravær:

kodeliste: [admin.fravaer]	
ALCF01	orlov
ALCF02	længerevarende fravær med aftale
ALCF03	udeblivelse
ALCF04	undvigelse
ALCF05	rømning
ALCF06	fravær pga. samtidig somatisk indlæggelse
ALCF08	fravær uden aftale inkl: ikke aftalt fravær fra kommunalt visiteret sengeplads ekskl: Absentering: {ALCF03-05}

- ▶ [Se definitioner i indledningen til kapitlet](#)

8.6.4.4 Somatisk indlæggelse af indlagt psykiatrisk patient

Hvis en patient, der er i behandling under tvang, eller en indlagt retslig patient, der ifølge vilkåret ikke kan udskrives, skal behandles ved indlæggelse på en somatisk enhed, skal patienten have to samtidige indlæggelser, dvs. en indlæggelse på psykiatrisk enhed og en indlæggelse på somatisk enhed.

I perioden, hvor patienten har ophold på somatisk enhed, kan fraværskode {ALCF06} 'fravær pga. samtidig somatisk indlæggelse' under 'opholdsadresse' indberettes på den psykiatriske indlæggelseskontakt.

Psykiatriske tilsyn og andre psykiatriske ydelser registreres på patientens psykiatriske kontakt.

8.6.4.5 Fravær fra kommunalt visiteret særlig plads

Patientfravær fra kommunalt visiteret særlig plads indberettes som fraværperiode efter samme princip som øvrige fravær under 'Opholdsadresse' som 'fravær uden aftale' {ALCF08}.

8.6.5 Færdigbehandlet stationær psykiatrisk patient

Når patienten ud fra en klinisk vurdering er færdigbehandlet under stationært ophold og derfor forsvarligt kan udskrives, er det obligatorisk, at sygehuset markerer (med forløbsmarkør), at patienten er færdigbehandlet, hvis indlæggelsen pga. eksterne årsager fortsætter ud over dette tidspunkt.

”Færdigbehandlet” kan tilbagekaldes med slutkode.

- ▶ Se nærmere beskrivelse i afs. 4.3.13

8.7 Psykiatriske diagnoser

- ▶ Den generelle beskrivelse af principperne for diagnoseregistreringen findes i Kap. 6

Der skal ved afslutning af alle patientkontakter være registreret og indberettes en kvalificeret aktionsdiagnose. Ved længerevarende kontakter (indlæggelser) skal der senest 30 dage efter kontaktstart indberettes en aktionsdiagnose.

- ▶ De anbefalede psykiatriske aktionsdiagnoser er vist i tabellen på næste side

Listen omfatter, foruden de egentlige psykiatriske DF-diagnoser, en række DZ-koder, der anvendes i forskellige situationer, hvor der ikke kan eller skal knyttes en psykiatrisk DF-diagnose til patientkontakten.

Anvendelsen af DZ-koderne beskrives nærmere i de følgende afsnit.

Bemærk

Diagnoselisten er en *anbefalet* liste af diagnoser, der primært anvendes for patientkontakter med psykiatrisk diagnose som konklusion og dermed aktionsdiagnose.

Det er dog ikke sjældent tilfældet, at konklusionen efter psykiatrisk udredning er en somatisk diagnose, som indberettes som afsluttende aktionsdiagnose. Dette er derfor også muligt, og der er i LPR ingen indholdsmæssig validering på aktionsdiagnosen for psykiatriske patientkontakter

Som **aktionsdiagnose** indberettes den diagnose, som var den væsentligste årsag til de på kontakten gennemførte undersøgelser og behandlinger. Ved konkurrerende sygdomme og tilstande indberettes den væsentligste kliniske tilstand som aktionsdiagnose.

Som tommelfingerregel er aktionsdiagnosen den tilstand, der var **hovedindikationen** for ydelserne på patientkontakten.

Der skal altid registreres en DF-kode, når kriterierne herfor er til stede.

- ▶ Se nærmere i den psykiatriske diagnosebog (spiralbogen)

Det er vigtigt, at aktionsdiagnosen og eventuelle bidiagnoser valideres klinisk inden hver indberetning, hvilket i praksis vil sige, at diagnosen kvalificeres løbende i forbindelse med hvert besøg og indlæggelse samt fx ved modtagelse af fx skanningssvar, der påviser ny eller anden sygdom.

Bemærk

Kravet om diagnoseregistrering og -indberetning gælder i LPR fra og med første patientkontakt (besøg eller indlæggelse). I mange tilfælde kan patientens tilstand i første omgang bedst beskrives med en uspecificeret DF-kode

- ▶ Se dog også vedrørende anvendelsen af DZ032 ”Obs. pro” nedenfor
- ▶ Se afs. 8.7.1 vedrørende diagnosekodning ved kontakter med mentalundersøgelse
- ▶ Retslige vilkår indberettes som forløbsmarkører – se nærmere under afs. 8.5.9

Der skal ud over den relevante aktionsdiagnose desuden indberettes **kontakt-relevante bidiagnoser** for komplicerende psykiatriske og somatiske sygdomme og tilstande og komplikationer til behandling efter de helt generelle principper for kontaktdiagnoseregistreringen, som beskrevet i Kap. 6.

- Se afs. 8.7.5.1 vedr. **bidiagnoser** for tilsigtet selvskade og voldshandling ifm. psykiatrisk patientkontakt

Psykiatrisk aktionsdiagnose-liste – anbefalede diagnosekoder

Psykiatriske aktionsdiagnoser			FL [§]
DF00-99	Psykiatriske diagnoser (Kap V i sygdomsklassifikationen)	Inkl. psykisk lidelse ved demens-sygdom (DF00-03)	P
DZ032	Observation for psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse	se beskrivelse i tekst (afs. 8.7.2) Ekskl: Mentalobservation (DZ046)	P
DZ032X	Psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse afkræftet	se beskrivelse i tekst (afs. 8.7.2.1) Ekskl: Mentalobservation (DZ046)	P
DZ098P	Kontrolundersøgelse efter psykiatrisk behandling	se beskrivelse i tekst (afs. 8.7.3)	P
DZ006	Kontakt mhp undersøgelse som led i klinisk forsknings-program		P/A
DZ038	Observation pga. mistanke om anden sygdom eller tilstand		A
DZ039	Observation pga. mistanke om sygdom eller tilstand UNS		A
Andre diagnoser			
DZ046	Kontakt begæret af myndighed	DZ046 anvendes ved mental-observation (afs. 8.7.1) både som start- og slut-aktionsdiagnose for alle patientkontakter i observationsforløbet. De retslige vilkår og vilkår med tvangsforanstaltninger indberettes i LPR3 som forløbsmarkører	A [§] (P)
DZ614	Problem pga. seksuelt overgreb fra nær person i barndommen	Kan anvendes som aktionsdiagnose på patientkontakter, hvor der ikke stilles en psykiatrisk diagnose. Kan desuden anvendes som bidiagnose til at beskrive baggrunden for den lidelse, der er angivet som aktionsdiagnose	A
DZ615	Problem pga. seksuelt overgreb fra fjern person i barndommen		
DZ709	Seksualrådgivning UNS		A
DZ710	Person i konsultation på anden persons vegne		A
DZ711	Rådgivning ved bekymring for sygdom hos rask person		A
DZ719	Rådgivning uden nærmere specifikation		A
DZ765	Simulering		A
DZ768	<u>Kontakter pga. kønsidentitetsforhold:</u> DZ768E1 Kontakt pga. transkønnethed DZ768E2 Kontakt pga. kønsidentitetsforhold i barndommen DZ768E3 Kontakt pga. andet kønsidentitetsforhold DZ768E4 Kontakt pga. kønsidentitetsforhold UNS	Specificeret kode bør anvendes	A
Somatiske diagnoser kan være relevante som aktionsdiagnose i forbindelse med udredning og behandling af bla. funktionelle lidelser under psykiatrien og ved primær smertebehandling. Somatiske diagnoser bør kun anvendes som aktionsdiagnose i psykiatrien i disse specielle situationer - se afs. 8.7.4. Hvis der er stillet en DF-diagnose, vil denne altid have fortrinsret fremfor somatisk diagnose, der som baggrund for den psykiatriske problemstilling kan registreres som bidiagnose			A

FL: Forløbslabel[§] | P: 'Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser' | A: 'Andre forløb'

[§]) Anbefalet forløbslabel ved alenestående tilstand. Alle personens psykiatriske lidelser kan dog som beskrevet samles under et generelt patientforløb med FL='Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser'

§) Når mentalobservation dokumenteres i selvstændigt forløb, anvendes forløbslabel 'Andre forløb'

8.7.1 Mentalundersøgelse

Ved patientkontakter med mentalobservation (ambulant/indlagt) anvendes aktionsdiagnosen {DZ046} på alle kontakter *uanset* konklusionen af undersøgelsen.

- ▶ Se også afs. 8.4.1 vedr. øvrige registreringer ved mentalundersøgelse

8.7.2 "Obs. pro" (DZ032)

Diagnosekoden {DZ032} 'Observation for psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse' anvendes i de situationer, hvor en ny patient modtages til undersøgelse, udredning eller observation, og hvor der ikke er klinisk belæg for en (DF) psykiatrisk diagnose.

{DZ032} anvendes som aktionsdiagnose på patientkontakterne, indtil en psykiatrisk diagnose kan stilles, eller alternativt psykisk sygdom eller adfærdsforstyrrelse afkræftes {DZ032X} – se følgende afsnit.

Bemærk

Hvis (uspecificeret) DF-diagnose kan stilles allerede ved første patientkontakt, anvendes DF-diagnosekode fremfor {DZ032}.

Et andet eksempel på anvendelse af {DZ032/DZ032X} er en borger, der henvender sig selv eller henvises til undersøgelse med henblik på at få udelukket psykisk lidelse, fx tidligere psykiatrisk patient, der skal have dokumentation i forbindelse med vurdering af jobegnethed eller lignende.

8.7.2.1 'Psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse afkræftet' (DZ032X)

For borgere og patienter, hvor det efter psykiatrisk udredning (ekskl. mentalundersøgelse, se afs. 8.7.1) konkluderes, at der ikke er tale om psykisk lidelse eller adfærdsmæssig forstyrrelse, anvendes slutdiagnosen {DZ032X} 'Psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse afkræftet' som aktionsdiagnose.

- ▶ Ved mentalobservation anvendes {DZ046} både som start- og slut-aktionsdiagnose (afs. 8.7.1).

8.7.3 Kontrol af rask patient (DZ098P)

Ved opfølgende besøg efter tidligere behandling, og hvor patienten efter de faglige kriterier ikke længere opfylder kriterierne for en (DF) psykiatrisk diagnose inkl. symptomer, anvendes diagnosekoden {DZ098P} 'Kontrolundersøgelse efter psykiatrisk behandling' som aktionsdiagnose for besøget.

Forløbslabel er fortsat 'Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser'.

Bemærk: Omfatter kun raske uden symptomer. {DZ098P} anvendes ikke, hvis patienten efter de psykiatriske diagnosekriterier er klassificeret som værende "i remission", fx {DF317} 'Bipolar affektiv sindslidelse i remission'.

De beskrevne principper, der er vedtaget af DPS' diagnoseudvalg, følger de samme principper som i somatikken samt er en konsekvens af kontakt-modellen, hvor diagnoseregistreringen er betinget af den løbende indberetning af selvstændige patientkontakter, allerede fra første (ambulante) besøg.

8.7.4 Patienter i psykiatrien med somatiske diagnoser

Somatiske sygdomsdiagnoser kan også anvendes som aktionsdiagnose i indberetningerne fra psykiatriske enheder. Dette er særligt blevet aktuelt i forhold til de regionale klinikker for funktionelle lidelser, der ofte er organiseret under psykiatrien.

- ▶ Se afs. 8.4.2 om "Funktionelle lidelser"

Somatiske diagnoser kan også være bidiagnoser, hvis somatisk sygdom (komorbiditet) er baggrund for den psykiatriske lidelse eller på anden måde har en klinisk betydning for den psykiatriske behandling.

8.7.5 Kontaktrelevante bidiagnoser

Kontaktens psykiatriske aktionsdiagnose skal ud fra de helt generelle principper (Kap. 6) suppleres af kontaktrelevante bidiagnoser, der beskriver patienttilstanden og **indikationerne** for kontaktens ydelser, herunder eventuelle symptomer, psykisk og somatisk komorbiditet og forhold i øvrigt, der har forårsaget og bidraget til kontaktens kliniske ydelser og ressourcetræk.

Somatisk sygdom som klinisk baggrund for den psykiatriske symptomatologi eller, som har en klinisk betydning for den psykiatriske behandling på kontakten, bør ligeledes registreres som bidiagnoser.

Tilsigtet selvskade og voldshandlinger umiddelbart før henholdsvis under patientkontakt indberettes ligeledes som bidiagnoser.

8.7.5.1 Tilsigtet selvskade og voldshandlinger i forbindelse med psykiatriske patientkontakter

Indberetning af oplysninger om tilsigtet selvskade og voldshandlinger begået mod patienten **umiddelbart før og under patientkontakt** indgår i indberetningen på de psykiatriske patientkontakter.

Diagnosekoderne {DX60-99, DY00-09} beskriver den hændelse, der er sket. Indberetningen skal foretages som **bidiagnose** på den relevante patientkontakt:

SKS-koder	Tilsigtet selvskade og voldshandlinger i forbindelse med psykiatriske patientkontakter
DX60*-84*	Tilsigtet selvbeskadigelse
DX85*-99* DY00*-09*	Overfald eller mishandling Inkl. voldshandling, overgreb (inkl. seksuelle overgreb) og omsorgssvigt

Bemærk

Indberettes som bidiagnose.

Disse diagnosekoder kan ikke anvendes som aktionsdiagnoser.

Hvis en hændelse under et psykiatrisk forløb (aktivt forløbselement) sker på et tidspunkt uden for kontakten, foretages registreringen på den umiddelbart efterfølgende kontakt, jf. principperne nedenfor.

8.7.5.1.1 Hændelser før patientkontakt

Tilsigtet selvskade og vold **før** patientkontakt, hvor hændelsen udgør en væsentlig grund til eller baggrund for kontakten, indberettes som **bidiagnose** på den efterfølgende patientkontakt.

Registreringen skal ikke betragtes som en anamnestisk oplysning. Det er betydningen for den psykiatriske kontakt, der er afgørende.

Det er således ikke afgørende, om patienten før modtagelse på psykiatrisk enhed har været via somatisk skadebehandling eller ej.

Indberetning skal foretages via bidiagnose-kodningen på kontakten:

- ved selvmordsforsøg og anden selvtillføjet skade **før** patientkontakten indberettes relevant kode fra {DX60-84} (6 karakterer med endetal '0') som bidiagnose
- ved voldshandling med følger for patienten **før** patientkontakten indberettes relevant kode fra {DX85-99} eller {DY00-09} som bidiagnose

8.7.5.1.2 Hændelser under patientkontakt

Indberetning af oplysninger om tilsigtet selvskade og vold **under** igangværende psykiatrisk patientkontakt skal foretages som **bidiagnose** på den aktuelle kontakt:

- ved selvmord, selvmordsforsøg og anden selvtillføjet skade under igangværende kontakt indberettes relevant kode fra {DX60-84} (6 karakterer med endetal '1') som bidiagnose
- ved voldshandling med følger for patienten under igangværende kontakt indberettes relevant kode fra {DX85-99} eller {DY00-09} som bidiagnose

8.8 Psykiatriske procedurer

Bemærk, at der i det følgende (afs. 8.8.2-3) skelnes mellem de fysiske fremmøder, der finder sted på et sengeafsnit, hvor patienten disponerer over en normeret seng, og øvrige fysiske fremmøder (ambulante besøg).

► Vedr. periode med mentalundersøgelse – se afs. 8.4.1

Medikamentel psykiatrisk behandling skal ikke LPR-indberettes.

Der skal generelt ikke indberettes varighed eller andre specifikationer af de psykiatriske ydelser.

Varighed *kan* indberettes ved angivelse af sluttidspunkt ud over det obligatoriske starttidspunkt. Et angivet sluttidspunkt for en kontakt-procedure skal ligge inden for kontaktens tidsramme.

8.8.1 Elektrokonvulsiv behandling

Der skal indberettes elektrokonvulsiv behandling (ECT) med følgende SKS-koder:

Procedurekode	Procedure – enkelt behandlingsseance
BRXA1*	Behandling med elektrokonvulsiv terapi ECT
BRTB1*	Tvangsbehandling med elektrokonvulsiv terapi ECT

Det er obligatorisk at indberette ovenstående SKS-koder på mindst 5 karakterer.

Kravet gælder såvel stationære som ambulante patienter.

ECT indberettes med en procedurekode for hver enkelt behandlingsseance knyttet til den relevante patientkontakt.

Den samlede behandling (behandlingsserie) vil vise sig som et antal registrerede procedurekoder – en for hver behandlingsdag.

8.8.2 Ydelser til indlagte psykiatriske patienter

Der er generelt krav om indberetning af **billeddiagnostiske undersøgelser, oplysninger om ECT-behandling** (se ovenfor) og **forløbsbeskrivelser for indlagte patienter**.

Der er særskilte forløbsbeskrivelser for voksne hhv. børn og unge (BUP).

Disse skal registreres med administrative procedurekoder:

Procedurekode	Ydelse
AAF18A	Udadreagerende adfærd, forløbsbeskrivelse
AAF18B	Diagnostiske vanskeligheder, forløbsbeskrivelse
AAF18C	Suicidalitet eller selvskade, forløbsbeskrivelse
AAF18D	Manglende sociale ressourcer og udtalt forpinthed, forløbsbeskrivelse
AAF18E	I henhold til dom med mulighed for indlæggelse, forløbsbeskrivelse
AAF18M	BUP Beskyttelsesindlæggelse, forløbsbeskrivelse
AAF18N	BUP Udredning og diagnosticering, forløbsbeskrivelse
AAF18P	BUP Miljøterapeutisk behandling, forløbsbeskrivelse
AAF18Z	Placeret uden for forløbsbeskrivelse

Forløbsbeskrivelserne tager udgangspunkt i årsagen til indlæggelsen og grupperer problemstillinger, der kræver ensartet behandling på tværs af diagnosegrupper, fx suicidalitet/selvskade.

Forløbsbeskrivelserne registreres med en administrativ procedurekode på indlæggelseskontakten ved kontaktstart – hurtigst muligt og senest ved første gennemgang.

8.8.3 Ambulante psykiatriske ydelser

Følgende ydelser skal efter aftale med DPS obligatorisk registreres og indberettes for ikke-stationære patienter.

Dette omfatter ud over ved 'fysisk fremmøde' også de samme ydelser udført under hjemmebesøg og udebesøg (kontakttype 'udekontakt'), samt ved telefon- og videokonsultationer (kontakttype: 'virtuel kontakt').

Ydelser, der registreres og indberettes på ambulante psykiatriske patienter:

Procedurekode	Ydelse
BRXA1*	Behandling med elektrokonvulsiv terapi ECT
BRTB1*	Tvangsbehandling med elektrokonvulsiv terapi ECT
BRSP1	Individuel psykoterapi
BRSP5	Psykoterapi i gruppe
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse
ZZ4992	Semistruktureret diagnostisk interview
ZZ0149AX	Somatisk udredning
BRKP1	Individuel psykoedukation
BRKP8	Psykoedukation i gruppe
BVAA5	Samtale med pårørende
BVAW2	Netværksmøde
BVAW1	Kontakt med anden myndighed
BRBP	Træning af kombinerede psykosociale færdigheder
ZZ9970FA	Screening for selvmordsrisiko
BVAA33A	Telefonkonsultation #
BVAA33D	Videokonsultation #

#) **Telefonkonsultationer og videokonsultationer** indberettes som de angivne procedurekoder i en patientkontakt af kontakttypen: 'virtuel kontakt'.

8.8.4 Ydelser ved udekontakter

Hjemmebesøg og udebesøg indberettes som kontakter med kontakttypen: 'udekontakt'.

Ovenstående (ambulante) ydelser udført under udekontakt skal indberettes knyttet til udekontakten.

8.8.5 Ydelser uden samtidig patientkontakt

Hvis ydelser listet under afsnit 8.8.3 (ambulante ydelser) udføres uden samtidig patientkontakt, dvs. som "ydelse uden patientkontakt" (forløbsydelse), skal disse også indberettes.

I disse tilfælde knyttes ydelsen direkte til forløbselementet i indberetningen.

For den enkelte resultatindberetning kan der tilknyttes regler og valideringer til sammenhæng mellem trigger og resultater og desuden betingede regler mellem de enkelte resultater inden for resultatindberetningen.

Det er desuden muligt at indberette resultater uden trigger, hvis der er behov for dette.

Resultatindberetningen skal under alle omstændigheder i indberetningen knyttes til et aktuelt og relevant **Forløbselement** for den indberettende enhed.

Eksempler på forskellige *triggere* og tilhørende resultatindberetning

Trigger-objekt	trigger-udfaldsrum (SKS) [kodeliste]	Resultatindberetning	Kommentar
diagnose	fødselsdiagnose-kode (moder) [diag.foedmor]	Fødselsindberetning (flere resultater)	obligatorisk
procedure	hørescreeningsprocedurekode [proc.hoerescreen]	Resultat af hørescreening (et resultat)	obligatorisk
kontaktårsag	ulykke, vold, selvmordsforsøg [admin.kontaarsag.skade]	Skadeindberetning (flere resultater)	obligatorisk
forløbsmarkør	-	ingen aktuelle eksempler	-
kontakt	-	ingen aktuelle eksempler	-
forløb	(triggerløs)	ingen aktuelle eksempler	-

Modellen er universel og kan udbygges løbende ved behov. Forløbsmarkør og Kontakt kan således senere ved behov anvendes som trigger til specificerede resultatindberetninger.

I dette kapitel beskrives kun de fælles generelle ting vedrørende resultatindberetningen.

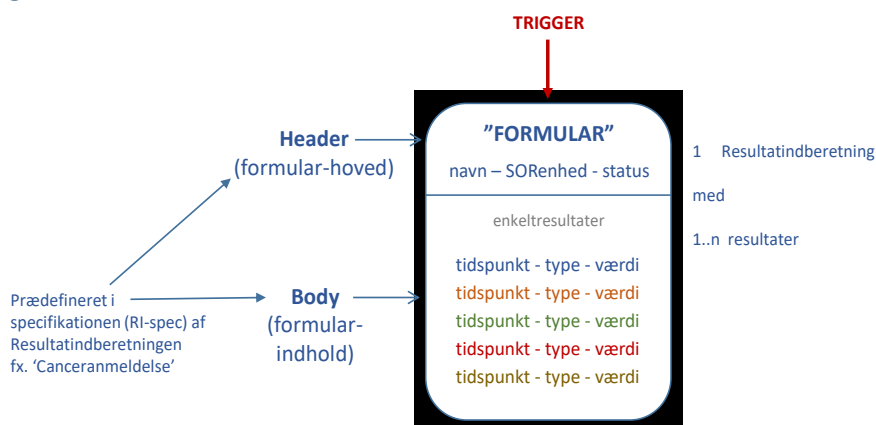
De enkelte specificerede resultatindberetninger er beskrevet i de følgende kapitler (10-14). Alle specifikationer af resultatindberetningerne (RI-specs) findes i den tekniske LPR-dokumentation (Bilag 1a)

En resultatindberetning består af to dele:

- et (1) overordnet objekt (header), der er fælles for den samlede resultatindberetning
- et "body" med et eller flere (1..n) typificerede enkelt-resultater

En resultatindberetning kan indeholde fra et til mange (1..n) enkeltresultater og er logisk set blot et navngivet skema eller formular med tilhørende eksterne (trigger) og interne regler for dataindhold.

Principtegning



Den følgende oversigt viser alle resultatindberetninger, der er integreret i LPR's resultatindberetning, herunder de også tidligere obligatoriske indberetninger.

9.2 Beskrivelse – resultatindberetning

9.2.1 Anvendte termer og definitioner – resultatindberetninger

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
resultatindberetning	fælles betegnelse for struktureret (formular) indberetning til LPR af resultater Kommentar: Ved "resultat" forstås i meget bred forstand alle former for egentlige resultater af procedurer, samt samlede indberetninger og anmeldelser til særlige registre og formål, fx fødsler, aborter og skader, anmeldelser af kræftsygdomme	
ansvarlig enhed for resultatindberetning	<u>sundhedsproducerende enhed</u> der har ansvar for at der foretages en komplet <u>resultatindberetning</u>	
navn for resultatindberetning	navn på fastlagt <u>resultatindberetning</u> i SKS-klassificeret navneliste Kommentar: SKS-klassificeret - kodeliste [resindb.navn]	
resultatindberetningsspecifikation	specifikationerne og regler for <u>resultatindberetning</u>	
resultattidspunkt	tidspunkt for et resultats fremkomst	
resultattype	betegnelse for et enkelt resultat Kommentar: SKS-klassificeret - kodeliste [res.type]	
resultatværdi (værdi)	værdi af enkelt resultat inden for et fastlagt <u>udfaldsrum</u>	
status for resultatindberetning (indberetningsstatus) (status)	angivelse af komplethed af en indberettet <u>resultatindberetning</u> Kommentar: SKS-klassificeret - kodeliste [resindb.status]	
resultattrigger (trigger)	dataelement der udløser krav om en (bestemt) <u>resultatindberetning</u> Kommentar: En trigger kan være kontakt, kontaktårsag, kontaktdiagnose, forløbsmarkør eller procedure. Triggerne for den enkelte resultatindberetning findes altid inden for et SKS-klassificeret <u>udfaldsrum</u> = kodeliste angivet i firkantede parenteser, fx: [diag.abort] – abortdiagnoser, der trigger resultatindberetningen: 'Abortoplysninger'.	

9.2.2 Resultatindberetning "Header"

Det overordnede element for en resultatindberetning består af følgende generelle oplysninger, hvortil der knyttes et eller flere enkeltresultater – se 'Resultatindberetning "Resultat"'.

Resultatindberetningens overordnede objekt indberettes med følgende oplysninger:

Resultatindberetning	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
trigger-ID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objekt-ID for trigger-objekt
navn	SKSkode	[resindb.navn]	1	obligatorisk. type af indberetning, fx "canceranmeldelse"
ansvarligEnhed	SORKode	SORKlass	1	obligatorisk. den enhed, der indberetter resultatindberetningen
status	SKSkode	[resindb.status]	1	obligatorisk. angivelse af komplethed af den indberettede resultatindberetning

Resultatindberetning "Header" indberettes knyttet til den **trigger** (trigger-objekt), der har udløst resultatindberetningen.

En resultatindberetning kan desuden i princippet knyttes direkte til **Forløbselement**. Der er ingen aktuelle eksempler på denne teoretiske mulighed.

9.2.2.1 Navn for resultatindberetning

'navn' typificerer, hvilken resultatindberetning, der er tale om, fx 'Canceranmeldelse'.

Sundhedsdatastyrelsen opretter og vedligeholder en liste over navne for resultatindberetninger.

Nye nationale resultatindberetninger kan oprettes efter aftale med regionerne.

9.2.2.2 Status for resultatindberetning

Det skal ved resultatindberetninger indgå oplysning (status) om, hvorvidt der er tale om en komplet (fuld) eller inkomplet (foreløbig) indberetning.

Der er følgende generelle status for resultatindberetninger [resindb.status]:

kodeliste	kode	kodetekst
[resindb.status.subb]	RAS00	resultatindberetning inkomplet
[resindb.status.suba]	RAS01	resultatindberetning komplet

► Der er desuden særlige anmeldelsesstatus knyttet til canceranmeldelsen – se afs. 10.4.1.2

Der kan og vil ofte afhængig af status være forskellige indholdsmæssige krav til den samlede resultatindberetning. Ved status "komplet" {RAS01} gælder reglerne for den endelige og komplette indberetning. Dette betyder ikke, at en "komplet" ikke senere kan/skal kvalificeres – se afs. 9.3.1

9.2.2.3 Tidsmæssige krav til resultatindberetninger

Der er forskellige krav knyttet til de forskellige resultatindberetninger i forhold til, hvornår en komplet og eventuelt en inkomplet indberetning skal foretages i forhold til triggeren subs. *indberetningen* af triggeren for resultatindberetningen (RI).

Der er i praksis forskel på, om det er relevant at tale om en inkomplet, dvs. foreløbig (ufuldstændig og/eller ikke opkvalificeret) indberetning, fordi der forventeligt er en periode (DELAY), hvor der kan ske indhentning af de nødvendige oplysninger for udfyldelse og kvalificering af den komplette RI, som det gælder for canceranmeldelsen.

Obligatoriske resultatindberetninger. De tidsmæssige krav er angivet:

RI navn – beskrevet i (Kap.afs)	Trigger-klasse	DELAY (dage) for komplet RI	betingelse for komplet RI
Canceranmeldelse (10)	Diagnose	(0)-30 [‡]	kontaktafslutning (med trigger)
Fødselsindberetning mor (11)	Diagnose	7	kontaktafslutning (med trigger)
Fødselsindberetning barn (11)	Diagnose	7	kontaktafslutning (med trigger)
Abortoplysninger (12)	Diagnose	7	kontaktafslutning (med trigger)
Skadeindberetning (13)	Kontaktårsag	3	kontaktafslutning (med trigger)
Resultat af neonatal hørescreening (14.1)	Procedure	0	procedure/starttidspunkt (trigger)
Beslutning vedrørende personligt alarm og pejlesystem (14.2)	Procedure	0	procedure/starttidspunkt (trigger)
Tvangsforanstaltning (14.3)	Procedure	0	procedure/starttidspunkt (trigger)
Implantatoplysninger (14.4)	Procedure	0	procedure/starttidspunkt (trigger)
Udlevering af høreapparat	Procedure	0	procedure/starttidspunkt (trigger)

[‡] **Bemærk:** Ved canceranmeldelsen skal der altid indberettes en RI (inkomplet eller komplet) ved enhver indberetning af triggeren efter kontaktafslutning. For de øvrige er der ikke krav om indberetning af RI'en før den angivne "delay". Der skal være en komplet kvalificeret canceranmeldelse senest 30 dage efter første trigning.

Der er derfor forskel i de tidsmæssige krav til de forskellige obligatoriske resultatindberetninger. **DELAY** angiver på baggrund af en betingelse tidsfristen for indberetning af en komplet resultatindberetning.

- ▶ Se afs. 9.3.2 vedrørende multiple trigninger af samme resultatindberetning

9.2.3 Resultatindberetning "Resultat"

Det enkelte specifikke resultat indberettes som et selvstændigt objekt 'Resultat', der knyttes til (1) indberetningsobjektet "Header" (afs. 9.2.2), der overordnet typificerer den samlede resultatindberetning med tilhørende et eller flere tilknyttede enkelt-resultater.

Resultatindberetningens enkeltresultat indberettes knyttet til "Header" med følgende oplysninger:

Resultat	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
reference-ID	char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objekt-ID for Resultatindberetning "Header"
type	SKSKode	[res.type]	1	obligatorisk
værdi	char	relevant for den givne resultattype og dens specificerede værdienhed	1	obligatorisk
tidspunkt	datoTid	tidspunkt	0..1	obligatorisk for visse resultater (specificeres). Tidspunkt for opnåelse af resultatet

Der kan være regler for kodet og værdisat udfaldsrum, samt for obligatorisk/frivillig.

Bemærk: De enkelte resultatindberetninger i de følgende kapitler vises i en skema/formular-form, hvor enkelt-resultaterne viser som linjer under resultatindberetningens "header" jf. principtegning og beskrivelse i afs. 9.1-9.2

9.2.3.1 Resultattype

Resultattypen er den unikke klassificerede betegnelse for det enkelte resultat.

Sundhedsdatastyrelsen opretter og vedligeholder en SKS-kodeliste med anvendte generiske navne for resultattyper.

Resultattyper fastlægges og vedligeholdes efter behov og aftale med regionerne.

9.2.3.2 Resultatværdi

Værdien for det enkelte resultat skal være i overensstemmelse med den værdienhed, der er angivet for den enkelte resultattype. Dette er standardiseret ifølge specifikationen af den enkelte resultatindberetning. Værdier kan bla. være tal, tekst og SKS-kode, tilhørende specificeret kodeliste.

Der kan opsættes specifikke valideringer for specifikke resultaters type og værdier, fx intervaller. Resultatværdien angives i forhold til den værdienhed, der fremgår af specifikationen af resultatindberetningen.

9.2.3.3 Tidspunkt

For hvert resultat kan der være behov for at indberette tidspunktet for resultatets konstatering. Dette må ikke forveksles med resultattyper for tidspunkter, hvor tidspunkt er *værdien* for resultatet.

9.3 Obligatoriske resultatindberetninger

I de følgende kapitler (Kap. 10-13) er de specifikke anmeldelser/indberetninger for kræftsygdomme, fødsler (mor og barn), aborter samt skader beskrevet.

I Kap. 14 findes indberetninger for resultat af neonatal hørescreening (afs. 14.1), beslutning vedrørende personligt alarm og pejlesystem (afs. 14.2), indberetning vedrørende beslutning om tvangsforanstaltning over for varigt inhabil somatisk patient (afs. 14.3), indberetning af oplysninger om indsættelse og fjernelse af implantater til brug for Implantatregisteret (afs. 14.4) samt (afs. 14.6) krav til indberetning ved udlevering af høreapparat.

De angivne parametre er obligatoriske ved fuld indberetning, status {RAS01}, med mindre, at andet er angivet i specifikationer og skemaer.

Interne regler for sammenhænge og udfaldsrum for og mellem resultater beskrives systematisk i specifikationen (RI-spec) af den enkelte resultatindberetning og er medtaget tekstuel i skemaerne under de enkelte konkrete resultatindberetninger i Kap. 10-14.

- De samlede RI-specifikationer indgår i det samlede tekniske materiale i Bilag 1a.

9.3.1 Kvalificering af resultatindberetning

Der gælder, afhængig af indberetningsstatus, dvs. graden af kompletthed af resultatindberetningen, specifikke regler for indholdet af den enkelte resultatindberetning, der sikrer en komplet udfyldt indberetning, eventuelt indenfor en krævet tidsramme (se afs. 9.2.2.3).

Dette sikrer dog ikke, at indberetningen er fuldt og aktuelt kvalificeret. Det er vigtigt, at indberetningerne og herunder anmeldelserne kvalificeres på baggrund af den opdaterede kliniske viden, samt når ny viden opstår, således at formålet med for eksempel canceranmeldelsen bliver opfyldt jf. bekendtgørelsen.

En opdateret resultatindberetning indberettes tilknyttet dens oprindelige trigger ved genindberetning med mindre, at der er fremkommet en senere ny trigger for *samme* resultatindberetning

- se videre i afs. 9.3.2

Der er for den enkelte af de obligatoriske resultatindberetninger sat en absolut tidsgrænse (DELAY, se afs. 9.2.2.3) for, hvornår en komplet udfyldt resultatindberetning senest skal være indberettet, fx 30 dage ved canceranmeldelsen, regnet fra den **første trigning** – dvs. en kontaktindberetning af den afsluttede patientkontakt med en anmeldelsespligtig kontaktdiagnose (triggeren) for kræftsygdommen.

Dette sikrer en komplet indberetning, men som sagt ikke nødvendigvis en endelig kvalificeret indberetning, hvorfor der altid bør være en sikring af, at der følges op på indberetningen, indtil den seneste indberetning også er den endelige.

For canceranmeldelsen gælder det særlige, at den incidente anmeldelse skal kvalificeres i hele incidensperioden, der er fire måneder fra incidensdatoen, så længe enheden fortsat har forløbsansvaret for sygdomsforløbet i denne periode.

Selv om, at der over tid ofte vil være flere *indberetninger* af den samme anmeldelse – det er dét, der er beskrevet i denne indberetningsvejledning – er dette kun krav til og en beskrivelse af de løbende (triggende) indberetninger af, hvad der for brugerne bør være én anmeldelsesformular, der kan tilgås og kvalificeres løbende i en relevant periode uafhængig af kontakter, så længe enheden har forløbsansvaret (svt. forløbselementet) for patienten i det aktuelle sygdomsforløb.

Det anbefales, at det lokale system understøtter, at der kun oprettes og opdateres en formular per sygdom, som brugerne løbende kan (vælge og) forholde sig til, efterhånden som de relevante kliniske oplysninger foreligger, og indtil den fulde anmeldelse er færdiggjort. Selve indberetningen kan foregå "bag om brugeren", betinget af triggere og systemets tidsmæssige valideringer.

- Se også beskrivelse og kommentar vedrørende canceranmeldelsen i afs. 10.4.1

9.3.2 Multiple trigninger af samme resultatindberetning – generelt princip

Det gælder i den kontaktbaserede indberetningsmodel, at den samme anmeldelse eller anden form for resultatindberetning kan blive trigget flere gange fx af kontaktdiagnoser – samme diagnosekode eller en anden trigger-værdi – og derfor skal indberettes knyttet til flere besøg i samme sygdomsforløb.

I indberetningen skal den mest kvalificerede resultatindberetning altid knyttes til dens seneste forekommende trigger for resultatindberetningen.

- ▶ Dette er nærmere konkretiseret for canceranmeldelsen i afs. 10.4.1.1 og for 'abortoplysninger' i afs. 12.3.3.1

Dette er systemafhængigt og kan derfor ikke beskrives mere præcist i denne indberetningsvejledning.

- ▶ Se også afs. 9.3.1 vedr. kvalificering af resultatindberetningen

Bemærk

Hvis der er angivet en tidsgrænse for indberetning af en "komplet", status {RAS01}, resultatindberetning, gælder dette fra tidspunktet for den første trigger-betingelse jf. tabellen i afs. 9.2.2.3 til første indberetning af den (første) komplette version.

En indberettet trigger, dvs. kontaktdiagnose tilhørende trigger-kodeliste fx [diag.car] skal altid indberettes ledsages af en resultatindberetning. Der kan indenfor *delay*perioden indberettes en eller flere inkomplette resultatindberetninger.

Hvis komplet og endelig RI ikke kan udfyldes inden udløb af *delay*, indberettes en udfyldt RI med de aktuelt mest kvalificerede oplysninger, der så ved behov korrigeres i forbindelse med følgende kontakt med resultatindberetning.

- ▶ Se nærmere om canceranmeldelsen i følgende kapitel under afs. 10.4 og især illustrationen i afs. 10.4.1.1
- ▶ Vedr. gentagne abort-kontakter – se afs. 12.3.3.1

9.4 Kvalitetssikring af resultatindberetninger

Komplethed og kvalitet af de indberettede resultatindberetninger kontrolleres og valideres på forskellige måder. Denne kontrol vil løbende blive udviklet med bla. opmærksomhedslistes, der sendes tilbage til regionerne, når der fx mangler en endelig kvalificeret anmeldelse til Cancerregisteret og lignende.

9.5 Udvikling af nye resultatindberetninger

Det er hensigten, at resultatindberetninger fremover vil blive udviklet ikke bare i forbindelse med nye krav til struktureret indberetning af "situationsbetingede tillægsoplysninger", men også til brug for LPR-kanaliseret indberetning af andre resultater fx indberetninger til kliniske kvalitetsdatabaser og lignende, hvor LPR kan fungere som en sikret og rationel datavej og -samler af sundhedsdata til brug for flere parter.

Der pågår drøftelser om denne udvikling, der i princippet også vil kunne indeholde kliniske data med stor relevans for patientoverblik og -behandling.

10 KRÆFTSYGDOMME OG ANMELDELSE TIL CANCERREGISTERET

Indberetningskravene vedrørende kræftsygdomme omfatter diagnose for den primære kræftsygdom, sygdomsudvikling inklusive klinisk recidiv, primær behandling og efterbehandling, kontrol, anmeldelse til Cancerregisteret (CAR), indberetning af sygdomsspecifikke pakkeforløbsmarkører, samt indberetning af forløbsmarkører i forbindelse med behandling under ”maksimale ventetider”.

- ▶ [Forløbsmarkører for pakkeforløb og patientrettigheder er beskrevet i Kap. 4](#)

Dette kapitel omhandler dels generel vejledning i kodning og specificering af kræftsygdomme, herunder i de forskellige faser i et kræftforløb, dels de særlige regler, der gælder for den obligatoriske anmeldelse til CAR.

For kræftområdet gælder det måske særligt tydeligt, at der er forskel på kravene, som de her er beskrevet i forhold til *indberetningen*, og så den faktiske implementering af kravene i *registreringen* i den lokale system-brugergrænseflade. Dette kapitel skal derfor læses, som det det er – altså en *logisk* beskrivelse af indberetningen.

- ▶ Der henvises til den lokale registreringsvejledning vedrørende de *registreringsnære* muligheder og krav

Anmeldelse til Cancerregisteret

Anmeldelsen af en kræftsygdom til CAR skal foretages som en specificeret kontaktdiagnose-trigget resultatindberetning '**Canceranmeldelse**'. Det er altid diagnosekoden for den primære kræftsygdom (grundsygdommen), der anmeldes, uanset om denne indberettes som aktion- eller bidiagnose.

Dette inkluderer ukendt primær kræftsygdom {DC809}, hvis grundsygdommen på det aktuelt foreliggende grundlag på anmeldelsestidspunktet ikke kan specificeres nærmere.

Bemærk: Der er kun krav til anmeldelse af bidiagnoser ved behandling af metastaser og lokalrecidiv.

Anmeldelsespligten gælder alle kliniske enheder, der er involveret i udredning og behandling af en anmeldelsespligtig neoplasie, jf. BEK nr. 1049 af 12/08/2018 ”Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Cancerregisteret af kræftsygdomme m.v.”.

Fuld anmeldelse skal ske fra enheden **senest 30 dage** efter første kontaktafslutning på enheden med en **anmeldelsespligtig diagnose** (trigger). Anmeldelsesstatus ”inkomplet” kan anvendes i indberetningen, indtil komplet og kvalificeret anmeldelse foretages.

- ▶ [Kravene til anmeldelse til CAR er beskrevet i afs. 10.3-4](#)

Sygdomsforløb

Der skal, hvis patienten ikke allerede har et **forløbselement** for kræftsygdommen, som enheden kan anvende, oprettes et selvstændigt forløbselement for den enkelte kræftsygdom med forløbslabel: 'Kræftsygdomme', hvortil de sygdomsrelaterede forløbsmarkører, kontakter, diagnoser, ydelser og anmeldelse (resultatindberetning) til CAR knyttes.

Forløbslabel 'Kræftsygdomme' dækker det samlede forløb med mistanke, udredning, behandling og klinisk kontrol for én kræftsygdom, også korte (pakke)forløb, hvor en begrundet mistanke om kræftsygdom afkræftes under udredningen. Forløbslabelen 'Kræftsygdomme' er således *ikke et diagnosebegreb*.

- ▶ Se også indledningen til Kap. 4 om ”Forløb” samt vedrørende forløbslabel 'Kræftsygdomme' i afs. 4.1.7.2

Pakkeforløb

Der er en række specifikke pakkeforløb for kræftsygdomme, hvor der skal indberettes pakkespecificerede **forløbsmarkører** for hændelser i kræftforløbet. Disse er nærmere beskrevet i pakkeforløbsbeskrivelserne^u med tilhørende registreringsvejledninger.

- ▶ ^u) Se nærmere under Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside
- ▶ Pakkeforløbsmarkørerne er medtaget i oversigten over samtlige forløbsmarkører under afs. 4.3.4.1

Forløbsmarkørerne skal løbende knyttes *tidstro* til forløbselementet for kræftsygdommen, også selvom der ikke er en samtidig patientkontakt. Hvis patienten har flere kræftsygdomme, skal forløbsmarkøren indberettes på forløbselementet for den sygdom, som markøren primært omhandler.

- ▶ Se afs. 4.3.9.1 vedrørende forløbsmarkører for maksimale ventetider

Fjernmetastaser og lokalrecidiv

Indberetning af oplysninger om (fjern)metastaser og lokalrecidiv identificerer forværring af sygdommen i de senere faser af forløbet, herunder ved kontakter med klinisk recidiv.

Aktuelt kvalificerede oplysninger om forekomst af fjernmetastaser ved kræftsygdom er obligatorisk ved indberetning af en kræftdiagnose i hele kræftforløbet, herunder også under behandling og efterbehandling af sygdommen.

Oplysning om tilstedeværende lokalrecidiv kan tilsvarende angives til diagnosen for kræftsygdommen i hele kræftforløbet. Det er dog frivilligt.

Det er afgørende for patientoverblik, kliniske databaser og forskning, at kræftdiagnoser med obligatoriske supplerende oplysninger om forekomst af fjernmetastaser og evt. lokalrecidiv klinisk valideres ved hver patientkontakt i *hele* kræftforløbet i forhold til det tidligere registrerede således, at de indberettede oplysninger til stadighed er aktuelle og klinisk relevante.

Kræftbehandling

Der er krav om indberetning af en række procedurer ved undersøgelse og behandling af kræftsygdomme.

- ▶ Kravene kan ses i afs. 7.2.2

Det anbefales udover de overordnede krav at registrere de væsentligste (ressourcetunge) undersøgelser, der førte frem til kræftdiagnosen og ved senere kliniske fund i forløbet, også selv om der ikke er noget formelt indberetningskrav.

Det anbefales, at der ved alle kontakter af typen fysisk fremmøde altid registreres som minimum en procedurekode til beskrivelse af den primære sundhedsfaglige ydelse på kontakten også, hvor der formelt set ikke er et obligatorisk procedurekrav.

Henvisninger til andre afsnit

- ▶ Pakkeforløbsmarkører samt andre markører for kræftsygdomme og maksimale ventetider indgår i forløbsmarkørerne, som er beskrevet i Kap. 4
- ▶ Nationale kræftscreeningsprogrammer – se under afs. 4.3.10
- ▶ Diagnoseindberetningens basale principper er beskrevet i Kap. 6. De særlige principper vedrørende indberetning af aktuelle oplysninger om **metastaser** og **lokalrecidiv** er beskrevet i dette kapitel – se afs. 10.2.3-4
- ▶ De generelle principper for indberetningen af resultater er beskrevet i Kap. 9, herunder hvordan gentagen trigning af resultatindberetninger håndteres i indberetningen (afs. 9.3.2)
- ▶ Procedureindberetningen er beskrevet generelt i Kap. 7. I afs. 7.2.2 findes de specifikke krav til indberetning af behandlinger ved neoplastiske sygdomme

10.1 Anvendte termer og definitioner – kræftsygdomme og anmeldelse til Cancerregisteret

Generelle definitioner og beskrivelser

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
<i>anmeldelsespligtig sygdom til Cancerregisteret</i>	diagnose der udløser særlige krav om anmeldelse og indberetning til Cancerregisteret Kommentar: Omfatter kræftsygdomme og visse andre udvalgte neoplastiske sygdomme Kodeliste: [diag.car]	
incidenstidspunkt	tidspunkt for klinisk erkendelse af en sygdom hos en <u>patient</u> Kommentar: Tidspunktet for, hvornår en sygdomsdiagnose stilles første gang Bemærk: En incident anmeldelse af en sygdom skal kvalificeres ved ændringer i sygdommens udbredelse inden for incidensperioden, når ny viden opnås, og enheden fortsat har kontakt med <u>patienten</u>	

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	v. 3.1
<i>incidensperiode</i>	periode fra incidenstidspunkt og fire måneder frem Kommentar: Incidensperioden er anmeldelsesperioden for nyopdaget kræftsygdom til Cancerregisteret. Der skal i incidensperioden foretages kvalificering af anmeldelsen, når der foreligger ny viden om sygdommen på enheden, der ændrer beskrivelsen i en tidligere foretaget anmeldelse	
klinisk recidiv (recidiv) (sygdomsrecidiv)	tilbagefald af sygdom efter periode med klinisk remission Kommentar: Den generelle betydning dækker enhver klinisk genkomst af en sygdom efter en periode uden klinisk erkendelig sygdomsaktivitet. For neoplastiske sygdomme inkluderer dette lokalrecidiv og fjernmetastase efter sygdomsfri periode	
<i>metastase</i> (<i>fjernmetastase</i>)	forekomst af udsæd af kræftceller i andet organ eller væv Inkl: regionale lymfeknudemetastaser Kommentar: metastase betegnes ofte for (en type af) et "(klinisk) recidiv". Dette er formelt kun korrekt, hvis der har været tale om en periode med klinisk remission. Metastase påvist på incidenstidspunktet og i incidensperioden (op til fire måneder fra incidenstidspunktet) er ikke et "recidiv". Oplysninger om metastaser indgår i canceranmeldelsen i incidensperioden	
lokalrecidiv	klinisk recidiv (af kræftsygdom) opstået efter primær <u>behandling</u> i (utilsigtet) efterladt tumorvæv eller ved direkte indvækst af tumorvæv i tilstødende væv eller organ	
klinisk remission (remission)	forsvinden eller bedring af en sygdom eller et sygdomssymptom Kommentar: Opdeles i partiel (delvis) og komplet remission	
<i>klinisk stadie</i> (<i>stadie</i>)	anmeldelsespligtig sygdoms udbredelse på incidenstidspunktet Kommentar: Se nærmere vejledning i afs 10.4.2.4	
<i>TNM</i>	Kommentar: TNM-klassifikationen klassificerer tumorudbredelse, regional lymfeknudeinvolvering og forekomst af fjernmetastaser på incidenstidspunktet for neoplastiske (kræft) sygdomme T, N og M er defineret i "TNM, Classification of Malignant Tumours", (8. edition (2016))	
<i>lymfomsygdom</i>	Kommentar: Diagnoser, der er anmeldelsespligtige til Cancerregisteret og indgår i kodelisten: [diag.car.lymfom]	

Definitioner og beskrivelser for indberetningsoplysninger, der er SKS-klassificeret (kodelister)

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	kodeliste
<i>anmeldelsesstatus</i>	angivelse af en sygdoms status i forhold til anmeldelse til Cancerregisteret Kommentar: Indgår særskilt i resultatindberetningen 'Canceranmeldelse'.	[res.statuscar]
<i>makroskopisk diagnosegrundlag</i>	angivelse af hvilke makroskopiske undersøgelser der ligger til grund for den anmeldte sygdom	[res.makrogr]
<i>mikroskopisk diagnosegrundlag</i>	angivelse af hvilke mikroskopiske undersøgelser der ligger til grund for den anmeldte sygdom	[res.mikrogr]
<i>cT-stadie</i> (tumorudbredelse)	<i>klinisk</i> TNM-stadieangivelse for udbredelse af kræftsygdom	<i>indgår i</i> [res.tcstad]
<i>cN-stadie</i> (regional lymfeknude-status)	<i>klinisk</i> TNM-stadieangivelse for forekomst af regionale lymfeknudemetastaser ved kræftsygdom	<i>indgår i</i> [res.ncstad]
<i>cM-stadie</i> (fjernmetastasesstatus)	<i>klinisk</i> TNM-stadieangivelse for forekomst af fjernmetastaser ved kræftsygdom	<i>indgår i</i> [res.mcstad]
<i>pT-stadie</i> (tumorudbredelse)	<i>patologisk korigeret</i> TNM-stadieangivelse for udbredelse af kræftsygdom	<i>indgår i</i> [res.tcstad]
<i>pN-stadie</i> (regional lymfeknude-status)	<i>patologisk korigeret</i> TNM-stadieangivelse for forekomst af regionale lymfeknudemetastaser ved kræftsygdom	<i>indgår i</i> [res.ncstad]
<i>pM-stadie</i> (fjernmetastasesstatus)	<i>patologisk korigeret</i> TNM-stadieangivelse for forekomst af fjernmetastaser ved kræftsygdom	<i>indgår i</i> [res.mcstad]

<i>lymfom-stadie</i> (lymfomudbredelsesstatus)	klinisk stadiangivelse for udbredelse af lymfomsygdom Der anvendes en modificeret version af Ann Arbor stadie-klassifikationen	[res.aastad]
<i>lymfomlokalisering</i>	anatomisk lokalisering af en lymfomsygdom	[res.loklymf]

10.2 Klassifikationsprincipper og diagnoseregistrering

Der skal generelt, også på kræftområdet, altid angives den (de) bedst specificerede diagnose(r). Dette er helt afgørende for kvaliteten af Landspatientregisteret og Cancerregisteret. Det er omvendt vigtigt, at der ikke indberettes diagnoser for kræftsygdomme, som patienten ikke har.

Det er vigtigt at være bevidst om, at diagnosebegreberne er **kontaktdiagnoser** og ikke er forløbsdiagnoser eller *endsige* arbejdsdiagnoser for mulig kræftsygdom. Diagnoser skal altid klinisk verificeres ved kontakt-afslutning.

- ▶ Se afs. 6.3.1 om registrering af 'Obs. pro' diagnoser

Det er en speciale-faglig afgørelse, hvornår patienten betragtes som *helbredt* for sin kræftsygdom. Kræftdiagnosen anvendes normalt så længe, at patienten ikke klinisk opfattes som helbredt. Der er forskelle på tværs af de forskellige sygdomsområder. *Der henvises til de kliniske retningslinjer.*

- ▶ Se afs. 10.3.2.5 vedr. revision af tidligere anmeldt diagnose

Anmeldelsespligtige diagnoser klassificeres efter sygdomsklassifikationen (ICD10-DK) inden for de overordnede grupper: Godartede tumorer, carcinoma in situ (CIS) inkl: non-invasive uroteliale tumorer (Ta), neoplas af usikker og ukendt karakter, primære kræftsygdomme, dysplasi i livmoderhals og mola (vandblære).

- ▶ Se nærmere i afs. 10.3.2 vedrørende de anmeldelsespligtige diagnoser, som kræver og trigger en 'Canceranmeldelse', og afs. 10.4.1.3 om diagnosegrupper og tilhørende krav til registrering og anmeldelse

Der er derudover særlige diagnosekoder for forekomst af metastaser (obligatorisk) og lokalrecidiver (frivillig) – se afs. 10.2.3-4. Disse er som diagnosekoder i sig selv ikke anmeldelsespligtige. Ved registrering af metastaser hhv. lokalrecidiv skal den konkrete **tilgrundliggende kræftsygdom** (inkl. ukendt) også altid registreres og anmeldes.

- ▶ Vedr. kontakter med behandling af metastaser hhv. lokalrecidiv – se afs. 10.2.3.3 hhv. 10.2.4.1

Det er meget ofte tilfældet, at en kræftdiagnose kan stilles alene på det kliniske billede, ved operation, ved indvækst, ved metastasering, ved billeddiagnostik, på baggrund af patientens symptomatologi, prøvesvar i øvrigt eller kombinationer heraf.

I andre tilfælde vil en endelig bekræftelse være betinget af først og fremmest patologi-svar (histologi).

Hvis patientkontakten afsluttes, før et endeligt eller konfirmerende svar foreligger, vil det være korrekt som aktionsdiagnose at registrere:

- ved sikker klinisk malignitet: DC-kode (efter lokalisering) for udgangspunktet (primærtumor) for kræftsygdommen med tilhørende anmeldelse – se følgende afs. 10.2.2 vedr. kodning af primærtumor, påvist metastase og ukendt primærtumor
- ved sikker klinisk carcinoma in situ (CIS): {DD00-09} kode, hvoraf nogle er anmeldelsespligtige – se afs. 10.3.2.1
- ved sikker klinisk benign tumor: {DD10-36} kode; nogle er anmeldelsespligtige – se afs. 10.3.2.1
- ved tumor (neoplas) uden mulig nærmere klinisk specificering af benign, CIS eller malign på det foreliggende grundlag: {DD37-48} kode for "Tumorer af usikker og ukendt karakter". Disse diagnoser er alle anmeldelsespligtige
- ved tumor uden sikker viden om neoplas eller ej, men hvor den tungeste kliniske sandsynlighed er "kræft": {DZ031} kode for "Mistanke om kræft(type)".

Bemærk: 'Obs pro kræftsygdom' diagnosekode {DZ031} anvendes som aktionsdiagnose ved **udredning i pakkeforløb for kræft**, indtil den maligne diagnose er bekræftet eller afkræftet.

10.2.1 Opdatering af diagnoser

Aktuel og fuld opdatering af forløbets diagnoser er afgørende for, at kræftsygdommen får den korrekte (tidligste) diagnosedato i Cancerregisteret. Dette gælder ikke mindst også **opdatering af "obs. pro"** ved klinisk bekræftelse af anmeldelsespligtig kræftsygdom til stede inden eller ved kontaktafslutning.

Klinisk validering af sygdomsforløbets diagnoser skal ske i forbindelse med afslutning af den enkelte patientkontakt.

Obs. pro-diagnose anvendes i udredningsperioden fra mistanke om en anmeldelsespligtig sygdom er rejst, til denne er klinisk af- eller bekræftet. Denne registrering udløser ikke krav om anmeldelse.

Hvis den anmeldelsespligtige diagnose stilles klinisk inden kontaktafslutning, skal dette afspejles i kontakts slut-diagnose(r) med tilhørende anmeldelse til Cancerregisteret.

10.2.1.1 Diagnoseindberetning, når diagnosen stilles mellem patientkontakter

Hvis kræftsygdomsdiagnosen stilles mellem kontakter, skal diagnosen anvendes på den efterfølgende svar- eller behandlingskontakt, hvor diagnoseregistreringen med tilhørende anmeldelse foretages.

Bemærk

Hvis der af en eller anden grund ikke er en efterfølgende patientkontakt, hvor patienten informeres om resultatet af udredningen, skal den nu bekræftede kliniske diagnose indberettes og anmeldes ved en såkaldt (kontakttype) '**diagnoseindberetning**', som er forbeholdt denne (og kun denne) situation.

- ▶ Diagnoseindberetning – se afs. 5.6.3.5

Dette gælder også, hvis patienten dør, inden diagnosen er bekræftet, fx hvor diagnosen afventer et patologisvar eller andet svar, der først foreligger *postmortem*. Anmeldelse skal i denne situation også ske ved en 'Diagnoseindberetning' med tilhørende canceranmeldelse.

Diagnosen (typisk obs. pro kræftsygdom) på den tidligere patientkontakt (med rekvisition af patologi) skal ikke – må ikke – rettes retrospektivt med mindre, at der var tale om en egentlig fejlregistrering, jf. kommentarerne under afs. 6.6.

10.2.1.2 Diagnoseindberetning og anmeldelse ved kræftsygdom, der er radikalt fjernet under udredningen, men hvor den patologiske bekræftelse først foreligger senere

Der er en særlig udfordring i de tilfælde, hvor en tumorsygdom, der fjernes radikalt under udredningen, først bekræftes eller verificeres som malign, når det patologiske svar foreligger efter kontakts afslutning.

I disse ikke sjældne tilfælde skal principperne beskrevet ovenfor følges. Dette betyder, at ...

- Kontakterne under udredningen registreres med "Mistanke om kræftsygdom" {DZ031}-kode eller anden relevant diagnose jf. ovenstående principper i afs. 10.2
- Patientkontakten (svarkontakten) efter, at svaret foreligger, der bekræfter kræftsygdommen, skal diagnoseregistreres og indberettes med kræftdiagnose (som aktionsdiagnose eller bidiagnose) med tilhørende resultatindberetning: 'Canceranmeldelse' – **altså også uanset, at tumor ikke længere er til stede**
 - ved derefter følgende kontakter uden manifest kræftsygdom anvendes "kontroldiagnose" {DZ08} kode – med mindre, at de faglige retningslinjer tilsiger noget andet
- Hvis der ikke er en svarkontakt, foretages diagnoseindberetning og anmeldelse, som beskrevet ovenfor og generelt i afs. 5.6.3.5

10.2.2 Primær kræftsygdom = grundsygdom

Det grundlæggende princip er, at koden for **den primære kræftsygdom** altid skal indberettes ved patientkontakter så længe, at behandling af grundsygdommen eller andre manifestationer af kræftsygdommen pågår, inklusiv behandling ved avanceret kræftsygdom i form af lokal eller fjern spredning af sygdommen,

og uanset om patienten tidligere har været intenderet kurativt behandlet for den primære manifestation af sygdommen.

Dette inkluderer perioder med adjuverende og forebyggende kræftbehandling i direkte forlængelse af den primære kræftbehandling inkl. antihormonel behandling med mindre, at de kliniske retningslinjer tilsiger noget andet.

Koden for den primære kræftsygdom fx "Brystkræft" {DC50} dokumenterer således grundsygdommen i hele kræftforløbet, indtil patienten erklæres rask, klinisk fuldt remitteret og recidivfri.

Bemærk

Ved klinisk recidiv af sygdommen i form af lokalrecidiv og/eller metastasering, skal diagnosekoden for grundsygdommen anvendes igen.

- ▶ Se nærmere vedr. kodning af metastaser (obligatorisk) og lokalrecidiv (frivillig) i følgende afsnit 10.2.3 og 10.2.4

10.2.2.1 Kodning af primær kræftsygdom

Den primære kræftsygdom klassificeres generelt efter WHO's principper og klassifikation efter **lokaliseringen** (organ) for udgangspunktet af sygdommen efter kodeafsnittene {DC00-77} og {DC80}. De hæmatologiske kræftsygdomme kodes efter histo-morfologisk **type** under kodegruppen {DC81-96}.

Der er i diagnoseklassifikationen særlige kodeafsnit for:

- hæmatologiske kræftformer – lymfomer og leukæmier klassificeres efter type i kodeintervallet {DC81-96}
- maligne mesoteliomer {DC45}, underinddelt efter lokalisation
- Kaposi sarkom {DC46}, underinddelt efter lokalisation
- hudkræft - maligne melanomer {DC43} og non-melanom hudkræft {DC44} – underinddelt efter lokalisation med *undtagelse* af:
 - hudkræft (melanomer/non-melanomer) lokaliseret til ydre kønsorganer skal klassificeres efter den primære lokalisation i kodegrupperne:
 - {DC51} ydre kvindelige kønsorganer
 - {DC52} skede
 - {DC60} penis
 - {DC63} andre og ikke specificerede mandlige kønsorganer
- kræftsygdom uden specifikation (UNS) {DC809} – *se følgende afs. 10.2.2.2-3*

Eksempler

- Et lymfom lokaliseret til tyndtarm skal *ikke* klassificeres som "kræft i tyndtarm", men som "lymfom af den givne type" {DC81-90}. Lokaliseringen angives obligatorisk, fx {DC844F} 'Lymfoepiteloidt lymfom' med lymfomlokalisering: {T000695} 'tyndtarm' – indgår i resultatindberetningen
- Et malignt melanom lokaliseret til vulva skal klassificeres til {DC51} "Kræft i ydre kvindelige kønsorganer", fx DC510 'Kræft i stor kønslæbe'
- En læbekræft skal klassificeres til {DC00} "Kræft i læbe" ved ikke-hud morfologi (fx adenokarcinom), hvorimod en hudkræft i lokaliseringen læbe klassificeres som "hudkræft": {DC43/44} afhængigt af morfologi: DC440 "Hudkræft på læbe" hhv. DC430 "Malignt melanom i hud på læbe"

10.2.2.2 Ukendt primær kræftsygdom

Ikke sjældent opdages en kræftsygdom første gang ved isoleret fund af regional lymfeknude- eller fjernmetastase, uden at det umiddelbart er klart, hvilken kræftsygdom, der grundlæggende er tale om.

Hvis der klinisk eller paraklinisk påvises kræftsygdom fx ved biopsi fra tumorfund, uden at det under kontakten kan fastslås, hvilken tilgrundliggende primær kræftsygdom, der er tale om, anvendes og anmeldes {DC809} 'Kræftsygdom UNS', og det aktuelle kliniske fund – fjernmetastase eller eventuelt regional lymfeknudemetastase – indberettes under dataelementet 'Metastase' jf. beskrivelsen i afs. 10.2.3 – se eksempel på næste side.

10.2.2.3 "Kræftsygdom uden specifikation"

I andre tilfælde vil det ikke på det aktuelle grundlag kunne afgøres, om de forskellige manifestationer er primære eller sekundære, og hvor de oprindeligt stammer fra (ukendt primærtumor). I sådanne tilfælde anvendes ligeledes DC809 'Kræftsygdom UNS', og denne anmeldes til Cancerregisteret.

Hvis enheden efterfølgende bliver klogere på sygdommen (eller sygdommene), skal ny korrekt diagnose registreres og indberettes i forbindelse med ny patientkontakt og tilhørende anmeldelse foretages eller korrigeres, herunder særskilte anmeldelser af flere kræftsygdomme, hvis udredningen konkluderer dette.

Eksempel

Fund af hjernemetastase hos kendt KOL-patient, der på begrundet klinisk mistanke indgår i udredning under pakkeforløb for lungekræft.

Nyt forløbselement for kræftsygdommen (forløbslabel: *Kræftsygdomme') oprettes.

Eksempel på diagnoseregistrering ved første udredningskontakt, hvor den tilgrundliggende kræftsygdom endnu ikke er påvist:

(A) Aktionsdiagnose:	Kræftsygdom UNS	DC809 anmeldes til Cancerregisteret
> Metastase:	Metastase i hjernen	DC793A
> Lokalrecidiv:	intet lokalrecidiv påvist	DZ063A
Bidiagnose:	Kronisk obstruktiv lungesygdom UNS	DJ449

(>) Oplysninger knyttet til diagnosen for kræftsygdommen, der her (på registreringstidspunktet) ikke er kendt. Indberetning af oplysning om lokalrecidiv er *frivillig*.

10.2.3 Kodning og indberetning ved metastaser

Fjernmetastaser og metastaser i regionale lymfeknuder kan, udover som primært fund, opstå med tilstedeværende primærtumor i hele kræftforløbet eller kan opstå som **klinisk recidiv** af kræftsygdommen efter tidligere tilsigtet radikal behandling af primærtumoren.

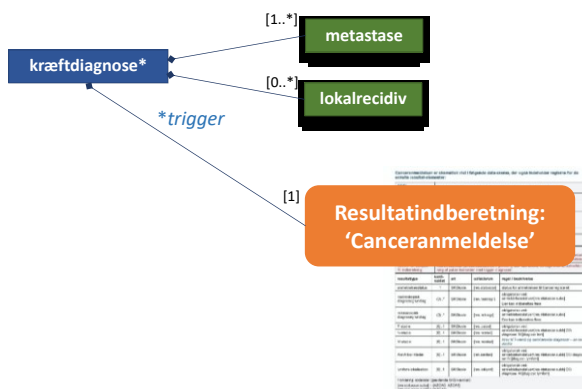
Den tilgrundliggende kræftsygdom skal, som ved primærsygdom, altid diagnoseregistreres og indberettes ved fund af og tilstedeværelse af avanceret sygdom og herunder klinisk recidiv.

Dette gælder ved fund af klinisk recidiv på alle tidspunkter i kræftforløbet, også selvom den primære tumor tidligere er fjernet (intenderet) radikalt.

- ▶ Vedr. fund af metastase uden kendt primærtumor – se afs 10.2.2.2 ovenfor (med eksempel)

Hvis en enhed første gang involveres i kræftforløbet ved fund af klinisk recidiv, skal kræftsygdommen anmeldes fra enheden til Cancerregisteret. **Anmeldelsesstatus {AZCA2} 'klinisk recidiv'** (frivillig) kan anvendes i denne situation.

Principskitse for indberetning af grundsygdom med anmeldelse til Cancerregisteret og supplerende obligatoriske oplysninger om metastaser og lokalrecidiv

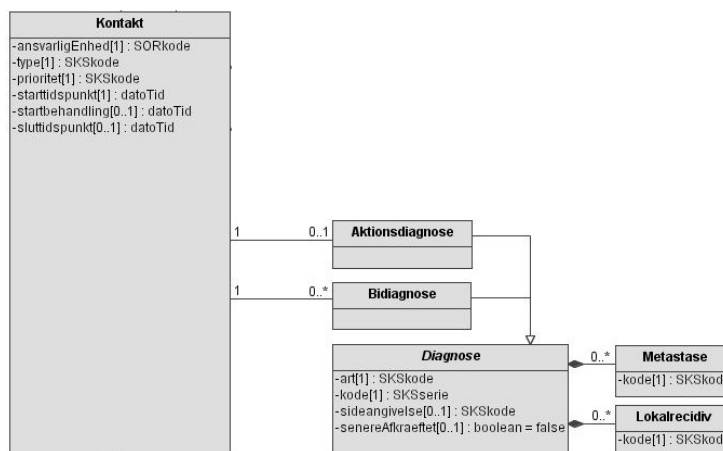


logisk model – se nedenfor

10.2.3.1 Indberetning af metastaseoplysning i kræftforløbet (logisk model)

Indberetningen af oplysning om metastaser knytter sig i indberetningen som en supplerende oplysning til koden for den tilgrundliggende kræftsygdom, og indberetningen foretages med reference til den **Diagnose** (diagnose-objekt), som oplysningen tilhører, som det også er vist nedenfor i modeludsnittet.

Modeludsnit (logisk model) for indberetning af kontaktdiagnose og tilhørende supplerende oplysninger om metastaser og lokalrecidiv



Opdateret metastaseoplysning er obligatorisk i hele kræftforløbet så længe, at der registreres en kræftdiagnose tilhørende kodeliste: [diag.primkraeft] som aktions- eller bidiagnose, og kravet omfatter som minimum en (1) kode vedrørende status for **fjernmetastaser** fra kodeliste: [diag.metastase] inkl.: 'ingen fjernmetastaser påvist'.

Flere metastase-lokalisationer kan indberettes.

Oplysning om **regionale lymfeknudemetastaser** opstået i forløbet kan ligeledes indberettes som metastase-oplysning. *Det anbefales at følge de kliniske retningslinjer for de forskellige kræftsygdomme.*

Indberetning af oplysning om metastase:

Metastase	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
Kode	SKSkode	[diag.metastase]	1	obligatorisk ved diagnosekode tilhørende [diag.primkraeft] Inkluderer (default): 'ingen fjernmetastaser påvist' Bemærk – minimumskrav: Oplysning om forekomst af fjernmetastase

Metastase-oplysning indberettes, som det ses, knyttet til **Diagnose**. Flere Metastase kan knyttes til samme Diagnose.

10.2.3.2 Metastaser i incidensperioden

Oplysninger om påviste regionale metastaser og fjernmetastaser i **incidensperioden** – op til fire måneder fra incidenstidspunktet – indgår, ud over ovenstående generelle krav, også i kravene til anmeldelsen af den primære kræftsygdoms **udbredelse** (TNM eller lymfom-stadie – se nærmere beskrivelse i afs. 10.4.2.4).

10.2.3.3 Kontakt med metastasebehandling

Metastasekode kan også indberettes som selvstændig **aktionsdiagnose**, når hovedformålet med patientkontakten er **metastasebehandling**. I disse tilfælde, typisk senere i sygdomsforløbet, indberettes diagnoser for såvel metastase som kræftsygdommen.

Den tilgrundliggende kræftsygdom indberettes som **bidiagnose** inklusiv obligatorisk metastase-oplysning og anmeldes som klinisk recidiv – se følgende eksempel.

Det er altid grundsygdommen, der anmeldes, uanset om denne er registreret som aktionsdiagnose eller bidiagnose.

Eksempel

Radioablation af solitær levermetastase på "Leverkirurgisk afdeling" hos patient med flerårig kendt tyktarmskræft. Grundsygdommen ikke tidligere anmeldt fra denne enhed:

(A) Aktionsdiagnose: Fjernmetastase i leveren DC787

(B) Bidiagnose: Kræft i tyktarmen UNS DC189 *anmeldes til Cancerregisteret*[§]

> Metastase: Fjernmetastase i leveren DC787 (eller evt. DC798 'Metastase UNS')

> Lokalrecidiv*: *intet lokalrecidiv påvist* DZ063A

[§] Anmeldelse af grundsygdommen:

- Anmeldelsesstatus klinisk recidiv AZCA2

Da der ikke er tale om en *incident* anmeldelse, kan AZCA2 anvendes som anmeldelsesstatus i dette tilfælde.

*) frivillig oplysning

Bemærk

Hvis behandlingen for et klinisk recidiv sker på en enhed, der tidligere har behandlet patientens kræftsygdom, behøver den tidligere indberettede anmeldelsesstatus fx {AZCA4} ikke ændres ved klinisk recidiv.

10.2.3.4 Klassificering af metastaser

Indberetningen af oplysning om påviste metastaser anvender følgende klassifikation.

Kodeliste: [diag.metastase]

Oplysninger vedrørende fjernmetastaser

Minimums kodeniveau markeret med **fed** skrift.

Det anbefales generelt at kode så specifikt, som muligt. Se også eventuelle specialespecifikke retningslinjer

DZ061A	Ingen fjernmetastaser påvist (default)
DZ061B	Metastase status ikke afklaret
DC798	Metastase UNS Fjernmetastaser inkl. metastaser i ikke-regionale lymfeknuder og "In-transit" metastaser
DC798A	Carcinomatosis UNS
DC798C	Fjernmetastaser og regionale lymfeknudemetastaser UNS
DC798D	Fjernmetastase UNS
DC798E	In-transit metastase i hud
DC798F	Fjernmetastaser i multiple lokalisationer
DC798Z	Fjernmetastase i anden specificeret lokalisation, ikke klassificeret andetsteds
DC779A2	Fjernmetastase i lymfeknude UNS
DC799	Sekundær kræftsygdom UNS
Specifik lokalisation af fjernmetastase kan angives (i stedet for DC798-kode) > Ikke regionale lymfeknudemetastaser – se næste side	
DC770A2	Fjernmetastase i lymfeknude i hovedet
DC770C2	Fjernmetastase i lymfeknude i halsen
DC770E2	Fjernmetastase i lymfeknude i ansigtet
DC770G2	Fjernmetastase i supraklavikulær lymfeknude
DC771A2	Fjernmetastase i intratorakal lymfeknude
DC772A2	Fjernmetastase i intraabdominal lymfeknude
DC773A2	Fjernmetastase i lymfeknude i axil
DC773C2	Fjernmetastase i lymfeknude i overekstremitet
DC773E2	Fjernmetastase i pectoral lymfeknude
DC774A2	Fjernmetastase i lymfeknude i underekstremitet

DC774C2	Fjernmetastase i lymfeknude i lyske
DC775A2	Fjernmetastase i intrapelvin lymfeknude
DC778A2	Fjernmetastaser i lymfeknuder i multiple lokalisationer
DC780	Fjernmetastase i lunge
DC781	Fjernmetastase i mediastinum
DC782	Fjernmetastase i lungehinde
DC782A	Carcinomatosis pleurae
DC782B	Malign pleural effusion
DC783	Fjernmetastase med anden eller ikke specificeret lokalisation i åndedrætsorgan
DC784	Fjernmetastase i tyndtarmen
DC784A	Fjernmetastase i duodenum
DC785	Fjernmetastase i tyktarmen eller endetarmen
DC785A	Fjernmetastase i tyktarmen
DC785B	Fjernmetastase i endetarmen
DC786	Metastase i retroperitoneale rum eller i peritoneum
DC786A	Malign ascites UNS
DC786B	Metastase i peritoneum
DC786C	Metastase i retroperitoneale rum
DC786D	Carcinomatosis peritonei
DC786E	Pseudomyxoma peritonei
DC787	Fjernmetastase i leveren
DC788	Fjernmetastase med anden eller ikke specificeret lokalisation i fordøjelsesorgan
DC790	Fjernmetastase i nyre eller nyrebækken
DC790A	Fjernmetastase i nyrebækken
DC790B	Fjernmetastase i nyre
DC791	Fjernmetastase i urinblæren eller i andet eller ikke specificeret urinorgan
DC791I	Fjernmetastase i urinblæren
DC791J	Fjernmetastase i prostata
DC791S	Fjernmetastase i penis
DC791T	Fjernmetastase i testikel
DC791U	Fjernmetastase i urinleder
DC791V	Fjernmetastase i urinrør
DC792	Fjernmetastase i huden
DC793	Fjernmetastase i hjernen eller hjernebinder
DC793A	Fjernmetastase i hjernen
DC793B	Fjernmetastase i hjernebinder
DC793C	Fjernmetastase i rygmarvshinde
DC794	Fjernmetastase med anden eller ikke specificeret lokalisation i nervesystemet
DC795	Fjernmetastase i knogle eller knoglemarven
DC795A	Fjernmetastase i knoglemarven
DC795B	Fjernmetastase i knogle
DC795C	Fjernmetastase i ryghvirvel
DC795D	Fjernmetastase i ribben
DC795E	Fjernmetastase i kraniet
DC796	Fjernmetastase i æggestok
DC797	Fjernmetastase i binyre
DC799	Sekundær kræftsygdom UNS
Oplysninger vedrørende lymfeknudemetastaser (regionale og ikke nærmere specificeret)	
DZ062A	Ingen lymfeknudemetastaser påvist
DZ062B	Lymfeknude status ikke afklaret
DC779	Metastase eller kræft UNS i lymfeknude UNS
DC779A	Metastase i lymfeknude UNS
DC779A1	Regional lymfeknudemetastase UNS

Specifik lokalisation af lymfeknudemetastase kan angives (i stedet for DC779-kode)	
DC770A	Metastase i lymfeknude i hovedet
DC770A1	Regional lymfeknudemetastase i hovedet
DC770C	Metastase i lymfeknude i halsen
DC770C1	Regional lymfeknudemetastase i halsen
DC770E	Metastase i lymfeknude i ansigtet
DC770E1	Regional lymfeknudemetastase i ansigtet
DC770G	Metastase i supraklavikulær lymfeknude
DC770G1	Regional supraklavikulær lymfeknudemetastase
DC771A	Metastase i intratorakal lymfeknude
DC771A1	Regional intratorakal lymfeknudemetastase
DC772A	Metastase i intraabdominal lymfeknude
DC772A1	Regional intraabdominal lymfeknudemetastase
DC773A	Metastase i lymfeknude i axil
DC773A1	Regional lymfeknudemetastase i axil
DC773C	Metastase i lymfeknude i overekstremitet
DC773C1	Regional lymfeknudemetastase i overekstremitet
DC773E	Metastase i pectoral lymfeknude
DC773E1	Regional pectoral lymfeknudemetastase
DC774A	Metastase i lymfeknude i underekstremitet
DC774A1	Regional lymfeknudemetastase i underekstremitet
DC774C	Metastase i lymfeknude i lyske
DC774C1	Regional lymfeknudemetastase i lyske
DC775A	Metastase i intrapelvin lymfeknude
DC775A1	Regional intrapelvin lymfeknudemetastase
DC778A	Metastase i lymfeknuder i multiple lokaliseringer
DC778A1	Multiple regionale lymfeknudemetastaser

10.2.4 Kodning og indberetning ved lokalrecidiv

Lokalrecidiv er et klinisk recidiv af en tidligere behandlet kræftsygdom, hvor primærtumor er søgt fjernet, men hvor sygdommen igen viser sig i samme organ eller et umiddelbart tilstødende naboorgan eller nabovæv. Lokalrecidiv forekommer ikke i incidensperioden.

Lokalrecidiv-kode kan parallelt med metastase-oplysning indberettes i *hele kræftforløbet* som supplerende oplysning til diagnosekoden for kræftsygdommen.

Bemærk

Lokalrecidiv-oplysning er efter aftale med regionerne frivillig med mindre, at en klinisk database stiller krav.

Lokalrecidivoplysningen klassificeres efter kodelisten: [diag.lokalrecidiv], der inkluderer: '*intet lokalrecidiv påvist*'.

Indberetning af oplysning om lokalrecidiv foretages med reference til den **Diagnose** (diagnoseobjekt), som oplysningen tilhører. Flere lokalrecidiv-lokalisationer kan indberettes.

Indberetningsobjekt for oplysning om lokalrecidiv (frivillig):

Lokalrecidiv	datatype	udfaldsrum [kodeliste]	kardinalitet	regel / beskrivelse
kode	SKSkode	[diag.lokalrecidiv]	(1)	<i>frivillig</i> (ved diagnosekode tilhørende kodeliste: [diag.primkraeft]) Inkluderer: ' <i>intet lokalrecidiv påvist</i> '

Lokalrecidiv-oplysning indberettes knyttet til **Diagnose**. Flere Lokalrecidiv kan knyttes til samme Diagnose.

Eksempel

Brystkræft i flerårig adjuverende behandling med nyt fund af lokalrecidiv i cikatrice fra tidligere indgreb. Ingen specifik behandling af lokalrecidivet. Ingen kliniske tegn på fjernmetastasering.

Sygdommen er tidligere fuldt anmeldt fra enheden[§]

(A) aktionsdiagnose:	Brystkræft UNS	DC509	(anmeldelsesstatus AZCA4) [§]
> Lokalrecidiv:	Lokalrecidiv i hud	DC991C	<i>frivillig</i>
> Metastase:	<i>ingen fjernmetastaser påvist</i>	DZ061A	obligatorisk

[§]) sygdommen i dette tilfælde tidligere anmeldt af enheden

10.2.4.1 Kontakt med behandling af lokalrecidiv

Lokalrecidiv-kode indberettes som selvstændig **aktionsdiagnose**, når hovedformålet med patientkontakten er **behandling af lokalrecidivet**. I disse tilfælde indberettes diagnoser for såvel lokalrecidivet som kræftsygdommen.

Den tilgrundliggende kræftsygdom skal så også indberettes som **bidiagnose** med anmeldelse.

Det er altid grundsygdommen, der anmeldes, uanset om denne er aktionsdiagnose eller bidiagnose.

Eksempel

Strålebehandling af lokalrecidiv i hud.

(A) Aktionsdiagnose:	Lokalrecidiv i hud	DC991C	
(B) Bidiagnose:	Brystkræft UNS	DC509	(anmeldelsesstatus AZCA4) [§]
> Lokalrecidiv:	Lokalrecidiv i hud	DC991C	<i>frivillig</i>
> Metastase:	<i>ingen fjernmetastaser påvist</i>	DZ061A	obligatorisk

[§]) hvis tidligere fuldt anmeldt af enheden. 'Klinisk recidiv' {AZCA2} kan anvendes, herunder for nye enheder, der først involveres i behandlingen af kræftsygdommen ved klinisk recidiv

10.2.4.2 Klassificering af lokalrecidiver

Indberetningen af oplysning om lokalrecidiv anvender følgende klassifikation.

Kodeliste: [diag.lokalrecidiv]

Oplysninger vedrørende lokalrecidiv	
DZ063A	<i>Intet lokalrecidiv påvist</i>
DZ063B	Lokalrecidiv status ikke afklaret
DZ063C	Lokalrecidiv status ikke relevant
DC991	Lokalrecidiv UNS
Specifik lokalisering af regional lymfeknudemetastase kan angives (i stedet for DC991)	
DC991A	Lokalrecidiv i efterladt væv
DC991B	Lokalrecidiv i marginalzone
DC991C	Lokalrecidiv i hud
DC991D	Lokalrecidiv i slimhinde
DC991E	Lokalrecidiv i bindevæv
DC991Y	Lokalrecidiv i multiple lokaliseringer

Lokalrecidiver klassificeres som lokalrecidiv efter lokaliseringen og indberettes som supplerende oplysning til diagnose(kode)n for den anmeldelsespligtige kræftsygdom.

Bemærk

Det er vigtigt, at der **ikke** kodes en primær kræftsygdom i lokaliseringen for lokalrecidivet, da dette vil medføre, at der oprettes en ny ikke korrekt kræftincidens for en primær kræftsygdom i Cancerregisteret.

- En lokal indvækst af en urinblærekræft i tyktarmen er fortsat en urinblærekræft – *ikke* en colonkræft.
- En lokal indvækst af en brystkræft i huden på truncus er fortsat en brystkræft – *ikke* hudkræft – *se eksempel ovenfor*

10.2.5 Sideangivelse for primær kræftsygdom

Der skal obligatorisk indberettes sideangivelse ved tumorsygdom på ekstremiteter og i parrede organer.

Kravet gælder diagnoser tilhørende kodelisten [diag.lateral] – på kræftområdet dog kun for diagnoser, der indberettes med anmeldelsesstatus [AZCA0; AZCA1] i 'Canceranmeldelse'.

Sideangivelse indberettes med Diagnose-objektet for den anmeldelsespligtige sygdom. Tilladte værdier er højresidig {TUL1}, venstresidig {TUL2}, bilateral {TUL3} – og i undtagelsestilfælde evt. 'side kan ikke angives' {TUL7}.

- ▶ Se nærmere vedrørende krav om sideangivelse til diagnose i afs. 6.1.5

Der henvises til de *kliniske retningslinjer* i forhold til, hvad der regnes for en sygdom og flere sygdomme ved "bilateralitet" og ved multiple tumorer i samme organ(område).

- ▶ Se også afs. 10.3.2 vedr. afgrænsning af kræftsygdomme ift. bla. anmeldelseskravene til Cancerregisteret

10.2.6 Flere kræftsygdomme (multipel kræft)

I nogle tilfælde findes hos den samme patient flere samtidige kræftsygdomme, som registreres med en aktionsdiagnose og en eller flere bidiagnoser på samme kontakt. Disse skal betragtes, diagnosekodes og anmeldes hver for sig.

I sjældne tilfælde kan det aktuelt ikke afgøres, om der er tale om en eller flere sygdomme. Kun hvis der er klinisk belæg for flere selvstændige primære tumorer, registreres og anmeldes disse hver for sig. Ved **forskellig morfologi** skal det som udgangspunkt altid betragtes som forskellige kræftsygdomme.

Der kan være forskellige *kliniske retningslinjer* for, hvad der betragtes som selvstændig neoplastisk sygdom.

Der skal oprettes selvstændige forløbselementer for de klinisk vurderet enkelte primære kræftsygdomme, hvortil de sygdomsspecifikke forløbsmarkører, kontakter og ydelser fremadrettet knyttes – se nærmere i afs. 4.1.2

10.3 Anmeldelse til Cancerregisteret

Anmeldelse til Cancerregisteret skal ske ved diagnosticering af anmeldelsespligtig sygdom samt, når en ny enhed involveres i udredning eller behandling i et sygdomsforløb for anmeldelsespligtig sygdom, uanset hvornår i forløbet dette sker, herunder senere i forløbet ved klinisk recidiv.

Det er ved nyanmeldelse, *incident* anmeldelse med {AZCA1}, ud over diagnose obligatorisk at anmelde:

- anmeldelsesstatus
- diagnosegrundlag (mikroskopisk og makroskopisk) for sygdommen

Og for udvalgte sygdomme:

- klinisk stadie for sygdommen (TNM eller lymfom-stadie)
- for lymfomsygdomme: anatomisk lokalisation
- sideangivelse for lokaliseringen af kræft i parrede organer (afs. 10.2.5)

Disse oplysninger indberettes i den kontaktbaserede **resultatindberetning 'Canceranmeldelse'**, der indeholder de specifikke krav til anmeldelsen. Den anmeldelsespligtige diagnose, kontaktdiagnose kodeliste: [diag.car], for den anmeldelsespligtige sygdom er **trigger** for anmeldelsen.

I "Bekendtgørelse om lægers anmeldelse til Cancerregisteret af kræftsygdomme m.v.", BEK nr. 1049 af 12/08/2018 beskrives anmeldelsesproceduren, og sygdommene afgrænses.

- ▶ [Bekendtgørelsen findes på Cancerregisterets hjemmeside](#)

Anmeldelsespligten påhviler den kontaktansvarlige overlæge og gælder for den enkelte kliniske enhed, der diagnosticerer, behandler eller kontrollerer en anmeldelsespligtig sygdom på enheden.

Anmeldelsespligten omfatter alle førstegangskontakter på enheden med den anmeldelsespligtige sygdom, og indtil sygdommen er fuldt klinisk kvalificeret anmeldt, uanset at sygdommen eventuelt tidligere er anmeldt af andre enheder.

Enheder, der har rekvireret patoanatomiske undersøgelser, betragtes normalt som diagnosestillende, hvilket stiller krav om anmeldelse til Cancerregisteret. Hvis svaret foreligger inden kontaktafslutning, skal dette afspejles i indberetningen på den aktuelle patientkontakt, ellers på efterfølgende kontakt.

- ▶ [Se afs. 10.3.1 om undtagelser for anmeldelsespligt](#)
- ▶ [Se afs. 10.2.1.1 om diagnoseindberetning, når diagnosen stilles mellem patientkontakter, herunder efter patientkontakt, hvor der ikke kommer en ny kontakt](#)

Bemærk

Diagnoseregistreringen og dermed anmeldelsen til Cancerregisteret er klinisk i bredeste forstand, dvs. baseres på klinikerens samlede vurdering af klinik, patologi og billeddiagnostik mv.

Det er vigtigt, at der er overensstemmelse mellem indberetning, anmeldelse og journalens diagnoser, epikrise og eventuelt dødsattest

Der gælder det særlige ifm. kræftsygdomme, at de samlede oplysninger til brug for fuld kvalificeret, klinisk korrekt anmeldelse oftest først er til stede efter, at diagnosen er stillet, registreret og indberettet første gang.

Det er derfor **vigtigt**, at en tidligere anmeldelse på den udredende kontakt følges op på den umiddelbart efterfølgende patientkontakt, hvis det fx i forbindelse med operation viser sig, at diagnose, udbredelse eller diagnosegrundlag skal kvalificeres i forhold til det tidligere foreløbigt anmeldte.

- ▶ [Se afs. 6.5 vedrørende "senere afkræftet diagnose"](#)

Hvis oplysningerne er fremkommet før eller under en ny patientkontakt, indberettes blot en opdateret anmeldelse i forbindelse med denne kontakt.

- ▶ [Se afs. 10.2.1.1 vedr. situationen, når der ikke er en ny patientkontakt](#)

Kvalificeret anmeldelse

For canceranmeldelsen gælder det desuden særligt, at **den incidente anmeldelse skal kvalificeres** i hele incidensperioden, der er fire måneder fra incidenstidspunktet, dog selvfølgelig kun så længe enheden fortsat har forløbsansvaret for sygdomsforløbet i denne periode.

- ▶ [Selve den konkrete anmeldelse som resultatindberetning er nærmere beskrevet i afs. 10.4](#)

10.3.1 Undtagelser fra anmeldelsespligt

Anmeldelsespligten gælder generelt alle enheder, der er involveret i diagnosticering, behandling og klinisk kontrol af en anmeldelsespligtig sygdom.

Undtaget for anmeldelse er sygdomsfri og recidivfri klinisk kontrol samt følgende enheder:

Onkologiske enheder

Undtaget for anmeldelsespligt er onkologiske enheder i de tilfælde, hvor enheden ikke er diagnosestillende, dvs. de sygdomsforløb, hvor kræftsygdommen tidligere er diagnosticeret og fuldt anmeldt fra en medicinsk eller kirurgisk enhed.

De onkologiske enheder kan i denne situation anvende særlig anmeldelsesstatus {AZCA9} til den anmeldelsespligtige diagnose.

- ▶ [Se yderligere vedrørende anmeldelsesstatus under afs. 10.4.2.1](#)

Radiologiske hospitalsenheder

Radiologiske enheder på hospital, der som første enhed i et udredningsforløb for kræft finder anmeldelsespligtig kræftsygdom, er undtaget for anmeldelsespligt, hvor fuld anmeldelse sker umiddelbart efterfølgende fra en klinisk hospitalsenhed, der har eller overtager kræftforløbet. Dette gælder også, selvom radiologisk enhed har rekvireret en patologisk undersøgelse, der viser kræft.

Hvis kræftforløbet trods påvist kræftsygdom efter patientens ønske eller af anden grund afsluttes fra radiologisk enhed uden viderehenvisning til en klinisk enhed, skal anmeldelse dog foretages af den radiologiske enhed som diagnosestillende enhed.

Bemærk

Hvis enheden anvender en anmeldelsespligtig diagnose som kontaktdiagnose, udløser dette krav om anmeldelse mv.

Bemærk

Disse undtagelser gælder ikke for indberetning af forløbsmarkører, der skal foretages tidstro, herunder for pakkeforløb, når enheden indgår i forløbet som selvstændig forløbsansvarlig enhed.

Forløbsmarkører knyttes til det relevante **forløbselement**, og hospitalet skal under alle omstændigheder sikre, at korrekt indberetning af *tidstro* forløbsmarkører foretages.

10.3.2 Anmeldelsespligtige sygdomme og diagnoser

- ▶ Se også klassifikationsprincipper med kommentarer i afs. 10.2

Anmeldelsen til Cancerregisteret (CAR) skal ske for **sygdomme** repræsenteret af diagnosekoder tilhørende kodelisten [diag.car].

Diagnosekoder fra denne liste er **trigger** for resultatindberetningen: 'Canceranmeldelse'.

10.3.2.1 Anmeldelsespligtige diagnoser

De anmeldelsespligtige diagnoser til Cancerregisteret fremgår af oversigtstabellen på næste side.

Tabellen viser også de SKS-kodelister, som de forskellige kodeområder indgår i. Kodelisterne indgår i de regler for indberetning og anmeldelse, der er beskrevet i dette kapitel og i de teknisk-logiske bilag.

- ▶ Se også afs. 10.4.1.3 vedrørende "diagnosegrupper"
- ▶ Se Bilag 1, som indeholder en systematisk opstilling af modelnære og kodenære regler, inkl. Bilag 1a "resultatindberetningsspecifikationer"

Kommentarer til diagnoseoversigten



Tilsammen udgør de viste koder i kodeområderne {DC00-76}, udvalgte {DC77}, {DC80}, {DC81-96} samt {DD390-392} = **diagnosegrupperne A-C** og en del af grp. **F**, de primære kræftsygdomme, hvor **forløbslabel** i hele sygdomsforløbet, inkl. udredning, afkræftelse, sygdomsfaser samt klinisk kontrol (med/uden aktuel sygdom), er 'Kræftsygdomme' – se også afs. 4.1.7.2

Bemærk

De øvrige anmeldelsespligtige diagnoser indberettes og anmeldes under forløbslabel 'Andre forløb'.

Kodelister og tilhørende krav gælder alle underkoder i de angivne grupper og intervaller.

Diagnoser [diag.car] og øvrige kodelister for anmeldelsespligtige neoplastiske sygdomme

Diagnosekode		Kategori	FL	Kodelister (ud over [diag.car])
Gruppe A	DC00-69	Organspecifikke kræftsygdomme	K	[diag.primkræft]: For kræftsygdomme registreret med diagnosekode tilhørende denne kodeliste, skal der obligatorisk indberettes supplerende metastase-oplysning (evt. lokalrecidiv-oplysning) Indgår desuden i [diag.car.tnm]: Diagnoser, der kræver anmeldelse af TNM ¹⁷ {DC80}: Værdier for TNM = [diag.car.t0]
	DC73-75	Kræft i skjoldbruskkirtel og andre endokrine kirtler		
	DC76	Kræft med andre og dårligt specificerede lokalisationer		
	DC800	Primær kræftsygdom uden kendt lokalisation		
	DC809	Kræftsygdom UNS		
	DC809A	Malign kakeksi		
	DD390-392	Specifikke non-invasive tumorer, der kan metastasere		
Grp. B	udvalgte DC77	Ikke specificeret kræft i lymfeknude: DC770; DD770B; DC770D; DC770F; DC770H; DC771; DC771B; DC772; DC772B; DC773; DC773B; DC773D; DC773F; DC774; DC774B; DC774D; DC775; DC775B; DC778; DC778B; DC779; DC779B	K	Indgår i [diag.car.tnm]. <i>ikke</i> i [diag.primkræft]; dvs. ikke krav om metastaseoplysning
C	DC81-86; DC884	Lymfomsygdomme: Koder, der kræver oplysninger om lymfomstadie og anatomisk lokalisation	K	[diag.car.lymfom]
Grp. D	DD05	Carcinoma in situ i bryst	A	Indgår i [diag.car.tnm] og underliste: [diag.car.tis] Værdier for TNM: se fodnote ¹⁸
	DD06	Carcinoma in situ i livmoderhals		
	DD090	Carcinoma in situ i urinblæren		
	DD091	Carcinoma in situ med anden og ikke specificeret lokalisation i urinveje		
Gruppe E	DD095	Non-invasiv papillær tumor (Ta) i urinblæren	A	Indgår i [diag.car.tnm] og underliste: [diag.car.ta] Værdier for TNM: se fodnote ¹⁹
	DD096	Non-invasiv papillær tumor (Ta) i anden el. ikke specific. lokalis. i urinveje		
	DD301-309	Godartede tumorer i urinveje (ekskl. nyre)		
	DD37-38; DD397-399; DD40-41; DD44; DD48	Andre non-invasive solide tumorer		
Gruppe F	DC70-72	Kræft i hjernen, rygmarg, hinde og andre dele af centralnervesystemet	K	Øvrige anmeldelsespligtige diagnoser til Cancerregisteret. Indgår i [diag.car] sammen med ovenstående specificerede kodelister. Ingen krav til stadiangivelse.
	DC880-883; DC887-889; DC90-96	Kræft i lymfatisk og bloddannede væv (udvalgte)		
	DD32	Godartede tumorer i hjernehinde og rygmargshinde	A	
	DD33	Godartede tumorer i hjerne og andre dele af centralnervesystemet		
	DD352	Godartede tumorer i hypofysen		
	DD353	Godartede tumorer i ductus craniopharyngeus		
	DD354	Godartede tumorer i corporis pinealis		
	DD42-43; DD45-47	(Andre) Tumorer af usikker og ukendt karakter		
	DN871-879	Celleforandring i slimhinde på livmoderhals (dysplasi)		
	DO01	Blæremola		

¹⁷ TNM-krav, kodeliste: [diag.car.tnm]: Koder, der kræver TNM-angivelse i anmeldelsen til Cancerregisteret.
Koder og kodeintervaller tilhørende denne kodeliste er markeret med blå skrift i ovenstående kategorier.

¹⁸ T = Ttis = AZCD12 / AZCE12, N0/Nx (AZCD30/39), M0/Mx (AZCD40)

¹⁹ T = Ta = AZCD11 / AZCE11, N0/Nx (AZCD30/39), M0/Mx (AZCD40)

Bemærk

Forløbslabel (FL): Diagnosekoder markeret med gult: 'kræftsygdomme' – øvrige: 'andre forløb'.

Den relevante label anvendes i hele sygdomsforløbet – se afs. 4.1.7

Der er i forhold til anmeldelse til Cancerregisteret, som det ses af hosstående oversigt, ikke kun tale om kræftsygdomme, men også om kræft-relaterede sygdomme og forstadier til kræft i form af neoplasier af usikker eller ukendt karakter, visse carcinoma in situ (CIS) tumorer, visse godartede tumorer samt dysplasi i livmoderhals.

De anmeldelsespligtige diagnoser, også betegnet de "neoplastiske grundsygdomme" udgør indholdet i kodelisten [diag.car].

- ▶ Se diagnose-oversigten på forrige side og diagnosegrupper i afs. 10.4.1.3

Anmeldelse til Cancerregisteret skal foretages ved fund af ny **grundsygdom** tilhørende de anmeldelsespligtige diagnoser til Cancerregisteret, kodeliste: [diag.car], og desuden ved involvering af ny **enhed** i udredning, behandling, efterbehandling og kontrol af disse sygdomme.

Anmeldelsespligtige diagnoser anvendt som aktions- eller bidiagnose[#] på patientkontakten giver som trigger anledning til yderligere anmeldelseskrav, som beskrevet i det følgende.

Bemærk

Anmeldelse af bidiagnoser skal dog *kun* foretages ved behandling af (aktionsdiagnose) metastaser og lokalrecidiv.

Kvalificering af incident anmeldelse

Anmeldelsen af ny (incident) sygdom skal *kvalificeres* i incidensperioden fra sygdommen er klinisk erkendt og indtil fire måneder efter incidensdatoen. Kvalificeringen skal inden for denne periode ske så længe, at enheden har forløbsansvar for sygdomsforløbet.

Efter incidensperioden kan uspecifikke værdier for diagnosegrundlag og udbredelse anvendes i indberetningen for nye enheder, der involveres, når fuld canceranmeldelse er sket tidligere fra anden klinisk enhed.

Ved klinisk recidiv på ny enhed senere i kræftforløbet kan anmeldelsesstatus {AZCA2} 'klinisk recidiv' anvendes – se afs. 10.4.2.1.4 – uden yderligere krav til anmeldelsen.

Kravene til indberetning og anmeldelse for de neoplastiske grundsygdomme er opdelt i forhold til de forskellige **diagnosegrupper** (kodelister) med forskellige krav til registrering, anmeldelse og indberetning.

- ▶ Dette er nærmere beskrevet under afs. 10.4.1.3. Se også oversigtsskemaet ovenfor.

10.3.2.2 Ny anmeldelsespligtig sygdom

Anmeldelsespligten omfatter ifølge bekendtgørelsen om lægers anmeldelse til Cancerregisteret også:

- progression af prækrankrøse forandringer eller carcinoma in situ til invasiv vækst – se oversigtstabellen nedenfor
- revision af tidligere anmeldt forkert specificeret diagnose med genindberetning – se afs. 10.3.4

Det første punkt betyder, at der i de tilfælde, hvor fx en tidligere anmeldt carcinoma in situ forandring progredierer til invasiv kræft, skal foretages en nyanmeldelse, idet det betragtes som en **ny anmeldelsespligtig sygdom**.

- ▶ Følgende oversigtsskema (næste side) giver et overblik over de tilstande og situationer, der skal anmeldes som "ny anmeldelsespligtig sygdom" efter retningslinjerne beskrevet i de følgende afsnit.

Enhver førstegangsdiagnosticering og enhver progression dvs. trin til højre i følgende oversigt fra en type til en *højere* skal hver især udløse en fuld nyanmeldelse dvs. med anvendelse af anmeldelsesstatus {AZCA1} – eventuelt forudgået af anmeldelsesstatus {AZCA0}, indtil fuld anmeldelse kan foretages.

Eksempel

Der skal fx nyanmeldes ved fund af malign blæretumor trods tidligere anmeldt benign blæretumor.

Ved senere fund af samme eller lavere type, som udtryk for samme sygdom, skal der ikke nyanmeldes. I disse tilfælde anvendes anmeldelsesstatus "tidligere fuldt anmeldt af afdelingen" {AZCA4}.

Ved samtidige fund af højere og lavere type inden for **samme morfologiske gruppe** i samme organ, er der kun krav om anmeldelse af den "højeste" med status {AZCA1}. Den anden "lavere" diagnose kan, hvis den registreres, anmeldes med status {AZCA4}. Dette ses hyppigst ved uro-epiteliale tumorer.

Ved samtidige fund af flere anmeldelsespligtige tumorer tilhørende **forskellige morfologiske grupper**, skal hver tumor betragtes som anmeldelsespligtig sygdom og anmeldes for sig. Der skal oprettes sygdomsforløb (forløbselementer) for de enkelte primære kræftsygdomme, hvortil de sygdomsrelevante forløbsmarkører, kontakter og ydelser knyttes fremadrettet.

- ▶ se nærmere om sygdomsforløb og sygdomsafgrænsning i afs. 4.1.5.

Anmeldelsespligt i forhold til organlokalisering og tumortype:

	dysplasi	benign	neoplasi af usikker og ukendt karakter [#]	carcinoma in situ (CIS) [‡]	malign
livmoderhals	+	-	+	+	+
bryst	-	-	+	+	+
nyre	-	-	+	+	+
nyrebækken	-	+	+	+ [‡]	+
urinleder	-	+	+	+ [‡]	+
urinblæren	-	+	+	+ [‡]	+
urinrør	-	+	+	+ [‡]	+
urinveje u. spec.	-	+	+	+ [‡]	+
hjernehinde	-	+	+	-	+
hjerne/CNS	-	+	+	-	+
hypofysen	-	+	+	-	+
ductus craniopharyngea	-	+	+	-	+
corpus pinealis	-	+	+	-	+
alle andre	-	-	+	-	+

[‡] inkl. uroteliale Ta-tumorer (DD095/DD096*)

[#] Vedr "neoplasi af usikker og ukendt karakter" – se afs. 10.2 om klassificering

10.3.2.3 Klinisk recidiv

Klinisk recidiv, lokalt og regionalt samt fjernmetastasering, betragtes som samme sygdom og skal ikke nyanmeldes, hvis sygdommen tidligere er anmeldt fra enheden.

- ▶ Se afs. 10.4.2.1.4 om anmeldelsesstatus 'klinisk recidiv' {AZCA2}

10.3.2.4 Kræftsygdom i parrede organer – "bilateral kræft"

Det er primært en *klinisk vurdering* og afgørelse, hvad der betragtes som en selvstændig og dermed ny anmeldelsespligtig sygdom.

De *kliniske retningslinjer* på området bør altid følges, herunder også, hvorvidt en ny modsidig tumor i parret organ betragtes som en selvstændig og dermed anmeldelsespligtig sygdom.

Generelt vil **tumorer med forskellig morfologi** normalt være forskellige sygdomme, der således anmeldes hver for sig, fx småcellet lungekræft og ikke-småcellet lungekræft uanset lokalisation, og adenokarcinom og planocellulært karcinom i slimhinde inden for samme lokalisation.

- Vedrørende krav om sideangivelse for kræftsygdom i parrede organer – se afs. 10.2.5

10.3.2.5 Revision af tidligere anmeldt diagnose

Anmeldelsespligten omfatter opfølgning af tidligere anmeldelser med fejlagtige diagnoser således, at Cancerregisteret kan dannes på det korrekte datagrundlag.

Der er to måder, hvorpå en tidligere indberettet diagnose kan korrigeres:

- afmærkning af tidligere indberettet diagnose som 'senere afkræftet' – se afs. 6.5
- egentlig fejlretning ved indtastningsfejl – se *beskrivelse af indberetningssnitflade*

I begge tilfælde foretages genindberetning til LPR med det korrigerede datagrundlag, der overskriver tidligere indberetning.

10.4 Canceranmeldelsen (resultatindberetning)

Dette afsnit beskriver den konkrete implementering af anmeldelsen i indberetningen.

- Anmeldelse til Cancerregisteret er generelt beskrevet i afs. 10.3 med underafsnit

10.4.1 Logisk struktur

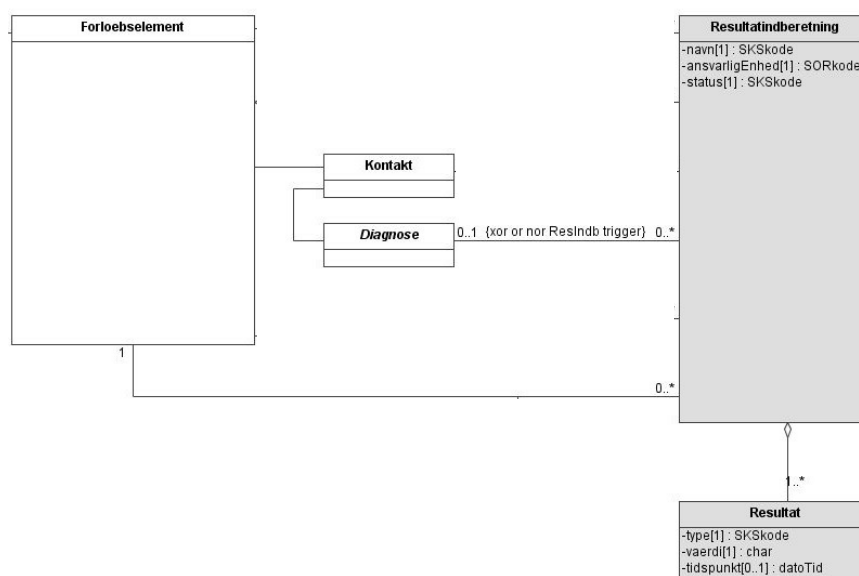
Anmeldelse til Cancerregisteret sker ved indberetning af **resultatindberetningen 'Canceranmeldelse'**.

Trigger for anmeldelsen er en **anmeldelsespligtig diagnose** som aktionsdiagnose og i visse tilfælde som bidiagnose. Ved komplet anmeldelse, status {AZCA1}, skal alle oplysninger være udfyldt.

Anmeldelsesstatus {AZCA0} 'Ny anmeldelsespligtig kræftsygdom, anmeldelse ikke færdiggjort' kan anvendes i indberetningen, indtil en komplet anmeldelse kan udfyldes og indberettes.

Logisk model for "Canceranmeldelsen" med diagnose som trigger

Fuld anmeldelse skal indberettes senest 30 dage efter første patientkontakt med den anmeldelsespligtige diagnose for sygdommen



- Resultatindberetning er generelt beskrevet i Kap. 9

Hvis der er foretaget en foreløbig anmeldelse, skal denne altid **senest 30 dage** efter første kontaktafslutning (med trigger-diagnose) efterfølges af en fuld anmeldelse, anmeldelsesstatus {AZCA1}, af kræftsygdommen fra den samme enhed med alle oplysninger udfyldt og klinisk opdateret, hvis ikke enheden har anmeldt sygdommen fuldt tidligere.

Der kan være mellemliggende indberetninger med status {AZCA0}, men dette ændrer ikke ved kravet, der gælder fra afslutning af den første indberettede kontakt med trigger-diagnosen.

Den fulde canceranmeldelse omfatter opdateret angivelse af makro- og mikroskopisk diagnosegrundlag, for udvalgte sygdomme sygdomsstadiet (TNM el. lymfom-stadie), samt for maligne lymfomer desuden anatomisk lokalisation.

- ▶ Vedr. sideangivelse til anmeldelsespligtig diagnose – se afs. 10.2.5 og videre i afs. 6.1.5

Canceranmeldelse (resultatindberetning)

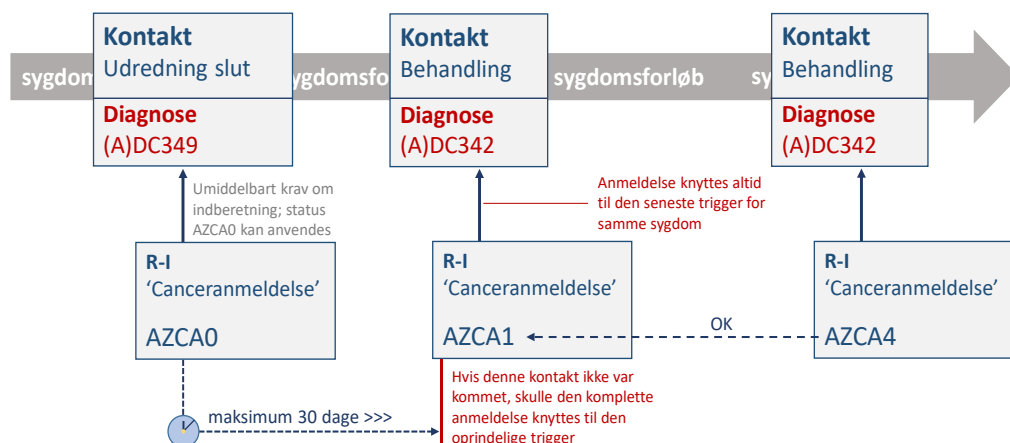
Hosstående skema illustrerer princip, struktur og regler for resultatindberetningen, der svarer til en **formular** med en *header* for den samlede **resultatindberetning** og et antal rækker for de **enkelte resultater**, der indgår obligatorisk eller frivilligt, og som er regelsat.

10.4.1.1 Triggere og tidsmæssige krav til anmeldelse – indberetning ved flere kontakter, der trigger den samme anmeldelse

Anmeldelsen til Cancerregisteret gælder for den enkelte sygdom fra den enkelte organisatoriske enhed. Da triggeren for canceranmeldelsen er en **kontaktidiagnose**, vil der ofte være en række af trigninger for den samme sygdom fra den samme enhed under forløbet af kontakter for sygdommen, indtil fuld kvalificeret anmeldelse kan og er foretaget.

Ved flere fortløbende indberettede patientkontakter med *trigger* for anmeldelse af den samme kræftsygdom, er triggeren for den opdaterede anmeldelse altid den tidsmæssigt **seneste** – se følgende illustration.

Multiple triggere (principtegning)



Først, når der er foretaget en komplet og kvalificeret anmeldelse, kan resultatindberetningen indberettes med status {AZCA4} 'sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen'. Kopi af den fulde AZCA1-anmeldelse kan dog alternativt også anvendes i den fortsatte kontakt-indberetning.

10.4.1.2 Opkvalificering af anmeldelsen

Der skal altid indberettes en korrigeret resultatindberetning i incidensperioden, når der foreligger nye kliniske oplysninger, der skal korrigere en tidligere indberettet incident {AZCA1}-anmeldelse.

Hvis ikke dette sker i relation til en ny (seneste) trigger, skal indberetningen foretages som genindberetning relateret til den tidligere (seneste) trigger.

Opkvalificering af anmeldelsen omfatter principielt hele incidensperioden (første diagnosetidspunkt + 4 måneder), dog selvfølgelig kun så længe, at enheden har **forløbsansvar** for kræftforløbet.

Canceranmeldelsen er skematisk vist i følgende data-skema, der også indeholder reglerne for de enkelte resultat-elementer:

navn: Canceranmeldelse (RAA01)		Anmeldelse til Cancerregisteret af anmeldelsespligtig neoplastisk sygdom			
trigger-ID reference til Diagnose (objekt-ID)	Trigger udfaldsrum [diag.car]		Regel for trigning: <i>diagnose</i> IN [diag.car] Omfatter aktionsdiagnose og bidiagnose		
ansvarlig enhed	SORKlass				
status	[resindb.status]		generel status/komplethed af resultatindberetningen (Se Kap. 9) Obligatorisk		
inkomplet anmeldelse krævet	ja. Anmeldelsesstatus = {RAS00} med visse krav (se nedenfor). Anmeldelse skal indberettes umiddelbart i forbindelse med enhver indberetning af anmeldelsespligtig diagnose. Inkomplet anmeldelse kan anvendes, indtil krav om komplet anmeldelse				
DELAY for komplet RI-indberetning	fuld anmeldelse (status = {RAS01}) skal ske senest 30 dage efter afslutning af patient-kontakten med trigger-diagnosen				
Resultattekst	resul-tattype	kardi-nalitet	art	udfaldsrum	regel / beskrivelse
anmeldelsesstatus	RDA01	1	SKS kode	[res.statuscar]	status for anmeldelsen til Cancerregisteret
makroskopisk diagnosegrundlag	RDA02	(0)..*	SKS kode	[res.makrogr]	obligatorisk ved: anmeldelsesstatus=[res.statuscar.subb] Der kan indberettes flere
mikroskopisk diagnosegrundlag	RDA03	(0)..*	SKS kode	[res.mikrogr]	obligatorisk ved: anmeldelsesstatus=[res.statuscar.subb] Der kan indberettes flere
T-stadie	RDA04	(0)1..n	SKS kode	[res.tcsptad]	obligatorisk ved: anmeldelsesstatus=[res.statuscar.subb] OG <i>diagnose</i> IN [diag.car.tnm]. Flere kan indberettes. <i>Krav til T-værdi og samhørende diagnoser – se afs. 10.4.2.4.2</i>
N-stadie	RDA05	(0)1..n	SKS kode	[res.ncstad]	
M-stadie	RDA06	(0)1..n	SKS kode	[res.mcstad]	
lymfom-lokalisation	RDA07	(0)1..n	SKS kode	[res.loklymf]	obligatorisk ved: anmeldelsesstatus=[res.statuscar.subb] OG <i>diagnose</i> IN [diag.car.lymfom] Der kan indberettes flere
AnnArbor-stadie	RDA08	(0)..1	SKS kode	[res.aastad]	obligatorisk ved: anmeldelsesstatus=[res.statuscar.subb] OG <i>diagnose</i> IN [diag.car.lymfom]
Forklaring: SKS-kodelister og gældende SKS-værdier		[res.statuscar.suba] = {AZCA0; AZCA1} [res.statuscar.subb] = {AZCA1} [res.statuscar.subd] = {AZCA0} [res.statuscar.subc] = {AZCA2; AZCA4; AZCA9}			

Bemærk: Tidspunkter for enkeltresultater ikke medtaget i oversigten. Se *RI-specs i Bilag 1A*

10.4.1.3 Diagnosegrupper

Krav til anmeldelse og indberetning vedrørende kræftsygdomme mv. er betinget af den aktuelle diagnose. Sygdomsdiagnoserne er i det følgende opdelt i fem grupper med tilhørende gruppespecifikke krav.

- ▶ Disse grupper er også vist i oversigtsskemaet under afs. 10.3.2

10.4.1.3.1 A. Primære solide kræftsygdomme = [diag.primkræft]

Denne gruppe omfatter de primære organspecifikke kræftsygdomme, hvor primærsygdommen oftest i udgangspunktet er begrænset til et organ, fx lunge eller tyktarm, samt visse non-invasive tumorformer {DD390-2}, der kan metastasere. Ukendt kræftsygdom (DC80) medregnes til denne gruppe.

I forløbet kan der i mange tilfælde ske en udvikling af sygdommen med udvikling af regionale lymfeknude-metastaser, gennemvækst til andre organer og eventuelt fjernmetastaser.

For disse sygdomme skal der ud over anmeldelsen foretages indberetning af supplerende oplysninger om forekomst af **metastaser**. Indberetningskravet vedr. metastaser er som minimum indberetning af oplysning om tilstedeværende fjernmetastaser. Indberetningen kan desuden indeholde oplysninger om andre metastaser end fjernmetastaser jf. kodelisterne i afs. 10.2.3.4.

Denne registrering følger, i modsætning til ny-anmeldelsen, sygdommen i hele forløbet på enheden, så længe en diagnose for kræftsygdommen anvendes ifølge de *kliniske retningslinjer*.

Herudover kan Lokalrecidiv-oplysning frivilligt angives og indberettes til diagnosen for en tumorsygdom.

Anmeldelsen til CAR omfatter – ud over diagnosen – anmeldelsesstatus, diagnosegrundlag og sygdommens udbredelse angivet ved TNM-klassificering (se nærmere i afs. 10.4.2.4.1) – se følgende oversigts-skema.

10.4.1.3.2 B. Ikke specificeret kræft i lymfeknuder

Ved ikke specificeret kræft i lymfeknuder er der kun få krav til registrering og anmeldelse – jf. følgende oversigtsskema.

10.4.1.3.3 C. Lymfomsygdomme = [diag.car.lymfom]

Denne gruppe omfatter sygdomme med udgangspunkt i bloddannende væv og immunsystemet. Der er andre krav til registrering og indberetning i forhold til de primære solide kræftformer.

Kravene omfatter diagnosen med anmeldelsesstatus, diagnosegrundlag, anatomisk lokalisation og sygdommens udbredelse angivet ved lymfom-stadieklassificering (Ann Arbor *Lugano modifikation*, se nærmere i afs. 10.4.2.4.3) – se følgende oversigtsskema.

10.4.1.3.4 D. Carcinoma in situ = [diag.car.tis]

Carcinoma in situ neoplasi (CIS) er lokaliserede kræftceller i organ/væv uden invasiv vækst. Udvalgte CIS-diagnoser er anmeldelsespligtige (se afs. 10.3.2.1).

Kravene til indberetningen omfatter diagnosen med anmeldelsesstatus, diagnosegrundlag og udbredelse angivet ved TNM-klassificering.

Udfaldet af TNM er givet ved CIS. – se oversigtsskemaet.

10.4.1.3.5 E. Non-invasiv neoplasi = [diag.car.ta]

Non-invasiv neoplasi (NIT) tumorer er ligesom CIS potentielle forstadier til egentlig kræft, uden at der er påvist invasiv vækst. NIT-tumorer omfatter i *anmeldelsessammenhæng* også benigne tumorer i urinveje.

Kravene til indberetningen vedrørende anmeldelsespligtige NIT omfatter diagnosen med anmeldelsesstatus, diagnosegrundlag og udbredelse angivet ved TNM-klassificering.

Udfaldet af TNM er givet for NIT-tumorer (inkl. Ta-tumorer) – se oversigtsskemaet.

10.4.1.3.6 F. Andre anmeldelsespligtige sygdomme (restgruppe)

Denne gruppe omfatter en blandet gruppe af kræftsygdomme i hjerne og andre dele af centralnervesystemet (CNS), benigne tumorer og andre anmeldelsespligtige tumorer og tumorlignende sygdomme.

Til denne gruppe hører også diagnoser for godartede hjerne- og andre CNS-tumorer, neoplasier med uspecifiseret opførsel (benign/malign), visse sygdomme i blod- og lymfesystem, dysplasi i livmoderhals og mola i moderkagen under graviditet.

Kravene til indberetningen omfatter udover diagnosen kun anmeldelsesstatus og diagnosegrundlag.

Bemærk: Der er i denne gruppe diagnoser tilhørende 'Kræftsygdomme' og andre neoplasier, der skal registreres under forløbslabel 'Andre forløb'.

Oversigtstabel. Krav i forhold til diagnosegruppe ved fuld anmeldelse med {AZCA1}:

Diagnose-gruppe samme grupper som i tabellen i afs. 10.3.2.1	Kodeliste	RI-resultater i RI-Canceranmeldelse ved anmeldelsesstatus {AZCA1} ”komplet anmeldelse” Enkeltresultater (klassificerede parametre) i resultatindberetningen ’Canceranmeldelse’						LPR-indberetning (metastaser og lokalrecidiv)		Forløbs-label
Anmeldelsespligtige diagnoser:	[diag.car]	Status	Makro	Mikro	TNM	Lymfom-lokal.	Ann Ar-bor	Meta-stase	Lokal-reci-div	
A Primære solide kræftsygdomme ⁽¹⁾	[diag.primkraeft]	+	+	+	+			+	(+)	Kræftsygdomme
B Ikke specificeret kræft i lymfeknuder	[diag.car.tnm]	+	+	+	+					
C Lymfomsygdomme	[diag.car.lymfom]	+	+	+		+	+			
D Carcinoma in situ (CIS)	[diag.car.tis] delmængde af [diag.car.tnm]	+	+	+	⁽²⁾ + T(tis), NO,MO					Andre forløb
E Non-invasiv neoplasier (NIT)	[diag.car.ta] delmængde af [diag.car.tnm]	+	+	+	⁽³⁾ + T(a), NO,MO					
F Andre anmeldelsespligtige sygdomme	Rest [diag.car]	+	+	+						Kræftsygdomme / Andre forløb – se skema under afs. 10.3.2

► Se også oversigtstabellen i afs. 10.3.2.1; herunder anvendelse af forløbslabel i forhold til diagnosekoder

Forklaring

+ Obligatorisk

(+) Lokalrecidiv *frivillig*

Status Anmeldelsesstatus til Cancerregisteret

Makro Makroskopisk diagnosegrundlag

Mikro Mikroskopisk diagnosegrundlag

TNM T-stadie, N-stadie og M-stadie for tumorstørrelse og udbredelse

Lymfom lokal. Lymfom-lokalisation

Ann Arbor AnnArborstadie (lymfom-stadie) for udbredelse

(1) Inkl: Ukendt primær kræftsygdom {DC80} og udvalgte non-invasive tumorer {DD390-2}, hvor metastasering kan forekomme.
Ekskl: Hjerne og øvrige centralnervesystem (CNS), der indgår i grp. F

(2) T = T(tis) = AZCD12 / AZCE12, N0/Nx (AZCD30/39), M0/Mx (AZCD40)

(3) T = T(a) = AZCD11 / AZCE11, N0/Nx (AZCD30/39), M0/Mx (AZCD40)

10.4.2 Dataindhold i 'Canceranmeldelse'

I det følgende gennemgås de enkelte resultater (parametre), der indgår i resultatindberetningen 'Canceranmeldelse'.

- Strukturen for skemaet med tilhørende regler er illustreret under afs. 10.4.1

10.4.2.1 Anmeldelsesstatus ved anmeldelse af sygdom til Cancerregisteret

Der er følgende særlige anmeldelsesstatus knyttet til canceranmeldelsen:

SKS-kode	anmeldelsesstatus til Cancerregisteret [res.statuscar]
AZCA0	ny anmeldelsespligtig sygdom, anmeldelse ikke færdiggjort
AZCA1	ny anmeldelsespligtig sygdom, ikke tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
AZCA2	klinisk recidiv <i>frivillig. Se afs. 10.4.2.1.4</i>
AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
AZCA9	onkologisk afdeling skal ikke anmelde, sygdommen tidligere fuldt anmeldt af anden afdeling

Anmeldelsesstatus angives obligatorisk som første oplysning i resultatindberetningen, der knytter sig til den anmeldelsespligtige diagnosekode. Der skal og kan kun være en (1) anmeldelse pr. anmeldelsespligtig diagnose pr. kontakt.

Anmeldelsesstatus er betingende for kravene til yderligere oplysninger (resultater) i canceranmeldelsen.

10.4.2.1.1 Fuld anmeldelse

Anmeldelsen af sygdommen fra den enkelte enhed til Cancerregisteret skal foretages fuldt, jf. kodeteksterne til status {AZCA1} og {AZCA4}, hvilket betyder, at anmeldelsen ikke betragtes som fyldestgørende og korrekt, før end...

- diagnosen er endelig og korrekt, herunder korrekt klinisk specificeret
 - ... hvilket også omfatter obligatorisk oplysning om fjernmetastaser
- TNM-stadie respektive lymfom-stadie er komplet svarende til den endelige diagnose, inklusive eventuel korrektion efter kirurgisk staging og/eller behandling
- diagnosegrundlagene (mikroskopisk og makroskopisk) er komplette, dvs. det samlede grundlag for den endelige diagnose

Dette betyder, at den fulde anmeldelse for den samme enhed kan strække sig over flere fortløbende kontakter, når anmeldelsen ikke foretages fuldt på den (de) indledende kontakt(er).

- Vedrørende gentagne kontakter, trigninger og kvalificering af anmeldelsens indhold – se afs. 10.4.1.1-2

Kravet om fuld anmeldelse rækker i forhold til den enkelte enhed selvfølgelig kun så langt, som enheden har forløbsansvaret for patienten.

10.4.2.1.2 Anmeldelsesstatus AZCA0

Denne anmeldelsesstatus kan anvendes på forløbet, så længe der ikke kan indberettes en kvantitativt og kvalitativt komplet incident anmeldelse af kræftsygdommen.

En AZCA0-indberetning skal altid følges af en AZCA1-anmeldelse senest 30 dage efter kontaktafslutning.

Hvis der indberettes flere fortløbende AZCA0-indberetninger, gælder de 30 dages frist for fuld anmeldelse uændret fra afslutningstidspunktet for den første patientkontakt med trigger-diagnose – se afs. 10.4.1.1

10.4.2.1.3 Anmeldelsesstatus AZCA1

Primært forbeholdt den komplette anmeldelse, hvor alle oplysninger er kvalificeret udfyldt. Alle obligatoriske oplysninger er krævet og valideres, når {AZCA1} anvendes.

- Se "validering af anmeldelsesstatus" i afs. 10.4.2.1.7

At der er indberettet en AZCA1-anmeldelse betyder dog ikke, at det ikke kan være relevant at kvalificere anmeldelsen igen ved nyttilkommen viden inden for **incidensperioden**. Dette skal gøres, hvis nye kliniske eller parakliniske svar fx korrigerer den tidligere indberettede udbredelse (TNM- eller lymfom-stadie).

10.4.2.1.4 Anmeldelsesstatus AZCA2

Anmeldelsesstatus {AZCA2} 'klinisk recidiv' kan anvendes, når en ny enhed første gang involveres i kræftforløbet ved fund af klinisk recidiv, dvs. ofte længe efter, at kræftsygdommen tidligere er anmeldt fra anden enhed som *incident*.

{AZCA2} kan således anvendes som erstatning for AZCA1-anmeldelse fra den nye enhed netop i denne konkrete situation. Anvendelse af {AZCA2} er *frivillig*.

Bemærk

Hvis ikke der foretages AZCA2-anmeldelse fra enheden, skal sygdommen anmeldes som "ny" kræftsygdom til Cancerregisteret med {AZCA1} og tilhørende krav i en komplet anmeldelse.

AZCA2 kan også meningsfuldt anvendes til markering af kræftdiagnosen i stedet for det tidligere anmeldte {AZCA4} subs. {AZCA9} (onkologi). Dette er heller ikke et krav.

10.4.2.1.5 Anmeldelsesstatus AZCA4

Anmeldelsesstatus {AZCA4} må kun anvendes, hvis sygdommen tidligere er fuldt kvalificeret anmeldt fra enheden. Dette gælder uanset, at andre enheder primært varetager og anmelder sygdommen.

10.4.2.1.6 Anmeldelsesstatus AZCA9 (onkologiske enheder)

Anmeldelsesstatus {AZCA9} er udelukkende forbeholdt indberetninger fra **onkologiske enheder**, hvor fuld anmeldelse foretages fra den kliniske enhed, hvor sygdommen tidligere er diagnosticeret.

Nyopdagede (incidente) primære kræftsygdomme skal altid *uanset speciale* anmeldes fuldt fra enheden med anmeldelsesstatus {AZCA1}, og uanset, at andre enheder efterfølgende overtager videre udredning og behandling af sygdommen.

10.4.2.1.7 Validering af anmeldelsesstatus

Der er obligatorisk (valideres) følgende sammenhænge mellem generel status for resultatindberetning (se afs. 9.2.2.2) og anmeldelsesstatus for canceranmeldelsen i indberetningen:

generel status for resultatindberetning [resindb.status] se afs. 9.2.2.2		særlig anmeldelsesstatus til Cancerregisteret [res.statuscar]	
RAS00 [resindb.status.subb]	resultatindberetning ikke komplet	AZCA0 [res.statuscar.subd] del af [res.statuscar.suba]	ny anmeldelsespligtig kræftsygdom, anmeldelse ikke færdiggjort
RAS01 [resindb.status.suba]	resultatindberetning komplet	AZCA1 [res.statuscar.subb] del af [res.statuscar.suba]	kodetekster – se tabel ovenfor
		AZCA2; AZCA4; AZCA9 [res.statuscar.subc]	

10.4.2.2 Makroskopisk diagnosegrundlag

For at dokumentere, hvilke undersøgelser, der ligger til grund for diagnosen, skal der ved anmeldelsen indberettes mindst en kode for makroskopisk diagnosegrundlag.

Kravet gælder udelukkende for anmeldelser med anmeldelsesstatus {AZCA1}.

Hvis diagnosegrundlaget udbygges over flere kontakter på enheden, fx efter operation, skal dette afspejles i den fuldt opdaterede anmeldelse fra enheden.

Oplysning om makroskopisk diagnosegrundlag indberettes efter følgende klassifikation:

SKS-kode	Makroskopisk diagnosegrundlag [res.makrogr]
AZCK0	operation (inkl. biopsi)
AZCK1	endoskopisk undersøgelse/operation (inkl. biopsi)
AZCK2	billeddiagnostisk undersøgelse
AZCK3	obduktion
AZCK4	klinisk undersøgelse inkluderer eksploration, palpation og lignende
AZCKX	klinisk-makroskopisk diagnosegrundlag ikke aktuel ved denne anmeldelse

Biopsi opfattes som operation hhv. endoskopisk undersøgelse/operation afhængigt af adgangsmåde.

Der kan angives flere koder for makroskopisk diagnosegrundlag i indberetningen.

10.4.2.3 Mikroskopisk diagnosegrundlag

For at dokumentere, hvilke cytologiske og histologiske metoder, der ligger til grund for diagnosen, skal der ved anmeldelsen indberettes mindst en kode for mikroskopisk diagnosegrundlag.

Kravet gælder udelukkende for anmeldelser med anmeldelsesstatus {AZCA1}.

Hvis diagnosegrundlaget udbygges over flere kontakter på enheden, fx ved patologisk-anatomisk undersøgelse efter operation, skal dette afspejles i den fuldt opdaterede anmeldelse fra enheden.

Oplysning om mikroskopisk diagnosegrundlag indberettes efter følgende klassifikation:

SKS-kode	Mikroskopisk diagnosegrundlag [res.mikrogr]
AZCL0	histologi/cytologi fra primærtumor inkl. knoglemarvsundersøgelse
AZCL1	histologi/cytologi fra metastase
AZCL2	histologi/cytologi, uvist om fra primærtumor eller metastase
AZCL3	andre klinisk/mikroskopiske undersøgelser blodanalyse, differentialtælling, immunologi, cytogenetik, tumormarkører og lignende
AZCL9	ingen histologisk/cytologisk/klinisk-mikroskopisk undersøgelse udover almindelige blodprøver. Fx Hgb, elektrolytter og lign.
AZCLX	klinisk-mikroskopisk diagnosegrundlag ikke aktuel ved denne anmeldelse

Der kan angives flere koder for mikroskopisk diagnosegrundlag i indberetningen.

10.4.2.4 Kræftsygdommens udbredelse (stadie)

Fuld anmeldelse kan først foretages, når relevante svar på billeddiagnostik og histologiske undersøgelser foreligger. Patienter, der ikke opereres, kan ofte anmeldes umiddelbart efter endt relevant udredning.

Ved forløb, der indeholder operation som initial behandling, kan fuld kvalificeret anmeldelse ofte først ske, når histologien på operationspræparatet foreligger. Dette gælder i særlig grad for korrekt angivelse af udbredelsen af kræftsygdommen (stadie) i den incidente anmeldelse af sygdommen.

Udbredelsen indgår i canceranmeldelsen og angives ved TNM-stadie specificering, dog for hæmatologiske neoplastiske sygdomme (lymfomsygdomme) ved lymfom-stadie klassificering – se afs. 10.4.2.4.3

Det er for bla. overlevelseseberegninger vigtigt, at sygdommens udbredelse opkvalificeres i hele incidensperioden.

10.4.2.4.1 Krav til angivelse af TNM-stadie

Der er som minimum krav om, at det kliniske TNM-stadie, **cTNM**, anmeldes og kvalificeres på baggrund af klinik og resultater, der er opnået under udredningen.

Der er herudover mulighed for, og det *anbefales*, at korrigere de registrerede cTNM koder med patologisk korrigeret pTNM kode på en eller flere akser efter svar på patologiske prøver og oplysninger opnået ved den primære behandling.

Allervigtigst anbefales det at følge de gældende *kliniske retningslinjer* for de sygdomsspecifikke TNM-registreringer, herunder eventuelle krav til kliniske kræftdatabaser.

Sygdomme, der kodes med diagnosekode tilhørende SKS-kodeliste: [diag.car.tnm], skal ved nyanmeldelse {AZCA1} have angivet TNM-stadie, som minimum i form af et kvalificeret cTNM-stadie.

- Diagnosekoderne, der skal TNM-stadie specificeres, fremgår af diagnoseoversigten i afs. 10.3.2.1. Kravet gælder alle underkoder i de angivne kodegrupper og—intervaller.

Der anvendes seneste version (pt. vers. 8) af TNM med mindre andet er aftalt med det enkelte speciale.

TNM skal registreres fra hver af grupperne:

Stadie	Kodeliste	Beskrivelse
T	[res.tcstad]	'T' angiver primærtumors størrelse og udstrækning i og udenfor organet
N	[res.ncstad]	'N' angiver, om der er fundet metastaser til regionale lymfeknuder eller ej
M	[res.mcstad]	'M' angiver, hvorvidt der er fundet fjernmetastaser eller ej (ekskl. regionale lymfeknuder)

Forklaring

cTNM "klinisk TNM" vurderes ved klinisk undersøgelse, billeddiagnostik og eventuelle biopsier^{§)}, men før eventuel radikal behandling

pTNM "patologisk korrigeret TNM" eller "postkirurgisk TNM" baserer sig på cTNM, men korrigeret ud fra svar på patologiske undersøgelser

^{§)} inkl. diagnostisk og terapeutisk tumorfjernelse under udredning fx efter TURB ved blæretumorer

Der kan for hver af akserne (T, N og M) vælges mellem c- og p-kode til indberetningen. Betydningen af den enkelte kode varierer efter organ/område. Ikke alle detaljer bruges af alle specialer.

- Der henvises til de enkelte kliniske specialer og databaser for yderligere information vedrørende specialets registreringspraksis

Eksempel

Patient med påvist muskelinvasiv blærekraft ved TURB og billeddiagnostik, ingen synlige lymfeknudemetastaser eller fjernmetastaser. Det primære kliniske TNM-stadie er cT2cN0cM0.

Patienten opereres (cystektomi) som initial behandling. Ved patologisk undersøgelse af cystektomi-præparatet findes ingen resttumor, men en enkelt lymfeknudemetastase (N1).

Samlet set er patientens endelige TNM-stadie cT2pN1cM0, som anmeldes, når patologi-beskrivelsen foreligger efter operation

I de tilfælde, hvor en enhed henviser en patient til videre udredning eller behandling i en anden enhed, fortsætter anmeldelsespligten på den modtagende enhed, som anmelder efter endt udredning og eventuel operation i lighed med patienter, der har hele udrednings- og behandlingsforløbet på én klinisk enhed.

Undtaget herfra er henvisning til onkologisk enhed. Her påhviler det henvisende enhed at anmelde (opdateret) klinisk TNM status senest ved henvisning til onkologisk behandling.

Onkologiske enheder er undtaget for krav om TNM anmeldelse, idet de som udgangspunkt ikke udreder patienter, men udelukkende modtager relevant udredte patienter til ikke-kirurgisk behandling.

De onkologiske enheder kan i disse tilfælde anvende anmeldelsesstatus {AZCA9} til den anmeldelsespligtige diagnose, hvorved der ikke kræves yderligere anmeldelse.

10.4.2.4.2 Validering af samhørende diagnosekoder og T-værdier

Der er følgende krav til sammenhæng mellem sygdomsdiagnose og T-værdier. Der valideres for dette for anmeldelser med anmeldelsesstatus {AZCA1}:

Sammenhæng mellem diagnoseværdier og T-stadie:

Diagnose	Kodeliste	tilhørende T-stadie	Kodeliste
DC80	[diag.car.t0]	T0 primærtumor ikke påvist	[res.tcstad.t0] AZCD10/AZCE10
DD095, DD096, DD301-309, DD37-38, DD397-399, DD40-41, DD44, DD48	[diag.car.ta]	Ta tumor uden invasion	[res.tcstad.ta] AZCD11/AZCE11
DD05, DD06, DD090, DD091	[diag.car.tis]	Tis / carcinoma in situ	[res.tcstad.tis] AZCD12/AZCE12

Krav og validering gælder alle underkoder i de angivne kodegrupper og -intervaller.

10.4.2.4.3 Krav til angivelse af lymfom-stadie ved lymfomsygdomme

Lymfomsygdomme, der kodes med diagnosekode tilhørende SKS-kodelisten: [diag.car.lymfom], skal ved nyanmeldelse {AZCA1} have angivet lymfom-stadie *samt* anatomisk lokalisation (afs. 10.4.2.5).

- [Diagnosekoderne fremgår af diagnoseoversigten i afs. 10.3.2.1](#)

Kravet gælder alle underkoder i de angivne kodegrupper og -intervaller.

Lymfom-stadie angives efter gældende kodeliste: [res.aasted]. Der anvendes som lymfom-stadie *Lugano* modifikationen af Ann Arbor stadie-klassifikationen.

- Der henvises til det hæmatologiske speciales nærmere vejledning i lymfom-kategorierne ved de forskellige lymfomsygdomme

10.4.2.5 Anatomisk lokalisation ved lymfomsygdomme

I Cancerregisteret registreres tumorerne efter mikroskopisk udseende, men også efter deres lokalisation.

I diagnoseklassifikationen (ICD-10) er visse tumortyper (lymfomsygdomme) klassificeret ud fra mikroskopiske udseende (morfologi) – ikke ud fra lokalisation.

Der skal for lymfomdiagnoser, kodeliste: [diag.car.lymfom] obligatorisk anmeldes anatomisk lokalisation.

Anatomisk lokalisation angives ved gældende kodeliste: [res.loklymf] for anatomisk lokalisation.

11 GRAVIDITET, FØDSEL OG BARSEL

Graviditet, fødsel og barsel udgør for kvindens vedkommende et samlet forløb med en række kontakter og ydelser, der normalt vil starte med henvisning til svangrekontrol og videre forløbe under et samlet forløbsansvar på obstetrisk enhed, der indberettes i et sammenhængende helbredsforløb under et **forløbs-element** med forløbslabel: 'Graviditet, fødsel og barsel'. Det samlede forløb vil normalt slutte, når moren afsluttes fra fødegangen.

Barnets fødselsforløb (forløbselement) starter normalt ved fødslen, dvs. ved start af fødselskontakten. Det eksakte fødselstidspunkt indgår i fødselsindberetningen. Forløbslabel for barnets forløb er 'Nyfødt', der i indberetningen omfatter såvel levendefødte som dødfødte børn. Startmarkør er 'akut patient'.

Fødselsforløbene for mor og barn kan indeholde en barselsperiode og eventuelle rutinemæssige kontakter (kontrolbesøg) og ydelser, der er en direkte følge af fødslen fx ammeproblematik, kontrol for sphincter-ruptur (mor) og hørescreening (barn) i obstetrisk regi.

Forløbene kan også inkludere kortvarige ophold på fx intensiv eller neonatal afsnit for forbigående tilstande, hvad enten dette dokumenteres som ophold (under obstetrisk kontakt) eller som en selvstændig patientkontakt under et andet kontaktansvar. Dette gælder dog kun så længe, at forløbsansvaret er på obstetrisk enhed.

Forløbslabel 'Graviditet, fødsel og barsel' hhv. 'Nyfødt' er forbeholdt fødselsforløbet for mor hhv. barn, som beskrevet ovenfor.

Bemærk

Ved komplikationer og følgetilstande til graviditet og fødsel, der skal videre udredes og behandles på anden enhed, skal der i alle tilfælde henvises til og oprettes nyt forløb, dvs. nyt forløbselement.

For moderens vedkommende oprettes det nye forløbselement med referencetypen 'henvist til nyt sygdomsforløb' {ALAA02} eller 'henvist i samme sygdomsforløb {ALAA01} afhængigt af den kliniske vurdering.

Omvendt kan moderens forløb med fødsel og barsel vare, indtil afslutning af fx kontrol for spincterruptur eller anden tilstand, som er opstået i direkte følge af fødslen.

For nyfødte børn, der efter fødslen overflyttes til pædiatrisk eller neonatologisk enhed med klinisk problemstilling, afsluttes barnet fra obstetrisk enhed, og der skal oprettes et nyt forløbselement på den nye enhed med reference "**ny sygdom**" til fødselsforløbet på obstetrisk enhed. Dette gælder i alle tilfælde, uanset årsagen til overflytningen.

Fødselsindberetningerne for mor hhv. for barn indberettes som specificerede resultatindberetninger.

Trigger for fødselsindberetningerne er moderens hhv. barnets **fødselsdiagnose**.

Fuld fødselsindberetning skal ske **senest 7 dage** efter kontaktafslutning (med trigger-diagnose).

Dette gælder for både mor og barn.

Henvisninger til andre afsnit

- ▶ Indberetning ved spontane og provokerede aborter – se Kap. 12
- ▶ Diagnoseindberetningens basale principper er beskrevet i Kap. 6
- ▶ Procedureindberetningens basale principper er beskrevet i Kap. 7
- ▶ De generelle principper for resultatindberetninger er beskrevet i Kap. 9.
De to specificerede fødselsindberetninger for mor hhv. barn er beskrevet i nærværende kapitel
- ▶ Indberetning af tidligt hjemmeophold (THO) for præmature nyfødte – se nyt afs. 4.3.15

Kvinder i fertilitetsbehandling, der opnår graviditet

Når en kvinde i fertilitetsforløb (forløbslabel: 'Andre forløb') bliver gravid, skal der oprettes et nyt forløb med forløbslabel: 'Graviditet, fødsel og barsel' for graviditetsforløbet og referencetype "ny sygdom".

Forløb på familieambulatorie

Forløb på familieambulatorier kan registreres og indberettes som selvstændige forløb (forløbselementer) med forløbslabel 'Andre forløb', parallelt til forløbet 'Graviditet, fødsel og barsel'.

Hvis regionen vælger at integrere graviditetsforløb og forløb på familieambulatorie under et fælles forløbselement under graviditetsperioden, skal dette forløb indberettes med forløbslabel 'Graviditet, fødsel og barsel' – uanset, hvem der organisatorisk "ejer" forløbet.

Hvis moderen fortsætter på familieambulatoriet i en længere periode efter fødsel og barsel, skal dette registreres på et nyt selvstændigt forløb, der indberettes med forløbslabel 'Andre forløb'.

11.1 Graviditetsforløbet

Moderens forløb ved graviditet, fødsel og barsel indberettes normalt som en række af selvstændige patientkontakter, der vil være knyttet til et **forløbselement** med forløbslabel: 'Graviditet, fødsel og barsel'.

Forløbet afsluttes, som beskrevet ovenfor, når moderen **afsluttes fra obstetrisk enhed**.

- ▶ Vedrørende forløb på familieambulatorie – se indledningen til dette kapitel

11.1.1 Svangrekontroller

Kontrolbesøg på sygehuset under graviditeten indberettes som selvstændige patientkontakter 'fysisk fremmøde' – og omfatter såvel besøg ved jordemoder som lægekontroller.

Der skal obligatorisk registreres ydelseskoder for svangrekontrollerne samt for de udførte skanninger.

Ydelseskoderne fremgår af nationale registreringsskemaer, der kan findes på Jordemoderforeningens hhv. obstetrisk selskabs (DSOG) hjemmesider.

- ▶ Principperne for diagnoseregistreringen i graviditetsforløbet beskrives nærmere i det obstetriske speciales (DSOG) kodevejledning: <https://www.dsog.dk/koder-og-kvalitetssikring/obstetriske-og-fotalmedicinske-koder>
- ▶ Specialet udgiver herunder også en særlig vejledning rettet mod registreringen i familieambulatorier

Aktionsdiagnosen på graviditetsforløbets kontakter afspejler kun graviditetens overordnede status. Der anvendes efter aftale med DSOG altid en af følgende koder som aktionsdiagnose. Dette gælder således **alle kontakter i graviditeten**, der ikke ender i abort (aktionsdiagnose: DO00-06) eller fødsel (DO80-84).

Aktionsdiagnosekoder anvendt ved patientkontakter i graviditetsforløbet:

Graviditetsdiagnosekoder	
DZ340	Graviditet, førstegangsfødende
DZ348A	Graviditet, flergangsfødende
DZ348B	Graviditet, paritet ukendt Bem: Må kun anvendes, hvis pariteten er ukendt

Bemærk

- Væsentlige komplikationer, symptomer og risikofaktorer i graviditet registreres som bidiagnoser
- Hjemmebesøg (indberettes som 'udekontakt') og virtuelle kontakter kan også indgå i graviditetsforløbet.

11.1.2 Hjemmebesøg i graviditetsforløbet

Hjemmebesøg indberettes som selvstændige kontakter med kontaktttype: 'udekontakt', der knyttes til graviditetsforløbet. Der bør suppleres med procedurekode(r) for den kliniske ydelse, der er givet i forbindelse med hjemmebesøget.

- ▶ **Hjemmefødsler** indberettes ligeledes som 'udekontakt'. Dette gælder for både moderens og barnets vedkommende – se også afs. 11.5.3

11.1.3 Virtuelle kontakter

Følgende ydelser indberettes på selvstændige kontakter med kontaktttype: 'virtuel kontakt' med tilhørende procedurekode, hvis konsultationen erstatter et fysisk fremmøde:

Procedurer, som indberettet på virtuel kontakt erstatter konsultation ved fremmøde.	
Må kun registreres, hvis der er en direkte kontakt mellem jordemoderen og den gravide/moderen med et fagligt indhold, der har et omfang, så det fører til et klinisk notat. Det er således ikke tilstrækkeligt, hvis der fx aftales tid til efterfølgende konsultation.	
BVAA33A	Telefonkonsultation
BVAA33D	Videokonsultation

Graviditetsdiagnose (afs. 11.1.1) anvendes som aktionsdiagnose ved virtuelle kontakter i graviditeten.

11.1.4 Aflastningsophold

Hvis kvinden er indlagt til aflastning før fødsel, **afsluttes aflastningskontakten før fødslen**, og fødslen indberettes som selvstændig kontakt, som beskrevet i afsnit 11.5 og de efterfølgende afsnit.

11.2 Anvendte termer og definitioner – graviditet, fødsel og barsel

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	kodeliste
graviditetsforløb (svangreforløb)	<u>helbredsforløb</u> der er udløst af graviditet Omfatter graviditet, fødsel og barsel	
"fødsel på vej"	fødsel hvor barnet fødes udenfor hjem og hospital Kommentar: Indberettes fra hospital med fødested (barnet) 'uden for hospital, fødeklinik og hjem'	
abort (abortering)	abortering af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger	
dødfødsel (fødsel af dødt barn)	fødsel af barn uden livstegn efter 22 svangerskabsuger Kommentar: Svangerskabslængde $\geq 22+0$ Dette gælder uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven. Der skal i alle tilfælde foretages ligsyn og udstedes dødsattest.	
flernummer (nummer ved flerfolds- fødsel)	angivelse af barnets nummer i rækkefølge ved fødsel (SKS-klassificeret) Inkl. enkeltfødsel, der kan indberettes med værdien 'A'	[res.flernr]
fosterpræsentation	barnets stilling i fødselsvejen ved fødsel	[res.praesent]
fødsel	Fødsel defineres ved fremkomst af levendefødt barn (uanset gestationsalder) eller dødfødt barn efter 22 fulde svangerskabsuger	
fødselsdiagnoser mor	kodeliste: [diag.foedmor] Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Fødselsindberetning mor'	[diag.foedmor]
fødselsdiagnoser barn	kodeliste: [diag.foedbarn] Inkl: Dødfødt barn Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Fødselsindberetning barn'	[diag.foedbarn]
fødselsresultat	angivelse af det samlede antal børn som resultat af fødslen	
fødselstidspunkt (for barn)	tidspunkt hvor barnet er helt ude af moderen Kommentar: Fødselstidspunktet bestemmer fødested, dvs. typen af fødsel (hospital / hjemme mm.)	
gestationsalder (svangerskabslængde) (graviditetslængde)	klinisk vurderet graviditetslængde angivet i hele forløbne svangerskabsuger og dage Kommentar: SKS-klassificeret. I daglig klinisk tale anvendes ofte betegnelsen "svangerskabsuger X uger og x dage" eller blot "svangerskabsuge X+x"	[res.gestald]

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	kodeliste
<i>hjemmefødsel</i>	fødsel hvor barnet er født i hjemmet Kommentar: Fødsel, der er startet i hjemmet, men hvor barnet ikke er født i hjemmet, betragtes ikke som hjemmefødsel. Hjemmefødsler (mor og barn) indberettes som <u>udekontakt</u>	
<i>hospitalsfødsel</i> (sygehusfødsel)	fødsel hvor barnet fødes på hospital	
<i>levendefødt barn</i>	barn der efter fødsel eller fremhjælpning viser livstegn Kommentar: Det gælder uanset svangerskabslængde og uanset, om baggrunden er et indgreb efter abortloven	
<i>begrundelse for samrådstilladelse</i>	klassificeret angivelse af begrundelse for samrådstilladelse til sen provokeret abortering (efter 12. svangerskabsuge) Inkl: Ved fødsel af barn med livstegn efter provokeret abortering med samrådstilladelse	[res.samraad]
<i>paritet</i>	antallet af gennemførte graviditeter Kommentar: Inklusive aktuelle graviditet og inklusive dødfødsler (graviditeter $\geq 22+0$). Pariteten er altid ≥ 1 i fødselsindberetningen (mor). Ved flere fødsler indenfor samme graviditet er pariteten for alle fødsler (af barn) den samme - pariteten ved afslutning af den aktuelle graviditet	
<i>placentavægt</i>	vægt af moderkagen efter fødslen Kommentar: Ved flerfoldfødsel registreres hver placenta for sig. Ved sammenhængende placenta registreres den totale vægt på hvert barn	
<i>tobaksforbrug i graviditeten</i>	angivelse af moderens tobaksforbrug under graviditeten Kommentar: SKS-klassificeret	[res.tobakgrav]

11.3 "Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv." – og konsekvenser heraf

Sundhedsstyrelsen udsendte i 2005 "Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv.". Heri defineres, hvad der forstås ved livstegn, og det indskræmpes, at alle børn, der viser **livstegn**, skal betragtes som levendefødt barn, uanset svangerskabslængde og uanset, om baggrunden er et abortindgreb.

Bemærk

Dette betyder, at der altid ved livstegn skal oprettes og indberettes en fødselskontakt med fødselsdiagnose (aktionsdiagnose), og at der skal foretages fuld fødselsindberetning til LPR for både mor og barn

Der er mulighed for at kombinere fødselsdiagnose (ved livstegn) og abortdiagnose samt operations- eller behandlingskode(r) for abortprocedure i de tilfælde, hvor der trods abortprocedure fremkommer et barn med livstegn – se yderligere beskrivelse af kravene til indberetning i disse særlige situationer i afs. 11.6.3

11.4 Dødfødsler

Efter 22 svangerskabsuger (fra uger 22+0) er alle børn, der fødes uden livstegn, "fødsel af dødt barn", der skal indberettes til Sundhedsdatastyrelsen. Der skal desuden foretages ligsyn og udstedes dødsattest.

Bemærk

Dette gælder uanset en eventuelt udført abortprocedure, herunder udført før 22 uger, og uanset, at intrauterin fosterdød eventuelt er konstateret inden 22 uger

Fødslen indberettes for moderens vedkommende efter de generelle regler for indberetning af fødsel, hvor fødselsresultatet 'antal dødfødte' indgår i fødselsindberetningen.

Der skal til LPR foretages fødselsindberetning vedrørende det dødfødte barn. Dette vil sige, at der, som ved det levendefødte barn, skal oprettes en fødselskontakt for barnet, og der skal foretages indberetning. Barnet indberettes med **administrativt CPR-nummer** eller eventuelt med erstatningsnummer.

Kontakttypen for fødselskontakten ved dødfødsel er 'død', prioritet 'akut'. Aktionsdiagnosen er DP950 'Dødfødt barn'. Aktionsdiagnosen er trigger for resultatindberetningen 'fødselsindberetning barn'.

- Oplysninger med værdier, der indberettes ved dødfødt barn – se afs. 11.8.1

11.5 Forløb og fødselskontakter

Moderen vil normalt have et forløbselement for graviditetsforløbet, hvor forløbet afsluttes efter fødselskontakten eller et efterfølgende barselsophold eller kontrolbesøg.

- Principperne for fødselsforløb mv. er beskrevet i indledningen af dette kapitel

Ved fødsel skal der foretages indberetninger til Landspatientregisteret vedrørende moderen og hvert af de levendefødte børn, dvs. børn uanset gestationsalder, der har vist livstegn efter fødslen, samt foretages indberetning vedrørende dødfødte børn efter 22 svangerskabsuger – se også afs. 11.4.

Fødsler (mor og barn) indberettes på selvstændige **fødselskontakter**, der kun omhandler selve fødslen inklusive eventuel igangsættelse (mor) og eventuelt et tidsmæssigt uafbrudt barselsophold under samme organisatoriske enhed (forløbsansvar).

Hvis der oprettes og indberettes selvstændig barselskontakt, må fødselsdiagnose ikke anvendes på denne kontakt.

Fødsler er per definition **akutte** med mindre, at der er tale om planlagt kejsersnit eller planlagt igangsættelse. Nyfødt barn betragtes altid som akut, uanset om moderens fødselskontakt eventuelt er planlagt.

Kontaktårsagen ved fødselskontakter, er 'anden'.

Nyfødte

For levendefødte og dødfødte børn skal der i forbindelse med fødslen oprettes et nyt forløbselement – se nærmere under afs. 11.8.1.

Barnets forløb efter fødslen eller barselsopholdet afsluttes altid ved afslutning fra obstetrisk enhed.

Forløbet med forløbslabel 'Nyfødte' er således forbeholdt det afgrænsede og oftest kortvarige forløb på obstetrisk enhed. Fødselsforløbet kan også inkludere kortvarige ophold og ydelser på anden enhed ved observation og behandling af midlertidige neonatale tilstande, så længe forløbsansvaret fortsat tilhører obstetrisk enhed.

Hvis barnet fremadrettet efter fødslen henvises til andet speciale, skal dette ske til et nyt forløbselement med relevant forløbslabel (**ikke** 'nyfødte') for den sygdom/tilstand, som barnet henvises for.

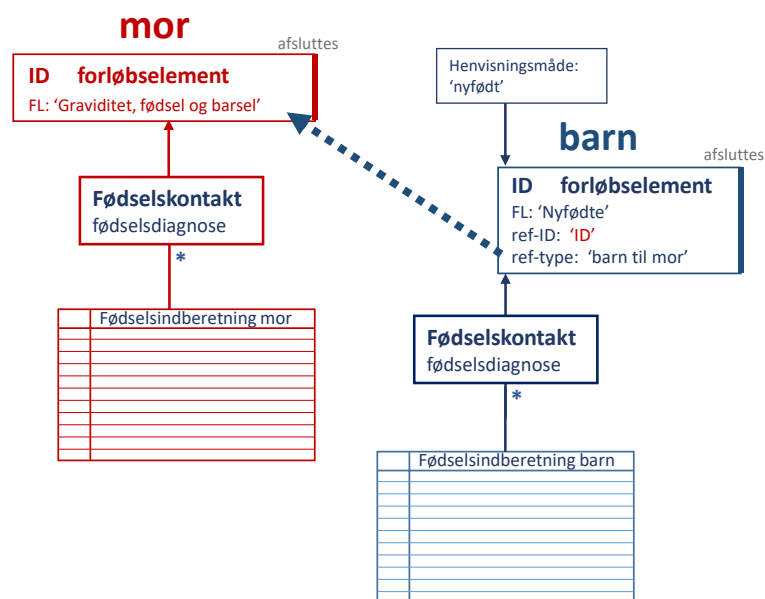
- Vedrørende nyfødt barn med klinisk problemstilling – se afs. 11.9.2

Bemærk

Det nyoprettede forløbselement for barnet skal via referencetyper: 'barn til mor' {ALAA04} pege tilbage på moderens forløbselement, der indeholder moderens fødselskontakt.

Indberetningerne ved fødsel foretages ud over kontaktindberetningen som **resultatindberetningerne** 'Fødselsindberetning mor' hhv. 'Fødselsindberetning barn'.

Principtegning for forløbselementer, fødselskontakter og fødselsindberetninger for mor og barn:



Trigger for indberetning er moderens hhv. barnets fødselsdiagnose, dvs. aktionsdiagnosen på fødselskontakten for mor hhv. barn.

- Fødselsindberetningernes struktur og indhold er nærmere beskrevet under afs. 11.6 for moderens fødselskontakt og indberetning hhv. i afs. 11.8 vedrørende barnets fødselskontakt og indberetning

Fødsler, der indberettes fra hospital, omfatter foruden egentlige hospitalsfødsler også fødselsforløb, der starter i hjemmet eller på vej til hospitalet, men afsluttes på hospitalet, samt **hjemmefødsler** med deltagelse af hospitalsansat jordemoder.

Ved indberetning af fødsler er det, ud over diagnoser og procedurer, som beskriver selve fødslen, obligatorisk at indberette en række supplerende oplysninger. Dette gælder både for moderen og barnet, der beskrives hver for sig i det følgende.

11.5.1 Anonyme bortadoptioner

Der må ikke trækkes en reference mellem barn og mor i tilfælde af anonym bortadoption.

I alle andre tilfælde skal der, som ovenfor anført, trækkes en reference fra den nyfødtes forløb til moderens fødselsforløb. Dette gælder såvel levendefødte som dødfødte børn.

11.5.2 Fødsel efter abortprocedure

I de særlige situationer, hvor en abortprocedure resulterer i fødsel af levendefødt barn, dvs. barn med livstegn uanset gestationsalder, gælder de generelle krav for registrering og indberetning ved fødsel, der er beskrevet i de følgende afsnit.

Det generelle krav om indberetning af fødselsoplysninger gælder også ved fødsel af dødfødt barn efter 22 uger, efter indledningsvis abortprocedure og uanset tidspunkt for abortprocedure.

- Der skal samtidig foretages indberetning af abortoplysninger jf. beskrivelsen i afs. 11.6.3

11.5.3 Hjemmefødsler

11.5.3.1 Hjemmefødsel med jordemoder

Hjemmefødsler indberettes (både mor og barn) som (kontakttype) '**udekontakt**', når der i forbindelse med fødslen har været en jordemoder eller anden relevant sundhedsperson til stede før, under eller efter fødslen. At der er tale om en hjemmefødsel fremgår af **fødested** på barnets fødselsindberetning.

Kontaktstarttidspunktet for fødselskontakterne er for moderen lig med starttidspunktet for hjemmebesøget. Barnets fødselskontakt starter normalt på fødselstidspunktet.

Hvis jordemoderen først ankommer til hjemmet efter, at barnet er født, sættes starttidspunktet for fødselskontakten lig med starttidspunktet for hjemmebesøget (udekontakt).

Barnets angivne fødselstidspunkt dokumenteres i fødselsindberetningen for barnet.

- Indberetning af hjemmefødsler gøres enten via LPR (hospitalsansat jordemoder), SEI-LPR eller om nødvendigt blanket (privatpraktiserende jordemoder).

11.5.3.2 Hjemmefødsel uden jordemoder

I de tilfælde, hvor fødslen sker hjemme (ude) uden, at der er jordemoder- eller lægeassistance, skal fødselsindberetningerne foretages af den jordemoder, der først får kontakt til moder og barn.

Ved hjemmefødsel uden sundhedsperson i hjemmet, hvor moderen og barnet modtages efterfølgende på hospitalet, skal fødslen indberettes som hjemmefødsel på "post partum" patientkontakter med starttidspunkter (mor og barn) lig med tidspunkt for fysisk fremmøde på hospitalet.

Det skal af fødselsindberetningen fremgå, at fødslen var en hjemmefødsel (fødested på barnet), og det konkrete fødselstidspunkt for barnet ude, der således ligger før kontaktstart, skal ligeledes indgå i fødselsindberetningen på barnet.

11.5.3.3 Akut indlæggelse efter hjemmefødsel

Som aktionsdiagnose på moderens barselsindlæggelse, hvor fødselsindberetning er foretaget på tidligere udekontakt, anvendes ved ukompliceret barselseng {DZ390} 'Undersøgelse og pleje efter fødsel' som aktionsdiagnose. Ved komplikationer anvendes relevant(e) komplikationsdiagnose(r).

- Se også DSOG's registreringsvejledning

Hvis moderen indlægges som ledsager til barn med komplikationer, kan lokal patientkontakt for moderen oprettes med aktionsdiagnose {DZ763} 'Rask ledsager'. Kontakten indberettes **ikke** til LPR.

11.5.4 Fødsler, der er startet i hjemmet, men hvor det ikke slutter som en hjemmefødsel

Hvis barnet ved en fødsel, der er startet i hjemmet, ikke fødes i hjemmet, er der ikke tale om en hjemmefødsel, og det er hospitalet, der skal foretage registrering og indberetning af fødslen – som født på hospital eller "uden for hospital, fødeklinik og hjem".

Kontaktstarttidspunktet for moderens fødselskontakt er ved ankomst til obstetrisk (evt. pædiatrisk) enhed.

Er barnet født før ankomst til hospitalet, skal hospitalet ikke tilbagedatere kontaktstart til det angivne fødselstidspunkt. Kontaktstarttidspunktet sættes lig med ankomsttidspunktet. Barnets eksakte fødselstidspunkt indgår i fødselsindberetningen.

De fødselsoplysninger, der eventuelt er registreret i hjemmet, skal medbringes til hospitalet og medtages i indberetningen.

Hvis barnet derimod ikke er født ved ankomst, oprettes barnets fødselskontakt først gældende fra fødselstidspunktet.

11.5.5 Fødsel på vej til hospital

Sker fødslen af barnet på vej til sygehuset, fx i privatbil eller taxi, skal hospitalet foretage fødselsindberetningen med de obstetriske fødselsoplysninger. Kontaktstarttidspunktet for fødselskontakterne (mor og barn) er ved ankomst til obstetrisk (evt. pædiatrisk) enhed.

At der er tale om en fødsel "uden for hospital, fødeklinik og hjem" fremgår af **fødested** på barnets fødselsindberetning. Barnets eksakte fødselstidspunkt indgår i fødselsindberetningen og registreres, som oplyst af anden part.

11.5.6 Fødselsforløb over to hospitalskontakter

11.5.6.1 Overflytning under fødsel

I nogle tilfælde starter en fødsel på et fødested men afsluttes på et andet fødested, fx et specialafsnit.

De obligatoriske obstetriske fødselsoplysninger for både mor og barn skal indberettes af det fødested, hvor barnet fødes.

Hvis overflytning sker før barnets fødselstidspunkt, anvendes i den første kontakt som aktionsdiagnose en kode fra intervallet {DO60-75} 'Fødselskomplikationer'. Fødselsdiagnose {DO80-84} må ikke forekomme på kontakter, hvor barnet ikke er født.

Overflyttes moderen derimod til specialafdeling efter barnets fødsel, skal aktionsdiagnosen på den første kontakt være en fødselsdiagnose, kodeliste: [diag.foedmor], og komplikationen, der har ført til overflytningen, registreres som bidiagnose {DO60-75}. På den nye kontakt (specialafdelingen) registreres årsagen til overflytningen (komplikationen) som aktionsdiagnose på moderen.

Et rask barn, der følger moderen, uden ydelser til barnet, der skal indberettes, kan registreres på selvstændig lokal patientkontakt som rask ledsager med aktionsdiagnose {DZ763B} 'Rask nyfødt som ledsager'. Kontakten indberettes **ikke** til LPR.

11.5.6.2 Flerfoldsfødsel på flere patientkontakter

I de tilfælde ved flerfoldsfødsler, hvor et barn (eventuelt flere) fødes på første kontakt på en enhed, og et barn (eventuelt flere) fødes på en kontakt på en anden enhed, skal de obstetriske fødselsoplysninger indberettes fra begge kontakter.

Hvis man på den første enhed, hvor et barn i flerfoldsgravitet fødes, ikke ved, hvordan fødslen ender, fx fordi patienten overflyttes til anden enhed, indberettes de oplysninger, man har fx

(A){DO809} 'Spontan enkeltfødsel' og
(B){DO300} 'Tvillingegravitet'

Kuld og flernummer registreres efter den aktuelle situation og viden.

Den enhed, hvor moderen føder det andet barn, indberetter med nyeste og samlede oplysninger, fx
(A){DO842A} 'Flerfoldsfødsel med vaginal fødsel af A og akut kejsersnit af B' og
(B){DO300} 'Tvillingegravitet'.

Pariteten er på begge kontakter lig med værdien for pariteten ved afslutning af den aktuelle graviditet, fx '1' ved begge "delfødsler" i første graviditet.

11.6 Moderens fødselskontakt

Moderens fødselskontakt skal, uanset hvornår kontakten er startet, indberettes som en selvstændig patientkontakt og overholde kravene til fødselskontakten, hvor **aktionsdiagnosen** er en fødselsdiagnose [diag.foedmor]. – se følgende tabel (afs. 11.6.1.2).

Moderens fødselskontakt kan inkludere:

- igangsættelse, hvis dette sker under samme fysiske fremmøde på samme organisatoriske enhed
- ophold på barselsgang/i barselsseng umiddelbart efter fødslen under samme forløbsansvar (organisatorisk enhed)

► Ekskl: Aflastningsophold inden fødsel – se afs. 11.1.4

11.6.1 Obligatoriske fødselsoplysninger vedrørende moderen

De obligatoriske obstetriske oplysninger indberettes for moderens vedkommende på den patientkontakt, hvorunder barnet er født. Dette omfatter alle levendefødte børn (dvs. alle børn med livstegn uanset gestationsalder) samt dødfødte børn efter 22 svangerskabsuger.

Oplysninger, der indberettes på moderens fødselsforløb og fødselskontakt:

dataelement	værdi	kodeliste
forløbslabel	'Graviditet, fødsel og barsel'	[forloeb.label]
startmarkør ved akut kontakt	'akut patient'	[forloeb.markoer]
prioritet	'akut' eller 'planlagt'	[admin.prioritet]
kontaktårsag - krav ved akutte kontakter af type 'fysisk fremmøde'	'anden kontaktårsag'	[admin.kontaarsag]
kontakttype	'fysisk fremmøde' eller 'udekontakt'	[admin.konttype]
aktionsdiagnose	{DO80-DO84}	[diag.foedmor]
bidiagnose(r)	eventuelle komplikationer, komorbiditet og andre tilstande på og af betydning for fødselskontakten	[diag]
resultatindberetning	'Fødselsindberetning mor'	[resindb.navn]

Kontaktens prioritet kan være akut eller planlagt.

Hvis fødslen indberettes på selvstændigt forløbselement, skal startmarkøren ved normal ikke-planlagt fødsel være: 'akut patient' {AFV01A9}; ved planlagt fødsel: 'henvist i graviditet' {AFV01A6}.

Alle øvrige oplysninger indgår i **resultatindberetningen**: 'Fødselsindberetning mor' – se afs. 11.6.2

11.6.1.1 Starttidspunkt for moderens fødselskontakt

Moderens fødselskontakt (kontakttype: 'fysisk fremmøde') vil normalt starte ved moderens ankomst til fødeafsnittet, herunder ved fremmøde til igangsættelse, når dette sker på samme patientkontakt.

Hvis moderen har født inden ankomst til hospitalet, og der skal oprettes en fødselskontakt til fødselsindberetningen fra hospitalet, sættes kontaktstarttidspunktet ligeledes til tidspunktet for fremmøde. Der skal ikke "tilbagedateres".

Ved hjemmefødsel er kontaktstarttidspunktet for moderens fødselskontakt lig med starttidspunktet for jordemoderens hjemmebesøg. Indberettes som (kontakttype) 'udekontakt'.

11.6.1.2 Aktionsdiagnose på moderens fødselskontakt

Aktionsdiagnosen på fødselskontakten er forbeholdt denne særlige kontakt og er **trigger** for den videre fødselsindberetning (resultatindberetning). Fødselsdiagnosen må kun forekomme på patientkontakt med fødsel af barn. Det er tidspunktet for, hvornår barnet er ude af moderen, der definerer fødselstidspunktet.

► Se diagnosetabel på næste side >>>

Fødselsdiagnosen kan suppleres af **bidiagnoser** for komplikationer til fødslen og efterforløbet til fødslen under samme patientkontakt.

11.6.2 Fødselsindberetning vedrørende moderen (resultatindberetning)

Indberetningen vedrørende moderen fremgår af det følgende skema. Fødselsindberetningen omfatter alle fødsler uanset antallet af levendefødte hhv. dødfødte børn, der angives i fødselsindberetningen.

Indberetning til LPR foretages som resultatindberetningen: '**Fødselsindberetning mor**' ved patientkontakter af typerne: 'fysisk fremmøde' og 'udekontakt'.

Trigger for fødselsindberetningen er en fødselsdiagnose [diag.foedmor] som aktionsdiagnose.

Fødselsdiagnoserne (se tabel) må kun anvendes på patientkontakter med fødsel af barn (børn) – inkl. dødfødt barn. Barnets vitalstatus ved fødslen fremgår af barnets fødselsdiagnose og -indberetning.

Aktionsdiagnosen for moderens fødselskontakt vælges ud fra koderne i kodeliste [diag.foedmor]:

Fødselsdiagnose for moderen.		
- Diagnosekoder kodeliste: [diag.foedmor] - Indberettes som aktionsdiagnose på moderens fødselskontakt		
Enkeltfødsler		
DO809	Spontan enkeltfødsel	Inkl: Fremhjælpning Ekskl: Efter igangsættelse {DO837}
DO819	Enkeltfødsel med instrumentel forløsning	Inkl: Tang og/eller vakuumeksikator Ekskl: Anvendelse af vending og anden fremhjælpning {DO809}; enkeltfødsel ved kejsersnit {DO829} Bem: Metode registreres som procedure
DO829	Enkeltfødsel ved kejsersnit	Inkl: Forløsning ved laparotomi og andre indgreb i abdomen, herunder ved indgreb på anden og kombineret indikation Bem: Metode registreres som procedure; indikation som bidiagnose på moderens fødselskontakt Prioritet kan indberettes til Procedure
DO836	Enkeltfødsel efter abortprocedure	Bemærk: Specificering af samrådstilladelsen indgår i abortindberetningen. Abortmetode registreres som procedure
DO837	Enkeltfødsel efter igangsættelse	Bem: Igangsættelse registreres som procedure
DO838	Anden form for enkeltfødsel	Inkl: Efter embryotomi og abdominal graviditet
DO839	Enkeltfødsel UNS	
Flerfoldsfødsler		
DO840	Spontan flerfoldsfødsel	Inkl: Fremhjælpning Ekskl: Efter igangsættelse {DO847}
DO841	Flerfoldsfødsel med instrumentel forløsning	Bem: Metode registreres som procedure; indikation som bidiagnose på moderens fødselskontakt
DO842	Flerfoldsfødsel ved kejsersnit	Bem: Metode registreres som procedure; indikation som bidiagnose på moderens fødselskontakt
DO842A	Flerfoldsfødsel med vaginal fødsel af A og akut kejsersnit af B	
DO846	Flerfoldsfødsel efter abortprocedure	Bemærk: Specificering af samrådstilladelsen indgår i abortindberetningen. Abortmetode registreres som procedure
DO847	Flerfoldsfødsel efter igangsættelse	Bem: Igangsættelse registreres som procedure
DO848	Anden form for flerfoldsfødsel	Inkl: Efter embryotomi og abdominal graviditet
DO849	Flerfoldsfødsel UNS	

11.6.2.1 Frist for komplet indberetning

Hvis der er indberettet en ikke færdiggjort fødselsindberetning (status = {RAS00}), skal denne altid **senest 7 dage** efter afslutning af fødselskontakten følges op af en fuld kvalificeret indberetning (status = {RAS01}) med samme trigger.

11.6.2.2 Angivelse af svangerskabslængde ved fødselsindberetning – mor

Der skal obligatorisk indberettes svangerskabslængde ved fødsel.

Svangerskabslængde angives i hele uger og dage og er SKS-klassificeret, kodeliste: [res.gestald.foedssel]. Ved usikker svangerskabslængde på fødselstidspunktet angives værdien for bedste kliniske skøn.

Der valideres for svangerskabslængde – interval 15-45 uger.

Resultatindberetning 'Fødselsindberetning mor' ved fødselskontakt:

navn: Fødselsindberetning mor (RAA02)		Indberetning af fødsel vedrørende moderen til Landspatientregisteret			
trigger-ID Reference til Diagnose (objekt-ID)	Trigger udfaldsrum [diag.foedmor] = {DO80-84}		Regel for trigning: diagnose <- aktionsdiagnose IN [diag.foedmor] Omfatter aktionsdiagnose for moderens fødselskontakt		
ansvarlig enhed	SORKlass				
status	[resindb.status]		generel status/komplethed af resultatindberetningen Obligatorisk		
inkomplet RI-indberetning krævet		nej			
DELAY for komplet RI-indberetning		fuld indberetning (status = {RAS01}) skal ske senest 7 dage efter afslutning af fødselskontakten			
Resultattekst	Resultat-type	Kardinalitet	art	udfaldsrum	regel / kommentar
gestationsalder (svangerskabslængde)	RDA20	(0)..1	SKSkode	[res.gestald.foedsel] {15-45 uger}	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] (= "komplet anmeldelse") Svangerskabslængde i (uger+dage)
paritet	RDA22	(0)..1	integer	heltal antal {1-20;-1} [‡]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
antal levendefødte	RDA23	(0)..1	integer	heltal antal {0-8} [#]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
antal dødfødte	RDA24	(0)..1	integer	heltal antal {0-8} [#]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
tobaksforbrug under graviditet	RDA25	(0)..1	SKSkode	[res.tobakgrav]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
højde før graviditet	RDA26	(0)..1	integer	heltal (cm) {120-220; -1} [‡]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
vægt før graviditet	RDA27	(0)..1	integer	heltal (kg) {30-250; -1} [‡]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
vægt ved fødsels start	RDA28	(0)..1	integer	heltal (kg) {30-250; -1} [‡]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
intenderet fødested	RDB21	(0)..1	SKSkode	[res.intendfoedsted]	obligatorisk
blødningsmængde ²⁰	RDB22	(0)..1	integer	heltal (ml) {0-9999; -1} [‡]	obligatorisk. Ved blødningsmængde (skønnet) over 10 liter angives 9999 (ml)
tidspunkt for vandafgang	RDB23	0..1	datoTid	tidspunkt	frivillig. Kan indberettes, hvis oplysnin-gen foreligger
tidspunkt for veer	RDB24	0..1	datoTid	tidspunkt	frivillig. Kan indberettes, hvis oplysnin-gen foreligger

[resindb.status.suba] = {RAS01}

^{*)} Heltalsværdien "-1" kan anvendes i indberetningen, når der ikke foreligger et resultat eller hvis værdien ligger udenfor interval

^{#)} Samlet skal antal levendefødte plus antal dødfødte børn skal være i intervallet {1-8}

²⁰⁾ Jævnfør gældende kodevejledning fra Dansk Kvalitetsdatabase for Fødsler(DKF)

11.6.2.3 Paritet

Pariteten ved den aktuelle fødsel skal obligatorisk indberettes. Pariteten inkluderer den aktuelle graviditet.

11.6.2.4 Antal fødte børn

Antal fødte børn ved den aktuelle fødsel skal obligatorisk indberettes som antallet (0-8) af levendefødte hhv. antallet (0-8) af dødfødte børn. Samlet antal skal være i intervallet (1-8).

11.6.2.5 Intenderet fødested

Det **planlagte fødested** ved fødselens start, dvs. ved start af veer eller vandafgang.

Fødslen kan fx være startet som en planlagt hjemmefødsel eller klinikfødsel, men ende som en hospitalsfødsel.

Det intenderede fødested angives obligatorisk efter følgende klassifikation [res.intendfoedsted].

Bemærk

Det er fødestedet (lokalisering), der skal registreres; ikke jordemoderens ansættelsesforhold.

Intenderet fødested [res.intendfoedsted]	
RGAK01	intenderet hospitalsfødsel
RGAK02	intenderet hjemmefødsel
RGAK03	intenderet klinikfødsel (a)
RGAK09	intenderet fødested uoplyst

(a) "Klinikfødsel" betyder her fødeklinik organiseret uden for hospitalsregi

11.6.2.6 Vægt ved fødselens start

Moderens vægt ved fødselens start skal indberettes, typisk ved indlæggelse til fødsel (inkl. hjemmefødsel).

En måling inden for to uger inden fødslen accepteres. Der skal ikke foretages et klinisk skøn.

Hvis vægtmåling ikke er foretaget, indberettes '-1' som resultatværdi.

11.6.2.7 Indberetning af øvrige oplysninger i forbindelse med fødslen

Moderens tobaksforbrug under graviditeten samt højde og vægt før graviditet skal altid indberettes efter de til enhver tid gældende fagligt fastsatte principper.

Tobaksforbrug er SKS-klassificeret; kodeliste: [res.tobakgrav].

11.6.3 Fødsel af barn efter sen og meget sen svangerskabsafbrydelse med og uden samrådstilladelse

Hvis resultatet af en sen abortprocedure før udgangen af 22. svangerskabsuge mod forventning er et barn med livstegn, skal der, jf. afs. 11.3, foretages fødselsindberetning efter de generelle retningslinjer.

Ved meget sen svangerskabsafbrydelse efter 22 svangerskabsuger er resultatet altid et **barn**, dødfødt eller levendefødt. Der skal i alle tilfælde foretages fødselsindberetning, samt ved udført abortprocedure tillige indberettes abortoplysninger, herunder med specificeret samrådstilladelse efter de følgende beskrevne principper.

Bemærk

Aktionsdiagnosen (fødselsdiagnosen) på moderens fødselskontakt skal i disse tilfælde være fra kodelisten: [diag.foedmor.samraad], dvs. {DO836} eller {DO846}.

Der skal herudover obligatorisk angives en abortdiagnose [diag.abort.samraad.subb] {DO059} eller [diag.abort.samraad.subc] {DO050} som **bidiagnose**, og der skal foretages en komplet abortindberetning, hvoraf samrådsoplysningen skal fremgå.

- ▶ se også afs. 12.4.2

Indberetningskravene på moderen er således i disse tilfælde en **kombineret fødsels-/abort-kontakt** med dobbelt-indberetning af to relaterede indberetninger for fødslen hhv. aborten.

Kombineret fødsels-/abort-kontakt med fødselsindberetning og abortindberetning ved fødsel af levendefødt barn efter provokeret abortindgreb:

kontakt diagnoser			diagnose-trigget resultatindberetning	Bemærkning
art	kodeliste	aktuelle værdier		
aktions- diagnose	[diag.foedmor.samraad]	DO836; DO846	fødselsindberetning mor	<i>samrådsoplysning fremgår af abortoplysningerne</i>
bidiagnose ^{*)}	[diag.abort.samraad.subc] eller [diag.abort.samraad.subb]	DO050; DO059;	abortoplysninger	specificeret samrådsoplysning Inkl: uden samrådstilladelse ved fare for kvindens liv og helbred

^{*)} Der valideres for obligatorisk bidiagnose tilhørende [diag.abort.samraad] ved aktionsdiagnose tilhørende [diag.foedmor.samraad]

- ▶ Se nærmere i afs. 12.4.2

11.7 Procedureregistrering i forbindelse med fødsel

Relevante overordnede procedurer (igangsættelse, stimulation, instrumentation mv) udført i forbindelse med fødslen bør registreres og indberettes.

- ▶ Der henvises til den obstetriske kodeliste og vejledning
- ▶ **Indikation** for indgreb kan angives i forhold til den enkelte **Procedure** – se afs 7.1.11

11.7.1 "Maternal request"

At der er foretaget igangsættelse af fødsel eller elektivt kejsersnit på maternal request (ønsket af moderen) kan registreres som **indikation** {KZYM00} til operationskoden for kejsersnittet hhv. for procedurekoden for igangsættelse af fødsel.

11.8 Barnets fødselskontakt

- Vedrørende barnets fødselsforløb – se indledningen til dette kapitel

Barnets fødselskontakt indberettes med **aktionsdiagnosen** [diag.foedbarn.vital]: {DZ389} ved levende-født barn og [diag.foedbarn.doed]: {DP950} ved dødfødt barn.

Kontakttyperne er for levendefødte 'fysisk fremmøde' eller 'udekontakt'. Ved dødfødsel (ingen livstegn efter fødslen (afs. 11.3-4)) anvendes kontakttype 'død'.

Barnets fødselskontakt kan indeholde ophold på barselsgang umiddelbart efter fødslen samt kortvarige ophold på andre afdelinger, hvis dette sker i umiddelbar forlængelse af fødslen under samme forløbs-ansvar (obstetrisk enhed).

I indberetningen relateres det enkelte barns forløbselement med fødselskontakten obligatorisk til moren gennem **referencetype** {ALAA04} 'barn til mor', og reference-ID lig med moderens forløbsID for det forløbselement, der indeholder fødselskontakten.

- se oversigtsgrafik i afs. 11.5

Bemærk: Der må ved anonym bortadoption ikke trækkes en reference mellem barn og mor

11.8.1 Obligatoriske fødselsoplysninger vedrørende barnet

Der skal altid oprettes et forløbselement, en fødselskontakt samt foretages fødselsindberetning for hvert barn, der viser **livstegn** uanset gestationsalder, samt for dødfødte børn efter 22 svangerskabsuger.

Nyfødt barn indberettes under et nyt **forløbselement** med forløbslabel: 'Nyfødt' og henvisningsmåde: 'nyfødt'. Barnets fødselskontakt indberettes med prioritet 'akut'.

Bemærk

Betegnelsen "nyfødt" anvendes i denne vejledning samlet om både levendefødte og dødfødte.

De samlede krav til fødselsindberetningen for nyfødt barn, dvs. diagnoseregistreringen og de øvrige fødselsoplysninger på barnets fødselskontakt er skematisk vist i følgende tabel.

Oplysninger, der indberettes på barnets fødselsforløb og fødselskontakt:

dataelement	værdi	kodeliste
forløbslabel	'Nyfødt'	[forloeb.label]
startmarkør	'akut patient'	[forloeb.markoer]
henvisningsmåde	'nyfødt'	[admin.henvmaade]
prioritet (kontakt)	'akut'	[admin.prioritet]
kontaktårsag - krav ved akutte kontakter	'anden kontaktårsag' Bemærk: Kun krav ved kontakttype: 'fysisk fremmøde', dvs. ved levendefødt barn på hospital/klinik	[admin.kontaarsag]
kontakttype	- levendefødte: 'fysisk fremmøde' eller 'udekontakt' - dødfødte: 'død'	[admin.konttype]
aktionsdiagnose	[diag.foedbarn.vital] = DZ389 (levendefødt); [diag.foedbarn.doed] = DP950 (dødfødt)	[diag.foedbarn]
bidiagnose(r)	- Tilstande af klinisk betydning ved fødselskontakten - Andre kliniske fund fx misdannelser – se afs. 11.8.2.7 vedr. bidiagnosekrav ved mistænkte og påviste misdannelser	[diag]
resultatindberetning	'Fødselsindberetning barn'	[resindb.navn]
reference til mor ²⁾	Referencetype {ALAA04} 'barn til mor' Referer til ForløbsID (UUID) for moderens forløbselement	

²⁾ **Bemærk:** reference må ikke trækkes ved **anonym bortadoption** (afs. 11.5.1)

Alle øvrige oplysninger indgår i **resultatindberetningen**: 'Fødselsindberetning barn' – se afs. 11.8.2

11.8.1.1 Starttidspunkt for barnets fødselsforløb 'Nyfødt'

Barnets forløbselement (nyfødtforløb) skal senest have starttidspunkt ved start af barnets fødselskontakt.

Forløbselementet indberettes med forløbslabel 'Nyfødt', der er forbeholdt barnets fødselsforløb på obstetrisk enhed.

11.8.1.2 Starttidspunkt for barnets fødselskontakt

Starttidspunkt for barnets fødselskontakt er normalt fødselstidspunktet ved fødsel på hospitalet og ved hjemmefødsel.

Hvis barnet ved hjemmefødsel er født før jordemoderens ankomst, angives som kontaktstarttidspunkt tidspunktet for jordemoderens ankomst til hjemmet.

Hvis det nyfødte barn modtages på hospitalet efter fødslen, og der skal foretages fødselsindberetning fra hospitalet, oprettes tilsvarende en fødselsindberetningskontakt med starttidspunkt lig med barnets ankomst til hospitalet. *Der skal således ikke "tilbagedateres".*

Det eksakte **fødselstidspunkt** for det enkelte barn skal under alle omstændigheder altid fremgå af barnets fødselsindberetning. Fødselstidspunktet kan ligge før kontaktstart jf. ovenstående situationer.

11.8.1.3 Aktionsdiagnose på barnets fødselskontakt

Aktionsdiagnosen for barnets fødselskontakt vælges ud fra koderne i kodeliste [diag.foedbarn]:

Fødselsdiagnoser. Diagnosekoder kodeliste: [diag.foedbarn]		
DZ389	Levendefødt barn	[diag.foedbarn.vital]
DP950	Dødfødt barn	[diag.foedbarn.doed]

Bemærk

Disse diagnose-værdier må kun anvendes på barnets fødselskontakt og kun som aktionsdiagnose.

11.8.1.4 Misdannelser og klinisk mistanke hos nyfødt barn

Bidagnoser for fundne og mistænkte medfødte sygdomme, tilstande samt klinisk mistanke om medfødt lidelse eller kromosomanomali indgår i kravene til beskrivelsen af den nyfødtes tilstande på fødselskontakten. Dette gælder alle fødselskontakter, dvs. omfatter både levendefødte og dødfødte børn.

Klinisk påviste misdannelser og andre klinisk påviste medfødte tilstande registreres med DQ-bidiagnose(r) på fødselskontakten. Ved flere påviste tilstande angives bidiagnose for hver tilstand.

Mistænkt misdannelse eller kromosomanomali registreres med DZ038U "Observation pga. mistanke om medfødt misdannelse eller kromosomanomali" som bidiagnose.

- Se nærmere vedr. krav, kodelister og valideringer i afs. 11.8.2.7

11.8.2 Fødselsindberetning vedrørende barnet (resultatindberetning)

Indberetningen vedrørende barnet fremgår af det følgende skema, der viser indberetningen, der foretages som resultatindberetningen: 'Fødselsindberetning barn', der omfatter både levende- og dødfødte.

Trigger for fødselsindberetningen er en fødselsaktionsdiagnose på fødselskontakten – se afs. 11.8.1.3

11.8.2.1 Frist for komplet indberetning

Hvis der er indberettet en ikke færdiggjort fødselsindberetning (status = {RAS00}), skal denne altid **senest 7 dage efter afslutning af fødselskontakten** følges op af en fuld indberetning (status = {RAS01}) med samme trigger.

Resultatindberetning ved fødselskontakt – barn

navn: Fødselsindberetning barn (nyfødt) (RAA03)				Indberetning af fødsel af barn til Landspatientregisteret	
trigger-ID Reference til <i>Diagnose</i> (objekt-ID)	Trigger udfaldsrum [diag.foedbarn] = [diag.foedbarn.vital] OG [diag.foedbarn.doed] = {DZ389; DP950}			Regel for trigning: <i>diagnose</i> <- aktionsdiagnose IN [diag.foedbarn] Omfatter aktionsdiagnose for barnets fødselskontakt	
ansvarlig enhed	SORKlass				
status	[resindb.status]			generel status/komplethed af resultatindberetningen Obligatorisk	
inkomplet RI-indberetning krævet		nej			
DELAY for komplet RI-indberetning		fuld indberetning (status = {RAS01}) skal ske senest 7 dage efter afslutning af fødselskontakten			
Resultattekst	Resultat-type	kardi-nalitet	art	udfaldsrum	regel
fødselstidspunkt	RDA31	1	datoTid	tidspunkt	obligatorisk. Fødselstidspunktet kan ligge før kontaktstart
gestationsalder (valkidering for svanger-skabslængde ved bar-nets fødsel)	RDA20	(0)..1	SKSkode	levendfødt barn: [res.gestald.foedsel] {15-45 uger} dødfødt barn: [res.gestald.doedfoedt] {22-45 uger}	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] Gestationsalder i (uger+dage) <i>Gestationsalderen valideres op mod fødselsdiagnosen for levendefødt</i> [diag.foedbarn.vital] hhv. dødfødt barn [diag.foedbarn.doed]
kuld	RDA32	(0)..1	integer	heltal (antal) {1-8}	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
flernummer	RDA33	(0)..1	SKSkode	[res.flernr]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] OG kuld større end 1
fosterpræsentation	RDA34	(0)..1	SKSkode	[res.praesent]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
apgar-5	RDA35	(0)..1	integer	heltal {0-10; -1} [»]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
hovedomfang	RDA36	(0)..1	integer	heltal (cm) {10-50; -1} ^{»*}	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
abdominalomfang	RDA37	(0)..1	integer	heltal (cm) {10-50; -1} ^{»*}	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
placentavægt	RDA38	(0)..1	integer	heltal (gram) {100-3000; -1} ^{»*}	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
fødselsvægt	RDA39	(0)..1	integer	heltal (gram) {100-7000; -1} ^{»*}	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
fødselslængde	RDA40	(0)..1	integer	heltal (cm) {10-65; -1} ^{»*}	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
fødested	RDA41	(0)..1	SKSkode	[res.foedested]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
misdannelsesoplysning	RDA52	(0)..1	SKSkode	[res.misdann]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] Ved misdannelsesoplysning med kode-værdi i [res.misdann.suba] (=’misdannelse påvist’ (RGAH01)/’mistanke om misdan-nelse’ (RGAH03)) skal der yderligere være registreret <i>mindst en bidiagnose</i> på bar-nets fødselskontakt – se nærmere i afs. 11.8.1.4 og 11.8.2.7
graviditetsfase (ved dødfødt barn)	RDA43	(0)...1	SKSkode	[res.gravfase]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] OG Diagnose = [diag.foedbarn.doed]

fortsætter

Resultattekst	Resultat-type	kardinalitet	art	udfaldsrum	regel
fars cpr-nummer kendt (ved dødfødt barn)	RDA44	(0)..1	integer	boolean: {0} = ukendt {1} = kendt	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] OG Diagnose = [diag.foedbarn.doed] OG 'fars CPR-nummer' ikke udfyldt. <i>Hvis (RDA45) faders cpr-nummer er udfyldt, skal RDA44 være = {1}</i>
fars cpr-nummer (ved dødfødt barn)	RDA45	(0)..1	char	CPR-nummer	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] OG Diagnose = [diag.foedbarn.doed] OG 'fars CPR-nummer kendt' = {1}
pH fra navlesnorsarterie	RDA46	(0)..1	real	pos. decimaltal {6,00-8,00; -1}**	indberettes, hvis målinger er foretaget
pH fra navlesnorsvene	RDA47	(0)..1	real	pos. decimaltal {6,00-8,00; -1}**	
base-excess fra navlesnors-arterie	RDA48	(0)..1	real	decimaltal	
base-excess fra navlesnorsvene	RDA49	(0)..1	real	decimaltal	

[resindb.status.suba] = {RAS01} | * Heltalsværdien "-1" kan anvendes i indberet- | NB: Tidspunkter for resultater
| ningen, når der ikke foreligger et resultat | ikke medtaget i oversigten

* Ved resultat udenfor interval indberettes efter klinisk skøn; nærmeste værdi fra tilladte interval, alternativt -1

** Værdier indberettet med 1 eller 2 decimaler accepteres

11.8.2.2 Fødselstidspunkt

Tidspunktet for, hvornår barnet er ude af moderen, indberettes obligatorisk som fødselstidspunktet i indberetningen. Fødselstidspunktet kan ligge inden kontaktstarttidspunktet, jf. afs. 11.8.1.2

Hvis det eksakte fødselstidspunkt ikke kendes, angives det skønnede fødselstidspunkt ud fra de indhentede og observerede oplysninger.

11.8.2.3 Angivelse af gestationsalder ved fødselsindberetning – barn

Der skal obligatorisk indberettes gestationsalder (= svangerskabslængde) på barnets fødselstidspunkt. Gestationsalder angives i hele uger og dage og er SKS-klassificeret.

► Se nærmere i resultatindberetningsskemaet

Ved usikker svangerskabslængde på fødselstidspunktet angives værdien for bedste kliniske skøn.

11.8.2.4 Kuld

Der skal obligatorisk indberettes kuld, som er det samlede antal af levendefødte og dødfødte børn ved den aktuelle fødsel.

11.8.2.5 Flernummer

Flernummeret angiver barnets nummer i rækkefølgen ved flerfoldsfødsel og er SKS-klassificeret, kodeliste: [res.flernr]. Flernummer er obligatorisk ved *kuld* større end 1.

Ved enkeltfødsel kan SKS-koden for værdien {RGAC01} 'barn A' indberettes.

11.8.2.6 Fødested

Det faktiske fødested for det enkelte barn skal obligatorisk angives i indberetningen efter følgende klassifikation [res.foedested]:

Fødested for barnet [res.foedested]	
RGAE01	fødested: hospital
RGAE02	fødested: uden for hospital, fødeklinik og hjem
RGAE04	fødested: hjemme
RGAE05	fødested: fødeklinik*
RGAE99	fødested uoplyst

*) med "fødeklinik" menes her kun fødeklinikker, der er organiseret uden for hospitalsregi.

Såkaldte "fødeklinikker i sygehusregi er dækket af 'fødested: hospital'.

11.8.2.7 Misdannelsesoplysning

Der skal i fødselsindberetningen for det nyfødte barn, levendefødte og dødfødte (efter 22 svangerskab-uger), obligatorisk angives misdannelsesoplysning efter klassifikationen:

SKS-koder for misdannelsesoplysning (misdannet foster/barn inklusiv kromosomanomali) [res.misdann]	
RGAH01 misdannelse påvist = [res.misdann.suba.bekr]	Ved resultatet RGAH01 skal der yderligere registreres mindst en bidiagnose tilhørende kodeliste: [diag.misdann] for den fundne misdannelse (DQ-kode) på fødselskontakten
RGAH02 ingen mistænkt eller påvist misdannelse	Hvis der ved den primære kliniske undersøgelse af den nyfødte ikke er mistænkt eller påvist misdannelse
RGAH03 mistanke om misdannelse = [res.misdann.suba.mistanke]	Ved resultatet RGAH03 skal der yderligere indberettes mindst en bidiagnose {DZ038U} ^{*)} for 'Observation pga. mistanke om medfødt misdannelse eller kromosomanomali'. Tillægskode kan angives for den mistænkte tilstand. ^{*)} = [diag.obspro.suba]
RGAH09 misdannelse ikke oplyst	Denne kode kan anvendes i de situationer, hvor det ikke er muligt at udføre en klinisk undersøgelse af den nyfødte, typisk ved akut overflytning til neonatal afdeling

11.8.2.7.1 Krav til bidiagnoseregistrering ved mistænkte og påviste misdannelser

Der er, som angivet i tabellen et bidiagnose-krav (mindst en bidiagnose) for fundne hhv. mistænkte misdannelser på fødselskontakten.

De logiske og validerede minimumskrav fremgår af tabellen. De logiske regler kræver mindst en (1) bidiagnose. Ved flere påviste tilstande angives bidiagnose for hver klinisk vurderet tilstand.

Bemærk: Disse krav gælder alle nyfødte børn, dvs. levendefødte og dødfødte børn.

11.8.2.8 Særlige oplysninger ved dødfødsel

Der skal ved dødfødsel indberettes følgende (afs. 11.8.2.1-3) særlige oplysninger.

11.8.2.8.1 Graviditetsfase ved dødfødsel

Periode for barnets død ved dødfødsel skal obligatorisk angives.

Der anvendes følgende klassifikation [res.gravfase]:

Graviditetsfase ved dødfødsel [res.gravfase]	
RGAJ01	barn død før fødsel
RGAJ02	barn død under fødsel
RGAJ09	graviditetsfase for barns død ukendt

Der valideres desuden for, at resultaterne RDA43-45 (se resultatindberetningsskema) ikke må være udfyldt ved triggerdiagnose *forskellig* fra [diag.foedbarn.doed].

11.8.2.8.2 Faderens personnummer

Den biologiske faders CPR-nummer skal obligatorisk indberettes ved dødfødsler, hvis dette er kendt – se indberetningsskemaet.

Bemærk: Faders CPR-nummer må ikke indberettes i andre situationer

11.8.2.8.3 Indberetning af øvrige oplysninger i forbindelse med fødslen

De øvrige oplysninger i resultatindberetningen ved barnets fødsel skal altid indberettes efter de til enhver tid gældende fagligt fastsatte principper.

11.9 Barselsperioden

Moderens og barnets uafbrudte ophold på barselsgangen efter fødslen kan indgå i fødselskontakterne.

► Vedrørende indlæggelse af moderen efter hjemmefødsel – se afs. 11.5.3.3

Forløbene (forløbselement) for mor og barn i obstetrisk regi kan fortsætte, så længe der gives ydelser under fortsat forløbsansvar på obstetrisk enhed.

11.9.1 Nyfødt som rask ledsager

Raske nyfødte, der ledsager moderen på barselskontakt efter fødslen, skal ikke indberettes til LPR, men **kan** registreres på lokal kontakt med aktionsdiagnose {DZ763B} 'Rask nyfødt som ledsager' som aktionsdiagnose. Disse kontakter indberettes **ikke**.

Hvis barnet på barselsgangen skal modtage ydelser, der skal indberettes – fx hørescreening – skal der oprettes en ambulant kontakt på barnet (se afs. 11.9.4), hvis ikke barnet allerede har en igangværende patientkontakt.

Ydelser givet til barnet må ikke registreres på moderen.

11.9.2 Nyfødt barn med klinisk problemstilling

Hvis der under barnets fødsel-barselsperiode opstår mistanke om eller konkret sundhedsfaglig problematik, kan dette varetages under fødselsforløbet så længe, at observation og behandling sker under forløbsansvar på obstetrisk enhed.

Hvis barnet derimod overføres til anden forløbsansvarlig enhed, afsluttes fødselselementet, og der oprettes et **nyt forløbselement** på barnet med relevant forløbslabel forskellig fra 'Nyfødt'.

'Nyfødt' anvendes kun på obstetrisk enhed (den enhed, hvor barnet er født).

Det nye forløb skal pege tilbage på fødselsforløbselementet på obstetrisk enhed med referencen {ALAA02} "ny sygdom". Dette gælder i alle tilfælde uanset den kliniske årsag til det fortsatte forløb i pædiatrien (neonatalogien).

Som aktionsdiagnose på den nye patientkontakt angives den vigtigste indikation for kontakten efter de generelle diagnose-principper – dvs. sygdoms-, symptom- eller obs. pro-diagnose.

Fødselsdiagnose må ikke anvendes på kontakter efter fødselskontakten.

Hvis moderen indlægges sammen med barnet, kan moderens ophold registreres på lokal kontakt, der ikke indberettes (afs. 5.12.4).

11.9.3 Undersøgelse af "rask nyfødt"

Hvis der efter fødslen foretages (rutine)undersøgelse af det nyfødte barn på selvstændig patientkontakt uden sygdom eller mistanke om sygdom eller anden tilstand før og efter undersøgelsen, kan aktionsdiagnosen {DZ769A} 'Rask nyfødt' anvendes.

Der kan i forbindelse med denne kontakt også foretages hørescreening og andre lignende ydelser, der skal procedureregistreres med tilhørende resultatindberetning – se nærmere i følgende afsnit samt i afs. 14.1.

11.9.4 Neonatal hørescreening

Ved selvstændig patientkontakt for det nyfødte barn efter fødselskontakten, der udelukkende eller primært er begrundet i, at der skal foretages hørescreening, anvendes aktionsdiagnosen {DZ135C} 'Screening for medfødt høretab'.

Der skal desuden foretages procedureregistrering med indberetning af tilhørende resultatindberetning – se nærmere i afs. 14.1

12 ABORTER

Abort-området, der beskrives for sig selv i dette kapitel, omfatter spontane og provokerede aborter, samt graviditet med patologisk graviditetsprodukt.

- ▶ Se også afs. 12.5 vedr. fødsel af barn med livstegn efter abortprocedure

I indberetningen til LPR afspejles et (graviditet-)abortforløb sig ofte i en række af patientkontakter under et samlet forløbsansvar under den samme organisatoriske enhed svarende til et forløbselement.

Forløbselementet for abortforløbet indberettes som ved andre forløb med graviditet med **forløbslabel**: 'Graviditet, fødsel og barsel' og start-forløbsmarkør 'Henvist i graviditet', evt. 'Akut patient', hvis forløbet starter med akut kontakt uden foranliggende henvisning fx ved spontan abortering.

En **abortdiagnose** (afs. 12.3.1) trigger en **resultatindberetning**: 'Abortoplysninger' med oplysninger om svangerskabslængde på tidspunktet for abortindgrebet hhv. tidspunktet for spontan abort, samt supplerende oplysninger om misdannelser ved sene provokerede aborter på medicinsk indikation og ved meget sene spontane aborter.

Spontan eller provokeret abortering kan forekomme indenfor rammerne af et andet sygdomsforløb (fx kræftforløb). Der behøver i disse særlige *per occasionem* situationer ikke at blive oprettet et selvstændigt abortforløb, men der skal ved abortering i alle tilfælde registreres og indberettes en relevant abortdiagnose (som bidiagnose) med tilhørende resultatindberetning.

Henvisninger til andre afsnit

- ▶ Graviditet, fødsel og barsel i øvrigt er beskrevet i Kap. 11
- ▶ "Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv." – se afs. 11.3
- ▶ Diagnoseindberetningens og procedureindberetningens basale principper findes i Kap. 6 hhv. 7
- ▶ De generelle principper for indberetningen af resultater er beskrevet i Kap. 9, herunder hvordan gentagne resultatindberetninger håndteres i indberetningen – se også afs. 12.3.3.3.1

Bemærk

Ved aborter er særligt to områder af Sundhedsloven i anvendelse:

Bekendtgørelse om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion (BEK nr 1483 af 19/12/2005) og hertil Vejledning om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion (VEJ nr 25 af 04/04/2006); tilsiger hvorledes svangerskabslængden på indgrebstidspunktet kan betinge, at der søges samrådstilladelse ved provokeret abort.

Svangerskabslængden på indgrebstidspunktet indgår derfor i indberetningen af øvrige abortoplysninger (inkl. samrådsoplysninger) ved den provokerede abort.

Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv. (VEJ nr 9623 af 31/08/2005) betinger samtidigt; at der i **alle tilfælde med fødsel af barn med livstegn** (jf. vejledningen), uanset svangerskabslængde, og uanset forudgående indgreb efter abortlovens bestemmelser, **er tale om et levendefødt barn.**

Samme vejledning betinger også, at der i **alle tilfælde ved fødsel efter 22 fulde uger**, er tale om fødsel af et barn, levende eller dødfødt. Dette uanset om der er et forudgående indgreb efter abortlovens bestemmelser.

Ved indberetning af fødselsoplysninger til levende eller dødfødt barn, indgår derfor svangerskabslængden for tidspunktet hvor barnet er ude af moderen.

Begge lovgivninger er i brug og danner ramme for indberetning af både abortoplysninger og fødselsoplysninger i de tilfælde hvor der sker fødsel efter abortindgreb. Hver indberetning skal ske med baggrund i hver sin relevante svangerskabslængde; hhv. tidspunkt for indgreb (kirurgisk abort eller påbegyndt medicinsk abort) og hhv. tidspunktet hvor barnet er ude af moderen

Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv. (VEJ nr 9623 af 31/08/2005) er samtidigt betingende for kriterierne for henholdsvis spontan abort eller spontan fødsel (af dødt barn).

Når ikke der er et forudgående abortindgreb, er det i alle tilfælde tidspunktet for hvornår barnet er ude af moderen, som definerer om der er tale om spontan abort eller dødfødsel, og dermed om der enten skal foretages indberetning af abortoplysninger eller fødselsoplysninger (i begge tilfælde med svangerskabslængde svarende til tidspunktet for hvor barnet er ude af moderen).

12.1 Indberetning af aborter til LPR

Abortering kan foretages planlagt eller ske spontant, førende til akut patientkontakt, eller eventuelt ske i forbindelse med en igangværende patientkontakt (og forløb) for en anden helbredstilstand.

Abortindberetningen omfatter kontakttyperne: 'fysisk fremmøde' og 'udekontakt'. Kontaktårsag ved akutte abortkontakter er 'anden'.

Startmarkør for nyt forløbselement for abort er 'Henvist i graviditet' {AFV01A6} eller 'Akut patient' {AFV01A9} ved forløb opstartet ved akut henvendelse ved (truende) spontan abortering.

Indberetningen af spontane og provokerede aborter til LPR foretages via diagnose- og procedureindberetningerne, samt som supplerende oplysninger via særlig **resultatindberetning**: 'Abort-oplysninger'.

Trigger for indberetningen er en **abortdiagnose**. Der anvendes særlige diagnosekoder for abortkontakter, som altid skal anvendes ved kontakter med abort – se afs. 12.3.1

Hvis abort er det vigtigste på kontakten, registreres abortdiagnosen som aktionsdiagnose.

Hvis abortering sker i forbindelse med kontakt for anden sygdom, kan abortdiagnosen også registreres som **bidiagnose**. Indberetningskravene er uafhængige af diagnosetypen.

Fuld indberetning skal ske **senest 7 dage** efter afslutning af patientkontakten med trigger-diagnosen.

12.2 Anvendte termer, definitioner og kodelister – aborter

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	kodeliste
Abort (abortering)	abortering af et foster uden livstegn før fulde 22 svangerskabsuger	
provokeret abort	abortering på baggrund af en <u>sundhedsintervention</u>	
spontan abort	abortering der ikke sker på baggrund af et indgreb Kommentar: Efter 22 uger anvendes betegnelsen "spontan fødsel af dødt barn"	
abortdiagnose	obligatorisk diagnosekode ved indberetning ved abortering Kommentar: Trigger for resultatindberetningen 'Abortoplysninger'	[diag.abort]
begrundelse for samrådstilladelse	klassificeret angivelse af begrundelse for samrådstilladelse til sen provokeret abortering	[res.samraad]
diagnose ved medicinsk provokeret abort	Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Abortoplysninger'	
diagnose ved patologisk graviditetsprodukt	Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Abortoplysninger'.	[diag.abort.patogravi]
diagnose ved provokeret abort	Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Abortoplysninger'	[diag.abort.prov]
diagnose ved tidlig provokeret abort	Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Abortoplysninger' Tidlig provokeret abort afgrænses til 2-11 svangerskabsuger	[diag.abort.prov.tidl]
diagnose ved sen provokeret abort	Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Abortoplysninger' Sen provokeret abort afgrænses til 12-21 svangerskabsuger	[diag.abort.prov.sen]
diagnose ved spontan abort	Kommentar: Trigger for resultatindberetning 'Abortoplysninger'	[diag.abort.spon]

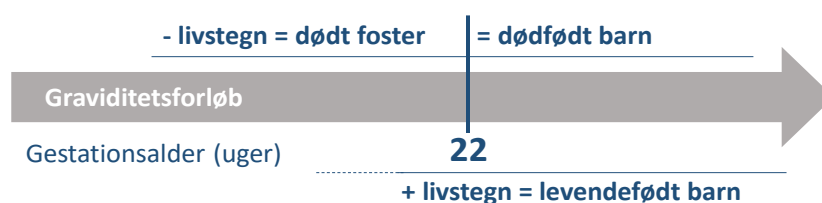
term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	kodeliste
<i>misdannelsesdiagnose</i>	Kommentar: Klassificeret betegnelse for forekomst af misdannelse (inkl. mistanke om misdannelse), der er obligatorisk ved resultatindberetningen 'Abortoplysninger'	[diag.misdann] <i>afgrænset til {DQ}</i>

12.3 Beskrivelse – abortindberetningen

Anvendelse af betegnelsen "abort" og "abortering" skal ses i forhold til det enkelte foster, og anvendelsen af "abort" i diagnoseregistreringen er kun forbeholdt de situationer, hvor "resultatet" er et foster uden livstegn inden fulde 22 svangerskabsuger.

Betegnelsen "spontan abort" anvendes således kun inden uger 22+0. Herefter er der i givet fald tale om fødsel af dødt barn.

Efter 22 svangerskabsuger er der altid tale om et barn, dvs. at der er krav om fødselsindberetning af levendefødt eller dødfødt barn. Dette gælder også ved alle tilfælde af livstegn hos et barn, der er ude før 22 uger.



Dette betyder, at:

- hvis en abortprocedure resulterer i et barn med livstegn, betragtes dette som en fødsel af levendefødt barn, hvorfor der skal registreres fødselsdiagnose[¤] og foretages fuld fødselsindberetning. Dette gælder uanset svangerskabslængde
- hvis en abortprocedure foretaget efter 22 svangerskabsuger ($\geq 22+0$) resulterer i barnets død, dvs. at der ikke er livstegn, betragtes dette som fødsel af dødt barn og skal derfor indberettes som dødfødsel
- hvis der er foretaget en abortprocedure inden 22 svangerskabsuger, men barnet (uden livstegn) først fødes efter 22. uge, skal dette jf. Sundhedsloven ligeledes betragtes som fødsel af et dødt barn og skal derfor indberettes som dødfødsel.

Dette inkluderer fosterreduktion ved flerfoldsgraviditet

[¤] ... som aktionsdiagnose samt abortdiagnose som bidiagnose. Se nærmere i afs. 11.6.3 og 12.5

- ▶ Der skal på barnets fødselsindberetning udfyldes 'misdannelsesoplysning'. Eventuelle **misdannelser** hos barnet indberettes som bidiagnose(r) på barnets patientkontakt – se nærmere under afs. 11.8.2.7

Bemærk

- Lovgivningen tillader i dag ikke konstatering af fosterdød intrauterint. Dette gælder *uanset* udført intervention (inkl. fosterreduktion tidligere i graviditeten)

12.3.1 Diagnoser ved abortkontakt

Der skal ved patientkontakt med abortering anvendes følgende aktionsdiagnoser i de angivne situationer:

Diagnosekode	SKS-kodeliste	Situation
DO00-02	[diag.abort.patogravi]	Patologisk graviditetsprodukt
DO03	[diag.abort.spon]	Spontan abortering
DO04-06	[diag.abort.prov]	Provokeret abortering

Der er krav om indberetning til LPR i hver af disse situationer. Dette foretages med **resultat-indberetningen** 'Abortoplysninger' – se afs. 12.4

Diagnosekoderne kan også anvendes som bidiagnoser på kontakter, der primært er begrundet i behandling af anden sygdom. Indberetningskravene er uafhængig af diagnosetype.

12.3.1.1 Komplikationer i forbindelse med og efter provokeret abort

Eventuelle komplikationer (DO08-koder) opstået indenfor abortkontakten registreres som bidiagnoser.

Ved ny patientkontakt pga. komplikation i efterforløbet anvendes komplikationsdiagnose {DO08} som aktionsdiagnose.

12.3.2 Sene spontane aborter

Der er ved sene spontane aborter efter 16 svangerskabsuger særlige krav til 'Abortoplysninger', som nærmere beskrevet under afs. 12.4.

Efter 22 uger er der tale om dødfødsel, også selv om intrauterin fosterdød er påvist inden denne tidsgrænse.

12.3.3 Provokeret abort

- ▶ Vedrørende de særlige situationer, hvor en abortprocedure resulterer i et barn med livstegn – se afs 12.5

12.3.3.1 Registreringer ved provokeret abort

Det samlede abortforløb vil normalt finde sted i samme ambulatorium over flere fremmøder, fx udredning/samtale, indgift/udlevering af medicin eller kirurgisk indgreb, samt kontrolundersøgelse/indgreb efter abortering.

Kontaktregistreringer ved provokeret abort:

Kode	Beskrivelse
DO049; DO050; DO059; DO069; DO079 [#]	Aktionsdiagnose (evt. bidiagnose) Abortdiagnose anvendes fra opstart af abortbehandling jf. afs. 12.3.3.3
Komplikationsdiagnose(r) DO079 [#] ; DO08*	Eventuelle komplikationer opstået indenfor abortkontakten indberettes som bidiagnoser. Ofte årsag til efterfølgende patientkontakt.
DZ324 'Uønsket graviditet'	Anvendes som aktionsdiagnoser på rådgivningskontakter før opstart af abortbehandling (afs. 12.3.3.3)
{DZ098A} 'Kontrolundersøgelse efter medicinsk tidlig abort' hhv. {DZ098C} 'Kontrolundersøgelse efter abort IKA'	Eventuelle kontrol-kontakter efter afsluttet behandling
KLCH*	Kirurgisk abortindgreb. Obligatorisk
BKHD4*	Medicinsk abort behandlingskode(r). Obligatoriske procedurer
Svangerskabslængde og misdannelsesoplysninger	Indberettes i resultatindberetningen: 'Abortoplysninger'

12.3.3.1.1 ^(#) DO079 'Fortsat levende graviditet efter forsøg på provokeret abort'

Denne diagnosekode kan anvendes som diagnose ved fortsat graviditet efter mislykket abortindgreb.

Hvis dette erkendes under kontakten med abortindgrebet, kan denne diagnose erstatte abort-diagnosekoden (DO049; DO050; DO059; DO069) på kontakten – dette er dog ikke et krav.

Oftest vil fortsat graviditet dog først erkendes på en opfølgende kontakt, hvor diagnosen så registreres. I disse tilfælde behøver abortdiagnoser på tidligere kontakter ikke korrigeres.

12.3.3.2 Sene provokerede aborter

Ved sene provokerede aborter med føtucidium eller clamping er det tidspunktet for, hvornår fosteret eller barnet er ude, der er afgørende for, om der er tale om dødt foster eller dødfødt barn.

Klinisk konstateret "intrauterin fosterdød" ved ultralydsundersøgelse mv. accepteres i den nuværende lovgivning ikke som juridisk-legalt kriterie.

- ▶ Der er ved sene provokerede aborter på medicinsk indikation efter 12 svangerskabsuger særlige krav til resultatindberetningen 'Abortoplysninger', som nærmere beskrevet under afs. 12.4

12.3.3.3 Diagnoser og abortindberetning ved provokeret abort

Hvis udredning/rådgivning finder sted på en selvstændig kontakt uden behandling eller udlevering af medicin, indberettes {DZ324} 'Uønsket graviditet' som aktionsdiagnose til at beskrive denne kontakt.

På første **behandlingskontakt** med indtagelse *eller* udlevering af abortmedicin *eller* udførelse af abortindgreb, registreres og indberettes aktionsdiagnose for provokeret abort [diag.abort.prov]: {DO04-06}, der **trigges** den tilhørende **resultatindberetning**: 'Abortoplysninger', og der indberettes relevant(e) behandlingskode(r) knyttet til kontakten.

Bemærk:

- Behandlingen opfattes som startet i alle tilfælde ved udlevering, uanset om den indledende medicinering indtages under kontakten eller efter aftale på et senere tidspunkt
- Abortdiagnose anvendes fra behandlingsstart, som defineret ovenfor

- ▶ Resultatindberetningen, der triggles af abortdiagnosen er vist på næste side og er nærmere beskrevet i afs. 12.4

Ved en kontrolkontakt efter endt medicinsk abortindgreb anvendes i ukomplicerede tilfælde aktionsdiagnosen {DZ098A} 'Kontrolundersøgelse efter medicinsk tidlig abort'.

I alle andre tilfælde inkl. sen abortering anvendes aktionsdiagnosen {DZ098C} 'Kontrolundersøgelse efter abort IKA' på kontrol-kontakter efter endt behandling.

12.3.3.3.1 Indberetning ved flere kontakter med abortdiagnose

- ▶ De generelle principper ved "multiple trigninger" er beskrevet i afs. 9.3.2

Hvis udlevering og behandling strækker sig over to eller flere patientkontakter, indberettes aktionsdiagnosen for provokeret abort {DO04-06; DO079} på hver af disse kontakter. Dette vil *trigge* den samme resultatindberetning flere gange, og der er således krav om komplet resultatindberetning indberettet til alle kontakter med abortdiagnose (trigger).

Som **gestationsalder** angives den aktuelle gestationsalder på hhv. indgrebstidspunktet/tidspunktet for den enkelte patientkontakt.

12.3.3.4 Procedureindberetning ved provokeret abort

Medicinske og kirurgiske procedurer, der fører til eller anvendes i forbindelse med provokeret abort, skal obligatorisk registreres og indberettes på dagen for udførelse hhv. indgift eller udlevering af abortmedicin.

Ved medicinsk abort anvendes behandlingskode(r) fra {BKHD4*}. Ved kirurgisk abort relevant operationskode fra {KLCH*}.

Udleveret medicin (antiprogesteron, prostaglandin-analog) til hjemmebrug mellem besøgene registreres som behandling på dagen for udlevering. Udlevering af medicin opfattes i alle tilfælde som behandlingsstart, hvor relevant abortdiagnose skal anvendes, og 'abortoplysninger' skal indberettes som resultatindberetning knyttet til abortdiagnosen på den enkelte abort-kontakt.

Om, og i givet fald hvornår, at patienten indtager medicinen bliver ikke dokumenteret i indberetningen.

12.4 Indberetning af 'Abortoplysninger' (resultatindberetning)

Ved abortkontakt, dvs. kontakt med abort-diagnose, kodeliste: [diag.abort], skal der obligatorisk indberettes en resultatindberetning: 'Abortoplysninger' med oplysning om **svangerskabslængde** for abortindgrebet hhv. for spontan abort, se afs. 12.4.3, samt **misdannelsesoplysninger** ved spontan abort i perioden fra 17. til 22. svangerskabsuge (16+0 – 21+6) og ved provokerede aborter i perioden fra 13. svangerskabsuge (12+0) på medicinsk indikation.

Der skal ved abortering med samrådstilladelse desuden indberettes specificeret oplysning om tilladelsen – se afs. 12.4.2

Patologisk graviditetsprodukt (diagnoser {DO00-02}) skal ligeledes tilsvarende indberettes med resultatindberetning med obligatorisk svangerskabslængde.

12.4.1 Frist for komplet indberetning

Hvis der er indberettet en ikke færdiggjort abortindberetning (status = {RAS00}), skal denne altid **senest 7 dage efter afslutning af abortkontakten** følges op af en fuld indberetning {RAS01} med samme trigger.

12.4.2 Angivelse af svangerskabslængde ved afbrudt graviditet

Der skal obligatorisk indberettes svangerskabslængde (= gestationsalder) ved kontakter med abortdiagnose [diag.abort]. Dette inkluderer patologisk graviditet. Svangerskabslængde indgår i resultatindberetningen: 'Abortoplysninger' og angives i hele uger og dage og er SKS-klassificeret.

Svangerskabslængden ved spontan abort/fødsel angives i sidste ende som det klinisk skønnede graviditetstidspunkt **ved kvittering af fosteret** (uden livstegn) eller fødsel af barn (ved livstegn).

Ved provokeret abort angives svangerskabslængden på indgrebstidspunktet (inkl. udlevering af abortmedicin) i indberetningen af abortoplysninger. Ved tillige indberetning af fødselsoplysninger indgår svangerskabslængde for tidspunktet hvor barnet er ude af moderen.

► Se afs. 12.3.3.3.1 om krav til indberetning ved flere kontakter med abortdiagnose

Ved patologisk graviditetsprodukt uden fosterliv anvendes tidspunktet for klinisk konstatering af tilstanden.

Hvis den skønnede svangerskabslængde kun kan angives på skønnet uge-niveau, anvendes kode for dette fx '9 graviditetsuger, skønnet, termin usikker'.

12.4.2.1 Validering af gestationsalder ved abort-kontakter

Der valideres for udfald for klinisk relevant svangerskabslængde (gestationsalder) i forhold til anvendt abortdiagnose efter følgende skema.

Validering af gestationsalder i forhold til diagnoser ved abort-kontakter

Diagnose [diag.abort.*]		Gestationsalder – udfaldsrum intervaller [kodelister]	
diagnosekoder	kodeliste	tilladt interval for svangerskabsuger	kodeliste(r)
DO00-02	diag.abort.patogravi	2-21	[res.gestald.tidlabort] ELLER [res.gestald.provabort]
DO03	diag.abort.spon	2-21	[res.gestald.tidlabort] ELLER [res.gestald.provabort]
DO049; DO069	diag.abort.prov.tidl	2-11	[res.gestald.tidlabort]
aktionsdiagnose: DO050; DO059	diag.abort.prov.sen	12-21	[res.gestald.provabort]
bidagnose: DO050; DO059	diag.abort.prov.sen	12-45	[res.gestald.provabort] (12-21 uger) ELLER [res.gestald.foedsel] (15-45)

Der er yderligere afgrænsninger og kodelister ifm. validering af samrådstilladelse – se følgende afsnit (12.4.3).

Resultatindberetning af svangerskabslængde, oplysninger om misdannelse og eventuel samrådstilladelse:

navn: Abortoplysninger (RAA04)		Angivelse af svangerskabslængde og misdannelsesoplysninger ved aborter inkl. patologisk graviditetsprodukt			
trigger-ID Reference til <i>Diagnose</i> (objekt-ID)	Trigger udfaldsrum [diag.abort] = {DO00-02; DO03; DO04-06}			Regel for trigning: <i>diagnose</i> IN [diag.abort] Omfatter aktionsdiagnose og bidiagnose	
ansvarlig enhed	SORKlass				
status	[resindb.status]	Obligatorisk. Generel status/komplethed af resultatindberetningen			
inkomplet RI-indberetning krævet	nej				
DELAY for komplet RI-indberetning	fuld indberetning (status = {RAS01}) skal ske senest 7 dage efter afslutning af patient-kontakten med trigger-diagnosen				
Resultattekst	resul-tattype	kardi-nalitet	art	udfalds-rum	regel / kommentar
gestationsalder (svangerskabslængde)	RDA20	0..1	SKSkode	[res.gestald]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] Gestationsalder i (uger+dage) <i>Se afs. 12.4.2.1 om validering af gestationsalder</i>
samrådstilladelse (ST)	RDA51	(0)..1	SKSkode	[res.samraad]	obligatorisk ved abortprocedure med baggrund i samrådstilladelse: [resindb.status.suba] OG <i>diagnose</i> IN [diag.abort.samraad.subb] ELLER [diag.abort.samraad.suba]: abortdiagnose = {DO059; DO069}
misdannelses-oplysning	RDA52	0..1	SKSkode	[res.misdann]	(a) sene provokerede aborter uger 12-21: obligatorisk ved: [resindb.status.suba] OG gestationsalder IN [res.gestald.provabort] OG <i>diagnose</i> IN [diag.abort.samraad.subb]
					(b) meget sene spontane aborter uger 16-21: obligatorisk ved: [resindb.status.suba] OG gestationsalder IN [res.gestald.spontabort] OG <i>diagnose</i> IN [diag.abort.spon]
misdannelses-diagnose	RDA53	0..*	SKSkode	[diag.misdann]	obligatorisk ved misdannelsesoplysning: = [res.misdann.suba]#
Bemærk	Indberetning af gestationsalder skal foretages i alle tilfælde ved kontakt med abortdiagnose [diag.abort]. Misdannelsesoplysninger skal indberettes i forbindelse med sene provokerede aborter og ved meget sene spontane aborter: - provokerede aborter =[diag.abort.samraad.subb] i perioden 13-22. uge (inkl.) svangerskabsuge = [res.gestald.provabort]: uger 12+0 til 21+6 - spontane aborter =[diag.abort.spon] i perioden 17-22. uge (inkl.) svangerskabsuge = [res.gestald.spontabort]: uger 16+0 til 21+6 #) Ved misdannelsesoplysning med kodeværdi i [res.misdann.suba] (= 'misdannelse påvist' (RGAH01)/'mistanke om misdannelse' (RGAH03)) skal der yderligere være registreret mindst en misdannelsediagnose (DQ-kode) fra "Klassifikation af sygdomme", kapitel DQ 'Medfødte misdannelser og kromosomanomalier'.				

[resindb.status.suba] = {RAS01} |

[diag.abort.samraad.subc] = {DO050} (efter 12 uger uden ST)

[diag.abort.samraad.subb] = {DO059} (efter 12 uger med ST)

[diag.abort.samraad.suba] = {DO069} (før 12 uger med ST)

12.4.3 Samrådstilladelse

Der skal ved provokeret svangerskabsafbrydelse efter 12 svangerskabsuger (med og uden samrådstilladelse) samt før 12 svangerskabsuger med samrådstilladelse indberettes klassificeret oplysning om samrådstilladelse (ST).

Kravene til indberetningen er betinget af abort-diagnosekoden – se følgende tabel.

Diagnosekoder og samhørende oplysning for samrådstilladelse ved abortprocedure på baggrund af samrådstilladelse:

Diagnose [diag.abort.samraad]		Samrådstilladelse [res.samraad] (.subliste)		
kode (subliste)	kodetekst	kode	kodetekst	krav
DO050 (.subc)	Fremkaldt abort efter 12 graviditets- uger uden samrådstilladelse	RGAG01 (.subc)	uden samrådstilladelse ved fare for kvindens liv eller helbred	frivillig
DO059 (.subb)	Fremkaldt abort efter 12 graviditets- uger med samrådstilladelse	samrådstilladelse angives med en af følgende koder: (.subb)		
		RGAG02	samrådstilladelse ved risiko for forringelse af kvindens helbred	obligatorisk
		RGAG03	samrådstilladelse ved graviditet der skyldes omstændigheder nævnt i straffeloven	
		RGAG04	samrådstilladelse på grund af arvelige anlæg hos fosteret	
		RGAG05	samrådstilladelse på grund af beskadigelse eller sygdom hos fosteret	
		RGAG06	samrådstilladelse på grund af kvindens manglende evne til at drage omsorg for barnet	
		RGAG07	samrådstilladelse på grund af kvindens unge alder eller umodenhed	
		RGAG08	samrådstilladelse på grund af alvorlig belastning af kvinden	
		RGAG09	samrådstilladelse efter anmodning fra en særlig beskikket værge	
		RGAG10	samrådstilladelse, samtykke fra forældre indhentet	
		RGAG11	samrådstilladelse, samtykke fra forældre ikke indhentet	
		RGAG12	samrådstilladelse trods nægtet samtykke fra forældre	
DO069 (.suba)	Fremkaldt abort før 12 graviditetsuger med samrådstilladelse	samrådstilladelse angives med en af følgende koder: (.suba)		
		RGAG09	samrådstilladelse efter anmodning fra en særlig beskikket værge	obligatorisk
		RGAG10	samrådstilladelse, samtykke fra forældre indhentet	
		RGAG11	samrådstilladelse, samtykke fra forældre ikke indhentet	
		RGAG12	samrådstilladelse trods nægtet samtykke fra forældre	

12.4.4 Indberetning af misdannelsesoplysninger i forbindelse med visse aborter

Misdannelsesoplysninger skal indberettes i forbindelse med sene provokerede aborter med samrådstilladelse på medicinsk indikation og ved meget sene spontane aborter.

Indberetninger vedrørende misdannet foster og kromosomanomalier:

Diagnose	Betingelse vedr. svangerskabslængde
Provokeret abort med samrådstilladelse (på medicinsk indikation) kodeliste: [diag.abort.samraad.subb] = {DO059}	≥12 uger og <22 uger dvs. interval: [12+0 - 21+6] kodeliste: [res.gestald.provabort]
Spontan abort kodeliste: [diag.abort.spon] = {DO03*}	≥16 uger og <22 uger dvs. interval: [16+0 - 21+6] kodeliste: [res.gestald.spontabort]
koder for misdannelsesoplysning (misdannet foster/barn inklusiv kromosomanomali) [res.misdann]:	
RGAH01 misdannelse påvist RGAH02 ingen mistænkt eller påvist misdannelse RGAH03 mistanke om misdannelse RGAH09 misdannelse ikke oplyst	til RGAH01 og RGAH03 skal der yderligere registreres kode (misdannelsediagnose) for specifik (mistænkt) misdannelse

Bemærk

Ved svangerskabsafbrydelse afsluttet efter 22 svangerskabsuger, hvor resultatet er enten et dødfødt barn eller et levendefødt barn, skal eventuelle misdannelser hos barnet indberettes som **bidiagnose** på barnets fødselsindberetning.

12.5 Fødsel af barn med livstegn efter svangerskabsafbrydelse

Med baggrund i "Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv." (se afs. 11.3) vil der i nogle tilfælde opstå situationer, hvor planlagt svangerskabsafbrydelse fører til et barn, der viser livstegn efter adskillelsen fra moderen.

I disse tilfælde skal barnet efter vejledningen betragtes som levendefødt, og der skal foretages komplet fødselsindberetning af barnet via LPR.

Dette gælder uanset gestationsalder, og uanset hvor kort tid, der er livstegn. Et uafvendeligt døende barn er således også et levendefødt barn.

Barnet skal tildeles et personnummer.

Indberetningerne vedrørende moderen foretages som en **kombineret fødsels-/abort-kontakt**, som beskrevet i afs. 11.6.3.

Fødselsdiagnosen {DO836} 'Enkeltfødsel efter abortprocedure' eller {DO846} 'Flerfoldsfødsel efter abortprocedure' indberettes som aktionsdiagnose, og relevant **abortdiagnose** – kodeliste: [diag.abort.samraad] – skal indberettes som bidiagnose på den samme kontakt.

Den specificerede baggrund for samrådstilladelsen angives i abort-indberetningen med relevant kode [res. samraad] i resultatet 'samrådstilladelse'.

Herudover skal indberetningen foretages som ved andre fødsler hhv. abortkontakter.

13 SKADER

Akutte patientkontakter med fysisk fremmøde kan opstå som led i et eksisterende sygdomsforløb eller hyppigst som en ny selvstændig sygdoms- eller skadeproblematik.

Akutte patientkontakter

Hvis en akut patientkontakt opstår som led i et eksisterende sygdomsforløb eller skadeforløb, skal patientkontakten principielt knyttes til forløbselementet for denne sygdom. Hvis der er oprettet et nyt selvstændigt forløbselement i forbindelse med en akut patientkontakt, kan sammenknytning foretages "efterfølgende".

- ▶ se også afs. 5.3-5.3.1

Akutte somatiske skadekontakter

Skadekontakter er **akutte somatiske kontakter** med skade eller mistanke om skade som den vigtigste årsag til patientkontakten. Der vil oftest være tale om et nyt selvstændigt skadeforløb – forløbslabel: 'Andre forløb' og startmarkør: 'Akut patient'.

De detaljerede krav til skadekontakter, som beskrevet i dette kapitel, er afgrænset til akutte patientkontakter af kontakttypen 'fysisk fremmøde' på somatiske enheder.

Kontaktårsag og tilhørende skadeindberetning anvendes ikke for psykiatriske patientkontakter.

Baggrunden for den akutte skadekontakt angives ved indberetning af **kontaktårsag**. Kontaktårsagen er **trigger** for de yderligere krav til indberetning af ydre årsager til skade ved ulykker, selvmordsforsøg og voldshandlinger.

Kontaktårsagen 'anden tilsigtet selvskade' anvendes ved selvmutilation (fx "cutter") uden, at der er tale om selvmordsforsøg.

- ▶ Selvmordsforsøg: Definition - se afs. 13.3.6

Indberetningen af **ydre årsager til skade** foretages ved **resultatindberetningen: 'Skadeindberetning'**. Kravene bygger grundlæggende på den nordiske klassifikation af ydre årsager til skade (NCECI vers. 4, NOMESKO).

Anmeldelsesstatus {RAS00} kan anvendes af enheden, indtil indberetningen er færdigudfyldt. Fuld indberetning {RAS01} skal foretages **senest 3 dage** efter afslutning af skadekontakten.

Henvisninger til andre afsnit

- ▶ **Kontaktårsagerne** er beskrevet under Kontakt i Kap. 5. Kontaktårsag indberettes knyttet til skadekontakten
- ▶ De generelle principper for resultatindberetningen er beskrevet i Kap. 9
- ▶ Diagnoseindberetningens basale principper er beskrevet i Kap. 6
- ▶ Procedureindberetningen med specifikke krav er beskrevet generelt i Kap. 7.
Der er bla. krav til indberetning af operationer og billed-diagnostiske procedurer, der også foretages ved akut undersøgelse og behandling af skader og mistanke om skade

13.1 Primære skadekontakter

De obligatoriske krav til skadeindberetningen gælder som sagt ved primære akutte somatiske patientkontakter med kontaktårsagerne (den primære baggrund): Ulykke, voldshandling og selvmordsforsøg.

Bemærk

Dette gælder også specialafdelinger, hvor patienter med skader modtages til akut behandling (kontakt), fx øjenafdelinger og øre-næse-hals afdelinger.

Reglerne for primære skadekontakter tager udgangspunkt i kontaktårsag og kontaktttype, ikke i diagnoser.

13.1.1 Kontaktårsager

Kontaktårsagen angiver den umiddelbare baggrund for den aktuelle kontakt. Der er som sagt krav om at indberette kontaktårsag knyttet til kontaktindberetningen ved **akutte somatiske patientkontakter**, dvs. akutte patientkontakter på somatiske enheder begrundet i sygdom, samt alle primære (førstegangs-) kontakter ved skade og mistanke om skade som følge af ulykker, voldshandlinger og tilsigtet selvskade.

Kontaktårsagen er **trigger** for de yderligere krav til specificering af de ydre årsager til skade.

- Kontaktårsagerne er udførligt beskrevet under Kontakt i Kap. 5, afs. 5.7

Det er vigtigt, at kontaktårsagsregistreringen ved indhentning af relevant information gøres så korrekt som muligt. Kontaktårsagen og de tilhørende "ydre årsager til skade" skal klinisk valideres inden kontaktafslutning.

Det er herunder vigtigt at være opmærksom på, at selv om meget eventuelt kan tilbageføres til patientens grundsygdom og den dertil hørende adfærd, så er det kun den umiddelbare baggrund for skaden og dermed for den aktuelle patientkontakt, som kontaktårsagen beskriver.

Det er fx *faldet*, der medførte hovedskaden (aktionsdiagnose), der er fokus i de ydre årsager til skaden, ikke den svimmelhed, der førte til faldet. Bagvedliggende sygdom og symptomer på sygdom som medvirkende årsag til hændelsen kan registreres som **bidiagnose** på skadekontakten.

13.1.1.1 Valg af kontaktårsag

Kontaktårsagen skal, ligesom det analogt gælder for aktionsdiagnosen, ses i direkte relation til den eller de behandlede sygdomme og skader på den akutte patientkontakt.

Den klinisk set tungeste tilstand, der registreres som kontaktens aktionsdiagnose, vil også være den tilstand, der afspejles i den registrerede kontaktårsag.

Kontaktårsag {ALCC01} 'sygdom' anvendes efter udelukkelse af de andre specificerede kontaktårsager.

Komplikationer til undersøgelse og behandling {DT80-98} henregnes til kontaktårsag 'sygdom', med mindre, at der er tale om en *ulykke*, dvs. at tilstanden er opstået som følge af utilsigtet eller uhensigtsmæssigt udført procedure eller handling, fx ved utilsigtet fejdosering af lægemiddel.

Ved skade eller mistanke om skade vil kontaktårsagen være ulykke, voldshandling, selvmordsforsøg eller anden tilsigtet selvskade. Hvis det i løbet af kontakten ikke er muligt at afklare, hvilken af disse, der er korrekt, anvendes {ALCC02} 'ulykke'.

Kontaktårsag {ALCC90} 'anden kontaktårsag (UNS)' anvendes kun ved anden specificeret årsag til kontakt, der efter udelukkelse ikke er dækket af en af de øvrige, samt i de situationer, hvor kontaktårsagen ikke kan angives, fx ved bevidstløs indbragt patient, hvor det ikke i løbet af kontakten er afklaret, om baggrunden er sygdom eller anden (ydre) kontaktårsag.

Personer med psykisk choktilstand uden somatisk skade registreres ligeledes med kontaktårsag {ALCC90} 'anden kontaktårsag (UNS)'.

Kontaktårsagen skal klinisk valideres på afslutningstidspunktet for den akutte patientkontakt. Fremkommer der i løbet af kontakten oplysninger af relevans for ændring af kontaktårsagen og de hertil registrerede "ydre årsager", **skal den initiale registrering korrigeres.**

13.1.2 Viderevisiteret skade-patient

I de tilfælde, hvor patienten ikke behandles på enheden, hvor patienten primært indbringes, og patienten derfor umiddelbart viderevisiteres til anden sundhedsfaglig enhed, kan indberetningen af ydre årsager i relevante tilfælde udskydes til den efterfølgende patientkontakt.

Dette foretages ved at anvende kontaktårsagen {ALCC70} 'skadeindberetning foretages på efterfølgende patientkontakt' på den første akutte patientkontakt. Herved er der ikke yderligere krav til skadeindberetningen fra den første enhed. Det er så selvfølgelig vigtigt, at den nye enhed er klar over, at de så har indberetningspligten.

13.1.3 Sekundære kontakter

Sekundære kontakter efter skade er akutte og elektive fortsættende og opfølgende patientkontakter, hvor skadediagnosen fortsat kan være i fokus ved behandling, fx ved indlæggelse til operation af fraktur.

Hvis komplet skadeindberetning allerede er sikret og foretaget i forbindelse med den initiale akutte patientkontakt, kan sekundære akutte skadekontakter indberettes med særlig kontaktårsag {ALCC80} 'sekundær patientkontakt efter skade', hvorved der ikke er yderligere krav knyttet til indberetningen.

Eksempler på anvendelse af kontaktårsag 'sekundær patientkontakt efter skade':

En person bliver behandlet for knoglebrud på højre arm ved at få armen lagt i gips, og der bliver foretaget en komplet skadeindberetning fra akutmodtagelsen. Hvis patienten opfølgende bliver behandlet, på samme eller anden enhed, fx at gipsen skal af eller genanlægges, eller som følge af komplikationer, fx at gipsen er for stram, eller der er opstået en infektion, registreres denne anden kontakt med kontaktårsag {ALCC80} 'sekundær patientkontakt efter skade'.

En person indbringes til akut modtageafdeling efter trafikulykke. Der konstateres kompliceret brud af lårbensknoglen, som skal opereres akut under indlæggelse.

Da der er foretaget komplet skadeindberetning på kontakten på akutmodtagelsen, indberettes den akutte indlæggelseskontakt på ortopædkirurgisk enhed med kontaktårsag {ALCC80} 'sekundær patientkontakt efter skade'.

13.2 Anvendte termer og definitioner – skaderegistrering

Følgende definitioner og beskrivelser indgår i skaderegistreringen. Definitionerne er baseret på NOMESKO "Klassifikation af ydre årsager til skader" (NCEI, version 4).

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	kodeliste
<i>ulykke</i>	en ufrivillig hændelse karakteriseret ved en hurtigtvirkende kraft eller påvirkning, som kan ytre sig i form af skade på kroppen	
<i>transportulykke</i>	ulykke der involverer et transportmiddel eller et dyr, som anvendes til transport af personer eller gods Kommentar: Inkl: transport (ikke lønnet) og lønnet transportarbejde	
<i>arbejdsulykke</i>	ulykke der indtræffer i arbejdstiden i forbindelse med lønnet arbejde eller arbejde som selvstændig	
<i>voldshandling</i>	tilsigtet handling der med fortsæt fører til skade på anden person	
<i>selvmordshandling (selvskadehandling)</i>	hændelse i form af tilsigtet handling der med fortsæt fører til skade på egen person Kommentar: Se vedrørende afgrænsning af selvmordsforsøg i afs. 13.3.6	
<i>skadesaktivitet (aktivitet)</i>	aktivitet som den tilskadekomne var i gang med på skadestidspunktet Kommentar: SKS-klassificeret	[res.skadeakt]
<i>skademekanisme</i>	direkte skadevoldende effekt på den tilskadekomne Kommentar: SKS-klassificeret	[res.skademek]
<i>skadested</i>	sted hvor tilskadekomne befandt sig på tidspunkt for skades opståen Kommentar: SKS-klassificeret	[res.skadested]
<i>branche</i>	brancheområde for tilskadekomnes arbejdsgiver Kommentar: SKS-klassificeret. Anvendes ved arbejdsulykker.	[res.branche]
<i>modpart ved voldshandling (skadeforvolder)</i>	modparts relation til voldsramte (tilskadekomne) Kommentar: SKS-klassificeret	[res.modpvold]

term (synonym)	definition / beskrivelse / kommentar	kodeliste
transportform for tilskadekomne	tilskadekomnes transportform på tidspunkt for skades opståen Kommentar: SKS-klassificeret. Obligatorisk ved transportulykke	[res.tfskade]
transportform for modpart	modparts transportform på tidspunkt for skades opståen Kommentar: SKS-klassificeret. Obligatorisk ved transportulykke	[res.tfmodpart]
trafikontrolle for tilskadekomne	tilskadekomnes trafikontrolle på tidspunkt for skades opståen Kommentar: SKS-klassificeret. Fx fodgænger, buspassager	[res.trafikrolle]
anvendt sikkerhedsudstyr	sikkerhedsudstyr anvendt af tilskadekomne ved transportulykke Kommentar: SKS-klassificeret	[res.sikkuds]
uheldssituation	omstændigheder ved en transportsulykke Kommentar: SKS-klassificeret. Fx eneulykke, modpart i modsat færdselsretning	[res.uheldssituation]
sportsaktivitet	sportsaktivitet udført på tidspunkt for skades opståen Kommentar: SKS-klassificeret. Kan anvendes til yderligere specificering af tilskadekomnes sportsaktivitet på ulykkestidspunktet eller tidspunktet for en voldshandling	[res.sport]
produkt (ved skademekanisme)	produkt der er involveret i skademekanisme Kommentar: SKS-klassificeret	[res.skadeprod]

Skadeindberetningens overordnede opbygning og regler – oversigt:

Skadeindberetning – ydre årsager	Kodeliste	Kontaktårsag			
		Ulykke {ALCC02}	Volds- handling {ALCC03}	Selvmonds- forsøg {ALCC04}	Anden tilsigtet selvskade
Skademekanisme {EUB?}	[res.skademek]	+	+	+	(+)
- produkt {EUY??*}	[res.skadeprod]	(+)	(+)	(+)	(+)
- modpart ved voldshandling {EUD?}	[res.modpvold]		(+)		
Skadested {EUG?(?)*}	[res.skadested]	+	+	+	
Stedfæstelse: - X-koordinat (tal) - Y-koordinat (tal) - X,Y-præcision {EUZ?} - UTM-zone {32/33}	[res.stedpraec]	(+)	(+)	(+)	
Aktivitet {EUA?*}	[res.skadeakt]	+	+		
- sportsaktivitet {EUC??*}	[res.sport]	(+)	(+)		
- branche {EUE?*}	[res.branche]	(+)	(+)		
Transportform for tilskadekomne {EUP?(?)}	[res.tfskade]	+			
Krav ved {EUA0/2} = transportulykke					
Transportform for modpart {EUM?(?)}	[res.tfmodpart]	+			
Krav ved {EUA0/2} = transportulykke					
- trafikontrolle for tilskadekomne {EUT?}	[res.trafikrolle]	(+)			
- uheldssituation {EUU?*}	[res.uheldssituation]	(+)			
- anvendt sikkerhedsudstyr {EUQ?*}	[res.sikkuds]	(+)			

koder angiver obligatorisk niveau (inkl. "?")
koder med * kan specificeres yderligere

+ obligatorisk indberetning
(+) frivillig indberetning

13.3 Ydre årsager til skade – skadeindberetning

For akutte somatiske patientkontakter af typen 'fysisk fremmøde' med kontaktårsagerne 'ulykke' {ALCC02}, 'voldshandling' {ALCC03} og 'selvmordsforsøg' {ALCC04} skal der obligatorisk indberettes koder for **ydre årsager til skade**, som beskrevet i det følgende.

Hosstående tabel viser en oversigt over alle elementer i skadeindberetningen i såvel den obligatoriske del (markeret med fed) som den frivillige del, der kan anvendes til yderligere specificeringer ved transportulykker, arbejdsulykker og vold.

Bemærk

Indberetning af skademekanisme (og evt. produkt) er frivillig ved anden tilsigtet selvskade. Registrering og indberetning anbefales på et overordnet niveau efter følgende klassifikation.

13.3.1 Skademekanisme

Skademekanismen angiver den påvirkning, der medfører skaden (skaderne) på personen.

Skademekanisme skal obligatorisk registreres ved **kontaktårsag** 'ulykke' {ALCC02}, 'voldshandling' {ALCC03} og 'selvmordsforsøg' {ALCC04} efter følgende klassifikation og *anbefales* ved 'anden tilsigtet selvskade' {ALCC05}.

Skademekanisme-klassifikationen er fælles for de forskellige typer af skadehændelser. Ikke alle værdier er dog relevante ved alle skadehændelser.

Skademekanismer

SKS-kode	Skademekanisme [res.skademek]	Kommentar
EUBA	Fald og hop i niveau eller under 1 meter	Inkl: Snublen
EUBB	Fald og hop over 1 meter	
EUBC	Slag og stød	Ekskl: Ved fald {EUBA/EUBB}
EUBD	Skud	
EUBE	Knivstik, stikvåben/redskaber ved vold eller selvskade (cutting)	Inkl: Andre former for stikvåben og -redskaber anvendt ved voldshandling (intenderet stikskade). Skæring med kniv, saks og lignende
EUBF	Andet stik, snit og bid	Inkl: Menneskebid, dyrebid og -stik, savning, gennemboring Ekskl: Knivstik {EUBE}
EUBG	Klemning og masning	Ekskl: Medførende kvælning {EUBM}
EUBH	Termisk effekt	Inkl: Varme (forbrænding), kulde (forfrysning) Ekskl: Solforbrænding {EUBK}, alene røgforgiftning {EUBM}
EUBJ	Ekspllosion og lufttryk	Ekskl: Forbrænding {EUBH}
EUBK	Elektrisk, strålings- og anden energi-effekt	Inkl: Effekter af solstråling, vibrationer, støj Ekskl: Støj ved eksplosion {EUBJ}
EUBL	Nærdrukning og drukning	
EUBM	Kvælning (asfyksi)	Inkl: Hængning, strangulering, fremmedlegeme i luftveje, begravet, lav ilttension, kulilteforgiftning, røgforgiftning, klemning og masning medførende kvælning Ekskl: Nærdrukning og drukning {EUBL}, forbrænding {EUBH} m/u røgforgiftning
EUBN	Fremmedlegeme	Ekskl: I luftveje, der medfører kvælning {EUBM}
EUBP	Fejlbrug af lægemiddel eller andet biologisk stof	Inkl: Forkert lægemiddel og fejdosering. Substanter med biologisk effekt, herunder anvendt ifm undersøgelse og behandling. Forgiftning med narkotika og lignende medicinske og ikke-medicinske biologiske stoffer

SKS-kode	Skademekanisme [res.skademek]	Kommentar
EUBQ	Anden kemisk effekt	Inkl: Forgiftninger, ætsninger og andre lokale effekter af kemiske stoffer
EUBR	Akut overbelastning af krop eller kropsdel	Inkl: Akut overbelastning ved skub, træk, løft. Vridtraumer. Muskel- og ligamentskader og lignende. Ekskl: Fald/hop {EUBA}/{EUBB}, slag/stød {EUBC}
EUBX	Anden og ikke specificeret skademekanisme	Ingen af ovenstående

I forbindelse med skademekanisme er der mulighed for at specificere involveret produkt [res.skadeprod] {EUY}, dvs. det produkt eller de produkter, der forårsager skaden på personen.

Ved voldshandling kan skademekanismen suppleres af oplysning om modpart – se afs. 13.3.5

- Mere specificerede kodemuligheder og produktklassifikation {EUY} kan findes i SKS-Browser

13.3.2 Skadested

Skadested skal obligatorisk registreres ved **kontaktårsag** 'ulykke' {ALCC02}, 'voldshandling' {ALCC03} og 'selvmordsforsøg' {ALCC04}.

Skadested skal som minimum specificeres ved kodeniveauet angivet i tabellens venstre kolonne.

SKS-kode	Skadested [res.skadested]	Kommentar
EUG0	Offentlig vej og parkeringsområde	Inkl: Offentligt transportområde, fortove og stier, ophold og færden i offentligt og privat transportmiddel fx bus, tog og personbil Ekskl: Private områder {EUG1B}
EUG1A	Boligområde, indenfor	
EUG1B	Boligområde, udenfor	Inkl: Legeplads i boligområde {EUG1B6}, have og grønt friareal {EUG1B7}, privat indkørsel {EUG1B8}
EUG1C	Boligområde, andet og ikke specificeret	
EUG2	Produktions- og værkstedsområde	
EUG3	Butiks-, handels- og erhvervsområde	Inkl: Service-område
EUG4	Institutionsområde og offentlig administration	Inkl: Skole {EUG41}, skolegård {EUG42}, legeplads i institutionsområde {EUG43}
EUG5	Idræts- og sportsområde	Ekskl: Tilskuertribune {EUG6/EUG66}
EUG6	Forlystelses- og parkområde	Inkl: Offentlig legeplads {EUG6/EUG64}
EUG7	Fri natur	Ekskl: Hav og søområde {EUG8*}
EUG8	Hav- og søområde	
EUG9	Andet og ikke specificeret skadested	

- Mere specificerede kodemuligheder kan findes i SKS-Browser

I forbindelse med angivelsen af skadested (obligatorisk) kan der indberettes **stedfæstelse** med X- og Y-koordinater mm. – se "Skadeindberetningen (resultatindberetning)"

13.3.3 Aktivitet

Personens aktivitet på skadetidspunktet skal obligatorisk registreres ved **kontaktårsag** 'ulykke' {ALCC02} og 'voldshandling' {ALCC03}.

Aktiviteten skal som minimum specificeres ved det angivne kodeniveau i følgende tabel.

Aktiviteterne {EUA0*} og {EUA2*} definerer registreringsmæssigt **transportulykker** – se afs. 13.3.4

SKS-kode	Aktivitet [res.skadeakt]	Kommentar
EUA0	Transport i arbejdstid	Inkl: Professionel sport, der involverer transportmiddel Ekskl: Transport til og fra arbejde – se {EUA2/EUA21}
EUA1	Lønnet arbejde	Inkl: Professionel sport, der ikke involverer transportmiddel
EUA2	Transport i fritid	Inkl: Ulønnet transport til og fra arbejde, uddannelse og sport Ekskl: Transport i arbejdstid – se {EUA0} Transport omfatter alle former for transport, der ikke finder sted under lønnet arbejde (se {EUA0}), herunder gang, cykling, kørsel med bil, bus og tog og transport til vands og i luften)
EUA3	Huslig aktivitet og ulønnet arbejde	Inkl: Ulønnet havearbejde {EUA33}, gør-det-selv arbejde {EUA34} Ekskl: Lønnet huslig aktivitet – se {EUA1} Ekskl: Leg og anden lignende fritidsaktivitet - se {EUA6}
EUA4	Uddannelse	Ekskl: Lønnet undervisningsaktivitet – se {EUA1}, transport til og fra uddannelse – se {EUA2/EUA22} Bem: {EUA4} omfatter kun at modtage undervisning
EUA5	Sport og motion	Ekskl: Lønnet sports- og træningsaktivitet – se {EUA1} Ekskl: Transport til/fra sport – se {EUA2} Ekskl: Sport og motion under uddannelsesaktivitet – se {EUA4/EUA42}
EUA6	Leg og anden fritidsaktivitet	
EUA7	Vitalaktivitet	
EUA8	Anden aktivitet	
EUA9	Aktivitet ikke specificeret	

Aktiviteterne {EUA0*} og {EUA1*} definerer registreringsmæssigt **arbejdsulykker**.

Ved arbejdsulykker er der mulighed for at registrere **branche** [res.branche] {EUE} for den virksomhed, hvor skaderamte er ansat.

I forbindelse med sports- og træningsaktiviteter er der mulighed for at specificere den aktuelle **sportsaktivitet** [res.sport] {EUC}.

► Mere specificerede kodemuligheder kan findes i SKS-Browser

13.3.4 Transportulykker

Under kontaktårsag 'ulykke' {ALCC02} skal der ved transportulykker, dvs. ved **aktivitet** 'Transport i arbejdstid' {EUA0} og 'Transport i fritid' (ikke lønnet) {EUA2}, obligatorisk indberettes koder for transportform for tilskadekomne og transportform for modpart med en kode fra hver af følgende kodelister.

Transportulykke og skadested 'Offentlig vej og parkeringsområde' {EUG0} definerer **trafikulykke**.

13.3.4.1 Transportform for tilskadekomne

Der findes følgende klassificering af transportform for tilskadekomne ved transportulykker:

SKS-kode	Transportform for tilskadekomne [res.tfskade]	Kommentar
EUP1	til fods	Inkl: Rulleskøjter Alle tilfælde, hvor skaderamte uanset aktivitet påkøres af et køretøj, Fx cafégæst; barn, der leger på parkeringsplads; havemand, der rammes af køretøj
EUP2	på cykel	
EUP2A	på el-cykel med effekt op til 25 km/t	

SKS-kode	Transportform for tilskadekomne [res.tfskadede]	Kommentar
EUP2B	på el-cykel med effekt op til 45 km/t (speed pedelec)	
EUP2C	på ladcykel	
EUP2C1	på el-ladcykel med effekt op til 25 km/t	
EUP3	på knallert	
EUP4	på motorcykel	
EUP5	i personbil	Inkl: i varevogn
EUP7	i lastbil (bus)	
EUP8	anden transportform for tilskadekomne	
EUP8A	til hest	
EUP8B	på elektrisk drevet en-akslet køretøj (Segway)	
EUP8C	på løbehjul	
EUP8C1	på løbehjul uden el-motor	
EUP8C2	på løbehjul med el-motor	
EUP8D	på skateboard	
EUP8D1	på skateboard uden el-motor	
EUP8D2	på skateboard med el-motor	
EUP9	transportform for tilskadekomne ikke specificeret	

Indberetningen ved transportulykker kan suppleres med **uheldssituation** [res.uheldssituation] {EUU}, **trafikantholde** for tilskadekomne [res.trafikrolle] {EUT} og **anvendt sikkerhedsudstyr** [res.sikkuds] {EUQ} – se SKS-Browser

13.3.4.2 Transportform for modpart

Der findes følgende klassificering af transportform for modpart ved transportulykker:

SKS-kode	Transportform for modpart [res.tfmodpart]	Kommentar
EUM0	ingen modpart	
EUM0A	kollision med fast genstand	Inkl: træ, mur, parkeret køretøj
EUM1	til fods	
EUM2	på cykel	
EUM2A	på el-cykel med effekt op til 25 km/t	
EUM2B	på el-cykel med effekt op til 45 km/t (speed pedelec)	
EUM2C	på ladcykel	
EUM2C1	på el-ladcykel med effekt op til 25 km/t	
EUM3	på knallert	
EUM4	på motorcykel	
EUM5	i personbil	Inkl: i varevogn
EUM7	i lastbil (bus)	
EUM8	anden transportform for modpart	
EUM8A	til hest	
EUM8B	på elektrisk drevet en-akslet køretøj (Segway)	
EUM8C	på løbehjul	
EUM8C1	på løbehjul uden el-motor	
EUM8C2	på løbehjul med el-motor	
EUM8D	på skateboard	
EUM8D1	på skateboard uden el-motor	

EUM8D2	på skateboard med el-motor	
EUM9	transportform for modpart ikke specificeret	

Bemærk

Der tilføjes efter behov nye koder for kategorier under transportformer, fx **el-cykler** mm, som der er stor fokus på i forhold til trafiksikkerhed og forebyggelse.

Trafikstyrelsen og Ulykkesanalysegruppen anbefaler, at der i alle tilfælde kodes så specificeret som muligt.

13.3.5 Voldshandlinger

Voldshandling adskilles fra ulykke ved en anden persons intention om at forvolde skade på skaderamte.

Bemærk

Voldshandling omfatter også seksuelle overgreb.

Ved skade eller mistanke om skade (undersøgelse) som følge af voldshandling skal følgende registreringer af "ydre årsager" foretages for akutte somatiske patienter:

Kontaktårsag	Voldshandling {ALCC03}	kodeliste
Skademekanisme	EUB?	[res.skademek]
Skadested	EUG?(?)*	[res.skadested]
Aktivitet	EUA?*	[res.skadeakt]

Registreringen af skademekanisme kan suppleres af angivelse af **modpart** [res.modpvold] {EUD?} ved voldshandling (modpartens relation til tilskadekomne):

Modpart ved voldshændelse:

EUD0	fremmed person
EUD1	samlever
EUD2	andet familiemedlem
EUD3	bekendt
EUD8	anden modpart
EUD9	modpart uoplyst

Der er herudover mulighed for at specificere involverede **produkter** [res.skadeprod] i forhold til skademekanismen.

Den obligatoriske registrering af skadested kan suppleres med specifik **stedfæstelse**.

13.3.5.1 Voldshandling på arbejdet

Vold på arbejdet omfatter skader, hvor skaderamte var i lønnet arbejde på tidspunktet for voldshandlingen.

Bemærk

Skade som følge af voldshandling opstået på vej til og fra arbejde medregnes ikke til denne kategori, men derimod til transportulykker. Det er som ved arbejdsulykker aktiviteten {EUA0}/{EUA1}, der afgrænser, at skaderamte var i en arbejdsituation.

Ved vold på arbejdet er der som ved arbejdsulykker mulighed for at registrere **branche** [res.branche] for den virksomhed, hvor skaderamte er ansat.

Ved vold i forbindelse med professionel sport kan der suppleres med specifik angivelse af **sportsaktivitet** [res.sport].

13.3.6 Selvmordsforsøg

Flere undersøgelser peger på en underrapportering af selvmordsforsøg i Danmark.

En korrekt registrering og indberetning af selvmordsforsøg har afgørende betydning for muligheden for forskning og **forebyggelse af selvmord**.

Det er samtidig vigtigt, at de selvmordstruede patienter identificeres, således at der kan foretages de fornødne forebyggende tiltag over for den enkelte patient i rette tid.

Denne beskrivelse gælder for den primære skadekontakt på somatisk akutenhed efter selvmordsforsøg.

Det er oftest en akut somatisk modtagefunktion, der har den primære kontakt. I sjældnere tilfælde kan det dog også være en psykiatrisk enhed.

Kontaktårsag og skadeindberetning skal ikke indberettes for psykiatriske patientkontakter.

► Se afs. 8.7.5.1 vedrørende psykiatrisk bidiagnose ved selvskade før patientkontakt

WHO's definition af selvmordsforsøg

Begreb	Definition/beskrivelse
selvmordsforsøg	handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller lignende eller udviser anden ikke-vanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser

Denne definition af selvmordsforsøg (fra WHO) er meget bred og svær at forstå.

Det bemærkes, at der ikke behøver at være et dødsønske, og at handlingen ikke behøver at være livsfarlig. Intention om handling, der ville være skadevoldende, men som blev forhindret, indgår også under begrebet. Den kliniske betydning af 'selvmordsforsøg' er således bredere end den almensproglige opfattelse af termen.

Bemærk

Det er jf. Sundhedsstyrelsens vejledning²¹ enhedens ansvar at sikre rutiner for en korrekt vurdering af modtagne patienter og registreringen af selvmordsforsøg.

Hvis enheden i løbet af kontakten bliver opmærksom på, at der ligger et selvmordsforsøg som baggrund for den akutte patientkontakt, skal der følges op på dette med korrektion af kontaktårsag og indberetning af ydre årsager på baggrund af de indhentede oplysninger – og selvfølgelig allervigtigst de nødvendige forebyggende tiltag.

Det er herunder vigtigt at forholde sig til den brede definition af selvmordsforsøg. Registreringen indgår i epidemiologisk kortlægning til brug for forebyggelsesindsatsen overfor selvmord og selvmordsforsøg.

Ved skade eller mistanke om skade (undersøgelse) som følge af selvmordsforsøg skal følgende registreringer af "ydre årsager" foretages for akutte somatiske patienter:

Kontaktårsag	Selvordsforsøg {ALCC04}	kodeliste
Skademekanisme	EUB?	[res.skademek]
Skadested	EUG?(?)*	[res.skadested]

Der er herudover mulighed for at specificere involveret **produkt** [res.skadeprod] i forhold til skademekanismen.

Den obligatoriske registrering af skadested kan desuden suppleres med specifik **stedfæstelse** (X/Y-koordinater).

21 (ref) "VURDERING OG VISITATION AF SELVMORDSTRUDE / Rådgivning til sundhedspersonale", Sundhedsstyrelsen 2007

13.3.7 Anden tilsigtet selvskade

Kontaktårsag {ALCC05} 'anden tilsigtet selvskade', som bla. omfatter "cuttere", hvor der jf. WHO's definition (se ovenfor) **ikke** er tale om selvmordsforsøg.

Denne kontaktårsag medfører ikke yderligere formelle krav om indberetning af ydre årsager til skade, men det *anbefales* af hensyn til monitorering og forebyggelse af selvskade at indberette **skademekanismen** bag tilsigtet selvskade, så det er muligt at skelne og opgøre på et overordnet niveau, jf. tabellen i afs. 13.3.1 – og der er selvfølgelig generelt krav til registrering af relevante skadediagnose(r).

Der er herudover mulighed for at specificere involveret **produkt** [res.skadeprod].

Det er vigtigt at være opmærksom på, at denne kontaktårsag ikke må anvendes, hvis omstændighederne opfylder kriterierne for selvmordsforsøg.

- ▶ Vedrørende selvmordsforsøg – se foregående afs. 13.3.6

13.4 Skadeindberetningen (resultatindberetning)

Indberetningen af ydre årsager til skade ved skadekontakter sfa. ulykke, voldshandling, selvmordsforsøg og anden tilsigtet selvskade foretages med resultatindberetningen: 'Skadeindberetning'. **Trigger** for anmeldelsen er kontaktårsagen ved akutte somatiske patientkontakter af type 'fysisk fremmøde'.

Ved komplet anmeldelse, status {RAS01}, skal alle obligatoriske oplysninger være udfyldt. Kun skadetidspunktet er obligatorisk ved foreløbige indberetninger, status {RAS00}.

Foreløbige skadeindberetninger kan foretages, indtil komplet og kvalificeret indberetning kan foretages.

- ▶ Skadeindberetningen er vist skematisk på næste side

13.4.1 Frist for komplet indberetning

Komplet indberetning (fuld anmeldelse (status {RAS01})) skal foretages **senest 3 dage efter afslutning af skadekontakten**.

13.4.2 Skadetidspunkt

Der skal som udgangspunkt angives det rapporterede eller formodede konkrete skadetidspunkt i indberetningen. Skadetidspunktet er altid obligatorisk i indberetningen.

I de tilfælde, hvor skadetidspunktet ikke kan tilvejebringes eller skønnes med en rimelig præcision, angives skadetidspunktet lig med starttidspunktet for den akutte patientkontakt.

13.5 Skadediagnoser

Diagnoser på akutte skadekontakter omfatter de egentlige skader, der er klassificeret i sygdomsklassifikationen skadekapitel (Kap. 19 diagnosekoder i kodeområdet DS-DT).

Ved mistanke om skade anvendes relevant kode fra Kap. 21 i diagnoseklassifikationen.

Eksempler:

DZ033D	Obs. pga mistanke om hjernerystelse
DZ036	Obs. pga mistanke om toksisk effekt af indtaget stof
DZ038G	Obs. pga mistanke om fysisk overgreb/mishandling
DZ038J	Obs. pga mistanke om røgforgiftning
DZ041	Kontakt mhp. undersøgelse og observation efter færdselsulykke
DZ042	Kontakt mhp. undersøgelse og observation efter arbejdsulykke
DZ043	Kontakt mhp. undersøgelse og observation efter andet ulykkestilfælde
DZ044	Kontakt mhp. undersøgelse og observation efter mistænkt voldtægt
DZ045	Kontakt mhp. undersøgelse og observation efter anden påført skade

fortsætter ▶

Skadeindberetningen er skematisk vist i tabelvisningen af resultatindberetningen, der også indeholder reglerne for de enkelte delelementer:

► se også oversigtstabellen under afs. 13.2

navn: Skadeindberetning (RAA005)			Indberetning af ydre årsager til skade		
trigger-ID Reference til Kontaktårsag (objekt-ID)	SKSklass= [admin.kontaarsag.skade]		Akut somatisk kontakt Kontaktårsag IN kodeliste: [admin.kontaarsag.skade] = {ALCC02-ALCC04} OG Kontakt.type IN kodeliste: [admin.konttype.fysfr] = {ALCA00}		
ansvarlig enhed	SORkode		SORklass		
status	SKSkode		SKSklass=[resindb.status] Obligatorisk generel status/komplethed af resultatindberetningen		
inkomplet RI-indberetning krævet		nej			
DELAY for komplet RI-indberetning		fuld anmeldelse (status = {RAS01}) skal ske senest 3 dage efter afslutning af skadekontakten			
Resultattekst	resultat- type	kardi- nalitet	art	udfaldsrum	regel
skadetidspunkt	RDA60	1	datoTid	tidspunkt	obligatorisk (se afs. 13.4.1)
skademekanisme	RDA61	(0)..1	SKSkode	[res.skademek]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
skadested	RDA62	(0)..1	SKSkode	[res.skadested]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
aktivitet	RDA63	(0)..1	SKSkode	[res.skadeakt]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] OG Kontaktårsag.kode IN kodeliste: [admin.kontaarsag.skade.suba] = ulykke/voldshandling
transportform for tilskadekomne	RDA64	(0)..1	SKSkode	[res.tfskade]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] OG Kontaktårsag.kode IN kodeliste: [admin.kontaarsag.skade.subb] = ulykke OG [skadeindberetning]aktivitet IN kodeliste: [res.skadeakt.transp] = transportulykke
transportform for modpart	RDA65	(0)..1	SKSkode	[res.tfmodpart]	

[resindb.status.suba] = {RAS01}: komplet indberetning | [admin.kontaarsag.skade.suba] = ulykke/voldshandling
[admin.kontaarsag.skade.subb] = ulykke | [res.skadeakt.transp] = transportulykke

Der kan være krav til minimums kodeniveau for specificerede egenskaber.

Ud over de obligatoriske parametre kan følgende indberettes:

ikke obligatoriske oplysninger (valideres kun for kodeliste/værdi(er))					
trafikanter for tilskadekomne	RDA66	0..1	SKSkode	[res.trafikrolle]	ikke obligatorisk (kun relevant ved transportulykke)
uheldssituation	RDA67	0..1	SKSkode	[res.uheldssitua- tion]	ikke obligatorisk (kun relevant ved transportulykke)
branche	RDA68	0..1	SKSkode	[res.branche]	ikke obligatorisk (kun relevant ved arbejdsulykker og ved skade efter vold på arbejdsplads)
modpart ved vold	RDA69	0..1	SKSkode	[res.modpvold]	ikke obligatorisk (kun relevant ved voldshandling)
sportsaktivitet	RDA70	0..1	SKSkode	[res.sport]	ikke obligatorisk (kun relevant ved aktivitet =sport)

anvendt sikkerhedsudstyr	RDA71	0..1	SKSkode	[res.sikkuds]	ikke obligatorisk (kun relevant ved ulykke)
X-koordinat	RDA72	0..1	numerisk	heltal (400000-1000000)	stedfæstelse ikke obligatorisk
Y-koordinat	RDA73	0..1	numerisk	heltal (6000000-6500000)	stedfæstelse ikke obligatorisk
X,Y-præcision	RDA74	0..1	SKSkode	[res.stedpraec]	stedfæstelse ikke obligatorisk
UTM-zone	RDA75	0..1	numerisk	[32;33]	stedfæstelse ikke obligatorisk
produkt	RDA76	0..*	SKSkode	[res.skadeprod]	ikke obligatorisk; flere produkter kan angives



13.5.1 Multiple skader

Ofte vil der ved skadekontakt være tale om flere samtidige skader, der bedst beskrives ved flere skade-diagnosekoder. Den væsentligste skade registreres som aktionsdiagnose.

Det er denne, der er udgangspunktet (trigger) for registreringerne i 'Skadeindberetning' af ydre årsager til skade.

13.5.2 Forgiftninger

Forgiftning er en dosisafhængig skadevirkning af et fremmedstof. Dette kan være et lægemiddelstof, et psykoaktivt stof eller et andet organisk eller uorganisk (kemisk) stof. Virkningen kan vise sig somatisk og/eller psykisk.

Både utilsigtet og tilsigtet overdosering af lægemidler medregnes til forgiftning.

- Bivirkninger af lægemidler anvendt i normale terapeutiske doser betragtes ikke som forgiftning – se nærmere under diagnoser i Kap. 6

13.5.2.1 Klassificering

Sygdomsklassifikationen *skelner* mellem selve **forgiftningen** og de sygdomme/symptomer, der er **følger af forgiftningen**.

Lægemedelforgiftninger er forgiftninger, der opstår ved utilsigtet eller tilsigtet indtagelse af lægemidler i doser, der overskrider de almindeligt anerkendte terapeutiske doser.

Forgiftninger med lægemidler indberettes som en skade efter Kap. 19 i "Klassifikation af sygdomme" (kodeinterval {DT36*-65*}).

Eksempel

SKS-kode	kodetekst
DT398A	Forgiftning med paracetamol

Hvis det er forgiftningen, der er årsag til kontakt med observation eller behandling, registreres denne som aktionsdiagnose.

Ved forgiftninger med psykoaktive stoffer, der ikke er lægemidler, anvendes specificerede forgiftningskoder fra {DT40*} og {DT43*}.

Forgiftninger med ikke-medicinske kemikalier (inklusive alkohol) indberettes med forgiftningskoder fra kodeintervallet {DT51*-65*}.

Ved observation pga. mistanke om forgiftning, der ikke bekræftes, anvendes {DZ036*} 'Observation pga. mistanke om toksisk effekt af indtaget stof'.

13.5.2.2 Forgiftning som årsag til patientkontakt

Hvis forgiftning er årsag til akut somatisk patientkontakt, anvendes relevant kontaktårsag, og der foretages skadeindberetning.

- ▶ Vedrørende bivirkninger ved normal, terapeutisk dosering – se under diagnoser Kap. 6

13.5.2.3 Supplerende diagnosekodning

Registrering af forgiftning som aktionsdiagnose kan suppleres med bidiagnose(r) for sygdom, symptom eller observation forårsaget af forgiftningen.

14 ANDRE RESULTATINDBERETNINGER

Resultatindberetningen er udformet til at kunne indeholde mange typer af oplysninger, herunder kvalitetsoplysninger, der kan supplere de øvrige obligatoriske oplysninger.

Supplerende oplysninger kan udløses (trigges) af og dermed kobles til indberetningen af diagnoser, procedurer, kontakter (forskellige typer), kontaktårsager samt forløbsmarkører.

LPR er således forberedt til fremadrettet at kunne opsamle fx oplysninger til videre overføring til kliniske kvalitetsdatabaser og lignende eksterne registre samt til projekt- og forskningsformål.

Der er i det følgende beskrevet fem øvrige obligatoriske resultatindberetninger (afs. 14.1-4 og 14.6), alle procedure-trigget:

afsnit	Resultatindberetning
14.1	Neonatal hørescreening
14.2	Beslutning vedrørende personligt alarm- eller pejlesystem
14.3	Indberetning i forbindelse med visse tvangsforanstaltninger udført ved somatisk behandling over for varigt inhabil patient
14.4	Indberetning til Implantatregisteret
14.6	Udlevering af høreapparat

- Resultatindberetningen er generelt beskrevet i Kap. 9; øvrige obligatoriske resultatindberetninger i Kap. 10-13

14.1 Neonatal hørescreening (resultatindberetning)

Neonatal hørescreening skal udføres og indberettes indenfor 3 måneder efter barnets fødsel på en patientkontakt med en procedurekode, der beskriver typen af den pågældende screening.

For visse af disse procedurer, kodeliste: [proc.hoerescreen] er der krav om, at resultatet af proceduren også skal indberettes som en særskilt resultatindberetning.

Det gælder således, at hvis der er registreret en procedurekode (mærket x i nedenstående tabel) af typen {ZZ1450A; ZZ7100A; ZZ7306A; ZZ7307A}, og barnets alder på proceduretidspunktet er under 90 dage, trigger det resultatindberetningen: 'Resultat af hørescreening'.

14.1.1 Procedureregistrering og indberetning af resultat ved hørescreening

Hørescreeningen skal obligatorisk registreres med følgende udvalgte procedurekoder:

Procedurekode	Procedurer ^x [proc.hoerescreen]
ZZ1450A x	Automatiseret hjernestammeaudiometri (A-ABR)
ZZ1450D	Diagnostisk hjernestammeaudiometri (D-ABR)
ZZ1450D1	Diagnostisk hjernestammeaudiometri (D-ABR) med tærskelfastlæggelse
ZZ7100A x	Automatiseret Auditory Steady State Responsaudiometri (A-ASSR)
ZZ7100D	Diagnostisk Auditory Steady State Responsaudiometri (D-ASSR)
ZZ7306A x	Automatiseret Transient Evoked OtoAcoustic Emissions (A-TEOAE)
ZZ7306D	Diagnostisk Transient Evoked OtoAcoustic Emissions (D-TEOAE)
ZZ7307A x	Automatiseret Distortion Product OtoAcoustic Emissions (A-DPOAE)
ZZ7307D	Diagnostisk Distortion Product OtoAcoustic Emissions (D-DPOAE)

Procedureregistreringen og den tilhørende resultatindberetning dækker en given undersøgelse samlet for begge ører.

De med π mærkede procedurekoder skal suppleres med resultatindberetning for resultatet af undersøgelsen efter denne klassificering:

Resultatkode	Resultat af undersøgelse	Bemærkning
ZPR01A	bestået	anvendes som resultat ved undersøgelser, hvor det samlede resultat er "bestået"
ZPR00A	ikke bestået, henvises	anvendes som resultat ved undersøgelser, hvor resultatet ikke er "bestået", og hvor der henvises videre til ny kontakt/besøg
ZPR00B	ikke bestået	anvendes som resultat i de tilfælde, hvor resultatet ikke er "bestået", og hvor der ikke henvises videre til ny kontakt/besøg

Kravet gælder for procedurekoder tilhørende kodeliste: [proc.hoerescreen]

Resultatet (resultatindberetning) refererer entydigt til den enkelte undersøgelseskode, hvortil den er knyttet.

Indberetningen skal ske **umiddelbart** i forbindelse med første indberetning af patientkontakten med trigger-proceduren. Status er 'komplet' {RAS01}. Der er ikke mulighed for inkomplet RI i indberetningen her.

Resultatindberetningen 'Resultat af hørescreening' indberettes knyttet til sin trigger-Procedure med følgende oplysninger:

navn: Resultat af neonatal hørescreening (RAA06)				Indberetning af resultat af neonatal hørescreening	
trigger-ID Reference til Procedure (objekt-ID)	Trigger udfaldsrum [proc.hoerescreen]		Regel for trigning: Procedure.kode IN [proc.hoerescreen]		
ansvarlig enhed	SORKlass				
status	[resindb.status.suba]		Obligatorisk generel status/komplethed af resultatindberetningen		
inkomplet RI-indberetning krævet		nej			
DELAY for komplet RI-indberetning		0 dage. Fuld indberetning (status = {RAS01}) skal ske umiddelbart sammen med indberetning af trigger-proceduren			
Resultattekst	resultattype	kardinalitet	art	udfaldsrum	regel / beskrivelse
hoerescreen	RDA80	1	SKSkode	[res.hoerescreen] = { ZPR00A 'ikke bestået, henvises'; ZPR00B 'ikke bestået'; ZPR01A 'bestået' }	obligatorisk

NB: Tidspunkter for resultater ikke medtaget i oversigten

14.2 Beslutning vedrørende personligt alarm- eller pejlesystem (resultatindberetning)

De nærmere omstændigheder vedrørende beslutningen om anvendelse af alarm- eller pejlesystem skal angives i resultatindberetningen: 'Beslutning vedrørende personligt alarm og pejlesystem'.

Kravet gælder for procedurekoder tilhørende kodeliste: [proc.inhabil.suba] = {BRTF1*/BRTF2*/BRTF9} koder²² for anvendelse af alarm- og/el. pejlesystem (tvangsforanstaltning).

- ▶ Reglerne kan ses i skemaet nedenfor
- ▶ Den faktiske varighed af indgrebet på kontakten skal angives i indberetningen ved faktisk start- og sluttids-punkt for BRTF-koden –dette er også beskrevet under afs. 7.1.15 samt i afs. 3.4.1

Indberetningen skal ske **umiddelbart** i forbindelse med indberetningen af den afsluttede patientkontakt med trigger-proceduren. Status er 'komplet' {RAS01}.

Resultatindberetning ved anvendelse af personligt alarm- eller pejlesystem. Indberettes knyttet til sin trigger-Procedure:

navn: Beslutning vedrørende personligt alarm og pejlesystem (RAA07)		Indberetning af omstændigheder for beslutning vedrørende anvendelse af personligt alarm- eller pejlesystem over for somatisk indlagt patient			
trigger-ID Reference til Procedure (objekt-ID)	Trigger udfaldsrum [proc.inhabil.suba]		Den obligatoriske indberetning af BRTF* koder omfatter kun somatiske indlagte patienter		
ansvarlig enhed	SORKlass				
status	[resindb.status.suba]	Obligatorisk generel status/komplethed af resultatindberetningen			
inkomplet RI-indberetning krævet		nej			
DELAY for komplet RI-indberetning		0 dage. Fuld indberetning (status = {RAS01}) skal ske umiddelbart sammen med indberetning af trigger-proceduren			
Resultattekst	resul-tattype	kardina-litet	art	udfaldsrum	regel / kommentar
begrundelse for indgreb	RDA91	1	SKSkode	[res.inhabbegrundelse]	obligatorisk
samtykke	RDA92	1	SKSkode	[res.inhabsamtykke]	obligatorisk
beslutning	RDA93	1	SKSkode	[res.inhabbeslutning]	obligatorisk
overlæges stillingtagen	RDA94	(0)..1	SKSkode	[res.inhabstilling]	obligatorisk ved beslutning IN [res.inhabbeslutning.suba] = {BZBB2}

NB: Tidspunkter for resultater ikke medtaget i oversigten

Der anvendes i resultatindberetningen følgende kodelister/småklassifikationer.

Begrundelse for indgreb [res.inhabbegrundelse]

BZBA	Begrundelse for indgreb i selvbestemmelsesretten for inhabil
BZBA1	Begrundelse for indgreb: Bedste løsning af hensyn til patientens sikkerhed
BZBA2	Begrundelse for indgreb: Åbenbar risiko for patienten forlader sygehuset og udsætter sig for fare

Samtykke til beslutning [res.inhabsamtykke]

²² Kodeliste indeholder i en overgangsperiode også procedurekoden {BRXY10} 'Påsætning af personligt alarm- og pejlesystem på inhabil patient'. BRXY10 vil blive udmeldt af kodelisten [proc.inhabil.suba], når alle regioner er overgået til den nye trigger {BRTF*}.

Dato er pt. ikke fastsat. Den enkelte region skal være opmærksom på egen overgangsdato.

BZBD	Samtykke til indgreb i selvbestemmelsesretten for inhabil
BZBD1	Nærmeste pårørende har givet samtykke
BZBD2	Værge har givet samtykke
BZBD3	Ingen nærmeste pårørende eller værge
BZBD4	Pårørende el værge forvalter samtykke t åbenbar skade for pt

Beslutning (beslutningsperson) [res.inhabbeslutning]

BZBB	Beslutning af indgreb i selvbestemmelsesretten for inhabil
BZBB1	Beslutningen er truffet af overlæge
BZBB2	Beslutningen er truffet af anden læge

Stillingtagen [res.inhabstilling]

BZBC	Tilslutning til indgreb i selvbestemmelsesretten for inhabil
BZBC1	Overlægen har givet sin tilslutning til indgrebet
BZBC2	Overlægen har ophævet indgrebet

14.3 Indberetning i forbindelse med visse tvangsforanstaltninger udført ved somatisk behandling over for varigt inhabil patient (resultatindberetning)

Der er krav om indberetning af forskellige oplysninger vedrørende beslutning om anvendelse af tvangsforanstaltninger over for varigt inhabile patienter med et somatisk behandlingsbehov.

Kravene omfatter generel beslutning (afs. 14.3.1) om planlagt anvendelse af behandlingsnødvendig tvangsforanstaltning samt indberetning af (afs. 14.3.2) procedurekoder for beslutning ved udførelse af konkrete tvangsforanstaltninger.

Bemærk: Der er efter aftale med regionerne mulighed for dispensation i en aftalt periode for regional indberetning af resultatindberetningen: 'Tvangsforanstaltning' til LPR. Der skal i givet fald i stedet foretages indberetning via SEI-systemet.

► Der henvises i øvrigt til bekendtgørelsen: BEK nr 1370 af 01/12/2017

Procedureregistrering og indberetning af generel beslutning vedrørende tvangsforanstaltning Generel beslutning om planlagt anvendelse af behandlingsnødvendig tvangsforanstaltning skal indberettes med procedurekoden:

AVSA	Beslutning om tvangsbehandling i somatikken
------	---

Procedurekoden skal registreres med proceduretidspunkt lig med **beslutningstidspunktet** for den generelle beslutning om tvangsbehandling.

Denne procedurekode (kodeliste: [proc.tvangsforanst]) er **trigger** for den tilhørende resultatindberetning 'Tvangsforanstaltning' med oplysninger, der specificerer beslutningen.

Resultatindberetningen skal indberettes **umiddelbart** sammen med indberetningen af trigger-proceduren. Status er 'komplet' {RAS01}.

Resultatindberetningen 'Tvangsforanstaltning' indberettes knyttet til sin trigger-Procedure med følgende oplysninger:

navn: Tvangsforanstaltning (RAA10)			Indberetning til Landspatientregisteret vedrørende beslutning om anvendelse af tvangsforanstaltninger ved somatisk behandling af varigt inhabil patient		
trigger-ID Reference til <i>Procedure</i> (objekt-ID)		Trigger udfaldsrum [proc.tvangsforanst]		Regel for trigning: Procedure.kode IN [proc.tvangsforanst]	
ansvarlig enhed		SORKlass			
status		[resindb.status.suba]		Obligatorisk generel status/komplethed af resultatindberetningen.	
inkomplet RI-indberetning krævet		nej			
DELAY for komplet RI-indberetning		0 dage. Fuld indberetning (status = {RAS01}) skal ske sammen med indberetning af trigger-proceduren			
Resultattekst	resul-tattype	kardi-nalitet	art	udfaldsrum	regel / beskrivelse
Begrundelse	RDA96	1	SKSkode	[res.tvangsbegrund]	Begrundelse for beslutning (se afs. 14.3.1.1)
Behandlingssted	RDA97	1	SKSkode	[res.tvangsbehold]	Forventet behandlingssted (afs. 14.3.1.2)
Seneste behandlingsdato	RDA98	1	datoTid	dato (timer, minutter, sekunder kan i indberetningen angives som "00")	Seneste behandlingsdato er maksimalt fire måneder fra beslutningsdato

[resindb.status.suba] = {RAS01}: komplet indberetning

14.3.1.1 Begrundelse for beslutning om tvangsbehandling

Resultatindberetningen skal indeholde oplysning om begrundelsen for beslutningen. Begrundelsen klassificeres og indberettes efter følgende klassifikation.

Begrundelse for beslutning [res.tvangsbegrund]

AZAD1A	vital indikation
AZAD1B	risiko for invaliditet eller forværring heraf
AZAD1C	udredning for sygdom, der kan medføre væsentlig forringelse af helbred eller død
AZAD1D	risiko for forværring af behandlingskrævende sygdom
AZAD1E	nødvendighed for bevarelse af kognitive funktioner
AZAD1F	minimere smerte, lidelse, angst eller væsentlig ulempe for patienten

Er der flere konkurrerende begrundelser registreres, hvad der vurderes at være den primære begrundelse.

14.3.1.2 Behandlingssted

Forventet behandlingssted skal indberettes i resultatindberetningen efter følgende klassifikation.

Forventet behandlingssted [res.tvangsbehold]

AZAD2A	speciallægepraksis, inkl. almen medicin	
AZAD2B	offentlig sygehussektor	Inkl: Egen enhed
AZAD2C	hjemmesygepleje/hjemmepleje/plejehjem	
AZAD2D	bosted	
AZAD2E	tandlæge, tandplejer og tandtekniker	
AZAD2F	andet forventet behandlingssted	Inkl: Private hospitaler

Er der flere forventede behandlingssteder til samme beslutning registreres, hvad der vurderes at være det primære forventede behandlingssted.

14.3.1.3 Seneste behandlingsdato

Der skal obligatorisk angives tidsramme for beslutningen om tvangsbehandling, der i indberetningen angives som seneste behandlingsdato, dvs. seneste dato for afslutning af den behandling, der i henhold til den konkrete beslutning (kan) foretages under tvang.

Seneste behandlingsdato kan jf. bekendtgørelsen være maksimalt fire (4) måneder efter beslutningsdatoen, dvs. efter procedure-datoen for {AVSA}. Hvis behandlingen skal strække sig ud over det angivne tidsrum, skal dette ske inden for rammen af en ny beslutning om tvangsanvendelse.

14.3.2 Indberetning af procedurekoder vedrørende beslutning om anvendelse af konkrete tvangsforanstaltninger anvendt i somatikken

Følgende procedurekoder vedrørende beslutning om konkrete anvendte tvangsforanstaltninger skal indberettes.

Der er ingen yderligere krav i forbindelse med indberetningen af disse procedurekoder.

Procedurekoder skal registreres med proceduredidspunkt lig med **beslutningstidspunktet** for den beslutning, som procedurekoden beskriver.

Procedurekoder for beslutning om anvendelse af tvangsprocedure:

AVSB1	Beslutning om fysisk fastholdelse, pga. nødvendighed for gennemførelse af tvangsbehandlingen
-------	--

AVSB2	Beslutning om beroligende medicin, pga. nødvendighed for gennemførelse af tvangsbehandlingen
AVSB3	Beslutning om tvangsindlæggelse, pga. nødvendighed for gennemførelse af tvangsbehandlingen
AVSC	Endelig beslutning om tvangsindlæggelse
AVSD	Beslutning om tilbageholdelse
AVSE	Beslutning om tilbageførsel

14.4 Indberetning til Implantatregisteret (resultatindberetning)

Oplysninger om indsatte og fjernede implantater skal indberettes til Sundhedsdatastyrelsen. Oplysningerne indgår i Implantatregisteret til brug for opsporing af patienter ved problemer eller potentielle problemer med anvendte implantater.

Kravene er baseret på principperne i Bekendtgørelse nr 657 af 28-06-2019 (nr 1334 af 27-11-2017 for de private). Kravene omfatter jf. bekendtgørelserne **ikke**:

- *Spiraler (antikonception)*
- *Skruer og skinner til osteosyntese*
- *Suturer*
- *Dentalimplantater*

Alle andre indsatte og fjernede implantater, der har et unikt identifikationsnummer (efter gældende standard) skal indberettes med tilhørende oplysninger vedrørende det enkelte implantat til Implantatregisteret.

En indberetning (RI) er lig med en unik implantat identifikation (ID - afs. 14.4.2).

En indberetning kan anvendes til dokumentation af indsættelse *eller* fjernelse af flere implantater med *samme* identifikation – se resultatet ”antal implantater” (afs. 14.4.4). Samtidig fjernelse og indsættelse af implantat kan ikke indberettes i samme ”skema” (se også afs. 14.4.2.1)

Indberetningen foretages med resultatindberetningen: ’Implantatoplysninger’. Denne RI er logisk set en procedurekode-trigget RI. Trigger for indberetningen er koder tilhørende kodeliste: [proc.implantat]:

Trigger-koder for resultatindberetning ’Implantatoplysninger’: [proc.implantat] *aktuelle koder*

KWAA01	Implantat indsat
KWAB01	Implantat fjernet

Bemærk

Disse koder er nødvendige for at sikre, at indberetningen kræves. Triggerkoden skal indberettes.

Om koderne eksplicit skal registreres i systemets operations- eller procedure-registreringsbillede er en anden sag, som er betinget af den lokale systemopsætning.

Indberetningen skal ske **umiddelbart** i forbindelse med indberetningen af patientkontakten med en af ovenstående trigger-procedurer. Status er ’komplet’ {RAS01}.

14.4.1 Udskiftning af implantat

Hvis der foretages udskiftning af implantater med identifikation, skal dette opløses i særskilte indberetninger af fjernelse hhv. indsættelse, idet hver RI som anført svarer til et unikt ID.

14.4.2 Starttidspunkt for triggerprocedure

Triggerproceduren skal indberettes med **starttidspunkt** lig med starttidspunktet for en operationskode, der er registreret og indberettet for det kirurgiske indgreb, hvorunder indsættelse eller fjernelse af implantat er sket.

14.4.3 Indberetning af oplysninger om anvendt implantat

Resultatindberetningen 'Implantatoplysninger' indberettes knyttet til sin trigger-procedure med følgende oplysninger:

navn: Implantatoplysninger (RAA08)		Indberetning til Implantatregisteret af oplysninger vedrørende anvendt implantat ved visse operationer			
trigger-ID Reference til Procedure (objekt-ID)	Trigger udfaldsrum [proc.implantat]		Regel for trigning: Procedure.kode IN [proc.implantat]		
ansvarlig enhed	SORKlass				
status	[resindb.status.suba]		Obligatorisk generel status/komplethed af resultatindberetningen		
inkomplet RI-indberetning krævet		nej			
DELAY for komplet RI-indberetning		0 dage. Fuld indberetning (status = {RAS01}) skal ske umiddelbart sammen med indberetning af trigger-proceduren			
Resultattekst	resultattype	kardinalitet	art	udfaldsrum	regel / beskrivelse
produktnummer	RDB02	1	char	alfanumerisk	obligatorisk [‡] . Kan evt. hentes via skannings-funktionalitet – se også ’registre-ringstidspunkt’
batch-lotnummer	RDB03	0..1 OR serienummer	char	alfanumerisk	obligatorisk [‡] enten batch-lotnum-mer eller serienummer. Begge kan indberettes. Kan evt. hentes via skannings-funktionalitet – se også ’registre-ringstidspunkt’
serienummer	RDB04	0..1 OR batch-lotnummer	char	alfanumerisk	
registreringsstandard	RDB05	1	char	alfanumerisk - OID description format	obligatorisk [‡] . OID description, OID-IRI (Interna-tionalized Resource Identifier) format. Fx GS1: /GS1
antal implantater	RDB06	1	char	positivt heltal (1..n)	tal større end 1 kan anvendes ved flere implantater med samme ID indsat eller fjernet. Se nærmere i afs. 14.4.4
registreringstidspunkt	RDB07	0..1	datoTid	minimum dato%	skal udfyldes, hvis ID er fremfun-det ved skanning af implantatets produktinformation
produktionstidspunkt	RDB08	0..1	datoTid	minimum dato%	frivillig
udløbstidspunkt	RDB09	0..1	datoTid	minimum dato%	frivillig

[resindb.status.suba] = {RAS01}: komplet indberetning

% hvis kun dato: Indberettes med time:minut:sekund = {00:00:00}

[‡] værdien {-1} kan indberettes, når der ikke foreligger en værdi, hvilket bla. kan være relevant ved fjernelse af ældre implantat

14.4.3.1 Identifikation (ID)

Det enkelte implantat identificeres (ID) ud fra mindst 2 obligatoriske parametre: Produktnummer, batch-lotnummer og/eller serienummer. En unik implantat identifikation kræver mindst en RI-implantatoplysninger – se også 'Antal implantater' (afs. 14.4.4)

Værdien {-1} kan anvendes i de obligatoriske felter i indberetningen i de situationer, hvor der ikke kan tilvejebringes en korrekt værdi for et implantat.

14.4.3.2 Registreringsstandard

Den anvendte standard skal obligatorisk angives i indberetningen.

Værdien {-1} kan anvendes i indberetningen i de situationer, hvor der ikke kan tilvejebringes en korrekt værdi for et fjernet implantat.

14.4.3.3 Antal implantater

Der skal i indberetningen angives et **antal** for antallet af implantater indsat eller fjernet med samme ID-nummer.

En RI kan dog kun anvendes til enten indsættelse *eller* fjernelse af implantater med samme ID.

Hvis der er tale om både indsættelse og fjernelse under samme kirurgiske indgreb, skal dette således udtrykkes i mindst to RI, en for fjernelse og en for indsættelse.

Flere implantater med samme ID kan også indberettes som flere selvstændige RI (antal=1).

14.4.3.4 Registreringstidspunkt

Tidspunktet for produktskanning udført skal udfyldes, hvis ID er fremfundet ved skanning af implantatets produktinformation. Minimumsniveau dato (time:minut:sekund kan sættes til 00:00:00). Ellers frivillig.

14.4.3.5 Produktionstidspunkt

Frivillig. Implantatets produktionsdato/tidspunkt kan indberettes. Minimumsniveau ved indberetning dato (time:minut:sekund kan sættes til 00:00:00).

14.4.3.6 Udløbstidspunkt

Frivillig. Implantatets udløbsdato/tidspunkt kan indberettes. Minimumsniveau ved indberetning dato (time:minut:sekund kan sættes til 00:00:00).

14.5 Kirurgisk komplikationsregistrering (resultatindberetning) *(inaktiv)

* Bemærk

Kravene til indberetning af 'Kirurgisk operationsoplysning' i forbindelse med visse (mave-tarm) kirurgiske procedurer er (medio maj 2022) af SDS blevet ophævet med tilbagevirkning, idet en nærmere analyse viste, at indberetningen ikke opfylder det oprindelige formål.

Fjernelse af kravene omfatter også det afledte krav til bidiagnose-indberetning af komplikationsdiagnose.

De nu inaktiverede krav kan ses i tidligere version (2.0) af indberetningsvejledningen. Indberetning kan fortsat ske efter denne beskrivelse, men der bliver ikke indholdsvalideret.

Formålet om vurdering, klinisk vægtning og registrering af per- og postoperative komplikationer er ikke bortfaldet. Der vil blive udarbejdet et udkast til en bedre struktureret resultatindberetning for per- og postoperative komplikationer, som vil blive forelagt til nærmere vurdering og eventuel beslutning i den regionale governance senere i 2022.

Bemærk

Der er uændret vejledningskrav til diagnoseregistrering for alle patienter af alle klinisk relevante komplikationsdiagnoser jf. de generelle diagnosekrav, beskrevet i Kap. 6 i denne vejledning.

14.6 Indberetning ved udlevering af høreapparat (resultatindberetning)

Som en følge af programmet "Høreområdet i fremtiden"²³ er der krav om indberetning af visse data i forbindelse med udlevering af høreapparater på offentlige såvel som private audiologiske afdelinger.

Disse oplysninger skal være med til at danne grundlag for opfølgning og vurdering af udbytte og effekten af høreapparatbehandlingen i et tværgående, nationalt perspektiv, som inkluderer både det offentlige og de private behandlingstilbud.

Udlevering af høreapparat med tilskudsordning på *kommercielt drevne høreklivniker* (hér udleveres høreapparatet typisk på baggrund af tilskudsordning), sker via løsning i SEI. Dette beskrives ikke yderligere her.

14.6.1 Principper for sygehusenes indberetninger

Den følgende beskrevne indberetning handler udelukkende om situationer, hvor der **udleveres et høreapparat ved fysisk fremmøde**.

Bemærk

Sygehusene skal også indberette patienternes spørgeskemabesvarelser i forbindelse med senere opfølgning på behandlingen med høreapparat. Dette skal foretages via udfyldelse af SEI-skemaet "Høreapparatbehandling". Dette er ikke beskrevet yderligere her.

- ▶ Se evt. yderligere information: [Bedre indsamling og brug af data - Sundhedsdatastyrelsen](#)

En resultatindberetning (RI) skal indberettes ved hver unik udlevering, genudlevering, og ombytning af høreapparat.

Uanset årsagen til udleveringen anvendes den obligatoriske procedurekode {BDDC} 'Udlevering af høreapparat', der er **trigger** for resultatindberetningen 'Udlevering af høreapparat'. Proceduren registreres på udleveringstidspunktet.

Trigger for resultatindberetning 'udlevering af høreapparat' er:

BDDC	Udlevering af høreapparat	kodeliste: [proc.hoereapp]
------	---------------------------	----------------------------

Resultatindberetningen skal i alle tilfælde af indberetning opfylde de i afs. 14.6.3 beskrevne krav – alle indgående resultater er obligatoriske – henvisningstype og årsag til kompliceret høretab *betinget* obligatoriske.

Foreløbige valideringer

Resultatindberetningen for udlevering af høreapparat *kan* indberettes til LPR fra 1. januar 2022.²⁴

- Indberetningen skal i fald, at der RI-indberettes, ske **umiddelbart** i forbindelse med indberetningen af patientkontakten med trigger-proceduren. Status er 'komplet' {RAS01}
- Der er ikke krav til resultatindberetning ved indberetning af procedurekoden {BDDC} før den aftalte implementeringsdato. Med andre ord kan procedurekoden indberettes *uden* RI, indtil den aftalte ibrugtagningsdato
- Der valideres ved RI-indberetning for, at resultatindberetningen er komplet, når den indberettes, og, at triggerproceduren til den indberettede RI er procedurekoden {BDDC}

Det følgende beskriver de komplette krav til obligatorisk indberetning.

²³ Initiativ 5 "Indsamling og indberetning af data" er en del af programmet for "Høreområdet i fremtiden", som samlet skal skabe en høreapparatbehandling, hvor patienten sættes i centrum – gennem hele behandlingsforløbet. Programmet og de underliggende projekter er igangsat efter politisk ønske i 2019.

²⁴ Regionerne forventes at implementere den obligatoriske indberetning medio 2023

14.6.2 Starttidspunkt for triggerprocedure

Triggerproceduren skal indberettes med starttidspunkt lig med tidspunkt for udleveringen af høreapparat inden for tidsrammen af den patientkontakt, hvor udleveringen sker.

14.6.3 Resultatindberetning "HØR"

Resultatindberetningen 'Udlevering af høreapparat' (HØR) fremgår af følgende skema.

- ▶ Vedrørende foreløbige valideringer ved indberetning: Se ovenfor

Resultatindberetningen 'Udlevering af høreapparat' skal indberettes med følgende oplysninger:

navn: Udlevering af høreapparat (RAA11)		Indberetning til LPR af oplysninger vedrørende udlevering af høreapparat			
trigID (til) Procedure	Trigger udfaldsrum [proc.hoereapp]		Regel for trigning: Procedure.kode IN [proc.hoereapp]		
ansvarlig enhed	SORklass				
status	[resindb.status.suba]		generel status/komplethed af resultatindberetningen Obligatorisk		
inkomplet RI-indberetning krævet	Nej				
DELAY for komplet RI-indberetning	Fuld indberetning (status = {RAS01}) skal ske umiddelbart sammen med indberetning af trigger-proceduren				
Resultattekst	resultat-type	kardinalitet	art	udfaldsrum	regel / beskrivelse
bruger af høreapparat	RDB31	1	SKSkode	[res.hoerbruger]	obligatorisk
henvisningstype ved høretab	RDB32	1	SKSkode	[res.hoerhenv]	obligatorisk ved bruger af høreapparat IN [res.hoerbruger.suba]= {RGBA01} 'førstegangsbruger'
behandlingstype ved høretab	RDB36	1	SKSkode	[res.hoerbeh]	obligatorisk
årsag til behandling for kompliceret høretab	RDB33	(0)..n	SKSkode	[res.hoeraars]	obligatorisk ved behandlingstype IN [res.hoerbeh.suba] = {RGBF01} 'behandlet for kompliceret høretab'
unilateral/bilateral hørebehandling	RDB34	1	SKSkode	[res.hoerunibi]	obligatorisk
udleveringstype af høreapparat	RDB35	1	SKSkode	[res.hoerudltype]	obligatorisk

[resindb.status.suba] = {RAS01}: komplet indberetning

14.6.3.1 Resultater

Der anvendes i resultatindberetningen følgende (resultatlassifikationer).

Bruger af høreapparat: [res.hoerbruger]

RGBA01	førstegangsbruger	= subliste: [res.hoerbruger.suba]
RGBA02	flergangsbruger	

Henvisningstype ved høretab: [res.hoerhenv]

RGBB01	henvist med kompliceret høretab
RGBB02	henvist med ukompliceret høretab
RGBB09	henvisningstype kan ikke oplyses

Henvisningstype ved høretab skal obligatorisk oplyses ved førstegangsbrugere.

Behandlingstype ved høretab: [res.hoerbeh]

RGBF01	behandlet for kompliceret høretab	= subliste: [res.hoerbeh.suba]
RGBF02	behandlet for ukompliceret høretab	

Årsag til behandling for kompliceret høretab²⁵: [res.hoeraars]

RGBC01	komplikeret høretab: under 18 år
RGBC02	komplikeret høretab: regions- og højtspecialiseret funktion
RGBC03	komplikeret høretab: væsentligt nedsat skelneevne
RGBC04	komplikeret høretab: asymmetrisk hørenedsættelse
RGBC05	komplikeret høretab: hørelse ≤ 25 dB HL
RGBC06	komplikeret høretab: kandidat til implantat
RGBC07	komplikeret høretab: tinnitus og/eller lydoverfølsomhed
RGBC08	komplikeret høretab: sansedefekt/komorbiditet/funktionsevne
RGBC09	komplikeret høretab: fluktuerende el. hastigt progredierende

Unilateral/bilateral hørebehandling: [res.hoerunibi]

RGBD01	unilateral behandling
RGBD02	bilateral behandling

Udleveringstype - kodeliste: [res.hoerudltype]

RGBE01	ny udlevering af høreapparat ²⁵
RGBE02	ombytning af høreapparat pga. defekt apparat (efter 3 mdr. og inden for 4 år)
RGBE03	ombytning af høreapparat pga. væsentlig ændring i høretab (efter 3 mdr. og inden for 4 år)
RGBE04	erstatning af høreapparat pga. mistet apparat (efter 3 mdr. og inden for 4 år)

▣ Bemærk

Grænsen for kvalificering til nyt høreapparat (fuld betalt eller med tilskud), er som udgangspunkt 4 år.

Ved udlevering 4 år efter seneste udlevering, skal udleveringstypen altid være {RGBE01} "Ny udlevering af høreapparat", også selvom der reelt er tale om ombytning eller erstatning af et gammelt apparat.

Hvis patienten lægefagligt skønnes kvalificeret til nyt høreapparat (fuld betalt eller med tilskud) før tid (før 4 år), skal dette også betragtes og indberettes som "Ny udlevering af høreapparat".

²⁵ Årsag til behandling for kompliceret høretab har reference til Sundhedsstyrelsens Faglige kvalitetskrav og anbefalinger til høreapparatbehandling af voksne

STIKORDSREGISTER

”

”vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv.”
.....204

A

aborter – indberetning og anmeldelse.....222
ABORTER (KAP.12).....221
abortprocedure.....206; 223
absentering.....158
absenteringer i retspsykiatrien.....111
ADMINISTRATIVE OPLYSNINGER (KAP.3).....29
administrativt CPR-nummer.....34
aflastningsophold.....203
afslutning af forløb.....49
afslutning af pakkeforløb.....67
afslutning af udredning – ”endeligt udredt”.....80
afslutning af udredningen.....152
afslutningsmåde.....49; 149
afslutningsmåde for forløbselement.....52
afslutningstidspunkt for forløbselement.....52
afvisning af henvisning.....75
aktionsdiagnose.....120
aktionsdiagnose på barnets fødselskontakt.....215
aktionsdiagnose på moderens fødselskontakt.....209
aktionsdiagnose ved genoptræning.....143
aktivitet.....236
akut indlæggelse efter hjemmefødsel.....207
akutte patientkontakter.....44; 46; 91
anatomisk lokalisation.....200
anden tilgtet selvskade.....234
anden tilstet selvskade.....241
andre forløb.....41; 54
andre forløb – startmarkører for forløb uden yderligere markører.....74
ANDRE RESULTATINDBERETNINGER (KAP.14).....245
angivelse af svangerskabslængde ved fødselsindberetning – mor.....210
anmeldelse af bidiagnose for kræftsygdom.....189
anmeldelse af bidiagnoser ved kræftbehandling.....173
anmeldelse til Cancerregisteret.....185
anmeldelser.....165
anmeldelsespligtig diagnose.....173
anmeldelsespligtig sygdom.....174
anmeldelsesstatus.....173; 196
anmeldelsesstatus {AZCA2} ’klinisk recidiv’.....179
anmeldelsesstatus {AZCA9}.....186
anonym bortadoption.....206
ansvarlig enhed – forløbsansvar.....50
ansvarsniveauer.....17; 32
antihormonel behandling.....178
anvendelse af kontrast.....142
anvendelse af personligt alarm- og pejlesystem.....37
anvendt kontrast.....134
anvendte termer og definitioner – administrative oplysninger.....31
art (diagnose).....120
assistance.....100; 142
assistancer.....132

B

barn med livstegn.....223; 229
barn til mor (referencetype).....54
barnets fødselskontakt.....214
barselsophold.....208; 219
barselsperioden.....219
begrebsanvendelse.....22
begrebsmodel.....17
begrundelsen for beslutning.....250
behandling.....129
behandling af lokalrecidiv.....184
behandling og procedurevarighed på neonatalområdet.....137
behandlingsdato.....250
behandlingsstart.....106
behandlingsstart ved provokeret abort.....225
behandlingssted.....250
beskrivelse – diagnoser.....118
beskrivelse – Forløbselementet.....40
beskrivelse – Kontakten.....95
beskrivelse – procedurer.....130
beskrivelse – resultatindberetning.....167
betaler.....113
betalingsaftale.....113
betalingsoplysninger.....20; 111
betænkningstid.....49; 52
bevidstløs patient.....109
bidiagnose.....120; 184
bidiagnose for kræftsygdom (grundsygdom).....180; 184
bilateral.....141
billeddiagnostik.....142
biologisk faders personnummer.....219
bivirkninger.....243
bopælskommune.....36
bopælsoplysninger.....36
brevsvar.....104
brugergrænseflade.....16
brystkræft.....178
brystkræftscreening.....83

C

canceranmeldelse.....173
canceranmeldelsen (resultatindberetning).....191
Cancerregisteret (CAR).....173
CPR-nummer.....34
CPR-nummer, faders.....217

D

DAGS-gruppering.....142
dataindhold i ’Canceranmeldelse’.....196
dataindholdet i forløbselementet.....49
dataindholdet i henvisningsoplysningerne.....58
definitioner og beskrivelser af anvendte termer.....17
delay.....169
DEN LOGISKE DATAMODEL (KAP.2).....23
diagnose senere afkræftet.....125
diagnosegrundlag.....185; 192; 196; 198
diagnosegrupper, anmeldelsespligtige sygdomme.....194
diagnoseindberetning.....99; 177
diagnoseindberetning uden patientkontakt.....104

diagnosekodning ved kontrol (DZ08-09)	123
diagnose-objektet	119
DIAGNOSER (KAP.6)	117
diagnoser og abortanmeldelse ved provokeret abort	225
diagnoser ved abortkontakt	223
diagnoseregistrering ved hjernedød	93
DRG-gruppering	142
drukning	235
dyrebid	235
død	89; 99; 103; 139
dødfødsler	204
dødfødt barn	229

E

egenskab	22
eksperimentel behandling	20
eksplosion	235
elektrokonvulsiv behandling	163
enheder, der indberetter	20; 90
erstatningsnummer	34; 36

F

faktisk fødested	217
fald	235
fars CPR-nummer	217
fertilitetsbehandling	201
fjernmetastaser	174; 194
flere besøg samme dag	99
flerfoldsfødsel	208
flernummer	217
flow-diagrammer	17; 61; 73
forbrænding	235
forfrysning	235
forgiftning som årsag til patientkontakt	244
forgiftninger	243
forgiftningskoder	243
FORLØB (KAP.4)	39
forløb "uden patientrettigheder" med startmarkører for nyt forløbselement	74
forløb for mentalundersøgelse	147
forløbsansvar	26; 33; 40; 43; 50; 52
forløbselement	18; 29; 40; 44; 46
forløbslabel	39; 45; 54; 149
forløbsmarkører	16; 17; 18; 40; 60
forløbsmarkører [forløb.markoer]	65
forløbsmarkører anvendt i psykiatrien	150
forløbsmarkører for somatiske pakkeforløb	85
forløbsmarkører vedrørende patientrettigheder	150
forløbsprocedure	42; 112; 113
forløbsprocedure	46
forløbsprocedure	103
forløbsspor, flow-diagrammer og indgange til forløb	73
formular	166
formål med indberetning til Landspatientregistret	18
forskningsbetalt kontakt eller procedure	20
foster uden livstegn	223
fravær i psykiatrien	157
fremmedlegeme	235
frist for komplet indberetning	210
frit valg	59
fuld anmeldelse til Cancerregisteret	196
funktionel lidelse	149; 161
funktionelle lidelser	148
fysio- og ergoterapeutiske ydelser	142
fysisk fremmøde	99; 241
færdigbehandlet patient	73; 86

færdigbehandlet stationær psykiatrisk patient	159
fødested	212; 217
fødsel af barn efter sen og meget sen svangerskabsafbrydelse med og uden samrådstilladelse	212
fødsel af barn med livstegn efter intenderet svangerskabsafbrydelse	229
fødsel efter abortprocedure	206
fødsel på vej til sygehus	207
fødselsanmeldelse	204; 223; 229
fødselsdiagnose	204
fødselsforløb og fødselskontakter	205
fødselsforløb over to sygehuskontakter	208
fødselsindberetning vedrørende barnet (resultatindberetning)	215
fødselsindberetningen for nyfødt barn	214
fødselskomplikationer	208
fødselskontakter	205
fødselstidspunkt	217
fødsler, der er startet i hjemmet, men hvor det ikke slutter som en hjemmefødsel	207

G

generelle markører for forløb i somatik og psykiatri	68
genoptræningsperioder	73
genoptræningsplan	143
gestationsalder	217; 225; 226; 229
graviditet, fødsel og barsel	203
Graviditet, fødsel og barsel (forløbslabel)	221
graviditetsfase	216; 218
graviditetsforløb	43; 202
grundlag for indberetning til Landspatientregisteret	19
grundsygdom	177

H

handlingsspecifikation	134
helbredsforløb	16; 19; 27; 39; 40; 42; 47; 50; 53
henvisende instans	59
henvisning til psykiatrisk behandling	152
henvisning til psykiatrisk udredning	151
henvisningsmåde	57; 58
henvisningsoplysninger	79
henvisningsoplysninger knyttet til forløbselement	57
henvisningsperiode	75
henvisningsperiode afbrudt inden første fremmøde	76
henvisningstidspunkt	46; 57; 58
henvisningsårsag	59
henvist til behandling	47
henvist til udredning	47
henviste patienter med uafsluttet vilkår	155
herfødt	214
hjemmebehandling	87
hjemmebesøg	102
hjemmebesøg i graviditetsforløbet	202
hjemmebesøg og udebesøg	157
hjemmefødsler	102; 206
hjernedød	93
hovedindikation	121
hudkræft	178
hængning	235

I

igangsættelse	208
Implantatoplysninger (resultatindberetning)	252
incidensperiode	192
incident anmeldelse	186

indberetning af 'Abortoplysninger'	
(resultatindberetning).....	226
indberetning af forløbsmarkører.....	64
indberetning af misdannelsesoplysninger i forbindelse med visse aborter.....	229
indberetning af procedurekoder vedrørende beslutning om tvangsforanstaltning anvendt i somatikken.....	250
Indberetning i forbindelse med visse tvangsforanstaltninger udført ved somatisk behandling over for varigt inhabil patient (resultatindberetning).....	249
Indberetning til Implantatregisteret (resultatindberetning).....	252
indberetning ved misbrug (DF10-19).....	123
indberetning vedrørende moderen.....	209
indgreb over for somatiske inhabile patienter.....	36
INDHOLDSFORTEGNELSE.....	4
indikation.....	135
INDLEDNING (KAP.1).....	15
indlæggelse i pædiatrien.....	87
ingen henviser.....	58
initial behandling.....	81
inkomplet indberetning.....	168
intenderet fødested.....	211
involverede produkt.....	236; 239; 240; 241

K

kirurgisk abortindgreb.....	224
Kirurgisk komplikationsregistrering (resultatindberetning).....	255
klassificering af lokalrecidiver.....	184
klassificering af metastaser.....	181
Klassifikation af operationer.....	141
Klassifikation af radiologiske procedurer.....	142
Klassifikation af sygdomme.....	120; 227
klassifikationsprincipper og diagnoseregistrering (kræftsygdomme).....	176
klemning.....	235
klinisk beslutning om behandling – endeligt udredt.....	70
klinisk beslutning om behandling (KPF).....	66
klinisk enhed (SOR).....	41
klinisk kontrol.....	123
klinisk recidiv.....	39; 47; 53; 79; 173; 178; 185; 190; 197
klinisk vurdering.....	42; 46; 47; 54; 55
kliniske databaser.....	21; 130; 174
knivstik.....	235
knytning af kontakter til forløb.....	46
kobling af forløb.....	91
kode (diagnosekode).....	120
kode (procedurekode).....	134
kodelister.....	16; 21; 23
kodning af primær kræft.....	178
kolorektalscreening.....	81
kombineret fødsels-/abort-kontakt.....	213
kommunal medfinansiering.....	85; 86
kommunekode.....	36
komorbiditet.....	161; 209
komplet indberetning.....	168
komplicerende sygdom.....	120; 122
komplikation.....	142; 224
komplikationer.....	122
komplikationsdiagnose.....	255
konceptuel model for LPR3.....	17
kontakt.....	98; 105
kontaktafslutning.....	117; 122
kontaktansvar.....	28; 33; 158
kontaktdiagnoser.....	114; 117
kontaktmodel.....	16

kontaktprocedure.....	136
kontaktrelevante bidiagnoser.....	162
kontaktrelevante diagnoser – principper og registrering.....	121
kontakttype 'død'.....	103; 139
kontakttyper.....	99
kontaktårsag.....	232; 237; 241
kontaktårsager.....	106
kontrol.....	123
kontrol af rask patient (DZ098P).....	161
kontrolperiode.....	77
kontrolundersøgelse.....	123
krav til procedureregistrering og indberetning.....	137
kræftbehandling.....	174
kræftbidiagnose.....	180
kræftforløb.....	174
kræftpakkeforløb.....	39; 173
kræftsygdom i parrede organer.....	190
kræftsygdom uden specifikation.....	179
Kræftsygdomme.....	40; 55
Kræftsygdomme (forløbslabel).....	173
KRÆFTSYGDOMME OG ANMELDELSE TIL CANCERREGISTERET (KAP.10).....	173
kræftsygdommens udbredelse (stadie).....	198
kuld.....	217
kvalificering af forløbslabel.....	55
kvalificering af resultatindberetning.....	170
kvælning.....	235

L

landekode.....	36
Landspatientregisteret.....	15
leukæmier.....	178
levendefødt barn.....	204; 229
livstegn.....	204
livstegn efter genoplivning.....	94
logisk datamodel.....	23
logisk-tekniske valideringsregler.....	21
lokalisering.....	200
lokalrecidiv.....	174; 183; 189
lymfomer.....	178
lymfom-stadie.....	185; 196; 198; 200
lymfomsygdomme.....	200
lægemiddelbivirkning.....	123
længerevarende fravær med aftale i psykiatrien.....	110; 158

M

makroskopisk diagnosegrundlag.....	197
maksimale ventetider.....	81; 84
maligne melanomer.....	178
manglende fremsendte oplysninger.....	79
markører for diagnostisk pakkeforløb.....	65
markører for kræftpakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype.....	65
markører for specifikke kræftpakkeforløb (KPF).....	66
maternal request.....	213
medfødte misdannelser og kromosomanomalier.....	227
medicinsk abort.....	224
medikamentel behandling.....	140
menneskebid.....	235
mentalundersøgelse.....	147; 161
metastasebehandling.....	180
metastaser.....	174; 179; 189
metastasering.....	190
mikroskopisk diagnosegrundlag.....	198
mikroskopisk udseende.....	200

misbrugsdiagnoser.....	123
misdannelse.....	221; 223
misdannelser.....	214
Misdannelser og klinisk mistanke hos nyfødt barn.....	124
misdannelsediagnose.....	227
misdannelsesoplysning.....	216; 227; 229
mistanke om forgiftning.....	243
mistanke om skade.....	123
mistanke om sygdom.....	122
mistænkt misdannelse eller kromosomanomali.....	215
model- og kodenære regler.....	17
moderens fødselskontakt.....	208
moderens vægt ved fødsels start.....	212
multimorbiditet.....	41; 122
multipl kræft.....	185
multiple (skader)(frakturer)(sår)(læsioner).....	123
multiple skader.....	243
multiple sygdomme.....	121
multiple triggere.....	192
multiple trigninger.....	225
multiple trigninger af samme resultatindberetning.....	171
multiple årsager til kontakt.....	109

N

navn for resultatindberetning.....	168
neonatal.....	201; 205
neonatal hørescreening.....	143; 220
Neonatal hørescreening (resultatindberetning).....	245
neonatalperioden.....	136
NOMESKO.....	141
non-melanom hudkræft.....	178
ny anmeldelsespligtig sygdom til Cancerregisteret.....	189
ny patientrettighed.....	75; 77; 149
ny skade.....	44
ny sygdom.....	44; 46
nyfødt barn med klinisk problemstilling.....	219
nyfødt som rask ledsager.....	219
nyfødte.....	59
nyfødtforløb.....	43; 215

O

objekt.....	22
objekt – Resultat.....	169
objekt – Resultatindberetning.....	167
obligatoriske resultatindberetninger.....	170
obs. pro.....	39
obs. pro (DZ03).....	122
obs. pro (DZ032).....	161
obs. pro kræftsygdom.....	177
obs. pro-diagnose.....	125
om "Telemedicin", virtuelle kontakter og ydelser uden samtidigt fremmøde.....	143
omvisitering i venteperiode.....	75
opdatering af diagnoser.....	177
operationer.....	141
opholdsadresse.....	34; 87; 157
opholdsadresse og fravær.....	109
opkvalificering af anmeldelsen.....	193
oplysninger om metastaser og lokalrecidiv til kræftdiagnoser.....	121
oprettelse af forløbselement.....	44
orlov.....	158
overdosering.....	243
overflytning af færdigbehandlet patient.....	86
overflytning med sundhedsperson-ledsaget transport	101
overflytning under fødsel.....	208

P

pakkeforløb.....	40; 46; 55; 77; 147
pakkeforløb for brystkræft.....	84
pakkeforløb for psykiatriske patienter.....	156
pakkeforløb for tarmkræft.....	83
pakkeforløbsmarkører for kræftsygdomme.....	173
paritet.....	208; 212
passivperiode.....	61; 72; 78; 81
patienter i psykiatrien med somatiske diagnoser.....	161
patienthotel.....	115
patientidentifikation.....	34
patientkontakt.....	17
PATIENTKONTAKTER (KAP.5).....	89
patientoplevelt ventetid til behandling.....	80
patientoplysninger.....	34
patientorlov.....	110
patientorlov og andet fravær.....	87
patientrettighed.....	40; 71; 77; 82; 92; 147; 150
patientrettigheder.....	40
periodemarkører.....	61
personalekategori.....	135
personligt alarm- eller pejlesystem.....	138
planlagt fødested.....	212
postmortem.....	42
primær kræftsygdom.....	178
primær kræftsygdom (grundsygdom).....	177
prioritet.....	105
private sygehuse og klinikker.....	19
procedure uden kontakt.....	103
procedure uden patientkontakt.....	112; 132
procedureansvar.....	33; 135
procedureindberetning ved provokeret abort.....	225
procedure-objektet.....	133
PROCEDURER (KAP.7).....	129
procedurer ved udredning og behandling ved kræftsygdomme.....	140
procedurer ydet under kontakt.....	114; 136
procedureregistrering ved hørescreening.....	245
producent – procedureansvar.....	135
provokeret abort.....	224
præhospital.....	102
PSYKIATRI (Kap.8).....	145
psykiatrisk aktionsdiagnose.....	160
psykiatriske diagnoser.....	159
psykiatriske forløb.....	147
psykiatriske kontakter.....	92
psykiatriske patienter.....	145
psykiatriske patientkontakter.....	157
psykiatriske procedurer.....	163
psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse afkræftet (DZ032X).....	161
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser.....	149; 157

R

radiologisk undersøgelse (DZ016).....	142
radiologiske afdelinger.....	187
radiologiske procedurer.....	142
rask nyfødt.....	115
raske forsøgspersoner, forskningspatienter og procedurer betalt af forskningsmidler.....	20
raske ledsagere.....	115
raske nyfødte.....	219
Reference-ID (refID) og referencetype (reftype).....	52
referencetype.....	41; 46; 52; 53
reoperation.....	142
reoperationer.....	142

resultatindberetning	87; 201; 225
Resultatindberetning "Tvangsforanstaltning"	249
RESULTATINDBERETNING (KAP.9)	165
Resultatindberetning 'Abortoplysninger'	226
Resultatindberetning 'Beslutning vedrørende personligt alarm og pejlesystem'	247
Resultatindberetning 'Canceranmeldelse'	196
Resultatindberetning 'Fødselsindberetning barn'	215
Resultatindberetning 'Fødselsindberetning mor'	209
Resultatindberetning 'Resultat af hørescreening'	245
Resultatindberetning 'Skadeindberetning'	241
Resultatindberetning 'Udlevering af høreapparat' (HØR)	257
resultatindberetninger	18
resultatindberetninger knyttet til Diagnose	124
resultatindberetninger knyttet til Procedure	141
resultatindberetningsspecifikationer (RI-specs)	17
resultattype	169
resultatværdi	169
retslige vilkår	154
retspsykiatriske patienter	158
revision af tidligere anmeldt diagnose	191
røfgiftning	235

S

samme sygdom	46
sammenhæng mellem forløbselementer	48
samrådstilladelse	227; 228; 229
samtidige fremmøder	101
samtykke til behandling	49
samtykke til behandling (maksimale ventetider)	81
screening	143
screeninger	82
screeningsforløb	43
screeningskontakter	124
seksuelt overgreb	108; 239
sekundær operation	142
sekundære kontakter efter skade	233
selvmordsforsøg	109; 240
selvmutilation	108
selvtilføjet skade	162
sene provokerede aborter	225
sene spontane aborter	224
serviceafdeling	46; 100
sideangivelse	120; 134; 142; 185
skadediagnoser	241
skadediagnoser (DS-DT)	123
skadeforløb	43
skadeindberetning	235
skadeindberetning ved skade som følge af ulykker, voldshandlinger og selvmordsforsøg	109
skadeindberetningen (resultatindberetning)	241
skadekontakter	231
skademekanisme	235
SKADER (KAP.13)	231
skadested	236
skadetidspunkt	241
skift af CPR-nummer	54
skift af forløbsansvar	47
SKS-koder	3
SKS-koder og kodelister	21
slutregistrering	122
sluttidspunkt for kontakt	106
sluttidspunkt for procedure	37
snit	235
solforbrænding	235
somatisk indlæggelse af indlagt psykiatrisk patient	111; 158

specialer og faggrupper	19
specialiseret rehabilitering og specialiseret genoptræning	85
specialiseringsniveau	114
stadie	185
start af behandling	153
start af den kliniske udredning	152
startmarkør	45; 46; 47; 51; 61; 64; 74; 79; 147; 149; 150; 154; 201; 222
starttidspunkt for barnets fødselskontakt	215
starttidspunkt for forløbselement	51
starttidspunkt for kontakt	105
starttidspunkt for moderens fødselskontakt	209
starttidspunkt for procedure	135
starttidspunkter for fødselskontakter	105
status for resultatindberetning	168
stedfortræder	28; 95; 96; 98; 99; 157
stedefæstelse	236
sundhedsfaglige aktiviteter	142
sundhedsperson	19; 26; 102
sundhedspersoner	91
svangerskabslængde	216; 224
svangerskabslængde (gestationsalder)	226
svangrekontroller	202
sygdom	107
sygdomsforløb	27; 39; 43; 49
symptomdiagnose	122
særlig markør for kræftforløb uden pakke	66
særlige krav (procedurer) ved kræftsygdomme	140

T

takstgivende ydelser	142
telefonkonsultation	203
telemedicinske ydelser	143
terminale patienter	86
THO	61; 201
THO-periode	87
tidligt hjemmeophold anvendes for nyfødte (THO)	73
tidligt hjemmeophold for nyfødte (THO)	87
tidsmæssige krav til resultatindberetninger	168
tidspunkt for vandafgang	211
tidspunkt for veer	211
tidstro	60
tilbageholdelse og tilbageførsel af inhabil patient	37
tillægskoder	21; 120; 134
tilsigtet selvskade og voldshandlinger i forbindelse med psykiatriske patient-kontakter	162
TNM-stadie	185; 196
transportform for modpart	238
transportform for tilskadekomne	237
transportulykker	237
trigger	106; 124; 141; 165; 168; 221; 241; 246; 247; 252
tumorer af usikker og ukendt karakter	189
Tvangsforanstaltning (resultatindberetning)	249
Type 2-diabetes	40
typer af forløbsmarkører	60

U

udarbejdelse af genoptræningsplan	143
udebesøg	102
udekontakt	99; 102; 157; 164
udfaldsrum	22
udlevering af høreapparat	139; 256
udlevering af opfølgingsplan	85
udlevering af udredningsplan	80
udredningsplan	80; 151

udredningsret	146
udredningsretten	79; 147
Udredningsretten	80; 82; 84; 152
ukendt primær kræftsygdom	178
ulykke	109; 237
undersøgelse	129
undersøgelse af "rask nyfødt"	219
undtagelser fra anmeldelsespligt	186

V

valg af aktionsdiagnose	94; 120; 121
valg af kontakårsag	232
validering af samhørende diagnosekoder og T-værdier	200
validering af svangerskabslængde (gestationsalder)	226
validering for svangerskabslængde	211
vandafgang	211
vedrørende SKS-koder og kodelister	3
veer	211
ventetid til behandling	80
ventetid til udredning	79
ventetidsoplysninger	77
viderevisiteret skade-patient	232
vilkår i psykiatrien	154

vilkår med tvangsforanstaltninger	156
virtuel kontakt	99; 102; 203
virtuelle kontakter	157
visitationspatienter	115
vold på arbejdet	239
voldshandling	109; 239
voldshændelse	162

X

X- og Y-koordinater	236
---------------------------	-----

Y

ydelser uden samtidig patientkontakt	116; 164
ydelser til afdøde	133; 139
ydelser til ambulante psykiatriske patienter	164
ydelser til indlagte psykiatriske patienter	163
ydelser til pårørende	103; 116; 133
ydre årsager til skade	106; 232; 235; 239; 240
ydre årsager til skade – skadeindberetning	235

Æ

ændring af patientens officielle CPR-nummer	35
ændringer og fornyelser i Landspatientregisteret	20

Indberetningsvejledning til Landspatientregisteret

Version 3.1 – gældende fra 7. juli 2023

Denne vejledning beskriver udførligt indberetningen til LPR – Landspatientregisteret – som det gælder for alle parter, der er forpligtet til indberetning jf. Sundhedslovens bestemmelser.

Denne version 3.1 erstatter version 3.0 fra 1. januar 2023.

Version 3.1 er gældende fra den 7. juli 2023.

Næste version er ikke planlagt men forventes til 1. januar 2024.

Vejledningen er godkendt af Udvalg for Datakvalitet og Indberetning (UDI) efter en proces i Arbejdsgruppen for Datakvalitet og Indberetning (ADI).

Det er vigtigt at erkende, at denne vejledning beskriver indberetningen, og ikke nødvendigvis de lokale registreringer, der kan have forskellige systemmæssige udformninger og brugergrænseflader afhængig af det lokale IT-system.

Der er en række logisk-tekniske bilag til denne vejledning, som udbygger den primært tekstuelle vejledning i dette dokument.

Disse kan sammen med denne vejledning (pdf) findes på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside under «Landspatientregisteret»:

<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-patientregistrering/indberetning-lpr3>

