

23-05-2016

REGLUR FYRI GRUNDLEGGJANDI SJÚKLINGASKRÁSETING Á SJÚKRAHÚSUM

útgáva 2016-1

Vegleiðing

Bólkurin fyri grundleggjandi sjúklingskráseting
HELSUKUNNING & DYGD

FORORD

Reglurnar fyri grundleggjandi sjúklingaskráseting á sjúkrahúsum 1. útgáva kemur í gildi 1. oktober 2016. Reglurnar lýsa og vegleiða yvirskipa hvussu tær grundleggjandi umsitingarligu skrásetingarnar skulu gerast á sjúkrahúsunum.

Útgáva 2016

Frá oktober 2016 verða reglurnar, lýstar í hesum skjali, settar í gildi á føroysku sjúkrahúsunum.

Í fyrsta umfari verður dentur serliga lagdur á at hava felags forstálsi av hvat ein kontakt er, hvussu ein kontakt verður skrásett og hvussu diagnosa og aktivitetur verða skrásett.

Upplýsingar eru grundleggjandi fyri at skrásetingar í talgildu heilsuskipanini síggjast rætt og at upplýsingar til Heilsuhagtalsskipanina (HHS) eru eftirfarandi.

Skjalið tekur útgangsstøði í donsku reglunum “Fællesindhold for basisregistreringer af sygehuspatienter”, lýst nærri í innganginum.

Restin av skjalinum verður skrivað á donskum.

Heilsu og inlendismálaráðið,

Indholdsfortegnelse

FORORD	1
1 INDLEDNING	7
1.1 Formål med rapportering af oplysninger til HHS	7
1.2 Diverse forklaringer.....	8
1.2.1 Symbolforklaring	8
1.2.2 Anvendte forkortelser	8
1.2.3 Hvor findes yderligere materiale	8
2 KONTAKTMODELLEN	10
2.1 Værdisæt.....	11
2.2 Arbejdsgange	11
3 HENVISNING OG VENTEPERIODE	13
3.1 Vejledning til registrering.....	13
3.1.1 Henvisningsdato	13
3.1.2 Henvisningsdiagnose.....	13
3.1.3 Henvisningsmåde	13
3.1.4 Afslutningsmåde	14
3.2 Kontrolpatienter.....	14
3.3 Gravide og fødende.....	14
3.4 Oplysninger om henvisningsperioder der medtages ved rapportering til HHS	15
3.5 Venteperiode	15
4 INDLAGTE PATIENTER.....	17
Indlagt patient	17
Kontaktårsag ved akutte somatiske patientkontakter	17
Patientorlov	17
Raske ledsagere	17
"Indlagte patienter i eget hjem".....	17
4.1 Assistancer	18
4.2 Indlagt patient på patienthotel.....	18
4.3 Hjemmebesøg og udebesøg.....	18
4.4 Færdigbehandlet patient	18
4.4.1 Terminale patienter	19
4.5 Oplysninger om indlagte patienter, der medtages ved rapportering til HHS	19
4.6 Afslutning af indlæggelseskontakt	21

5	AMBULANTE PATIENTER	23
	Patienttyper	23
	Kontaktårsag ved akutte somatiske patientkontakter	24
	Ambulant besøgsdato	24
	Aflyste besøg	24
	Procedureregistrering	24
5.1	Hotelpatient	24
5.2	Sundhedsfagligt uddannet personale	25
	Sundhedsfagligt uddannet personale - ansat i ambulatorier - omfatter følgende faggrupper:	25
5.3	Afgrænsning af ambulante patientkontakt	25
5.3.1	Afslutning af ambulante patientkontakter	26
5.3.2	Kontrolpatient	26
5.3.3	Væsentlig ændring af aktionsdiagnosen	26
5.3.4	Recidiv af sygdom	27
5.3.5	Genoptræning	27
5.4	Hjemmebesøg og udebesøg	27
5.5	Oplysninger om ambulante patienter, der medtages ved rapportering til HHS	27
5.6	Afslutning af ambulante patientkontakt	29
6	DEN AKUTTE PATIENTKONTAKT	31
	Præhospital	31
	Visitationspatienter	31
	Nyfødte	31
6.1	Den akutte ambulante patientkontakt	31
	Besøgsdato	31
6.1.1	Varighed af den akutte ambulante patientkontakt	31
6.2	Kontaktårsag ved akutte somatiske patientkontakter	32
6.2.1	Multiple årsager til akut patientkontakt	32
6.3	Skaderegistrering	32
6.4	Ydelsesregistrering	32
6.4.1	Udlevering af medicin, receptfornyelse mm	32
6.5	"Indbragte døde" – død efter ankomst	32
6.5.1	Diagnosekoder anvendt ved patienter, der erklæres døde på akut patientkontakt	33
6.5.2	Død ved ankomst	33
7	PSYKIATRI	34

7.1	Diagnoseregistrering	34
7.2	Elektroshockbehandling	34
7.3	Retslige forhold	36
7.4	Selv mord, selvmordsforsøg og voldshandlinger under igangværende psykiatrisk kontakt	36
7.5	Indlagt psykiatrisk patient	36
7.5.1	Fysio- og ergoterapeutiske ydelser	37
7.5.2	Fravær	37
7.5.3	Absenteringer i retspsykiatrien	37
7.6	Ambulant psykiatrisk patient	38
7.6.1	Akut ambulant psykiatrisk patientkontakt	39
7.7	Ambulante psykiatriske ydelser	39
7.7.1	Ambulante besøg	39
7.7.2	Dagbehandling	40
7.7.3	Hjemmebesøg og udebesøg	40
7.7.4	Ambulante ydelser uden besøg	41
8	REGISTRERING AF DIAGNOSER	42
8.1	Generelle registreringsprincipper	42
8.1.1	De basale principper	42
8.1.2	Slutregistrering	43
8.2	Diagnosearter	43
8.2.1	Aktionsdiagnosen	43
8.2.2	Relevante bidiagnoser	44
8.2.3	Henvisningsdiagnose	45
8.2.4	Komplikationer til undersøgelse og behandling	45
8.3	Tillægskodning	45
8.4	Særlige regler vedrørende diagnoseregistrering	46
8.5	Særlige kode- og registreringsprincipper	46
8.5.1	"Obs. pro"- diagnoser	46
8.5.2	"Anamnese med..."	48
8.5.3	Diagnosekodning ved kontrol	48
8.5.4	Registrering ved misbrug	49
8.5.5	Lægemedelbivirkninger	49
9	REGISTRERING AF PROCEDURER	50
9.1	SKS-hovedgrupper	50

9.1.1	Behandlings- og plejeklassifikation	51
9.2	Rapporteringsstruktur.....	51
9.3	Assistancer	51
9.4	Operationsregistrering.....	51
9.4.1	Angivelse af operationsart	52
9.4.2	Reoperationer	52
9.4.3	Sekundære operationer	52
9.5	Rapportering af fysio- og ergoterapeutiske ydelser	52
9.6	Genoptræning.....	53
9.7	Neonatal hørescreening.....	54
9.7.1	Diagnoseregistrering i forbindelse med hørescreening.....	54
9.7.2	Procedureregistrering ved hørescreening	54
9.8	Hjemmebesøg	55
9.9	Udebesøg	56
9.10	Registrering af andre procedurer.....	56
9.10.1	Radiologiske ydelser.....	56
9.10.2	Andre ydelser	56
9.10.3	Medikamentel behandling	58
9.10.4	Behandlinger ved kræftsygdomme.....	60
9.11	Ambulante ydelser	60
9.11.1	Registrering af kliniske ydelser.....	60
9.11.2	Ydelser af administrativ karakter	60
9.12	Telemedicinske ydelser	61
9.12.1	”Indirekte ydelser”	62
9.12.2	Telefonkonsultation	62
9.13	Tillægskodning	62
10	KOMPLIKATIONER TIL UNDERSØGELSE OG BEHANDLING	64
10.1	Klassificeringsprincipper (WHO)	64
10.2	Særlig fokus på tidlige postoperative komplikationer	64
10.2.1	Udvalgte definitioner	65
10.2.2	Komplikation som årsag til patientkontakt.....	66
11	DEFINITIONER OG BESKRIVELSER TIL PATIENTREGISTRERINGEN	67
11.1	Organisatoriske begreber.....	67
11.2	Administrative begreber	68
11.3	Henvi sning og venteperiode	71

11.4	Indlæggelseskontakter	72
11.5	Ambulante kontakter	73
11.6	Kliniske termer	73
11.7	Diagnoseregistrering	74
11.8	Procedureregistrering	75
<u>11.9</u>	Komplikationsregistrering	77

1 INDLEDNING

Baggrund for publikationen

De danske regler og tilhørende vejledning, beskrevet i dokumentet "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" (Fællesindholdet) udgives af Sundhedsdatastyrelsen. Denne vejledning revideres årligt og vedtages af "Koordinationsgruppen for individbaseret patientregistrering".

Man har på Færøerne besluttet at disse basisregler, med nødvendige tilrettelser til færøske forhold, skal træde i kraft og gælde på Færøerne fra oktober 2016. Reglerne og vejledningen beskriver hvordan diverse grundlæggende patientregistreringer, for eksempel ambulante kontakter, indlæggelser, diagnoser og procedurer, skal foretages. Dokumentet er tilrettet og har fået benævnelsen "Reglur fyri grundleggjandi sjúklingaskráseting á sjúkrahúsum" (herefter forkortet RGSS), og udgives af færøske myndigheder. Denne vejledning er hjemlet i "Kunngerð um standardir fyri KT-nýtslu í sjúkrahúsverkinum", der igen er hjemlet i § 12a lógtingslóg nr. 64 frá 17. mai 2005 um sjúkrahúsverkið med senere ændringer.

De ændringer, som er foretaget i denne færøske udgave er i hovedsagen disse:

- Venteperioderne gældende i Danmark er taget ud
- Særlige krav til LPR er taget ud
- Skaderegistrering afventer til et nyere udgave af det sundhedsinformatiske system
- Næmmere registrering af færdig behandlede
- Kapitel omkring Graviditet afventer, idet den danske lovgivning omkring området gælder ikke på Færøerne. Den færøske lovgivning skal indarbejdes inden kapitlet kan træde i kraft
- Kapitel omkring Cancer afventer på grund af de særlige tekniske krav

RGSS indeholder vejledning og regler for hvilke oplysninger skal rapporteres til den færøske sundhedsdatabase "Heilsuhagtalsskipanin" hefter kaldt "HHS".

1.1 Formål med rapportering af oplysninger til HHS

RGSS beskriver de oplysninger, der er fælles for sygehusene på Færøerne. RGSS kræver nogle basale data, men RGSS forhindrer ikke sygehusene i at registrere flere oplysninger. Det er yderst vigtigt, at registreringen af data bliver så ensartet og korrekt som muligt, idet oplysningerne anvendes i mange sammenhænge til analyse af sygehusenes aktiviteter og resultater.

Ensartet patientregistrering muliggør opgørelser af sygehusforbrug baseret på oplysninger om den enkelte patients baggrund (forbrugsstatistik). Statistikken supplerer den traditionelle aktivitetsstatistik baseret på oplysninger om sygehusenes produktion.

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

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

Samtidig får oplysningerne en stadig større rolle i arbejdet med kvalitetsudviklingen af sygehusvæsenet. I nogle specialer i højere grad end andre. Det er en realistisk vision, at oplysningerne i de kommende år vil finde yderligere direkte anvendelse i kvalitetsarbejdet.

1.2 Diverse forklaringer

1.2.1 Symbolforklaring

I kodelisterne anvendes følgende symboler - jokertegn - i koderne, herunder i forhold angivelse af krav til specifik kodelængde og mulige kodelængder:

?	angiver, at kodepladsen skal udfyldes efter gældende klassifikation
*	angiver, at kodepladsen og de eventuelt følgende pladser kan udfyldes efter gældende klassifikation

Eksempel - skademekanisme: EUB?*, der skal registreres mindst 4 karakterer; der kan registreres mere detaljeret (se klassifikation).

Eventuelle krav knyttet til specifikke koder - fx om yderligere tillægskodning - referer altid til det obligatoriske niveau. Det samme krav gælder også for de underordnede koder til den kravspecificerede kode, der altså nedarver kravet.

1.2.2 Anvendte forkortelser

Følgende forkortelser er anvendt i denne publikation:

THS	Talgilda Heilsuskipanin
H&D	Heilsukunning & Dygd
HHS	Heilsuhagtalsskipanin
RGSS	Reglur fyri grundleggjandi sjúklingaskráseting á sjúkrahúsum
SST	Sundhedsstyrelsen
SKS	(Sundhedsvæsenets Klassifikations System)- samling af internationale, nordiske og danske klassifikationer, der løbende udvikles og vedligeholdes af National Sundhedsdokumentation og -it (NSI)
ICD-10	International Classification of Diseases – Klassifikation af sygdomme
ICPC	den internationale diagnoseklassifikation for almen praksis
NCSP	Nordisk operationsklassifikation (NOMESKO)

1.2.3 Hvor findes yderligere materiale

Der er en række henvisninger fra denne publikation til andre kilder, især på forskellige hjemmesider.

Disse steder er for at holde henvisningerne korte og læsevenlige angivet i publikationens tekst med følgende betegnelser:

Betegnelse	findes her
Heilsu- og innlendismálaráðið	www.himr.fo
Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside	www.sundhedsdatastyrelsen.dk
Heilsukunning og Dygd	www.ls.fo

Betegnelse	findes her
Fællesindholdet DK	Sundhedsdatastyrelsen
SKS-Browser	medinfo.dk/sks/brows.php medinfo.dk/sks/brows.php
Monitorering	www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsvaesenet%20i%20tal/Monitoreringer
Medicin	www.medicin.dk
Kodekatalog for fysioterapi	www.fysio.dk – søg efter "kodekatalog"
Kodekatalog for ergoterapi	www.etf.dk – søg efter "kodekatalog"
Jordemødrenes registreringsskema	www.jordemoderforeningen.dk/fag-forskning/jordemoderydelser-skalkodes NB: opdateres løbende ved behov
Obstetrisk registreringsskema	under www.dsog.dk NB: opdateres løbende ved behov

Vejledningsdel

2 KONTAKTMODELLEN

Rapportering af individbaserede patientdata sker i form af patientkontakter til HHS.

Ved en patientkontakt forstås:

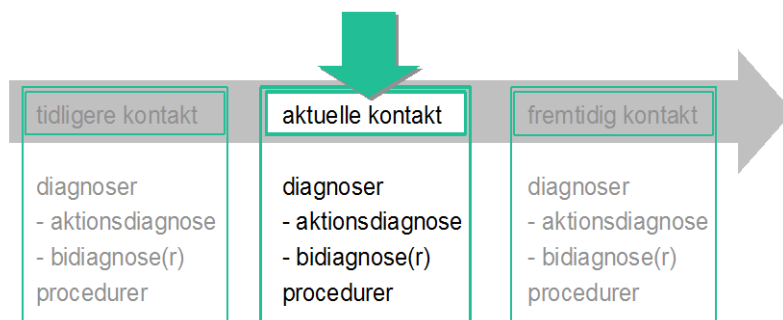
- en indlæggelse
- en ambulante kontakt (besøg og ydelser)

Rapportering sker på baggrund af registreringerne ved kontaktens afslutning.

Alle kontakter har en række basisoplysninger, der er nærmere beskrevet i kapitlerne om indlagte patienter (Kap 4) og ambulante patienter (Kap 5). De særlige principper og krav, der gælder til akutte ambulante patientkontakter er beskrevet i Kap 6. *NB: Kapitel 6 sættes kun delvist i kraft for Færøerne i 2016.*

Til alle afsluttede kontakter er der krav om registrering af diagnoser samt rapportering af visse procedurer. Forståelsen og anvendelsen af kontaktbegrebet er en forudsætning for korrekt diagnose- og procedureregistrering.

Figur 1 Kontaktmodellen



Registrering af aktionsdiagnose, relevante bidiagnoser, operationer og eventuelt andre procedurer skal ses i den afgrænsede sammenhæng af en kontakt. Det er stamafsnittet, der har **registreringsansvaret** for den enkelte kontakt. Stamafsnittet er at regne som den medicinske ansvarlige enhed i den færøske patientjournal.

Patientkontaktbegrebet er tæt relateret til to andre begreber **slutregistrering** og **stamafsnit**. Rapporteringskravene af data til HHS vedrører den **afsluttede kontakt fra det enkelte stamafsnit**.

Registreringsbegreberne i diagnose- og procedureregistreringen afspejler dette. Der er ikke tale om patientforløb, som det kendes fra nogle patientadministrative systemer. Patientforløb opdeles i forbindelse med rapporteringen i mindre dele - patientkontakter. Dette betyder, at et helt normalt patientforløb med ambulante besøg, indlæggelse og efterfølgende ambulante besøg bliver til i alt tre kontakter i HHS.

En patient må maksimalt samtidig have en (1) åben indlæggelseskontakt og en (1) åben ambulante kontakt for samme sygdom under samme stamafsnit, med mindre der er tale om tvangstilbageholdelser, se afs 8.5

En sammenhængende "ambulante kontakt" kan bestå af såvel ambulante besøg som ydelser, der er udført uden besøg, og kan strække sig over lang tid. Aktionsdiagnosen (og eventuelle bidiagnoser) på denne

kontakt skal til enhver tid være dækkende for hele kontakten, dvs at diagnosen eller diagnoserne skal belyse den gældende opfattelse af en patients sygdom.

I HHS ses kun de sidst rapporterede diagnoser. Dette har betydning for, hvornår der skal oprettes en ny ambulant kontakt, fx ved overgang fra sygdom til kontrol uden sygdom - se afs 5.3.2

Aktionsdiagnosen er den "diagnostiske etiket", der bedst beskriver kontakten, dvs udtrykker "hvad man handlede på ved den aktuelle kontakt".

De "**relevante bidiagnoser**" supplerer ud fra en klinisk synsvinkel aktionsdiagnosens beskrivelse af kontakten - ikke forløbet, kun den aktuelle kontakt. Det kan fx dreje sig om en tilgrundliggende (kronisk) sygdom, hvis denne har en klinisk eller ressourcemæssig betydning for kontakten, og eventuelle bivirkninger og andre komplikationer under kontakten. Diagnoseregistreringens principper er detaljeret beskrevet i Kap 9.

Samlet skal de rapporterede diagnoser udgøre indikationerne for de ydelser, som der er givet inden for rammen af patientkontakten, herunder også i forhold til et eventuelt længere sengedagsforbrug.

De **operationer** og **andre procedurer**, der udføres i forhold til og inden for kontaktens tidsudstrækning, skal rapporteres på kontakten, senest ved slutindberetningen. Det gælder også eventuelle assistancer, se afs 10.3

2.1 Værdisæt

Ved beskrivelse af de enkelte registreringer er medtaget et værdisæt (mulige værdier, der kan indtastes i et bestemt felt) som en hjælp til brugerne.

Til nogle felter er der korte veldefinerede lister af værdier, der for eksempel anvendes til at angive administrative oplysninger, fx indskrivningsmåde. Disse lister findes i databeskrivelserne i den tekniske del. Andre steder anvendes SKS-koder, som er koder fra Sundhedsvæsenets Klassifikations System. Koderne kan ses i [SKS-Browser](#)

SKS-koder er officielle koder, inddelt i hovedgrupper. Disse oprettes og vedligeholdes af Statens Serum Institut.

Til diagnoseregistrering anvendes fx hovedgruppe 'D'. Til procedureregistrering er der flere muligheder fx hovedgruppe 'B' for behandlinger og plejeprocedurer, hovedgruppe 'K' for operationer, 'U' eller 'ZZ' for undersøgelser og for enkelte administrative procedurer, hovedgruppe 'A'.

2.2 Arbejdsgange

Det er afgørende for datakvaliteten, at der er rationelle arbejdsgange imellem lægens diktering af afsluttede journalnotat/epikrise og den edb-mæssige registrering af kontaktens data i det patientadministrative system.

Det vil således være meget hensigtsmæssigt, hvis sekretærens slutregistrering er understøttet af dikteringen: "Aktionsdiagnosen er"; "Bidiagnoserne er...." osv.

I forbindelse med langvarige kontakter er det vigtigt at være opmærksom på opdatering og kvalificering af kontaktens diagnoser.

Det er stamafsnittene, der har rapporteringssansvaret for den enkelte kontakt. Dette betyder bla, at rapporteringspligtige procedurer udført som assistance af anden afdeling skal rapporteres på kontakten,

uanset hvem der i praksis registrerer ydelsen. Det vil ofte være mest praktisk, at producenten registrerer ydelsen i forbindelse med udførelsen.

Vedrørende opdatering af kontaktens diagnoser ved afslutning, se også afs 9.1

3 HENVISNING OG VENTEPERIODE

Planlagte kontakter er alle kontakter, der ikke er opstået som følge af akut sygdom eller skade, dvs hvor kontakten – indlæggelse eller besøg – er foregået via afsnittets planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner, uanset om ventetiden er kort eller lang.

Planlagte kontakter har en henvisning. Henvisningsoplysninger rapporteres sammen med den efterfølgende kontakt. Henvisningsdato, henvisningsdiagnose samt henvisningsmåde er oplysninger som skal rapporteres til HHS

Tabel 1 Definitioner henvisnings- og venteperiode

Begreb	Definition/beskrivelse
henvisning	anmodning fra en henvisningsinstans til en sundhedsproducent om udførelse af eller medvirken til en sundhedsaktivitet
henvisningsdato	dato for modtagelse af en henvisning i sygehusvæsenet
henvisningsperiode	periode fra henvisningsdatoen til dato for første fremmøde på sygehuset Periode indtil udredning eller behandling på det kliniske stamafsnit. Fremmøde alene på billeddiagnostisk afdeling, laboratorium eller anden paraklinisk funktion afbryder ikke henvisningsperioden
henvisningsinstans	sundhedsaktør med henvisningsret til sundhedsvæsenet
visitation	sundhedsfaglig vurdering og administrativ vurdering af en patients behov for sundhedsaktiviteter og prioritering heraf på baggrund af en henvisning eller en patientkontakt

3.1 Vejledning til registrering

3.1.1 Henvisningsdato

Henvisningsdatoen angiver datoen for modtagelsen af henvisningen i sygehusvæsenet.

Henvisningsperioden strækker sig fra henvisningsdato til datoen for patientens første fremmøde til udredning eller behandling på det kliniske stamafsnit. Der kan være flere henvisningsperioder før patienten starter endelig behandling.

3.1.2 Henvisningsdiagnose

Henvisningsdiagnose er obligatorisk for alle planlagte kontakter. Henvisningsdiagnosen angiver den tilstand (diagnose), der beskrives af henviseren som baggrund for henvisningen.

Henvisningsdiagnosen rapporteres med diagnosearten "H". Henvisningsdiagnosen er ikke nødvendigvis lig med afsnittets arbejdsdiagnose.

Se også afsnittene om Henvisningsdiagnose og "Obs. pro"-diagnoser i Kap 9

3.1.3 Henvisningsmåde

Henvisningsmåde angiver den henvisende instans. Henvisningsmåde er obligatorisk for stationære og ambulante kontakter.

Tabel 2 Henvisningsmåde

Kodetekst	Bemærkninger
Ingen henvisning	Kald på "112" (= kald efter ambulance) Selvhenvendere
Alment praktiserende læge	Praktiserende læger Vagtlæger
Praktiserende speciallæge	Praktiserende speciallæger
Herfødt	Nyfødte
Andet	Andre instanser fx, fængsler, bo-centre, tandlæger, forsikringselskaber og Kriminalforsorgen
Udlandet	Patienter henvist fra udlandet (inkl. Danmark og Grønland)

3.1.4 Afslutningsmåde

Ved afslutning af en indlæggelse eller ambulans kontakt skal afslutningsmåden udfyldes. Afslutningsmåden angiver den instans, som patienten udskrives eller afsluttes til eller de omstændigheder, der begrundes kontaktafslutning.

Tabel 3 Afslutningsmåde

Kode	Kodetekst	Bemærkninger
1	Alment praktiserende læge	
2	Praktiserende speciallæge	
8	Død	Anvendes i alle tilfælde, hvor patientkontakten afsluttes pga patientens død. Kontakten afsluttes på dato for modtagelse af besked om patientens død
A	Andet	Må kun anvendes, hvis det ikke falder ind under nogle af de andre kategorier, fx udvandrede
E	Udlandet	Kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet
F	Afsluttet til sygehus-afsnit	7-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikationen. Inkluderer afsluttet til eget afsnit
G	Afsluttet til sygehus-afsnit, venteforløb	Anvendes kun på ventende patienter mhp kobling af vente-forløb. 7-cifret kode fra sygehusafdelingsklassifikationen. Inkluderer afsluttet til eget afsnit

3.2 Kontrolpatienter

En del kontrolpatienter indskrives til ambulans kontrol ved afslutning af en indlæggelse eller en ambulans kontakt. Her er det ikke nødvendigt at oprette særskilt henvisning.

3.3 Gravide og fødende

For gravide, der henvises til ambulans svangerskabskontrol, oprettes en henvisning. Der oprettes en ambulans kontakt ved første besøg.

Gravide skal i forhold til den akutte fødselskontakt først indskrives til fødsel ved ankomst til fødsel.

Ved planlagt kejsersnit og planlagt igangsættelse bookes patienten direkte på graviditetsforløbet.

3.4 Oplysninger om henvisningsperioder der medtages ved rapportering til HHS

Tabel 4 Oplysninger om henvisning til HHS

Henvisningsdato	Dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten Værdisæt Valid dato
Henvisningsdiagnose	Diagnose, der angives af henvisende instans som årsag til henvisning. Henvisningsdiagnosen er obligatorisk Værdisæt Diagnoseart: 'H' Diagnosekode: ICPC fra praktiserende læger, ICD-10 fra hospitalslæger
Henvisningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra Værdisæt 1 alment praktiserende læge 2 praktiserende speciallæge E udlandet (kun patienter, der direkte henvises fra udlandet) F henvist fra sygehusafsnit G henvist fra sygehusafsnit, venteforløb
Henvist fra sygehusafsnit	Ved henvisningsmåde F og G angives, hvilket afsnit patienten er henvist fra Værdisæt 7-cifret kode fra sygehus- afdelingsklassifikationen
Afslutningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til Værdisæt 1 alment praktiserende læge 2 praktiserende speciallæge 4 ingen lægelig opfølgning (kun psykiatri) 7 udeblevet 8 død x A andet E udlandet (kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet) F afsluttet til sygehusafsnit G afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb x) Afslutningsmåde (8) 'død' anvendes i alle tilfælde, hvor henvisningen afsluttes pga patientens død. Kontakten afsluttes på dato for modtagelse af besked om patientens død
Afsluttet til sygehusafsnit	Ved afslutningsmåde F og G angives, hvilket sengeafsnit eller ambulatorium patienten afsluttes til. Afslutningsmåde F og G anvendes, hvis patienten overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit.
Procedurer i henvisningsperioden	Der kan i henvisningsperioden rapporteres procedurer som assistancedelser knyttet til den efterfølgende kontakt fx radiologiske procedurer

3.5 Venteperiode

Venteforløbet er perioden fra henvisningsdato til startdato for (endelig) behandling. Møder patienten til en paraklinisk undersøgelse afslutter dette ikke venteforløbet. Det er først når patienten kommer til den første behandling.

Tabel 5 Oplysninger om ventetid til HHS

Henvisningsdato	Dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten Værdisæt Valid dato
Henvisningsdiagnose	Diagnose, der angives af henvisende instans som årsag til henvisning. Henvisningsdiagnosen er obligatorisk Værdisæt Diagnoseart: 'H' Diagnosekode: ICPC fra praktiserende læger, ICD-10 fra speciallæger
Besøgsdato	Dato for første (endelige) behandlingsbesøg Værdisæt Valid dato
Patienten melder afbud	Ved afbud fra patienten fratrækkes perioden imellem første planlagde besøg og endelig besøg Værdisæt Dato for besøg og planlagt besøg trækkes fra

4 INDLAGTE PATIENTER

Dette kapitel beskriver kun basisoplysninger vedrørende indlagte patienter.

Diagnosekodning, procedurekodning (fx operationer), skaderegistrering mm er beskrevet i kapitlerne om de pågældende emner. Særlige regler for psykiatriske indlæggelser er omtalt i psykiatrikapitlet.

Tabel 6 Definitioner indlagte patienter

Begreb	Definition/beskrivelse
indlagt patient	patient der er indskrevet på et afsnit og optager en normeret sengeplads
indlæggelseskontakt	patientkontakt på et sengeafsnit Ved indlæggelse registreres startdato samt indlæggelsestid og -minut
indskrivningsmåde	angivelse af prioritet for start af indlæggelseskontakt (akut eller planlagt)
kontaktårsag	overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset
indlæggelsesperiode	periode fra indlæggelsesdato til udskrivningsdato
patientorlov	periode i en indlæggelseskontakt, hvor en patient har tilladelse til at forlade sygehuset i op til 3 døgn

Definitioner og beskrivelse vedr stationær psykiatri – se Kap 8

Stationære patientkontakter rapporteres løbende.

Indlagt patient

Afgrænsningen af indlagte patienter er anvendelse af normeret sengeplads på stationært sengeafsnit.

Sammedagskirurgiske patienter vil normalt blive betragtet som ambulante patienter.

Patienter, der modtages på akut afsnit, bør generelt registreres som akut ambulante patienter, med mindre patienten optager en normeret sengeplads. Se yderligere i Kap 6 vedr. den akutte ambulante patient.

Kontaktårsag ved akutte somatiske patientkontakter

Alle akutte somatiske patientkontakter skal rapporteres med kontaktårsag. Kontaktårsagen angiver den primære baggrund for patientkontakten.

Dette er yderligere beskrevet i Kap 7 om skaderegistreringen. Kapitel 7 træder ikke i kraft på Færøerne i 2016.

Patientorlov

Indlagte patienter kan have orlov i op til 3 døgn. I forbindelse med helligdage kan orlovsperioden dog forlænges tilsvarende. Orlov skal ikke rapporteres til HHS.

Raske ledsagere

Raske personer, der ledsager en patient, rapporteres ikke til HHS. DZ763* 'Rask ledsager' kan anvendes som aktionsdiagnose på lokale kontakter. Disse frasorteres ved rapportering til HHS.

"Indlagte patienter i eget hjem"

Patienter som behandles i eget hjem som alternativ til indlæggelse, rapporteres som ambulante patienter. Når klinisk personale er på besøg hos patienten, registreres som beskrevet under hjemmebesøg se afs 10.8

4.1 Assistancer

Assistancer, der er ydet til en patient, der er indlagt, skal knyttes til den aktuelle indlæggelseskontakt. Kan producenten af assistancen ikke registrere proceduren på indlæggelseskontakten, fordi assistancen fx foregår på et andet sygehus, oprettes en ambulant kontakt, hvor ydelsen registreres og proceduren rapporteres uden besøg.

4.2 Indlagt patient på patienthotel

Tabel 7 Definition patient på patienthotel

Begreb	Definition/beskrivelse
hotelpatient	patient, der er indskrevet på et patienthotel
patienthotel	afsnit på eller i tilknytning til sygehuset, der alene yder det til opholdet hørende kost og logi

Indlægges patienten på patienthotellet med overvågning, skal sengepladsen indgå som en del af stamafsnittets normerede senge. Patienten registreres som indlagt på stamafsnittet med patienthotellet som adresseafsnit, dvs afsnittet, hvor patienten fysisk befinder sig (adresseafsnit rapporteres ikke til HHS). Alle kliniske ydelser (for samme sygdom), der foregår i indlæggelsesperioden, rapporteres på indlæggelseskontakten.

4.3 Hjemmebesøg og udebesøg

Hjemmebesøg foregår i patientens hjem eller et sted, der fremtidigt skal være patientens hjem. Hjemmebesøg kræver tilstedeværelse af klinisk personale, men forudsætter ikke patientens tilstedeværelse.

Hjemmebesøg rapporteres ved registrering af den overordnede (administrative) procedurekode AAF6 på dagen for besøget.

Procedurekode	Overordnede koder for hjemmebesøg og udebesøg
AAF6	Hjemmebesøg
AAF7	Udebesøg

Udebesøg er et møde mellem patient og sundhedsfagligt uddannet personale på fx dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre mm.

Udebesøget rapporteres ved registrering af den overordnede (administrative) procedurekode AAF7 på dagen for besøget.

4.4 Færdigbehandlet patient

Tabel 8 Definitioner færdigbehandlet patient

Begreb	Definition/beskrivelse
færdigbehandlet patient	en patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. Sygehusets administrative opgaver skal være udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten. Det betyder, at sygeplejerapport, evt midlertidige hjælpemidler, medicin mv skal være klar på udskrivningstidspunktet.

Registrering af patienten som færdigbehandlet er kun nødvendig, hvis det ikke er muligt at udskrive patienten samtidig med, at patienten vurderes færdigbehandlet. Den fortsatte indlæggelse skal være begrundet i, at der ventes på en plejehjemsplads, foranstaltninger i hjemmet eller lignende.

Registreringen af en patient som færdigbehandlet er uafhængig af forhold i hjemmet, kommunen mv, der er sygehuset uvedkommende.

Patienter, der er registreret som færdigbehandlede og som for eksempel venter på tilbud om en plejehjemsplads, vil i venteperioden kunne få tilbagefald af den sygdom, som patienten var indlagt for, eller der kan opstå en anden lidelse, hvor sygehusindlæggelse er påkrævet. I disse situationer skal patienten ikke længere betragtes som færdigbehandlet.

Til brug for registrering af færdigbehandlede patienter anvendes på Færøerne ændring af "aktiviteten" i "Indlæggelsesregistrering" fra "Indlæggelse" til "Færdigbehandlet". Man anvender ikke koderne AWA1 'Færdigbehandlet i stationært regi' og AWX1 'Ikke færdigbehandlet i stationært regi', som man gør i Danmark.

Færdigbehandlet registreres med startdato for, hvornår patienten betragtes som færdigbehandlet i stationært regi. Hvis patienten overflyttes til en anden afdeling og stadig er færdigbehandlet, skal den nye kontakt også have registreret aktiviteten "Færdigbehandlet".

I de tilfælde, hvor en patient, der er registreret som færdigbehandlet, og som fortsat er indlagt på samme sengeafdeling, ikke længere skal betragtes som færdigbehandlet ændres aktiviteten tilbage til "Indlæggelse".

Eksempel

En indlagt patient er færdigbehandlet den 07.08.07. Patienten forbliver indlagt, da kommunen ikke er klar til at tage patienten hjem. Den 13.08.07 forværres patientens tilstand betydeligt, og patienten kan derfor ikke udskrives. Patienten er igen færdigbehandlet den 16.08.07 og udskrives den 19.08.07:

Periode	Dato	Status (procedurekode)
07.08.2007 - 12.08.2007	07.08.2007	Ændre aktivitet til "Færdigbehandlet (Liðugt viðgjørður)"
13.08.2007 - 15.08.2007	13.08.2007	Ændre aktiviteten tilbage til "Indlæggelse (Innleggjan)"
16.08.2007 - 19.08.2007	16.08.2007	Ændr igen aktiviteten til "Færdigbehandlet"
19.8.2007		patienten udskrives

4.4.1 Terminale patienter

Patienter, der lægeligt vurderes som terminale, skal ikke registreres som færdigbehandlede.

4.5 Oplysninger om indlagte patienter, der medtages ved rapportering til HHS

Tabel 9 Oplysninger om indlagte patienter til HHS

Sygehusnummer	Nummeret for sygehuset, hvor patienten er under behandling Værdisæt 4-cifret kode fra sygehus-afdelings klassifikationen
Afsnitsnummer	Nummeret for det sengeafsnit, der er patientens stamafsnit

	Værdisæt 7-cifret kode fra sygehus-afdelings klassifikationen
Patienttype	Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset Værdisæt 0 indlagt patient
Personnummer	Personidentifikation For patienter der har fået tildelt et færøsk p-tal eller erstatnings p-tal, anvendes dette som personnummer, uanset om patienten har fast bopæl i udlandet. Hvis p-tal ikke foreligger ved kontaktens start, benyttes et erstatningsnummer som udskiftes med p-tal, når dette foreligger og senest inden rapportering Værdisæt Færøsk p-tal eller erstatnings p-tal på 9 eller 10 karakterer Erstatningsnumre har følgende opbygning: Pos. 1-6 Valid dato: DDMMÅÅ Pos. 7 Århundredeskiller: 0 = pt. født 1900-1999 5 = pt. født før 1900 6 = pt. født efter 1999 Pos. 8-9 Valgfrie bogstaver: A-Z Pos. 10 Kønsangivelse Lige tal for kvinder Ulige tal for mænd
Startdato	Dato for påbegyndelse af en indlæggelseskontakt Værdisæt Valid dato
Indlæggelsestime	Klokkeslæt i hele timer for kontaktstart på sengeafsnit Værdisæt 00-23
Indlæggelsesminut	Klokkeslæt i minutter for kontaktstart på sengeafsnit Værdisæt 00-59
Kommunekode	Patientens bopælskommune ved kontaktstart Værdisæt 3-cifret kommunekode
Henvisningsdato	Dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten Værdisæt Valid dato
Henvisningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra Værdisæt 0 ingen henvisning 1 alment praktiserende læge 2 praktiserende speciallæge 8 herfødt A andet E udlandet (kun patienter, der direkte henvises fra udlandet) F henvist fra sygehusafsnit
Henvist fra sygehusafsnit	Ved henvisningsmåde F angives, hvilket afsnit patienten er henvist fra

	Værdisæt 7-cifret kode fra sygehus- afdelingsklassifikationen
Indskrivningsmåde	Angivelse af prioritet for kontaktstart Værdisæt 1 akut 2 planlagt
Kontaktårsag	Overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset. Kontaktårsag er obligatorisk for akutte somatiske patientkontakter og må ikke forekomme i rapporteringen af øvrige patientkontakter. Værdisæt 1 sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion, inkl fødsel 2 ulykke 3 voldshandling 4 selvmordsforsøg 6 skaderegistrering foretages på efterfølgende patientkontakt 7 komplet skaderegistrering foretaget på tidligere patientkontakt 8 andet
Diagnoser	For alle afsluttede indlagte patienter skal der som minimum rapporteres en aktionsdiagnose. Der skal desuden rapporteres de for kontakten relevante bidiagnoser. Se nærmere beskrivelse af diagnosebegreberne i Kap 9 om diagnoseregistrering.
Procedurer	Det er obligatorisk at rapportere alle operationer, radiologiske procedurer samt visse undersøgelser og behandlinger. Kravene er beskrevet i Kap 10. Alle andre procedurer kan rapporteres

Særlige regler for indlagte psykiatriske patienter – se afs 8.5

4.6 Afslutning af indlæggelseskontakt

Tabel 10 Oplysninger om afslutning af indlæggelseskontakt til HHS

Slutdato	Dato for afslutning af indlæggelseskontakt Værdisæt Valid dato
Udskrivningstime	Klokkeslæt i hele timer for afslutning af indlæggelseskontakt Værdisæt 00-23
Afslutningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til Værdisæt 1 alment praktiserende læge 2 praktiserende speciallæge 8 død x A andet E udlandet (kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet) F afsluttet til sygehusafsnit G afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb x) Afslutningsmåde (8) 'død' anvendes i alle tilfælde, hvor kontakten afsluttes pga patientens død. Inkluderer hjernedød
Afsluttet til sygehus-afsnit	Ved afslutningsmåde F og G angives hvilket sengeafsnit eller ambulatorium patienten afsluttes til. Afslutningsmåde F og G anvendes, hvis patienten overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit.

	<p>Værdisæt 7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen Ved overflytning af patient til andet sygehus med deltagelse af sundhedsfagligt personale afsluttes kontakten først ved ankomst til modtagesygehuset</p>
--	---

5 AMBULANTE PATIENTER

Dette kapitel beskriver kun basisoplysninger vedr ambulante patienter.

Diagnosekodning, procedurekodning (fx operationer) mm er beskrevet i kapitlerne om de pågældende emner, ligesom de specielle regler for psykiatriske ambulante kontakter er omtalt i psykiatrikapitlet.

Tabel 11 Definitioner ambulante patienter

Begreb	Definition/beskrivelse
ambulant patient	patient der er indskrevet på et afsnit, men ikke optager en normeret sengeplads
ambulant patientkontakt	patientkontakt på et ambulatorium
indskrivningsmåde	angivelse af prioritet for start af patientkontakt (akut eller planlagt)
kontaktårsag	overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset
ambulant besøg	besøg i forbindelse med ambulant patientkontakt hvor stamafdeling er involveret
ambulant ydelse	ydelse givet til en ambulant patient omfatter: - ydelser produceret af stamafsnittet - assistancer produceret af anden klinisk afdeling - assistancer produceret af serviceafdeling

Definitioner og beskrivelse vedr ambulant psykiatri – se Kap 8

Ambulante patientkontakter rapporteres løbende.

Patienttyper

Der er to patienttyper - indlagt patient og ambulant patient. Den ambulante opstart rapporteres med indskrivningsmåde, akut eller planlagt.

Begrebet ”den akutte ambulante patientkontakt” anvendes, både for somatik og psykiatri, om den første akutte ambulante patientkontakt, typisk på særligt akut modtageafsnit, ved nyopstået sygdom eller ved ulykke, voldshandling eller selvmordsforsøg. Den akutte ambulante patientkontakt kan også foregå på en specialafdelings akut-ambulatorium fx på en øjenafdeling.

Patienter, der tidligere blev rapporteret som skadestuepatienter, skal nu rapporteres som akutte ambulante patienter.

Den akutte ambulante patientkontakt skal rapporteres som en selvstændig patientkontakt. Den akutte ambulante patientkontakt afsluttes, når patienten går hjem eller overføres til andet sygehusafsnit.

Det er obligatorisk at rapportere sluttidspunkt på den akutte ambulante patientkontakt.

Dette gælder også, hvis der skal foretages videre ambulant udredning eller behandling. Den akutte kontakt afsluttes, og der rapporteres en ny ambulant kontakt til den videre behandling.

Ved akut ambulant besøg på stamafsnittet i en eksisterende ambulant patientkontakt, fx hvis patienten modtages her ved akut forværring af kendt sygdom, kan besøget dog fortsat registreres indenfor det igangværende forløb.

Rapportering af ambulante besøgsdato er fakultativ for akutte ambulante patientkontakter.

Kontaktårsag ved akutte somatiske patientkontakter

Akutte somatiske patientkontakter skal rapporteres med kontaktårsag. Kontaktårsagen angiver den primære baggrund for patientkontakten. Kontaktårsag må ikke rapporteres for øvrige patientkontakter.

Dette er yderligere beskrevet i Kap 7 om skaderegistreringen.

De særlige krav og regler til den akutte ambulante patientkontakt er nærmere beskrevet i Kap 6.

Det følgende afs 5.1 er generelt og fælles for planlagte og akutte ambulante patientkontakter. Principperne i afs 5.2 og 5.3 med underafsnit er kun relevante for planlagte ambulante patientkontakter.

Ambulant besøgsdato

For planlagte ambulante patientkontakter, dvs ambulante forløb, der er startet som planlagt, skal der rapporteres ambulante besøgsdatoer. Dette gælder også for akutte besøg på stamafsnittet, der rapporteres på eksisterende ambulante patientkontakt.

Besøgsdato er fakultativ for akutte ambulante kontakter.

Aflyste besøg

Aflyste ambulante besøg, hjemmebesøg eller udebesøg må ikke registreres som besøg, uanset at personalet evt. har været forberedt, klar og til stede.

Aflyste besøg kan registreres efter følgende eksemplificerede princip:

Eksempel (ikke-obligatorisk registrering)

Aflyst hjemmebesøg begrundet i patientens fravær:

Procedureregistrering	Kodetekst
ZPP30	Procedure aflyst pga patientens udeblivelse
(+)AAF6	hjemmebesøg

Procedureregistrering

Registrering af ambulante patienter omfatter alle ydelser givet til patienter, der ikke er indlagt. Der kan rapporteres ambulante ydelser uden et samtidigt ambulante besøg (besøgsdato). Den ambulante patientkontakt kan også indeholde hjemmebesøg og udebesøg – se afs 5.4.

De ambulante ydelser kan være produceret af stamafsnittet eller af andet afsnit (assistance). Se også afs 10.11 "Ambulante ydelser" i procedurekapitlet.

Assistancer, der er ydet til en patient i en ambulante kontakt, skal knyttes til den aktuelle kontakt.

En ambulante kontakt omfatter alle patientens ambulante besøg, assistancer og ydelser. Det anbefales at registrere mindst en klinisk procedure i forbindelse med alle besøg.

5.1 Hotelpatient

Tabel 12 Definition på hotelpatient

Begreb	Definition/beskrivelse
--------	------------------------

hotelpatient	patient der er indskrevet på et patienthotel
patienthotel	afsnit, på eller i tilknytning til sygehuset, der alene yder det til opholdet hørende kost og logi

For ambulante patienter, der anvender patienthotel, skal hotelopholdet registreres på en selvstændig ambulans patientkontakt. Denne patientkontakt må ikke rapporteres.

De kliniske ydelser, som patienten modtager, rapporteres og knyttes til stamafsnittets ambulante patientkontakt.

Eksempel

Periode	Patientkontakter
1.2.2007-1.3.2007	ambulant kontakt på klinisk afsnit A (ambulatorium)
1.2.2007-1.3.2007	ambulant kontakt på patienthotellet

Alle kliniske ydelser registreres på kontakten på afsnit A

5.2 Sundhedsfagligt uddannet personale

Ambulant besøg omfatter patientens besøg på ikke stationært afsnit med deltagelse af mindst en sundhedsfaglig ansat, se følgende oversigt. Ambulant besøg rapporteres i form af ambulans besøgsdato.

Rapportering af besøgsdatoer er fakultativ for akutte ambulante patientkontakter.

Der gælder særlige regler for fysioterapeuter og ergoterapeuter - se afs 10.5

Sundhedsfagligt uddannet personale - ansat i ambulatorier - omfatter følgende faggrupper:

Læger	Tandplejere
Tandlæger	Klinikassistenter
Sygeplejersker	Kliniske tandteknikere
Jordemødre	Social- og sundhedsassistenter
Sundhedsplejersker	Kiropraktorer
Psykologer	Fodterapeuter
Plejere	Audiologiassistenter
Sygehjælpere	Kliniske diætister
Radiografer	Fysioterapeuter og ergoterapeuter

5.3 Afgrænsning af ambulans patientkontakt

De i de følgende underafsnit beskrevne situationer omhandler kun planlagte ambulante kontakter, dvs. ambulante kontakter, der rapporteres løbende.

Vedr de særlige principper og krav til akutte ambulante patientkontakter, der rapporteres som en selvstændig afsluttet kortvarig patientkontakt - se Kap 6

De diagnoser, der er registreret på kontaktens afslutningstidspunkt, vil efter rapportering optræde som gældende for hele kontakten. Kun de sidste rapporterede diagnoser ses.

Det anbefales, at der foretages en løbende kvalificering af kontaktens diagnoser – se Kap 2. Men dette udgør en særlig problematik i forbindelse med langvarende elektive (dvs planlagt opstartet) ambulante

kontakter, hvor aktionsdiagnosen over tid antager forskellige værdier - fra symptom eller "obs. pro" over sygdom - der i sig selv kan repræsenteres af forskellige diagnoser over tid - til "kontrol", når sygdom ikke længere er til stede.

5.3.1 Afslutning af ambulante patientkontakter

Den ambulante patientkontakt afsluttes efter endt kontakt. Der registreres diagnose og procedure ved hvert enkelt besøg.

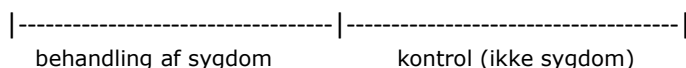
5.3.1.1 Akut indlæggelse under igangværende ambulante patientkontakt

Oftest sker det, at patienten, der ellers går i et ambulante forløb, indlægges akut for den samme sygdom ved akut forværring af tilstanden eller af anden grund. Her er det muligt at oprette en uafhængig selvstændig akut indlæggelseskontakt, uden at den ambulante kontakt afbrydes.

Ved akut indlæggelse fra eksternt henviser er det vigtigt, at indlæggelsen oprettes med korrekt henvisningsmåde, fx (1) alment praktiserende læge.

5.3.2 Kontrolpatient

En patient der først bliver behandlet for en sygdom i en ambulante patientkontakt, her registreres aktionsdiagnose, evt. bidiagnose og procedure. Når patienten efterfølgende fortsætter som kontrol i den samme ambulante kontakt, registreres aktionsdiagnose på kontrolkontakten (kodeinterval DZ08-09). I HHS ses behandlingskontakterne samt kontrol kontakterne.



Hvis patienten kun skal ses ved et enkelt tidligt efterambulant besøg, er det dog ikke nødvendigt at oprette en særskilt kontakt til dette besøg. I dette tilfælde beholdes sygdomsdiagnosen som gældende for hele kontakten. Hvis det så ved dette besøg viser sig, at patienten alligevel skal komme igen til fortsat kontrol, afsluttes behandlingskontakten, og der oprettes en selvstændig kontakt til den fortsatte kontrolperiode.

Aktionsdiagnosen på kontrol-kontakten skal være fra kodeintervallet DZ08-09.

Vedrørende diagnoseregistrering ved kontrol, se også afs 9.5.3

5.3.3 Væsentlig ændring af aktionsdiagnosen

Hvis der analogt til ovenstående i en ambulante kontakt først er behandling af én sygdom i en periode, hvorefter der optræder en **anden sygdom**, der også skal udredes og behandles på samme afdeling, skal den første behandlingsperiode afsluttes som en selvstændig kontakt (med den første sygdom som aktionsdiagnose), og der skal tilsvarende **oprettes en selvstændig patientkontakt** for den anden sygdom (aktionsdiagnose).

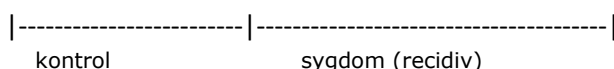
Der skal derimod ikke registreres en ny patientkontakt ved kvalificering af aktionsdiagnosen for den samme sygdom så længe, at denne er til stede, uanset om der foregår behandling eller ej.

Sygdommen kan under kontakten være kvalificeret fx:

'Obs. pro'---- diagnosekode 1 ---- diagnosekode 2

5.3.4 Recidiv af sygdom

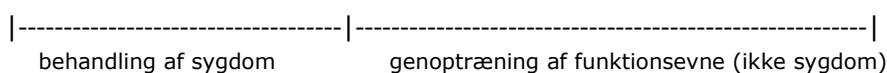
Ved recidiv af sygdom efter en sygdomsfri kontrol-periode ændres aktionsdiagnosen fra kontrolkode til behandlingskode for kontakten.



5.3.5 Genoptræning

Ambulant genoptræning kan foregå på en selvstændig kontakt eller være en del af en ambulant kontakt, hvor der også er tidligere behandling eller kontrol.

Hvis genoptræning afløser sygdomsbehandling på (behandlings)kontakten, og sygdom ikke længere er til stede, skal der – analogt til kontrol - oprettes en selvstændig ambulant kontakt for genoptræningsperioden. En efterambulant kontakt kan være fælles for genoptræning og kontrol.



Hvis sygdommen derimod fortsat er til stede, skal der ikke (men der kan) oprettes en selvstændig kontakt for genoptræningen, uanset om der sker behandling af sygdommen eller ej. Genoptræningen vil under alle omstændigheder blive dokumenteret ved registrering af genoptræningsydelse.

Aktionsdiagnosen på en selvstændig genoptræningskontakt skal være fra kodeintervallet DZ50. Procedureregistrering i forbindelse med genoptræning er udførligt beskrevet i afs 10.6

5.4 Hjemmebesøg og udebesøg

Hjemmebesøg foregår i patientens hjem eller et sted, der fremtidigt skal være patientens hjem. Hjemmebesøg kræver tilstedeværelse af klinisk personale, men forudsætter ikke patientens tilstedeværelse.

Hjemmebesøg rapporteres med den overordnede (administrative) procedurekode AAF6.

Procedurekode	Overordnet kode for hjemmebesøg og udebesøg
AAF6	Hjemmebesøg
AAF7	Udebesøg

Udebesøg er et møde mellem patient og sundhedsfagligt uddannet personale på fx dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre mm.

Udebesøget rapporteres med den overordnede (administrative) procedurekode AAF7.

5.5 Oplysninger om ambulante patienter, der medtages ved rapportering til HHS

Tabel 13 Oplysninger som medtages om ambulante til HHS

Sygehusnummer	Nummeret for sygehuset, hvor patienten er under behandling Værdisæt 4-cifret kode fra sygehus-afdelings klassifikationen
Afsnitsnummer	Nummeret for det ambulatorium, der er patientens stamafsnit

	Værdisæt 7-cifret kode fra sygehus-afdelings klassifikationen
Patienttype	Angivelse af en patients administrative relation til sygehuset Værdisæt 2 = ambulant patient
Personnummer	Personidentifikation. For patienter der har fået tildelt et dansk CPR-nummer, anvendes dette som personnummer, uanset om patienten har fast bopæl i udlandet. Hvis det færøske P-tal ikke foreligger ved kontaktens start, benyttes et erstatningsnummer som udskiftes med P-tallet, når dette foreligger og senest inden rapportering Værdisæt Færøsk P-tal eller erstatnings CPR-nummer på 9 eller 10 karakterer. Erstatningsnumre har følgende opbygning: Pos. 1-6 Valid dato: DDMMÅÅ Pos. 7 Århundredeskiller: 0 = pt. født 1900-1999 5 = pt. født før 1900 6 = pt. født efter 1999 Pos. 8-9 Valgfrie bogstaver: A-Z Pos. 10 Kønsangivelse Lige tal for kvinder Ulige tal for mænd
Startdato	Dato for påbegyndelse af en ambulant kontakt Værdisæt Valid dato
Starttime	Klokkeslæt i hele timer for påbegyndelse af en ambulant kontakt Værdisæt 00-23
Startminut	Klokkeslæt i minutter for påbegyndelse af en ambulant kontakt Værdisæt 00-59
Kommunekode	Patientens bopælskommune ved kontaktstart Værdisæt 3-cifret kommunekode. Kan ses under <u>Patientregistrering</u>
Henvisningsdato	Dato for modtagelse af en henvisning på det afsnit, der skal være stamafsnit for patienten Værdisæt Valid dato
Henvisningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten er henvist fra Værdisæt 0 ingen henvisning 1 alment praktiserende læge 2 praktiserende speciallæge 8 herfødt A andet E udlandet (kun patienter, der direkte henvises fra udlandet)
Henvist fra sygehusafsnit	Ved henvisningsmåde F og G angives, hvilket afsnit patienten er henvist fra Værdisæt 7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen
Indskrivningsmåde	Angivelse af prioritet for kontaktstart

	Værdisæt 1 akut 2 planlagt
Kontaktårsag	Overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset Kontaktårsag er obligatorisk for akutte somatiske patientkontakter og må ikke forekomme i rapporteringen af øvrige patientkontakter. Værdisæt 1 sygdom og tilstand uden direkte sammenhæng med udefra påført læsion, inkl: fødsel 2 ulykke 3 voldshandling 4 selvmordsforsøg 6 skaderegistrering foretages på efterfølgende patientkontakt 7 komplet skaderegistrering foretaget på tidligere patientkontakt 8 andet
Besøgsdato	Dato for ambulante besøg Værdisæt Valid dato Fakultativ for akutte ambulante patientkontakter. Fakultativ for hjemmebesøg og udebesøg.
Diagnoser	Der skal være registreret en aktionsdiagnose senest en måned efter første ambulante besøg. Der kan desuden rapporteres bidiagnoser og komplikationer. Se også beskrivelse i Kap 9 om diagnoseregistrering.
Procedurer	Det er obligatorisk at rapportere alle operationer, radiologiske procedurer samt visse specifikke undersøgelser og behandlinger. Alle andre procedurer kan rapporteres.

Specielle regler for ambulante psykiatriske patienter – se afs 8.6

Vedrørende obligatoriske procedurer – se Kap 10

5.6 Afslutning af ambulante patientkontakt

Tabel 14 Oplysninger som medtages ved afsluttet ambulante patientkontakt

Slutdato	Dato for afslutning af ambulante patientkontakt Værdisæt Valid dato
Udskrivningstime	Klokkeslæt i hele timer for afslutning af ambulante patientkontakt Værdisæt 00-23 Fakultativ for planlagte ambulante patientkontakter
Afslutningsmåde	Angivelse af hvilken instans patienten afsluttes til Værdisæt 1 alment praktiserende læge 2 praktiserende speciallæge 7 udeblevet 8 død ☒ A andet E udlandet (kun hvor sygehuset beslutter behandling i udlandet) F afsluttet til sygehusafsnit G afsluttet til sygehusafsnit, venteforløb ☒) Afslutningsmåde (8) 'død' anvendes i alle tilfælde, hvor kontakten afsluttes pga patientens død. Inkluderer hjernedød Kontakten afsluttes på dato for modtagelse af besked om patientens død

Afsluttet til sygehusafsnit	Ved afslutningsmåde F og G angives hvilket ambulatorium patienten afsluttes til. Afslutningsmåde F og G anvendes, hvis patienten overflyttes direkte til et andet sygehusafsnit. Værdisæt 7-cifret kode fra sygehus-afdelingsklassifikationen
------------------------------------	--

6 DEN AKUTTE PATIENTKONTAKT

Der er særlige krav til rapportering af den akutte ambulante patientkontakt, som erstatter skadestuebesøget mm. De fleste af disse regler er ikke gældende for Færøerne.

Registrering af kontaktårsag er obligatorisk for såvel akutte ambulante som indlagte patienter.

Præhospital

Rapportering fra præhospital er ikke obligatorisk. Hvis rapportering ønskes, skal aktivitet på præhospital rapporteres som akutte ambulante patientkontakter på eget dedikeret afsnit på 7-karakterers niveau efter RGSS's principper.

Visitationspatienter

Patienter, der ankommer til et akut-afsnit, men som viderehenvises 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 rapporteres.

Nyfødte

Alle nyfødte børn rapporteres som akutte patientkontakter, uanset om fødslen for moderens vedkommende har været planlagt fx ved planlagt kejsersnit.

6.1 Den akutte ambulante patientkontakt

Den akutte ambulante patientkontakt skal rapporteres som en selvstændig afsluttet patient-kontakt.

Patientkontaktens tidsmæssige udstrækning er fra patientens ankomst til akut-afsnittet, til patienten igen forlader afsnittet. Det betyder, at den akutte ambulante patientkontakt kun består af et ambulant besøg, svarende til patientens uafbrudte tilstedeværelse på afsnittet, af kortere eller længere varighed.

Beskrivelsen omfatter foruden egentlige akut-modtagelser også tilsvarende funktioner på specialafsnit, der varetager akut undersøgelse og behandling, fx akut øjen-ambulatorium.

Hvis patienten skal fortsætte på sygehuset i planlagt ambulant forløb til videre udredning, behandling eller kontrol, skal der altså oprettes en ny planlagt ambulante patientkontakt. Dette gælder uanset, om patienten skal fortsætte i andet eller i eget ambulatorium.

Besøgsdato

Rapportering af ambulante besøgsdato er frivillig for akutte ambulante patientkontakter.

6.1.1 Varighed af den akutte ambulante patientkontakt

Der gælder det særlige forhold, at den akutte "besøg" kan have en varighed over flere datoer. Varigheden af kontakten er vigtig for ressource-opgørelser. Det er derfor obligatorisk (ud over datoer) at rapportere **udskrivningstidspunkt**, svarende til tidspunktet for, hvornår patienten forlader akut-afsnittet.

Akut besøg i eksisterende ambulante patientkontakt

Beskrivelsen i dette kapitel omhandler ikke det ikke-planlagte besøg på stamafsnittet i en eksisterende ambulante patientkontakt. Dette skal fortsat registreres som et besøg (inkl besøgsdato) indenfor den igangværende patientkontakt

6.2 Kontaktårsag ved akutte somatiske patientkontakter

Alle akutte somatiske patientkontakter skal rapporteres med kontaktårsag. Kontaktårsagen angiver den primære baggrund for patientkontakten. Kontaktårsag må ikke rapporteres for øvrige patientkontakter, herunder psykiatiske patientkontakter.

6.2.1 Multiple årsager til akut patientkontakt

Der er kun mulighed for at angive én kontaktårsag som den overordnede kategorisering af baggrunden for en ny akut patientkontakt. I nogle situationer kan kontakten imidlertid bedst beskrives ved en blanding af fx skade og sygdom. Der skal i disse tilfælde prioriteres.

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.

Kontakten vil i sådanne tilfælde ofte primært omhandle den akutte medicinske tilstand, hvorfor dette er aktionsdiagnosen for kontakten. Der skal således være overensstemmelse mellem aktionsdiagnosen og kontaktårsagen på kontakten.

Den tungeste tilstand vælges ud fra det helt generelle princip som aktionsdiagnose, og svarende til denne angives kontaktårsagen, dvs. (1) 'Sygdom', når sygdom er hovedindikationen for de på kontakten udførte handlinger, og (2) 'Ulykke', når skadeudredning og -behandling efter ulykke trækker de største ressourcer på kontakten.

Hvis en medicinsk tilstand er aktionsdiagnose, vil skaden (-erne) være bidiagnose(r), og der er så ikke krav om registrering af ydre årsager. Men det anbefales, at man ved ikke-trivielle skader alligevel foretager en fuld skaderegistrering.

6.3 Skaderegistrering

Skaderegistrering sættes ikke i værk på Færøerne i 2016.

6.4 Ydelsesregistrering

Det er obligatorisk at rapportere alle operationer, radiologiske procedurer samt visse undersøgelser og behandlinger. Kravene er beskrevet i Kap 10.

6.4.1 Udlevering af medicin, receptfornyelse mm

Ikke akutte opgaver som fx medicinudlevering, receptfornyelse og lignende skal ikke betragtes som besøg, hvis patienten har en igangværende patientkontakt, men derimod som en assistance til det kliniske afsnit, hvortil patienten er knyttet.

Kun, hvis patienten ikke har en igangværende kontakt på sygehuset, rapporteres en akut ambulans patientkontakt – gerne dokumenteret med den udførte ydelse.

6.5 "Indbragte døde" – død efter ankomst

Skadestuerne og andre akutte modtagelser modtager ofte patienter uden livstegn. Disse patienter er ikke legalt set døde, før en læge har konstateret døden. Den ofte anvendte betegnelse "indbragt død" er i disse tilfælde misvisende.

Hvis der ikke har været en læge, der har konstateret døden før den akutte patientkontakt (fx lægeambulance, præhospital), vil dette først ske på patientkontakten, og patienten skal betragtes som enhver anden patient og registreres og rapporteres til HHS, også selvom der ikke er foretaget forsøg på genoplivning.

Patientkontakten afsluttes med afslutningsmåde (8) 'død'.

6.5.1 Diagnosekoder anvendt ved patienter, der erklæres døde på akut patientkontakt

Registrering af aktionsdiagnosen på den akutte patientkontakt følger det generelle princip for valg af aktionsdiagnose.

Hvis døden skyldes kendt årsag, registreres denne som aktionsdiagnose.

Eksempler

(A)DC349	Lungekræft
----------	------------

(A)DI461	Pludselig hjertedød
----------	---------------------

6.5.2 Død ved ankomst

Hvis borgeren derimod ved læge fx på et ulykkessted er erklæret død, og den afdøde indbringes til et modtageafsnit på sygehuset, typisk med henblik på efterfølgende ligsyn, udtagning af væv til transplantation eller eventuel obduktion, skal der ikke ske en rapportering til HHS.

7 PSYKIATRI

Registrering og rapportering af data for psykiatriske patienter er i vid udstrækning identisk med den registrering og rapportering, der foretages for somatiske patienter.

I dette kapitel beskrives kun de oplysninger, der afviger fra somatikken.

I kapitlerne om indlagte patienter (Kap 4), ambulante patienter (Kap 5) og akutte ambulante patienter (Kap 6) beskrives de generelle regler for rapportering.

Akutte ambulante patientkontakter skal rapporteres som selvstændige afsluttede patientkontakter med tidsmæssig udstrækning fra patientens ankomst til akut-afsnittet, til patienten igen forlader afsnittet. Det betyder, at den akutte ambulante patientkontakt svarer til et ambulante besøg. Se yderligere i afs 8.6.1

Bemærk - akut besøg i eksisterende ambulante patientkontakt

Akut psykiatrisk ambulante besøg i en eksisterende ambulante patientkontakt skal fortsat registreres som et besøg (inkl besøgsdato) indenfor den igangværende ambulante patientkontakt

Samtlige kontakter på psykiatriske afdelinger rapporteres løbende.

7.1 Diagnoseregistrering

DZ-diagnosekoderne anvendes generelt kun som aktionsdiagnose, hvor en DF-sygdomsdiagnose ikke er hovedfokus for den aktuelle kontakt.

DZ763* 'Rask ledsager' kan anvendes som aktionsdiagnose på lokale kontakter. Disse frasorteres ved rapportering.

Der kan desuden rapporteres bidiagnoser og komplikationer til behandling. Se beskrivelse i Kap 9 om diagnoseregistrering.

Der henvises til nyeste udgave af "WHO ICD-10 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser" (Munksgaard), der indeholder definitioner og diagnostiske kriterier for de psykiatriske diagnoser.

7.2 Elektroshockbehandling

Det er obligatorisk at rapportere elektroshockbehandling (ECT for alle psykiatriske patienter, der får foretaget denne behandling. Der findes følgende SKS-koder for elektroshockbehandling:

Procedurekode	Kodetekst
BRXA1*	Behandling med elektroshock ECT
BRTB1*	Tvangsbehandling med elektrokonvulsiv terapi ECT

Det er obligatorisk at rapportere ovenstående SKS-koder på mindst 5 karakterer. Kravet gælder såvel stationære som ambulante patienter.

ECT registreres med en procedurekode for hver enkelt behandlingsseance. Den samlede behandling (behandlingsserie) vil vise sig som et antal registrerede procedurekoder - en for hver behandlingsdag.

Vedrørende de øvrige krav til ambulante procedureregistrering - se afs 8.7

Tabel 15 Tilladte aktionsdiagnoser for psykiatriske kontakter

Aktionsdiagnoser	Psykiatriske aktionsdiagnoser
DF00*-99*	Psykiatriske diagnoser (Kap V i sygdomsklassifikationen)
DX60*-84*	Tilsluttet selvbeskadigelse
DX85*-99* DY00*-09*	Overfald eller mishandling (inkl voldshandling, overgreb og omsorgssvigt)
DZ004	Kontakt mhp psykiatrisk undersøgelse IKA
DZ032	Observation pga mistanke om psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse
DZ032A	Observation pga. mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse
DZ038	Observation pga mistanke om anden sygdom eller tilstand
DZ039	Observation pga mistanke om sygdom eller tilstand UNS
DZ0460	Kontakt mhp retspsykiatrisk undersøgelse
DZ0461	Kontakt mhp psykiatrisk undersøgelse ifm. dom til behandling
DZ0462	Kontakt mhp psykiatrisk undersøgelse ifm. dom til anbringelse
DZ0462A	Dom til psykiatrisk anbringelse på Sikringen
DZ0462B	Dom til psykiatrisk anbringelse på anden psykiatrisk afdeling
DZ0463	Kontakt mhp civilretslig psykiatrisk undersøgelse
DZ0464	Kontakt mhp socialretslig psykiatrisk undersøgelse
DZ0468	Kontakt mhp anden retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning
DZ0469	Kontakt mhp retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning UNS
DZ700	Rådgivning vedrørende seksuel holdning
DZ701	Rådgivning vedrørende seksuel adfærd el orientering
DZ702	Rådgivning vedrørende seksuel adfærd hos tredje part
DZ703	Rådgivning om seksuel holdning, adfærd og orientering
DZ708	Anden seksularådgivning
DZ709	Seksualrådgivning UNS
DZ710	Person i konsultation på anden persons vegne
DZ711	Rådgivning ved bekymring for sygdom hos rask person
DZ714	Rådgivning og kontrol ved alkoholmisbrug
DZ715	Rådgivning og kontrol ved medicinmisbrug
DZ716	Rådgivning og kontrol ved tobaksmisbrug
DZ718	Anden rådgivning
DZ719	Rådgivning UNS
DZ749	Problem i forbindelse med afhængighed af pleje UNS
DZ765	Simulering
DZ810	Familieanamnese med mental retardering
DZ811	Familieanamnese med alkoholmisbrug
DZ812	Familieanamnese med tobaksmisbrug
DZ813	Familieanamnese med misbrug af anden psykoaktiv substans
DZ814	Familieanamnese med andet stofmisbrug
DZ818	Familieanamnese med anden psykisk eller adfærdsmæssig sygdom
DZ843	Familieanamnese med indgifte
DZ864	Anamnese med misbrug af psykoaktive stoffer
DZ865	Anamnese med psykisk eller adfærdsmæssig forstyrrelse
DZ914	Anamnese med psykisk traume IKA

7.3 Retslige forhold

Ved retslige forhold, der ikke omhandler tvang, skal der registreres diagnose tilhørende DZ046* som bidiagnose eller eventuelt som aktionsdiagnose.

DZ046* registreres som aktionsdiagnose, hvis det retslige forhold er den eneste eller væsentligste grund til kontakten. I alle andre tilfælde skal det være bidiagnose.

Koderne kan ses i tabellen over tilladte psykiatriske aktionsdiagnoser (Tabel 8.1).

7.4 Selvmord, selvmordsforsøg og voldshandlinger under igangværende psykiatrisk kontakt

Registrering af selvmord og selvmordsforsøg under igangværende psykiatrisk kontakt sker via diagnosekodningen.

- ved selvmord, selvmordsforsøg og anden selvtilføjet skade under igangværende kontakt registreres relevant kode fra DX60*-84* som bidiagnose
- ved voldshandling med følger for patienten under igangværende kontakt registreres relevant kode fra DX85*-99* eller DY00*-09* som bidiagnose

Denne registrering gælder for alle kontakttyper.

7.5 Indlagt psykiatrisk patient

Der anvendes samme basisregistrering som for patienter på somatiske afdelinger. Dog er rapportering af kontaktårsag ikke tilladt for psykiatriske patientkontakter.

Følgende oplysninger er specielle for indlagte psykiatriske patienter:

Startvilkår	Angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk patientkontakt Værdisæt 1 almindelig frivillig indlagt 2 tvang (rød blanket) 3 tvang (gul blanket) 5 tvangstilbageholdelse 6 barn indlagt i henhold til Lov om Social Service 7 indlagt i henhold til dom 8 indlagt i henhold til dom til anbringelse 9 indlagt som mentalobservand B indlagt som varetægtsurrogatfængslet C overført varetægtsarrestant D indlagt i henhold til farlighedsdekret E indlagt i henhold til andet retsligt forhold* G retslig patient indlagt frivilligt *) fx udvist patient, hvor foranstaltningen er ophævet jf Udlændingelovens § 71 x) fx patient med dom til ambulat behandling, som er mødt op i akut modtageafsnit og ønsker at blive indlagt frivilligt
Afslutningsmåde	Udover de generelle afslutningsmåder kan følgende afslutningsmåde anvendes: 4 ingen lægelig opfølgning

	Anvendes fx, når der ikke er behov for yderligere psykiatrisk behandling eller opfølgning, hvis patienten ikke har givet samtykke til videregivelse af oplysninger til egen læge, når en patient forlanger sig udskrevet mod givet råd og ikke ønsker yderligere behandling, eller når et barn videregives til psykologisk-pædagogisk rådgivning, socialforvaltning eller talepædagog
--	---

Hvis en patient, der er i behandling under psykiatriloven, eller en retslig patient skal indlægges og behandles på et somatisk afsnit, skal patienten have to samtidige indlæggelser, dvs en indlæggelse på psykiatrisk afsnit og en indlæggelse på somatisk afsnit.

7.5.1 Fysio- og ergoterapeutiske ydelser

For indlagte psykiatriske patienter er det ikke obligatorisk at rapportere fysio- og ergoterapeutiske ydelser.

7.5.2 Fravær

Der findes følgende definitioner for fravær, der anvendes i psykiatrien:

Tabel 16 Definitioner vedrørende fravær

Begreb	Definition/beskrivelse
længerevarende patientfravær	periode under en indlæggelseskontakt, hvor en patient har tilladelse til at forlade sygehuset i op til 30 døgn
fravær uden aftale	periode under en indlæggelseskontakt, hvor en retspsykiatrisk patient forlader sygehuset uden, at der foreligger en aftale

Længerevarende patientfravær anvendes fx, hvis et botilbud skal afprøves, eller hvis et barn er på prøveophold i hjemmet. Patienten disponerer fortsat over sin sengeplads.

Patientfravær uden aftale omfatter kun retspsykiatriske patienter, hvor der af juridisk-administrative grunde ikke kan ske en udskrivning eller, hvis der er tale om tvangstilbageholdte patienter, der efterlyses på behandlingskriterium.

Længerevarende patientfravær og patientfravær uden aftale medfører ikke udskrivning og rapporteres ikke til HHS.

7.5.3 Absenteringer i retspsykiatrien

Det er obligatorisk at rapportere absenteringer for retspsykiatriske patienter med en diagnose DZ046*.

Tabel 17 Definitioner vedrørende absenteringer i retspsykiatrien

Begreb	Definition/beskrivelse
udeblivelse	Udeblivelse er de situationer, hvor patienten ikke kommer tilbage eller kommer for sent tilbage fra uledsaget udgang. Patienten misbruger en udvist tillid i forbindelse med en gradvis udslusning
undvigelse	Undvigelse indebærer situationer, hvor patienter stikker af fra ledsagende personale. Forekommer fx når patienter er bevilget udgang med ledsagelse, eller hvor patient og personale sammen bevæger sig rundt på hospitalsområdet uden for sengeafsnittet
rømning	Rømning er at stikke af fra et sengeafsnit eller lukket have. Der er her tale om at bryde ud under forhold, hvor patienten ikke er givet nogen frihedsgrader

Rapportering af absentering omfatter retspsykiatriske patienter, der er indlagt og har en DZ046* diagnose enten som bidiagnose eller aktionsdiagnose.

Procedurekoderne skal registreres på den indlagte kontakt. Det skal registreres, når patienten absenterer fra hospitalet, og igen når patienten returnerer til hospitalet.

Absentering i stationært regi vedr udeblivelse

Procedurekode	Kodetekst
AWX31A	Absenteret i stationært regi, udeblivelse
AWX31B	Absenteret i stationært regi, tilbage efter udeblivelse

Absentering i stationært regi vedr undvigelse

Procedurekode	Kodetekst
AWX32A	Absenteret i stationært regi, undvigelse
AWX32B	Absenteret i stationært regi, tilbage efter undvigelse

Absentering i stationært regi vedr rømning

Procedurekode	Kodetekst
AWX33A	Absenteret i stationært regi, rømning
AWX33B	Absenteret i stationært regi, tilbage efter rømning

7.6 Ambulant psykiatrisk patient

Krav til rapporteringen af akutte ambulante patientkontakter. De generelle krav er beskrevet i Kap 6.

Bemærk - akut besøg i eksisterende ambulant patientkontakt

Akut psykiatrisk ambulant besøg i en eksisterende ambulant patientkontakt skal fortsat registreres som et besøg (inkl besøgsdato) indenfor den igangværende ambulante patientkontakt

Der anvendes generelt samme basisregistrering som for ambulante patienter på somatiske afdelinger. Dog er rapportering af kontaktårsag ikke tilladt for psykiatriske patientkontakter.

Følgende oplysninger er specielle for ambulante psykiatriske patienter:

Startvilkår	Angivelse af de juridisk-administrative forhold ved start af en psykiatrisk patientkontakt Værdisæt K almindelig frivillig ambulant L ambulant behandling i henhold til vilkår M ambulant behandling i henhold til dom N ambulant mentalundersøgelse O tvungen ambulant opfølgning P barn til ambulant undersøgelse i henhold til Lov om Social Service R andet ambulant retsligt forhold* * Det kan fx være en social- eller civilretslig undersøgelse, der foregår ambulant.
Afslutningsmåde	Udover de generelle afslutningsmåder kan følgende afslutningsmåde anvendes: 4 ingen lægelig opfølgning Anvendes fx, når der ikke er behov for yderligere psykiatrisk 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, eller når et barn viderehenvises til psykologisk-pædagogisk rådgivning, socialforvaltning eller talepædagog

7.6.1 Akut ambulant psykiatrisk patientkontakt

Der anvendes samme basisregistrering for akutte psykiatriske patientkontakter som for somatiske. Dog er rapportering af kontaktårsag ikke tilladt for psykiatriske patientkontakter.

Som aktionsdiagnose anvendes kode fra listen over tilladte psykiatriske aktionsdiagnoser.

Som bidiagnose(r) tilføjes patientens øvrige psykiatriske diagnoser og eventuelle somatiske skader.

Koderne for (ydre årsager) voldshandling (DX85*-99*/DY00*-09*) og selvmordsforsøg (DX60*-84*) anvendes kun som aktionsdiagnoser i de tilfælde, hvor en ny psykiatrisk patientkontakt opstartes akut og primært på disse baggrunde.

7.7 Ambulante psykiatriske ydelser

Følgende beskrivelse og vejledning omhandler kun planlagte psykiatriske ambulante patientkontakter.

Ambulante ydelser i psykiatrien omfatter kategorierne:

- ambulant besøg (med eller uden yderligere registrerede ydelser)
- hjemmebesøg og udebesøg (med eller uden yderligere registrerede ydelser)
- ydelse uden besøg

”Ydelser uden besøg” er ydelser på og udenfor sygehuset, hvor patienten ikke er til stede.

7.7.1 Ambulante besøg

Det er vigtigt at være opmærksom på kravet om patientens tilstedeværelse for, at der er tale om et ambulant besøg. Dette gælder uanset patientens alder og grad af deltagelse.

Planlagt ambulant besøg rapporteres som besøgsdato.

Hvis der i forbindelse med det ambulante besøg udføres en eller flere af følgende ydelser, skal disse også registreres og rapporteres:

Procedurekode	Procedurer, der obligatorisk skal registreres, når de indgår i ambulant besøg
BRSP1	Individuel psykoterapi
BRSP2	Parterapi
BRSP3	Familieterapi
BRSP4	Flerfamilieterapi
BRSP5	Psykoterapi i gruppe
BRXA9A	Psykiatrisk dagbehandling
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse
ZZ4992	Semistruktureret diagnostisk interview
AAF21	Førstegangsbesøg
BVAA34A	Samtale med behandlingssigte
ZZ0149AX	Somatisk udredning
BRKP8	Psykoedukation i gruppe
BRBP	Træning af kombinerede psykosociale færdigheder

Definitioner/beskrivelser af ydelserne kan ses i [Psykiatrisk registreringsvejledning](#)

Det er frivilligt at rapportere andre udførte procedurer.

7.7.2 Dagbehandling

'Dagbehandling' er definitionsmæssigt et planlagt ambulante besøg, idet patienten er til stede, men ikke disponerer over en normeret seng.

Dagbehandling registreres som planlagt ambulante besøg (besøgsdato) med procedurekoden BRXA9A 'Psykiatrisk dagbehandling'. Koden for dagbehandling anvendes, selvom behandlingen ikke varer en hel dag.

Registreringen suppleres med procedurekoder for konkrete ydelser, der er givet, og som normalt ikke indgår i dagbehandling.

Eksempel

Dagbehandling med psykologisk undersøgelse:

Procedureregistrering	Kodetekst
BRXA9A	Psykiatrisk dagbehandling
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse

7.7.3 Hjemmebesøg og udebesøg

Hjemmebesøg foregår i patientens hjem eller et sted, der fremtidigt skal være patientens hjem. Hjemmebesøg kræver tilstedeværelse af klinisk personale, men forudsætter ikke patientens tilstedeværelse.

Hjemmebesøg rapporteres med den overordnede (administrative) procedurekode AAF6.

Procedurekode	Overordnet kode for hjemmebesøg og udebesøg
AAF6	Hjemmebesøg
AAF7	Udebesøg

Udebesøg er et møde mellem patient og sundhedsfagligt uddannet personale på fx dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre mm.

Udebesøget rapporteres med den overordnede (administrative) procedurekode AAF7.

Hvis der i forbindelse med hjemmebesøget eller udebesøget udføres en eller flere af følgende ydelser skal disse også registreres og rapporteres:

Procedurekode	Procedurer, der obligatorisk skal registreres, når de indgår i hjemmebesøg og udebesøg
ZZ4991	Psykologisk undersøgelse
ZZ4992	Semistruktureret diagnostisk interview
BVAA34A	Samtale med behandlingssigte
BRBP	Træning af kombinerede psykosociale færdigheder

Det er frivilligt at rapportere andre udførte procedurer. Hjemmebesøg kan også foretages under en stationær kontakt. Dette dokumenteres ligeledes med koden AAF6.

7.7.4 Ambulante ydelser uden besøg

”Ydelse uden besøg” er en eller flere ambulante ydelser, der normalt finder sted uden for ambulat besøg, hjemmebesøg eller udebesøg. Dvs situationer, hvor patienten ikke er til stede på psykiatrisk afsnit, hvor personalet ikke er i patientens hjem eller, hvor der ved fremmøde på sygehuset kun deltager personale, som ikke må rapportere besøgsdatoer.

”Ydelse uden besøg” omfatter administrative og kliniske procedurer, hvor patienten ikke er personligt til stede. **Ergo- og fysioterapeutiske procedurer** medregnes hertil, idet der i forbindelse med disse ikke må registreres ambulat besøg (=besøgsdato), når disse faggrupper er de eneste behandlere.

Følgende procedurer skal obligatorisk rapporteres:

Procedurekode	”Ydelser uden besøg”
AAF83	Institutionsbesøg
BVAA33A	Telefonkonsultation
BVAA97	Samtale med forældre
BVAA99	Samtale med værge
BVAA5	Samtale med pårørende
BVAW1	Kontakt med anden myndighed
BVAW2	Netværksmøde
ZZ0182	Udfærdigelse af erklæring
ZZ0231A	Supervision til institution

Eksempel

Samtale med forældre med efterfølgende udfærdigelse af erklæring – patienten til stede:

Procedureregistrering	Kodetekst
BVAA97	Samtale med forældre
ZZ0182	Udfærdigelse af erklæring

8 REGISTRERING AF DIAGNOSER

Diagnoseregistreringen tager udgangspunkt i den enkelte patientkontakt og diagnoserne rapporteres. Der skal ved afslutningen af kontakten rapporteres én aktionsdiagnose og kontaktens klinisk relevante bidiagnoser.

Tabel 18 Definitioner - diagnoseregistrering

Begreb	Definition/beskrivelse
diagnosekode (diagnose)	klassificeret betegnelse for en diagnose, der er optaget i gældende "Klassifikation af sygdomme"
diagnoseart (kodeart)	angivelse af den efterfølgende SKS-diagnosekodes registreringsmæssige betydning
aktionsdiagnose diagnoseart 'A'	den diagnose der ved afslutning af en kontakt bedst angiver den vigtigste tilstand, som kontakten drejede sig om
bidiagnose 'B'	diagnose der supplerer beskrivelsen af den afsluttede kontakt
henvisnings-diagnose 'H'	diagnose der angives af henvisende instans som årsag til henvisning
tillægskode '+'	SKS-kode der supplerer primærkodens betydning Se afs 9.3 om "Tillægskodning".

8.1 Generelle registreringsprincipper

Diagnosekoderne rapporteres i SKS-format med foranstillet (SKS-hovedgruppe) 'D', fx DA022' Lokaliseret salmonellainfektion'. Koderne er vist i SKS-format i denne vejledning. Diagnoserne kodes efter "Klassifikation af sygdomme", der er den danske oversættelse og udbygning af WHO's sygdomsklassifikation (ICD-10).

Der sker løbende en udbygning af sygdomsklassifikationen med mere specificerede kodemuligheder. Disse kan ikke ses i bogudgaven af Sygdomsklassifikationen, men findes i den elektroniske version, der bliver opdateret hvert kvartal. Sygehusenes patientadministrative systemer bliver løbende opdateret med den aktuelle SKS-version, som også kan ses og hentes fra [SKS-Browser](#)

Generelt er kravet til diagnoser fem positioner eller mere (inklusive 'D').

Undtagelsen er "henvisningsdiagnose", der beskrives efterfølgende.

Forgiftninger med psykoaktive stoffer, se afs 7.4.5, skal kodes på højeste registreringsniveau.

8.1.1 De basale principper

For registreringen af diagnoser gælder følgende generelle regler:

- som aktionsdiagnose anføres den diagnose, der har ført til indlæggelse, plejebehov, ambulant kontakt eller skadekontakt, og som er den væsentligste årsag til de gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogrammer. Aktionsdiagnosen rapporteres med diagnosearten 'A'
 - ved konkurrerende diagnoser anføres den væsentligste kliniske tilstand som aktionsdiagnose
 - de øvrige diagnoser, som medvirkende årsag til eller som fund på kontakten eller som komplicerende for kontakten, medtages som bidiagnoser, der rapporteres med diagnoseart 'B'

- tilgrundliggende sygdom med klinisk betydning for den aktuelle kontakt registreres som bidiagnose
- kontaktens øvrige klinisk relevante diagnoser, herunder eventuelle betydende komplikationer og symptomer, anføres som bidiagnoser
- der må ikke rapporteres diagnoser på kontakten for sygdomme, som patienten ikke har, eller ikke har haft i løbet af kontakten

Det vil sige **ikke** kræft, før sygdommen er endeligt verificeret. Og **ikke** kræft, når patienten er helbredt ved en tidligere kontakt.

Hvis det vurderes relevant, kan tidligere sygdom registreres med koder med startteksten "anamnese med...".

8.1.1.1 Multiple sygdomme

Som angivet ovenfor under de generelle principper, skal der i diagnoseregistreringen foretages en prioritering af kontaktens diagnoser, idet den klinisk set tungeste tilstand skal rapporteres som aktionsdiagnose. De øvrige kontakt-relevante diagnoser (sygdomme, skader og øvrige tilstande) rapporteres som bidiagnoser.

Prioriteringen og antallet af bidiagnoser skal 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.

8.1.2 Slutregistrering

Aktionsdiagnosen og eventuelle bidiagnoser skal valideres ved kontaktafslutning. Der kan inden slutregistreringen være fremkommet nye eller supplerende svar på undersøgelser, der afklarer patientens slutdiagnose.

Typiske eksempler er patologisvar, der bekræfter mistænkt malignitet, og patologisvar eller billeddiagnostiske svar, der justerer udbredelsen af allerede registreret malign tumor.

8.2 Diagnosearter

Diagnosearterne er defineret i tabel 18. Der skal altid rapporteres en aktionsdiagnose for en afsluttet kontakt. Der kan kun rapporteres én aktionsdiagnose, og én henvisningsdiagnose pr. kontakt.

Kontaktens diagnoseregistrering suppleres med de klinisk relevante bidiagnoser.

8.2.1 Aktionsdiagnosen

Vedrørende diagnoseregistrering og ambulante kontakter, herunder overskrivning af aktionsdiagnosen - se også Kap 5.

Aktionsdiagnosen skal entydigt sige så meget som muligt om kontakten. Der er mange muligheder for at sætte den rette aktionsdiagnose på kontakten, som den diagnose, "der bedst beskriver tilstanden, der blev handlet på".

I forhold til det samlede sygdomsforløb er det manifestationen af sygdommen i kontaktperioden - snarere end grundsygdommen eller årsagen til manifestationen, der skal registreres som aktionsdiagnose.

Principperne for valg af aktionsdiagnose er beskrevet i indledningen til "Klassifikation af sygdomme". Den registrerede aktionsdiagnose ved afslutning af patienten skal angive den tilstand, der har ført til indlæggelse, plejebenhov, ambulant kontakt eller skadekontakt, og som er den væsentligste årsag til det i kontakten gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogram.

En patient vil ofte have flere diagnoser, der kan være konkurrerende som årsager til undersøgelse, behandling og sengedagsforbrug. I sådanne tilfælde må den diagnose som vurderes som den alvorligste, også for prognosen på længere sigt, betragtes som aktionsdiagnosen.

Aktionsdiagnosen beskrives også som den tilstand, som er den væsentligste årsag til gennemførte undersøgelser og behandlinger. Der er således også et ressourcemæssigt aspekt.

Kontaktens øvrige diagnoser registreres efterfølgende som bidiagnoser.

Eksempler

Patient med prostata kræft indlagt til palliativ smertebehandling.

Smarter er aktionsdiagnose, kræftsygdommen er bidiagnose:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DM545	Lændesmerter UNS
(B)DC795B	Metastase i knogle
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen
(B)DC619	Prostatakræft
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Patient med kendt malign urinblæresygdom indlagt og behandlet for hæmaturi:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DR319A	Makroskopisk hæmaturi UNS
(B)DC679	Kræft i urinblæren UNS
(+)AZCA4	sygdommen tidligere fuldt anmeldt af afdelingen

Det er vigtigt at være opmærksom på, at der også kan kodes for "mistanke om" (obs. pro, ej befundet/ikke afkræftet - se afs 9.5.1) og andre årsager til kontakten som fx 'kontrolundersøgelse efter behandling'. Disse muligheder anvendes på kontakter, hvor patienten ikke har en "rigtig diagnose", dvs i udredningsfasen, indtil den kliniske diagnose stilles, og i kontrolfasen, hvor den tidligere sygdom er helbredt.

De særlige diagnosekoder (DX*-DY*) for (ydre årsager ved) selvmordsforsøg og voldshandling må ikke anvendes som aktionsdiagnoser på somatiske patientkontakter.

8.2.2 Relevante bidiagnoser

Kan beskrivelsen af kontaktens patienttilstande ikke klares med aktionsdiagnosen alene, skal der suppleres med en eller flere relevante bidiagnoser - "ikke mange - kun de få rigtige". Det er udelukkende kontakten, der skal beskrives - **ikke** det samlede sygdomsforløb.

- omfanget af registreringen af bidiagnoser skal afspejle det diagnostisk relevante billede i forhold til den aktuelle kontakt
- registreringen af bidiagnoser skal til gengæld ikke omfatte diagnoser, tilstande eller forhold, der ikke har klinisk relevans i forbindelse med den aktuelle kontakt
- tilgrundliggende og anden sygdom med klinisk betydning for den aktuelle kontakt registreres som bidiagnose

8.2.3 Henvisningsdiagnose

Henvisningsdiagnosen er den diagnose, der er anført af den henvisende læge eller sygehus/afsnit som årsag til henvisning. Henvisningsdiagnosen giver mulighed for efterfølgende at analysere sammenhængen mellem henvisningsårsagen og afdelingens endelige diagnoser og ydelser.

På Færøerne er vedtaget, at kommunelægerne anvender ICPC klassifikationen som henvisningsdiagnose.

8.2.4 Komplikationer til undersøgelse og behandling

En komplikation til en procedure er en tilstand hos patienten, som er en utilsigtet følge af en procedure, uanset om denne har været gennemført korrekt eller mangelfuldt, om der har været svigt af anvendt apparatur, eller om komplikationen må tilskrives patientens tilstand eller andre forhold i øvrigt.

Komplikationer klassificeres efter "Klassifikation af sygdomme" (ICD-10).

Registrering af komplikationer er udførligt beskrevet i Kap 11

Vedrørende diagnoseregistrering ved bivirkninger til lægemidler – se afs 9.5.5

8.3 Tillægskodning

I registreringen kan SKS-koder anvendes som tillægskoder til specifikation af en SKS-primærkode.

Tillægskoden lægger yderligere information til primærkoden. Eksempler er tilføjelse af sideangivelse til en diagnose og ATC-kode som specificering af lægemiddelstof.

Tillægskodning er også omtalt i Kap 7, ved procedureregistrering i afs 10.13 og ved cancerregistrering i afs 13.4

Eksempler

Indikation for udført indgreb (ikke obligatorisk tillægskodning):

Procedureregistrering	Kodetekst
(P)KLAE20	Dobbelt-sidede ooforektomi
(+)DC509	Brystkræft UNS

Udført indgreb som baggrund for peroperativ komplikation (ikke obligatorisk tillægskodning):

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DO821A	Enkeltfødsel ved akut kejsersnit før fødsel
(B)DO740	Aspirationspneumoni under anæstesi ved fødsel
(+)KMCA20	Vaginalt kejsersnit

Når en SKS-kode anvendes som tillægskode, angives det i rapporteringen ved et foranstillet '+'.

Tillægskoder er i denne publikations eksempler ligeledes angivet med foranstillet '+' og er som de øvrige kodearter vist i parenteser i eksemplerne.

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

Til nogle diagnosekoder er det obligatorisk at registrere tillægskode. Dette gælder for diagnoser vedrørende svangerskab, abort og fødsel, anmeldelsespligtige sygdomme til Cancerregisteret samt i forbindelse med lægemiddelinducerede sygdomme og tilstande.

ATC-koder rapporteres inkl det foranstillede 'M', som anvendes for SKS' lægemiddel-klassifikationen:

Diagnose-registrering	Kodetekst
(A)DT450A	Forgiftning med lægemiddel af kendt art med virkning på koagulation IKA
(+)JMB01AA03	warfarin

8.4 Særlige regler vedrørende diagnoseregistrering

For neoplastiske sygdomme findes en liste med anmeldelsespligtige diagnoser, for hvilke der kræves en særskilt anmeldelse til Cancerregisteret med særlige krav til rapporteringen - se Kap 13

Der stilles desuden specielle krav til diagnoseregistreringen ved skader som følge af ulykke, voldshandling, selvmordsforsøg (Kap 7), forgiftninger (Kap 7), ved fødsler og aborter (Kap 12) samt ved psykiatri registrering (Kap 8).

For nogle diagnosekoder gælder, at koden kun kan bruges i forhold til en given alder eller et bestemt køn. Disse regler knytter sig til den enkelte SKS-kode, og ved rapportering til HHS bliver der fejlsøgt for køn og/eller alder i forhold til klassifikationen, dog ikke hvis koden er anvendt som tillægskode.

8.5 Særlige kode- og registreringsprincipper

"Klassifikation af sygdomme" (kapitel 21) indeholder DZ*-koder til angivelse af årsag til kontakt med sundhedsvæsenet, som fx 'mistanke om sygdom' (obs. pro), 'kontrol' (uden sygdom), (behov for) genoptræning, screening og profylaktiske foranstaltninger mm.

DZ*-koder anvendes kun som aktionsdiagnose på kontakter, hvor der ikke er en "rigtig sygdom". DZ*-koder angiver i disse situationer "patientens behov for" eller "årsag til..." patientens kontakt med sygehuset.

8.5.1 "Obs. pro"- diagnoser

I kodeafsnittet DZ03* findes koder til angivelse af 'Observation pga mistanke om...'. Disse koder anvendes til angivelse af kontaktårsagen "obs. pro" (ej befundet *eller* ikke afkræftet) - dvs til angivelse af den tilstand som kontakten vedrørte, uden at der klinisk er blevet stillet en egentlig eller endelig diagnose. "Obs. pro"-diagnoser kan på den måde være med til at angive, hvad kontaktens ressourcetræk er anvendt til.

Der findes såvel generelle som specificerede "obs. pro"- koder i afsnittet DZ03*. Uspecificke DZ03*- koder kan specificeres med en tillægskode for den specifikke tilstand, der er undersøgt/observeret for.

Ved kontaktregistrering vil en indledende ambulant udredning før eventuel indlæggelse til behandling optræde som en selvstændig kontakt med egen aktionsdiagnose. Der skal ikke registreres sygdomsdiagnose, når diagnosen enten endnu ikke er stillet, mangler udredning eller er afkræftet.

Eksempler

"Obs. pro toksisk kontaktdermatit":

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DZ038	Observation pga mistanke om anden sygdom eller tilstand

(+)DL249	toksisk kontaktdermatitis UNS
----------	-------------------------------

Tillægskoden specificerer primærkoden (her en aktionsdiagnose (A)), uden at tillægskoden kommer til at optræde selvstændigt som en "rigtig diagnose". Det skal særligt fremhæves, at specificering af "obs. pro"-diagnoser vil kunne have en betydning for DRG-grupperingen.

DZ*-koderne anvendes ofte i forbindelse med registrering af henvisningsdiagnose:

Henvisningsdiagnose	Kodetekst
(H)DZ031H2	Observation pga mistanke om kræft i urinblæren

Andre eksempler med og uden anvendelse af tillægskoder

Mistanke om heroinforgiftning:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DZ036	Observation pga mistanke om toksisk effekt af indtaget stof
(+)DT401	forgiftning med heroin

Meningitis obs. pro:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DZ033	Observation pga mistanke om sygdom i nervesystemet
(+)DG039	meningitis UNS

Observation for epilepsi:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DZ033A	Observation på grund af mistanke om epilepsi

Mistanke om malignt melanom på trunkus:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DZ031P	Observation pga mistanke om kræft i hud
(+)DC435	malignt melanom i hud på kroppen

Mistanke om brystkræft:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DZ031R	Observation pga mistanke om kræft i bryst

8.5.1.1 Afkræftet obs. pro

Obs. pro diagnoserne (DZ03*) kan suppleres med en tillægskode, der angiver aktuel status på udredningen:

Tillægskode	Kodetekst
(+)ZDW71	afkræftet

Tillægskode	Kodetekst
(+)ZDW72	ikke afkræftet

ZDW7*-tillægskoder må ikke anvendes som tillægskode til andre diagnosekoder (D*) end DZ03*.

8.5.2 "Anamnese med..."

Tidligere tilstande kan kodes med 'Anamnese med' (DZ85*-88*) og evt tillægskode, der angiver den pågældende tilstand.

Eksempler

Registreringen vil oftest være relevant som bidiagnose:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(B)DZ874	Anamnese med sygdom i urin- eller kønsorgan
(+)DQ532	dobbeltsidig testikelretention

Tilsvarende kan symptom eller følgetilstand specificeres med tillægskode:

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(B)DN469B	Azoospermi
(+)DQ532	dobbeltsidig testikelretention

Anvendt som tillægskode kan en tidligere tilstand således specificere en aktuel tilstand.

8.5.3 Diagnosekodning ved kontrol

I kodeafsnittene DZ08* og DZ09* findes koder for "kontrolundersøgelse", der anvendes som aktionsdiagnose på kontakt, hvor der sker en kontrol, uden at sygdommen fortsat er til stede.

Denne diagnosekodning (kontaktbegrundelse) skal ikke forveksles med procedureregistreringen i forbindelse med fx de ambulante besøg, hvor der udføres (kliniske) kontrolundersøgelser.

Kontrolundersøgelse omfatter klinisk undersøgelse og kontrol, rådgivning, samtale og svar vedr sygdommens undersøgelse og behandling ved en tidligere kontakt.

Inkluderer

kontakter, hvor der udføres simple procedurer som sårkontrol, skiftning og suturfjernelse, uden at der er tale om egentlig efterbehandling af sygdommen.

Ekskluderer

kontakter, hvor der udføres primær eller sekundær behandling af sygdommen herunder egentlig efterbehandling.

Ved kontaktregistrering vil en ambulant kontrol findes som en selvstændig kontakt i HHS med egen aktionsdiagnose, der altså ikke er sygdomsdiagnosen, når denne er kureret på en tidligere (behandlings)kontakt .

8.5.4 Registrering ved misbrug

Misbrugsdiagnoserne findes i kodeintervallet DF10*-19* 'Psykelige lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer'.

Ved tilstande klassificeret under følgende tre afsnit, skal der angives tillægskode fra kodeafsnittene DT40* og DT43* (se afs 7.5.5) til specificering af det (de) aktuelle stof(fer):

DF11 Psykelige lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af opioider

DF15 Psykelige lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af andre centralstimulerende stoffer

DF16 Psykelige lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af hallucinogener

Eksempler

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DF1106	Akut opioidintoksikation med kramper
(+)DT401	forgiftning med heroin

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DF1150	Skizofrenilignende opioidpsykose,
(+)DT406W	forgiftning med opioid UNS

8.5.5 Lægemiddelbivirkninger

En lægemiddelbivirkning er en skadelig og utilsigtet virkning af et lægemiddel indtaget i normal dosis.

Bivirkninger af lægemidler anvendt i terapeutiske doser betragtes ikke som "forgiftninger" og registreres med diagnosekoder, der beskriver bivirkningens karakter - diagnose/symptom - suppleret med ATC-tillægskode for lægemiddelstoffet, der har forårsaget bivirkningen.

Eksempler

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DK257	Kronisk mavesår uden blødning eller perforation
(+)MN02BA01	acetylsalicylsyre

Diagnoseregistrering	Kodetekst
(A)DI959	Hypotension UNS
(+)MC08CA01	amlodipin

Der er for visse diagnosekoder obligatorisk krav om ATC-tillægskode - se [Patientregistrering](#)

8.5.5.1 Bivirkning som årsag til patientkontakt

Hvis en bivirkning er årsag til ny sygehuskontakt, anvendes kontaktårsag 1 'Sygdom'.

9 REGISTRERING AF PROCEDURER

Procedurer (ydelser) er de handlinger, der kan udføres på eller gives til en person med kontakt til sygehusvæsenet.

Procedureregistreringen tager udgangspunkt i den enkelte patientkontakt, og udførte procedurer rapporteres. De rapporterede procedurer klassificeres med SKS-procedureklassifikationer.

Procedureregistreringen omfatter den obligatoriske operationsregistrering samt registrering af andre behandlinger og undersøgelser, hvoraf nogle er obligatoriske. Der gælder særlige regler i forbindelse med bl.a. operationsregistreringen. Vejledningen på de forskellige procedureområder er derfor adskilt i de følgende afsnit. Generelle principper og krav er beskrevet først.

De obligatoriske registreringskrav for procedurer gælder for indlagte og ambulante patienter.

Der må ikke rapporteres ambulante ydelser på en ambulant kontakt samtidig med, at der er en indlæggelsesperiode for samme sygdom. Ydelserne registreres i denne periode på indlæggelseskontakten.

Tabel 19 Definitioner - procedureregistrering

Begreb	Definition/beskrivelse
procedure	handling der kan udføres på eller gives til en person med kontakt til sygehusvæsenet
procedurekode (procedure)	klassificeret betegnelse for en procedure der er optaget i gældende SKS-procedureklassifikation
procedureart	angivelse af den efterfølgende SKS-procedurekodes registreringsmæssige betydning
producent	det afsnit der har udført en procedure
rekvirent	det afsnit der har bestilt en procedure
assistance	procedure hvor producenten er forskellig fra stamafdelingen
operation (operationskode)	procedure klassificeret i gældende operationsklassifikation
kirurgisk indgreb (indgreb)	en eller flere operationer udført i samme seance
primær operation (P)	den vigtigste operation i et kirurgisk indgreb
deloperation (D)	operation der indgår som en del af et kirurgisk indgreb uden at være den vigtigste operation
reoperation	operation foretaget pga en postoperativ komplikation inden for en måned efter den første operation
sekundær operation (sekundært indgreb)	opfølgende operation
tillægskode - kodeart (+)	SKS-kode der supplerer primærkodens betydning. Se afs 10.13 om "Tillægskodning"

Primærkode: Diagnose- eller procedurekode. I eksemplerne er kodeart vist i parenteser.

9.1 SKS-hovedgrupper

Procedurerne, der er inddelt i nedenstående hovedgrupper, kan ses på SKS-Browser

SKS-hovedgruppe	Proceduretype
A	Administrative koder
B	Behandling og pleje
K	Operationer
N	Anæstesi
U	Undersøgelser
W	Midlertidig undersøgelsesklassifikation
Z	Diverse procedurekoder

9.1.1 Behandlings- og plejeklassifikation

Denne klassifikation supplerer "Klassifikation af operationer" mhp dokumentation af de sundhedsfaglige aktiviteter. Disse koder er ikke alle registreringspligtige men giver den enkelte afdeling mulighed for aktivitetsregistrering på et klinisk meningsfuldt niveau.

9.2 Rapporteringsstruktur

Udførte procedurer rapporteres med:

- SKS-procedurekodenummer
- eventuelle tillægskoder
- proceduredato
- procedureklokkeslæt
- sygehus/afdelings-kodenummer for producerende afsnit (producent)
- procedureart for operationer - se afs 10.4.1. Øvrige procedurer rapporteres med procedureart "blank"

9.3 Assistancer

En assistance er en procedure, hvor producenten er forskellig fra stamafdelingen.

Der kan rapporteres ambulante assistancer uden samtidig besøg på stamafdelingen, fx røntgenundersøgelser. Registreringspligtige procedurer, der er udført som assistance, skal knyttes til og rapporteres på stamkontakten.

Eksempel

Ydelser udført som assistance skal knyttes til rapporteringen af stamkontakten.

Det er normalt den producerende afdeling, der registrerer ydelserne:

Stamafdeling	Ortopædkirurgi
(A)DZ094J	Kontrolundersøgelse efter behandling af crusfraktur
UXRG30	Røntgenundersøgelse af crus producent: røntgenafsnit (på assistanceafdeling)

Hvis patienten derimod har en åben ambulat kontakt for en anden sygdom, skal ydelser givet i forbindelse med denne anden sygdom fortsat registreres på den dertil hørende patientkontakt.

9.4 Operationsregistrering

For indlagte og ambulante patienter skal udførte operationer registreres og rapporteres

Operationer kodes efter "Klassifikation af operationer" kapitel A-Y (opdelt efter anatomi), der er den danske oversættelse af den **nordiske operationsklassifikation NCSP** (NOMESKO).

Operationskoderne rapporteres i SKS-format med foranstillet (SKS-hovedgruppe) 'K', fx KFNG02A 'Primær perkutan transluminal plastik på koronararterie (PTCA)'. Koder er vist i SKS-format i denne vejledning.

Der sker løbende en udbygning af klassifikationerne med mere specificerede kodemuligheder. Den elektroniske version af klassifikationerne, der løbende bliver opdateret, er den officielle. Sygehusenes patientadministrative systemer bliver opdateret hvert kvartal med de aktuelle versioner. Disse kan ses og hentes fra [SKS-browser](#)

9.4.1 Angivelse af operationsart

Analogt med diagnoserne skal der sammen med hver SKS-operationskode registreres en procedureart til markering af primære operation (P) og (øvrige) del-operationer (D) i et kirurgisk indgreb. Et kombineret indgreb bestående af operationer udført under samme anæstesi knyttes på denne måde sammen i registreringen vha. procedurearterne.

Generelt skal operationer udført i samme anæstesi registreres som ét indgreb. Dette inkluderer operationer per occasionem og bilaterale indgreb. Dog kan man fx ved multitraumer vælge at registrere flere indgreb, hvis indgrebet involverer flere producenter.

Procedurer, der udføres samtidigt bilateralt, registreres generelt som to procedurer i samme indgreb fx ved samtidig dobbeltsidig indsættelse af hofteproteser.

Tillægskoden (+)TUL3 'bilateral' må ikke anvendes på procedurekoder.

Der findes dog en række koder med indbygget "bilateralitet" fx KKFD46 'Bilateral vasektomi eller ligatur af vas deferens'.

9.4.2 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.

Reoperationer og sekundære operationer kan efter ønske specificeres med indikation (sygdomskode) og/eller den primære operationskode som tillægskode.

9.4.3 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", se afs 10.4.2, selvom termerne alment sprogligt anvendes i flæng.

Betegnelsen "sekundær operation" anvendes også om sekundær udskiftning af alloplastik, fx knæprotese. "Klassifikation af operationer" har særlige koder for sekundære alloplastiske indsættelser.

9.5 Rapportering af fysio- og ergoterapeutiske ydelser

Vedr kravene til registrering af genoptræningsperioder – se afs 10.6

Det er obligatorisk at rapportere fysio- og ergoterapeutiske ydelser. Rapporteringen af ydelserne skal være dækkende for fremmødet, og der skal rapporteres minimum én ydelse pr. fremmøde for ambulante patienter.

For indlagte somatiske patienter gælder det ligeledes, at der skal rapporteres de ydelser, der er dækkende for hver intervention.

Vedr kravene til registrering af indlagte psykiatriske patienter - se Kap 8

Kravet til koder (definitioner og minimums specificeringsniveau) fremgår af kodekatalogerne for fysioterapi hhv ergoterapi.

Eksempler

Fysioterapibehandling - registrering af patient, der behandles for lymfeødem. Ved første fremmøde kodes:

Procedureregistrering	Kodetekst
ZZ5049	Undersøgelse/vurdering/anamnese
BMFF1	Lymfeødembehandling
BVD	Information og vejledning

Ved efterfølgende fremmøder kodes:

Procedureregistrering	Kodetekst
BMFF1	Lymfeødembehandling

Ergoterapibehandling - registrering af patient, der henvises med facialispårese og/eller synke-problemer. Ved første fremmøde kodes:

Procedureregistrering	Kodetekst
ZZ5049	undersøgelse/vurdering/anamnese
BEF	hvis behandlingen opstartes i forbindelse med undersøgelse
BTP	hvis behandling er målrettet spisetræning
BVD	hvis der gives systematisk information og vejledning til patient, pårørende eller øvrige behandler/personale

For fysio- og ergoterapeuter, der er tilknyttet en anden klinisk afdeling fx reumatologisk afdeling, må der kun rapporteres procedurer og ikke besøg, når patienten alene har modtaget ydelser hos fysio- og ergoterapeuterne.

I statistikker ses udelukkende på ydelsesrapporteringen fra de fysio- og ergoterapeutiske afsnit. Det betyder, at ambulante besøg fra stamafsnit med speciale 98 (fysio-/ergoterapier) ikke tæller med i statistikken. For at fysio- og ergoterapeutiske ydelser kan ses i statistikker, skal der rapporteres mindst en procedure per fremmøde.

9.6 Genoptræning

De danske regler gælder ikke for Færøerne.

9.7 Neonatal hørescreening

Screeningen gennemføres som en tostadiescreening, og der 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".

De relevante procedurekoder for undersøgelserne fremgår af procedure-kodelisten for neonatal hørescreening, se nedenfor (10.7.2).

Der skal kun registreres en procedurekode (per metode) for undersøgelsen samlet set for begge ører.

Der skal til procedurekoderne registreres tillægskode for resultatet af undersøgelsen - se resultatkodekoden.

9.7.1 Diagnoseregistrering i forbindelse med hørescreening

Følgende diagnosekoder vil i de fleste tilfælde være relevante ved besøg/kontakt, hvor den eneste eller væsentligste ydelse er neonatal hørescreening. Det indskræpes, at diagnoseregistreringen løbende skal kvalificeres i forhold til resultatet af de udførte undersøgelser.

Diagnosekode	Diagnose	Bemærkning
DZ135C	Screening for medfødt høretab	anvendes på alle screeningsbesøg, hvor det samlede resultat af de udførte undersøgelser er "bestået"
DZ037A	Observation pga mistanke om medfødt høretab	anvendes i alle tilfælde, hvor resultatet ikke afkræfter høretab - uanset om der viderehenvises til udredning eller ej
DH919 (DH90*)	Høretab UNS	anvendes i de tilfælde, hvor screening eller anden undersøgelse viser høretab, uden at dette kan specificeres yderligere på dette tidspunkt. Hvis høretabet kan specificeres, kodes relevant DH90-kode

9.7.2 Procedureregistrering ved hørescreening

Hørescreeningen skal obligatorisk registreres med følgende udvalgte procedurekoder:

Procedurekode	Procedure
ZZ1450A ☒	Automatiseret hjernestammeaudiometri (A-ABR)
ZZ1450D	Diagnostisk hjernestammeaudiometri (D-ABR)
ZZ1450D1	Diagnostisk hjernestammeaudiometri (D-ABR) med tærskelfastlæggelse
ZZ7100A ☒	Automatiseret Auditory Steady State Responsaudiometri (A-ASSR)
ZZ7100D	Diagnostisk Auditory Steady State Responsaudiometri (D-ASSR)
ZZ7306A ☒	Automatiseret Transient Evoked OtoAcoustic Emissions (A-TEOAE)
ZZ7306D	Diagnostisk Transient Evoked OtoAcoustic Emissions (D-TEOAE)
ZZ7307A ☒	Automatiseret Distortion Product OtoAcoustic Emissions (A-DPOAE)
ZZ7307D	Diagnostisk Distortion Product OtoAcoustic Emissions (D-DPOAE)

Procedureregistreringen dækker en given undersøgelse samlet for begge ører.

De med x mærkede procedurekoder skal suppleres med tillægskode for resultatet af undersøgelsen:

Tillægskode	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

Resultatet (tillægskoden) refererer entydigt til den enkelte undersøgelseskode, hvortil den er knyttet. Der bliver for de markerede procedurekoder valideret for obligatorisk tillægskode for resultat af undersøgelsen.

Eksempel

Procedureregistrering	Kodetekst
ZZ1450A	Automatiseret hjernestammeaudiometri (A-ABR)
(+)ZPR00B	ikke bestået

9.7.2.1 Afbrudt (mislykket) undersøgelse

Hvis målingen mislykkes, anvendes det generelle princip for registrering af afbrudte procedurer.

Eksempel

Procedureregistrering	Kodetekst
ZPP62	Procedure afbrudt pga tekniske problemer med udstyr
(+)ZZ1450A	automatiseret hjernestammeaudiometri (A-ABR)

9.8 Hjemmebesøg

Tabel 20 Definition hjemmebesøg

Begreb	Definition/beskrivelse
hjemmebesøg	en klinisk persons besøg i patientens hjem Hjemmebesøg kan foregå under indlæggelse og ambulante kontakt

Hjemmebesøg er alle besøg (både med og uden tilstedeværelse af patienten), hvor en sundhedsfaglig person fra sygehuset er i patientens hjem. Hjem inkluderer institution, plejehjem, hospice og lignende, hvor patienten bor eller skal bo i fremtiden.

Hjemmebesøg rapporteres obligatorisk (administrativ) procedurekode: **AAF6 'Hjemmebesøg'**.

Udførte kliniske ydelser givet ifm hjemmebesøget kan rapporteres med separate procedurekoder.

9.9 Udebesøg

Tabel 21 Definition Udebesøg

Begreb	Definition/beskrivelse
udebesøg	møde mellem patient og sundhedsfagligt uddannet personale på fx dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre mm Besøget sker som led i ambulant udredning, undersøgelse, behandling eller kontrol. Udebesøg omfatter ikke ambulant besøg, hjemmebesøg, institutionsbesøg eller virksomhedsbesøg

Udebesøg registreres med koden: **AAF7 'Udebesøg'**.

Udebesøg inkluderer ikke institutionsbesøg eller virksomhedsbesøg, da disse registreres med andre SKS-koder.

9.10 Registrering af andre procedurer

Udover ovenstående beskrevne krav er der rapporteringskrav for visse "ikke-kirurgiske" procedurer, dvs behandlinger og undersøgelser mv.

Det drejer sig om:

- radiologiske ydelser (afs 10.10.1)
- andre ydelser (10.10.2)
- medikamentel behandling (10.10.3)
- behandlinger ved kræftsygdomme (10.10.4)
- særlige krav i psykiatrien – se Kap 8

9.10.1 Radiologiske ydelser

Det er obligatorisk at rapportere **alle radiologiske procedurer**, dvs alle procedurer klassificeret efter SKS-afsnit UX*.

Det betyder, at såvel ydelser givet (som assistance) til en patient, der har en kontakt til en klinisk afdeling på sygehuset, som ydelser givet til patienter med selvstændig ambulant kontakt i røntgenafdelingen, skal rapporteres.

Udførte billeddiagnostiske undersøgelser registreres efter "Klassifikation af radiologiske procedurer" (UX*-koder). Registreringen følger de generelle principper for procedureregistrering.

Der er krav om obligatorisk tillægskodning (sideangivelse og anvendelse af kontrast) for en del af de radiologiske procedurer - se liste radiologiske procedurer.

Assistancer

Når undersøgelse foretages på en patient, der allerede har en kontakt til sygehuset, skal den radiologiske ydelse knyttes som assistance til den aktuelle patientkontakt på stamafdelingen.

9.10.2 Andre ydelser

Ud over de tidligere i dette kapitel beskrevne obligatoriske ydelser skal en række procedurer obligatorisk registreres.

Der er krav til registrering af procedurer på følgende områder

Procedurekode	Obligatoriske procedurer
Særlige krav vedr medikamentel behandling – se afs 10.10.3	
Operationer – se afs 10.4	
Særlige krav i psykiatrien – se Kap 8	
Fysio- og ergoterapi – se afs 10.5	
Neonatal hørescreening – se afs 10.7	
UX*	Radiologiske procedurer – se afs 10.10.1
AAF6	Hjemmebesøg – se afs 10.8
AAF7	Udebesøg – se afs 10.9
NABB	Intensiv terapi
NABE	Intensiv observation
BAXY1	Intensiv neurorehabilitering på højt specialiseret central enhed
BAXY2	Intensiv neurorehabilitering på decentral enhed
BFA0*	Implantation af transvenøs kardial pacemaker
BFCB0*	Implantation af cardioverter-defibrillator
BFFA*	Eksternt anvendt procedure v. behandling af kardiale rytmeforstyrrelser
BFFB*	Radiofrekvensablation
BGDA0*	Respiratorbehandling
BGDA1	Non-invasiv ventilation (NIV)
BGHF1	Behandling med surfactant
BJFD*	Dialysebehandling
BKHD4**	Medicinsk abort
BOHA1	Fibrinolytisk behandling
BOQP*	Aferesebehandling
BRSP***	Systematisk psykoterapi
BRTB1*	Tvangsbehandling med elektrokonvulsiv terapi ECT
BRXA1*	Behandling med elektroshock ECT
BRXY8	Integreret tværfaglig smertebehandling (ITS)
BUAL1	Total parenteral ernæring
BVAA33A	Telefonkonsultation
Behandlinger ved kræftsygdomme – se også afs 10.10.4	
BWG*	Strålebehandling
BOHJ*	Behandling med antistoffer og immunmodulerende behandling
BOQE*	Behandling med stamcellekoncentrat
BOQF*	Knoglemarvstransplantation
BWHA*	Cytostatisk behandling
BWHB*	Behandling med biologisk modificerende stoffer

Procedurekode	Obligatoriske procedurer
BWHC*	Hormonel/antihormonel antineoplastisk behandling
BWHW1	Dendritcellevaccination

Det angivne kodeniveau er det obligatoriske minimumsniveau. Kan valgfrit registreres mere detaljeret.

***) vedr. procedureregistrering ved medicinsk abort – se afs 12.5

Bemærk

Ovenstående liste dækker kun de statistiske anvendelser.

Kravene gælder indlagte og ambulante patienter.

Der kan være yderligere krav til registreringen, herunder lokale krav og i forbindelse med rapportering til kvalitetsdatabaser.

Endelig har enkelte specialer udgivet kodevejledninger og kodelister, der afgrænser de procedurer, som specialet anbefaler, at afdelingerne registrerer.

9.10.2.1 Patientudførte procedurer

Hjemmedialyse, blodprøveanalyser og andre lignende procedurer foretaget af patienten selv skal ikke rapporteres.

Kun hvor sygehuspersonale er til stede, skal der foretages en ydelsesregistrering af den **sundhedsfaglige ydelse** fx hjemmebesøg.

Udlevering af poser og væske til hjemmedialyse sker normalt direkte fra leverandør til patienten. I dette tilfælde skal der heller ikke ske registrering på kontakten.

9.10.3 Medikamentel behandling

Registrering af ”medikamentel behandling” foretages på et overordnet niveau - ”behandlingen” - for de igangværende behandlinger, der skal registreres, og som afdelingen har iværksat eller har ansvaret for.

Der er krav om obligatorisk registrering af en række behandlinger - se afs 10.10.2 og afs 10.10.4 vedrørende behandling ved neoplastiske sygdomme.

Registreringen foretages af den afdeling, der aktuelt er ansvarlig for medicineringen, ofte den ordinerende afdeling. Behandlingen registreres ved hver indlæggelseskontakt/ambulante besøg på den ansvarlige afdeling.

Medikamentel behandling skal kun registreres, hvis den har klinisk relevans for den pågældende kontakt eller det ambulante besøg.

Ved pause i behandlingen skal der ikke registreres behandling. Det er en klinisk vurdering, om patienten er i medikamentel behandling på et givent tidspunkt, eller patienten pauserer behandlingen eller har afsluttet behandlingen.

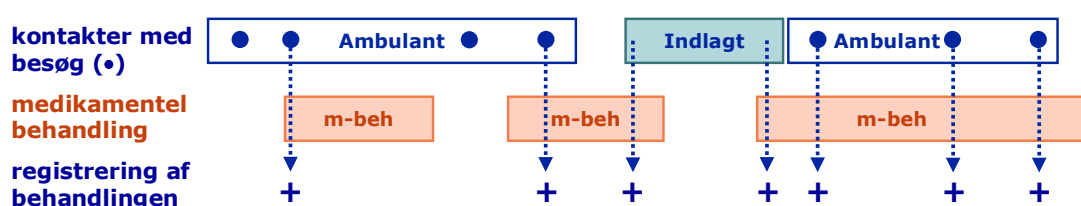
Behandling registreres generelt med startdato for behandlingen som proceduredato, og ved igangværende behandling lig med besøgsdato ved ambulant besøg og kontaktstartdato ved indlæggelseskontakt.

Registrering af medikamentel behandling foretages, uanset om medicinen faktisk indtages eller udleveres på sygehuset eller ej. Indgift og udlevering af medicin skal registreres jf principperne senere i dette afsnit.

9.10.3.1 Registrering af medikamentel behandling

I SKS findes, indenfor visse terapeutiske områder, prækoordinerede procedurekoder mhp registrering af medikamentel behandling. Prækoordinerede behandlingskoder beskriver både selve proceduren – behandlingen – og det lægemiddel, der behandles med. Der er desuden en del behandlingskoder, der omfatter flerstof-behandling, især indenfor området cytostatisk behandling.

Figur 2 Registrering af medikamentel behandling



Rapportering af medikamentel behandling er obligatorisk for en række behandlinger statistiske og monitoreringsmæssige årsager. De "statistiske" er vist i tabellerne i afs 10.10.2 hhv afs 10.10.4 - behandlinger ved kræftsygdomme. Lister over, hvilke behandlinger, der samlet set, uanset formål, obligatorisk skal rapporteres kan findes via Patientregistrerings hjemmeside (under udvikling).

Eksempel

Besøgsregistrering ved cytostatisk behandling med prækoordineret procedurekode. På besøget er der udleveret medicin (ikke dokumenteret her)

Procedureregistrering	Kodetekst
BWHA132	Behandling med cisplatin+5-fluorouracil

9.10.3.2 Medicinudlevering

Hvis udlevering af medicin som led i en medikamentel behandling ønskes registreret, gøres dette ved at registrere behandlingen og relevant tillægskode for (BWDB0*) 'Udlevering af medicin'.

Eksempel

Procedureregistrering	Kodetekst
BWHA115	Behandling med methotrexat
(+)BWDB0AM2	udlevering af medicin til brug i 2 måneder

9.10.3.3 Medicingivning

Hvis medicingivning som led i en medikamentel behandling skal eller ønskes registreret, gøres dette ved at registrere behandlingen og relevant tillægskode for (BWAA*) 'Medicingivning'.

Eksempel

Procedureregistrering	Kodetekst
BWHA130	Behandling med carboplatin+methotrexat+vinblastin

(+)BWAA6	Mediceringivning intravenøst
----------	------------------------------

9.10.4 Behandlinger ved kræftsygdomme

Følgende behandlinger er obligatoriske at rapportere:

Procedurekode	Behandling af neoplasi
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
BHWW1	Dendritcellevaccination

Det angivne kodeniveau er det obligatoriske minimumsniveau. Koderne kan yderligere specificeres med mere detaljeret kode.

Principper for registrering af medikamentel behandling er beskrevet i afs 10.10.3

Kravene gælder indlagte og ambulante patienter og omfatter behandling og efterbehandling af neoplasi, herunder recidiv-forebyggende behandling.

Der kan være yderligere krav til procedureregistrering, herunder i forhold til afregning - se også vedr. medikamentel behandling ovenfor (afs 10.10.3.1), i forhold til lokale krav, samt i forbindelse med rapportering til kvalitetsdatabaser.

9.11 Ambulante ydelser

Der er en løbende udvikling i kravene til dokumentationen af den sundhedsfaglige aktivitet. Det vil betyde krav om registrering og rapportering af flere ydelser, hvilket især vil blive mærkbart på det ambulante område.

De i de foregående afsnit beskrevne krav til procedureregistreringen gælder også for ambulante patienter.

9.11.1 Registrering af kliniske ydelser

Som et minimum anbefales det, at alle ambulante besøg så vidt muligt dokumenteres med registrering af mindst en klinisk ydelse til supplerende af den administrative besøgsrapportering (besøgsdato), som under alle omstændigheder sker.

Sygeplejerskeydelser fx kateterskift kan registreres med de relevante procedurekoder. Koderne er således ikke fagspecifikke. En ydelse kan evt. markeres med tillægskode for personalekategori.

9.11.2 Ydelser af administrativ karakter

Mindre veldefinerede ydelser af administrativ karakter bør så vidt muligt undgås. Som generelt princip registreres de relevante kliniske ydelser – operationer, undersøgelser eller medicinske behandlinger.

”Kontrolbesøg”, ”indlæggelse” og ”tilsyn” er eksempler på betegnelser af overvejende administrativ karakter, der ikke siger noget om, hvad der klinisk set er foretaget. Disse upræcise ”ydelser” anbefales derfor undladt i registreringen til fordel for mere præcis angivelse af de kliniske ydelser.

Nogle gange kan det dog være ønskeligt eller nødvendigt at registrere ”ydelser” af administrativ karakter, fx skal hjemmebesøg obligatorisk rapporteres med den administrative procedurekode AAF6 ’Hjemmebesøg’ - se afs 10.8. Udebesøg kan tilsvarende registreres med AAF7 ’Udebesøg’ - se afs 10.9.

9.12 Telemedicinske ydelser

Telemedicin er af Dansk Selskab for Klinisk Telemedicin kort defineret som ”digitalt understøttede sundhedsfaglige ydelser over afstand”. Ved hjælp af informations- og kommunikationsteknologi kan telemedicin fremme diagnosticering, behandling, forebyggelse, forskning og uddannelse i sundhedsvæsenet. Der er altså tale om en meget rummelig definition, der potentielt inkluderer en bred vifte af ydelser, herunder ydelser klinikere imellem.

Det er planlagt en begrebsmæssig afklaring under det nationale begrebsarbejde som en forudsætning for at kunne afgrænse telemedicinske ydelser.

I det følgende fokuseres der derfor udelukkende på den individbaserede patientregistrering i relation til telemedicin. Her er det kun de direkte ydelser til patienten, der eventuelt skal registreres, dvs ydelser, hvor patienten (eller dennes stedfortræder) og klinikeren er i direkte, men virtuel kontakt. Overordnet drejer det sig om virtuel kommunikation og virtuel digital-understøttet sundhedsfaglig ydelse.

I denne sammenhæng kræver en ”telemedicinsk ydelse”, at patienten er direkte involveret part i kommunikationen subsidiært, at patienten direkte modtager ydelsen.

Virtuel kommunikation mellem kliniker og patient inkluderer de eksisterende særlige ydelseskoder for egentlige konsultationer med klinisk sigte:

Procedurekode	Kodetekst
BVAA33A	telefonkonsultation
BVAA33B	e-mailkonsultation
BVAA33D	videokonsultation

”Telemedicinsk ydelse” inkluderer i denne sammenhæng ikke kommunikation og dataudveksling mellem to eller flere klinikere.

Patientens egen-måling af værdier og efterfølgende behandling/medicinering i overensstemmelse med resultatet af målingen (fx blodsukker og INR) er ikke inkluderet.

Telemedicinske ydelser registreres i øvrigt efter de generelle regler for registrering af procedurer, dvs producerende afdeling kan enten være stamafdeling eller assisterende afdeling.

Telemedicinske ydelser udført som assistance til anden sygehusafdelings patient registreres på stampatientkontakten med assistanceafsnittet som producent. Hvis dette af teknisk eller anden grund ikke kan lade sig gøre, er alternativet, at der på assistanceafdelingen oprettes en ambulans kontakt, og den telemedicinske ydelse registreres som ydelse uden besøg.

Der må kun rapporteres ambulans besøgsdato på dagen, hvis patienten har et ambulans besøg eller et hjemmebesøg på afdelingen på samme dato.

Hvis sundhedsfagligt personale er til stede i patientens hjem i forbindelse med den telemedicinske ydelse, skal der samtidig rapporteres procedurekode AAF6 for hjemmebesøget.

En patient-orienteret klinisk ydelse kan markeres som udført telemedicinsk med tillægskode for telemedicinsk ydelse, hvis dette ikke indgår implicit i ydelsen.

Eksempel

Procedureregistrering	Kodetekst
ZZ9201	Psykotterapi
(+)ZPW00900	telemedicinsk ydelse

9.12.1 "Indirekte ydelser"

Der vil med den fortsatte udvikling og indføring af moderne teknologi opstå nye scenarier, hvor en kliniker ansat på sygehus kommunikerer eller udfører kliniske ydelser overfor patienten. Det vil nok være meget svært at definere, hvad der falder inden for rammerne af "telemedicin", men svarende til ovenstående kan en ydelseskode suppleres med tillægskode til at angive, at ydelsen er udført virtuelt og digitalt understøttet:

Procedureregistrering	Kodetekst
WLHLSXXXX	Lungefunktionsundersøgelse, spirometri
(+)ZPW00900	telemedicinsk ydelse

9.12.2 Telefonkonsultation

Telefonkonsultation er en klinisk virtuel kommunikation med patienten som led i behandling og kontrol af sygdom. Telefonkonsultation (procedurekode: BVAA33A) kan erstatte ambulante besøg.

Telefonkonsultation kan stå alene i procedureregistreringen. Hvis telefonkonsultationen omhandler en medikamentel behandling, der ønskes registreret, tilføjes den relevante behandlingskode som selvstændig procedurekode (primærkode).

Eksempel

Procedureregistrering	Kodetekst
BVAA33A	Telefonkonsultation
BWHA110	Behandling med 5-fluorouracil

Der er således ikke umiddelbart en binding mellem de to selvstændigt registrerede ydelser.

Hvis der ikke er ambulante fremmøde på samme dag, må der ikke registreres ambulante besøgsdato.

9.13 Tillægskodning

Der kan til alle procedurekoder registreres tillægskoder for indikation (med diagnosekode), anvendt anæstesi, sideangivelse, anvendt transplatat, specificeret anatomi og anvendt teknik mv - fx anvendelse af laser ved behandling af urinvejssten.

Tillægskoder knytter sig til den enkelte primære procedurekode.

Tillægskoder kan ikke registreres som selvstændige procedurer.

Eksempler

Procedure udført i generel anæstesi:

Procedureregistrering	Kodetekst
BMBZ51E	Anlæggelse af centralt venekateter i v. subclavia
(+)NAAC10	generel i.v. anæstesi uden N ₂ O

Sideangivelse kan registreres med tillægskoderne:

Tillægskode	Kodetekst
(+)TUL1	højresidig
(+)TUL2	venstresidig

'bilateral' (TUL3) må ikke anvendes som tillægskode på procedurer

Procedure udført akut:

Procedureregistrering	Kodetekst
KEMB10	Tonsillektomi
(+)ATA1	akut

Personalekategori for udførende personale:

Procedureregistrering	Kodetekst
BJAZ14	Skiftning af suprapubisk kateter
(+)APBA14	sygeplejerske

Ydelsessted:

Procedureregistrering	Kodetekst
ZZ4397	Allergologisk miljøundersøgelse
(+)ZSHA0	arbejdsplads

Anvendt tolkebistand:

Tillægskode	Kodetekst
(+)ZAT0	tolkebistand fra professionel tolk
(+)ZAT1	tolkebistand fra pårørende
(+)ZAT2	tolkebistand fra bekendt

Disse muligheder er ikke obligatoriske, men det bør overvejes, om der ved tillægskodning kan opnås oplysninger, der også kan anvendes til andre formål, fx til rapportering til kliniske kvalitetsdatabaser. Tillægskodning kan også anvendes til at knytte et resultat til en udført procedure(kode).

ATC-koder kan anvendes som tillægskoder til specificering af behandlingskode med anvendt lægemiddelstof. ATC-koder rapporteres med foranstillet 'M' som i eksemplerne.

Tillægskoder i forbindelse med operationer, se afs 10.4

10 KOMPLIKATIONER TIL UNDERSØGELSE OG BEHANDLING

Vedrørende diagnoseregistrering ved lægemiddelbivirkninger – se afs 9.5.5

Komplikationer til undersøgelse og behandling er tilstande, der er opstået som en utilsigtet følge af en procedure – dvs et kirurgisk indgreb, anden behandling eller undersøgelse - uanset om proceduren er udført korrekt eller mangelfuldt, om der har været svigt af anvendt apparatur, eller om komplikationen kan tilskrives patientens tilstand eller andre forhold i øvrigt.

Komplikationer kan fx være større peroperativ blødning, organlæsion, postoperativ blødning og sårinfektion. Til begrebet komplikation medregnes principielt enhver form for nosokomial infektion dvs infektion, der er erhvervet under kontakt med sygehuset, og som ikke var påvist, beskrevet eller under inkubation på tidspunktet for kontaktstart.

Normalt anvendes en **tidsmæssig afgrænsning** på 30 dage mellem den formodede forårsagende procedure og den opståede tilstand, idet der udover denne periode i stigende grad bliver usikkerhed om årsagssammenhæng mellem udførte procedurer og opståede tilstande. Dette gælder især infektioner.

For yderligere at fokusere på de væsentlige komplikationer anbefales det kun at registrere behandlingskrævende tilstande. Hvis fx en blødning ikke har et omfang, der medfører intervention, skal denne ikke registreres som komplikation.

10.1 Klassificeringsprincipper (WHO)

Diagnoseklassifikationen skelner mellem komplikationer, der er opstået som (formodet) komplikation til en procedure, og andre nosokomielle komplikationer, hvor der ikke er en formodet årsagssammenhæng mellem en udført procedure og en opstået tilstand.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at fx en urinvejsinfektion efter kateterisering og en lungebetændelse efter kirurgisk indgreb klassificeres efter kodeafsnittet DT814*, når der er en **klinisk begrundet årsagssammenhæng** eller formodning om årsagssammenhæng mellem procedure og infektion.

Hvis dette ikke er tilfældet, klassificeres infektionen som sygdom (i andre kapitler fx akut cystitis DN300) og ikke som komplikation til procedure.

Obstetriske sårinfektioner og urinvejsinfektioner efter fødsel eller obstetrisk indgreb klassificeres efter DO86* - puerperal sepsis dog efter DO85*.

Infektioner opstået i forbindelse med og efter abort klassificeres under DO0*.

10.2 Særlig fokus på tidlige postoperative komplikationer

Det anbefales, at der generelt og systematisk sker en dækkende registrering af alle behandlingskrævende tilstande, der er opstået som komplikationer til udført indgreb.

Der er særlig fokus på følgende obligatoriske komplikationskoder for postoperative infektioner.

Tabel 22 Obligatoriske komplikationskoder for postoperative infektioner

Diagnosekode	Komplikation
DT814A	Absces i operationscicatrice
DT814B	Postoperativ intraabdominal absces

Diagnosekode	Komplikation
DT814C	Postoperativ subfrenisk absces
DT814D	Postoperativ sepsis
DT814E	Postoperativ sårgranulom
DT814F	Postoperativ sårinfektion
DT814G1	Postoperativ overfladisk sårinfektion
DT814H1	Postoperativ dyb sårinfektion
DT814I1	Postoperativ intraabdominal infektion UNS
DT814J1	Postoperativ retroperitoneal infektion
DT814P	Postoperativ pneumoni
DT814U	Postoperativ urinvejsinfektion
DT814X	Anden postoperativ infektion

Det anbefales, at disse altid specificeres på det i tabellen angivne niveau (6 karakterer).

Der er følgende definitioner knyttet til udvalgte kategorier.

10.2.1 Udvalgte definitioner

DT814G Postoperativ overfladisk sårinfektion

Infektionen involverer hud og subcutis og opstår indenfor 30 dage efter indgrebet. Mindst ét af følgende tre punkter skal være opfyldt:

- purulent sekretion fra såret
- kirurgisk sårrevision med positiv dyrkning fra udtømt materiale
- bakterier isoleret fra subkutan ansamling i primært lukket sår

DT814H Postoperativ dyb sårinfektion

Infektionen involverer hud og subcutis, og opstår indenfor 30 dage efter indgrebet. Mindst et af følgende tre punkter skal være opfyldt:

- purulent sekretion fra subfascielt dræn/incision
- sårruptur eller sårrevision med fund af infektion, der involverer fascie og muskel (dyrkning skal være positiv)
- fund af subfasciel absces ved punktur (vejledt punktur ved UL- eller CT-skanning), kirurgisk revision eller fund ved reoperation

DT814I Postoperativ intraabdominal infektion

Infektionen involverer organer og/eller cavum peritonei og opstår indenfor 30 dage efter indgrebet. Mindst ét af følgende fire punkter skal være opfyldt:

- mikroorganismer isoleret fra prøve taget peroperativt
- mikroorganismer isoleret fra væskeansamling intraperitonealt, enten taget fra ved reoperation, finnålsaspiration eller fra dræn
- påvisning af (makroskopisk eller mikroskopisk) absces ved enten reoperation eller finnåls-aspiration

- anastomoselækage påvist ved røntgenundersøgelse eller reoperation

DT814J Postoperativ retroperitoneal infektion

Infektionen involverer det retroperitoneale rum og opstår indenfor 30 dage efter indgrebet. Mindst ét af følgende tre punkter skal være opfyldt:

- purulent sekretion fra retroperitonealt placeret dræn
- fund af pus ved punktur (vejledt punktur ved UL- eller CT-skanning), eller ved reoperation (abdominalt eller vaginalt)
- sårrevision med fund af infektion, der involverer det retroperitoneale rum

10.2.2 Komplikation som årsag til patientkontakt

Hvis en komplikation er årsag til ny akut sygehuskontakt, anvendes relevant kontaktårsag.

Kontaktårsag 1 'Sygdom' anvendes, når komplikationen er forårsaget af en procedure, der er udført efter gældende retningslinjer eller normal klinisk praksis.

Vedrørende bivirkninger ved normal, terapeutisk dosering - se afs 9.5.5

11 DEFINITIONER OG BESKRIVELSER TIL PATIENTREGISTRERINGEN

11.1 Organisatoriske begreber

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
adresseafsnit (opholdsadresse)	afsnit der har det plejemæssige ansvar for patienten Bemærkning: Patientens fysiske opholdsadresse under indlæggelsesperiode
afdeling (hospitalsafdeling) (sygehusafdeling)	del af hospital som består af et eller flere afsnit og har en klinisk eller administrativ ledelse Bemærkning: Svarer til enheder, der er medtaget i sygehus-afdelingsklassifikationens 6-karakters niveau. Afdeling opdeles i afsnit
afsnit (hospitalsafsnit) (sygehusafsnit)	del af en afdeling bestemt for en eller få afgrænsede funktioner Bemærkning: Svarer til sygehusafdelingsklassifikationens 7-karakters niveau. Alle rapporteringer knyttes til afsnitsniveauet
akutmodtageafsnit (akutafsnit)	afsnit hvor der uden forudgående aftale modtages patienter til akut undersøgelse og akut behandling Bemærkning: Patienter ligger almindeligvis under et døgn på akut modtageafsnit og flyttes derfra til andet afsnit eller udskrives.
ambulatorieafsnit (ambulatorium)	afsnit hvor der varetages sundhedsfaglig vurdering og behandling af ikke indlagte patienter
intensivafsnit	sengeafsnit med udstyr til intensiv behandling og overvågning Bemærkning: Intensivafsnittets senge kan indgå i normeringen i egen (intensiv) afdeling eller i normeringen i klinisk stamafdeling
normeret sengeplads (normeret seng)	seng på et hospital hvor sundhedsprofessionelle varetager undersøgelse, behandling, overvågning og pleje af indlagte patienter Bemærkning: I normeringen indgår personale til overvågning og pleje. Normerede sengepladser inkluderer senge på akut modtageafsnit, senge til intensiv behandling, hotelsenge (til indlagte patienter), kuvøser samt senge på neonatalafsnit. Vugger til nyfødte på fødeafsnit og senge på opvågningsafsnit medregnes ikke til de normerede sengepladser
opvågningsafsnit	afsnit hvor patienter overvåges efter anæstesi Bemærkning: Afsnittet kan anvendes til såvel ambulante som indlagte patienter. Indlagte patienter disponerer desuden over en plads på et sengeafsnit. Sengepladserne i opvågningsafsnit medregnes ikke til sygehusets normerede sengepladser. Sengedage på opvågningsafsnit medregnes under stamafdelingen
patienthotel	afsnit på eller i tilknytning til hospitalet, der alene yder den til opholdet hørende kost og logi Bemærkning: Patienthotellet er stamafsnit for 'hotelpatienter', mens et sengeafsnit er stamafsnit for patienter indskrevet på sengeafsnit, der har patienthotellet som adresseafsnit.

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
sengeafsnit	afsnit med normerede sengepladser Bemærkning: Hertil regnes også akutte modtageafsnit og intensivafsnit, men ikke opvågningsenge og vugger til nyfødte eller observationspladser i ambulatorier
serviceafsnit	afsnit der yder service til kliniske afsnit

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
	Bemærkning: Serviceafsnit er fx laboratorieafsnit eller røntgenafsnit. Denne definition omfatter ikke afsnittets "egne patienter"
stamafdeling	afdeling der har det lægelige ansvar for en patient indskrevet på et stamafsnit under afdelingen Bemærkning: Svarer til sygehusafdelingsklassifikationens 6-karakterers niveau. Patienten er indskrevet på et stamafsnit (sengeafsnit eller ambulatorium) under stamafdelingen, og registrering sker på 7-karakterers niveau
stamafsnit	afsnit hvor patienten er indskrevet Bemærkning: Et stamafsnit er et sengeafsnit eller et ambulatorieafsnit

11.2 Administrative begreber

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
afslutning af patientkontakt	ophør af patientkontakt
afslutning ved død (mors)	afslutning af patientkontakt ved patients død Bemærkning: Afslutningsmåde 8 = Død anvendes i alle tilfælde, hvor en kontakt afsluttes pga patientens død. Kontaktens afsluttes på den dato, hvor afdelingen modtager besked om dødsfaldet
afslutningsmåde	angivelse af hvilken instans, patientkontakten afsluttes til Bemærkning: Fx: (til) Alment praktiserende læge
akut patient	patient, der er modtaget uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner Bemærkning: Patienter med en akut tilstand, der kræver umiddelbar klinisk handling. Patienten indskrives uden oprettelse af en henvisningsperiode, uanset patientens "vej" til sygehuset. En akut patient kan også være en oprindeligt planlagt patient, der indskrives akut før det planlagte tidspunkt
akut patientkontakt (akut kontakt)	patientkontakt der ikke følger afdelingens normale planlægning Bemærkning: 'Akut' anvendes i betydningen "i forhold til akut tilstand". 'Akut' betyder således, at fx indlæggelse skal ske umiddelbart, uanset om der er ledig kapacitet ("hul i kalenderen") eller ej
Besøg	patients fremmøde i forbindelse med en patientkontakt, der ikke omfatter indlæggelse
barnepatient	patient der ikke er fyldt 15 år Bemærkning: Patienter der ikke er fyldt 15 år betragtes ifølge loven som inhabile, men patientens tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
færdigbehandlet patient	Bemærkning: En patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling. Sygehusets administrative opgaver skal være udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten. Det betyder, at sygeplejerapport, evt midlertidige hjælpemidler, medicin mv skal være klar på udskrivningstidspunktet
habil patient	voksenpatient der er i stand til at give informeret samtykke

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
	Bemærkning: Afgørende er om den pågældende kan forholde sig fornuftsmæssigt til behandlingsforslag mm
hjemmebesøg	en klinisk persons besøg i patientens hjem Bemærkning: Inkluderer det sted, hvor patienten bor eller fremtidigt skal bo. Rapporteringen er afgrænset til sygehusansat klinisk personale. Hjemmebesøg rapporteres med obligatorisk procedurekode AAF6 for hjemmebesøg.
hotelpatient	patient, der er indskrevet på et patienthotel Bemærkning: Hotelpatienter rapporteres som særskilte ambulante kontakter. Dette gælder dog ikke for patienter indskrevet som indlagte på klinisk stamafsnit med adresseafsnit på patienthotellet. Der kan ikke knyttes ydelser til denne særlige kontaktttype. Ydelser skal knyttes til kontakten (ambulant eller indlagt) på det kliniske stamafsnit
indbragt patient	patient der uden aftale bringes i kontakt med sundhedsvæsenet af en anden person
indskrivningsmåde	angivelse af prioritet for kontaktstart Bemærkning: Akut eller planlagt
informeret samtykke	samtykke der er givet ved en konkret patientkontakt på grundlag af fyldestgørende information fra en sundhedsprofessionel Bemærkning: Dette samtykke kan være mundtligt eller skriftligt. Et samtykke til behandling (undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglige forebyggelsestiltag mv.) er patientens frivillige accept af at ville modtage en bestemt behandling
inhabil patient	patient der ikke er i stand til selv at give informeret samtykke Bemærkning: Patienter der ikke er fyldt 15 år betragtes ifølge loven som inhabile, men patientens tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning
kontaktslutdato (slutdato)	dato for afslutning af en kontakt Bemærkning: Omfatter udskrivningsdato og ambulant slutdato. Registreres som 'slutdato'. For ambulante patienter vil slutdato normalt være lig med sidste besøgsdato, fx hvor der træffes beslutning om at afslutte behandlingen. Slutdato kan godt ligge efter sidste besøgsdato, hvis patienten udebliver, hvis der afventes svar, før færdigregistrering kan foretages, eller hvis patienten dør før næste fremmøde.
kontaktstartdato (startdato)	dato for påbegyndelse af en kontakt Bemærkning: Omfatter indlæggelsesdato og ambulant startdato. Registreres som 'startdato'

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
kontaktårsag (kontaktårsagskode)	overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset
kvalitetsmåling	del af kvalitetsovervågning hvor kvaliteten af en ydelse eller et produkt objektivt konstateres Bemærkning: Kan evt udføres vha kvalitetsindikatorer. Resultat af kvalitetsmåling indgår i kvalitetsvurdering
midlertidigt inhabil patient	inhabil patient der midlertidigt ikke er i stand til selv at give informeret samtykke Bemærkning: Fx bevidstløs patient
mundtligt samtykke	udtrykkeligt samtykke der er afgivet mundtligt af en patient

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
	Bemærkning: Er tilstrækkeligt for, at en sundhedsprofessionel kan indlede eller fortsætte en behandling, men det skal fremgå af patientens journal, hvilken information patienten har fået, og hvad patienten har tilkendegivet på baggrund af denne
Patient	sundhedsaktør, der er genstand for en sundhedsaktivitet
patientkontakt (kontakt)	konkret kontakt mellem en patient og sundhedsvæsenet som udløser en administrativ registrering
patienttype	angivelse af en patients administrative relation til sygehuset Bemærkning: Patienttype er: (0) indlagt patient og (2) ambulant patient. Svarer således til kontakttypene
elektiv patient (planlagt patient)	patient, der er modtaget med iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner Bemærkning: Patienten er klar til "første ledige hul" i kalenderen
planlagt patientkontakt (planlagt kontakt) (elektiv patientkontakt)	patientkontakt der følger afdelingens normale planlægning
pårørende (patientpårørende)	person der har et tilknytningsforhold til en patient i forbindelse med en kontakt Bemærkning: Se evt Sundhedsstyrelsens vejledning, 1998-09-16 nr. 161
rask forsøgsperson	person, der modtager sundhedsrelateret aktivitet alene af forsknings-mæssige grunde Bemærkning: Er uden kendt eller formodet sygdom eller tilstand, der er relevant for den sundhedsrelaterede aktivitet
systematisk screening (systematisk opsporing) (organiseret opsporing)	tidlig opsporing der systematisk søger at finde ikke erkendte sygdomme og risikofaktorer Bemærkning: Målgruppen er raske personer
selvhenvender	patient der uden aftale på egen hånd kontakter sundhedsvæsenet
skriftligt samtykke	udtrykkeligt samtykke der er afgivet skriftligt af en patient Bemærkning: Anvendes i forbindelse med videnskabelige forsøg, ved større indgreb, komplicerede behandlinger med risiko for omfattende komplikationer, og hvor en sundhedsprofessionel vil være sikker på, at der ikke efterfølgende kan blive rejst tvivl om samtykkets indhold

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
stiltiende samtykke	informeret samtykke hvor en patients signaler og opførsel må forstås således, at der foreligger en accept Bemærkning: Vil som regel kun være aktuelt i forbindelse med delelementer i et undersøgelses- og behandlingsforløb. Hvis en patient fx kommer til en konsultation hos egen læge, må lægen gå ud fra, at patienten stiltiende har givet sit samtykke til de almindelige undersøgelser, som foregår ved en konsultation
sundhedsaktivitet	sundhedsrelateret aktivitet, der er rettet mod en patient
sundhedsaktør	aktør, der deltager i sundhedsrelateret aktivitet
telefonkonsultation/ e-mail konsultation/ video-konsultation	klinisk virtuel kommunikation med patient som led i behandling eller kontrol af sygdom, som resulterer i et klinisk journalnotat Bemærkning: Ydelsen (uden besøg) kan erstatte et fremmøde på hospitalet eller et hjemmebesøg, registreres med relevante SKS-koder (BVAA33*) på den ambulante kontakt

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
udebesøg	møde mellem en patient og sundhedsfagligt uddannet personale på fx dagcentre, væresteder, kriminalforsorgen, rådgivningscentre mm Bemærkning: Besøget sker som led i ambulant udredning, undersøgelse, behandling eller kontrol. Rapporteringen inkluderer ikke ambulant besøg, hjemmebesøg, institutionsbesøg eller virksomhedsbesøg
udtrykkeligt samtykke	informeret samtykke hvor en patient bevidst og tydeligt giver udtryk for, at han/hun er indforstået Bemærkning: Dette samtykke kan være mundtligt eller skriftligt
varigt inhabil patient	inhabil patient der varigt ikke er i stand til selv at give informeret samtykke Bemærkning: Fx pga manglende udvikling eller pga alderdomssvækkelse eller lignende. Endvidere må kronisk sindslidende ofte henregnes til denne gruppe af patienter
voksenpatient	patient der er fyldt 15 år Bemærkning: Hos 15 til 17-årige er kompetencen endeligt lagt hos den unge ved uenighed mellem den unge og indehavere af forældremyndighed

11.3 Henvisning og venteperiode

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
beslutningstidspunkt	tidspunkt for endelig stillingtagen til hvilken behandling, som patienten skal modtage Bemærkning: Beslutningstidspunkt afslutter udredningen
endelig behandling	den behandling, der klinisk vurderes til bedst at kunne afhjælpe det aktuelle sygdomsproblem Bemærkning: Endelig behandling kan have et kurativt og/eller et palliativt sigte

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
henvisning	anmodning fra en henvisningsinstans til en sundhedsproducent om udførelse af eller medvirken til en sundhedsaktivitet Bemærkning: Henvisninger oprettes udelukkende til planlagte kontakter. Henvisende instans kan være primærsektoren eller en anden afdeling eller afsnit. Denne definition omfatter ikke rekvisition til serviceafsnit eller andet afsnit, der ikke skal være stamafsnit for patienten
henvisningsdato	dato for modtagelse af en henvisning i sygehusvæsenet Bemærkning: Startdato for henvisningsperioden
henvisningsinstans (henvisende instans)	sundhedsaktør med henvisningsret til sundhedsvæsenet
henvisningsperiode	periode fra henvisningsdatoen til dato for første fremmøde på sygehuset Bemærkning: Første fremmøde er indlæggelse eller første ambulante besøg
omvisitering	afslutning af henvisning ved videre henvisning til andet sygehusafsnit på grund af samme helbredsproblem
udredning	afklaring af, hvilken endelig behandling, der skal ske Bemærkning: Udredning kan foregå ambulant, omfattende et eller flere besøg, eller under indlæggelse. Start på udredning afslutter henvisningsperioden. Udredning under indlæggelse afslutter venteperioden

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
udredningsperiode	periode fra start af udredning til beslutningstidspunkt Bemærkning: Der kan i udredningsperioden ske behandling, dog ikke endelig behandling
udvidet fritvalgsordning	tilbud om behandling på andet sygehusafsnit end det afsnit, hvortil patienten oprindeligt er henvist Bemærkning: Hvis ventetiden til behandling overstiger en måned, skal patienten modtage et tilbud om behandling på andet sygehusafsnit

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
visitation	sundhedsfaglig vurdering og administrativ vurdering af en patients behov for sundhedsaktiviteter og prioritering heraf på baggrund af en henvisning eller en patientkontakt

11.4 Indlæggelseskontakter

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
akut indlæggelse	indlæggelse, der har fundet sted uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner
indlagt patient (stationær patient)	patient der er indskrevet på et afsnit og optager en normeret sengeplads Bemærkning: Raporteres som patienttype (0)
indlæggelsesdato	dato for påbegyndelse af en indlæggelseskontakt Bemærkning: Se kontaktstartdato
indlæggelseskontakt (indlæggelse)	patientkontakt på et sengeafsnit Bemærkning: Ved indlæggelse registreres startdato og indlæggelsestime og -minut
indskrivningsmåde	angivelse af prioritet for start af indlæggelseskontakt Bemærkning: Akut eller planlagt
indlæggelsesperiode	periode fra indlæggelsesdato til udskrivningsdato
intern flytning (lille flytning)	flytning af en patient indenfor samme sengeafsnit Bemærkning: Adskiller sig fra overflytning ved at foregå inden for samme afsnit (samme 7-karakters sygehus/-afdelingsniveau)
overflytning (stor flytning)	udskrivning fra et sengeafsnit med umiddelbart efterfølgende indlæggelse på et andet sengeafsnit Bemærkning: Overflytning regnes som udskrivning og ny indlæggelse (andet 7-karakterers sygehus/afdelingsniveau)
patientorlov (orlov)	periode i en indlæggelseskontakt, hvor patienten har tilladelse til at forlade sygehuset i op til 3 døgn Bemærkning: I forbindelse med helligdage kan orlovsperioden dog forlænges. Patienten disponerer over en sengeplads efter behov. Orlovsperioder skal ikke rapporteres
stationær ydelse	ydelse givet til en indlagt patient Bemærkning: Inkluderer eventuelle assistancer givet under indlæggelsesperioden
udskrivningsdato	dato for afslutning af en indlæggelseskontakt Bemærkning: Se kontaktslutdato

11.5 Ambulante kontakter

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
ambulant besøg	besøg i forbindelse med ambulant patientkontakt, hvor stamafdelingen er involveret Bemærkning: Hermed menes ethvert fremmøde på sygehuset, hvor der er deltagelse af klinisk personale fra stamafsnittet, uanset hvor besøget fysisk finder sted. Ambulant besøg omfatter ikke fremmøde på serviceafsnit uden besøg på klinisk stamafsnit (assistance) eller fremmøde på andet klinisk afsnit til assistancedyelse. Assistancer registreres som ambulant ydelse uden besøgsdato. Se også ambulant ydelse og assistance
ambulant besøgsdato (besøgsdato)	dato for ambulant besøg Bemærkning: Se også ambulant ydelse
ambulant kontakt	patientkontakt på et ambulatorium Bemærkning: Raporterede ambulante kontakter kan indeholde ambulante ydelser såvel som besøg (besøgsdato)
ambulant patient	patient der er indskrevet på et afsnit, men ikke optager en normeret sengeplads Bemærkning: Raporteres som patienttype (2). En patient kan ikke modtage ydelser på en ambulant kontakt samtidig med, at der er en indlæggelsesperiode for samme sygdom. Alle ydelser givet i indlæggelsesperioden, skal registreres på indlæggelsen
ambulant ydelse	ydelse givet til en ambulant patient Bemærkning: Omfatter ydelser produceret af stamafsnittet, assistancer produceret af anden klinisk afdeling og assistancedydelser produceret af serviceafdelinger. Ydelser givet i en indlæggelsesperiode for samme sygdom registreres på indlæggelseskontakten, jf kommentar under "ambulant patient". Se også assistance og ambulant besøg
dato for første ambulante besøg	dato for den ambulante patients første ambulante besøg Bemærkning: Kan være til udredning eller behandling
kontrolbesøg (kontrol)	planlagt ambulant besøg mhp klinisk kontrol

11.6 Kliniske termer

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
kodeart	angivelse af den efterfølgende SKS-kodes registreringsmæssige betydning Bemærkning: Inkluderer kodearten "tillægskode" (+), der angiver, at den efterfølgende SKS-kode er en tillægskode til den foranstillede primær-kode

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
primærkode	den første kode i en SKS-registrering Bemærkning: Fx en aktionsdiagnose bestående af en SKS-primærkode (fra diagnoseklassifikationen) og de tilhørende SKS-tillægskoder
SKS-klassifikation	klassifikation der indgår i Sundhedsvæsenets Klassifikations System (SKS) Bemærkning: SKS-klassifikationerne vedligeholdes af Statens Serum Institut

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
SKS-kode	<p>kode fra SKS-klassifikation</p> <p>Bemærkning: Til registrering kan kun anvendes SKS-koder, der har en gyldighedsperiode, der omfatter en del af eller hele kontakten.</p> <p>Procedurekoder skal være gyldige på proceduredato.</p> <p>Der gælder herudover særlige regler i forbindelse med de forskellige registreringer</p>
(1) tillægskode	<p>kodeart, der angiver, at den efterfølgende SKS-kode er en tillægskode til den foranstillede primærkode</p>
(2) tillægskode	<p>SKS-kode, der supplerer primærkodens betydning</p> <p>Bemærkning: Tillægskoden specificerer primærkoden, fx sideangivelse til en operationskode, eller underbygger primærkodens information, fx indikation for en procedure</p>

11.7 Diagnoseregistrering

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
aktionsdiagnose	<p>den diagnose, der ved afslutning af en kontakt bedst angiver den vigtigste tilstand, som kontakten drejede sig om</p> <p>Bemærkning: Registreres med diagnosearten (A).</p> <p>Det er en klinisk vurdering, hvad der er den vigtigste tilstand (diagnose)</p>
bidiagnose	<p>diagnose, der supplerer beskrivelsen af den afsluttede kontakt</p> <p>Bemærkning: Registreres med diagnosearten (B).</p> <p>Bidiagnoser supplerer aktionsdiagnosens beskrivelse af den afsluttede kontakt.</p> <p>Kun de klinisk betydende bidiagnoser skal registreres</p>
diagnose (diagnosetekst)	<p>vurderingsresultat vedr helbredstilstand der er formaliseret</p> <p>Bemærkning: Omfatter egentlige sygdomme, skader, andre lidelser, symptomer og kontaktårsager, inkl "obs. pro", "kontrol" mm.</p> <p>Kodes efter "Klassifikation af sygdomme"</p>
diagnose (diagnosekode)	<p>klassificeret betegnelse for en diagnose, der er optaget i gældende "Klassifikation af sygdomme"</p> <p>Bemærkning: Registreres med SKS-kode og specificeres evt med tillægskode.</p> <p>I SKS-format (til rapportering) har disse koder et foranstillet 'D'.</p> <p>Rapporteres med angivelse af diagnoseart</p>
diagnoseart	<p>angivelse af den efterfølgende SKS-diagnosekodes registreringsmæssige betydning</p> <p>Bemærkning: Diagnosearten vil normalt først blive endeligt fastlagt ved kontaktens færdigregistrering</p>
Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
henvisningsdiagnose	<p>diagnose, der angives af henvisende instans som årsag til henvisning</p> <p>Bemærkning: Registreres med diagnosearten (H)</p>
indikation	<p>vurderingsresultat vedr helbredstilstand der benyttes som begrundelse for en intervention</p>

11.8 Procedureregistrering

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
akut procedure	procedure, der er gennemført uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner Bemærkning: Procedurer udført akut kan registreres med tillægskoden (+)ATA1 akut
aflyst procedure	procedure, som ikke gennemføres på det tidspunkt, der er meddelt patienten Bemærkning: Patienten er skriftligt eller mundtligt meddelt det oprindeligt planlagte tidspunkt
assistance	procedure, hvor producenten er forskellig fra stamafdelingen Bemærkning: Der skelnes på sygehus- afdelingsklassifikationens 6-karakters afdelingsniveau. Der kan rapporteres assistancer i henvisningsperioden
behandling	intervention, hvor sundhedsformål er at påvirke en patients helbredstilstand Bemærkning: Behandlingsprocedurer foretaget af klinisk personale. Klassificeres efter gældende "Behandlings- og Plejeklassifikation", operationer dog efter gældende "Klassifikation af operationer". Der vil ved en række procedurer ofte samtidig ske "behandling" og "profylakse". Man vil i disse tilfælde tale om blot "behandling" eller "behandling og profylakse". Rent profylaktiske handlinger bør betegnes "profylakse" eller "forebyggelse"
deloperation	operation, der indgår som en del af et kirurgisk indgreb uden at være 'vigtigste operation' Bemærkning: Rapporteres med procedurearten 'D'
kirurgisk indgreb (indgreb)	en eller flere operationer udført i samme seance Bemærkning: De operationer (operationskoder), der indgår i et kirurgisk indgreb, vil typisk være udført under samme anæstesi. Der skal foretages en klinisk vægtning af indgrebets operationer, se procedureart
klinisk kontrol (kontrolundersøgelse) (kontrol)	kontrol af patientens tilstand eller af en tidligere iværksat behandling Bemærkning: Kontrol foretaget af klinisk personale
operation (operationskode)	procedure klassificeret i gældende operationsklassifikation Bemærkning: En operation omfatter kun en operationskode, der klassificeres efter gældende "Klassifikation af operationer". I SKS-format (til rapportering) har disse koder et foranstillet 'K'. Flere operationer kan indgå i et kirurgisk indgreb
planlagt procedure (elektiv procedure)	procedure, der ønskes gennemført under iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner
Pleje	procedure med plejemæssigt sigte Bemærkning: Plejehandling foretaget af klinisk personale. Klassificeres efter gældende "Behandlings- og Plejeklassifikation"
primære operation	den vigtigste operation i et kirurgisk indgreb Bemærkning: Der skal udpeges en "vigtigste operation" pr. indgreb. Denne rapporteres med procedurearten 'P'
procedure (intervention) (handling) (ydelse)	handling, der kan udføres på eller gives til en person med kontakt til sygehusvæsenet Bemærkning: Procedurer omfatter undersøgelse, behandling pleje, forebyggelse og rådgivning.

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
	Klassificeres efter SKS-procedureklassifikationer
procedureart (operationsart)	angivelse af den efterfølgende SKS-procedurekodes registrerings-mæssige betydning Bemærkning: Omfatter "primære operation" og "deloperation". Disse anvendes i registreringen af kirurgisk indgreb. Andre procedurer rapporteres med procedurearten "blank"
proceduredato	dato for udførelse af procedure Bemærkning: Generelt registreres starttidspunktet
procedurekode	klassificeret betegnelse for en procedure, der er optaget i gældende SKS-procedureklassifikation Bemærkning: Registreres med SKS-kode og specificeres evt med tillægskode. Operationskoder rapporteres med angivelse af procedureart
procedureminut	angivelse af minut for en procedures udførelse Bemærkning: Generelt registreres starttidspunktet
proceduretime	angivelse af time for en procedures udførelse Bemærkning: Generelt registreres starttidspunktet
producent	det afsnit, der har udført en procedure Bemærkning: Registreres på sygehus-afdelingsklassifikationens 7-karakterers afsnitsniveau
profylakse	procedure med forebyggende sigte Bemærkning: Forebyggende handling foretaget af klinisk personale
rekvirent	det afsnit, der har bestilt en procedure Bemærkning: Registreres på sygehus-afdelingsklassifikationens 7-karakterers afsnitsniveau
reoperation	operation foretaget pga en postoperativ komplikation inden for en måned efter den første operation Bemærkning: Omfatter ikke operationer, der udføres, fordi den første operation (indgreb) ikke er lykkedes Ekskluderer "sekundær operation"

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
sekundær operation (sekundært indgreb)	opfølgende operation Bemærkning: Omfatter indgreb, der indgår i serielle behandlingsprogrammer, inkl korrektioner efter tidligere foretaget indgreb, fx ved behandling af misdannelser eller ved plastikkirurgiske behandlingsserier. Indgreb, hvor der tidligere har været foretaget indgreb, uden at dette kan betegnes som en komplikation til behandling. Der findes på en række områder operationskoder for "sekundære operationer", fx udskiftning af en tidligere indsat hoftedetsprotese
telemedicin	digitalt understøttede sundhedsfaglige ydelser over afstand
undersøgelse	intervention hvor sundhedsformål er at belyse en patients helbredtstilstand Bemærkning: Diagnostiske procedurer foretaget af klinisk personale, udført med eller uden anvendelse af instrument/apparatur. Klassificeres efter gældende SKS-klassifikation. Profylaktiske handlinger bør betegnes "profylakse" eller "forebyggelse"

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
Ydelse	procedure, der er udført

11.9 Komplikationsregistrering

Term (synonym)	Definition/beskrivelse og bemærkninger
komplikation til procedure (komplikation)	tilstand som er en utilsigtet følge af en procedure Bemærkning: Omfatter utilsigtet følge af en procedure, uanset om denne har været gennemført korrekt eller mangelfuldt, om der har været svigt af anvendt apparatur, eller om komplikationen må tilskrives patientens tilstand eller andre forhold i øvrigt.