

Landspatientregisteret

Navne dansk: Landspatientregisteret

Navne engelsk: National Patient Register

Akronym: LPR

Sidst ændret: 18-11-2016 af erv

Kort om registeret:

Landspatientregisteret er oprettet i 1976 og er et nationalt register over aktiviteten ved de danske sygehuse. Registeret indeholder en beskrivelse over hvilke sygdomme, som patienterne har haft ved kontakten til sygehuse, og hvordan disse sygdomme er blevet behandlet. Hertil kommer en række oplysninger om patienternes bopæl, køn, alder, indlæggelses- og udskrivningstidspunkt mv. Registeret omfatter alle patienter på offentlige og private somatiske og psykiatriske sygehuse. Aktiviteten ved de private sygehuse er formelt set en del af Landspatientregisteret, men da de private sygehuse indberetter til den selvstændige databaseenhed MiniPas, er denne del af Landspatientregisteret dokumenteret som et særskilt register MiniPas - LPR.

Formål og anvendelse:

Formålene med Landspatientregisteret er at:

- Danne grundlag for Sundhedsdatastyrelsens løbende sygehusstatistik.
- Danne grundlag for beregningerne betalingerne fra staten til regionerne gennem bloktilskud og den statslige aktivitetspulje, den kommunal medfinansiering mv.
- Forsyne de myndigheder, der er ansvarlige for sygehusplanlægningen med det nødvendige beslutningsgrundlag
- Forsyne de myndigheder, der er ansvarlig for tilsyn med det nødvendige datagrundlag
- Indgå som grundmateriale i forbindelse med overvågning af hyppigheden af forskellige sygdomme og behandlinger
- Bidrage til den medicinsk, epidemiologisk forskning
- Bidrage til kvalitetssikring i sygehusvæsenet
- Give sundhedsfagligt uddannet personale adgang til kliniske og administrative data vedrørende tidligere sygehusbehandling på afdelinger for patienter, der er taget i behandling
- Give patienterne egen indsigt i sygehusbehandlingerne

Landspatientregisteret anvendes bredt i mange, mange sammenhænge, herunder danner det helt eller delvist datagrundlag for andre registre, herunder Cancer-, Abort- og Fødselsregistre. LPR har endvidere siden 2000 dannet grundlag for DRG grunddata, og dermed for implementeringen af den nationale finansieringsmodel, der ligger til grund for den økonomiske og aktivitetsmæssige styring og finansiering af sygehusene. DRG-systemet anvendes ved udmøntning af den statslige aktivitets-pulje, beregning af den kommunale medfinansiering, afregning af mellem-regionale patienter på basisniveau, i forbindelse med takstfinansiering og som redskab til at analysere omkostninger og aktivitet på landets sygehuse.

Kilder:

Landspatientregisterets dataindhold indberettes fra sygehusene. De offentlige sygehuse registrerer deres aktivitet (patientbehandling) i lokale patientadministrative systemer (PAS) eller elektroniske patientjournaler. Herfra indberettes data til den eksterne leverandør, som Sundhedsdatastyrelsen har indgået kontrakt med vedrørende driften af indsamlingen af de registrerede oplysninger. I forbindelse med indberetningen valideres og indlæses data i en database hos leverandøren. Indberetningen fra sygehusene kan ske løbende, men sker typisk et par gange om ugen ofte via sygehusenes egne it-leverandører. En gang i døgn synkroniseres Landspatientregisteret i Sundhedsdatastyrelsens datawarehouse med databasen hos driftsleverandøren. I forbindelse med lagringen hos Sundhedsdatastyrelsen beriges Landspatientregisteret med beregnede oplysninger som f. eks. alder beregnet på indlæggelsesdatoen og antal sengedage for indlæggelser.

Enhed og Population:

Enhed Hver gang en person har været i kontakt med et dansk sygehus registreres en række administrative og kliniske oplysninger i Landspatientregisteret. Grundenheden udgøres af den enkelte patientkontakt, der identificeres gennem en unik nøgle, der består af følgende 7 oplysninger: Sygehus, afdeling, patienttype, cpr.nr., startdato, starttime og startminut. Registerets indhold og reglerne for registrering er detaljeret beskrevet i 'Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter', der kan ses på www.sundhedsdatastyrelsen.dk Population Landspatientregisteret indeholder oplysninger om følgende patienter: Indlagte patienter udskrevet i 1977 og frem samt uafsluttede indlagte patienter indlagt fra 2015 og frem. Dag/døgnpatienter afsluttet i perioden 1995(4)-2001 Ambulante patienter afsluttet efter 1995(4) eller fortsat er uafsluttede Skadestuepatienter med skadestuebesøg 1995(4)-2013 (herefter akut ambulant) Patienter ved psykiatriske afdelinger fra 1995 og frem (Oplysningerne om psykiatrisk aktivitet før 1995 findes i Det psykiatriske Centralregister) Tal i parentes angiver, at der er indberettet data i 1994 selvom indberetningen først er obligatorisk året efter. Disse forud indberettede data er ikke komplette. Udover de offentlige sygehuse er der ca. 19 private/ foreningsejede sygehuse, der indberetter til Landspatientregisteret (opgjort medio 2016). Det drejer sig hovedsageligt om hospice, men der er også enkelte diabetes-, sclerose- epilepsi- og gighthospitaler. Der er enkelte offentlige sygehuse, som af praktiske årsager indberetter til MiniPas i stedet for til Landspatientregisteret. Det gælder f.eks. Rehabiliteringscenter for Flygtninge, Aalborg, som har indberettet til MiniPas siden 2013. De øvrige private sygehuse indberetter deres aktivitet i et særskilt indberetningssystem SEI (Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningssystem) til det register der kaldes MiniPas. MiniPas har mange ting til fælles med Landspatientregisteret, men afviger også på nogle områder, så det er dokumenteret selvstændigt. Personretlige data Udover CPR-nummer og bopælskommune indeholder Landspatientregisteret udelukkende oplysninger om helbredsforhold og ikke andre personretlige data såsom racemæssig eller etnisk baggrund, strafbare forhold, væsentlige sociale problemer mm.

Periode og Opdatering:

Periode Landspatientregisteret indeholder oplysninger om patienter udskrevet/afsluttet fra 1977 og frem samt uafsluttede ambulante forløb startet fra 1995 og frem og uafsluttede indlæggelser indlagt fra 2015 og frem. Opdatering Opdateringskadence: • Registeret opdateres dagligt. • Der laves af statistik hensyn månedligt en kopi af registeret. Kopien kaldes det månedlige LPR, og det er i udgangspunktet altid denne kopi, der er grundlag for datakørsler til brug for finansieringsordningerne og statistiske opgørelser mv. Opdateringstidspunkt: Dagligt kl. ca. 03:00 når synkroniseringen med driftsleverandørens database er gennemført. Månedligt: hver den 11. i måneden, hvor registeret opdateres med indberetninger, der er indkommet til og med den 10. i måneden. Forskydning: Erfaringsmæssigt går der ca. tre måneder fra en periodes udløb til der kan laves retvisende opgørelser om perioden, idet det kan tage tid at få færdigregistreret patientkontakterne. De manglende registreringer er dog minimale efter ca. 6 uger. Anden latens: Indberetning af en kontakt kan tillige være forsinket hvis kontakten ikke er korrekt registreret og går i fejl ved valideringen hos Sundhedsdatastyrelsens driftsleverandør. Opdatering bagud i tid: Af praktiske hensyn opdateres det månedlige Landspatientregister tilbage til og med 2005. Det betyder, at nye ændringer til gamle kontakter, der er udskrevet før 2005 ikke vil slå igennem i det månedlige landspatientregister.

Pålidelighed:

Pålidelighed: Generelt må datakvaliteten anses for at være god for de offentlige sygehuse og den aktivitet, der er offentlig finansieret på de private sygehuse. Reglen er, at de private sygehuse først modtager betalinger fra det offentlige når patientkontakterne er synlige i Landspatientregisteret (MiniPas). Erfaringsmæssigt er indberetningerne af patientkontakter på private sygehuse for selv- og/eller forsikringsbetalere derimod meget mangelfuld. Kvalitetsundersøgelser i 1990 og i 2004 peger dog begge på, at der på de registrerende afdelinger er uensartet fortolkning af, hvordan der skal registreres i forhold til "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter", ligesom valg af kode i forskellige kliniske indberetninger beror på den enkelte læges skøn. Der gøres et stort arbejde for at sikre, at der registreres korrekt på sygehusene, og denne opgave har fået højere prioritet efter at kliniske data i stigende grad anvendes til takstfinansiering af sygehusene ved hjælp af DRG mv. Det blev bl.a. synliggjort ved at det blev udpeget

registreringsansvarlige overlæger mv. på mange afdelinger. Dette fokus på korrekt registrering er imidlertid mindsket i forbindelse med at regionerne i visse tilfælde har fjernet DRG-beregningerne fra de interne regionale finansieringsmodeller. Indberetningerne fra sygehusene gennemløber en omfattende validering bestående af ca. 500 regler inden de indlæses i LPR-databasen. Valideringen er med til at sikre, at der ikke er logiske fejl i indberetningerne, og at der registreres i henhold til bestemmelserne i "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter". Usikkerhed: Der er stor usikkerhed på oplysninger, som det ifølge "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" ikke er obligatoriske at indberette. Disse data bør ikke bruges til statistikformål eller afregningsformål, da det vil være vilkårligt om de enkelte sygehuse indberetter oplysningerne. Den uensartede fortolkning af "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" kan give usikkerhed ved sammenligninger på tværs af afdelinger og sygehuse. Kompletthed: LPR anses for stort set at være komplet, idet al aktivitet på offentlige sygehuse er medtaget sammen med den offentlig betalte aktivitet på de private sygehuse (MiniPas). Enkelte kontakter kan mangle i registeret f.eks. i forbindelse med fejlrettelser o. lign., men det forekommer i yderst begrænset omfang. Landspatientregisteret har siden 2000 udgjort grundlag for DRG afregning af de offentlige sygehuse, hvilket understøtter opfattelsen af LPR som et komplet register.

Usikkerhed

Kompletthed

Sammenlignelighed:

Over tid: Landspatientregisteret er løbende blevet udvidet og ændret siden oprettelsen i 1977. Det betyder, at det på nogle områder kan være vanskeligt at sammenligne over tid. Nedenfor beskrives nogle af de væsentligste ændringer, som har betydning for sammenligneligheden over tid. Overgang fra ICD8 diagnoseklassifikationen til ICD10 1994: En meget væsentligste ændring er overgangen fra ICD8 diagnoseklassifikationen til ICD10 baseret diagnoseregistrering pr. 1. januar 1994. Skift i operationsklassifikation 1996: Pr. 1. januar 1996 blev operationsklassifikationen ændret fra danske koder til koder baseret på den nordiske NCSP klassifikation. • I perioden 1977 – 1980 benyttes 1. udgave af 'Operations- og behandlingsklassifikationen' • I perioden 1981 – 1988 benyttes 2. udgave af 'Operations- og behandlingsklassifikationen' • I perioden 1989 – 1995 benyttes 3. udgave af 'Operations- og behandlingsklassifikationen' • I perioden 1996 – benyttes til den danske udgave af NCSP (Nordic Classification of Surgical Procedures) Røntgen Fra 2001 indberettes røntgenafdelingernes aktivitet til LPR. Den indberettes enten som assistancer til andre afdelinger eller som selvstændige ambulante kontakter. Regionerne fik til opgave at knytte den indberettede røntgenydelse til den rette kontakt. Når der ikke var tidsmæssigt sammenfald mellem en røntgenaktivitet og en eksisterende kontakt valgte nogle regioner at oprette en kontakt, der kunne blive "bærer" af røntgenydelsen. Andre lod den falde bort. Det betyder, at røntgenaktiviteten i nogle regioner kan forekomme lav i forhold til andre. Hjemmebesøg Fra 2003 skal hjemmebesøg indberettes med besøgsdato og procedurekode AAF6. Ændringer i patienttype Dag/deldøgnspatienter fra 1995(4)-2001 Ambulante patienter fra 1995 (4) og frem Skadestuepatienter fra 1995(4)-2013 (herefter akut ambulant) Patienter ved psykiatriske sygehuse fra 1995 og frem I forhold til andre registre: Registreringerne i Landspatientregisteret afspejler registreringerne i de lokale systemer hos sygehusejerne, hvorfor der er overensstemmelse mellem de lokale registreringer og Landspatientregisteret. Landspatientregisteret danner helt eller delvist datagrundlag for bl.a. Det medicinske Fødselsregister, Abortregisteret, Cancerregisteret, samt en række kliniske kvalitetsdatabaser. Danmarks Statistik modtager årligt en kopi af Landspatientregisteret. Kopien er et øjeblikbillede og opdateres ikke med efterfølgende indberetninger.

Tilgængelighed:

Adgang til registeret kan opnås gennem Sundhedsdatastyrelsens Forskerservice enten ved bestilling af udtræk fra registeret eller ved direkte adgang til registeret via Forskermaskinen. Adgang til personhenførbare data gives kun med tilladelse fra Datatilsynet. Mere information om Forskerservice kan findes på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside. Offentligheden kan trække statistik fra Landspatientregisteret gennem eSundhed.dk: <http://www.esundhed.dk/Sider/Forside.aspx> Regionerne kan få adgang til egne indberetninger til Landspatientregisteret på individ niveau enten via det lukkede eSundhed eller via et online administrationsmodul, der primært bruges af regionerne til fremsøgning af indberetningsfejl. Borgerne kan med den personlige digitale signatur via sundhed.dk (under mine sygehusbehandlinger) få adgang til egne oplysninger

Lovgivning og anmeldelse:

Lovgivning Registeret dannes på grundlag af Sundhedsloven LBK nr. 1188 af 24/09/2016 herunder også bekendtgørelse nr. 1073 af 06/09/2007 om lægers anmeldelse til Sundhedsstyrelsens Landspatientregister af patienter behandlet på private sygehuse eller klinikker og bekendtgørelse nr. 1207 af 22/09/2016 om ret til sygehusbehandling m.v. Alle bekendtgørelser kan findes på <https://www.retsinformation.dk>. Anmeldelse Registeret er anmeldt til Datatilsynet som et administrativt register med journalnummer: 2014-54-0740.

Datastruktur:

Landspatientregisteret er struktureret som et stjerneschema med en hovedtabel og en række satellittabeller, der kan kobles med hovedtabellen ved hjælp af et ID-nummer (recnum). Hovedtabellen består af de administrative oplysninger, der knytter sig til kontakten samt kontaktens aktionsdiagnose. Yderligere oplysninger om diagnoser, operationer, behandlinger, ventetider mm. skal findes i de respektive satellittabeller. Samlet udgør de et stjerneschema. For hvert år findes et sæt af tabeller i et stjerneschema. Afsluttede kontakter placeres i tabellerne efter kontaktens afslutningsdato, så data om en patient, der udskrives i 2016, placeres i stjerneschemaet med 2016 tabeller. Uafsluttede kontakter lægges i særlige tabeller med samme struktur som de afsluttede og afgrænses nedad på starttidspunktet. En kontakt med startdato i 2014 placeres i uafsluttede 2014, og hvis kontakten først afsluttes i 2016 vil den også findes i uafsluttede 2015. I afslutningsåret 2016 flyttes kontakten til afsluttede 2016 og fjernes fra uafsluttede 2016. Psykiatriske kontakter ligger i særskilte tabeller med samme struktur som de somatiske, men pga. det begrænsede antal kontakter er tabellerne ikke årgangsofdelte. Derudover indeholder tabellerne både afsluttede og uafsluttede kontakter. I Landspatientregisteret er psykiatriske kontakter defineret ved, at stamafdelingens speciale er psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri.

Tabeller tilknyttet Landspatientregisteret

Tabel	Periode	Indhold						
t_adm	1977 -	<p>Tabellen er det centrale omdrejningspunkt i stjerneschemaet for Landspatientregisteret og indeholder en række for hver kontakt i registeret. Oplysningerne i tabellen omfatter først og fremmest centrale administrative variable, som f.eks. patientens cpr-nummer, stamsygehus og -afdeling og kontaktens start- og sluttidspunkt. Herudover indeholder tabellen beregnede variable som køn, alder og sengedage. Endelig er enkelte oplysninger fra satellit-tabellerne dupliseret ind i t_adm tabellen. Det er sket af praktiske hensyn for at hjælpe brugeren, hvor der er tale om oplysninger der ofte anvendes. Eksempelvis ligger aktionsdiagnosen tilgængelig i t_adm mens den også findes i tabellen t_diag.</p> <p>Funktion Hovedtabel med unikt indhold Sidst ændret 24-10-2016 af KRN Beskrivelse Central tabel med administrative oplysninger Tabellenhed En række i tabellen indeholder oplysninger om en sygehuskontakt.</p>						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Variabel</th> <th>Periode</th> <th>Indhold</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>c_adiag</td> <td>1977 -</td> <td>Kontaktens aktionsdiagnose</td> </tr> </tbody> </table> <p>Længde 10 Kodesæt Klassificerede koder Beskrivelse Kontaktens aktionsdiagnose. Oplysningen kan også findes i tabellen T_DIAG under variabelen C_DIAG, hvor C_DIAGART = "A". Variablen er ekstraordinært lagt i T_ADM-tabellen for at spare brugeren for at koble tabellen med T_DIAG i alle de tilfælde, hvor det kun er aktionsdiagnosen, der skal bruges i et udtræk. Diagnosteksten kan findes ved at koble diagnosekoden med den tilsvarende kode i diagnoseklassifikationen. Da diagnosekoder kan skifte betydning over tid, er det nødvendigt at kigge på diagnosekodens fra- og til-dato i klassifikationen. Her benyttes den version af diagnosen, som er gældende på kontaktens udskrivningsdato. For uafsluttede kontakter er det den senest gældende version af diagnosen der er aktuel. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer I 1995 skiftes fra ICD-8 diagnoseklassifikationen til ICD-10, så alle kontakter afsluttet efter 31. december 1994 er indberettet med (danske) ICD-10-koder. Værdier Før 1995 blev der brugt diagnosekoder efter ICD-8 klassifikationen og herefter diagnosekoder efter ICD-10 klassifikationen. Diagnosekoderne i ICD-10 er en del af Sundhedsdatastyrelsens klassifikationssystem (SKS) og er kendetegnet ved, at de alle starter med "D". Der er dog enkelte koder som ikke må bruges som aktionsdiagnose, og derfor ikke vil være at finde i C_ADIAG. Disse koder er omtalt i Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter. Alle gældende diagnosekoder kan findes på www.medinfo.dk. Hele ICD-10 klassifikationen og ICD-8 klassifikation kan downloades som csv-filer på www.sundhedsdatastyrelsen.dk.</p>	Variabel	Periode	Indhold	c_adiag	1977 -	Kontaktens aktionsdiagnose
Variabel	Periode	Indhold						
c_adiag	1977 -	Kontaktens aktionsdiagnose						
		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>c_afd</td> <td>1977 -</td> <td>Patientens stamafdeling</td> </tr> </tbody> </table> <p>Længde 3 Kodesæt Klassificerede koder Beskrivelse Patientens stamafdeling defineret som det sengeafsnit, ambulatorium, deldøgnsafsnit eller skadestue, hvor patienten er indskrevet. En afdelingskode er ikke unik i sig selv men skal kobles med sygehuskoden i variabelen C_SGH i T_ADM, således at der opstår en 7-cifret sygehus-afdelingskode. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Navnet på afdelingen kan ændre sig over tid, hvilket fremgår af sygehus-afdelingsklassifikation, hvor det er muligt at se gyldighedsperioden for hver enkelt afdeling med det pågældende navn. For at identificere navnet på en kontakts stamafdeling, ses der på, hvad afdelingens navn var i den periode, hvor kontaktens afslutningsdato ligger (D_UDDTO). For uafsluttede kontakter er det den senest gældende version af afdelingsnavnet i sygehusafdelings-klassifikationen, der er aktuel. Værdier Afdelingskoder indgår i sygehus-afdelingsklassifikation (SHAK), som kan downloades som csv-fil på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside www.sundhedsdatastyrelsen.dk. Alle de gældende sygehus- og afdelingskoder kan fremsøges på www.medinfo.dk</p>	c_afd	1977 -	Patientens stamafdeling			
c_afd	1977 -	Patientens stamafdeling						
		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>c_amt</td> <td>1977 -</td> <td>Patientens bopælsamt</td> </tr> </tbody> </table> <p>Længde 2 Kodesæt Klassificerede koder Beskrivelse Bopælsamt, angiver hvilket amt patienten havde bopæl i på indskrivningsdatoen. Da amterne blev nedlagt d. 31. december 2006 som en følge af kommunalreformen, har denne variabel ikke nogen reel betydning for patientkontakter der er påbegyndt herefter. Kilder Beregnet på baggrund af den indberettede bopælskommune, som findes i variabelen c_kom. Kendte databrud/ændringer Ingen databrud I 2005 skiftede variabelen navn fra C_BOPAMT til C_AMT Værdier Bopælsamtet bestemmes ud fra patientens bopælskommune.</p>	c_amt	1977 -	Patientens bopælsamt			
c_amt	1977 -	Patientens bopælsamt						
		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>c_andenbeh</td> <td>1977 - 1986</td> <td>Planlagt anden behandling</td> </tr> </tbody> </table>	c_andenbeh	1977 - 1986	Planlagt anden behandling			
c_andenbeh	1977 - 1986	Planlagt anden behandling						

Variabel	Periode	Indhold
		Længde 1 Kodesæt Lokale Koder Beskrivelse Kode til beskrivelse af anden efterbehandling Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier
c_blok	1994 -	Specialeblok
		Længde 2 Kodesæt Lokale Koder Beskrivelse Kode til angivelse af specialeblok for stamafdelingens hovedspeciale (C_SPEC). Specialer mellem 01 og 29 samt speciale 39 henregnes til medicinsk blok Specialer mellem 30 og 48 excl. 39 henregnes til kirurgisk blok Specialer mellem 50 og 59 henregnes til psykiatrisk blok Specialer mellem 60 og 79 regnes som laboratorie specialer Specialer mellem 80 og 89 regnes som øvrige specialer Specialer mellem 90 og 99 regnes som andre specialer Specialerne 00 og 99 henregnes som uden for specialer Kilder Beregnet på baggrund af indberettet sygehusafdelingskode Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier
c_eakt	1987 - 2003	Aktivitet i forbindelse med ulykke der fører til sygehuskontakt
		Længde 1 Kodesæt Lokale Koder Beskrivelse Kode for skaderamtes aktivitet i forbindelse med ulykke. Findes fra 2000 også i tabellen T_ULYK, men er koblet på T_ADM tabellen for hjælpe brugerne. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Frem til og med 1994 indeholder variabelen kun informationer om, hvorvidt det er en arbejdsulykke eller ej, hvilket blev kodet med værdierne 1 og 2. Fra 1995 blev kodesættet for variabelen udvidet til også at indeholde andre typer af aktiviteter. Værdier
c_emek	1987 - 2003	Ulykkesmekanisme
		Længde 1 Kodesæt Lokale Koder Beskrivelse Kode for ulykkesmekanisme. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier
c_emodpart	1995 - 2003	Transportform for modpart ved ulykke
		Længde 1 Kodesæt Lokale Koder Beskrivelse Kode til beskrivelse af modpart i trafikulykke, dvs. hvilken transportform der blev benyttet af eventuel modpart ved ulykken. Findes fra 2000 også i tabellen T_ULYK, men er koblet på T_ADM tabellen for hjælpe brugerne. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier
c_epart	1995 - 2003	Transportform for tilskadekomne ved trafikulykke/uheld
		Længde 1 Kodesæt Lokale Koder Beskrivelse Kode til beskrivelse af tilskadekomne i trafikulykke, dvs. den tilskadekomnes transportform. Findes fra 2000 også i tabellen T_ULYK, men er koblet på T_ADM tabellen for hjælpe brugerne. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier
c_ested	1987 - 2003	Kode for ulykkessted

Variabel	Periode	Indhold
		<p>Længde 1</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Kode for ulykkessted. Beskrivelse af, hvilken type sted ulykken skete.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier</p>
c_etraf	1987 - 2003	Trafikulykke/uheld eller ej
		<p>Længde 1</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Kode til beskrivelse af, hvorvidt en ulykke er kategoriseret som trafikulykke eller ej. Fra 2000 findes oplysningen også i tabellen T_ULYK, men er koblet til T_ADM tabellen for at hjælpe brugeren.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier</p>
c_hafd	2004 -	Henviseende afdeling
		<p>Længde 3</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Henviseende afdeling. Den afdeling der er ansvarlig for henvisningen til den pågældende patientkontakt. En afdelingskode er ikke unik i sig selv men skal kobles med sygehus-koden i variabelen C_HSGH i T_ADM, således at der opstår en 7-cifret sygehus-afdelingskode.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen databrud Navnet på afdelingen kan dog ændre sig over tid, hvilket fremgår i klassifikationen, hvor det er muligt at se gyldighedsperioden for afdelingen med det pågældende navn. For at identificere navnet på den henviseende afdeling, ses der på, hvad afdelingens navn var i den periode, hvor kontaktens henvisningsdato ligger (D_HENDTO).</p> <p>Værdier Afdelingskoder indgår i sygehus-afdelingsklassifikation (SHAK), som kan downloades som csv-fil på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside www.sundhedsdatastyrelsen.dk. Alle de gældende sygehus- og afdelingskoder kan fremsøges på www.medinfo.dk</p>
c_henm	1987 -	Henvisningsmåde
		<p>Længde 1</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Henvisningsmåde, kode til angivelse af, hvilken instans patienten er henvist fra.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer I 1999 udgik henvisningsmåden 6 og blev erstattet af B, C og D I 2004 udgik henvisningsmåderne 3, 5, B, C og D, og de blev erstattet af F og G</p> <p>Værdier</p>
c_hsgH	2004 -	Henviseende sygehus
		<p>Længde 4</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Henviseende sygehus. Det sygehus der er ansvarlig for henvisningen til den pågældende patientkontakt. Variablen er obligatorisk for alle kontakter der har henvisningsmåde F eller G, hvilket fremgår af variabelen c_henm.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen databrud Navnet på sygehuset kan ændre sig over tid, hvilket fremgår i sygehus-afdelingsklassifikation, hvor det er muligt at se gyldighedsperioden for sygehus-koden med det pågældende navn. For at identificere navnet på det henviseende sygehus, ses der på, hvad sygehusets navn var på kontaktens henvisningsdato (D_HENDTO).</p> <p>Værdier Sygehuskoder indgår i sygehus-afdelingsklassifikation (SHAK), som kan downloades som csv-fil på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside www.sundhedsdatastyrelsen.dk. Alle de gældende sygehuskoder kan fremsøges på www.medinfo.dk.</p>
c_indform	1977 - 1986	Indlæggelsesform
		<p>Længde 1</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Patientens indlæggelsesform.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier</p>

Variabel	Periode	Indhold
c_indfra	1977 - 1986	Hvor patienten er indlagt fra
<p>Længde 1 Kodesæt Lokale Koder Beskrivelse Kode til beskrivelse af, hvor patienten er indlagt fra. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier</p>		
c_indm	1977 -	Indskrivningsmåde
<p>Længde 1 Kodesæt Lokale Koder Beskrivelse Indskrivningsmåde. Angivelse af prioritet for kontaktens start, dvs. om kontakten startede akut eller planlagt. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Indtil 2014 har variabelen kun været udfyldt for indlagte patienter (c_pattype= 0), men fra 2014 er den også udfyldt for ambulante (c_pattype= 2). Værdier</p>		
c_kom	1977 -	Patientens bopælskommune
<p>Længde 3 Kodesæt Klassificerede koder Beskrivelse Bopælskommune, angiver hvilken kommune patienten havde bopæl i på kontaktens indskrivningsdato. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ved kommunalreformen i 2007 skete der væsentlige ændringer i kommuneklassifikationen, da mange koder blev lukket og nye blev åbnet. De gamle kommunekoder kan dog godt optræde i Landspatientregisteret for patientkontakter, der er påbegyndt efter 2007. Værdier Bopælskommunen angives som en 3-cifret kode i intervallet 101-999. Betydningen af koderne kan findes i kommuneklassifikationen. Koderne i intervallet 962-999 er ikke deciderede kommunekoder men landekoder, som bruges på udenlandske patienter, eller patienter med ukendt statsborgerskab (c_kom=999). Bemærk at denne variabel indberettes af sygehuset og kommer dermed ikke direkte fra CPR-registeret.</p>		
c_kontaars	1987 -	Kontaktårsag
<p>Længde 1 Kodesæt Lokale Koder Beskrivelse Kontaktårsag, overordnet angivelse af baggrunden for patientens kontakt til sygehuset. Kontaktårsag registreres primært kun på akutte somatiske patientkontakter. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier</p>		
c_pattype	1977 -	Patienttype
<p>Længde 1 Kodesæt Lokale Koder Beskrivelse Patienttypen for den pågældende kontakt. Angivelse af patientens administrative relation til sygehuset, dvs. om patienten er indlagt, ambulant eller er deldøgns- eller skadestuepatient. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Frem til og med 1993 er der i LPR kun blevet registreret patienttype 0 (heldøgnspatient), selvom der i klassifikationen har eksisteret andre patienttyper helt tilbage fra 1977, hvilket fremgår af værdisættet. I 2002 udgik deldøgnspatient (1). Efter 2002 er det uens på tværs af sygehusene, hvordan de patienter, der før ville være registrerede som deldøgnspatienter, blev registreret. På visse sygehuse blev de registreret som ambulante patienter og andre som indlagte patienter (heldøgnspatienter). I 2014 udgik skadestuepatient (3) og blev erstattet af ambulant patient (2) med indskrivningsmåde akut (c_indm=1). Værdier</p>		
c_senstat	1977 - 1986	Planlagt senere stationær behandling

Variabel	Periode	Indhold
		<p>Længde 1</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Kode til beskrivelse af patientens senere stationære behandling, der er planlagt ved udskrivningen.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier</p>
c_sex	1977 -	Patientens køn
		<p>Længde 1</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Patientens køn, bestemt ud fra det sidste ciffer i CPR-nummeret</p> <p>Kilder Beregnet på baggrund af cpr-nummeret</p> <p>Kendte databrud/ændringer I 2005 skiftede værdierne fra "1" og "2" til "M" og "K" for hhv. mand og kvinde.</p> <p>Værdier</p>
c_sgh	1977 -	Patientens stamsygehus
		<p>Længde 4</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Patientens stamsygehus defineret som det sygehus, hvor patienten er indskrevet.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene.</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen databrud. Navnet på sygehuset kan ændre sig over tid, hvilket fremgår af sygehus-afdelingsklassifikationen, hvor det er muligt at se gyldighedsperioden for sygehuskoden med det pågældende navn. For at identificere navnet på en kontakts stamsygehus, ses der på, hvad sygehusets navn var i den periode, hvor kontaktens afslutningsdato ligger (D_UDDTO). For uafsluttede kontakter er det den senest gældende version af sygehuskoden i klassifikationen der er aktuel.</p> <p>Værdier Sygehuskoder indgår i sygehus-afdelingsklassifikation (SHAK), som kan downloades som csv-fil på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside www.sundhedsdatastyrelsen.dk. Alle de gældende sygehuskoder kan fremsøges på www.medinfo.dk.</p>
c_sghamt	1977 -	Sygehusamt
		<p>Længde 2</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Sygehusamt, angivelse af hvilket amt stamsygehuset er placeret i (organisatorisk) på kontaktens indskrivningsdato. Da amterne blev nedlagt d. 31. december 2006 som en følge af kommunalreformen, har denne variabel ikke nogen reel betydning for patientkontakter der er påbegyndt herefter.</p> <p>Kilder Beregnet på baggrund af sygehuskoden.</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier</p>
c_spec	1977 -	Stamafdelingens hovedspeciale
		<p>Længde 3</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Stamafdelingens hovedspeciale. Specialekoden hentes fra sygehusafdelingsklassifikationen, hvor hovedspecialet er defineret som det første af afdelingens 4 specialer. Hvis en afdeling har skiftet specialekode over tid, er det altid specialekoden der knytter sig til den version af afdelingen, som er gældende på kontaktens afslutningsdato. Hvis kontakten er uafsluttet er det den senest gældende version af afdelingen der bruges.</p> <p>Kilder Sygehusafdelingsklassifikationen</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier Specialekoder og deres betydning kan findes i sygehusafdelingsklassifikationen. Her skal man se bort fra alle udgåede specialekoder, da det altid er den seneste version af en specialekode der er den gældende, også bagud i tid.</p>
c_udm	1987 -	Afslutningsmåde
		<p>Længde 1</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Afslutningsmåde, angivelse af hvordan patienten er afsluttet og evt. hvilken instans patienten er afsluttet til. F.eks. om patienten er afsluttet til anden sygehusafdeling eller til egen læge. Før 1987 blev visse af disse oplysninger beskrevet i variabelen c_udtil.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene.</p> <p>Kendte databrud/ændringer I 2004 udgik værdierne 3, 5, B og C og blev erstattet af F og G.</p> <p>Værdier</p>

Variabel	Periode	Indhold
c_udtil	1977 - 1986	Hvilken instans patienten er udskrevet til
<p>Længde 1 Kodesæt Lokale Koder Beskrivelse Kode til beskrivelse af, hvilken instans patienten er udskrevet til. I 1987 udgik variablen og blev erstattet af variablen c_udm. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier</p>		
c_ulykke	1977 - 1986	Ulykkeskode
<p>Længde 1 Kodesæt Lokale Koder Beskrivelse Kode til beskrivelse af om indlæggelsen skyldes en ulykke. I 1987 udgik variablen, og herefter kan oplysningen findes i den mere generelle variabel c_kontaars, der beskriver årsagen til patientkontakten, f.eks. om kontakten skyldes en ulykke. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier</p>		
d_ebhdto	1999 - 2003	Dato for endelig behandling
<p>Længde 8 Kodesæt Dato Beskrivelse Dato for iværksættelse af endelig behandling. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier Variablen udgik fra indberetningen i 2004, og kan derfor kun have værdier for kontakter der er påbegyndt i intervallet mellem 01-01-1999 og 31-12-2003. Kan være blank hvis patienten afsluttes uden behandling, hvis patienten er henvist til anden afdeling eller hvis en dato for endelig behandling ikke foreligger.</p>		
d_fusdto	1994 - 2003	Dato for forundersøgelse
<p>Længde 8 Kodesæt Dato Beskrivelse Dato for første fremmøde til forundersøgelse. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier Variablen udgik fra indberetningen i 2004, og kan derfor kun have værdier i intervallet mellem 01-01-1994 og 31-12-2003. Kan være blank hvis der ikke har været en forundersøgelse</p>		
d_hendto	1977 -	Henvisningsdato
<p>Længde 8 Kodesæt Dato Beskrivelse Kontaktens henvisningsdato, dvs. dato for modtagelse af henvisningen på den afdeling, der skal være stamafsnit for patienten. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier Gyldig dato</p>		
d_inddto	1977 -	Kontaktens startdato
<p>Længde 8 Kodesæt Dato Beskrivelse Kontaktens startdato defineret som indlæggelsesdato for indlagte patienter, dato for start på deldøgnbehandling, dato for start på ambulante patienter og dato for ankomst for skadestuepatienter. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier Gyldig dato</p>		
d_opdatdto	2005 -	Intern dato for opdatering af kontakten

Variabel	Periode	Indhold
		<p>Længde 8</p> <p>Kodesæt Dato</p> <p>Beskrivelse Kontaktens opdateringsdato, dvs. dato for seneste ændring af kontakten. Bemærk at denne dato kan ligge lang tid efter kontaktens afslutningsdato, da sygehusene til tider foretager efterregistreringer, samt genindberetninger af fejkontakter.</p> <p>Kilder Beregnes ved modtagelsen af indberetningen</p> <p>Kendte databrud/ændringer Opdateringsdato for årene 2000-2004 ligger i tabellen t_opdatdto</p> <p>Værdier Gyldig dato</p>
d_uddto	1977 -	Kontakten afslutningsdato
		<p>Længde 8</p> <p>Kodesæt Dato</p> <p>Beskrivelse Kontaktens afslutningsdato defineret som udskrivningsdato for indlagte patienter, dato for afslutning af deldøgnsbehandling og dato for afslutning af ambulans forløb for ambulante patienter. Såfremt afslutningsdatoen for en skadestuekontakt ikke er indberettet, sættes afslutningsdatoen lig med kontaktens startdato, således at skadestuekontakter altid vil have en afslutningsdato i registeret.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer For indlæggelser der er påbegyndt før 2015 er afslutningsdatoen obligatorisk at indberette, og herefter er den frivillig for planlagte indlæggelser. For akutte indlæggelser og akutte ambulante kontakter er afslutningsdatoen obligatorisk. Variablen er således altid udfyldt for alle akutte patientkontakter og skadestuekontakter samt alle indlæggelser med startdato før 2015.</p> <p>Værdier Gyldig dato.</p>
k_recnum	1977 -	Recordnummer
		<p>Længde 0</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Variablen indeholder et løbenummer som er unikt for en kontakt. Recnum anvendes til at koble data om en kontakt fra de forskellige datasæt, der udgør Landspatientregisteret.</p> <p>Kilder Tildeles ved opdatering af registeret</p> <p>Kendte databrud/ændringer Recnum er unik inden for en opdatering af Landspatientregisteret. Det betyder at én kontakt kan få et nyt recnum ved opdatering af registeret, og at konkret recnum ved opdatering af registreret kan blive genbrugt til en anden kontakt.</p> <p>Værdier Løbenummer</p>
v_alddg	2001 -	Patientens alder i dage
		<p>Længde 8</p> <p>Kodesæt</p> <p>Beskrivelse Patientens alder i dage ved kontaktens startdato.</p> <p>Kilder Beregnet på baggrund af cpr-nummeret og kontaktens startdato</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier</p>
v_alder	1977 -	Patientens alder
		<p>Længde 8</p> <p>Kodesæt</p> <p>Beskrivelse Patientens alder i hele år ved kontaktens startdato.</p> <p>Kilder Beregnet på baggrund af cpr-nummer og kontaktens startdato</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier</p>
v_almdr	2001 -	Patientens alder i måneder
		<p>Længde 8</p> <p>Kodesæt</p> <p>Beskrivelse Patientens alder i hele måneder ved kontaktens startdato.</p> <p>Kilder Beregnet på baggrund af cpr-nummer og kontaktens startdato.</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier</p>
v_behdage	1977 -	Behandlingsdage

Variabel	Periode	Indhold
		<p>Længde 8</p> <p>Kodesæt</p> <p>Beskrivelse Antallet af behandlingsdage for indlagte patienter, deldøgnspatienter og skadestuepatienter. For ambulante patienter angiver variablen antallet af besøg.</p> <p>Kilder Indberettet af sygehusene for ambulante og deldøgnspatienter i perioden 1995-1998, herefter blev indberetningen frivillig. For øvrige patienttyper bliver værdien beregnet.</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier For ambulante patienter beregnes værdien som antallet af ambulante besøg knyttet til den pågældende kontakt. Hvis der ikke er registreret nogen besøg er variablen blank. For øvrige patienter beregnes værdien som antallet af sengedage, dvs. forskellen mellem D_INDDTO og D_UDDTO, dog sættes værdien til 1, hvis ind- og uddato er på samme dag. For alle uafsluttede indlæggelser er variablen blank. Værdien af V_BEHDAGE er lig værdien af variablen V_SENGDAGE.</p>
v_cpr	1977 -	Patientens cpr-nummer
		<p>Længde 10</p> <p>Kodesæt</p> <p>Beskrivelse Variablen angiver kontaktens personnummer. For udlændinge eller ukendte personer angives et erstatnings CPR-nummer.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier CPR-numre på danske borgere samt erstatnings CPR-numre på udlændinge og ukendte personer. Erstatnings CPR-numre er kendetegnet ved, at 8. og 9. ciffer er bogstaver (A-Å). Derudover gælder, at de første 6 cifre angiver fødselsdag, -måned og -år; det 7. ciffer angiver hvilket århundrede patienten er født i (0 for patienter født i år 1900 - 1999, 5 for patienter født før 1900 og 6 for patienter født efter 1999), og 10. ciffer angiver patientens køn (ulige numre for mænd og lige numre for kvinder).</p>
v_indminut	1977 -	Kontaktens startminut
		<p>Længde 2</p> <p>Kodesæt</p> <p>Beskrivelse Minut for ankomst til skadestue (1977-2013) Minuttal for indlæggelse eller start på ambulante forløb (2005-).</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier 0-59</p>
v_indtime	1977 -	Kontaktens starttime
		<p>Længde 2</p> <p>Kodesæt</p> <p>Beskrivelse Klokkeslæt i hele timer for indlæggelse, start på ambulante forløb eller ankomst til skadestue.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier 0-23</p>
v_sengdage	1994 -	Behandlingsdage/sengedage
		<p>Længde 8</p> <p>Kodesæt</p> <p>Beskrivelse Antallet af sengedage for indlagte patienter og behandlingsdage for deldøgnspatienter og skadestuepatienter. For ambulante patienter angiver variablen antallet af besøg.</p> <p>Kilder Indberettet af sygehusene for ambulante og deldøgnspatienter i perioden 1995-1998, herefter blev indberetningen frivillig. For øvrige patienttyper bliver værdien beregnet.</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier For ambulante patienter beregnes værdien som antallet af ambulante besøg knyttet til den pågældende kontakt. Hvis der ikke er registreret nogen besøg er variablen blank. For øvrige patienter beregnes værdien som antallet af sengedage, dvs. forskellen mellem D_INDDTO og D_UDDTO, dog sættes værdien til 1, hvis ind- og uddato er på samme dag. For alle uafsluttede indlæggelser er variablen blank. Værdien af V_SENGDAGE er lig værdien af variablen V_BEHDAGE.</p>
v_udtime	1994 -	Kontaktens afslutningstime

Variabel	Periode	Indhold
----------	---------	---------

Længde 2
Kodesæt

Beskrivelse Klokkeslæt i hele timer for afslutning af kontakt. Udskrivningstid er obligatorisk at indberette for indlagte somatiske patienter samt akutte ambulante patienter og psykiatriske skadestuepatienter indlagt fra 2007 og frem. For øvrige patienttyper er indberetningen ikke obligatorisk.

Kilder Indberettet fra sygehusene

Kendte databrud/ændringer Ingen

Værdier 0-23 eller blank

Tabel	Periode	Indhold
-------	---------	---------

t_afl	1999 -	Tabellen indeholder oplysninger om aflyste procedurer, dvs. procedurer der har været planlagt, men som aldrig blev udført pga. aflysning
-------	--------	--

Funktion Satellittabel med unikt indhold

Sidst ændret 24-10-2016 af KRN

Beskrivelse Aflyste procedurer

Tabellenhed En række i tabellen indeholder oplysninger om en aflyst procedure.

Variabel	Periode	Indhold
----------	---------	---------

c_oafd	1999 -	Producerende afdeling
--------	--------	-----------------------

Længde 3

Kodesæt Klassificerede koder

Beskrivelse Afdelingen som skulle have udført den procedure, der blev aflyst. En afdelingskode er ikke unik i sig selv men skal kobles med sygehuskode i variablen C_OSGH i T_AFL, således at der opstår en 7-cifret sygehus-afdelingskode.

Kilder Indberettet fra sygehusene

Kendte databrud/ændringer Navnet på afdelingen kan ændre sig over tid, hvilket fremgår af sygehus-afdelingsklassifikation, hvor det er muligt at se gyldighedsperioden for hver enkelt afdeling med det pågældende navn. For at identificere navnet på en kontakts stamafdeling, ses der på, hvad afdelingens navn var i den periode, hvor den aflyste procedure skulle have fundet sted, hvilket fremgår af variablen d_odto i samme tabel.

Værdier Afdelingskoder indgår i sygehus-afdelingsklassifikation (SHAK), som kan downloades som csv-fil på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside www.sundhedsdatastyrelsen.dk. Alle de gældende sygehus- og afdelingskoder kan fremsøges på www.medinfo.dk

c_opr	1999 -	Aflysning
-------	--------	-----------

Variabel	Periode	Indhold
		<p>Længde 10</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Klassifikationskode der beskriver, hvad der ligger til grund for aflysning af procedure, f.eks. at proceduren er aflyst pga. patientens tilstand. Selve proceduren der er blevet aflyst kan findes som tillægskode til aflysningskoden i variabelen c_tilopr.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene.</p> <p>Kendte databrud/ændringer Det er obligatorisk at indberette aflyste operationer planlagt til gennemførelse i perioden 1. januar 1999- 1. oktober 2006.</p> <p>Værdier Koder for aflyste procedurer er en del af Sundhedsdatastyrelsens klassifikationssystem (SKS), og er kendetegnet ved, at de starter med ZPP. Alle de gældende koder for aflyste procedurer og deres betydning kan findes på www.medinfo.dk. Alle SKS-koder kan downloades som en csv-fil på www.sundhedsdatastyrelsen.dk.</p>
c_oprart	1999 -	Markering af om det er en primærkode eller en tillægskode
		<p>Længde 1</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Angivelse af om der er en tillægskode til koden for aflysningen (C_OPR). Selve tillægskoden findes i variabelen C_TILOPR.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier Blank eller ""+"" Når C_OPRART er "+" betyder det, at den pågældende kode for aflysning, C_OPR, har en tillægskode, som er at finde i variabelen C_TILOPR.</p>
c_osgh	1999 -	Producerende sygehuse
		<p>Længde 4</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Sygehuset som skulle have udført den procedure, der blev aflyst.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen databrud. Navnet på sygehuset kan ændre sig over tid, hvilket fremgår af sygehus-afdelingsklassifikationen, hvor det er muligt at se gyldighedsperioden for sygehuset med det pågældende navn. For at identificere navnet på sygehuset, ses der på, hvad sygehusets navn var i den periode, hvor den aflyste procedure skulle have fundet sted, hvilket fremgår af variabelen d_odto i samme tabel.</p> <p>Værdier Sygehuskoder indgår i sygehus-afdelingsklassifikation (SHAK), som kan downloades som csv-fil på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside www.sundhedsdatastyrelsen.dk. Alle de gældende sygehuskoder kan fremsøges på www.medinfo.dk.</p>
c_tilopr	1999 -	Den aflyste procedure
		<p>Længde 10</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Indeholder klassifikationskoden for den procedure der er blevet aflyst. Variabelen indeholder derudover også de tillægskoder, der er blevet registreret til procedurekoden. For at identificere årsagen til aflysningen af den pågældende procedure, ses på variabelen c_opr.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene.</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier Stort set alle koder fra SKS-klassifikationen kan registreres som tillægskoder. Der er dog få undtagelser, hvilket er beskrevet i Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter.</p>
v_recnum	1999 -	Recordnummer
		<p>Længde 8</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Variabelen indeholder et løbenummer som er unikt for en kontakt. Recnum anvendes til at koble data om en kontakt fra de forskellige datasæt, der udgør Landspatientregisteret.</p> <p>Kilder Tildeles ved opdatering af registeret</p> <p>Kendte databrud/ændringer Recnum er unik inden for en opdatering af Landspatientregisteret. Det betyder at én kontakt kan få et nyt recnum ved opdatering af registeret, og at konkret recnum ved opdatering af registreret kan blive genbrugt til en anden kontakt.</p> <p>Værdier Løbenummer</p>

t_distkod 1995-2003 Tabellen indeholder oplysninger om lokale optageområder, f.eks. socialdistrikter i store bykommuner.

Funktion • Satellittabel med unikt indhold

Sidst ændret 25-10-2016 af KRN

Beskrivelse Optageområde

Tabellenhed En række i tabellen indeholder oplysninger om optageområde.

Variabel	Periode	Indhold
v_recnum	1995 - 2000	Recordnummer

Længde 8

Kodesæt Lokale Koder

Beskrivelse Variablen indeholder et løbenummer som er unikt for en kontakt. Recnum anvendes til at koble data om en kontakt fra de forskellige datasæt, der udgør Landspatientregisteret.

Kilder Tildeles ved opdatering af registeret

Kendte databrud/ændringer Recnum er unik inden for en opdatering af Landspatientregisteret. Det betyder at én kontakt kan få et nyt recnum ved opdatering af registeret, og at konkret recnum ved opdatering af registreret kan blive genbrugt til en anden kontakt.

Værdier Løbenummer

v_distkod	1995 - 2000	Distriktskode
-----------	-------------	---------------

Længde 7

Kodesæt

Beskrivelse Distriktskode for optageområde, eksempelvis socialdistrikter i store bykommuner.

Kilder Indberettet fra sygehusene

Kendte databrud/ændringer Ingen

Værdier Koder til lokal registrering. Der findes ingen oversættelse af koderne.

Tabel	Periode	Indhold
t_fritvalg	2004 -	Tabellen indeholder oplysninger om den udvidede fritvalgsordning, dvs. om patienten er en fritvalgspatient. Denne tabel er således kun relevant for kontakter på private sygehuse.

Funktion Satellittabel med unikt indhold

Sidst ændret 25-10-2016 af KRN

Beskrivelse Fritvalgsoplysninger

Tabelenhed En række i tabellen indeholder oplysninger om en sygehuskontakt for en fritvalgspatient.

Variabel	Periode	Indhold
c_fritvalg	2004 -	Markør for, at patienten er omfattet af den udvidede fritvalgsordning.

Længde 1

Kodesæt Lokale Koder

Beskrivelse Markør for, at patienten er omfattet af den udvidede fritvalgsordning. Indberettes kun på kontakter ved private sygehuse/klinikker.

Kilder Indberettet fra sygehusene

Kendte databrud/ændringer Ingen

Værdier 1: Patienten er omfattet af den udvidede fritvalgsordning Patienter der ikke er omfattet af den udvidede fritvalgsordning, vil slet ikke indgå i tabellen T_FRITVALG, og dermed består C_FRITVALG udelukkende af 1-taller.

Variabel	Periode	Indhold
v_recnum	2004 -	Recordnummer

Længde 8

Kodesæt Lokale Koder

Beskrivelse Variablen indeholder et løbenummer som er unikt for en kontakt. Recnum anvendes til at koble data om en kontakt fra de forskellige datasæt, der udgør Landspatientregisteret.

Kilder • Tildeles ved opdatering af registeret

Kendte databrud/ændringer Recnum er unik inden for en opdatering af Landspatientregisteret. Det betyder at én kontakt kan få et nyt recnum ved opdatering af registeret, og at konkret recnum ved opdatering af registreret kan blive genbrugt til en anden kontakt.

Værdier Løbenummer

Tabel	Periode	Indhold
t_opdatdto	2000-2004	Tabellen indeholder datoen for den seneste opdatering af hver sygehuskontakt.

Funktion Satellittabel med unikt indhold

Sidst ændret 25-10-2016 af KRN

Beskrivelse Dato for opdatering af kontakt

Tabelenhed En række i tabellen indeholder oplysninger om en sygehuskontakt

Variabel	Periode	Indhold
v_recnum	2000 - 2004	Recordnummer

Længde 8

Kodesæt Lokale Koder

Beskrivelse Variablen indeholder et løbenummer som er unikt for en kontakt. Recnum anvendes til at koble data om en kontakt fra de forskellige datasæt, der udgør Landspatientregisteret.

Kilder Tildeles ved opdatering af registeret

Kendte databrud/ændringer Recnum er unik inden for en opdatering af Landspatientregisteret. Det betyder at én kontakt kan få et nyt recnum ved opdatering af registeret, og at konkret recnum ved opdatering af registreret kan blive genbrugt til en anden kontakt.

Værdier Løbenummer

Variabel	Periode	Indhold
d_opdatdto	2000 - 2004	Intern opdateringsdato

Længde 8

Kodesæt Dato

Beskrivelse Kontaktens opdateringsdato, dvs. dato for seneste ændring af kontakten. Bemærk at denne dato kan ligge lang tid efter kontaktens afslutningsdato, da sygehusene til tider foretager efterregistreringer, samt genindberetninger af fejlkontakter.

Kilder Beregnes ved modtagelsen af indberetningen

Kendte databrud/ændringer Ingen Findes efter 2004 i tabellen t_adm

Værdier Gyldig dato

Tabel	Periode	Indhold
t_opr	1977 -	Tabellen indeholder oplysninger om operationer foretaget før 1996. Der var ved årsskiftet 1995/1996 et skift i operationsklassifikationen, og det blev håndteret således, at operationer foretaget før årsskiftet blev registreret efter den 'gamle' klassifikation, mens operationer foretaget efter årsskiftet blev registreret efter den nye nordiske klassifikation, som stadig er gældende. Alle operationer foretaget siden 1996 kan findes i tabellen T_SKSOPR. Da de to klassifikationer adskilles på operationsdato betyder det, at patientkontakter der strækker sig henover årsskiftet 1995/1996 godt kan have tilknyttet operationer efter begge operationsklassifikationer. Man skal i disse tilfælde både bruge tabellen T_OPR og T_SKSOPR for at være sikker på at få alle operationer med for de pågældende patientkontakter.

Funktion • Satellittabel med unikt indhold

Sidst ændret 25-10-2016 af KRN

Beskrivelse Operationer foretaget før 1996

Tabellenhed En række i tabellen indeholder oplysninger om en operation.

Variabel	Periode	Indhold
c_komb	1977 -	Markør for sammenhængende operationer
		<p>Længde 1</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Markør for sammenhørende operation. Gældende for operationer foretaget før 1996.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier +: Sammenhørende operation For alle andre operationer er C_KOMB blank</p>
c_oafd	1977 -	Producerende afdeling
		<p>Længde 3</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Afdelingskoden for den afdeling, der har udført operationen. En afdelingskode er ikke unik i sig selv men skal kobles med sygehuskoden i variabelen c_osgh i samme tabel, således at der opstår en 7-cifret sygehus-afdelingskode.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Navnet på afdelingen kan ændre sig over tid, hvilket fremgår af sygehus-afdelingsklassifikation, hvor det er muligt at se gyldighedsperioden for hver enkelt afdeling med det pågældende navn. For at identificere navnet på den producerende afdeling, ses der på, hvad afdelingens navn var på kontaktens afslutningsdato, hvilket fremgår af variabelen d_uddto i tabellen T_ADM. For uafsluttede kontakter er det den senest gældende version af sygehusnavnet der er aktuel.</p> <p>Værdier Afdelingskoder indgår i sygehus-afdelingsklassifikation (SHAK), som kan downloades som csv-fil på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside www.sundhedsdatastyrelsen.dk. Alle de gældende sygehus- og afdelingskoder kan fremsøges på www.medinfo.dk</p>
c_opr	1977 -	Operationskode
		<p>Længde 10</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Operationskode efter den gamle operations-klassifikation. Gældende for operationer udført før 1996. Teksten til operationskoden kan findes ved at koble operationskoden med den tilsvarende kode klassifikationen. Da operationskoder kan skifte betydning over tid, er det nødvendigt at kigge på operationskodens fra- og til-dato i klassifikationen. Her benyttes den version af operationen, som er gældende på kontaktens udskrivningsdato. For uafsluttede kontakter er det den seneste version af operationen der er aktuel.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier Koder i den gamle operations- og behandlingsklassifikationen. Hele klassifikationen kan downloades som csv-fil på www.sundhedsdatastyrelsen.dk</p>
c_osgh	1977 -	Producerende sygehus
		<p>Længde 4</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Sygehuskoden for det sygehus, der har udført operationen.</p> <p>Kilder Indberettet af sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Navnet på sygehuset kan ændre sig over tid, hvilket fremgår af sygehus-afdelingsklassifikation, hvor det er muligt at se gyldighedsperioden for hvert enkelt sygehus med det pågældende navn. For at identificere navnet på det producerende sygehus, ses der på, hvad sygehusets navn var på kontaktens afslutningsdato, hvilket fremgår af variabelen d_uddto i tabellen T_ADM. For uafsluttede kontakter er det den senest gældende version af sygehusnavnet der er aktuel.</p> <p>Værdier Sygehuskoder indgår i sygehus-afdelingsklassifikation (SHAK), som kan downloades som csv-fil på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside www.sundhedsdatastyrelsen.dk. Alle de gældende sygehus- og afdelingskoder kan fremsøges på www.medinfo.dk</p>

Variabel	Periode	Indhold
v_recnum	1977 -	Recordnummer

Længde 8
Kodesæt Lokale Koder

Beskrivelse Variablen indeholder et løbenummer som er unikt for en kontakt. Recnum anvendes til at koble data om en kontakt fra de forskellige datasæt, der udgør Landspatientregisteret.

Kilder Tildeles ved opdatering af registeret

Kendte databrud/ændringer Recnum er unik inden for en opdatering af Landspatientregisteret. Det betyder at én kontakt kan få et nyt recnum ved opdatering af registeret, og at konkret recnum ved opdatering af registreret kan blive genbrugt til en anden kontakt.

Værdier - Løbenummer

Tabel	Periode	Indhold
t_pers	1995 -	Tabellen indeholder oplysninger om datoer for ambulante besøg ved psykiatriske afdelinger. Indtil år 2000 indeholdt tabellen også oplysninger om ydelser, personale og sted i forbindelse med besøget. Disse oplysninger er efterfølgende blevet registreret som administrative procedurekoder og kan findes i tabellen T_SKSUBE. Fra 2003 indeholder tabellen også besøgsdatoer for hjemmebesøg og kan indeholde flere besøgsdatoer pr. dag pr. patient. Hjemmebesøg kan identificeres ved at kigge i tabellen T_SKSUBE efter procedurer med koden AAF6.

Funktion Satellittabel med unikt indhold

Sidst ændret 21-11-2016 af ERV

Beskrivelse Ambulante besøgsdatoer ved psykiatrisk afdeling

Tabellenhed En række i tabellen indeholder oplysninger om et ambulante besøg ved psykiatrisk afdeling.

Variabel	Periode	Indhold
c_perskat1	1995 -	Personale inddraget i psykiatrisk besøg

Længde 1
Kodesæt Lokale Koder

Beskrivelse Personalkategori for personalemedlem, der er inddraget i et psykiatrisk besøg, dvs. indberettet på psykiatriske ambulante kontakter.

Kilder Indberettet fra sygehusene

Kendte databrud/ændringer I 1999 og 2000 var kravet, at der skulle være indberetning af, om der var læge tilstede eller ej - værdierne 0 og B. Øvrige værdier var ikke obligatoriske at indberette. Efter 2000 udgik variablen fra indberetningen og blev afløst af administrative SKS-koder, der kan findes i T_SKSUBE. Der er dog alligevel blevet indberettet en del kontakter til LPR med personalkategori efter 2000, så reelt indeholder variablen data for kontakter indskrevet helt op til og med 2013.

Værdier

c_perskat2	1995 -	Personale inddraget i psykiatrisk besøg
------------	--------	---

Længde 1
Kodesæt Lokale Koder

Beskrivelse Personalkategori for personalemedlem, der er inddraget i et psykiatrisk besøg, dvs. indberettet på psykiatriske ambulante kontakter

Kilder Indberettet fra sygehusene

Kendte databrud/ændringer I 1999 og 2000 var kravet, at der skulle være indberetning af, om der var læge tilstede eller ej - værdierne 0 og B. Øvrige værdier var ikke obligatoriske at indberette. Efter 2000 udgik variablen fra indberetningen og blev afløst af administrative SKS-koder, der kan findes i T_SKSUBE. Der er dog alligevel blevet indberettet en del kontakter til LPR med personalkategori efter 2000, så reelt indeholder variablen data for kontakter indskrevet helt op til og med 2013.

Værdier

c_perskat3	1995 -	Personale inddraget i psykiatrisk besøg
------------	--------	---

Længde 1
Kodesæt Lokale Koder

Beskrivelse Personalkategori for personalemedlem, der er inddraget i et psykiatrisk besøg, dvs. indberettet på psykiatriske ambulante kontakter

Kilder Indberettet fra sygehusene

Kendte databrud/ændringer I 1999 og 2000 var kravet, at der skulle være indberetning af, om der var læge tilstede eller ej - værdierne 0 og B. Øvrige værdier var ikke obligatoriske at indberette. Efter 2000 udgik variablen fra indberetningen og blev afløst af administrative SKS-koder, der kan findes i T_SKSUBE. Der er dog alligevel blevet indberettet en del kontakter til LPR med personalkategori efter 2000, så reelt indeholder variablen data for kontakter indskrevet helt op til og med 2013.

Værdier

Variabel	Periode	Indhold
c_psykyd	1995 -	Ambulant psykiatrisk ydelse

Længde 1
Kodesæt Lokale Koder

Beskrivelse Angivelse af psykiatrisk ydelse ved ambulant besøg, dvs. f.eks. terapiform indberettet for psykiatriske ambulante patienter.

Kilder Indberettet fra sygehusene

Kendte databrud/ændringer Efter 2000 udgik variablen officielt fra indberetningen og blev afløst af administrative SKS-koder, der kan findes i T_SKSUBE. Der er dog blevet indberettet en del kontakter med angivelse af psykiatriske ydelse sidenhen, så reelt indeholder variablen data for kontakter indskrevet helt op til og med 2013.

Værdier Udover de klassificerede koder, optræder værdierne 8 og 9 også i data i perioden 1995-2012. Betydningen af disse koder er ukendt, og de må anses som værende lokale koder, der er blevet registreret til intern brug.

c_ydsted	1995 -	Sted for ambulant psykiatrisk ydelse
----------	--------	--------------------------------------

Længde 1
Kodesæt Lokale Koder

Beskrivelse Angivelse af om psykiatrisk ydelse ved et ambulant besøg er givet på institutionen eller ej.

Kilder Indberettet fra sygehusene

Kendte databrud/ændringer I 1999 blev variablen frivillig at indberette, og efter 2000 udgik den officielt fra indberetningen. Der er dog alligevel blevet indberettet en del kontakter til LPR med oplysningen efter 2000, så reelt indeholder variablen data for kontakter indskrevet helt op til og med 2013.

Værdier

d_ambdto	1995 -	Dato for ambulant psykiatrisk besøg
----------	--------	-------------------------------------

Længde 8
Kodesæt Dato

Beskrivelse Dato for ambulant psykiatrisk besøg. Hver ambulant kontakt kan have et vilkårligt antal ambulante besøg, dvs. flere rækker i T_PERS med samme record-nummer men forskellige værdier af D_AMBDTO. Disse kan knyttes til kontakten i T_ADM ved hjælp af record-nummeret.

Kilder Indberettes fra sygehusene

Kendte databrud/ændringer Fra 2003 er hjemmebesøg indberettet med besøgsdato og en procedurekode AAF6 med samme proceduredato. Før 2003 kunne der kun indberettes et besøg pr. dag, dvs. fra 2003 kan der findes flere ens besøgsdatoer på samme kontakt.

Værdier Gyldig dato

v_recnum	1995 -	Recordnummer
----------	--------	--------------

Længde 8
Kodesæt Lokale Koder

Beskrivelse Variablen indeholder et løbenummer som er unikt for en kontakt. Recnum anvendes til at koble data om en kontakt fra de forskellige datasæt, der udgør Landspatientregisteret.

Kilder Tildeles ved opdatering af registeret

Kendte databrud/ændringer Recnum er unik inden for en opdatering af Landspatientregisteret. Det betyder at én kontakt kan få et nyt recnum ved opdatering af registeret, og at konkret recnum ved opdatering af registreret kan blive genbrugt til en anden kontakt.

Værdier Løbenummer

Tabel	Periode	Indhold
t_psykio	1995 -	Tabellen indeholder oplysninger om indlæggelsesvilkår/startvilkår for psykiatriske patienter. Herudover indeholder tabellen også oplysninger om, hvor patienten blev indlagt fra og udskrevet til, hvilket var obligatorisk at indberette frem til år 2000.

Funktion • Satellittabel med unikt indhold

Sidst ændret 25-10-2016 af KRN

Beskrivelse Særlige psykiatrisk oplysninger

Tabellenhed En række i tabellen indeholder oplysninger om en psykiatrisk patientkontakt.

Variabel	Periode	Indhold
c_indfra	1995 -	Hvor den psykiatriske patient er indlagt fra
<p>Længde 1</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Angivelse af hvor den psykiatriske patient blev indlagt fra, f.eks. hjemmet, anden psykiatrisk eller somatisk afdeling.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ikke obligatorisk i 1999 og 2000. Efter 2000 udgik variablen officielt fra indberetningen, men den bliver stadig indberettet i vid udstrækning.</p> <p>Værdier se kodeark</p>		
c_indvilk	1995 -	Indlæggelsesvilkår for psykiatriske patienter
<p>Længde 1</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Indlæggelsesvilkår for indlagte psykiatriske patienter og startvilkår for ambulante. Angiver de juridisk-administrative forhold ved start af den psykiatriske kontakt. Det vil f.eks. sige om patienten er tvangsindlagt på røde eller gule papirer.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier se kodeark Værdierne K - R anvendes for ambulante patienter.</p>		
c_udtil	1995 -	Hvor psykiatrisk patient er udskrevet til
<p>Længde 1</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Angivelse af, hvor den psykiatriske patient er udskrevet til, f.eks. anden psykiatrisk sygehusafdeling</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ikke obligatorisk i 1999 og 2000. Efter 2000 udgik variablen officielt fra indberetningen, men den bliver stadig indberettet i vid udstrækning.</p> <p>Værdier se kodeark</p>		
v_recnum	1995 -	Recordnummer
<p>Længde 8</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Variablen indeholder et løbenummer som er unikt for en kontakt. Recnum anvendes til at koble data om en kontakt fra de forskellige datasæt, der udgør Landspatientregisteret.</p> <p>Kilder • Tildeles ved opdatering af registeret</p> <p>Kendte databrud/ændringer Recnum er unik inden for en opdatering af Landspatientregisteret. Det betyder at én kontakt kan få et nyt recnum ved opdatering af registeret, og at konkret recnum ved opdatering af registreret kan blive genbrugt til en anden kontakt.</p> <p>Værdier Løbenummer</p>		

Tabel	Periode	Indhold
t_sksopr	1996 -	<p>Tabellen indeholder oplysninger om alle operationer, der er foretaget efter 1. januar 1996. Tabellen indeholder både oplysninger om operationskoderne og deres type samt tid og sted for hver operation og eventuelle tillægskoder til operationerne. Der var ved årsskiftet 1995/1996 et skift i operationsklassifikationen, og det blev håndteret således, at operationer foretaget før årsskiftet blev registreret efter den 'gamle' klassifikation, mens operationer foretaget efter årsskiftet blev registreret efter den nye nordiske klassifikation, som stadig er gældende. Alle operationer foretaget før 1996 kan findes i tabellen T_OPR. Da de to klassifikationer adskilles på operationsdato betyder det, at patientkontakter der strækker sig henover årsskiftet 1995/1996 godt kan have tilknyttet operationer efter begge operationsklassifikationer. Man skal i disse tilfælde både bruge tabellen T_OPR og T_SKSOPR for at være sikker på at få alle operationer med for de pågældende patientkontakter.</p>

Funktion Satellittabel med unikt indhold

Sidst ændret 25-10-2016 af KRN

Beskrivelse Operationer foretaget efter 1995

Tabellenhed En række i tabellen indeholder oplysninger om en operation.

Variabel	Periode	Indhold
c_oafd	1996 -	Producerende afdeling
<p>Længde 3</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Afdelingskoden for den afdeling, der har udført operationen. En afdelingskode er ikke unik i sig selv men skal kobles med sygehuskoden i variabelen C_OSGH i T_AFL, således at der opstår en 7-cifret sygehus-afdelingskode.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Navnet på afdelingen kan ændre sig over tid, hvilket fremgår af sygehus-afdelingsklassifikation, hvor det er muligt at se gyldighedsperioden for hver enkelt afdeling med det pågældende navn. For at identificere navnet på den producerende afdeling, ses der på, hvad afdelingens navn var i den periode, hvor operationen fandt sted, hvilket fremgår af variabelen d_odto i samme tabel.</p> <p>Værdier Afdelingskoder indgår i sygehus-afdelingsklassifikation (SHAK), som kan downloades som csv-fil på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside www.sundhedsdatastyrelsen.dk. Alle de gældende sygehus- og afdelingskoder kan fremsøges på www.medinfo.dk</p>		
c_opr	1996 -	Operationskode
<p>Længde 10</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Operationskode. Variablen indeholder de operationskoder, der er blevet registreret på hver kontakt. Teksten til operationskoden kan findes ved at koble operationskoden med den tilsvarende kode i operationsklassifikationen. Da operationskoder kan skifte betydning over tid, er det nødvendigt at kigge på operationskodens fra- og til-dato i klassifikationen. Her benyttes den version af operationskoden, som er gældende på operationsdatoen D_ODTO.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier Operationskoderne er en del af Sundhedsdatastyrelsens klassifikationssystem (SKS), og er kendetegnet ved, at de alle starter med "K". Alle de gældende operationskoder og deres betydning kan findes på www.medinfo.dk</p>		
c_oprart	1996 -	Operationsart
<p>Længde 1</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Operationens art. Angiver om operationen er den vigtigste i en afsluttet patientkontakt, er den primære i et operativt indgreb eller anden operation. Feltet anvendes også til angivelse af tillægskode.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Værdien V er ikke længere obligatorisk for kontakter afsluttet i 2004</p> <p>Værdier se kodeark Når C_OPRART er "+" betyder det, at den pågældende operation, C_OPR har en tillægskode, som er at finde i variabelen C_TILOPR. Dvs. i disse tilfælde beskriver variabelen ikke selve operationens type, men er blot en indikation på, at der er en tillægskode. Den pågældende operations type kan findes ved at kigge på C_OPRART i den ovenstående række, som indeholder samme værdier af V_RECNUM og C_OPR.</p>		
c_osgh	1996 -	Producerende sygehus
<p>Længde 4</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Sygehuskoden for det sygehus, der har udført operationen.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Navnet på sygehuset kan ændre sig over tid, hvilket fremgår af sygehus-afdelingsklassifikation, hvor det er muligt at se gyldighedsperioden for hvert enkelt sygehus med det pågældende navn. For at identificere navnet på det producerende sygehus, ses der på, hvad sygehusets navn var i den periode, hvor operationen fandt sted, hvilket fremgår af variabelen d_odto i samme tabel.</p> <p>Værdier Sygehuskoder indgår i sygehus-afdelingsklassifikation (SHAK), som kan downloades som csv-fil på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside www.sundhedsdatastyrelsen.dk. Alle de gældende sygehus- og afdelingskoder kan fremsøges på www.medinfo.dk</p>		
c_tilopr	1996 -	Tillægskode til operationen

Variabel	Periode	Indhold
Længde 10 Kodesæt Klassificerede koder Beskrivelse Tillægskode til operation. Variablen indeholder de tillægskoder der er blevet registreret til hver operationskode. For at identificere, hvilken operation en tillægskode knytter sig til, ses på variablen C_OPR. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier Stort set alle koder fra SKS-klassifikationen kan registreres som tillægskoder. Der er dog få undtagelser, hvilket er beskrevet i Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter.		

d_odto	1996 -	Operationsdato
--------	--------	----------------

Længde 8 Kodesæt Dato Beskrivelse Datoen for operationens påbegyndelse. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier Gyldig dato		
--	--	--

v_recnum	1996 -	Recordnummer
----------	--------	--------------

Længde 8 Kodesæt Lokale Koder Beskrivelse Variablen indeholder et løbenummer som er unikt for en kontakt. Recnum anvendes til at koble data om en kontakt fra de forskellige datasæt, der udgør Landspatientregisteret. Kilder Tildeles ved opdatering af registeret Kendte databrud/ændringer Recnum er unik inden for en opdatering af Landspatientregisteret. Det betyder at én kontakt kan få et nyt recnum ved opdatering af registeret, og at konkret recnum ved opdatering af registreret kan blive genbrugt til en anden kontakt. Værdier Løbenummer		
---	--	--

v_ominut	1998 -	Minuttal for operationsstart
----------	--------	------------------------------

Længde 2 Kodesæt Beskrivelse Klokkeslæt i minutter for operationens påbegyndelse.. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier 0-59		
--	--	--

v_otime	1998 -	Timetal for operationsstart
---------	--------	-----------------------------

Længde 2 Kodesæt Beskrivelse Klokkeslæt i hele timer for operationens påbegyndelse. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier 0-23		
---	--	--

Tabel	Periode	Indhold
t_sksube	1999 -	Tabellen indeholder oplysninger om alle undersøgelser, ikke-kirurgiske behandlinger samt administrative forhold, der er registreret på hver patientkontakt. Tabellen omfatter således alle klassifikationskoder, som ikke er en diagnose eller operation, hvilket betyder alle SKS-koder, der begynder med andre bogstaver end D (diagnoser) og K (operationer). Tabellen indeholder både oplysninger om selve procedurekoderne samt tid og sted for hver procedure og eventuelle tillægskoder til proceduren.

Funktion • Satellittabel med unikt indhold

Sidst ændret 25-10-2016 af KRN

Beskrivelse Undersøgelser og ikke-kirurgiske behandlinger

Tabellenhed En række i tabellen indeholder oplysninger om en undersøgelse eller en ikke-kirurgisk behandling.

Variabel	Periode	Indhold
c_oafd	1999 -	Producerende afdeling
<p>Længde 3 Kodesæt Klassificerede koder Beskrivelse Afdelingskoden for den afdeling, der har udført proceduren. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Navnet på sygehuset kan ændre sig over tid, hvilket fremgår af sygehus-afdelingsklassifikation, hvor det er muligt at se gyldighedsperioden for hvert enkelt sygehus med det pågældende navn. For at identificere navnet på det producerende sygehus, ses der på, hvad sygehusets navn var i den periode, hvor proceduren fandt sted, hvilket fremgår af variabelen d_odto i samme tabel. Værdier Sygehuskoder indgår i sygehus-afdelingsklassifikation (SHAK), som kan downloades som csv-fil på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside www.sundhedsdatastyrelsen.dk. Alle de gældende sygehus- og afdelingskoder kan fremsøges på www.medinfo.dk.</p>		
c_opr	1999 -	Procedurekode
<p>Længde 10 Kodesæt Klassificerede koder Beskrivelse Procedurekode. Variablen indeholder koder for alle de procedurer, der er blevet registreret på hver kontakt bortset fra operationer, som findes i tabellen T_SKSOPR. Dvs. undersøgelser, behandlinger, administrative forhold mm. Teksten til procedurekoden kan findes ved at koble koden med den tilsvarende kode i SKS-klassifikationen. Da koderne kan skifte betydning over tid, er det nødvendigt at kigge på procedurekodens fra- og til-dato i klassifikationen. Her benyttes den version af procedurekoden, som er gældende på proceduredatoen D_ODTO. Kilder Indberettet af sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier Procedurekoderne er en del af Sundhedsdatastyrelsens klassifikationssystem (SKS). Alle de gældende procedurekoder og deres betydning kan findes på www.medinfo.dk</p>		
c_oprart	1999 -	Indikation for tillægskode
<p>Længde 1 Kodesæt Lokale Koder Beskrivelse En indikator for, om proceduren har en tillægskode. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier Når en procedure har en tillægskode markeres det ved, at C_OPRART er "+", og selve tillægskoden kan så findes i variabelen C_TILOPR. I alle andre tilfælde er C_OPRART blank.</p>		
c_osgh	1999 -	Producerende sygehus
<p>Længde 4 Kodesæt Klassificerede koder Beskrivelse Sygehuskoden for det sygehus, der har udført operationen. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Navnet på sygehuset kan ændre sig over tid, hvilket fremgår af sygehus-afdelingsklassifikation, hvor det er muligt at se gyldighedsperioden for hvert enkelt sygehus med det pågældende navn. For at identificere navnet på det producerende sygehus, ses der på, hvad sygehusets navn var i den periode, hvor proceduren fandt sted, hvilket fremgår af variabelen d_odto i samme tabel. Værdier Sygehuskoder indgår i sygehus-afdelingsklassifikation.</p>		
c_tilopr	1999 -	Tillægskode til procedure
<p>Længde 10 Kodesæt Klassificerede koder Beskrivelse Tillægskode til procedure. Variablen indeholder de tillægskoder der er blevet registreret til hver procedurekode. For at identificere, hvilken procedure tillægskoden knytter sig til, ses på variabelen C_OPR. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier Stort set alle koder fra SKS-klassifikationen kan registreres som tillægskoder. Der er dog få undtagelser, hvilket er beskrevet i Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter. Alle de gældende SKS-koder og deres betydning kan findes på www.medinfo.dk</p>		
d_odto	1999 -	Proceduredato

Variabel	Periode	Indhold
Længde 8 Kodesæt Dato Beskrivelse Dato for procedurens påbegyndelse. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier Gyldige datoer		
v_recnum	1999 -	Recordnummer
Længde 8 Kodesæt Lokale Koder Beskrivelse Variablen indeholder et løbenummer som er unikt for en kontakt. Recnum anvendes til at koble data om en kontakt fra de forskellige datasæt, der udgør Landspatientregisteret. Kilder Tildeles ved opdatering af registeret Kendte databrud/ændringer Recnum er unik inden for en opdatering af Landspatientregisteret. Det betyder at én kontakt kan få et nyt recnum ved opdatering af registeret, og at konkret recnum ved opdatering af registreret kan blive genbrugt til en anden kontakt. Værdier Løbenummer		
v_ominut	1999 -	Minuttal for procedure
Længde 2 Kodesæt Beskrivelse Klokkeslæt i minutter for procedurens påbegyndelse.. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier 0-59		
v_otime	1999 -	Timetal for procedure
Længde 2 Kodesæt Beskrivelse Klokkeslæt i hele timer for procedurens påbegyndelse. Kilder Indberettet af sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier 0-23		

Tabel	Periode	Indhold
t_stedf	2008 -	Tabellen indeholder oplysninger om geografisk stedfæstelse af ulykkeshændelser, der fører til sygehuskontakt. Stedfæstelsen er angivet ved UTM-zone samt x- og y-koordinat og en angivelse af præcisionen for stedfæstelsen. Oplysninger om stedfæstelse er ikke obligatorisk ved registrering af ulykker, så tabellens indhold er langt fra dækkende i forhold til antallet af ulykker der er registreret i Landspatientregisteret.

Funktion Satellittabel med unikt indhold

Sidst ændret 25-10-2016 af KRN

Beskrivelse Geografisk stedfæstelse af ulykke

Tabellenhed En række i tabellen indeholder oplysninger om en ulykkehændelse

Variabel	Periode	Indhold
c_precision	2009 -	Grad af præcision for stedfæstelse af ulykke
<p>Længde 10</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Beskrivelse af graden af præcision i stedfæstelse af ulykkehændelser der fører til sygehuskontakt</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier Koder fra SKS-klassifikationen EUZ*</p>		
c_utm	2009 -	UTM-kortprojektion
<p>Længde 2</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Angiver om ulykkehændelse stedfæstes efter UTM 32 eller 33.</p> <p>Kilder Indberettes fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier Værdierne er 32 og 33 efter den anerkendte UTM-kortprojektion. Denne er beskrevet på Geodatastyrelsens hjemmeside www.gst.dk</p>		
v_recnum	2009 -	Recordnummer
<p>Længde 8</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Variablen indeholder et løbenummer som er unikt for en kontakt. Recnum anvendes til at koble data om en kontakt fra de forskellige datasæt, der udgør Landspatientregisteret.</p> <p>Kilder Tildeles ved opdatering af registeret</p> <p>Kendte databrud/ændringer Recnum er unik inden for en opdatering af Landspatientregisteret. Det betyder at én kontakt kan få et nyt recnum ved opdatering af registeret, og at konkret recnum ved opdatering af registreret kan blive genbrugt til en anden kontakt.</p> <p>Værdier Løbenummer</p>		
v_xkoord	2009 -	x-koordinat ved stedfæstelse af ulykke
<p>Længde 7</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Angiver x-koordinaten for den geografiske stedfæstelse af ulykkehændelser der fører til sygehuskontakt</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier 0400000 - 1000000</p>		
v_ykoord	2009 -	y-koordinat ved stedfæstelse af ulykke
<p>Længde 7</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Angiver y-koordinaten for den geografiske stedfæstelse af ulykkehændelser der fører til sygehuskontakt</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier 6000000 - 6500000</p>		

Tabel	Periode	Indhold
t_udtilsg	1977 -	Tabellen indeholder oplysninger om, hvilken sygehusafdeling patienten er udskrevet til for de patienter, der er afsluttet til anden sygehusafdeling. Det drejer sig primært om kontakter med afslutningsmåde F, G, K eller L, hvilket fremgår af variabelen c_udm i tabellen T_ADM.

Funktion Satellittabel med unikt indhold

Sidst ændret 25-10-2016 af KRN

Beskrivelse Sygehus og afdeling patienten afsluttes til

Tabellenhed En række i tabellen indeholder oplysninger om en patientkontakt.

Variabel	Periode	Indhold
c_udtilafd	1977 -	Afdeling som patienten er udskrevet til

Længde 3

Kodesæt Klassificerede koder

Beskrivelse Afdelingskoden for den afdeling, som patienten er udskrevet til. En afdelingskode er ikke unik i sig selv men skal kobles med sygehuskoden i variabelen c_usgh i samme tabel, således at der opstår en 7-cifret sygehus-afdelingskode.

Kilder Indberettet fra sygehusene

Kendte databrud/ændringer Navnet på afdelingen kan ændre sig over tid, hvilket fremgår af sygehus-afdelingsklassifikation, hvor det er muligt at se gyldighedsperioden for hver enkelt afdeling med det pågældende navn. For at identificere navnet på en afdelingen, ses der på, hvad afdelingens navn var i den periode, hvor kontaktens afslutningsdato ligger, hvilket fremgår af variabelen d_uddto.

Værdier Blank eller gyldig afdelingskode. Afdelingskoder indgår i sygehus-afdelingsklassifikation (SHAK), som kan downloades som csv-fil på

Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside www.sundhedsdatastyrelsen.dk. Alle de gældende sygehus- og afdelingskoder kan fremsøges på www.medinfo.dk.

c_udtilsgh	1977 -	Sygehus som patienten er udskrevet til
------------	--------	--

Længde 4

Kodesæt Klassificerede koder

Beskrivelse Sygehuskode for det sygehus, som patienten er udskrevet til.

Kilder Indberettet fra sygehusene

Kendte databrud/ændringer Ingen databrud. Navnet på sygehuset kan ændre sig over tid, hvilket fremgår af sygehus-afdelingsklassifikationen, hvor det er muligt at se gyldighedsperioden for sygehuskoden med det pågældende navn. For at identificere navnet på en kontakts stamsygehus, ses der på, hvad sygehusets navn var i den periode, hvor kontaktens afslutningsdato ligger, hvilket fremgår af variabelen d_uddto i tabellen T_ADM.

Værdier Sygehuskoder indgår i sygehus-afdelingsklassifikation (SHAK), som kan downloades som csv-fil på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside

www.sundhedsdatastyrelsen.dk. Alle de gældende sygehuskoder kan fremsøges på www.medinfo.dk.

v_recnum	1977 -	Recordnummer
----------	--------	--------------

Længde 8

Kodesæt Lokale Koder

Beskrivelse Variablen indeholder et løbenummer som er unikt for en kontakt. Recnum anvendes til at koble data om en kontakt fra de forskellige datasæt, der udgør Landspatientregisteret.

Kilder Tildeles ved opdatering af registeret

Kendte databrud/ændringer Recnum er unik inden for en opdatering af Landspatientregisteret. Det betyder at én kontakt kan få et nyt recnum ved opdatering af registeret, og at konkret recnum ved opdatering af registreret kan blive genbrugt til en anden kontakt.

Værdier Løbenummer

Tabel	Periode	Indhold
t_ulyk	2000 -	Tabellen indeholder oplysninger om ulykker i form af ulykkeskoder. Oplysningerne fandtes delvist førhen i T_ADM-tabellens variable c_ested, c_emek, c_eakt, c_emo part, c_etra f og c_epart, der hver indeholdt et særligt kodesæt, men fra år 2000 blev T_ULYK lavet som en særskilt tabel til alle informationerne om ulykker og skader.

Funktion Satellittabel med unikt indhold

Sidst ændret 25-10-2016 af KRN

Beskrivelse Ulykkeskoder

Tabellenhed En række i tabellen indeholder oplysninger om en ulykke.

Variabel	Periode	Indhold
c_art	2000 -	Indikator for tillægskode
<p>Længde 1</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Indikator for, om ulykkeskoden har en tillægskode.</p> <p>Kilder Indberettet af sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier Når en ulykkeskode har en tillægskode markeres det ved, at C_ART er "+", og selve tillægskoden kan så findes i variabelen C_TILULYK. I alle andre tilfælde er C_ART blank.</p>		
c_tilulyk	2000 -	Tillægskode til ulykkeskode
<p>Længde 10</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Variablen indeholder de tillægskoder der er blevet registreret til hver ulykkeskode. For at identificere, hvilken ulykkeskode tillægskode knytter sig til, ses på variabelen C_ULYKK.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier Stort set alle koder fra SKS-klassifikationen kan registreres som tillægskoder. Der er dog få undtagelser, hvilket er beskrevet i Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter.</p>		
c_ulyk	2000 -	Ulykkeskode
<p>Længde 10</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Ulykkeskode. Variablen indeholder koder for alle ulykkesinformationer, der er blevet registreret på hver kontakt. Det drejer sig både om ulykkens art og om alle omstændighederne omkring ulykken såsom ulykkessted, skademechanisme, transportform ved køretøjsulykker osv. Teksten til koden kan findes ved at koble koden med den tilsvarende kode i ulykkesklassifikationen. Da koderne kan skifte betydning over tid, er det nødvendigt at kigge på ulykkeskodens fra- og til-dato i klassifikationen. Her benyttes den version af koden, som er gældende på kontaktens udskrivningsdato, D_UDDTO i T_ADM. For uafsluttede kontakter er det den seneste version af koden der er gældende.</p> <p>Kilder Indberettet af sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Ingen</p> <p>Værdier Ulykkeskoder er en del af Sundhedsdatastyrelsens klassifikationssystem (SKS), og er kendetegnet ved, at de starter med EU. Alle de gældende ulykkeskoder og deres betydning kan findes på www.medinfo.dk</p>		
v_recnum	2000 -	Recordnummer
<p>Længde 8</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Variablen indeholder et løbenummer som er unikt for en kontakt. Recnum anvendes til at koble data om en kontakt fra de forskellige datasæt, der udgør Landspatientregisteret.</p> <p>Kilder Tildeles ved opdatering af registeret</p> <p>Kendte databrud/ændringer Recnum er unik inden for en opdatering af Landspatientregisteret. Det betyder at én kontakt kan få et nyt recnum ved opdatering af registeret, og at konkret recnum ved opdatering af registreret kan blive genbrugt til en anden kontakt</p> <p>Værdier Løbenummer</p>		

Tabel	Periode	Indhold
t_vente	2004 -	Tabellen indeholder oplysninger om venteperioder for alle kontakter der har været i et eller flere venteforløb. Dels oplysninger om venteforløbets start- og slutdato og dels en status-kode (ventestatus) for hvert venteforløb. Ventestatus angiver, om patienten i den angivne periode er ventende eller ikke ventende, samt på overordnet niveau, hvad patienten venter på og årsagen hertil.

Funktion Satellittabel med unikt indhold

Sidst ændret 25-10-2016 af KRN

Beskrivelse Ventetidsoplysninger

Tabellenhed En række i tabellen indeholder oplysninger om en venteperiode.

Variabel	Periode	Indhold
c_vstatus	2004 -	Ventestatus

Længde 2

Kodesæt Lokale Koder

Beskrivelse Ventestatus. Angiver status for, hvorvidt patienten er ventende eller ej, og hvad patienten venter på.

Kilder Indberettet af sygehusene

Kendte databrud/ændringer Ventestatus 25 og 26 forekommer kun på ambulante kontakter, dvs. hvor C_PATTYPE=2 i T_ADM.

Værdier

d_vsldto	2004 -	Slutdato for periode med ventestatus
----------	--------	--------------------------------------

Længde 8

Kodesæt Dato

Beskrivelse Slutdato for periode med ventestatus. En kontakt kan godt have flere venteforløb, i disse tilfælde ligger venteforløbene i forlængelse af hinanden, dvs. at D_VSLDTC er lig datoen før D_VSTDTTC i det efterfølgende venteforløb. For indlagte patienter (C_PATTYPE = 0) gælder, at det sidste venteforløb afslutter på kontaktens indlæggelsesdato, dvs. D_VSLDTC = D_INDDTC. For ambulante patienter (C_PATTYPE = 2) vil den sidste ventestruktur ligge mellem kontaktens start og slutdato, dvs. D_INDDTC <= D_VSLDTC <= D_UDDTC. For uafsluttede ambulante patienter gælder blot at den sidste ventestruktur er større end eller lig med kontaktens startdato, dvs. D_INDDTC <= D_VSLDTC. Indberettes ikke for skadestuepatienter

Kilder Indberettet af sygehusene

Kendte databrud/ændringer Ingen

Værdier Gyldig dato Hvis kontakten er uafsluttet ambulant, kan D_VSLDTC være blank.

d_vstdtc	2004 -	Startdato for periode med ventestatus
----------	--------	---------------------------------------

Længde 8

Kodesæt Dato

Beskrivelse Startdato for venteforløb. En kontakt kan godt have flere venteforløb, i disse tilfælde ligger venteforløbene i forlængelse af hinanden, dvs. at D_VSTDTTC er lig datoen efter D_VSLDTC i det foregående venteforløb. Startdatoen på det første venteforløb vil altid være lig med kontaktens henvisningsdato, dvs. D_VSTDTTC = D_HENDTC.

Kilder Indberettet af sygehusene

Kendte databrud/ændringer Ingen

Værdier Gyldig dato

v_recnum	2004 -	Recordnummer
----------	--------	--------------

Længde 8

Kodesæt Lokale Koder

Beskrivelse Variablen indeholder et løbenummer som er unikt for en kontakt. Recnum anvendes til at koble data om en kontakt fra de forskellige datasæt, der udgør Landspatientregisteret.

Kilder Tildeles ved opdatering af registeret

Kendte databrud/ændringer Recnum er unik inden for en opdatering af Landspatientregisteret. Det betyder at én kontakt kan få et nyt recnum ved opdatering af registeret, og at konkret recnum ved opdatering af registreret kan blive genbrugt til en anden kontakt.

Værdier Løbenummer

Tabel	Periode	Indhold
t_bes	1994 -	Tabellen indeholder datoer for besøg, der knytter sig til somatiske ambulante og deldøgns-kontakter. Fra 2003 indeholder tabellen også besøgsdatoer fra hjemmebesøg og kan indeholde flere besøgsdatoer pr. dag pr. patient. Hjemmebesøg kan frasorteres ved at koble med tabellen t_sksube og se på de besøgsdatoer, hvor der på samme dag er foretaget en procedure med koden AAF6.

Funktion Satellittabel med unikt indhold

Sidst ændret 21-11-2016 af ERV

Beskrivelse Ambulante besøgsdatoer

Tabelenhed En række i tabellen indeholder oplysninger om et ambulat besøg.

Variabel	Periode	Indhold
d_ambdto	1994 -	Dato for ambulat besøg

Længde 8

Kodesæt Dato

Beskrivelse Dato for ambulat besøg. Hver ambulat kontakt kan have et vilkårligt antal besøg, dvs. flere rækker i T_BES med samme record-nummer men forskellige værdier af d_ambdto. Der kan dog også være flere besøg på samme dag på en kontakt. I disse tilfælde er det ikke muligt at bestemme rækkefølgen af besøgene, da der kun indberettes dato og ikke klokkeslæt for besøgstidspunktet. Besøgene kan knyttes til kontakten i T_ADM ved hjælp af record-nummeret.

Kilder Indberettet fra sygehusene

Kendte databrud/ændringer Fra 2003 er hjemmebesøg indberettet med besøgsdato og en procedurekode AAF6 med samme proceduredato som kan findes i tabellen T_SKSUBE. Før 2003 måtte der kun indberettes ét besøg pr. dag på en kontakt, men fra 2003 og frem kan der eksistere et vilkårligt antal besøg pr. dag for hver kontakt.

Værdier Gyldig dato

v_recnum	1994 -	Recordnummer
----------	--------	--------------

Længde 8

Kodesæt Lokale Koder

Beskrivelse Variablen indeholder et løbenummer som er unikt for en kontakt. Recnum anvendes til at koble data om en kontakt fra de forskellige datasæt, der udgør Landspatientregisteret.

Kilder Tildeles ved opdatering af registeret

Kendte databrud/ændringer Recnum er unik inden for en opdatering af Landspatientregisteret. Det betyder at én kontakt kan få et nyt recnum ved opdatering af registeret, og at konkret recnum ved opdatering af registreret kan blive genbrugt til en anden kontakt.

Værdier Løbenummer

Tabel	Periode	Indhold
t_diag	1977 -	Tabellen indeholder oplysninger om samtlige diagnoser der knytter sig til hver kontakt, både selve diagnosekoderne og diagnosernes type samt eventuelle tillægskoder til hver diagnose.

Funktion Satellittabel med unikt indhold

Sidst ændret 21-11-2016 af ERV

Beskrivelse Diagnose

Tabelenhed En række i tabellen indeholder oplysninger om en diagnose eller en tillægskode til en diagnose.

Variabel	Periode	Indhold
c_diag	1977 -	Diagnose-oplysninger

Længde 10

Kodesæt Klassificerede koder

Beskrivelse Variablen indeholder de diagnosekoder, der er blevet registreret på hver kontakt. For at se diagnosens type, skal der ses på variablen C_DIAGTYPE, som ligeledes ligger i tabellen T_DIAG. Diagnosteksten kan findes ved at koble diagnosekoden med den tilsvarende kode i diagnoseklassifikationen. Da diagnosekoder kan skifte betydning over tid, er det nødvendigt at kigge på diagnosekodens fra- og til-dato i klassifikationen. Her benyttes den version af diagnosen, som er gældende på kontaktens udskrivningsdato. For uafsluttede kontakter er det den senest gældende version af diagnosen der er aktuel.

Kilder Indberettet fra sygehusene

Kendte databrud/ændringer I 1994 skiftes fra ICD-8 diagnoseklassifikationen til ICD-10, så alle kontakter afsluttet efter 31. december 1994 er indberettet med (danske) ICD-10-koder. Henvisningsdiagnoser er kodet efter ICD-10, hvor henvisningsdatoen er efter 31. december 1994.

Værdier Før 1994 blev der brugt diagnosekoder efter ICD-8 klassifikationen og herefter diagnosekoder efter ICD-10 klassifikationen. Diagnosekoderne i ICD-10 er en del af Sundhedsdatastyrelsens klassifikationssystem (SKS) og er kendetegnet ved, at de alle starter med "D". Alle gældende diagnosekoder kan findes på www.medinfo.dk. Hele ICD-10 klassifikationen og ICD-8 klassifikation kan downloades som csv-filer på www.sundhedsdatastyrelsen.dk.

c_diagmod	1977 - 1993	Diagnosemodifikation
-----------	-------------	----------------------

Variabel	Periode	Indhold
Længde 1 Kodesæt Lokale Koder Beskrivelse Diagnosemodifikation, f.eks. obs.pro. ej befundet eller sequelae. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier		

c_diagtype	1977 -	Diagnosetype
------------	--------	--------------

Længde 1 Kodesæt Lokale Koder Beskrivelse Diagnosens type. Kilder Indberettet fra sygehuse Kendte databrud/ændringer Henvisningsdiagnose (diagnosetype H) er frivillig at registrere i perioden 1995-1998, herefter er den obligatorisk ved visse henvisningsmåder. Grundmorbus (diagnosetype G) er frivillig at registrere i perioden 1995 til 2001. Fra 2002 til og med 2003 bliver den udelukkende registreret på psykiatriske patienter, og efter 2003 udgår den helt. Komplikation (diagnosetype C) og midlertidig diagnose (diagnosetype M) udgår ved udgangen af 2013. Værdier		
--	--	--

c_tildiag	1995 -	Tillægskode til diagnosekoden
-----------	--------	-------------------------------

Længde 10 Kodesæt Klassificerede koder Beskrivelse Tillægskode til diagnose. Variablen indeholder de tillægskoder der er blevet registreret til hver diagnosekode. For at identificere, hvilken diagnose en tillægskode knytter sig til, ses på variabelen C_DIAG. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier Stort set alle koder fra SKS-klassifikationen kan registreres som tillægskoder. Der er dog få undtagelser, hvilket er beskrevet i Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter.		
--	--	--

v_recnum	1977 -	Recordnummer
----------	--------	--------------

Længde 8 Kodesæt Lokale Koder Beskrivelse Variablen indeholder et løbenummer som er unikt for en kontakt. Recnum anvendes til at koble data om en kontakt fra de forskellige datasæt, der udgør Landspatientregisteret. Kilder Tildeles ved opdatering af registeret Kendte databrud/ændringer Recnum er unik inden for en opdatering af Landspatientregisteret. Det betyder at én kontakt kan få et nyt recnum ved opdatering af registeret, og at konkret recnum ved opdatering af registreret kan blive genbrugt til en anden kontakt. Værdier Løbenummer		
---	--	--

Tabel	Periode	Indhold
t_foedsler	1995 -	Tabellen indeholder visse oplysninger vedrørende fødsler. Det drejer sig både om oplysninger der knytter sig til moderens og til barnets kontakt. For moderen er der tale om oplysninger om graviditetens historik, mens der for barnet er tale om længde, vægt og nummer ved flerfødsfødsler. Øvrige fødselsoplysninger findes i form af SKS-koder i tabellerne T_DIAG, T_SKSOPR og T_SKSUBE.

Funktion Satellittabel med unikt indhold
Sidst ændret 21-11-2016 af ERV
Beskrivelse Fødselsoplysninger
Tabellenhed En række i tabellen indeholder oplysninger om en fødsel.

Variabel	Periode	Indhold
d_smdto	1995 - 2003	Dato for sidste menstruation
<p>Længde 8 Kodesæt Dato Beskrivelse Angiver dato for, hvornår moderen havde sidste menstruation. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Indberettes ikke fra 2002. Af praktiske årsager er værdien for efterfølgende årgange sat til blank Værdier Gyldige datoer. Fra 2002 og frem er D_SMDTO blank</p>		
v_recnum	1995 -	Recordnummer
<p>Længde 8 Kodesæt Lokale Koder Beskrivelse Variablen indeholder et løbenummer som er unikt for en kontakt. Recnum anvendes til at koble data om en kontakt fra de forskellige datasæt, der udgør Landspatientregisteret. Kilder Tildeles ved opdatering af registeret Kendte databrud/ændringer Recnum er unik inden for en opdatering af Landspatientregisteret. Det betyder at én kontakt kan få et nyt recnum ved opdatering af registeret, og at konkret recnum ved opdatering af registreret kan blive genbrugt til en anden kontakt. Værdier Løbenummer</p>		
v_flernr	1995 -	Barnets nummer i rækkefølgen ved flerfoldfødsel
<p>Længde 8 Kodesæt Beskrivelse Angiver barnets nummer i rækkefølgen ved flerfoldfødsel. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier 1-6 For alle rækker der omhandler moderes kontakt er V_FLERNR blank</p>		
v_jmbes	1995 -	Antallet af besøg hos jordemoder
<p>Længde 8 Kodesæt Beskrivelse Antallet af besøg hos jordemoder som led i svangerkontrollen. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Værdier 0-25 Hvis antallet er uoplyst, er V_JMBES blank For alle rækker der omhandler barnets kontakt er V_JMBES blank</p>		
v_langde	1995 -	Barnets længde
<p>Længde 8 Kodesæt Beskrivelse Angiver barnets længde ved fødslen i cm. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier 0-99 Hvis længden er uoplyst, er V_LANGDE = 0 For alle rækker der omhandler moderens kontakt er V_LANGDE blank</p>		
v_lbes	1995 -	Antal besøg hos egen læge
<p>Længde 8 Kodesæt Beskrivelse Antallet af besøg hos egen læge (praktiserende læge) som led i svangerkontrollen. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Værdier 0-9 Hvis antallet er uoplyst, er V_LBES blank For alle rækker der omhandler barnets kontakt er V_LBES blank</p>		
v_parity	1995 -	Antal gennemførte svangerskaber

Variabel	Periode	Indhold
Længde 8 Kodesæt Beskrivelse Antallet af gennemførte svangerskaber, inkl. dødfødsler og aktuel fødsel. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier 1-20 Hvis antallet er uoplyst, er V_PARITET blank For alle rækker der omhandler barnets kontakt er V_PARITET blank		

v_spbes	1995 -	Antal besøg hos speciallæge
---------	--------	-----------------------------

Længde 8 Kodesæt Beskrivelse Antallet af besøg hos læge på obstetrisk eller kirurgisk afsnit eller hos praktiserende speciallæge som led i svangerkontrollen. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen. Værdier 0-9 Hvis antallet er uoplyst, er V_SPBES blank For alle rækker der omhandler barnets kontakt er V_SPBES blank		
---	--	--

v_vagt	1995 -	Barnets vægt
--------	--------	--------------

Længde 8 Kodesæt Beskrivelse Angiver barnets vægt ved fødslen i gram. Kilder Indberettet fra sygehusene Kendte databrud/ændringer Ingen Værdier 0-9999 Hvis vægten er uoplyst, er V_VAGT = 0 For alle rækker der omhandler moderens kontakt er V_VAGT blank		
--	--	--

Tabel	Periode	Indhold
t_pas	1999 -	Tabellen indeholder oplysninger om henholdsvis passive venteperioder og om hvorvidt patienten har afslået et tilbud om behandling på en anden sygehusafdeling. Passiv ventetid er ventetid som ikke kan tilskrives afdelingen, men som kan tilskrives patienten eller andre afdelinger.

Funktion Satellittabel med unikt indhold

Sidst ændret 25-10-2016 af KRN

Beskrivelse Passiv ventetid og afslået tilbud

Tabellenhed En række i tabellen indeholder oplysninger om passiv ventetid eller afslået tilbud om behandling på anden sygehusafdeling.

Variabel	Periode	Indhold
c_tilbafd	2002 -	afdeling, som det afslåede behandlingstilbud er givet til

Længde 3 Kodesæt Klassificerede koder Beskrivelse Afdelingskoden for den afdeling, som det afslåede behandlingstilbud er givet til. Kan være 000 hvis c_tilbsgh er forskellig fra stamsygehuset, dvs. c_sgh i T_ADM. Afdelingskoden er ikke unik i sig selv men skal kobles med sygehuskode i variabelen c_tilbsgh i T_PAS, således at der opstår en 7-cifret sygehusafdelingskode. Kilder Indberettet fra sygehusene. Kendte databrud/ændringer Registreringskravet trådte i kraft 1. juli 2002, og var obligatorisk til og med 2003; herefter er registreringen frivillig. Navnet på afdelingen kan ændre sig over tid, hvilet fremgår af sygehus-afdelingsklassifikation, hvor det er muligt at se gyldighedsperioden for hver enkelt afdeling med det pågældende navn. For at identificere navnet på den pågældende afdeling, ses der på, hvad afdelingens navn var i den periode, hvor behandlingstilbuddet blev afslået, hvilket fremgår af variabelen d_tilbdto i samme tabel. Værdier Afdelingskoder indgår i sygehus-afdelingsklassifikation (SHAK), som kan downloades som csv-fil på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside www.sundhedsdatastyrelsen.dk . Alle de gældende sygehus- og afdelingskoder kan fremsøges på www.medinfo.dk		
---	--	--

c_tilbsgh	2002 -	sygehus, som det afslåede behandlingstilbud er givet til
-----------	--------	--

Variabel	Periode	Indhold
		<p>Længde 4</p> <p>Kodesæt Klassificerede koder</p> <p>Beskrivelse Sygehuskoden for det sygehus, som det afslåede behandlingstilbud er givet til.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Registreringskravet trådte i kraft 1. juli 2002, og var obligatorisk til og med 2003; herefter blev registreringen frivillig. Navnet på sygehuset kan ændre sig over tid, hvilket fremgår af sygehus-afdelingsklassifikationen, hvor det er muligt at se gyldighedsperioden for sygehuskoden med det pågældende navn. For at identificere navnet på det pågældende sygehus, ses der på, hvad sygehusets navn var i den periode, hvor behandlingstilbuddet blev afslået, hvilket fremgår af variabelen d_tilbdto i samme tabel.</p> <p>Værdier Sygehuskoder indgår i sygehus-afdelingsklassifikation (SHAK), som kan downloades som csv-fil på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside www.sundhedsdatastyrelsen.dk. Alle de gældende sygehuskoder kan fremsøges på www.medinfo.dk</p>
d_passldto	1999 - 2003	Slutdato for passiv venterid
		<p>Længde 8</p> <p>Kodesæt Dato</p> <p>Beskrivelse Slutdato for passiv ventetid</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Registreringen udgår i 2004, således at kontakter med henvisningsdato, D_HENDTO, efter 31. december 2003 ikke må have passiv ventetid registreret.</p> <p>Værdier Gyldig dato</p>
d_passtdto	1999 - 2003	Startdato for passiv ventetid
		<p>Længde 8</p> <p>Kodesæt Dato</p> <p>Beskrivelse Startdato for passiv ventetid</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Registreringen udgår i 2004, således at kontakter med henvisningsdato, D_HENDTO, efter 31. december 2003 ikke må have passiv ventetid registreret.</p> <p>Værdier Gyldig dato</p>
d_tilbdto	1999 -	Dato for hvornår tilbud er afslået
		<p>Længde 8</p> <p>Kodesæt Dato</p> <p>Beskrivelse Dato for hvornår tilbud om behandling på andet sygehusafsnit er afslået af patienten</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Obligatorisk indberetning trådte i kraft 1. juli 2002. Fakultativ fra 2010</p> <p>Værdier Gyldig dato</p>
v_recnum	1999 -	Recordnummer
		<p>Længde 8</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Variablen indeholder et løbenummer som er unikt for en kontakt. Recnum anvendes til at koble data om en kontakt fra de forskellige datasæt, der udgør Landspatientregisteret.</p> <p>Kilder Tildeles ved opdatering af registeret</p> <p>Kendte databrud/ændringer Recnum er unik inden for en opdatering af Landspatientregisteret. Det betyder at én kontakt kan få et nyt recnum ved opdatering af registeret, og at konkret recnum ved opdatering af registreret kan blive genbrugt til en anden kontakt.</p> <p>Værdier Løbenummer</p>
c_passarsag	1999 -	Årsag til passiv ventetid
		<p>Længde 1</p> <p>Kodesæt Lokale Koder</p> <p>Beskrivelse Årsag til passiv ventetid.</p> <p>Kilder Indberettet fra sygehusene</p> <p>Kendte databrud/ændringer Registreringen udgår i 2004, således at kontakter med henvisningsdato, D_HENDTO, efter 31. december 2003 ikke må have passiv ventetid registreret.</p> <p>Værdier</p>

