

Database- specifikation

Dansk Database for Integreret
Dobbeltdiagnosebehandling (IDD)

© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2026

Udgiver
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Version 5.1
Versionsdato: 24.08.2026

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

Introduktion.....	4
Formål for Databasen for Integreret Dobbeldiagnosebehandling (IDD)	4
Datagrundlag	5
Opgørelsesperiode	5
Organisatorisk afgrænsning	5
Datakilder anvendt i databasen.....	6
Populationsbeskrivelse	7
Teknisk specifikation.....	7
Indikatoroversigt	9
Indikatorspecifikation	11
Indikator 1: Ventetid til behandling	11
Indikator 2: Registrering af rusmiddeldiagnose	14
Indikator 3: Præparatvalg ved start af substitutionsbehandling	17
Supplerende opgørelser	20
Dækningsgrad	20
Beskrivelse af patienter og forløb i IDD	20
Bilag.....	22
Bilag 1: Oversigt over relevante SKS koder.....	22
Ændringslog	24

Introduktion

De kliniske kvalitetsdatabaser har til formål at belyse kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling og bidrage til at forbedre sundhedsvæsenets indsatser og resultater. Databaserne skal således bidrage til, at patienter og borgere får udredning, behandling, pleje og rehabilitering af høj og ensartet kvalitet uanset hvor i landet de bor, og i hvilken sektor indsatsen foregår.

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) står for drift og udvikling af kvalitetsdatabaserne og skal sikre, at databasernes indhold er godkendt af Sundhedsdatastyrelsen.

Dette dokument beskriver datagrundlag, populationsbeskrivelse og indikatoroversigt, der efterfølges af en kort beskrivelse af rationale bag de valgte indikatorer, indikatorernes udviklingsmål samt hvilke datakilder og variable, der benyttes i indikatorberegningerne. Sidst findes supplerende opgørelser og appendikstabeller.

Formål for Databasen for Integreret Dobbeldiagnosebehandling (IDD)

Databasens formål er at monitorere og evaluere kvaliteten af behandlingstilbuddet, Integreret dobbeldiagnosebehandling, samt udvikle og ensarte kvaliteten af tilbuddet på nationalt niveau.

Datagrundlag

Opgørelsesperiode

Databasen dækker over IDD behandlingsforløb fra og med d. 1. september 2024, hvor tilbuddet blev implementeret som en ny landsdækkende indsats.

Databasen idriftsættes 1. maj 2026.

De årlige opgørelsesperioder som indgår i databasens årsrapporter forventes at gå fra september måned til og med august måned det følgende år.

Organisatorisk afgrænsning

Integreret dobbeltdiagnosebehandling foregår udelukkende på psykiatriske afdelinger og enheder i det offentlige sundhedssystem i Danmark. Databasen omfatter alle disse regionale enheder i psykiatrien, som udbyder integreret dobbeltdiagnosebehandling. Indberettende enheder vil være alle psykiatriske afdelinger ude i regionerne der anvender markørerne.

Alle indikatorer tager udgangspunkt i IDD-forløb, som kan pauseres i længere perioder og genoptages i op til 12 måneder efter afslutning uden fornyet henvisning¹ (Figur 2: Tidsforløb – Indikatorer).

¹ Faglig retningslinje fra Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen (2023): Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. Link: [Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik \(regioner.dk\)](#)

Forløbsbeskrivelse fra Danske Regioner (2024, v. 2.0): Integreret patientforløb for mennesker med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik. Link: [integreret-patientforloeb-for-mennesker-med-psykiske-lidelser-og-samtidig-rusmiddelproblematik-2024.pdf \(regioner.dk\)](#)

Figur 2: Tidsforløb – indikatorer Sådanne brudte forløb beskrives samlet som et forløb.

Ved evt. skift mellem behandlingsenheder allokeres behandlingen til den enhed, hvor patienten er tilknyttet på opgørelsestidspunktet for den enkelte indikator.

Datakilder anvendt i databasen

Datakilderne til Databasen for Integreret Dobbelt diagnosebehandling (IDD) udgøres ved databasens etablering af følgende:

- Det centrale Personregister (CPR)
- Landspatientregisteret (LPR)
- Sygehusmedicinregisteret (SMR)

På sigt forventes følgende datakilder anvendt i forbindelse med de næste indikatorer

- Lægemiddelstatistikregisteret (LSR)
- Register over Stofmisbrugere i Behandling (SIB)
- Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB)

Populationsbeskrivelse

Databasen omfatter alle patientforløb indenfor rammerne af 'integreret dobbeltdiagnosebehandling'. Databasens patientpopulation udgøres derfor af alle patienter, som henvises til eller starter i integreret dobbeltdiagnosebehandling.

- Teknisk og formidlingsmæssigt omfatter databasen forløb: IDD-forløb.
- En patient kan optræde i databasen med mere end et IDD-forløb.
- Over en 12 måneders opgørelsesperiode kan hver unikke person *ikke* optræde med mere end ét IDD-forløb. Per definition (som beskrevet i visitationsretningslinjerne) genopstartes IDD behandlingsforløb når patienter vender tilbage til integreret behandling indenfor 12 måneder efter afslutning af et IDD-forløb.
- Databasen har ikke en nedre aldersgrænse.
- Dansk CPR-nummer er en forudsætning.

Det skal for god ordens skyld understreges, at databasen ikke omfatter patienter, som behandles i psykiatrisk speciallægepraksis eller i koordinerede behandlingsforløb medmindre de i forløbet overgår til et integreret behandlingstilbud i den regionale psykiatri.

Teknisk specifikation

Databasen er bygget op med fokus på et behandlingsforløb defineret ud fra LPR forløbsmarkører. Ud fra disse markører dannes databaseforløb (beskrives som **IDD-forløb** i resten af dokumentet). Til at danne database 'populationen' anvendes således udelukkende LPR.

IDD-forløb starter med enten en markør for henvisning til dobbeltdiagnosebehandling (AJK01A) eller start af dobbeltdiagnosebehandling (AKJ01B). Databaseforløbet betegnes som afsluttet, hvis der registreres en slutmarkør for IDD-behandling (AKJ01X* eller AKJ01V*) eller hvis LPR-forløbet afsluttes med en afslutningsdato.

Komplet liste og tilhørende figur (Figur 1) med de markører, der anvendes til beskrivelse af IDD-forløb:

- Henvist til integreret dobbeltdiagnosebehandling (AJK01A)
 - Henvist til integreret dobbeltdiagnosebehandling, omvisiteret (AJK01A1)
- Venteperiode til dobbeltdiagnosebehandling afsluttet (AJK01X), som kan anvendes inden start af integreret dobbeltdiagnosebehandling
 - Venteperiode til integreret dobbeltdiagnosebehandling afsluttet, klinisk begrundelse (AJK01X1)
 - Venteperiode til integreret dobbeltdiagnosebehandling afsluttet, patientens ønske AJK01X2
 - Venteperiode til integreret dobbeltdiagnosebehandling afsluttet, fortsætter uden for SP (AJK01X3).
- Venteperiode til misbrugsbehandlingsdel afsluttet (AJK01V), som kan anvendes inden start af integreret dobbeltdiagnosebehandling
 - Venteperiode til misbrugsbehandlingsdel afsluttet, klinisk begrundelse (AJK01V1)
 - Venteperiode til misbrugsbehandlingsdel afsluttet, patientens ønske (AJK01V2)

- Venteperiode til misbrugsbeh.del afsl, omvisit. til an.enhed (AJK01V3) - *Udgået september 2025*
- Start af dobbeltdiagnosebehandling (AKJ01B)
- Igangværende integreret dobbeltdiagnosebehandling (AJK01C)
- Integreret dobbeltdiagnosebehandling, slut (AJK01X)
- Integreret dobbeltdiagnosebehandling, genoptaget (AJK01Y)

In- og eksklusionskriterier

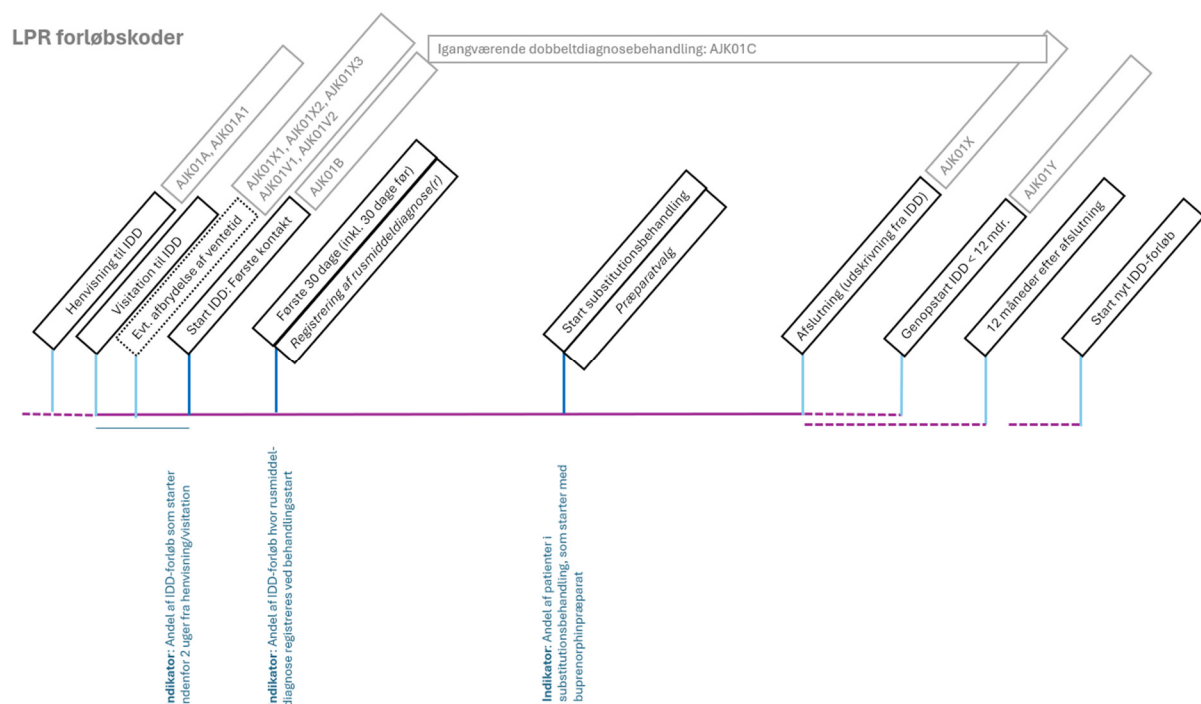
Databasen etableres med tilbagevirkning fra 1. september 2024, hvor IDD blev etableret.

I databasen inkluderes alle forløb som i LPR er kodet med

- AJK01A: Henvist til integreret dobbeltdiagnosebehandling og/eller
- AKJ01B: Integreret dobbeltdiagnosebehandling, start

For patienter der tidligere har indgået i databasen med et IDD-forløb, er det en forudsætning, at der er gået minimum 12 måneder før vedkommende kan indgå med et nyt IDD-forløb. Forløb betragtes derfor ikke som nye forløb, hvis patienten genoptager behandling indenfor 12 måneder fra afslutning uanset tidligere afslutningsårsag.

Figur 1: LPR forløbskoder anvendt til at identificere IDD-forløb



Indikatoroversigt

Nedenstående tabel viser en oversigt over databasens tre indikatorer med navn og beskrivelse af de enkelte indikatorer (Tabel 1). Desuden er disse indikatorer illustreret på en tidslinje (Figur 2).

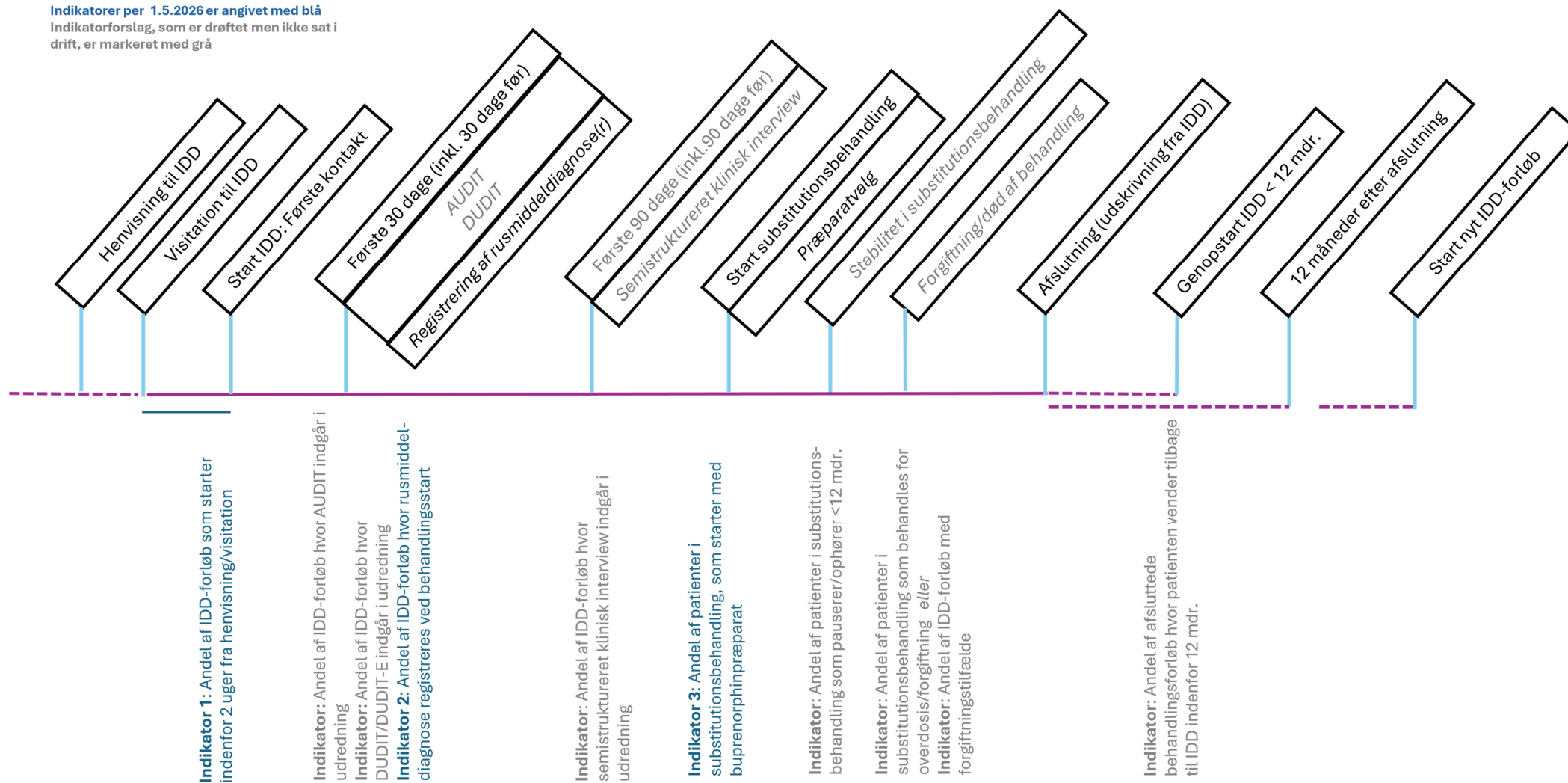
Aktive indikatorer udstilles i KKA (Kliniske Kvalitetsdatabasers Afrapporteringsmodel), sendes dagligt fra SundK til de regionale ledelsesinformationssystemer og kan således følges dagligt i klinikken.

Tabel 1 - indikatoroversigt

Indikatornummer	Indikatornavn	Beskrivelse
1	Ventetid til behandling	Andel af IDD-forløb som starter indenfor 2 uger fra henvisning/visitation
2	Registrering af rusmiddeldiagnose	Andel af IDD-forløb hvor patientens rusmiddelproblematik er registreret
3	Præparatvalg ved start af substitutionsbehandling	Andel af patienter i substitutionsbehandling som starter med buprenorphinpræparat.

Figur 2: Tidsforløb – indikatorer

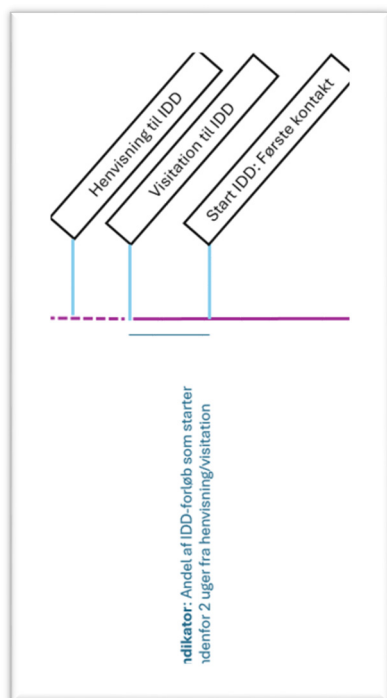
Indikatorer per 1.5.2026 er angivet med blå
Indikatorforslag, som er drøftet men ikke sat i
drift, er markeret med grå



Indikatorspecifikation

Indikator 1: Ventetid til behandling

Andel af IDD-forløb som starter indenfor 2 uger fra henvisning/visitation.



Beskrivelse af indikatoren

Klinisk spørgsmål	I hvilket omfang overholdes behandlingstidsgarantien på 2 uger (14 dage)?
Kvalitetskritisk udfordring	Det er vigtigt, at patienter kommer hurtigt i behandling. Det kan mistænkes, at ventetidsgarantien ikke overholdes.
Evidensgrundlag	Jf. faglige retningslinjerne ² , afsnit 1.4 er det beskrevet at tilbuddet skal være iværksat indenfor 2 uger. Begrundelsen refererer til Sundhedslovens § 82c om at påbegynde behandling senest 14 dage efter modtagelse af henvisning.
Indikatorens bidrag til kvalitetsudvikling	Variation med væsentlig overskridelse af behandlingsgarantien bør medføre lokale tiltag inkl. årsagsanalyse i klinikken.
Konklusion (Styregruppens samlede vurdering)	Indikatoren er fagligt velbegrundet og overholdelse af behandlingsgarantien er vigtig for at sikre høj deltagelse og kvalitet i behandlingstilbuddet. Indikatoren har potentiale for kvalitetsudvikling.

² Faglig retningslinje fra Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen (2023): Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. Link: [Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik \(regioner.dk\)](#)

Indikatortype	Procesindikator
Nævner	Alle IDD-forløb, hvor en patient visiteres til IDD i opgørelsesperioden; dog ekskluderes forløb som afbrydes inden ventetiden har været 2 uger.
Tæller	Alle IDD-forløb i nævner, hvor patienten starter IDD behandling senest 2 uger efter henvisning.
Evt. opmærksomhedspunkter	

Teknisk beskrivelse af beregningsregler for indikatoren

Datakilder

Landspatientregistret

Tæller

Alle IDD-forløb i nævner, hvor IDD-behandling starter (AJK01B) 0-14 dage efter henvisning (AJK01A).

Nævner

Alle IDD-forløb hvor der gælder følgende:

- Henvisningskode (AJK01A) er registreret i opgørelsesperioden
- Min. 14 dages opfølgningstid fra henvisningsdato
- Ventetiden til IDD er ikke afsluttet (AJK01V1, AJK01V2 eller AJK01V3) i de første 14 dage efter henvisning

Eksklusion

Alle IDD-forløb som ikke indgår i nævnerkriterier, dvs.

- Ikke indeholder en henvisningskode (AJK01A) i opgørelsesperioden
- Ventetiden er afbrudt (AJK01V1, AJK01V2 eller AJK01V3) 0-14 dage efter henvisningsdato (AJK01A)

Uoplyst

Ingen.

Udviklingsmål

Ikke fastlagt.

Format

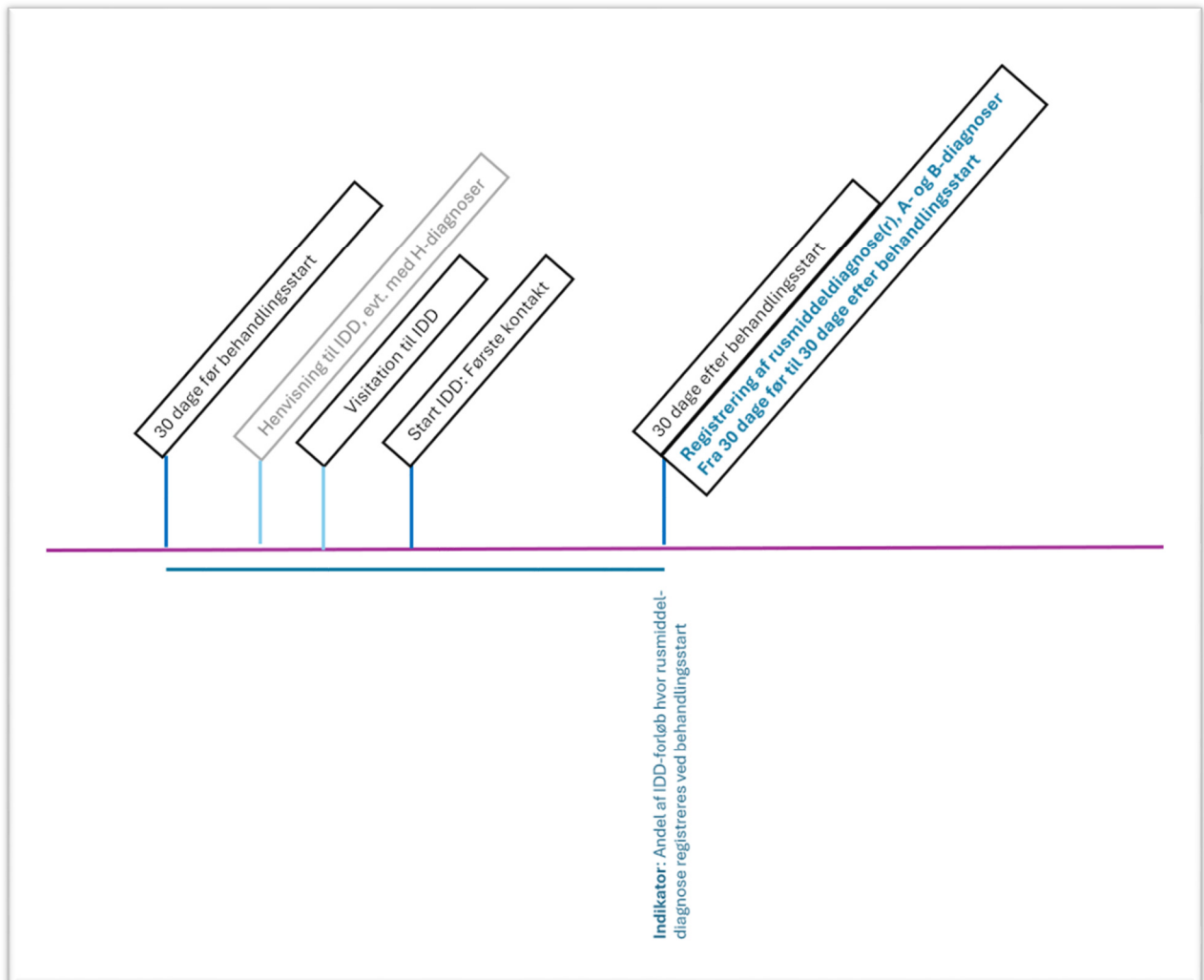
Andel

Type

Proces

Indikator 2: Registrering af rusmiddeldiagnose

Andel af IDD-forløb hvor rusmiddeldiagnose registreres ved behandlingsstart



Beskrivelse af indikatoren

Klinisk spørgsmål

Er der for alle IDD-forløb registreret min. en rusmiddeldiagnose i forbindelse med behandlingsstart?

Kvalitetskritisk udfordring

Udredning, diagnostik og journalisering af rusmiddelproblematikker er alle vigtige for kvalitet i integreret dobbeltdiagnosebehandling. Det er en velkendt udfordring, at rusmiddeldiagnoser er underregistreret i patientjournaler.

Registrering af patienters rusmiddelproblematik i forlængelse af udredning og diagnostik er en forudsætning for høj kvalitet i integreret behandling og i øvrigt for muligheden for at beskrive patientpopulationen samt monitorere og løfte behandlingskvaliteten.

Evidensgrundlag	En del af henvisningsgrundlaget for integreret dobbeltdiagnosebehandling er kompleks problematik i forbindelse med rusmiddelbehandling.
Indikatorens bidrag til kvalitetsudvikling	Variation med væsentlig underregistrering af patienters aktuelle rusmiddelproblematik bør medføre fokuserede tiltag inkl. årsagsanalyse lokalt i klinikken. Lokalt kan adgang til afdelingens aktuelle data (indikatorens patientgrundlag og opfyldelse på CPR-nummer niveau) løbende bidrage til øget journalisering af patienternes rusmiddelproblematikker. Adgang fås via ledelsesinformationssystemerne (LIS).
Konklusion (Styregruppens samlede vurdering)	Indikatoren er fagligt velbegrunder. Den kan både bidrage til kvalitetsløft af det enkelte patientforløb samt den overordnede udvikling af behandlingstilbuddet.
Indikatorstype	Procesindikator
Nævner	Alle IDD-forløb, der starter i opgørelsesperioden, og er af min. 30 dages varighed.
Tæller	Alle forløb i nævner, hvor der i patientens journal er registreret en eller flere rusmiddeldiagnoser senest 30 dage efter behandlingsstart.
Evt. opmærksomhedspunkter	Indikatoren måler ikke kvaliteten af udredning for rusmiddelproblematik men udelukkende, om der er registreret en diagnose for en rusmiddelproblematik i forbindelse med opstart af IDD-forløb.

Teknisk beskrivelse af beregningsregler for indikatoren

Datakilder

Landspatientregistret

Tæller

Alle IDD-forløb i nævner, hvor der fra 30 dage før til senest 30 dage efter behandlingsstart er registreret mindst én rusmiddeldiagnose (Aktions- og bidiagnoser: DF10-DF19, inklusiv underkoder) indenfor IDD forløbet.

Nævner

Alle IDD-forløb hvor der gælder følgende:

- Startkode (AJK01B) er registreret i opgørelsesperioden
- Min. 30 dages opfølgningstid fra behandlingsstart (AJK01B)

Eksklusion

Alle IDD-forløb som ikke indgår i nævnerkriterier, dvs.

- ikke inkluderes i databasen i opgørelsesperioden, jf. populationsbeskrivelsen
- IDD-behandling er ikke startet, dvs. der er ikke registreret en behandlingsstart (AJK01B) men kun en visitationskode
- IDD-behandlingen er afsluttet (AJK01X) 0-29 dage efter start (AJK01B)

Uoplyst

Ingen.

Udviklingsmål

Ikke fastlagt.

Format

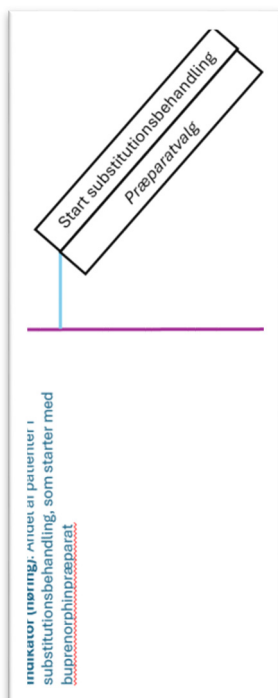
Andel

Type

Proces

Indikator 3: Præparatvalg ved start af substitutionsbehandling

Andel af patienter i substitutionsbehandling som starter med buprenorphinpræparat.



Beskrivelse af indikatoren

Klinisk spørgsmål	Hvor stor andel af patienterne i IDD-forløb, som er i substitutionsbehandling, behandles indledningsvist med et buprenorphinpræparat?
Kvalitetskritisk udfordring	Præparatvalg er et vigtigt element for kvaliteten af substitutionsbehandling. DMPG-retningslinjen for substitutionsbehandling indeholder anbefalinger om valg af præparat, både 1-, 2- og 3.-valg: Buprenorphin i kombination med Naloxon bør være 1. valg. Buprenorphin er 2. valg, mens Metadon er 3. valg. Det er særligt ønskværdigt, at behandlingen startes med et Buprenorphin-præparat frem for Metadon.
Evidensgrundlag	DMPG-retningslinjen "Substitutionsbehandling - med særligt fokus på patienter med dobbeltdiagnose" v.1, punkt 5-8.
Indikatorens bidrag til kvalitetsudvikling	Variation med væsentlige afvigelser fra retningslinjens anbefalinger for præparatvalg bør medføre fokuserede lokale tiltag inkl. årsagsanalyse, evt. med journalgennemgang.
Konklusion (Styregruppens samlede vurdering)	Indikatoren er baseret på en DMPG-retningslinje og vurderes at være fagligt velbegrundet trods metodiske udfordringer (se opmærksomhedspunkter nedenfor). Indikatoren har potentiale til kvalitetsudvikling.
Indikatorstype	Procesindikator

Datakilder	Landspatientregisteret (LPR) og Sygehusmedicinregisteret (SMR).
Nævner	Alle IDD-forløb, hvor patienten starter substitutionsbehandling i opgørelsesperioden
Tæller	Alle i nævner, hvor det første præparat i substitutionsbehandling under IDD-forløb er et buprenorphinpræparat
Evt. opmærksomhedspunkter	Retningslinjerne understreger forskellige hensyn til patientpræferencer, tidligere behandling etc. Principielt vedrører retningslinjen præparatvalg ved opstart af substitutionsbehandling. Indikatoren tager ikke højde for om patienten har erfaring fra tidligere IDD-forløb eller tidligere behandling i andet regi. Indikatoren omfatter kun den første substitutionsbehandling i et IDD-forløb, og hvert IDD-forløb kan derfor kun indgå en gang. Patienter kan indgå i indikatoren i flere opgørelsesperioder, hvis substitutionsbehandling starter igen i et nyt IDD-forløb. Med den aktuelle definition inkluderes alene patienter som får substitutionsmedicin udleveret i sygehusregi og derfor optræder i SMR. Patienter i ambulant behandling i IDD-regi indgår på lige fod med indlagte.

Teknisk beskrivelse af beregningsregler for indikatoren

Datakilder

Landspatientregisteret (LPR) og Sygehusmedicinregisteret (SMR).

Tæller

Alle IDD forløb i nævner, hvor substitutionsbehandlingen indledes med et buprenorphinpræparat: buprenorphin (N07BC01 og N02AE01) eller buprenorphin i kombination med naloxon (N07BC51).

Nævner

Alle IDD-forløb hvor patienten i opgørelsesperioden starter i substitutionsbehandling, og derfor:

- Har mindst én rusmiddeldiagnose, hvor substitutionsbehandling er relevant (Aktions- og bidiagnoser: DF11 og DF19, underkoder inkluderet). Registreringsdatoen for denne ligger mellem 30 dage før start af IDD behandlingsstart til opgørelsesperiodens slutdato.
- Starter behandling med substitutionsmedicin fra behandlingsstedet i opgørelsesperioden: I sygehusmedicinregistret findes mindst en udlevering med medicin med en af følgende ATC-koder: buprenorphin (N02AE01, N07BC01), buprenorphin i kombination med naloxon (N07BC51) eller metadon (N07BC02, N07BC05).

Eksklusion

Alle IDD-forløb, hvor

- 1) patienten ikke er registreret med relevant rusmiddeldiagnose, og/eller
- 2) ikke modtager substitutionsmedicin fra sygehuset, og/eller
- 3) start på substitutionsbehandling i opgørelsesperioden er ikke patientens første behandlingsperiode i aktuelle IDD-forløb

Uoplyst

Ingen.

Udviklingsmål

Ikke fastsat.

Format

Andel.

Type

Proces.

Supplerende opgørelser

Dækningsgrad

Der er endnu ikke formuleret en metode til opgørelse af databasens dækningsgrad.

Beskrivelse af patienter og forløb i IDD

I forbindelse med etablering af behandlingstilbuddet IDD per 1.9.2024 er det planlagt at lave følgende opgørelser (nationale tal samt fordelt på regioner og sygehusenheder):

Hvor og hvor mange?

- Forløb: antal igangværende og antal ophørte forløb
- Patienter: antal patienter startet, ophørt og genopstartet i forløb < 12 mdr.
- Andel indlæggelser/totale antal forløb

Hvem?

- Køn, aldersfordeling (inkl. børn/unge < 18 år), diagnosegrupper, rusmiddelproblematikker

Hvilke forløb?

- Ventetid til behandlingsstart, andel ventetid afsluttet, forløbslængde, andel starter med indlæggelse/alle, gennemsnitligt antal indlæggelsesdage
- Antal kontakter i løbet af ambulant IDD-forløb, herunder kontakthyppeghed, kontaktform (fremmøde, video, telefon, udgående); netværksmøder
- For korte forløb suppleres med data om hvem, hvilke problematikker, henvisningsveje, evt. ventetid, og om forløbene starter igen?

Udredning

- Fordeling på de tre typer klinisk interview (LPR-koderne), tidspunkt og andel med 1, 2, 3, 4, 5+ interview indenfor +/- 90 dage, tidspunkt for registrering af rusmiddelproblematikker
- Andel som får gennemført diagnostisk interview (aldrig, -0-30 dage, +0-30 dage, 0-60, 0-90 dage) fordelt på interviewtype (SKS-koder)

Substitutionsbehandling

- Antal forløb med substitutionsbehandling, opstart under indlæggelse eller ambulant, starttidspunkt ift. behandlingsstart, behandlingslængde: hvor mange ophører/pauserer substitutionsbehandling efter 1-7 dage, 8-14 dage og 15 dage eller mere

- Antal og andel af patienter i substitutionsbehandling som alene behandles med metadon
- Antal og andel af patienter i substitutionsbehandling, som behandles med hver af de tre præparater: buprenorfin med naloxon (kombinationsbehandling), buprenorfin henholdsvis metadon; samt hver af de fem ATC-koder N07BC51 (buprenorfin i kombination med naloxon), N07BC01 (buprenorfin), N02AE01 (buprenorfin), N07BC02 (metadon) og N07BC05 (metadon).
- Fordeling på diagnoser (psykiatrisk lidelse hhv. rusmiddelproblem (inkl. decimaler i koderne)) for patienter i substitutionsbehandling

Overdosis/forgiftning

- Antal, antal per patient, fordeling på forgiftningstype (inkl. decimaler i koderne), tidspunkt i forløb, evt. død. Evt. sammenhæng med sårbar periode efter pausering af substitutionsbehandling

Bilag

Bilag 1: Oversigt over relevante SKS koder

I nedenstående er lavet en liste over SKS koder der anvendes direkte i databasen, til beregning af indikatorer eller til supplerende opgørelser. Der anvendes også alle ICD-10 DF* koder til beskrivelse af psykiatriske lidelser for patienterne.

Ved * efter kode betyder det at alle underkoder er relevante (f.eks. de forskellige resultatindberetninger til SIB/NAB).

Tabel 2: Oversigt over relevante SKS koder

SKS kode	Kodetekst
AFV01X3	Patient omvisiteret til anden enhed
AJK01	Markører vedrørende dobbeltdiagnose
AJK01A	Henvist til integreret dobbeltdiagnosebehandling
AJK01A1	Henv. til integreret dobbeltdiagnosebehandling, omvisiteret
AJK01B	Integreret dobbeltdiagnosebehandling, start
AJK01C	Igangværende integreret dobbeltdiagnosebehandling
AJK01V	Venteperiode til misbrugsbehandlingsdel afsluttet
AJK01V1	Venteperiode til misbrugsbeh.del afsl., klinisk begrundelse
AJK01V2	Venteperiode til misbrugsbeh.del afsluttet, patientens ønske
AJK01V3	Venteperiode til misbrugsbeh.del afsl, omvisit. til anden enhed
AJK01X	Integreret dobbeltdiagnosebehandling slut
AJK01X1	Integreret dobbeltdiagnosebehandling slut, klinisk begrundelse
AJK01X2	Integreret dobbeltdiagnosebehandling slut, patientens ønske
AJK01Y	Integreret dobbeltdiagnosebehandling, genoptaget
AVBA	Administrative procedurer vedrørende dobbeltdiagnoseforløb
AVBA2	start/integreret stofmisbrugsbehandling
AVBA2C	fortsat/integreret stofmisbrugsbehandling
AVBA2Y	genoptaget/integreret stofmisbrugsbehandling
AVBA3	start/integreret alkoholmisbrugsbehandling
AVBA3C	fortsat/integreret alkoholmisbrugsbehandling
AVBA3Y	genoptaget/integreret alkoholmisbrugsbehandling

DF10.0	Akut alkoholintoksikation
DF10.2	Alkoholafhængighedssyndrom
DF11*	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyr. f.a. opioider
DF19*	Psyk. lid./adfærdsforstyr. f.a. mult./an. psykoaktivt stof
RDC*	Resultattyper (kodeområde DC) SIB og NAB
RGC*	Resultatklassifikationer (kodeområde GC - NAB og SIB)
ZZ0149A	Somatisk undersøgelse
ZZ0149AX	Somatisk udredning
ZZ4992	Semistruktureret diagnostisk interview
ZZ4994	Systematisk diagnostisk interview
ZZ4994A	Psykopatologisk screeningsinterview
ZZP0010	Set og vurderet af speciallæge
ZZP0010C	Set og vurderet af speciallæge i psykiatri
ZZP0011	Ikke set af speciallæge
ZZP0012	Set og vurderet af psykolog
ZZP0012A	Set og vurderet af specialpsykolog

Ændringslog

Med henblik på at skabe et bedre overblik over indførte ændringer i databasen, føres log over ændringer i databasen.

Versionsnummer	Ændringsdato	Beskrivelse
1.0	14.11.2025	Første udgave færdiggjort.
1.2	04.12.2025	Tilpasninger lavet efter feedback fra styregruppen.
2.0	Januar 2026	Revision efter høring
3.0	Januar 2026	Tilpasninger på baggrund af styregruppens bemærkninger til høringssvar. Gældende fra 1. maj 2026 (offentliggjort på sundk.dk)
4.0	26.03.2026	Indikatorsættets tre indikatorer er nummereret (1, 2, 3) og ID-numre er tilføjet.
5.0	15.07.2026	Præcisering af hvilke diagnosetyper for rusmiddeldiagnoser, der anvendes ved beregning af indikator 2 (registrering af rusmiddeldiagnoser) samt afgrænsning af nævner i indikator 3 (præparatvalg ved substitutionsbehandling). Det gør rusmiddelproblematikker registreret som aktions- og/eller bidiagnose. Tilføjelse af generelle koder som kan definere, at en henvisningsperiode til integreret dobbeltdiagnosebehandling afbrydes: AJK01X1 (klinisk begrundet), AJK01X2 (patientønske) og AJK01X3 (fortsætter uden for SP). Endvidere præciseres det at koderne AJK01V1 og AJK01V2 kun kan anvendes inden start af integreret dobbeltdiagnosebehandling (AJK01B). Beskrivelse af indikatorernes evidensgrundlag og potentiale for kvalitetsudvikling er styrket ved tilføjelse af punkterne "Indikatorens bidrag til kvalitetsudvikling" og "Konklusion (Styregruppens samlede vurdering)".
5.1	24.08.2026	Revision af Bilag 1 med tilføjelse af SKS-kode AFV01X3

