

Vejledning til LPR₃_F

Indhold

1. Introduktion.....	3
2. Overblik over datamodellen og de anvendte nøgler	3
3. Beskrivelse af tabeller i datamodellen	4
3.1 Kontakter.....	4
3.1.1 Koblingsmuligheder til andre tabeller	4
3.1.2 Hvornår er tabellen kontakter relevant?	5
3.2 Kontaktlokationer.....	5
3.2.1 Koblingsmuligheder til andre tabeller	6
3.2.2 Hvornår er kontaktlokationer relevant?	6
3.3 Diagnoser.....	6
3.3.1 Koblingsmuligheder til andre tabeller	6
3.3.2 Hvornår er diagnoser relevant?	7
3.4 Procedurer_kirurgi	7
3.4.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller.....	8
3.4.2 Hvornår er procedurer_kirurgi relevant?.....	8
3.5 Procedurer_andre	8
3.5.1 Koblingsmuligheder til andre tabeller	10
3.5.2 Hvornår er procedurer_andre relevant?.....	10
3.6 Betaler	10
3.6.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller.....	11
3.6.2 Hvornår er betaler relevant?.....	11
3.7 Resultater	11

3.7.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller	12
3.7.2 Hvornår er resultater relevant?	12
3.8 Forløb	13
3.8.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller.....	13
3.8.2 Hvornår er forløb relevant?.....	14
3.9 Forløbsmarkoerer.....	14
3.9.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller.....	15
3.9.2 Hvornår er forløbsmarkoerer relevant?.....	15
3.10 Henvisning_tillaeg	16
3.10.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller.....	16
3.10.2 Hvornår er henvisning_tillaeg relevant?	16
3.11 Helbredsforløb.....	16
3.11.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller.....	17
3.11.2 Hvornår er helbredsforløb relevant?	17
3.12. Nyt_helbredsforløb	17
3.12.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller.....	18
3.12.2 Hvornår er nyt_helbredsforløb relevant?	18
3.13 Morbarnforløb.....	18
3.13.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller.....	19
3.13.2 Hvornår er morbarnforløb relevant?	19
3.14 Organisationer.....	19
3.14.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller.....	21
3.15 Koder	21
3.15.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller.....	21
4. Forløbs- og kontaktbaserede udtræk fra LPR3_F.....	22
5. Planlagt ambulante vs. akut ambulante vs. indlæggelseskontakter	23
6. Kobling mellem LPR2-kontakter i LPR og LPR3-forløb i LPR3_F	24

1. Introduktion

Indeværende vejledning har til formål at give et overblik over indholdet og relationerne i den forskerrettede LPR3-datamodel (LPR3_F), samt at give svar på nogle af de oftest stillede spørgsmål til overgangen fra LPR2 til LPR3.

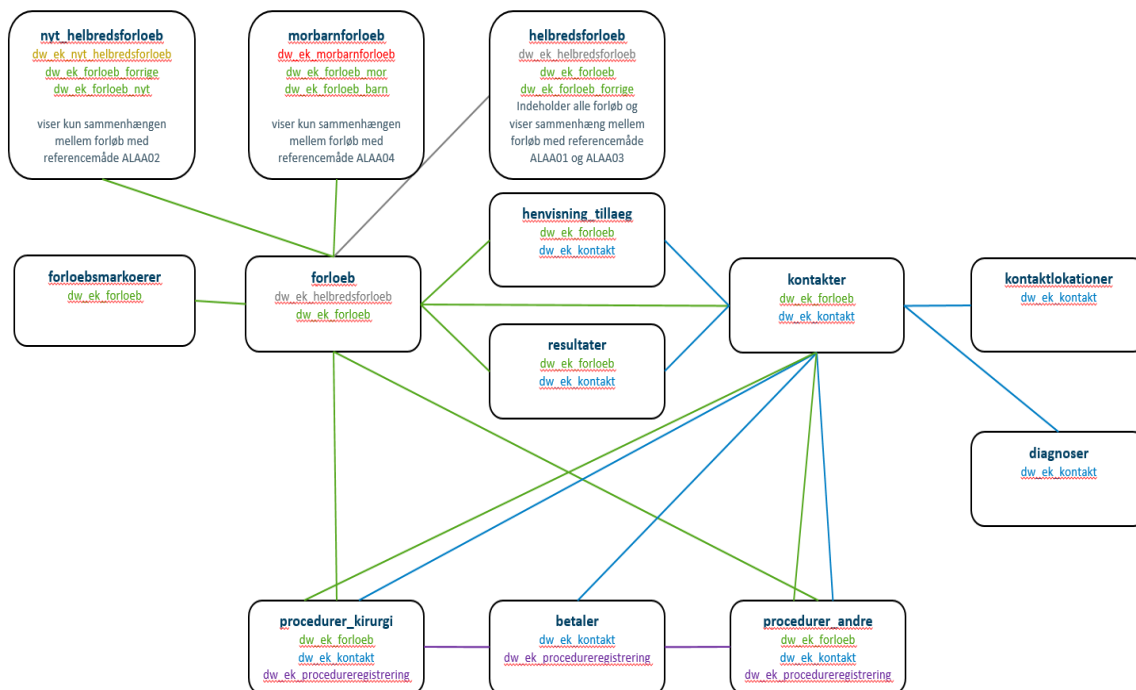
2. Overblik over datamodellen og de anvendte nøgler

Datamodellen er bygget op således at følgende fire nøgler anvendes som reelle koblingsnøgler mellem tabellerne i modellen:

- ▶ [dw_ek_helbredsforloeb](#)
- ▶ [dw_ek_forloeb](#)
- ▶ [dw_ek_kontakt](#)
- ▶ [dw_ek_procedureregistrering](#)

I tabeller hvor der kan kobles på mere end én nøgle, f.eks. proceduratabellerne og resultater, er det altid kun den nøgle der er relevant at koble på der er udfyldt.

Grafisk ser koblingerne mellem tabellerne ud som illustreret med de farvede streger nedenfor:



Som det fremgår af ovenstående er **forloeb** og **kontakt** hovedtabellerne i datamodellen og nøglerne **dw_ek_forloeb** og **dw_ek_kontakt** anvendes til at koble de øvrige tabeller på de to hovedtabeller. Undtagelsen er tabellen **helbredsforloeb**, som kobles til tabellen **forloeb** via nøglen **dw_ek_helbredsforloeb** samt tabellen **betaler** der kobles til tabellerne **procedurer_kirurgi** eller **procedurer_andre** via enten **dw_ek_kontakt** eller **dw_ek_procedureregistrering**, alt afhængig af om betaleren for proceduren er den samme som for hele kontakten eller en særskilt betaler (gælder for alle forløbsprocedurer og for nogle kontaktprocedurer).

Dw_ek-nøglerne dannes af Sundhedsdatastyrelsen og er som udgangspunkt konstante i datamodellen, hvilke vil sige at værdierne ikke ændrer sig ved opdatering af oplysninger på indberetningen. Det eneste der kan ændre i dw_ek-nøglerne er hvis hele grunddatamodellen for LPR3 bliver genindlæst, hvorved alle nøgler vil blive dannet på ny.

Det betyder at man som udgangspunkt kan finde tilbage til en tidligere udtrukket kontakt via **dw_ek_kontakt**, også selv om datamodellen er opdateret siden udtrækket blev foretaget.

3. Beskrivelse af tabeller i datamodellen

3.1 Kontakter

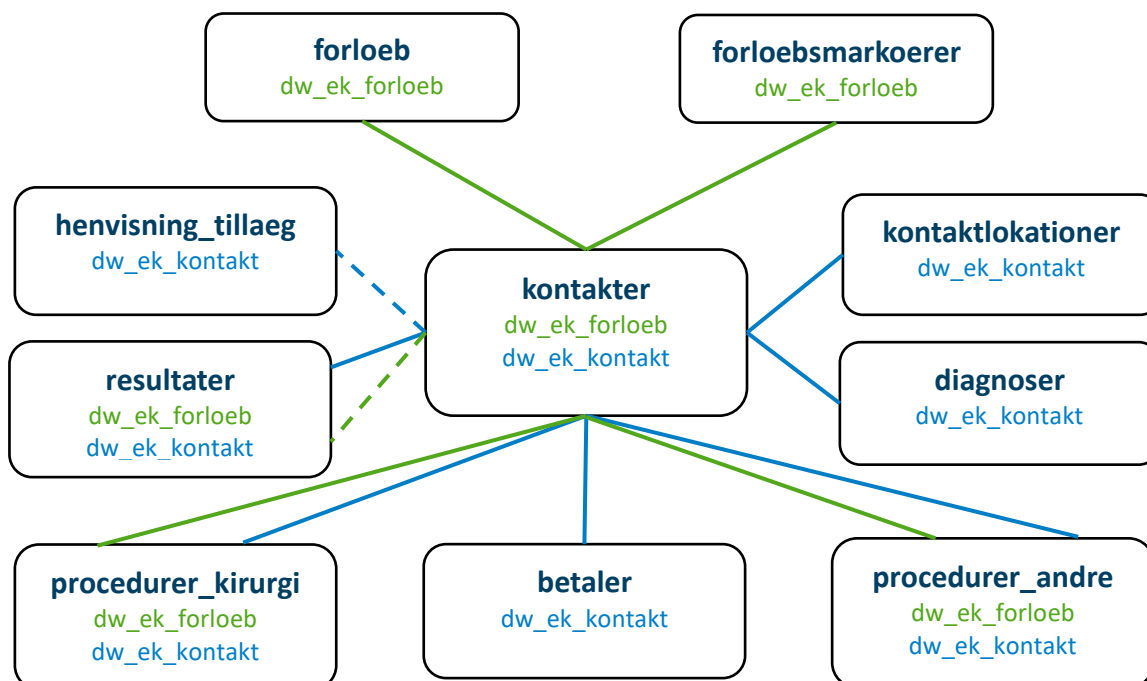
Tabellen indeholder oplysning om kontakter.

Kontakter er i LPR3_F defineret som et afgrænset møde, fysisk eller virtuelt, mellem borgeren og en sundhedsperson af kortere eller længere varighed. Mødet skal være et led i udredning og behandling af borgeren og have et indhold, niveau og varighed der medfører som minimum et journalnotat.

- Den unikke nøgle der betegner en kontakt i LPR3_F hedder **dw_ek_kontakt**.

3.1.1 Koblingsmuligheder til andre tabeller

Tabellen **kontakter** er en af de to hovedtabeller i LPR3_F (**forloeb** er den anden). **Kontakter** kan kobles som følger:



Bemærk at man har mulighed for at koble forløbsprocedurer, forløbsmarkører og resultater koblet direkte til et forløb på via `dw_ek_forloeb` i tabellen `kontakter` hvis man har behov for at arbejde uden om tabellen `forloeb`.

3.1.2 Hvornår er tabellen `kontakter` relevant?

`Kontakter` er næsten altid relevant da det er en af de to hovedtabeller i LPR3_F (`forloeb` er den anden).

3.2 Kontaktlokationer

Tabellen indeholder oplysninger om kontaktlokationer, dvs. hvor borgeren officielt har opholdt sig på et givet tidspunkt under et fysisk fremmøde. Det er obligatorisk at indberette kontaktlokation for kontakter med kontaktype 'ALCA00 – Fysisk fremmøde'.

Der kan være flere kontaktlokationer knyttet til samme patientkontakt, såfremt borgeren flyttes under kontakten, men kontaktansvaret forbliver hos samme SOR-enhed.

Kontaktlokationen kan også angives med en fravær/orlovs-kode (ALCF*), når borgeren ikke er fysisk til stede på sygehuset, men fortsat råder over en sengeplads. Orlov (ALCF01) anvendes i både somatik og psykiatri, mens fraværskoderne (ALCF02-ALCF06) kun bør anvendes i psykiatrien.

- Der er ikke nogen unik nøgle for kontaktlokationer i LPR3_F. Kontaktlokationen "hænger" således på den kontakt som kontaktlokationen er registreret på, og kan kobles til kontakten via [dw_ek_kontakt](#).

3.2.1 Koblingsmuligheder til andre tabeller

Tabellen kan kobles som følger:



3.2.2 Hvornår er kontaktlokationer relevant?

[Kontaktlokationer](#) er relevant ved behov for oplysning om følgende:

- på hvilken SOR-enhed borgeren specifikt har opholdt sig under en kontakt med fysisk fremmøde
- oplysninger om fravær/orlov under en kontakt med fysisk fremmøde

Hvis der blot er behov for oplysning om, hvilken SOR-enhed der har ansvaret for kontakten/forløbet, er det tilstrækkeligt at anvende oplysning fra sorenhed_ans i hhv. [kontakter](#) og [forloeb](#).

Oplysning om kontaktlokation er indført efter overgangen til LPR3 og eksisterer ikke i historisk LPR.

3.3 Diagnoser

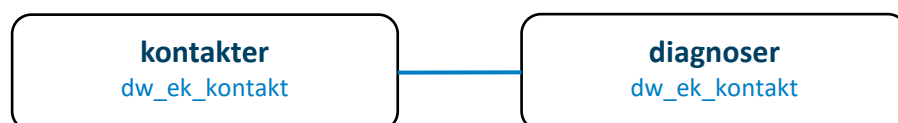
Tabellen indeholder oplysninger om kontaktdiagnoser, dvs. aktions- og bidiagnoser samt tillægskoder til disse.

Tillægskoderne har sin egen række i tabellen [diagnoser](#), men man kan ved hjælp af variablene diagnosekode_parent og diagnosetype_parent udlede hvilken diagnose tillægskoden tilhører.

- Der er ikke nogen unik nøgle for diagnoser i LPR3_F. Diagnoserne "hænger" således på den kontakt de er registreret på, og kobles til kontakten via [dw_ek_kontakt](#).

3.3.1 Koblingsmuligheder til andre tabeller

[Diagnoser](#) kan kobles som følger:



3.3.2 Hvornår er diagnoser relevant?

[Diagnoser](#) er relevant ved behov for oplysning om kontaktdiagnoser og tillægskoder til disse.

3.4 Procedurer_kirurgi

Tabellen indeholder oplysninger om alle kirurgiske procedureregistreringer (dvs. hvor procedurekoden starter med 'K'), samt tillægskoder til disse.

Tillægskoderne har sin egen række i tabellen [procedurer_kirurgi](#), men man kan ved hjælp af variablene procedurekode_parent og proceduretype_parent udlede hvilken procedure tillægskoden tilhører.

Procedurer er i LPR3 defineret som alle de handlinger der udføres på, eller gives til en borger med kontakt til sygehusvæsenet. Dette omfatter undersøgelser, behandlinger, operationer, pleje, forebyggelse og rådgivning der er givet i forbindelse med kontakt mellem borger og sundhedsperson samt ydelser der er givet i forløbet uden at borgeren nødvendigvis har været til stede. Procedurer der kan udføres uden at borgeren er til stede kan for eksempel være:

- ▶ Konferencer
- ▶ Erklæringer
- ▶ Analyser
- ▶ Vurderinger

Der kan således enten være tale om en "kontaktprocedure", som er knyttet til en patientkontakt, eller en "forløbsprocedure" såfremt proceduren er udført uden kontakt med borgeren.

Der vil forventeligt være forholdsvis få rækker med forløbsprocedurer i tabellen [procedurer_kirurgi](#).

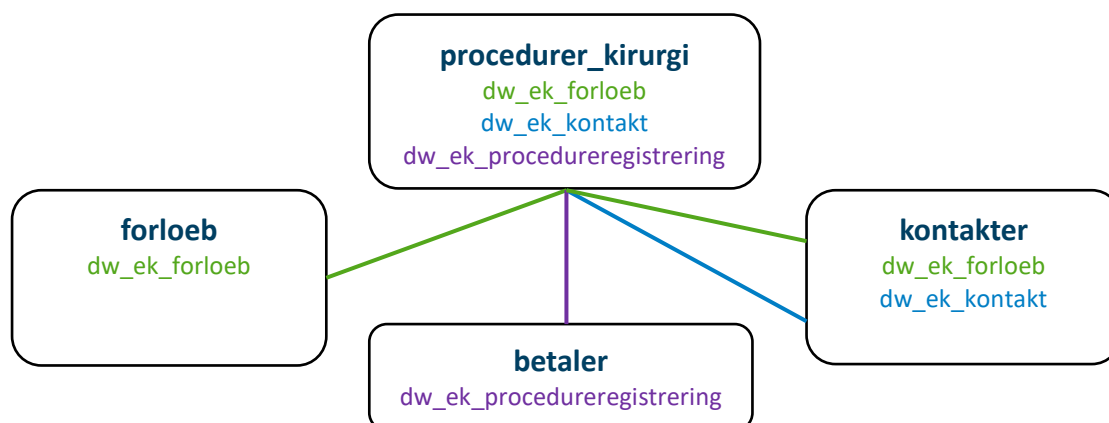
Bemærk at der i LPR3 som noget nyt kan indberettes en kode for "indikation" i procedureregistreringen. Indikation kan anvendes til at angive et overordnet behandlingssigte eller den specificerede indikation for en procedure. Indikationskoderne har proceduretype = 'I', mens de øvrige procedureregistreringer enten er procedurer (proceduretype='P') eller tillægskoder (proceduretype='+'). Det er ikke obligatorisk at indberette indikationskoder.

Procedureregistreringer med proceduretype = 'I', fremgår ikke af [procedurer_kirurgi](#), men kan findes i [procedurer_andre](#).

- ▶ Der er ikke nogen unik nøgle for procedurer i LPR3_F. Procedurerne "hænger" således på den kontakt eller det forløb de er registreret på, og kobles til henholdsvis kontakten via [dw_ek_kontakt](#) eller forløbet via [dw_ek_forloeb](#).

- ▶ I tabellen findes også nøglen [dw_ek_procedureregistrering](#). Denne nøgle er kun udfyldt for kontaktprocedurer med særskilt betaler (dvs. at betaler adskiller sig fra kontaktens betaler) og forløbsprocedurer og kan anvendes som koblingsnøgle til tabellen [betaler](#).

3.4.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller



Tabellen kan kobles som følger:

Bemærk at såfremt man foretager et kontaktbaseret udtræk fra LPR3, og tabellen [forloeb](#) ikke leveres, så kan man koble forløbsprocedurer på via [dw_ek_forloeb](#) i tabellen [kontakter](#).

3.4.2 Hvornår er procedurer_kirurgi relevant?

[Procedurer_kirurgi](#) er relevant ved behov for oplysning om procedurekoder der starter med 'K' og tillægskoder til disse, dvs. oplysning om kirurgiske procedurer.

3.5 Procedurer_andre

Tabellen indeholder oplysninger om alle ikke-kirurgiske procedureregistreringer (dvs. hvor procedurekoden ikke starter med 'K'), samt tillægskoder til disse. Proceduregrupper fra SKS-klassifikationen som kan findes i [procedurer_andre](#) er:

- ▶ Undersøgelser (U)
- ▶ Behandlinger (B)
- ▶ Scanninger (W)
- ▶ Administrative procedurekoder (A)
- ▶ Vurderinger af helbredstilstand og funktionsevne (F)
- ▶ Anæstesi (N)
- ▶ ZZ-procedurekoder (ZZ)

Tillægskoderne har sin egen række i tabellen [procedurer_kirurgi](#), men man kan ved hjælp af variablene `procedurekode_parent` og `proceduretype_parent` udlede hvilken procedure tillægskoden tilhører.

Procedurer er i LPR3 defineret som alle de handlinger der udføres på, eller gives til en borger med kontakt til sygehusvæsenet. Dette omfatter undersøgelser, behandlinger, operationer, pleje, forebyggelse og rådgivning der er givet i forbindelse med kontakt mellem borger og sundhedsperson samt ydelser der er givet i forløbet uden at borgeren nødvendigvis har været til stede. Procedurer der kan udføres uden at borgeren er til stede kan for eksempel være:

- ▶ Konferencer
- ▶ Erklæringer
- ▶ Analyser
- ▶ Vurderinger

Der kan således enten være tale om en "kontaktprocedure", som er knyttet til en patientkontakt, eller en "forløbsprocedure" såfremt proceduren er udført uden kontakt med borgeren.

Bemærk at der i LPR3 som noget nyt kan indberettes en kode for "indikation" i procedureregistreringen. Indikation kan anvendes til at angive et overordnet behandlingssigte eller den specificerede indikation for en procedure. Indikationskoderne har `proceduretype = 'I'`, mens de øvrige procedureregistreringer enten er procedurer (`proceduretype='P'`) eller tillægskoder (`proceduretype='+'`). Det er ikke obligatorisk at indberette indikationskoder.

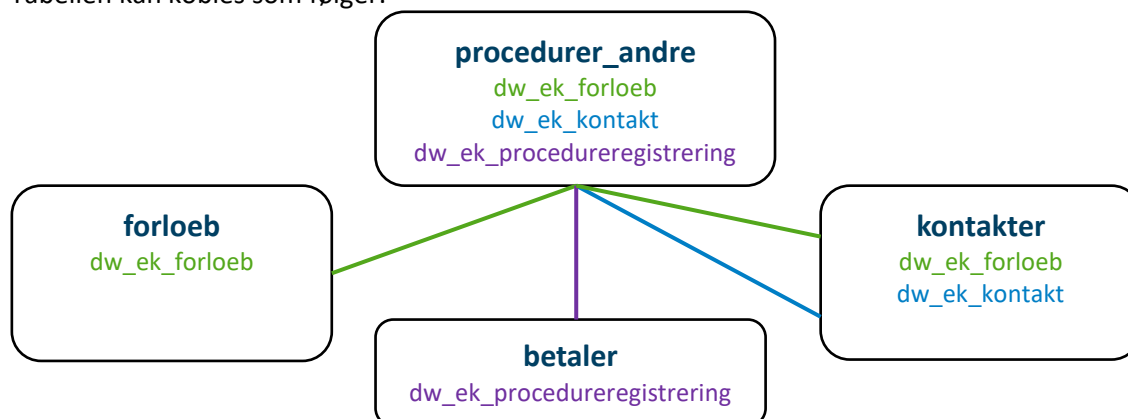
Procedureregistreringer med `proceduretype = 'I'`, er indeholdt i [procedurer_andre](#), men ikke i [procedurer_kirurgi](#).

Det er ikke muligt, ud fra de indberettede oplysninger at angive hvilke(n) af de øvrige procedurer registreret på samme kontakt/forløb indikationen vedrører.

- ▶ Der er ikke nogen unik nøgle for procedurer i LPR3_F. Procedurerne "hænger" således på den kontakt eller det forløb de er registreret på, og kobles til henholdsvis kontakten via [dw_ek_kontakt](#) eller forløbet via [dw_ek_forloeb](#).
- ▶ I tabellen findes også nøglen [dw_ek_procedureregistrering](#). Denne nøgle er kun udfyldt for kontaktprocedurer med særskilt betaler (dvs. at betaler adskiller sig fra kontaktens betaler) og forløbsprocedurer og kan anvendes som koblingsnøgle til tabellen [betaler](#).

3.5.1 Koblingsmuligheder til andre tabeller

Tabellen kan kobles som følger:



Bemærk at såfremt man foretager et kontaktbaseret udtræk fra LPR3, og tabellen **forloeb** ikke leveres, så kan man koble forløbsprocedurer på via **dw_ek_forloeb** i tabellen **kontakter**.

3.5.2 Hvornår er procedurer_andre relevant?

Procedurer_andre er relevant ved behov for oplysninger om:

- ▶ Ikke-kirurgiske procedurer, dvs. procedurekoder der starter med A, B, F, N, W, U eller ZZ
- ▶ Det overordnede behandlingssigte eller den specificerede indikation for en kirurgisk eller en ikke-kirurgisk procedure, dvs. procedurer med proceduretype = 'I' (ikke obligatorisk indberetning)

3.6 Betaler

Tabellen indeholder betalingsoplysninger for hhv. kontakter, kontaktprocedurer med selvstændig betaler og forløbsprocedurer.

Betalingsoplysninger omfatter angivelse af, hvilken region der skal betale, alternativt hvilken selvstændig betaler der er ansvarlig. Et sæt af betalingsoplysninger består af oplysning om:

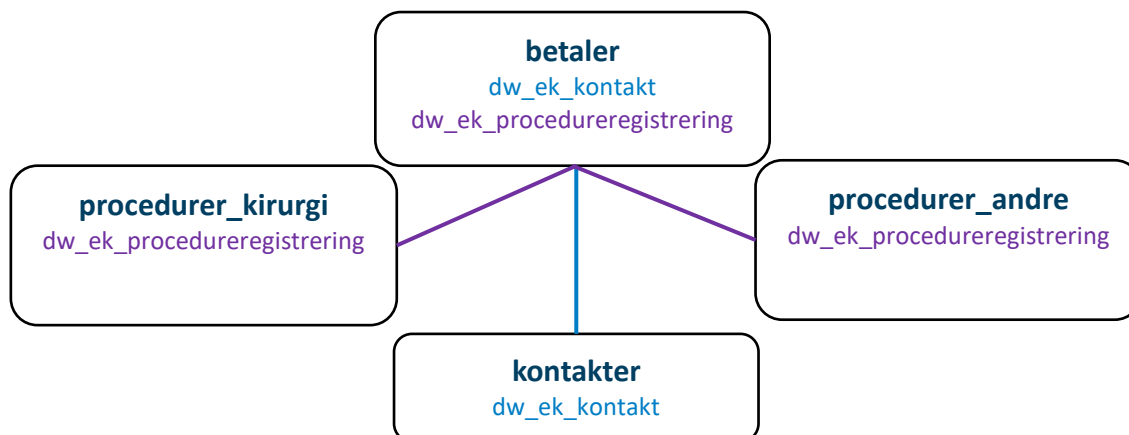
- ▶ Betalingsaftale (ALFA-koder)
- ▶ Betaler (ALFB-koder)
- ▶ Specialiseringsniveau (ALFC-koder)

Der kan ved behov indberettes flere på hinanden følgende sæt af betalingsoplysninger for en enkelt kontakt/procedure.

- ▶ Der er ikke nogen unik nøgle for betalingsoplysninger i LPR3_F. Betalingsoplysningerne "hænger" således på den kontakt, eller den procedure som betalingsoplysningen er registreret på, og kan kobles via hhv. **dw_ek_kontakt** eller **dw_ek_procedureregistrering**.

3.6.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller

Tabellen kan kobles som følger:



3.6.2 Hvornår er betaler relevant?

Betaler er relevant ved behov for oplysninger om, hvem der er betalingsansvarlig for kontakten/proceduren eller hvilken betalingsaftale der er gældende for kontakten/proceduren.

3.7 Resultater

Tabellen indeholder oplysninger om obligatorisk resultatindberetning.

Den obligatoriske resultatindberetning i LPR3 afløser den obligatoriske tillægskodning i LPR2, som enten registreredes som en tillægskode til en diagnose eller procedure, i ulykke-variable/ulykkestabel eller i fødselstabel.

Resultater er som udgangspunkt triggerbaseret, men der er også potentielt mulighed for triggerløs resultatindberetning til LPR3 (findes ikke ved udarbejdelse af denne vejledning i marts 2022). Resultatindberetningen skal dog som minimum være tilknyttet et forløb.

En trigger fungerer efter 'hvis-så' -princippet, altså **hvis** der registreres en specifik værdi i indberetningen, **så** udløser det et krav om en specifik resultatindberetning.

I nedenstående tabel er vist alle de obligatoriske resultatindberetninger pr. marts 2022, samt triggertypen:

Obligatorisk resultatindberetning	Resultatindberetningstype*	Triggertype
Cancer	RAA01	Diagnose

Fødsler mor	RAA02	Diagnose
Fødsler barn	RAA03	Diagnose
Abort (inkl. misdannelse)	RAA04	Diagnose
Skadeindberetning	RAA05	Kontaktårsag
Neonatal hørescreening	RAA06	Procedure
Personligt alarm og pejlesystem	RAA07	Procedure
Implantater	RAA08	Procedure
Kirurgisk komplikation	RAA09	Procedure
Tvangsforanstaltninger i somatik- ken	RAA10	Procedure
Udlevering af høreapparat	RAA11	Procedure

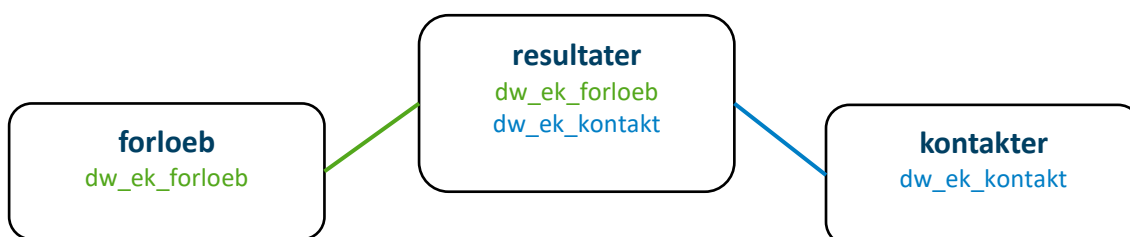
*En opdateret liste over resultatindberetningstyper kan til enhver tid findes via SKS-browseren (https://medinfo.dk/sks/brows.php?s_nod=49904)

I indberetningsvejledning er resultatindberetningen for hvert af ovenstående resultatindberetningstyper beskrevet i detaljer. Fælles for de obligatoriske resultatindberetninger er, at der er tale om indberetning og/eller anmeldelse til særlige registre og formål.

- Der er ikke nogen unik nøgle for resultatindberetninger i LPR3_F. Resultatet "hænger" således på den kontakt eller det forløb som resultatet er registreret på, og kan kobles til kontakten via `dw_ek_kontakt` eller forløbet via `dw_ek_forloeb`. Det fremgår af variablene triggerstype og triggerkode præcis hvilken registrering der har trigget resultatindberetningen.

3.7.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller

Tabellen kan kobles som følger:



3.7.2 Hvornår er resultater relevant?

Resultater er relevant ved behov for oplysning om obligatorisk tillægskodning på et eller flere af de områder der fremgår af skemaet i afsnit 3.7, dvs:

- Cancer
- Fødsler mor
- Fødsler barn

- ▶ Abort (inkl. misdannelse)
- ▶ Skadeindberetning (ulykker)
- ▶ Neonatal hørescreening
- ▶ Personligt alarm og pejlesystem
- ▶ Implantater
- ▶ Kirurgisk komplikation
- ▶ Tvangsforanstaltninger i somatikken
- ▶ Udlevering af høreapparat

3.8 Forløb

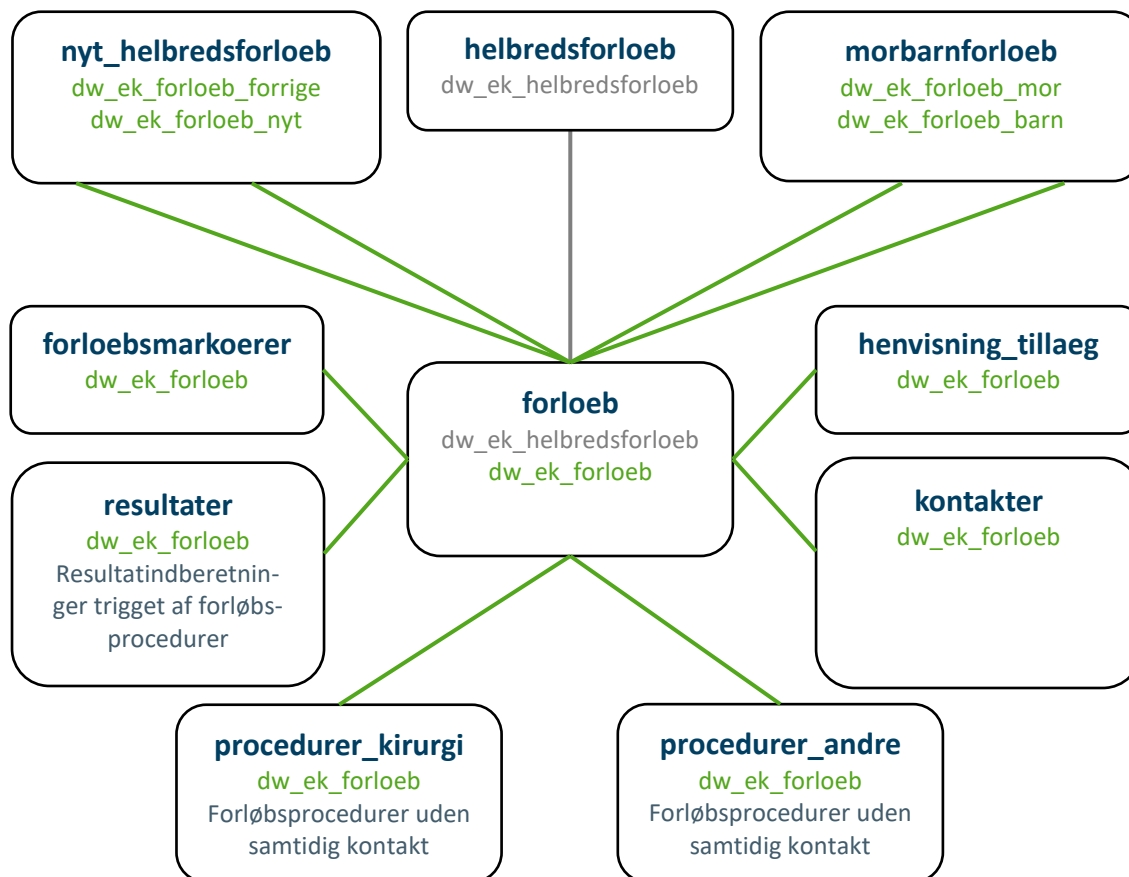
Tabellen indeholder oplysninger om forløb.

Forløb (eller forløbelement) defineres i LPR3 som det samlede element for alle kontakter, diagnoser, forløbsmarkører og kliniske ydelser som en borger har modtaget i en periode i et klinisk helbredsforløb hvor patienten er tilknyttet en specifik forløbsansvarlig SOR-enhed.

- ▶ Den unikke nøgle der betegner et forløb hedder `dw_ek_forloeb`

3.8.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller

Tabellen `forloeb` er en af de to hovedtabeller i LPR3. Tabellen kan kobles som følger:



3.8.2 Hvornår er forloeb relevant?

Forloeb er næsten altid relevant da det er en af de to hovedtabeller i LPR3_F (**kontakter** er den anden).

3.9 Forloebsmarkoerer

Tabellen indeholder oplysninger om specifikke forløbsmarkører og generelle markører vedrørende patientrettigheder.

Forløbsmarkører er i LPR3 defineret som en tidsstempelt angivelse af en begivenhed i et helbredsforløb.

Der er overordnet tre typer forløbsmarkører:

- ▶ Markører for en enkelthændelse (dvs. en statement-markør). Et eksempel er:
 - Udredningsplan udarbejdet
 - Informeret samtykke
- ▶ Markører for start en specifik periode i behandlingsforløbet. Eksempler kan være:
 - Henvist til udredning

- Ikke ventede, klinisk begrundelse, start
- Initial behandling start, kirurgisk
- ▶ Markører for afslutning af en specifik periode i et behandlingsforløb eller afslutning af hele forløbet. Eksempler kan være:
 - Specialiseret genoptræning slut
 - Ikke ventende, kliniks begrundelse, slut
 - Cancerpakkeforløb slut

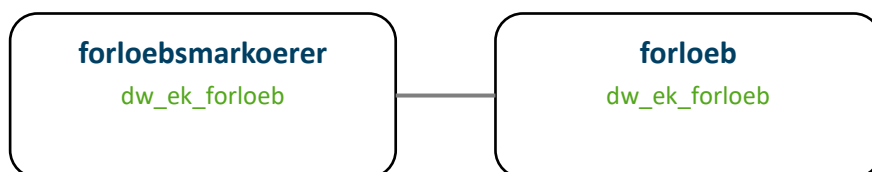
Ikke alle perioder i et behandlingsforløb skal have en "start" og en "slut" markør, nogle perioder afløser hinanden uden en "slut"-markør, så der følger flere "start"-markører efter hinanden. Du kan læse meget mere i indberetningsvejledningen om forløbsmarkører hvis du er interesseret i registrering af specifikke forløb.

Selve forløbsmarkør-koderne kan findes i SKS-browseren under overkoderne:

- ▶ AF - Markører for forløb i somatikken
 - Herunder AFV som er de markører der anvendes til udregning af ventetid i somatikken
 - ▶ AG - Markører for forløb i voksenpsykiatrien
 - ▶ AH - Markører for forløb i børne- og ungdomspsykiatrien
 - ▶ AW - Forskellige administrative procedurekoder
- ▶ Der er ikke nogen unik nøgle for forløbsmarkører i datamodellen. Forløbsmarkørerne "hænger" således på det forløb de er registreret på og kobles til forløbet via [dw_ek_forloeb](#).

3.9.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller

Tabellen kan kobles som følger:



3.9.2 Hvornår er forloebsmarkoerer relevant?

Forloebsmarkoerer er relevant ved behov for oplysning om ventetider og andre tidsfrister for pakkeforløb (udredningsret).

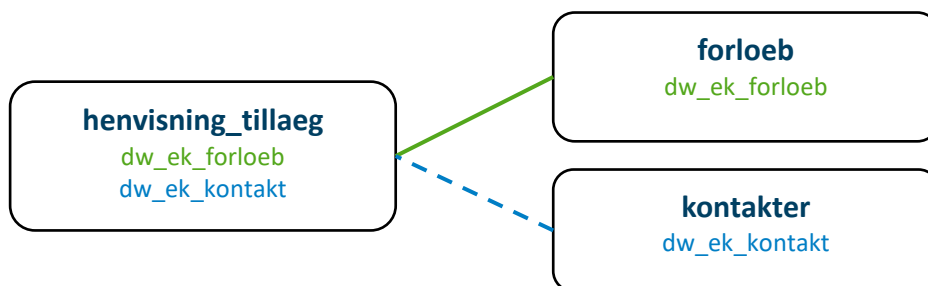
3.10 Henvisning_tillaeg

Tabellen indeholder oplysning om evt. tillægskoder til henvisningsårsager registreret på enten en kontakt eller forløb. Registrering af henvisningsårsag (+ tillægskode) er generelt frivillig for både kontakter og forløb, men kan være krævet regionalt/lokalt ved registrering af forløb.

Der er ved udarbejdelse af denne vejledning i marts 2022 ingen kontakter hvortil der er indberettet en henvisningsårsag, og derfor heller ingen tillægskoder i denne tabel.

- Der er ikke nogen unik nøgle for tillægskoder til henvisningsårsager i datamodellen. Tillægskoderne "hænger" således på det forløb/den kontakt som henvisningsårsagen er registreret på, og der kobles til forløbet/kontakten via `dw_ek_forloeb/dw_ek_kontakt`.

3.10.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller



3.10.2 Hvornår er henvisning_tillaeg relevant?

`Henvisning_tillaeg` er et relevant supplement ved behov for oplysning om henvisningsårsag (fra `forloeb` eller `kontakter`).

3.11 Helbredsforloeb

Tabellen indeholder oplysning om referecehierarki for forløb der hænger sammen i helbredsforløb, det vil sige hvor der er henvist fra forrige forløb til et nyt forløb med referencemåden:

- 'ALAA01 – Henvist i samme sygdomsforløb'
 - Rent teknisk bliver det forrige forløbs ID her "skubbet" til det nye forløb af den SOR-enhed der henviser til det nye forløb
 - Dvs. at henvisende SOR-enhed har vurderet at der er klinisk sammenhæng mellem forløbene
- 'ALAA03 – Reference til andet forløbelement (samme sygdom)'
 - Rent teknisk bliver det forrige forløbs ID her "trukket" til det nye forløb af den SOR-enhed der opretter det nye forløb

- Dvs. at oprettende SOR-enhed har vurderet at der er en klinisk sammenhæng med et tidligere forløb på trods af, at der ikke er nogen henvisning fra det tidligere forløb til det nye.

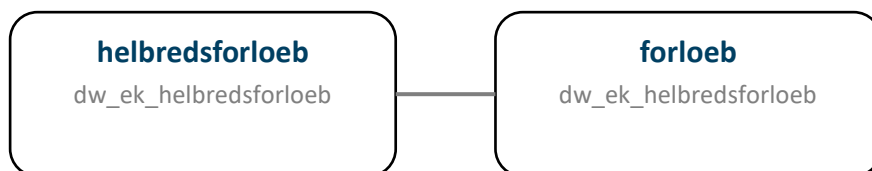
Et forløb der endnu ikke hænger sammen med et andet forløb med en af to ovenstående referencemåder, betragtes også som et helbredsforløb, og indgår derfor også i tabellen.

Forløb der relaterer til hinanden som ”nyhelbredsforløb” og ”morbarforløb” indgår derudover også i [helbredsforløb](#), og forløb fra tabellerne [nyt_helbredsforloeb](#) og [morbarforloeb](#) kan derfor også findes i tabellen [helbredsforloeb](#).

- ▶ Den unikke nøgle der binder forløbene sammen i ’helbredsforløb’ hedder `dw_ek_helbredsforloeb`.
- ▶ Der kan være fra 1 til mange forløb i et ’helbredsforløb’.
- ▶ Det forløb der fremgår af variabelen `dw_ek_forloeb_forrige` kan være fejlet eller slettet. I det tilfælde vil variabelen `fejl_forloeb_forrige` være udfyldt med ’1’. Forløbet kan da ikke genfindes i tabellen [forloeb](#).

3.11.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller

Der kobles fra tabellen [helbredsforloeb](#) til tabellen [forloeb](#) som følger:



3.11.2 Hvornår er helbredsforloeb relevant?

[Helbredsforloeb](#) er relevant ved særlig interesse for borgerens vej gennem behandlingssystemet i forbindelse med én specifik helbredstilstand. Dvs. hvordan forskellige forløbsansvarlige SOR-enheder overtager ansvaret efter hinanden, eller hvordan ansvaret evt. splittes ved at ét forløb fører til tre nye forløb med hver sin forløbsansvarlige SOR-enhed, der alle behandler borgeren samtidig.

3.12. Nyt_helbredsforloeb

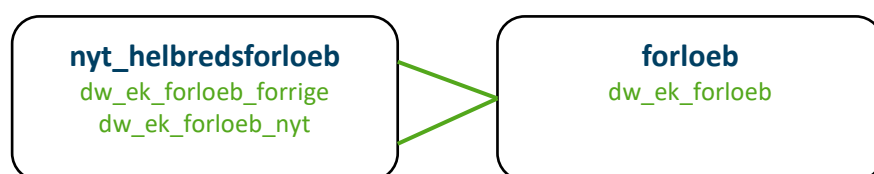
Tabellen indeholder oplysning om forløbsnøgle, henvisningsårsag, henvisningstidspunkt og label for forløb der er forbundet ved, at der er henvist fra det forrige forløb til det nye forløb med referencemåden ’ALAA02 – Henvist til nyt sygdomsforløb’.

Referencemåden bliver anvendt når det ved henvisning klinisk skønnes at der er tale om en ny helbredstilstand hos borgeren og der derfor henvises til et nyt forløb i et nyt helbredsforløb.

- Den unikke nøgle der binder det forrige og det nye forløb sammen i et 'nyt_helbredsforløb' hedder **dw_ek_nyt_helbredsforloeb**.
- Der kan være fra 2 til mange (antallet af forløb der er henvist fra samme forrige forløb) forløb i et 'nyt_helbredsforløb'.
 - Forløbsnøgle for forrige og nye forløb står på samme række i **nyt_helbredsforloeb** så et forløb hvorfra der er henvist til ét nyt forløb vil have én række, mens et forløb hvor der er henvist til to nye forløb vil have to rækker i tabellen med samme **dw_ek_nyt_helbredsforloeb**.

3.12.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller

Der kan kobles fra tabellen **nyt_helbredsforloeb** til tabellen **forloeb** som følger:



3.12.2 Hvornår er nyt_helbredsforloeb relevant?

Nyt_helbredsforloeb er relevant ved særlig interesse i sygdomme der opdages i forbindelse med behandling af andre sygdomme, eller specifikt hvordan der registreres i sundhedsvæsenet i forbindelse med henvisning fra ét klinisk speciale til et andet.

3.13 Morbarnforloeb

Tabellen indeholder oplysning om moders og barns forløb, samt oplysning om CPR-nummer på mor og barn og barnets køn, for forløb der er bundet sammen ved, at der er refereret fra barnets forløb til moderens forløb med referencemåden 'ALAA04 – Barn til mor'.

Bemærk at der ikke er afgrænset til forløb med forløblabel 'ALAL51 – Graviditet, fødsel og barsel' og 'ALAL52 – Nyfødt'. Der kan derfor potentielt optræde forløb med andre labels i tabellen.

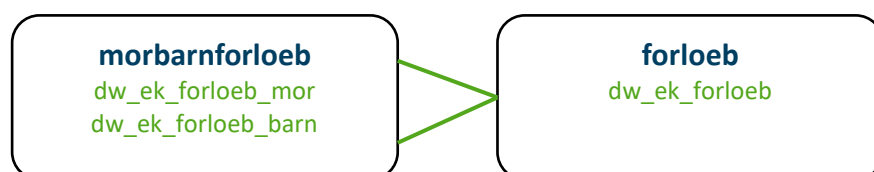
Alle oplysninger i morbarnforloeb stammer fra moders/barnets forløb. Der er ikke påsat oplysninger fra selve nyfødt-kontakten (barn) eller fødsels-kontakten (moder) da dette skaber dubletter i tabellen (der er forholdsvis mange indberetninger hvor barn/moder f.eks. har to kontakter i samme forløb, begge med en relevant fødselsdiagnose, og det vil ikke være muligt på en simpel måde at udvælge den "korrekte" kontakt).

Dødfødte børn har også et nyfødtforløb i LPR3, som refererer tilbage til moderens fødselsforløb, så disse relationer vil også være at finde i tabellen.

- ▶ Den unikke nøgle der binder forløbene sammen i 'morbarnforløb' hedder **dw_ek_morbarnforloeb**.
- ▶ Der kan være fra 2 (mor og ét barn) til mange (antal børn født på samme forløb for moderen) forløb i et 'morbarnforløb'.
 - Forløbsnøgle for mor og barn står på samme række i **morbarnforloeb**, så en mor med relation til ét barn vil have én række, mens en mor med relation til to børn født på samme forløb vil have to rækker i tabellen med samme **dw_ek_morbarnforloeb**.

3.13.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller

Der kan kobles fra tabellen **morbarnforloeb** til tabellen **forloeb** som følger:



3.13.2 Hvornår er morbarnforloeb relevant?

Morbarnforloeb er relevant ved behov for oplysning om relationen mellem moders og barns fødsels-/nyfødtforløb i LPR3. Hvis der udelukkende er behov for oplysning om enten fødselsforløb eller nyfødtforløb er tabellen ikke relevant.

Moders/barns cpr-nummer bliver som udgangspunkt blanket såfremt moder/barn ikke indgår i populationen der udtrækkes på baggrund af, og såfremt moders/barns cpr-nummer er gyldigt.

3.14 Organisationer

Tabellen er en hjælpetabel og indeholder oplysning om alle SOR-enheder og sygehusafsnit (SHAK).

Der er gyldighedsperioder på de enkelte koder, ligesom det kendes fra FGR. Vær dog opmærksom på følgende:

- ▶ Der er overlap mellem gyldighedsperioderne, for de SOR-koder der skifter betydning på et tidspunkt. Det vil sige at gyldig_til på den første række og gyldig_fra på den nye række indeholder den samme dato. Det er dog altid gyldig_fra der overruler gyldig_til, ved overlap.

Særligt om SOR-enheder

Man kan i tabellen se det fulde hierarki for den enkelte SOR-enhed i variablene

- ▶ Institutionsejer (SOR-niveau 1)
- ▶ Sundhedsinstitution (SOR-niveau 2)

■ Org_enhed_niveau1 – Org_enhed_niveau12 (SOR-niveau 3 – 14)

Dvs. at man kan se alle SOR-enheder der ligger over den pågældende SOR-enhed i SOR-hierarkiet.

Der er tre forskellige SOR-enheds typer:

- Institutionsejer (f.eks. Region Hovedstaden)
- Sundhedsinstitution (f.eks. Rigshospitalet)
- Organisatorisk enhed (f.eks. akutmodtagelsen på Rigshospitalet)

En Sundhedsinstitution hører altid til direkte under en institutionsejer. Dvs. at institutionsejer har niveau 1 i SOR-hierarkiet og sundhedsinstitutionen har niveau 2 i SOR-hierarkiet.

For offentlige hospitaler er det generelt regionen der fremstår som institutionsejer og hospitalet der fremstår som sundhedsinstitution. En undtagelse er offentlige hospitaler i Region Sjælland. For Region Sjælland er sundhedsinstitution udfyldt med "Region Sjællands Sygehusvæsen" i stedet for navnet på det enkelte hospital. Selve hospitalet er angivet i SOR-niveau 3 (dvs. i org_enhed_niveau1), altså som en organisatorisk enhed.

Organisatoriske enheder kan enten høre til direkte under en Sundhedsinstitution eller under en anden Organisatorisk enhed. Der er ved udarbejdelse af denne vejledning i marts 2022 i alt 8 anvendte SOR-niveauer, men der er ingen regler der forhindrer, at der oprettes yderligere niveauer i SOR. Organisatoriske enheder kan altså principielt befinde sig på niveau 3 - ∞.

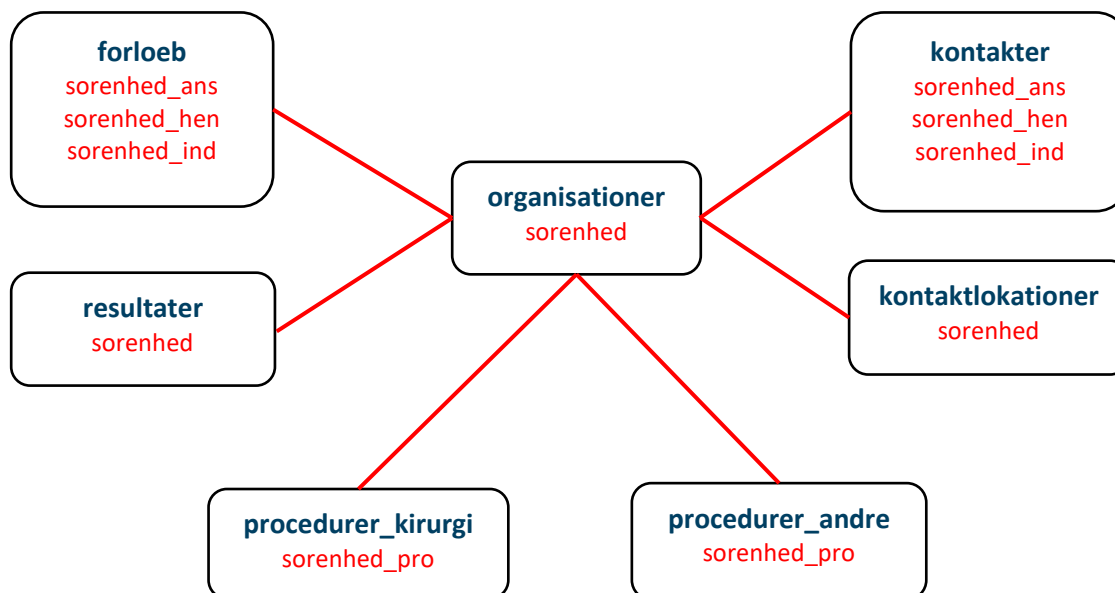
De offentlige hospitaler udnytter ofte mange SOR-niveauer, mens private klinikker ofte kun har en SOR-kode på niveau 1 (Institutionsejer).

Tabellen indeholder SOR-enheder som indberetter til LPR3 men derudover også SOR-enheder som ikke kan genfindes i LPR3. Der er både ydere under sygesikringen, bosteder, apoteker, private aktører, laboratorier osv. i tabellen som ikke indberetter til LPR3.

- Nøglen der betegner en SOR-enhed eller SHAK hedder **kode**.

3.14.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller

Tabellen kan kobles som følger:



Derudover kan **kode** også kobles til alle variable indeholdende oplysning om sygehus, sygehusafdeling eller sygehusafsnit efter den gamle sygehusafdelingsklassifikation (SHAK).

3.15 Koder

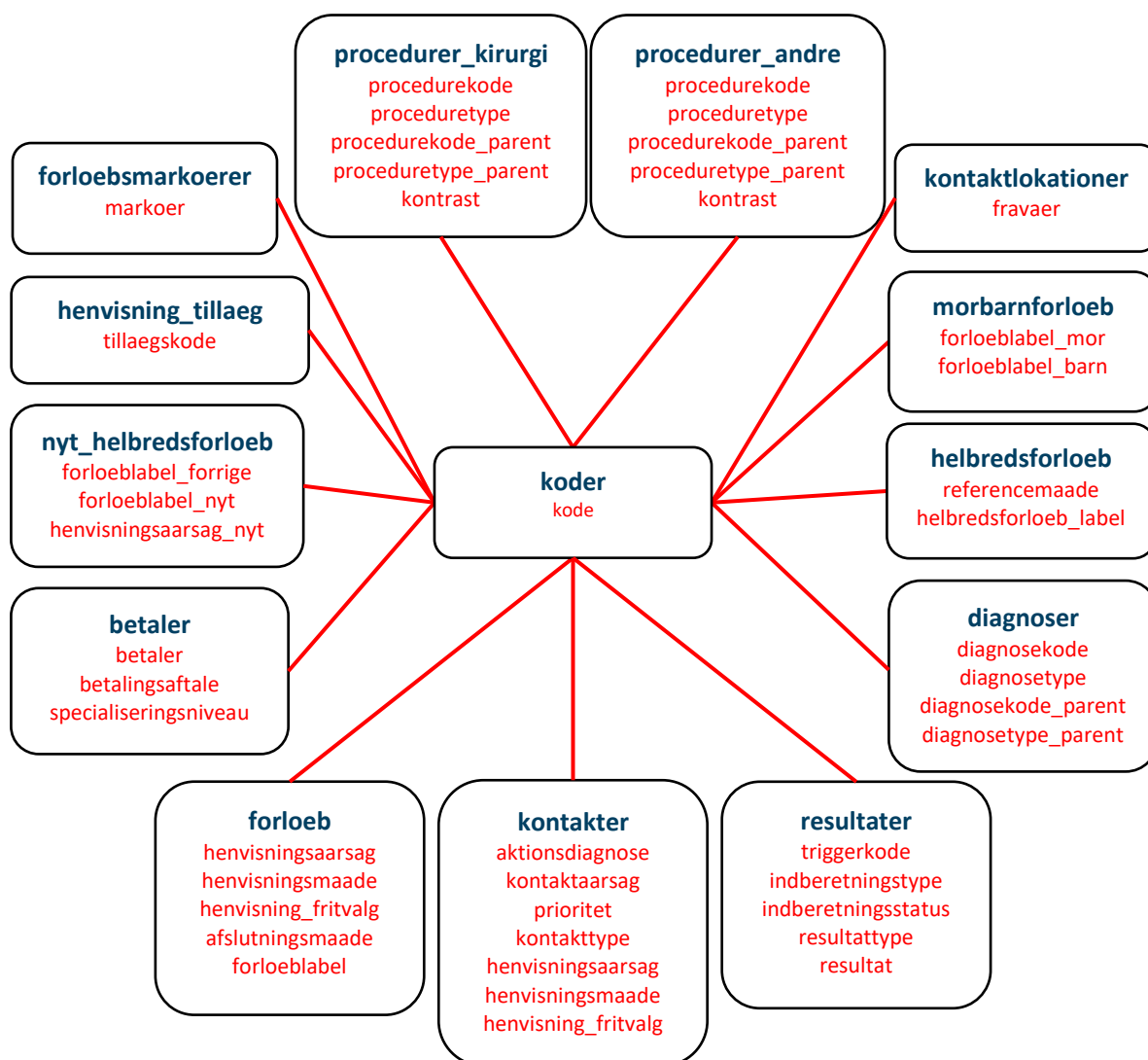
Tabellen er en hjælpetabel og indeholder oplysninger om alle SKS-koder anvendt i LPR3.

Der er gyldighedsperioder på de enkelte SKS-koder. Vær dog opmærksom på følgende:

- ▶ Der er overlap mellem gyldighedsperioderne, for de koder der skifter betydning på et tidspunkt. Det vil sige at gyldig_til på den første række og gyldig_fra på den nye række indeholder den samme dato. Det er dog altid gyldig_fra der overruler gyldig_til, ved overlap.
- ▶ Nøglen der betegner en kode er variabelen **kode**.
- ▶ Koderne kan kobles til alle variable i datamodellen der indeholder en kode, undtaget SOR-koder og de "ikke SKS"- registreringer (positive og negative tal) der findes i variabelen resultat i tabellen resultater.

3.15.1 Koblingsmuligheder med andre tabeller

Tabellen kan kobles som følger:



4. Forløbs- og kontaktbaserede udtræk fra LPR3_F

Udtræk fra LPR3_F kan enten være forløbs- eller kontaktbaserede.

Forskellen på de to forskellige udtrækstyper er følgende:

▀ Forløbsbaserede udtræk (den brede dataadgang)

Ved et forløbsbaseret udtræk leveres alle kontakter som indgår i forløbet, for de forløb som opfylder udtrækskriterierne (også selv om udtrækskriteriet er på et lavere niveau som f.eks. kontakt eller diagnose)

- Dvs. hvis minimum én kontakt i forløbet opfylder udtrækskriteriet, så medgives alle kontakter knyttet til pågældende forløb.
 - Der udtrækkes både registreringer knyttet udelukkende til forløbet og registreringer knyttet til kontakterne i forløbet.
- **Kontaktbaserede udtræk (den mere smalle dataadgang)**
- Ved et kontaktbaseret udtræk leveres kun de kontakter der opfylder udtrækskriteriet. Der-til leveres oplysning om det forløb kontakten indgår i.
- Der udtrækkes både registreringer knyttet til kontakten og registreringer udelukkende knyttet til det tilknyttede forløb (da disse også kan have betydning for de udtrukne kontakter).

Det forløbsbaserede udtræk er en ny mulighed i LPR3, som muliggør at se på hvordan kontakter hænger sammen i et (klinisk vurderet) sammenhængende helbredsforløb. Relevansen af det forløbsbaserede udtræk afhænger altid af det konkrete formål med forskningsprojektet

Eksempler:

- Omhandler projektet hvordan det går med kvinder før/under/efter en fødsel, så kan det give rigtig god mening at vælge et forløbsbaseret udtræk, hvorved udtrækket indeholder alle forløb hvori der indgår minimum én kontakt med en fødselsdiagnose som aktionsdiagnose.
- Skal diagnoser fra LPR3_F anvendes for at definere populationens comorbiditetsstatus i en specifik periode, så giver det god mening at vælge et kontaktbaseret udtræk som kun indeholder de kontakter hvortil der er knyttet en relevant diagnose.

5. Planlagt ambulante vs. akut ambulante vs. indlæggelseskontakter

I LPR2 kunne man skelne planlagt ambulante-, akut ambulante- og indlæggelseskontakter fra hinanden ved hjælp af variablen `c_patttype` (patienttype), kombineret med variablen `c_indm` (indlæggelsesmåde). I LPR3 er patienttype udgået og man skelner ikke på samme måde mellem ambulante og indlagte patienter.

Hvis du alligevel gerne vil prøve at definere planlagt ambulante-, akut ambulante- og indlæggelseskontakter, så har du følgende variable til din rådighed i LPR3_F:

- Prioritet (her kan man se, om kontakten er akut eller planlagt)
- Kontaktaarsag (her kan man se, om der er tale om en "almindelig" sygdomsårsag eller ulykke/skade)
- Kontakttype (her kan man se om der er tale om et fysisk fremmøde)

- ▶ Dato_start /tidspunkt_start og dato_slut/tidspunkt_slut (her kan kontaktens længde udledes)
- ▶ Sorenhed_ans (du kan angive specifikke SOR-koder)

En planlagt ambulant kontakt kunne f.eks. defineres som kontakter med:

- ▶ prioritet 'planlagt'
- ▶ kontaktårsag 'Ukendt', 'sygdom' eller 'anden kontaktårsag' (ikke obligatorisk ved planlagt kontakt)
- ▶ kontaktttype 'fysisk fremmøde'
- ▶ < 1 time mellem start og slut på kontakten

En akut ambulant kontakt (i gamle dage en skadestuekontakt) kunne f.eks. defineres som kontakter med:

- ▶ prioritet 'akut'
- ▶ kontaktårsag 'ulykke', 'voldshandling', 'selvmordsforsøg' eller 'anden tilsigtet selvskade'
- ▶ kontaktttype 'fysisk fremmøde'
- ▶ < 6 timer mellem start og slut på kontakten
og/eller
- ▶ du kan angive specifikke SOR-koder for f.eks. akutmodtagelser

En indlæggelse kunne f.eks. defineres som kontakter med:

- ▶ prioritet 'planlagt' eller 'akut'
- ▶ kontaktttype 'fysisk fremmøde',
- ▶ >= 6 timer mellem start og slut på kontakten
og/eller
- ▶ Du kan angive specifikke SOR-koder for f.eks. sengeafsnit

Bemærk at der ikke findes nogen officiel definition af ovenstående "kontaktttyper", det er dig selv der skal beskrive hvordan du ønsker at de enkelte kontaktttyper skal defineres. Ovenstående er blot til inspiration.

6. Kobling mellem LPR2-kontakter i LPR og LPR3-forløb i LPR3_F

Kontakter der var igangværende på tidspunktet for overgang til indberetning i LPR3-format bør være overført til et LPR3-forløb på en måde der gør kobling af det nye LPR3-forløb og den gamle LPR2-kontakt mulig.

Entydig kobling mellem LPR3-forløb og den modsvarende LPR2-kontakt, defineres ved følgende:

Variable i tabellen t_adm i LPR2	Variable i tabellen forloeb i LPR3_F
v_cpr	cpr
c_udm (M – 'afsluttet til lpr3')	henvisningsmaade (ALDA99 – 'overført fra lpr2')
c_sgh og c_afd	sorenhed_hen <i>(se organisationer for oversættelse af sor-kode til shak-kode)</i>
d_uddto og v_udtime	dato_henvisning tidspunkt_henvisning

Ca. 58% af LPR3-forløb med henvisningsmåden 'overført fra LPR2' kan kobles til en LPR2-kontakt ud fra ovenstående krav.

Fjernes kravet om enslydende timeangivelse mellem v_udtime og tidspunkt_henvisning, kan ca. 81% af LPR3-forløbene kobles til en LPR2-kontakt.

Du kan læse meget mere om overgangen fra LPR2 til LPR3 i 'Datakvalitetsrapport om LPR 2018 – overgangen fra LPR2 til LPR3' her: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygedomme-laegemidler-og-behandlinger/landspatientregisteret/landspatientregisteret-moderniseres>