

Overgang fra LPR2 til LPR3

- krav til indberetning og håndtering af overgang

LPR3-projektet

Version 1.3, d. 13-04-2018

Ændringslog

Version	Dato	Tillæg/Modificeringer	Revideret af	Godkendt
1.0	30.09.2017	Notatet opdateret jf. høring i regionerne. Det aftales at denne version fastfryses som version 1.0 og efterfølgende ændringer skal godkendes på styregruppeniveau.	Henrik Tholstrup (SDS) og Susanne Munck (LPR3)	04.10.2017 af LPR3 styregruppe
1.1	24.10.2017	Opdatering af mapningsliste vedr. startvilkår i afsnit "2.3.4.1 Mapning af startvilkår". Mapning fra "almindelig frivillig indlagt" samt "almindelig frivillig ambulant" til "AVRC1 Frivillig" udgår idet indberetningen af "frivillig" gøres ikke obligatorisk, hvormed der ikke skal mappes til nogen markør, hvis patienten er frivilligt indlagt på overgangstidspunktet. Versionsnummer og ændringslog tilføjet dokumentet.	Henrik Tholstrup (SDS)	10.11.2017 af LPR3 styregruppe.
1.2	19.01.2018	Fravær psykiatrien er rettet i Indberetningsvejledningen, version 1.1. Den blev ikke ajourført i overgangsnotatet vedr. absenteringer afsnit 2.3.4.2. Ændringen er derfor en ajourføring.	Henrik Tholstrup (SDS)	18.01.2018 konsekvensrettelsen er taget til efterretning af Projektlederforum.
1.3	13.04.2018	Præcisering: Kap. 1, figur er opdateret med tidsplan, så den svarer til gældende aftale om samlet overgang for regioner primo november. Samt er de private indberetteres forventede overgang indgår også. Afsnit 2.3.3, konverteringstabel er fejlrettet i nederste højre felt.	Henrik Tholstrup (SDS)	23-05-2018 internt godkendt, da der er tale om præciseringer

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING.....	3
2. HÅNTERING AF OVERGANG	4
2.1. Konvertering af åbne kontakter fra LPR2 til LPR3	4
2.1.1. Konverteringsscenarier	5
2.1.1.1. én uafsluttet kontakt på et stamafsnit.....	6
2.1.1.2. flere uafsluttede ambulante kontakter på ét stamafsnit	6
2.1.1.3. flere uafsluttede kontakter på ét stamafsnit, heraf én indlæggelseskontakt	6
2.1.1.4. flere uafsluttede indlæggelseskontakter på ét stamafsnit.....	6
2.2. Konverteringsalgoritmer	7
2.2.1. Ambulante kontakter	7
2.2.1.1. Ambulant kontakt: somatisk pakkeforløb	9
2.2.1.2. Ambulant kontakt: somatisk forløb	10
2.2.2. Indlæggelseskontakt	11
2.2.2.1. Indlæggelseskontakt: somatisk forløb	13
2.2.3. Mapning af LPR2-ventestatus	14
2.3. Særlige tilfælde, der skal håndteres specielt	15
2.3.1. Henvisninger uden kontakt	15
2.3.1.1. Hvilende henvisning: ikke-pakkeforløb	16
2.3.1.2. Hvilende henvisning: pakkeforløb.....	17
2.3.1.3. Hvilende henvisning: pakkeforløb startet	18
2.3.1.4. Hvilende henvisninger på grundlag af afsluttede LPR2-kontakter	18
2.3.2. Kontakter på akutmodtagelser ("skadestuekontakter")	19
2.3.3. Fødselskontakter.....	19
2.3.4. Specielt for psykiatrien	21
2.3.4.1. mapning af startvilkår	21
2.3.4.2. mapning af absentering	21
2.3.4.3. DZ046* diagnoser	21
2.3.4.4. Behandlingspakker	22
2.3.5. Håndtering af LPR2-fejllister	22
2.3.6. Hensyn ved genindberetning af konverterede kontakter/forløb.....	22

1. Indledning

Dette notat har til formål at beskrive hvordan indberetning til LPR håndteres ved skæringsdatoen for overgangen fra LPR2- til LPR3-indberetning.

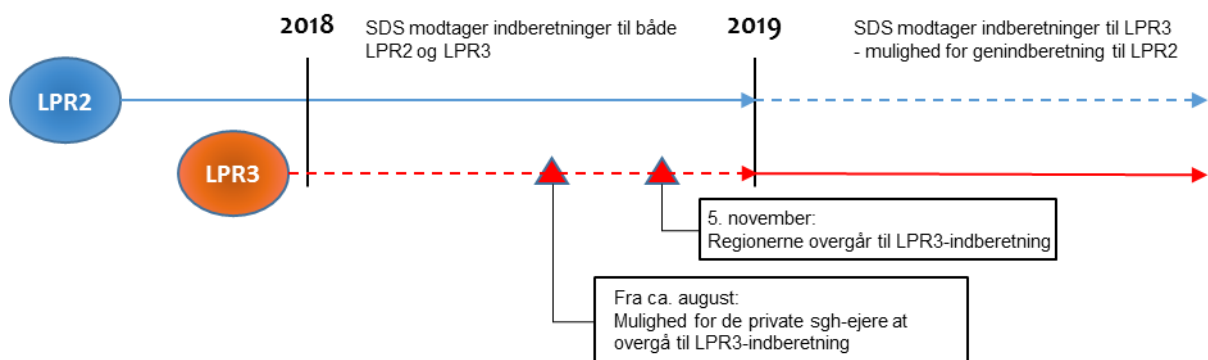
I tråd med Indberetningsvejledningen stilles der i dette notat ikke krav til, hvad og hvordan der registreres i de lokale systemlandskaber, men der stilles krav til, hvad og hvordan der indberettes til LPR, herunder hvordan afslutning på indberetning til LPR2 håndteres.

Overgangen til LPR3 finder sted i efteråret 2018, hvor regionerne trinvist overgår fra LPR2- til LPR3-indberetning. Der vil således være en kortere periode, hvor én eller flere regioner er overgået til LPR3, mens andre regioner endnu ikke er overgået til LPR3. Der er dermed en kort periode (på ca. to måneder), hvor Sundhedsdatastyrelsen modtager indberetninger fra regioner på både LPR2- og LPR3-format.

Hver enkelt region overgår samlet til LPR3-indberetning på én gang – dvs. hele regionen overgår til LPR3-indberetning samtidig (der er altså ikke nogle hospitaler der indberetter i LPR2-format mens andre indberetter i LPR3-format inden for samme region).

Efter overgangen til LPR3 vil der ikke længere være mulighed for at indberette i LPR2-format, dog med undtagelse af genindberetninger af historiske LPR2-data, som fortsat kan genindberettes i LPR2-format.

Figuren nedenfor illustrerer den overordnede overgang.



2. Håndtering af overgang

For at sikre at data indberettes så ensartet som muligt og for at mindske omfanget af negative konsekvenser for datakvalitet, og dermed uddata, har Sundhedsdatastyrelsen i samarbejde med regionerne aftalt, at der skal være en skarp overgang, så der opnås et klart datomæssigt skel mellem LPR2 og LPR3-data.

Hver region overgår fra LPR2 til LPR3 på et på forhånd fastlagt tidspunkt. Dette fordrer, at indberetterne gennemfører en kørsel, hvor alle igangværende LPR2-kontakter lukkes og i stedet startes som nye forløbselementer samt eventuelle fysiske fremmøder i LPR3-regi.

Foruden den tidsmæssige skarpe overgang, oprettes særlige administrative afslutnings- og henvisningskoder til brug ved overgangen, hvormed de kontakter, der administrativt lukkes i LPR2 og åbnes igen i LPR3, markeres og vil være mulige at identificere i efterfølgende dataanvendelse.

Hver indberetter indgår selvstændig aftale med Sundhedsdatastyrelsen om specifik dato og tidspunkt for overgang. Følgende beskrivelse gælder for alle individuelt aftalte overgange.

2.1. Konvertering af åbne kontakter fra LPR2 til LPR3

Alle kontakter i LPR2, som er åbne på overgangstidspunktet og skal fortsætte efter overgangen til LPR3, skal afsluttes – både ambulante og indlagte – og oprettes igen i LPR3. Det forventes, at regionerne håndterer dette i en konverteringskørsel.

Det anbefales generelt at rydde op i åbentstående, men i LPR3-regi obsolete ambulante kontakter inden konvertering. Dette indbefatter specielt eventuelle åbne ambulante kontakter, der holdes åbne parallelt med en åben indlæggelseskontakt, når disse (i lyset af LPR3-modellens forløbstandkegang med tilhørende mulighed for overordnet forløbsansvar), bør konverteres til ét LPR3-sygdomsforløb.

Bemærk at hvis flere åbne LPR2-kontakter, der klinisk dækker over samme sygdomsforløb, maskinelt konverteres til et tilsvarende antal LPR3-forløbselementer, vil disse ikke – ved en efter konverteringen gennemført ”oprydning” – kunne samles til ét forløb ved brug af referencer mellem forløbselementer, med mindre dette gøres manuelt, når redundantte forløbselementer lukkes.

Som ved enhver anden afslutning af en LPR2-kontakt skal der foretages en slutregistrering, hvor især diagnoser kvalificeres i en balancegang iht. Fællesindholdet (citat:) ”*Aktionsdiagnosen (og eventuelle bidiagnoser) på en kontakt skal til enhver tid være dækkende for hele kontakten*”, dvs. aktionsdiagnosen per se, i forhold til (citat:) ”*Aktionsdiagnosen og eventuelle bidiagnoser skal valideres ved kontaktafslutning. Der kan inden slut-registreringen være fremkommet nye eller supplerende svar på undersøgelser, der afklarer patientens slutdiagnose”*.

Da den gældende aktionsdiagnose for en igangværende ambulant kontakt kan være et udtryk for, hvad der (tilfældigvis) primært blev handlet på ved sidste besøg, kan det være nødvendigt at kvalificere aktionsdiagnosen, så denne afspejler den vigtigste tilstand set over hele kontakten. Dette vil være en forudsætning for – ud fra den til formålet udarbejdede mapningsliste – maskinelt at generere korrekt label på det fra LPR2-kontakten genererede forløbselement (og her skal vægten nok lægges på *slutdiagnosen* jf. citaterne ovenfor). Hvis det ikke er muligt at kvalificere alle kontakter inden overgangen, vil det være nødvendigt efterfølgende at kontrollere og kvalificere labels ved opdatering af denne.

For at indikere, at der er tale om en kontakt, som er afsluttet grundet overgangen mellem LPR2 og LPR3, afsluttes kontakten med en afslutningsmåde oprettet til formålet "M: afsluttet til LPR3", som forventes sat automatisk af systemet ved konverteringskørslen. Henvisningsmåde tilknyttet det ved konverteringen oprettede LPR3-forløbselement sættes til "ALDA99: overført fra LPR2".

Dato-delen af sluttidspunktet sættes til den dato for overgangstidspunktet, der er aftalt for pågældende indberetter. Det anbefales, at selve sluttidspunkterne sættes umiddelbart efter midnat på den aftalte dato, for at imødekomme at alle tidspunkter falder inden for samme døgn. De valgte sluttidspunkter kan dog variere fra indberetter til indberetter af hensyn til lokale forhold. Sluttidspunkt på kontakten, der afsluttes, sættes til samme tidspunkt som starttidspunkt på det nye forløbselement og kontakt i LPR3, da de skal ligge inden for samme døgn, for at undgå afregningsmæssige udfordringer.

2.1.1. Konverteringsscenerier

Konverteringsalgoritmerne er opstillet ud fra, at det skal være muligt efterfølgende entydigt at binde LPR3-forløb sammen med deres modsvarende LPR2-kontakter. Dette skal ske ved anvendelse af patient-ID, LPR2-afslutnings- og LPR3 starttidspunkter, en entydig sammenhæng mellem stamafsnit (SHAK-kode) og henvisende instans (SOR-kode) på LPR3-henvisningsobjektet, samt de til lejligheden oprettede afslutnings- og henvisningsmåder:

LPR2	LPR3
Personnummer	Patient.id
Afslutningsmåde (M)	Henvisning.maade (ALDA99)
Stamafsnit (SHAK-kode)	Henvisning.henvisendeInstans (SOR-kode, der mapper til kode for LPR2-stamafsnit)
Sluttidspunkt	Henvisning.tidspunkt (overgangstidspunkt) Forloebselement.starttidspunkt (overgangstidspunkt)

Dette medfører igen, at hvis der er mere end én kontakt for en patient på samme stamafsnit (og det ved den anbefalede oprydning er valgt, at de alle skal konverteres til LPR3), så skal tidspunkterne for de individuelle overgange være forskellige f.eks. ved en algoritme, der tæller overgangstidspunktet op med én time for hver af sådanne kontakter, når de konverteres.

BEMÆRK:

Da LPR2 kun giver mulighed for at afslutte kontakter med time-præcision, vil det være nødvendigt at optælle LPR2-afslutnings- og LPR3-starttidspunkter med en hel time for hver kontakt, der ellers ville give tvetydig sammenhæng fra flere sæt af LPR2-kontakter og LPR3-forløb.

Første overgangstidspunkt bør derfor sættes til kl. 01:00 om natten, så der er plads til at tælle op uden risiko for at få overgangstidspunkter, der render for langt ind i døgnet.

Dette fordrer i sagens natur, at der ved overgangen ikke findes uhensigtsmæssigt mange ambulante kontakter for samme patient på samme stamafsnit, jf. tidligere bemærkninger vedr. oprydning.

Oversættelsen fra SHAK-stamafsnit til henvisende instans skal bygge på en simpel én-til-en mapning, hvor SOR-koden for den SOR-enhed, der bærer mapningen til 7-karakters SHAK-koden for den afsluttede LPR2-kontakt, direkte indsættes som henvisende instans. Dette fordrer, at alle 7-karakters SHAK-koder, der kan indberettes på, har en SOR-mapning (hvad de må antages at have), og at denne mapning er entydig.

Dette giver anledning til følgende scenarier med tilhørende overordnede algoritmer (disse specificeres yderligere i afsnit 2.2):

2.1.1.1. én uafsluttet kontakt på ét stamafsnit

Ved én uafsluttet kontakt (ambulant eller indlæggelse) for én patient på ét og samme stamafsnit følges standard algoritme:

1. LPR2-afslutningstidspunkt, LPR3-henvisningstidspunkt, LPR3-forløbselement starttidspunkt samt tidspunkt for LPR3-forløbsmarkør (startmarkør) sættes til valgte overgangstidspunkt
 - a. for LPR2-indlæggelseskontakter sættes starttidspunkt for den LPR3-kontakt (fysisk fremmøde), der tilknyttes det oprettede LPR3-forløbselement, ligeledes til overgangstidspunktet. Det samme gælder for starttidspunkt for opholdsadresse.
2. Afslutnings- og henvisningsmåde sættes til de til formålet oprettede måder
3. Henvisningsårsag kan sættes til den aktuelle aktionsdiagnose for den afsluttede LPR2-kontakt. Hvis der på overgangstidspunktet endnu ikke er opstillet en aktionsdiagnose, så kan LPR3-henvisningsårsag være blank, og kan evt. efterfølgende opdateres, når den ambulante LPR2-kontakt færdigregistreres (men dette er ikke et krav).

2.1.1.2. flere uafsluttede ambulante kontakter på ét stamafsnit

Ved flere uafsluttede ambulante kontakter for én patient på ét og samme stamafsnit konverteres de følgende ambulante kontakter på tilsvarende vis, dog optælles de under pkt. 1 nævnte tidspunkter successivt med 1 time for hver ambulant kontakt.

2.1.1.3. flere uafsluttede kontakter på ét stamafsnit, heraf én indlæggelseskontakt

Dette scenarie er medtaget for komplethedens skyld, men vil stort set ikke være relevant i regionalt sygehusregi, idet indlæggelseskontakter ofte vil have dedikerede SHAK-koder som stamafsnit. Hvis der i regionalt regi er oprettet afsnitskoder, hvorpå der både kan indberettes indlæggelses- og ambulante kontakter, kan situationen imidlertid opstå.

Dette vil således også gælde for den private sektor, hvor dette ofte er tilfældet.

Ved flere uafsluttede kontakter for én patient på ét og samme stamafsnit, hvor af den ene er en indlæggelseskontakt, anvendes følgende fremgangsmåde:

1. Indlæggelseskontakten konverteres først, hvor LPR2-afslutningstidspunkt, LPR3-henvisningstidspunkt, LPR3-forløbselement starttidspunkt, LPR3-forløbsmarkør tidspunkt og LPR3-kontakt starttidspunkt sættes til overgangstidspunktet.
2. Afslutnings- og henvisningsmåde sættes til de til formålet oprettede måder
3. Henvisningsårsag kan sættes til den aktuelle aktionsdiagnose for den afsluttede LPR2-kontakt. Hvis der på overgangstidspunktet endnu ikke er opstillet en aktionsdiagnose, så kan henvisningsårsag sættes til 'Null', og kan evt. efterfølgende opdateres, når LPR2-indlæggelseskontakten færdigregistreres.

De efterfølgende (ambulante) kontakter konverteres efter samme fremgangsmåde, dog tælles de 4 tidspunkter, der er relevante ved konvertering af ambulante kontakter, successivt op med 1 time pr. ambulant kontakt.

2.1.1.4. Flere uafsluttede indlæggelseskontakter på ét stamafsnit

Dette sidste scenarie er "ulovligt". Skulle der være tilfælde af flere indlæggelseskontakter for samme patient på samme stamafsnit, må dette bero på en fejl, hvorfor der må ryddes op i dette inden konvertering.

2.2. Konverteringsalgoritmer

Nedenfor følger en beskrivelse af, hvordan data konverteres over fra en LPR2-kontakt til et LPR3-forløb, eventuelt med tilknyttet fysisk fremmøde ved LPR2-indlæggelseskontakter.

Alle de fra LPR2 genererede LPR3-forløb, der er en fortsættelse af et kræftpakkeforløb, skal have tilknyttet den generelle forløbsmarkør (startmarkør) for patient i igangværende pakkeforløb

2.2.1. Ambulante kontakter

Ambulante kontakter i LPR2 er et udtryk for, at patienten er tilknyttet en given enhed i et ambulant forløb. Sådanne kontakter skal derfor konverteres til et tilsvarende forløb i LPR3, som her udtrykkes som et forløbselement, der angiver et ambulant tilhørsforhold til et sygehus under et givent forløbsansvar.

På grundlag af ambulant kontakt oprettes forløbselement og følgende oplysninger sættes ved konverteringen:

- 1 LPR2:sluttidspunkt := *overgangstidspunkt*
- 2 LPR2:afslutningsmåde := M:afsluttet til LPR3
- 3 Hvis igangværende LPR2:ventestatus, så
 - a. LPR2:ventestatus.datoslut := dato[*overgangstidspunkt*]
- 4 LPR3:Patient.id := LPR2:personnummer
- 5 LPR3:Forloebselement.label := MAP[LPR2:aktionsdiagnose]
- 6 LPR3:Forloebselement.ansvar := MAP[LPR2:afsnitskode]
- 7 LPR3:Forloebselement.starttidspunkt := *overgangstidspunkt*
- 8 Hvis igangværende pakkeforløb, så
 - a. LPR3:Forloebsmarkoer.kode := AFV01A2:patient i igangværende pakkeforløb
 - b. LPR3:Forloebsmarkoer.tidspunkt := *overgangstidspunkt*ellers hvis igangværende LPR2:ventestatus
 - c. LPR3:Forloebsmarkoer.kode := MAP[ventestatus]
 - d. LPR3:Forloebsmarkoer.tidspunkt := *overgangstidspunkt*ellers
 - e. LPR3:Forloebsmarkoer.kode := AFV01A8:Henvist til andet
 - f. LPR3:Forloebsmarkoer.tidspunkt := *overgangstidspunkt*
- 9 LPR3:Henvisning.aarsag := LPR2:aktionsdiagnose
- 10 LPR3:Henvisning.maade := ALDA99:overført fra LPR2
- 11 LPR3:Henvisning.henvisendeInstans := MAP[LPR2:afsnitskode]
- 12 LPR3:Henvisning.fritvalg := ALDB00:ikke relevant
- 13 LPR3:Henvisning.tidspunkt := *overgangstidspunkt*

ad 1, 7, 8, 13) alle disse fire tidspunkter sættes til overgangstidspunktet

Jf. afsnit 2.1.1.2 skal overgangstidspunktet varieres (med mindst en time) for hver ambulant kontakt, der skal konverteres for samme patient på samme stamafsnit.

ad 2) Til konverteringsformålet oprettes en dedikeret afslutningsmåde, som LPR2 accepterer ved indberetningen og som kan sættes eksplicit i de lokale konverteringskørsler.

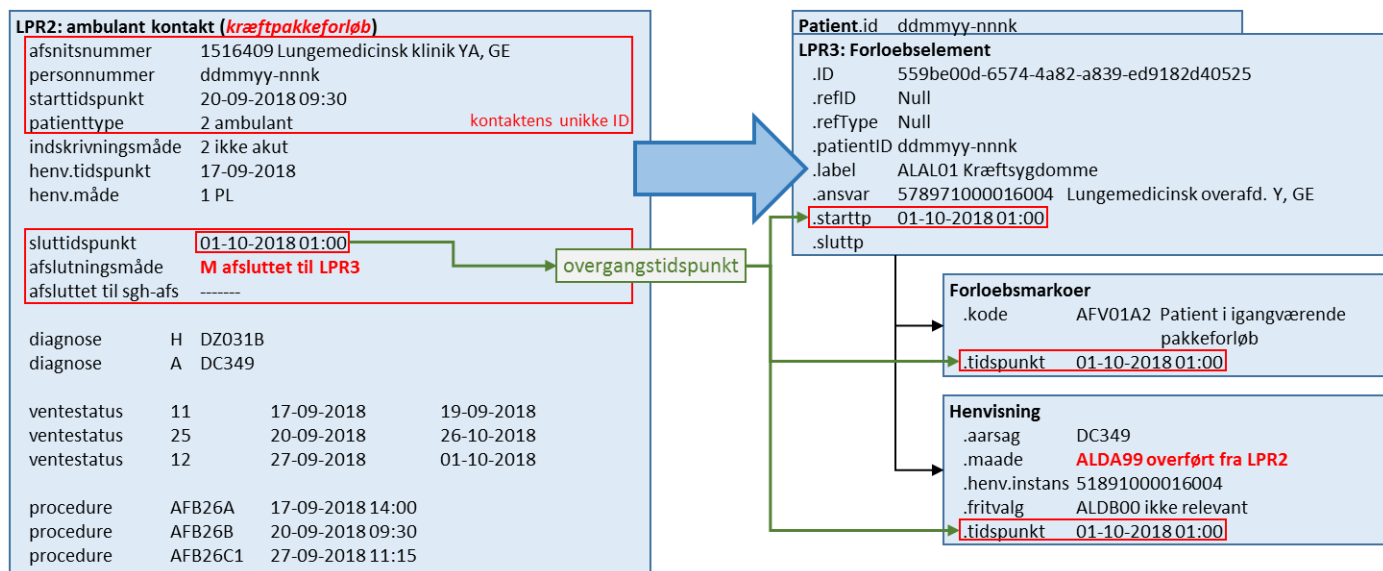
ad 3) Hvis der er en igangværende ventetidsperiode, skal denne afsluttes (i overensstemmelse med LPR2-reglerne) på datoen for overgangstidspunktet.

- ad 4) CPR-nummer overføres. Såfremt der er tale om et erstatnings-cpr.nr, er der i LPR3 krav om indberetning af bopæl. Da dette potentielt ikke vil være muligt for alle patienter (da bopæl muligvis ikke er kendt), dispenseres der for denne regel i LPR3, i forbindelse med konverteringen. Bopæl skal dog indberettes, hvis det er muligt.
- ad 5) Forløbslabel for det oprettede forløbselement sættes i overensstemmelse med en mapning fra den aktionsdiagnose, der er angivet for den afsluttede LPR2-kontakt. Der er vedlagt en mapningstabel i excel som bilag til dette dokument. Bemærk at mapningen udelukkende er tiltænkt overgangen fra LPR2 til LPR3 og ikke kan benyttes til andre formål.
- Såfremt en region anvender forløbsnavne i eget datagrundlag, kan det vælges at mappe fra disse i stedet, hvis det vurderes at give mere retvisende LPR3-forløbslabels.
- ad 6) Forløbsansvarlig enhed sættes i overensstemmelse med en mapning fra SHAK til SOR. I modsat fald må der tages et valg mellem de relevante SOR-koder i konverteringsløsningen. Et andet valg kunne være – som anskueliggjort i figuren nedenfor – at mappe ”op-ad” til nærmeste SOR-kode, der svarer til afdelingen for det LPR2-kontaktansvarlige afsnit, dvs. dén SOR-kode, der mapper til en 6-karakters SHAK-kode, der svarer til afdelingskoden for den aktuelle afsnitskode. Løsningen på dette område må bero på lokale valg.
- ad 8) Hvis der er et igangværende somatisk pakkeforløb (for alle praktiske forhold et kræftpakkeforløb), tager dette prioritet over et eventuelt igangværende generelt LPR2-venteforløb, og den til forløbselementet tilknyttede startmarkør sættes til ’AFV01A2 Patient i igangværende pakkeforløb’
- Hvis den sidste markør for kræftpakkeforløb i LPR2-regi er markør der har afsluttet pakkeforløbet, f.eks. ’initial behandling start’, der implicit afslutter pakkeforløbet, så sættes default-forløbsmarkøren ’AFV01A8 Henvist til andet’ ved opstart af LPR3-forløbselementet.
- Ellers – hvis der er et igangværende LPR2-venteforløb – sættes den initiale forløbsmarkørkode (startmarkør) tilknyttet forløbselementet til relevant markør iht. mapning af LPR2-ventestatus (se afsnit 2.2.3).
- I øvrige tilfælde sættes startmarkør til ’AFV01A8 Henvist til andet’
- ad 9) Aktionsdiagnosen for LPR2-kontakten indsættes. Hvis der endnu ikke er fastsat en aktionsdiagnose for den administrativt afsluttede kontakt, udfyldes LPR3-henvisningsårsag ikke. LPR2-aktionsdiagnosen kan eventuelt senere kopieres over, når denne (slut-)regi-streres, hvorefter relevante objekter for LPR3-forløbet kan genindberettes.
- ad 10) Der oprettes en midlertidig kode til angivelse af, at forløbselementet er startet administrativt på grundlag af konverteret LPR2-kontakt.
- ad 11) Den SOR-kode, der mapper til SHAK-koden for afsnitskoden for LPR2-kontakten.
- ad 12) Sættes til ”ikke relevant”.

2.2.1.1. Ambulant kontakt: somatisk pakkeforløb

I forbindelse med et igangværende pakkeforløb er det nødvendigt at tage udgangspunkt i de som administrative procedurer registrerede pakkeforløbsmarkører – frem for ventestatus – for at finde den relevante forløbsmarkør, som LPR3-forløbet skal starte op med.

I nedenstående figur er en konvertering for et kræftpakkeforløb eksemplificeret. Det antages her, at overgangstidspunktet er sat til 01-10-2018.



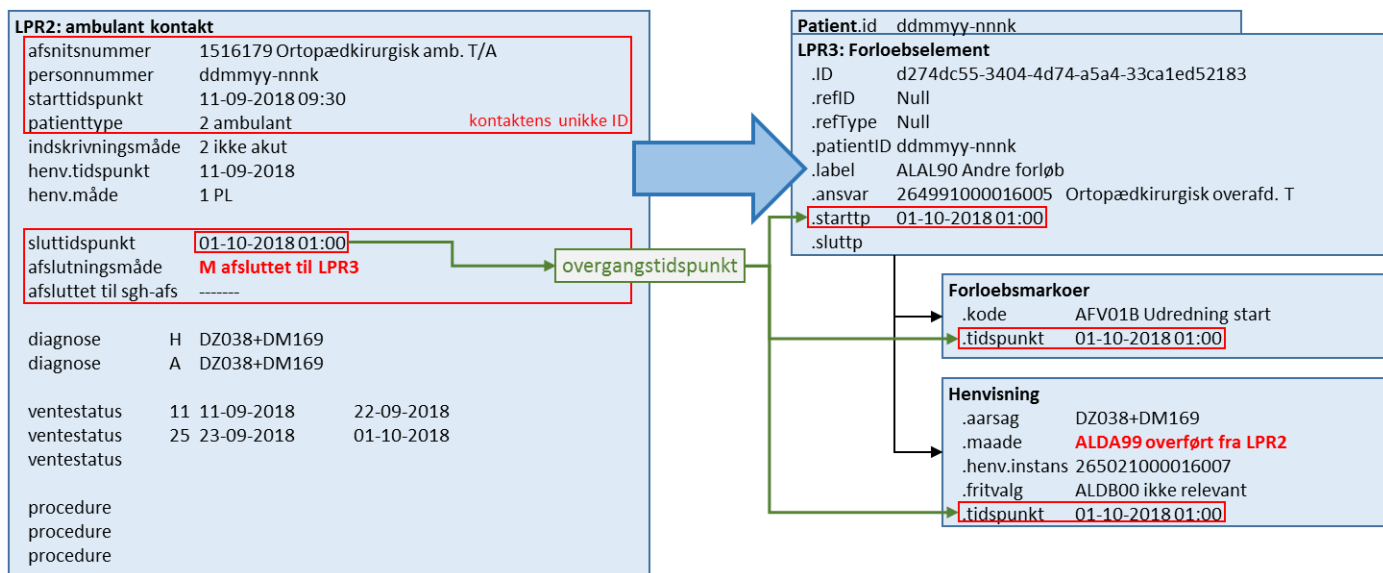
Det fremgår af LPR2-kontakten, at der er et igangværende venteforløb, men dette overrules af, at der er tale om et igangværende kræftpakkeforløb beskrevet ved de administrative procedurer, hvor den sidste kræftpakkemarkør angiver, at patienten venter på initial behandling. Startmarkøren tilknyttet det fra LPR2-kontakten genererede forløbsselement sættes derfor til den generelle markør for patienter i somatiske pakkeforløb, dvs. 'patient i igangværende pakkeforløb'.

Dette vil medføre, at pakkemarkørerne vil fordele sig på hhv. LPR2-kontakten og LPR3-forløbsselementet. Det samlede pakkeforløb må ved efterfølgende monitorering derfor samles på uddatasiden.

2.2.1.2. Ambulant kontakt: somatisk forløb

Ved et almindeligt somatisk forløb dokumenteret ved en ambulant LPR2-kontakt med igangværende venteforløb, tages der ved konverteringen udgangspunkt i den aktuelle ventestatus ved overgangstidspunktet.

I nedenstående eksempel antages det, at overgangstidspunktet er sat til 01-10-2018



På overgangstidspunktet er patienten under udredning, og denne status videreføres i form af den tilsvarende forløbsmarkør tilknyttet det fra LPR2-kontakten genererede forløbselement. Denne mapning af ventestatus er iht. den generelle mapningsalgoritme for ventestatus (se afsnit 2.2.3).

2.2.2. Indlæggelseskontakt

Alle igangværende indlæggelseskontakter – dog med fødselskontakter som en *mulig* undtagelse (se afsnit 2.3.3) – skal afsluttes og dermed konverteres ved overgangen. LPR2-indlæggelseskontakter afsluttes på overgangstidspunktet, og et LPR3-forløbselement samt en kontakt af typen 'fysisk fremmøde' skal startes op på grundlag af LPR2-kontakten.

I forbindelse med igangværende indlæggelseskontakter vil der normalt ikke være aktivt venteforløb, hvorfor punkterne 3 og 8 vil være tomme mht. ventestatus. Skulle der mod forventning være et aktivt venteforløb tilknyttet kontakten, kan denne overføres via den generelle mapning som beskrevet under de tilsvarende punkter for ambulante kontakter.

På grundlag af indlæggelseskontakt oprettes forløbselement samt tilhørende kontakt og følgende oplysninger sættes ved konverteringen:

- | | | |
|----|--|--|
| 1 | LPR2:sluttidspunkt := | <i>overgangstidspunkt</i> |
| 2 | LPR2:afslutningsmåde := | M:afsluttet til LPR3 |
| 3 | | |
| 4 | LPR3:Patient.id := | LPR2:personnummer |
| 5 | LPR3:Forloebselement.label := | MAP[LPR2:aktionsdiagnose] |
| 6 | LPR3:Forloebselement.ansvar := | MAP[LPR2:afsnitskode] |
| 7 | LPR3:Forloebselement.starttidspunkt := | <i>overgangstidspunkt</i> |
| 8 | Hvis igangværende pakkeforløb, så | |
| | a. LPR3:Forloebsmarkoer.kode := | AFV01A2:patient i igangværende pakkeforløb |
| | b. LPR3:Forloebsmarkoer.tidspunkt := | <i>overgangstidspunkt</i> |
| | ellers | |
| | c. LPR3:Forloebsmarkoer.kode := | AFV01A8:Henvist til andet |
| | d. LPR3:Forloebsmarkoer.tidspunkt := | <i>overgangstidspunkt</i> |
| 9 | LPR3:Henvisning.aarsag := | LPR2:aktionsdiagnose |
| 10 | LPR3:Henvisning.maade := | ALDA99:overført fra LPR2 |
| 11 | LPR3:Henvisning.henvisendeInstans := | MAP[LPR2:afsnitskode] |
| 12 | LPR3:Henvisning.fritvalg := | ALDB00:ikke relevant |
| 13 | LPR3:Henvisning.tidspunkt := | <i>overgangstidspunkt</i> |
| 14 | LPR3:Kontakt.ansvarligEnhed | MAP[LPR2:afsnitskode] |
| 15 | LPR3:Kontakt.type := | ALCA00:fysisk fremmøde |
| 16 | LPR3:Kontakt.prioritet := | LPR2:indskrivningsmåde |
| 17 | LPR3:Kontakt.starttidspunkt := | <i>overgangstidspunkt</i> |
| 18 | LPR3:Opholdsadresse.enhed := | MAP[LPR2:afsnitskode] eller PAS-oplysning |
| 19 | LPR3:Opholdsadresse.starttidspunkt := | <i>overgangstidspunkt</i> |

ad 1, 7, 8, 13, 17,19)

Alle disse seks tidspunkter sættes til overgangstidspunktet. Hvis der findes ambulante LPR2-kontakter med samme stamafsnit for samme patient, skal overgangstidspunktet varieres, dvs. tælles op med mindst en time for hver af disse. Dette vil som nævnt under afsnit 2.1.1.3 dog sjældent være tilfældet, da sengeafsnit oftest har egne afsnitskoder inden for de regionale sygehuse.

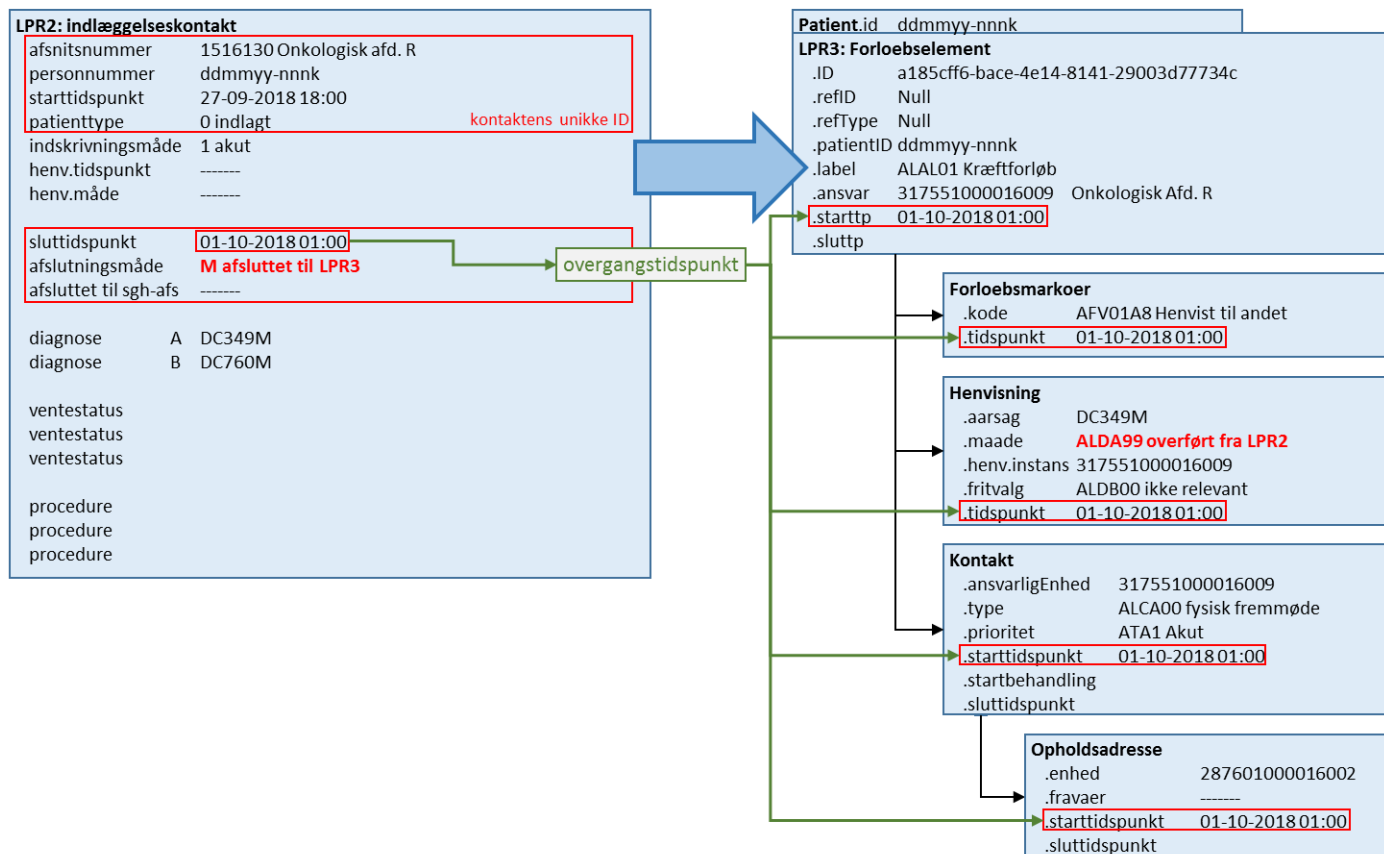
ad 2) Til konverteringsformålet oprettes en dedikeret afslutningsmåde, som LPR2 accepterer ved indberetningen, og som kan sættes eksplicit i de lokale konverteringskørsler.

- ad 3) Se indledende bemærkning vedr. ventestatus for indlæggelseskontakter.
- ad 4) CPR-nummer eller erstatningsnummer overføres.
- ad 5) Forløbslabel for det oprettede forløbselement sættes i overensstemmelse med en mapning fra den aktionsdiagnose, der er angivet for den afsluttede LPR2-kontakt. Der er vedlagt en mapningstabel i excel som bilag til dette dokument. Bemærk at mapningen udelukkende er tiltænkt overgangen fra LPR2 til LPR3 og ikke kan benyttes til andre formål.
- ad 6) Forløbsansvarlig enhed sættes i overensstemmelse med en mapning fra SHAK til SOR. I nedenstående eksempel (se figur) overføres LPR2-stamafsnittet (SHAK-kode) direkte som LPR3-forløbsansvarlig enhed repræsenteret ved SOR-koden, der mapper til SHAK-koden. Dette setup kan som tidligere nævnt håndteres ved lokale mapningslister.
- ad 8) Den initiale forløbsmarkør tilknyttet forløbselementet sættes til relevant ventestatus, som jf. ovenstående bemærkning vedr. indlæggelser og ventestatus sættes til 'AFV01A8:Henvist til andet'
- ad 9) Aktionsdiagnosen for LPR2-kontakten indsættes. Da der er tale om en igangværende indlæggelse, er der ikke nødvendigvis en aktionsdiagnose registreret i LPR2. Hvis der ikke er en aktionsdiagnose i LPR2-kontakten, vil henvisningsårsag i LPR3 tilsvarende være tom
- ad 10) Der oprettes en midlertidig kode til angivelse af, at forløbselementet er startet administrativt på grundlag af konverteret LPR2-kontakt
- ad 11) Den SOR-kode, der mapper til SHAK-koden for afsnitskoden for LPR2-kontakten
- ad 12) Sættes til ikke relevant
- ad 14) Sættes på grundlag af (lokale) mapningsoplysninger
- ad 15) Sættes til fysisk fremmøde. På uddatasiden skal det kunne håndteres at et sådant fysisk fremmøde, som en fortsættelse af en LPR2-indlæggelseskontakt også bliver tolket som en indlæggelse, uanset hvor lang (eller kort) tid det fortsætter efter overgangstidspunktet. Hvis patienten udskrives om morgenen efter overgangen til LPR3 kunne en sådan LPR3-kontakt ud fra en generel algoritme, der skelner mellem ambulant og indlagt ud fra tidskriterier, blive mistolket som et ambulant besøg.
- ad 16) Prioritet sættes svarende til den oprindelige indskrivningsmåde ved LPR2-kontaktens start.
- ad 18) Sættes ud fra en mapning fra SHAK til SOR. Denne mapning kan bygge på en lokal mapning, der indsætter en anden og mere relevant kode, end den SOR-kode, der svarer til afsnitskoden for LPR2-kontakten. Alternativt kan opholdsadresse sættes ud fra en konkret oplysning om patientens opholdssted i PAS. Sidstnævnte ville i sagens natur være det mest præcise. I tilfælde af at patienten er på orlov indsættes koden herfor.

2.2.2.1. Indlæggelseskontakt: somatisk forløb

I nedenstående eksempel for en igangværende LPR2-indlæggelseskontakt fremgår det, hvilke objekter, der ud fra LPR2-kontakten skal genereres.

Det antages, at overgangstidspunktet er sat til 01-10-2018:



Der er som det fremgår af diagnoserne tale om et kræftforløb, men i eksemplet antages det, at patienten indlægges akut efter en eventuel kræftpakke er afsluttet, hvorfor startmarkøren for forløbselementet sættes til den generelle 'henvist til andet'

2.2.3. Mapning af LPR2-ventestatus

I forbindelse med overgangen til LPR3 vil en del vente- og pakkeforløb blive kunstigt brudt op og fordelt ud på LPR2- og LPR3-indberetninger. Da LPR3-forløbselementer skal have en tilknyttet forløbsmarkør, der angiver startbetingelser for elementet, opstilles i det følgende et forslag til en algoritme til dannelse af den – eller de – første markører ud fra den på overgangstidspunktet gældende status for den administrativt lukkede LPR2-kontakt. Forslaget er vejledende og kan fraviges hvis Indberetter f.eks. ved brug af lokale data kan lave en mere korrekt angivelse af forløbsmarkører i overgangen.

Den foreslåede mapning bygger på, at det på uddatasiden skal være muligt at danne et samlet billede af ventestatus mv. ved at sammenstille de LPR2-kontakter, der ifm. overgangen til LPR3 lukkes, med de LPR3-forløb, der dannes på baggrund af de lukkede kontakter.

Der skal altid sættes én generel markør for venteoplysning – herunder 'henvist til andet', hvis der ikke er noget igangværende venteforløb, samt evt. oplysning vedr. vilkår mv. inden for psykiatrien.

Nedenstående viser mapningen af LPR2-ventestatus mv. til (obligatorisk) startmarkør for LPR3-forløbselement. Der skal tages hensyn dels til venteforløb – herunder pakkeforløb – og status og markører ift. specifikke formål som vilkår inden for psykiatrien samt patientens ønske mv.

HVIS igangværende pakkeforløb, **SÅ**

LPR3:Forloebsmarkoer.kode :=	
AFV01A2	Patient i igangværende pakkeforløb

ELLERS

HVIS igangværende venteforløb, **SÅ**

LPR2:ventestatus =		LPR3:Forloebsmarkoer.kode :=	
11	ventende på udredning	AFV01A1	Henvist til udredning (se note nedenfor)
12	ventende på behandling	AFV01E1	Henvist til behandling
13	ventende, omvisiteret fra andet afsnit	AFV01A1 AFV01E1	Henvist til udredning, eller Henvist til behandling (ud fra den ventestatus patienten havde på tidspunktet for omvisitering). (se note nedenfor)
14	ventende pga. manglende oplysninger	AFV01A1 AFV01E1	Henvist til udredning, eller Henvist til behandling (ud fra den ventestatus patienten havde på tidspunktet for overgangen til ventestatus 14).
15	ventende på assistance	AFV01A1 AFV01E1	Henvist til udredning, eller Henvist til behandling (ud fra den ventestatus patienten havde på tidspunktet for overgangen til ventestatus 15).
21	ikke ventende, på udredning/behandling	AFV01E1 AFV02K1	Henvist til behandling, samt Ikke ventende, klinisk begrundelse, start
22	ikke ventende, til kontrol	AFV01A7	Henvist til kontrol
23	ikke ventende, efter patientens ønske	AFV02L1 AFV01A1 AFV01B AFV01E1	Ikke ventende, patientens ønske, start, samt Henvist til udredning, eller Udredning start, eller Henvist til behandling (ud fra den ventestatus patienten havde på tidspunktet for overgangen til ventestatus 23)
24	ikke ventende, pga udredning/beh. på andet afsnit	AFV01A8	Henvist til andet
25	ikke ventende, under udredning	AFV01B	Udredning start
26	ikke ventende, under behandling	AFV01F	Behandling start

ELLERS

LPR3:Forløbsmarkøer.kode :=	
AFV01A8	Henvist til andet

SLUT

SLUT

NOTE:

Ved ventestatus 11 og 13 vil LPR2-kontakten pr. definition ikke være startet, da patienten vil være ventende på første fremmøde på stamafsnit, hvilket ville skifte status til 'ikke ventende'. Ved disse statusser må genereringen af LPR3-forløbet derfor håndteres specielt, jf. afsnit 2.3.1

At ventestatus 13 mappes til AFV01A1 Henvist til udredning skyldes, at der ikke i LPR3-regi findes en markør svarende til ventestatus 13, da en sådan ikke vil være relevant i LPR3-drift efter overgangen. Her kalkuleres der altså med et vist informationstab i overgangsscenarioet.

2.3. Særlige tilfælde, der skal håndteres specielt

Der vil være en række tilfælde, der ikke kan håndteres maskinelt ud fra de *generelle* konverteringsalgoritmer for ambulante kontakter og indlæggelseskontakter, og hvor der må træffes en række valg på forhånd. Dette drejer primært om " hvilende " henvisninger, akutte kontakter, hvor patienten er tilstede på overgangstidspunktet, samt kontakter inden for psykiatrien.

2.3.1. Henvisninger uden kontakt

I LPR2 indberettes henvisningsoplysninger ikke, før der første gang har været en kontakt defineret som første fremmøde (besøg) på stamafsnittet, hvorefter henvisningstidspunkt, ventestatus samt evt. procedurer (herunder administrative procedurer i form af pakkeforløbsmarkører) i henvisningsperioden kan indberettes sammen med kontakten. Derfor kan der på overgangstidspunktet ligge en række " hvilende " henvisninger i de lokale systemer (PAS), som derfor ikke optræder i LPR2. Derfor er der i sagens natur ikke nogen igangværende LPR2-kontakt at konvertere fra, hvorfor sådanne " hvilende " henvisninger må håndteres specielt, så de kommer ind i LPR3-på en hensigtsmæssig måde, dvs. med mindst muligt informationstab. Der vil dog ligge visse oplysninger i lokale PAS, og disse må anvendes til at generere LPR3-forløbet (det antages i det følgende at oplysninger om henvisningen ligger i PAS, men de ligger andre steder. Hovedsagen er, at de kan anvendes til generering af LPR3-oplysninger).

Dette lægger op til et valg af løsning, hvor der gives 2 muligheder:

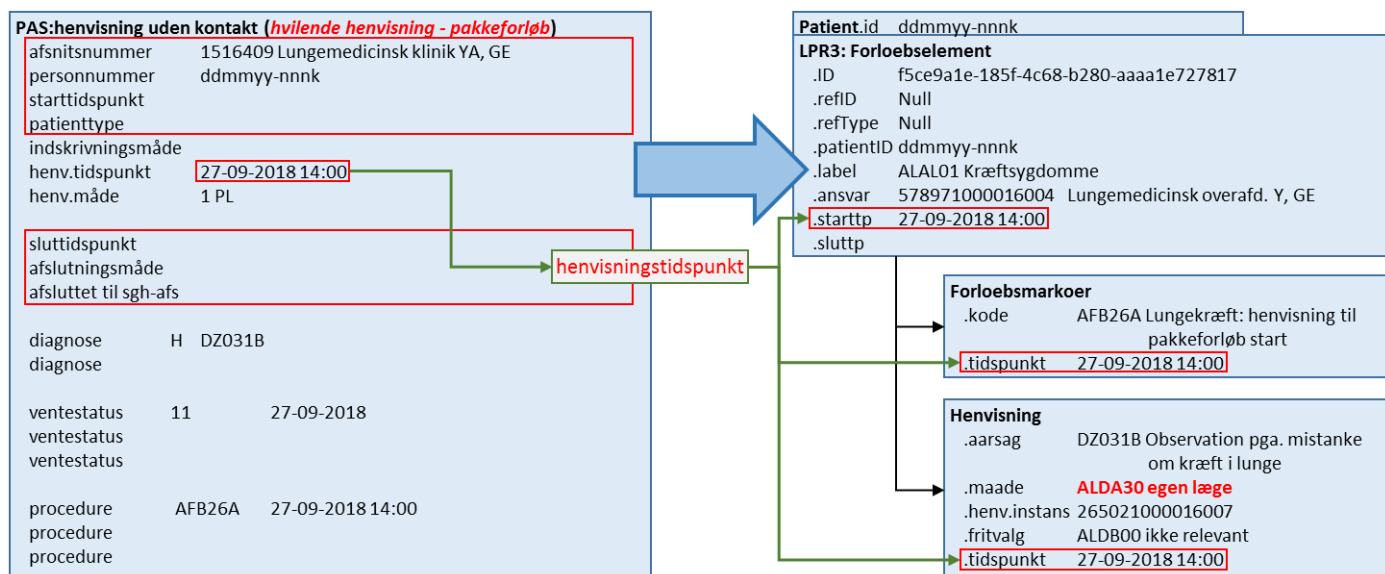
1. at lade alle forløbselementer, der er genereret fra en hvilende henvisning starte på overgangstidspunktet, og med henvisningstidspunkt angivet til oprindeligt henvisningstidspunkt
2. at lade alle forløbselementer starte på det oprindelige henvisningstidspunkt, dvs. med tilbagevirkende kraft

Ved begge metoder vil man få det oprindelige henvisningstidspunkt, men med metode 1 kan man miste væsentlige oplysninger, herunder specielt pakkeforløbsmarkører, da der iht. LPR3-reglerne ikke kan ligge oplysninger før forløbselement start, mens man med metode 2 har mulighed for at få alle relevante oplysninger fra henvisningsperioden med, svarende til de muligheder der gives, når LPR3 er i fuld drift.

For ikke at få forløbselementer, der oprettes med potentielt med meget lang tilbagevirkende kraft, og samtidig ikke miste væsentlige oplysninger, er der valgt et kompromis, hvor hvilende henvisninger

ad 10) afhænger af, om den hvilende henvisning ligger på offentligt eller privat sygehus/klinik, når patienten i sidstnævnte tilfælde er henvist under det udvidede fri sygehusvalg.

2.3.1.2. Hvilende henvisning: pakkeforløb



Et forløbselement med tilknyttede oplysninger baseret på en hvilende henvisning for et pakkeforløb opbygges som i følgende figur, igen med udgangspunkt i de i PAS eksisterende henvisningsdata:

På grundlag af PAS-oplysninger oprettes forløbselement og følgende oplysninger sættes ved oprettelsen:

- | | | |
|----|--|---|
| 1 | LPR3:Patient.id := | PAS:personnummer |
| 2 | LPR3:Forloebselement.label := | MAP[PAS:henvisningsdiagnose] |
| 3 | LPR3:Forloebselement.ansvar := | MAP[PAS:afsnitskode] |
| 4 | LPR3:Forloebselement.starttidspunkt := | PAS:henvisningstidspunkt |
| 5 | LPR3:Forloebsmarkoer.kode := | PAS:første pakkeforløbsmarkør |
| 6 | LPR3:Forloebsmarkoer.tidspunkt := | PAS:henvisningstidspunkt |
| 7 | LPR3:Henvisning.aarsag := | PAS:henvisningsdiagnose |
| 8 | LPR3:Henvisning.maade := | PAS:henvisningsmåde |
| 9 | LPR3:Henvisning.henvisendeInstans := | MAP[PAS:henvisende instans] |
| 10 | LPR3:Henvisning.fritvalg := | ALDB00:ikke relevant ELLER
ALDB02 udvidet frit sygehusvalg |
| 11 | LPR3:Henvisning.tidspunkt := | PAS:henvisningstidspunkt |

ad 7) frivillig oplysning, men medtaget i eksemplet

ad 9) frivillig oplysning, men medtaget i eksemplet

ad 10) afhænger af, om den hvilende henvisning ligger på offentligt eller privat sygehus/klinik, når patienten i sidstnævnte tilfælde er henvist under det udvidede fri sygehusvalg.

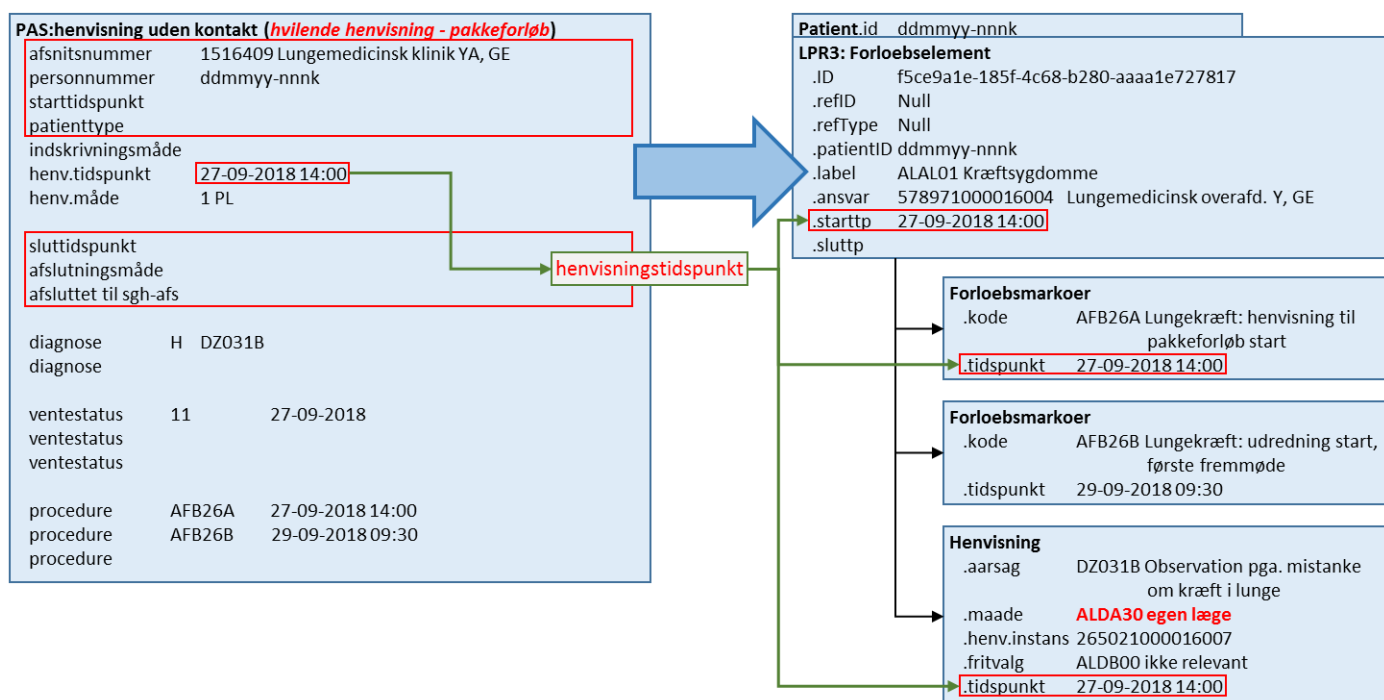
For ikke at miste væsentlige oplysninger fra den del af henvisningsperioden, der ligger før overgangstidspunktet i form afspakkeforløbsmarkører, vil forløbselementets starttidspunkt i disse specielle tilfælde som nævnt indledningsvis ligge før overgangstidspunktet, og henvisningsmåden skal svare til

den oprindelige henvisningsmåde, frem for den til konverteringen oprettede specifikke henvisningsmåde, da der netop ikke er nogen LPR2-kontakt at referere tilbage til.

Alternativ til denne løsning er at alle pakkeforløb, der befinder sig i status henvist, oprettes som ambulante kontakter i LPR2 og indberettes med relevante markører jf. FI afs. 3.4.1, og konverteres til LPR3 efter den generelle algoritme.

2.3.1.3. Hvilende henvisning: pakkeforløb startet

For pakkeforløb kan der, allerede inden en LPR2-kontakt starter, optræde flere pakkemarkører, da udredningen set med pakkebriller kan være startet inden første fremmøde på stamafsnittet, som eksemplificeret nedenfor:



Hvis f.eks. patienten har været til radiologisk undersøgelse vil pakkeforløbet dermed være startet, og dette fremgår i eksemplet af den anden pakkeforløbsmarkør, der derfor også vil ligge før overgangstidspunktet. For at danne det fulde billede af pakkeforløbet, bør denne markør medtages i det dannede LPR3-forløb med korrekt tidspunkt.

2.3.1.4. Hvilende henvisninger på grundlag af afsluttede LPR2-kontakter

Helt generelt for hvilende henvisninger – pakker eller ikke.pakker – kan det være relevant at angive henvisningsmåden 'ALDA20 klinisk enhed' samt SOR-angivelse for henvisende instans for at bevare en mulig forløbssammenhæng tilbage til tidligere, afsluttede LPR2-kontakter ved henvisning fra anden klinisk enhed til f.eks. behandling. Dette vil være helt parallelt til sammekædningen af LPR2-kontakter ved anvendelse af afslutnings- og henvisningsmåde.

Denne mulighed for sammenkædning vil være mest relevant ifm. pakkeforløb, da der kan ligge pakkeforløbsmarkører (som administrative procedurer) på en tidligere LPR2-kontakt, som ikke vil kunne samles med efterfølgende markører i LPR3-regi, hvis denne sammenhæng ikke findes.

Dette kan opstå ifm. at patienten har været til radiologisk undersøgelse, når dette dokumenteres på egen LPR2-kontakt, og der ved bestyrket mistanke eller bekræftelse af mistanke henvises videre til

klinisk enhed, eller når patienten henvises videre til behandling på anden enhed under andet forløbs-ansvar efter endt udredning. I begge tilfælde vil der ligge pakkeforløbsoplysninger på den tidligere LPR2-kontakt, som gerne skulle kunne kædes sammen med efterfølgende oplysninger i LPR3-regi.

2.3.2. Kontakter på akutmodtagelser ("skadestuekontakter")

Ved akutte ambulante LPR2-kontakter, der starter inden overgangstidspunktet og fortsætter hen over dette, kan der vælges én af de to metoder:

1. at lade den ambulante kontakt slutte i LPR2-regi, dvs. når patienten forlader enheden, selvom dette sker efter overgangstidspunktet.
2. at dele den ambulante kontakt op i to kontakter ved overgangstidspunktet (eller hvis kontakten trækker u hensigtsmæssigt ud) og kun sætte en kontaktårsag, der trigger en skadesindberetning på den ene af dem.

Hvis man vælger at dele sådanne kontakter, der trigger en skadesindberetning, op i to, kan man undgå den ene af dem, ved anvendelse af kontaktårsag efter følgende tabel:

	LPR2 kontaktårsag	LPR3 kontaktårsag
skadesindberetning før overgang	2 Ulykke 3 Voldshandling 4 Selvmordsforsøg	ALCC80 sekundær kontakt efter skade
skadesindberetning efter overgang	6 Skaderegistrering foretages på efterfølgende patientkontakt	ALCC02 ulykke ALCC03 voldshandling ALCC04 selvmordsforsøg/selv mord ALCC05 anden tilslgtet selvskade

2.3.3. Fødselskontakter

For fødselskontakter startet før overgangstidspunktet kan der på tilsvarende vis som ved akutte ambulante kontakter vælges én af de to metoder:

3. som anbefalet at håndtere den forventeligt forholdsvis korte indlæggelse svarende til en akut ambulant kontakt, og lade den slutte i LPR2-regi, dvs. når moderen forlader fødselsgangen, selvom dette sker efter overgangstidspunktet.
4. at dele indlæggelsen op i to kontakter og kun sætte fødselsdiagnosen på den kontakt, hvor fødslen rent faktisk finder sted

Hvis man vælger at dele fødselskontakten op i to, kan man undgå at trigge fødselsindberetning i både LPR2- og LPR3-regi ved at anvende diagnoser efter følgende tabel

	LPR2- aktionsdiagnose	LPR3-aktionsdiagnose
fødsel før overgang, men hvor moderen fortsat ligger på fødselsgang efter	relevant fødselsdiagnose iht. gældende LPR2-krav	DZ390 Pleje og undersøgelse efter fødsel
fødsel efter overgang	DZ338 Planlagt fødsel	relevant fødselsdiagnose iht. gældende LPR3-krav, dvs. kodeliste[diag.foedmor]

Ved flerfodsfødsler, hvor moderen føder før og efter overgangstidspunktet, vil det være mest hensigtsmæssigt at sætte overgangstidspunktet, så det er muligt at samle alle kontakter – moderens fødselskontakt og børnenes kontakter – så de alle enten indberettes i LPR2- eller LPR3-regi. At fordele et sådant scenarie over LPR2- og LPR3-indberetning må anses for ret uhåndterligt, både på inddata- og uddatasiden.

2.3.4. Specielt for psykiatrien

For psykiatriske forløb er der specielle forhold, der kan gøre sig gældende på overgangstidspunktet. Disse gennemgår i det følgende.

2.3.4.1. Mapning af startvilkår

Inden for psykiatrien indberettes startvilkår i LPR2, men i LPR3 vil disse skulle indberettes som forløbsmarkører. Startvilkår er i LPR2 en blanding af tvang og retslige vilkår – herunder frivillig indlagt patient med samtidigt retsligt vilkår. Der kan altså være tale om at skulle sætte flere markører svarende til den igangværende status for patienten.

Hvis der er en igangværende LPR2-kontakt for et psykiatrisk forløb og der for dette er et igangværende retsligt vilkår eller tvang, så skal der – udover den egentlige startmarkør for det genererede LPR3-forløbsselement – også sættes en markør for retsligt vilkår eller for tvang efter følgende tabel:

LPR2:startvilkår		LPR3:Forløbsmarkører.kode	
1	almindelig frivillig indlagt		
2	tvang (rød blanket)	AVTA1	start/tvangsindlagt, røde papirer
3	tvang (gul blanket)	AVTA2	start/tvangsindlagt, gule papirer
5	Tvangstilbageholdelse	AVTA3	start/tvangstilbageholdelse
6	barn indlagt i henhold til Lov om Social Service	AVRK1	start/barn indlagt iht. Lov om Social Service
7	indlagt i henhold til dom	AVRA8	start/Dom til ambulant psykiatrisk behandling med bestemmelse om indlæggelse
8	indlagt i henhold til dom til anbringelse	AVRA6	start/Dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling
9	indlagt som mentalobservand	AVRA5	start/Mentalundersøgelse, indlagt, rpl §809, stk.2
B	indlagt som varetægtsurrogatfængslet	AVRA1	start/Surrogatanbringelse, rpl §765, stk.2, nr.4
C	overført varetægtsarrestant	AVRA3	start/Anticiperet afsoning, rpl §777
D	indlagt i henhold til farlighedsdekret	AVRAC	start/Farlighedsdekret
E	indlagt i henhold til andet retsligt forhold	AVRAW	start/Andet retsligt forhold
G	retslig patient indlagt frivilligt	AVRAW	start/Andet retsligt forhold
K	almindelig frivillig ambulant		
L	ambulant behandling i henhold til vilkår	AVRAA	start/Psykiatrisk behandling i medfør af vilkår
M	ambulant behandling i henhold til dom	AVRA9	start/Dom til ambulant psykiatrisk behandling
N	ambulant mentalundersøgelse	AVRA4	start/Mentalundersøgelse, ambulant, rpl §809
O	tvungen ambulant opfølgning	AVTA4	start/tvungen ambulant opfølgning
P	barn til ambulant undersøgelse i henhold til Lov om Social Service	AVRK2	start/barn til ambulant undersøgelse iht. Lov om Social Service
R	andet ambulant retsligt forhold	AVRAW	start/Andet retsligt forhold

Tidspunktet for LPR3-forløbsmarkøren sættes til overgangstidspunktet

2.3.4.2. Mapning af absentering

Hvis der er en igangværende LPR2-indlæggelseskontakt for et psykiatrisk forløb og der i forbindelse med denne er en igangværende absentering, så skal der til den genererede LPR3-kontakt sættes fravær for opholdsadresse iht. nedenstående:

LPR2:igangværende absentering		LPR3:Kontakt <- Opholdsadresse.fravaer	
AWX31A	Absenteret i stationært regi, udeblivelse	ALCF03	udeblivelse
AWX32A	Absenteret i stationært regi, undvigelse	ALCF04	undvigelse
AWX33A	Absenteret i stationært regi, rømning	ALCF05	rømning

Ansvaret for kontakten sættes som sædvanligt ud fra en mapning af LPR2-kontaktens stamafsnit til relevant SOR-enhed for LPR3-kontaktens kontaktansvarlige enhed (trods patientens fravær er der stadig et kontaktansvar, mens der for de tilknyttede opholdsoplysninger udfyldes type af fravær, og derfor ikke enhed for opholdsadresse iht. til de regler, der gælder for udfyldelse af opholdsadresse-oplysninger).

2.3.4.3. DZ046* diagnoser

Det er ikke et krav at aktionsdiagnoser og/eller bi-diagnoser fra LPR2-kontakter overføres til aktionsdiagnoser hhv. bi-diagnoser i LPR3-kontakter, og derfor heller ikke angivet i ovenstående beskrivelse af konvertering.

Hvis man som indberetter vælger at overføre diagnoser fra LPR2 til LPR3, skal man være opmærksom på diagnoser, der udgår i forbindelse med overgangen fra LPR2 til LPR3, og dermed ikke vil kunne anvendes i LPR3.

Ved overgangen til LPR3 vil DZ046*-diagnoser for retspsykiatriske patienter blive afskaffet, med undtagelse af mentalobservation, som i LPR3 har koden DZ046. Andre DZ046-diagnosekoder vil dermed ikke kunne angives som diagnose i LPR3.

I tilfælde af LPR2-kontakter, med DZ046*-aktionsdiagnoser, kan man undlade at angive en aktionsdiagnose til LPR3-kontakten, idet aktionsdiagnosen først er obligatorisk efter en måned. Angivelse af korrekt aktionsdiagnose må efterfølgende foretages manuelt ud fra en almindelig vurdering af den væsentligste tilstand for kontakten, før denne afsluttes i LPR3-regi.

Diagnoser der udgår, kan godt angives som LPR3-henvisningsårsag, som angivet overstående i 9).

2.3.4.4. Behandlingspakker

Størstedelen af psykiatriens forløb er pakkeforløb i form af "udredningspakker" eller "behandlingspakker" og registreres i forbindelse med ambulante besøg i LPR2. Pakkeforløb i psykiatrien afsluttes implicit, ved at LPR2-kontakten lukkes. Derved vil sådanne igangværende pakkeforløb afsluttes præmaturligt i forbindelse med konvertering fra LPR2 til LPR3.

Derfor sættes ny, tilsvarende pakkemarkør ved start af forløbselementet i LPR3, så det er muligt at se, at patienten stadig er i en given pakke efter konverteringen.

2.3.5. Håndtering af LPR2-fejllister

De fleste indberettere har aktive valideringsfejl på LPR2-indberetninger. Der stilles ikke krav om, at sådanne fejl skal være rettet på overgangstidspunktet (selvom det kan anbefales at få "ryddet op" i de kendte indberetningsfejl). Overgangen til LPR3 stiller altså ikke særlige krav til håndtering af valideringsfejl. Valideringsfejl i tidligere LPR2-indberetninger vil fortsat fremgå af fejllisterne og vil også fremover kunne rettes med genindberetning af LPR2-kontakten.

Bemærk at eventuelle fremtidige genindberetninger af LPR2-kontakter, der er administrativt afsluttet som følge af overgangen til LPR3, ikke må give anledning til at de administrative data, der markerer overgangen (afslutningsmåde og tidspunkt), fejlagtigt overskrives (se nedenstående afsnit under håndtering af uddata).

2.3.6. Hensyn ved genindberetning af konverterede kontakter/forløb

Da sammenknytning af LPR2-kontakter og tilhørende LPR3-forløb og -kontakter understøttes af data angivet i konverteringen, må følgende dataelementer ikke blive overskrevet ved efterfølgende genindberetninger:

- LPR2-afslutningsmåde (skal være 'afsluttet til LPR3')

- LPR3-henvisningsmåde (skal være 'overført fra LPR2')
- Tidspunkter sat lig overgangstidspunktet

Derudover må der ikke ændres i oplysninger vedr. stamafsnit og henvisende instans med mindre dette gøre parvis og i overensstemmelse med den i SOR angivne entydige mapning mellem disse to angivelser.