

2. OKTOBER 2020

Datakvalitetsrapport om LPR 2019

- overgangen fra LPR₂ til LPR₃



**SUNDHEDSDATA-
STYRELSEN**

Indholdsfortegnelse

1.	Indhold	4
1.1	Formål og målgruppe	4
1.2	Rapportens opbygning	4
2.	Forbehold	5
3.	Begreber	6
4.	Resumé	9
5.	Forskelle mellem LPR2 og LPR3	12
5.1	Begrebsmodel	12
5.2	Nye elementer i LPR3	13
5.2.1	Forløbselementer og dannelse af helbredsforløb	13
5.2.2	Resultatindberetninger	14
5.3	Væsentligste forskelle mellem LPR2 og LPR3	16
5.3.1	Kodelister og SKS	16
5.3.2	Tillægskoder	18
5.3.3	SOR og SHAK	18
5.3.4	Patienttype	19
5.3.5	Ambulante forløb	19
5.3.6	Procedurer uden patientkontakt	19
5.3.7	Opholdsadresser	20
5.3.8	Betalingsoplysninger	20
5.3.9	Indberetningskanal og database	20
5.3.10	Forretningsfejl	21
5.3.11	Særligt for private sygehuse og klinikker	22
6.	Data fra offentlige sygehuse	24
6.1	Overgang fra LPR2 til LPR3	24
6.1.1	Tidspunkt for overgang	24
6.1.2	Lukning og overførsel	24
6.2	Datakomplethed i LPR3	27
6.2.1	LPR3 vs. lokale systemer	27
6.2.2	Tekniske fejl	28

6.2.3	Forretningsfejl.....	28
6.3	Sammenligning af aktivitet i LPR2 og LPR3	29
6.3.1	Operationer.....	30
6.3.2	Fysiske fremmøder	31
6.3.3	Patienter	35
7.	Data fra private sygehuse og klinker.....	36
7.1	Overgang fra LPR2 til LPR3	36
7.1.1	Tidspunkt for overgang	36
7.1.2	Lukning og overførsel	36
7.2	Datakomplethed i LPR3.....	38
7.2.1	Indberettere	38
7.2.2	Forretningsfejl.....	39
7.3	Sammenligning af aktivitet i LPR2 og LPR3	40
7.3.1	Operationer.....	40
7.3.2	Fysiske fremmøder	42
7.3.3	Patienter	44
8.	Henvisninger	46

1. Indhold

Landspatientregisteret (LPR) er et nationalt register over aktiviteten ved de danske sygehuse. I starten af 2019 overgik Landspatientregisteret til en ny og revideret version kaldet LPR3. Efter overgangen til LPR3 har Sundhedsdatastyrelsen udarbejdet en række datakvalitetsrapporter [1] med det formål at belyse datakvaliteten i LPR3. Dette er den syvende rapport i rækken.

1.1 Formål og målgruppe

Formålet med denne rapport er at beskrive overgangen fra LPR2 (dvs. version 2 af LPR) til LPR3 og de konsekvenser, som overgangen har i forhold til anvendelse af data på tværs af LPR2 og LPR3, herunder særligt for året 2019. Den primære målgruppe for denne rapport er dermed forskere og andre brugere af LPR-data. Hermed adskiller rapporten sig fra de hidtidige datakvalitetsrapporter [1], hvor fokus i høj grad har været på registreringspraksis og forretningsfejl i LPR3, og med de offentlige og private sygehuse og klinikker som den primære målgruppe.

Rapporten er skrevet med udgangspunkt i, at læseren har et forudgående kendskab til LPR. Hvis man som læser ikke tidligere har beskæftiget sig med LPR, kan det være en god ide forud for læsning af rapporten at orientere sig i Indberetningsvejledningen til LPR3 [2], Fællesindholdet for LPR2 [3] samt dokumentationen af LPR [4].

1.2 Rapportens opbygning

Rapporten indeholder indledningsvist et afsnit med forbehold (afsnit 2) efterfulgt af en liste med definitioner af de LPR-relaterede begreber, som anvendes i rapporten (afsnit 3). Af afsnit 4 fremgår et resumé af hovedpunkterne fra de efterfølgende afsnit 5, 6 og 7.

I afsnit 5 beskrives de væsentligste forskelle mellem LPR2 og LPR3, herunder de elementer, som er nye i LPR3.

Afsnit 6 omhandler data fra de offentlige sygehuse. I afsnit 6.1 beskrives overgangen fra LPR2 til LPR3 for de offentlige sygehuse, herunder hvornår de gik over til LPR3 og hvordan. I afsnit 6.2 beskrives datakompletheden i LPR3 for de offentlige sygehuse ud fra en sammenligning af opgørelser fra LPR3 og de lokale systemer i regionerne samt ud fra omfanget af tekniske fejl og forretningsfejl. I afsnit 6.3 præsenteres opgørelser for antal operationer, fysiske fremmøder og patienter, der sammenligner data i LPR2 og LPR3 fra de offentlige sygehuse.

Afsnit 7 omhandler data fra de private sygehuse og klinikker. I afsnit 7.1 beskrives overgangen fra LPR2 til LPR3, som for de private sygehuse og klinikker adskilte sig både tids- og metodemæssigt fra de offentlige sygehuses overgang fra LPR2 til LPR3. I afsnit 7.2 beskrives datakompletheden i LPR3 for de private sygehuse og klinikker ud fra antallet af indberettere og forretningsfejl. I afsnit 7.3 præsenteres opgørelser for antal operationer, fysiske fremmøder og patienter, der sammenligner data i LPR2 og LPR3 fra de private sygehuse og klinikker.

2. Forbehold

Datamodellen for LPR3 adskiller sig fra datamodellen for LPR2, hvilket på en række områder giver et databrud i LPR ved overgangen fra LPR2 til LPR3. Om, og i givet fald i hvor høj grad, det kommer til udtryk i diverse analyser, afhænger af den konkrete analyse.

Analyserne i denne rapport skal anses for at være både indledende og meget overordnede analyser af, hvad overgangen fra LPR2 til LPR3 har haft af konsekvenser for LPR-data. I takt med at LPR3 i højere grad bliver taget i anvendelse både internt i Sundhedsdatastyrelsen og blandt eksterne parter, og flere analyser dermed bliver lavet på tværs af LPR2 og LPR3, må det forventes, at nye og mere nuancerede resultater kommer frem. Det kan også vise sig, at de resultater, som kommer til udtryk i denne rapport, fører til reviderede konklusioner ved en mere dybdegående analyse.

Analyserne i denne rapport er som udgangspunkt lavet med opgørelsesdato den 11. juli 2020 eller senere. Denne dato er valgt, fordi den 10. juli 2020 var skæringsdato for LPR-indberetninger, som kan indgå i afregningen for sygehuse for aktivitetsåret 2019. Den 10. juli 2020 omtales også som "årsafslutningen" af LPR for 2019, idet størstedelen af den aktivitet, som indberettes til LPR for 2019, formodes at nå frem til LPR senest på denne dato. LPR er imidlertid et levende register, som løbende opdateres, hvorfor der vil ske mindre ændringer i de indberettede data for 2019, også efter den 10. juli 2020. Resultaterne i denne rapport kan således ikke genskabes præcist med en anden opgørelsesdato.

3. Begreber

Der anvendes en lang række LPR-relaterede begreber i rapporten. De væsentligste af disse er forklaret i oversigten nedenfor, der kan bruges som opslagsværk, hvis man undervejs i læsningen af rapporten har brug for en beskrivelse af de anvendte begreber.

I rapporten er SKS-koder som udgangspunkt angivet i krøllede parenteser og med deres tilhørende beskrivelse i enkelt-citationstegn, eksempelvis: 'fysisk fremmøde' {ALCA00}. Tilfælde, hvor SKS-kodeangivelsen omfatter underliggende koder, er angivet med * efter SKS-koden, eksempelvis 'Klinisk undersøgelse' {ZZ0149*}. Kodelister er angivet i kantede parenteser, eksempelvis: [diag.foedmor].

Begreb	Beskrivelse
Afslutningsmåde	I LPR2 angiver "afslutningsmåde" den måde, hvorpå kontakten blev afsluttet, mens den i LPR3 angiver den måde, hvorpå forløbselementet blev afsluttet. Kontakter i LPR3 har ingen afslutningsmåde.
Ambulant forløb	Betegnelse for et klinisk forløb i LPR2, hvor patienten havde ét eller flere ambulante besøg på sygehuset, hvilket blev indberettet som én patientkontakt. I LPR3 er begrebet "ambulant forløb" udgået og erstattet af forløbselementet, som både kan have tilknyttet indlæggelser og ambulante besøg.
Aktionsdiagnose	Den diagnose, som var den væsentligste årsag til de på kontakten gennemførte undersøgelser og behandlinger.
Diagnose	Omfatter sygdomme, skader, andre lidelser, symptomer og årsager til en patientkontakt.
Element	Elementer der indgår i indberetningen til LPR3 fx et forløbselement, en kontakt, en resultatindberetning mv.
Forløbselement	En samling af kontakter, diagnoser, forløbsmarkører og procedurer, som knytter sig til en periode i en patients helbredsforløb, hvor patienten er tilknyttet en forløbsansvarlig klinisk enhed.
Forløbsprocedure	En procedure uden patientkontakt i LPR3, som knytter sig direkte til et forløbselement og ikke en kontakt.
Forretningsfejl	Fejl som opstår ved indberetning til LPR som følge af, at nogle af oplysningerne i indberetningen ikke opfylder de krav i form af valideringsregler, som er beskrevet i henholdsvis Fællesindholdet for LPR2 [3] og Indberetningsvejledningen til LPR3 [2] samt de tilhørende bilag. Det kan eksempelvis være manglende angivelse af aktionsdiagnose på en kontakt.

Fællesindhold for LPR2	Fællesindholdet beskriver de krav, der var til indberetning til LPR2 i de enkelte år. Det består af en vejledningsdel med eksempler og en teknisk del, der beskriver de indberetningsformater og valideringsregler, som de indberettede data skulle opfylde. Fællesindholdet for LPR2 fremgår af Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside [3].
Helbredsforløb	Et samlet klinisk forløb bestående af et eller flere sammenhængende forløbselementer. Et helbredsforløb kan eksempelvis være et sygdomsforløb, et skadesforløb eller et graviditetsforløb.
Henvisningsmåde	Angivelse af hvorfra henvisningen til et forløbselement eller en kontakt kommer. Omfatter også 'ingen henvisning'.
Indberetningsvejledning til LPR3	Vejledning til indberetning til LPR3 herunder beskrivelse af de gældende indberetningskrav. Til indberetningsvejledningen hører en række bilag med teknisk beskrivelse af valideringsregler og kodelister. Indberetningsvejledningen til LPR3 fremgår af Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside [2].
Kodeliste	Liste med SKS-koder, der enten beskriver udfaldsrummet af en given type oplysning, som indgår i LPR3 (fx kontaktttype), eller som angiver en afgrænsning af koder, der indgår i validering af indberetningen til LPR3 (fx koder, der trigger en given resultatindberetning). Alle kodelisterne til LPR3 kan downloades via Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside [5].
Kontakt	En patients kontakt med sundhedsvæsenet enten fysisk eller virtuelt. I LPR2 kan én ambulant kontakt dække over flere ambulante besøg. I LPR3 er alle kontakter tilknyttet et forløbselement.
Kontaktttype	Betegnelse af kontaktens type i LPR3. Kan være 'fysisk fremmøde', 'virtuel kontakt', 'udekontakt', 'død' eller 'diagnoseindberetning'.
LPR	Landpatientregisteret samlet set, dvs. på tværs af de forskellige data-modeller og indhold i registerets levetid. Dokumentation af LPR ligger på eSundhed [4].
LPR2	Landpatientregisteret som det så ud (umiddelbart) før overgangen til LPR3 i starten af 2019. Betegnelsen anvendes konkret for Landpatientregisterets version 2 som database og i mere abstrakt forstand som de LPR-data (herunder for private sygehuse og klinikker, som indberettede via MiniPas), der dækker perioden fra 1977 til overgangen til LPR3.
LPR3	Landpatientregisteret som det ser ud efter overgangen til LPR3 i starten af 2019. Betegnelsen anvendes konkret for Landpatientregisterets version 3 som database og i mere abstrakt forstand som de LPR-data, der dækker perioden efter overgang til LPR3.
MiniPas	Betegner den database, som indeholder data fra de private sygehuse og klinikker, der indberettede enten direkte til MiniPas eller via indberetningsskemaet SEI-MiniPas inden overgangen til LPR3. Dokumentation af MiniPas ligger på eSundhed [6].

Patienttype	Kategorisering af LPR2-kontakter, som kan have patienttype 'indlagt' eller 'ambulant'. Begrebet "patienttype" udgik ved overgangen til LPR3.
Procedure	Fællesbetegnelse for operationer, undersøgelser, behandlinger og øvrige interaktioner med patienten. Angives i form af SKS-koder.
Resultat	Betegner et resultat, som indgår i en resultatindberetning (fx et tal der angiver barnets fødselsvægt i resultatindberetningen for nyfødte).
Resultatindberetning	Fælles struktur i LPR3 til indberetning af resultater, herunder indberetninger og anmeldelser til særlige registre og formål. Krav om resultatindberetning udløses som udgangspunkt af en trigger, der blandt andet kan være en diagnose (fx en fødselsdiagnose), en procedure (fx en hørescreening) eller en kontaktårsag (fx en ulykke).
Resultattype	SKS-kode der angiver typen af et givent resultat i en resultatindberetning, eksempelvis 'Paritet' {RDA22} i resultatindberetningen 'Fødselsindberetning mor' {RAA02}.
SEI	Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningssystem. SEI Omfattede tidligere indberetningsskemaet SEI-MiniPas, som de private sygehuse og klinikker kunne anvende til at indberette til MiniPas. SEI omfatter aktuelt indberetningsskemaet SEI-LPR, som de private sygehuse og klinikker kan anvende til at indberette til LPR3.
SEI-LPR	Gældende indberetningsskema som er en del af Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI), og som de private sygehuse og klinikker kan anvende til at indberette til LPR3.
SEI-MiniPas	Tidligere indberetningsskema i Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI) som de private sygehuse og klinikker kunne anvende til at indberette til MiniPas.
SHAK	Sygehus-afdelingsklassifikationen, som blev anvendt til indberetning af organisatoriske oplysninger til LPR2. Information om SHAK fremgår af Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside [7].
SKS-kode	Kode i Sundhedsvæsenets Klassifikations System (SKS). SKS indeholder koder for diagnoser, undersøgelser, behandlinger, operationer og diverse administrative forhold. De fleste oplysninger i LPR indberettes i form af SKS-koder. Information om SKS fremgår af Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside [8].
SOR	Sundhedsvæsenets Organisationsregister, som anvendes til indberetning af organisatoriske oplysninger til LPR3. Information om SOR fremgår af Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside [9].
Tekniske fejl	Fejl som opstår ved indberetning til LPR, og som medfører, at indberetningen helt afvises og ikke lagres i databasen (fx fejl i et dato-format eller en ugyldig SOR-kode).
Trigger	En oplysning der afføder kravet om en resultatindberetning i LPR3 (fx en cancerdiagnose som trigger resultatindberetningen 'Canceranmeldelse' {RAA01}).

4. Resumé

LPR3 er først og fremmest en revision af den grundlæggende modellering, regel- og klassifikationsstyring, indberetningssnitflade og indberetningsformat, der var i LPR2. Indholdet af LPR3 ligner på mange måder LPR2, idet de indholdsmæssige definitioner, krav og regler grundlæggende er uændrede.

LPR har altid været centreret omkring kontakten mellem patient og sundhedsvæsen. Med LPR3 er LPR blevet en "ægte" kontaktmodel, idet enhver kontakt mellem patient og sundhedsvæsen skal indberettes som en selvstændig kontakt og med en selvstændig aktionsdiagnose i LPR3. Hermed adskiller LPR3 sig fra LPR2, hvor alle ambulante besøg i et ambulant forløb blev indberettet som én samlet ambulant kontakt og med én fælles aktionsdiagnose.

Forløbselementer og resultatindberetninger er to elementer i LPR3, som ikke var en del af LPR2. Med forløbselementet introduceres i LPR3 et yderligere niveau i begrebsmodellen for LPR, som samler kontakter, diagnoser og procedurer samt dertil knyttede forløbsmarkører og resultatindberetninger i et sammenhængende helbredsforløb. Muligheden for forløbsdannelse, herunder muligheden for at identificere eventuelle parallelle behandlingsforløb, er en af de væsentligste nyskabelser i LPR3.

I LPR3 er rammerne for hvilke SKS-koder, der kan anvendes i indberetningerne, baseret på kodelister. Kodelisterne blev introduceret i forbindelse med LPR3 og er forskellige samlinger af SKS-koder. Rammerne for hvilke SKS-koder, der kunne indberettes til LPR2, blev styret af valideringsregler.

I LPR3 er de obligatoriske tillægsoplysninger generelt indbygget som faste elementer i indberetningen, hvorfor der, modsat for LPR2, ikke er nogen aktuelle krav om tillægskodning i LPR3.

I LPR3 indberettes organisatoriske oplysninger ud fra Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR), mens tilsvarende oplysninger blev indberettet til LPR2 ud fra Sygehus-afdelingsklassifikationen (SHAK).

I LPR2 var "patienttype" en del af indberetningen, hvormed kontakterne kunne opdeles i henholdsvis ambulante besøg/forløb og indlæggelser. Patienttype er ikke en del af indberetningen til LPR3, hvor både ambulante besøg og indlæggelser fremgår med kontakttypen 'fysisk fremmøde'. Som et alternativ til den indberettede patienttype i LPR2 anvendes i LPR3 opdeling på uddata-siden ud fra eksempelvis varigheden af et eller flere sammenhængende fysiske fremmøder.

I LPR3 ligger alle indberetninger fra offentlige og private sygehuse og klinikker i samme database. I LPR2 var der to databaser: en for offentlige sygehuse (og de private sygehuse og klinikker, som

indberettede direkte til LPR2) og en for private sygehuse og klinikker, som indberettede via MiniPas.

I LPR3 er indberetningskravene for offentlige og private sygehuse og klinikker ens, mens der i LPR2 var forskel på dataindholdet afhængigt af, om det var indberettet direkte til LPR2 eller via MiniPas.

Offentlige sygehuse

De offentlige sygehuse overgik fra LPR2- til LPR3-indberetning i begyndelsen af 2019. Sygehuse i Region Midtjylland, Region Hovedstaden og Region Sjælland overgik til LPR3 i weekenden den 2.-3. februar 2019, mens sygehuse i Region Nordjylland og Region Syddanmark overgik i weekenden den 2.-3. marts 2019.

For 2019 har de offentlige sygehuse indberettet ca. 8,2 mio. forløbselementer til LPR3. Blandt disse er ca. 27 pct. af forløbselementerne angivet som værende overført fra LPR2, hvoraf over halvdelen kan kobles med tilsvarende kontakter i LPR2.

I samarbejde med regionerne har Sundhedsdatastyrelsen foretaget en sammenligning af antal operationer, kontakter med fysisk fremmøde og forløbselementer i henholdsvis LPR3 og de lokale systemer i regionerne. Sammenligningen viser, at der generelt er stor overensstemmelse mellem tallene, hvilket indikerer, at data som udgangspunkt flyder korrekt ind i LPR3 fra de lokale systemer.

Datakompletheden i LPR3 for 2019 er pr. 11. juli 2020 kun i ringe grad påvirket af forretningsfejl, hvad angår indberetninger fra de offentlige sygehuse. Tekniske fejl er ligeledes højest en minimal kilde til manglende eller ukomplette data i LPR3 for de offentlige sygehuse.

En sammenligning af antal operationer, fysiske fremmøder og patienter for de offentlige sygehuse i perioden fra 2015 til 2019 viser, at aktiviteten ligger på et relativt stabilt niveau henover årene, herunder på tværs af overgangen fra LPR2 til LPR3. Disse overordnede analyser indikerer, at overgangen fra LPR2 til LPR3 ikke har haft en markant effekt på datakompletheden eller aktiviteten i LPR for de offentlige sygehuse. Det kan ikke afvises, at analyser på et mere detaljeret niveau vil kunne føre til andre og mere nuancerede konklusioner.

Private sygehuse og klinikker

De private sygehuse og klinikker overgik til at indberette til LPR3 i begyndelsen af 2019. Den 28. februar 2019 blev der lukket for indberetning af nye kontakter til MiniPas.

For 2019 har de private sygehuse og klinikker indberettet ca. 300.000 forløbselementer til LPR3. Blandt disse er ca. 12 pct. af forløbselementerne angivet som værende overført fra LPR2, selvom det som udgangspunkt ikke var planen, at de private sygehuse og klinikker skulle overføre kon-

takter fra LPR2 til LPR3. At der ikke nødvendigvis er tale om reelt overførte kontakter, understøttes af, at det kun er ca. 13 pct. af de overførte forløbselementer i LPR3 for de private sygehuse og klinikker, der kan kobles med tilsvarende kontakter i LPR2.

Antallet af private sygehuse og klinikker, som har indberettet til LPR3 i 2019, er på niveau med antallet af private sygehuse og klinikker, som har indberettet til LPR2 (herunder MiniPas) i 2018. Antallet af private sygehuse og klinikker som indberetter til LPR, ser således ikke umiddelbart ud til at være faldet i forbindelse med overgangen fra LPR2 til LPR3.

Datakompletheden i LPR3 for 2019 er kun i ringe grad påvirket af forretningsfejl, hvad angår indberetningerne fra de private sygehuse og klinikker. Dette skyldes til dels, at langt størstedelen af de private sygehuse og klinikker først indberetter til LPR3, når deres indberetninger er rettet for eventuelle forretningsfejl.

En sammenligning af antal operationer, fysiske fremmøder og patienter for perioden fra 2015 til 2019 viser, at der generelt er udsving henover årene for de private sygehuse og klinikker. Tallene er følsomme over for ændringer hos blot én eller få private aktører, og særligt for dem med et væsentligt indberetningsvolumen. Det er på baggrund af analyserne svært at konkludere, om, og i givet fald i hvilket omfang, aktiviteten indberettet af de private sygehuse og klinikker til LPR er påvirket af overgangen fra LPR2 til LPR3.

5. Forskelle mellem LPR₂ og LPR₃

Overgangen fra LPR₂ til LPR₃ i 2019 repræsenterer en gennemgribende fornyelse af LPR. I dette afsnit beskrives de væsentligste forskelle mellem LPR₂ og LPR₃. I afsnit 5.1 beskrives kort begrebsmodellen for henholdsvis LPR₂ og LPR₃. I afsnit 5.2 beskrives nogle af de elementer, som er nye i LPR₃, og i afsnit 5.3 beskrives nogle af de væsentligste forskelle mellem LPR₂ og LPR₃.

5.1 Begrebsmodel

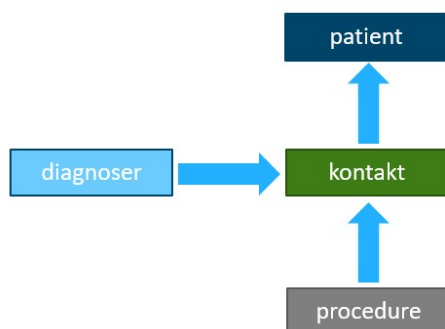
LPR₃ ligner på mange måder LPR₂, idet de indholdsmæssige definitioner, krav og regler grundlæggende er uændrede, men oplysningerne er struktureret på en anden måde i LPR₃. LPR₃ er først og fremmest en revision af den grundlæggende modellering, regel- og klassifikationsstyring, indberetningssnitflade og indberetningsformat, som var i LPR₂.

LPR har altid været centreret omkring kontakten mellem patient og sundhedsvæsen. Med LPR₃ er LPR blevet en "ægte" kontaktmodel, idet enhver kontakt mellem patient og sundhedsvæsen, hvor der udføres en sundhedsfaglig aktivitet (fx udredning eller behandling), skal indberettes som en selvstændig kontakt. Hermed adskiller LPR₃ sig fra LPR₂, hvor alle ambulante besøg i et ambulant forløb blev indberettet som én samlet ambulant kontakt (afsnit 5.3.5).

LPR₃ dækker alle de formål, som LPR hidtil har gjort. Dertil imødekommer LPR₃-modellen ønsket om at kunne skabe helbredsforløb i LPR. Med forløbselementet introduceres i LPR₃ et yderligere niveau i begrebsmodellen, som samler kontakter, diagnoser og procedurer samt dertil knyttede forløbsmarkører og resultatindberetninger i et sammenhængende helbredsforløb (afsnit 5.2.1). Muligheden for forløbsdannelse, herunder muligheden for at identificere eventuelle parallelle behandlingsforløb, er en af de væsentlige nyskabelser i LPR₃.

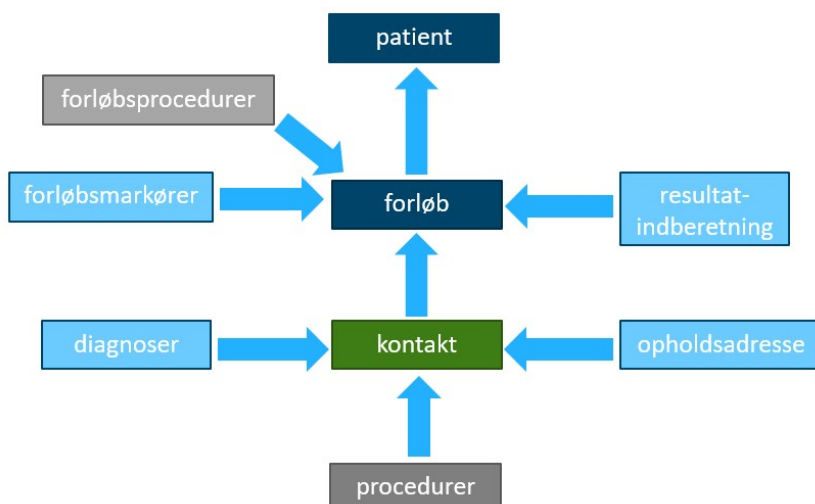
Nedenfor fremgår en illustration af begrebsmodellen for henholdsvis LPR₂ (figur 1) og LPR₃ (figur 2). Illustrationerne viser i forsimplet form, hvordan indberetningerne grundlæggende hænger sammen i henholdsvis LPR₂ og LPR₃.

Figur 1 Illustration af begrebsmodellen for LPR2



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 2 Illustration af begrebsmodellen for LPR3



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Forsimpler illustration af begrebsmodellen. Originalen fremgår af Indberetningsvejledningen til LPR3 [2].

5.2 Nye elementer i LPR3

Forløbselementer og resultatindberetninger er to elementer i LPR3, som ikke var en del af LPR2. De to elementer beskrives kort i de følgende to afsnit. For uddybende beskrivelser henvises til Indberetningsvejledningen til LPR3 [2].

5.2.1 Forløbselementer og dannelse af helbredsforløb

Hvor kontakten var det grundlæggende indberetningsobjekt i LPR2, er forløbselementet det grundlæggende indberetningsobjekt i LPR3. Forløbselementet samler information om de kontakter, diagnoser, procedurer mv., som knytter sig til de dele af en patients kliniske forløb, der

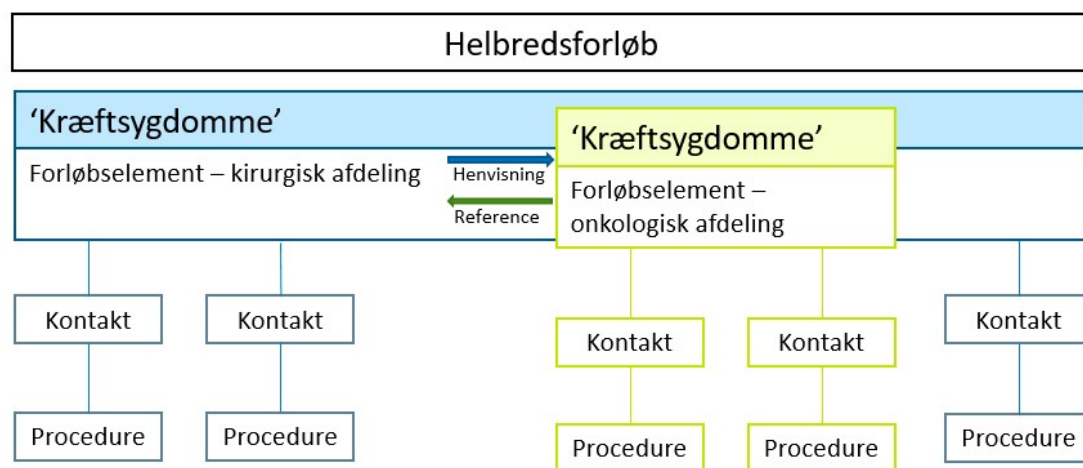
forekommer under ansvaret af en given klinisk enhed. Alle kontakter, diagnoser, procedurer mv. skal enten direkte eller via en kontakt knyttes til et forløbselement.

Det enkelte forløbselement indberettes med en forløbslabel, der beskriver ”temaet” for forløbet (fx ’Kræftsygdomme’). Tidsstemplede hændelser i det konkrete kliniske forløb (fx i forhold til patientrettigheder og pakkeforløb) indberettes som forløbsmarkører hørende til forløbselementet.

På baggrund af de indberettede forløbselementer er det muligt at identificere helbredsforløb i LPR3. Med helbredsforløb forstås i denne sammenhæng et samlet klinisk forløb vedrørende en patients helbredstilstand i en given periode. Et helbredsforløb kan eksempelvis være et sygdomsforløb, et skadesforløb eller et graviditetsforløb. Et helbredsforløb kan bestå af et eller flere forløbselementer, som knyttes sammen via referencer.

Af figur 3 fremgår ét eksempel på et kræftforløb, hvor sygehuset har delt forløbsansvaret mellem en kirurgisk og en onkologisk afdeling, og derfor har indberettet to forløbselementer for kræftforløbet. Først undersøges og behandles patienten på en kirurgisk afdeling. Herefter behandles patienten i en periode på en onkologisk afdeling. Afslutningsvis møder patienten op til efterkontrol på den kirurgiske afdeling, hvorefter forløbet og forløbselementet afsluttes.

Figur 3 Eksempel på et helbredsforløb (kræftforløb)



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.

5.2.2 Resultatindberetninger

Resultatindberetninger er en fælles struktur i LPR3 til indberetning af resultater. Resultater skal i denne sammenhæng forstås i meget bred forstand som værende alle former for egentlige resultater af procedurer samt strukturerede indberetninger og anmeldelser af eksempelvis til-

stande og omstændigheder til særlige registre og formål (fx cancer og ulykker). Resultatindberetningerne i LPR3 for 2019 indeholder i udgangspunktet de samme informationer som i LPR2, hvor de tilsvarende oplysninger blev indberettet som obligatoriske tillægskoder mv.

Krav om resultatindberetning udløses som udgangspunkt af en trigger, der blandt andet kan være en diagnose (fx en fødselsdiagnose), en procedure (fx en hørescreening) eller en kontaktårsag (fx en ulykke). Resultatindberetningen knytter sig direkte til det element, som har trigget den, og direkte eller indirekte til et forløbselement.

Der er en SKS-kode for hver resultatindberetning og for hver af resultatindberetningens resultattyper. Status på kompletheden og triggeren for resultatindberetningen angives med SKS-koder fra specificerede kodelister (afsnit 5.3.1). Udfaldsrummet for de enkelte resultater kan være SKS-koder fra specificerede kodelister (fx misdannelsesoplysning), talværdier (fx fødselsvægt), tekst (fx produktnummer) eller et tidspunkt (fx skadestidspunkt).

Af figur 4 fremgår et eksempel på en resultatindberetning, som de ser ud i Indberetningsvejledningen til LPR3 [2]. Det konkrete eksempel viser resultatindberetningen: 'Fødselsindberetning mor' {RAA02}. Denne resultatindberetning triggres, når der indberettes en kontakt med en fødselsdiagnose {DO80-84} fra kodelisten [diag.foedmor] som aktionsdiagnose. Status for resultatindberetningen angives ud fra kodelisten [resindb.status] og skal være komplet {RAS01} senest 7 dage efter afslutningen af fødselskontakten. De enkelte resultater indberettes med resultattype {RDA20-RDA27} og tilhørende værdier angivet i heltal henholdsvis med SKS-kode fra kodelisterne [res.gestald] og [res.tobakgrav].

Figur 4 Resultatindberetning: 'Fødselsindberetning mor' ved fødselskontakt

navn: Fødselsindberetning mor (RAA02)		Indberetning af fødsel vedrørende moderen til Landspatientregisteret			
objektID	Char	UUID	1	identifikation for dette objekt	
refID	Char	UUID	1	obligatorisk. Reference til objektID for Forløbselement	
trigID (til) Diagnose	Trigger udfaldsrum [diag.foedmor] = {DO80-84}		Regel for trigning: diagnose <- aktionsdiagnose IN [diag.foedmor] Omfatter aktionsdiagnose for moderens fødselskontakt		
ansvarlig enhed	SORKlass				
status	[resindb.status]		generel status/komplethed af resultatindberetningen Obligatorisk		
inkomplet RI-indberetning krævet		nej			
DELAY for komplet RI-indberetning		fuld indberetning (status = {RAS01}) skal ske senest 7 dage efter afslutning af fødselskontakten			
Resultattekst	Resultat-type	Kardi-nalitet	art	udfaldsrum	regel / kommentar
gestationsalder (svangerskabslængde)	RDA20	(0)..1	SKSkode	[res.gestald]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba] (= "komplet anmeldelse") Svangerskabslængde i (uger+dage)
paritet	RDA22	(0)..1	integer	heltal (1-mange)	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
antal levendefødte	RDA23	(0)..1	integer	heltal (0-mange)	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
antal dødfødte	RDA24	(0)..1	integer	heltal (0-mange)	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
tobaksforbrug under graviditet	RDA25	(0)..1	SKSkode	[res.tobakgrav]	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
højde før graviditet	RDA26	(0)..1	integer	heltal (cm) ^a	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]
vægt før graviditet	RDA27	(0)..1	integer	heltal (kg) ^a	obligatorisk ved: [resindb.status.suba]

Kilde: Indberetningsvejledning til LPR3 [2], Sundhedsdatastyrelsen.

5.3 Væsentligste forskelle mellem LPR2 og LPR3

I nærværende afsnit beskrives de væsentligste områder, hvor LPR3 indholdsmæssigt adskiller sig fra LPR2. En yderligere beskrivelse af forskellene mellem LPR2 og LPR3 findes i Indberetningsvejledningen til LPR3 [2].

5.3.1 Kodelister og SKS

Diagnoser, operationer, behandlinger mv. indberettes til LPR som koder fra Sundhedsvæsenets Klassifikations System (SKS) [8]. I LPR3 er rammerne for hvilke SKS-koder, der kan anvendes i indberetningerne, baseret på kodelister. Kodelister er forskellige samlinger af de SKS-koder, der kan indberettes på de enkelte elementer. Det er således kun SKS-koder, som indgår i kodelister, der kan indberettes til LPR3. Kodelisterne er noget nyt i forbindelse med LPR3, mens rammerne for hvilke SKS-koder, der kunne indberettes til LPR2, blev styret af valideringsregler (fx at diagnoser som udgangspunkt skulle indberettes på et niveau med mindst 5 karakterer).

I nogle tilfælde har kodelisterne desuden den egenskab, at de fungerer som trigger for en resultatindberetning (afsnit 5.2.2). Kodelisterne har især betydning for valideringen af indberetningerne, som bliver mere smidig og lettere at vedligeholde. For brugere af LPR3-uddata har kodelisterne i sig selv ikke den store betydning, da det langt hen ad vejen er de samme koder, som blev anvendt i LPR2.

Der er oprettet navngivne kodelister for alle SKS-kodede elementer i LPR3-indberetningen. Kodelisterne omfatter blandt andet diagnoser og procedurer, andre klassificerede dataelementer (fx henvisningsmåde) samt resultater i resultatindberetningerne (fx gestationsalder). Alle kodelisterne til LPR3 kan downloades via Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside [5].

Enhver SKS-kode har en gyldighedsperiode defineret ud fra en start- og slutdato. Den periode, hvor en given SKS-kode indgår i en kodeliste, er ligeledes defineret med en start- og slutdato. En SKS-kode kan kun indgå i en kodeliste i en given periode, hvor SKS-koden selv er gyldig. Omvendt kan en SKS-kode godt have en gyldighedsperiode, som tidsmæssigt strækker sig ud over den periode, hvor SKS-koden indgår i en kodeliste.

Et eksempel på en kodeliste er [diag.foedmor], som indeholder de diagnosekoder, der hver især kan anvendes som aktionsdiagnose på moderens fødselskontakt. Kodelisten fungerer desuden som trigger for, at der udløses krav om resultatindberetning af fødslen. Jævnfør figur 5 indeholder kodelisten diagnosekoder af typen {DO80-84}, hvor de firecifrede SKS-koder DO80, DO81, DO82 og DO83 ikke er inkluderet. Startdatoerne, for hvornår de enkelte SKS-koder indgår i kodelisten, er henholdsvis 1. juli 2018 og 1. januar 2019, mens slutdatoerne er henholdsvis 31. december 2018 og 1. januar 2500. Sidstnævnte dato skal forstås som, at de pågældende koder aktuelt stadig er medlem af kodelisten. SKS-koden {DO842A} er medlem af kodelisten i to på hinanden følgende perioder, fordi koden pr. 1. januar 2019 har skiftet beskrivelse i SKS.

Figur 5 Kodelisten [diag.foedmor]

DO809	MEDLEM: 20180701 25000101 Spontan enkeltfødsel
DO819	MEDLEM: 20180701 25000101 Enkeltfødsel med instrumentel forløsning
DO829	MEDLEM: 20180701 25000101 Enkeltfødsel ved kejsersnit
DO836	MEDLEM: 20180701 25000101 Enkeltfødsel efter abortprocedure
DO837	MEDLEM: 20180701 25000101 Enkeltfødsel efter igangsættelse
DO838	MEDLEM: 20180701 25000101 Anden form for enkeltfødsel
DO839	MEDLEM: 20180701 25000101 Enkeltfødsel UNS
DO840	MEDLEM: 20180701 25000101 Spontan flerfoldsfødsel
DO841	MEDLEM: 20180701 25000101 Flerfoldsfødsel med instrumentel forløsning
DO842	MEDLEM: 20180701 25000101 Flerfoldsfødsel ved kejsersnit
DO842A	MEDLEM: 20180701 20181231 Flerfoldsfødsel med spontan vaginal fødsel af A og akut kejsersnit af B
DO842A	MEDLEM: 20190101 25000101 Flerfoldsfødsel med vaginal fødsel af A og akut kejsersnit af B
DO846	MEDLEM: 20180701 25000101 Flerfoldsfødsel efter abortprocedure
DO847	MEDLEM: 20180701 25000101 Flerfoldsfødsel efter igangsættelse
DO848	MEDLEM: 20180701 25000101 Anden form for flerfoldsfødsel
DO849	MEDLEM: 20180701 25000101 Flerfoldsfødsel UNS

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Kodelisten [diag.foedmor] og de øvrige kodelister til LPR3 kan downloades via Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside [5].

På de store klassifikationsområder har overgangen fra LPR2 til LPR3 ikke medført væsentlige ændringer i SKS, idet de fleste SKS-koder er lige så relevante i LPR3, som de var i LPR2. Mindre klassifikationsområder fra LPR2 såsom henvisningsmåde, kontaktårsag og afslutningsmåde er i LPR3 ændret til SKS-koder (fx 'Henvisningsmåde' {ALDA}, 'Kontaktårsag' {ALCC} og 'Forløbselement afslutningsmåde' {ALAC}). Derudover er der på nogle områder sket en flytning, oprydning eller lukning af koder i SKS i forbindelse med overgangen fra LPR2 til LPR3.

5.3.2 Tillægskoder

I LPR2 var der en række krav om obligatorisk SKS-tillægskodning i forbindelse med registrering af supplerende oplysninger (fx for fødsler og cancer) og forskellige former for markører (fx for ventetid og pakkeforløb). I LPR3 er de obligatoriske tillægsoplysninger generelt indbygget som faste elementer i indberetningen (fx som resultater i en resultatindberetning eller som forløbsmarkører). Der er ingen krav om tillægskodning i LPR3, men det er muligt at indberette tillægskoder til diagnoser og procedurer.

Et eksempel på en oplysning, der i LPR2 blev indberettet som en tillægskode og i LPR3 som et resultat på en resultatindberetning, er gestationsalder på moderens fødselskontakt. I LPR2 blev gestationsalder for moderen indberettet som en SKS-tillægskode til aktionsdiagnosen på moderens fødselskontakt (fx '40 graviditetsuger + 5 dage' {DU40D5}). I LPR3 bliver oplysningen indberettet som et resultat på resultatindberetningen for moderens fødselskontakt under resultat-type 'gestationsalder' {RDA20} med en tilhørende værdi i form af en SKS-kode fra kodelisten [res.gestald] (fx '40 graviditetsuger + 5 dage' {RGAA4005}).

5.3.3 SOR og SHAK

Organisatoriske oplysninger blev i LPR2 indberettet ud fra Sygehus-afdelingsklassifikationen (SHAK). I LPR3 indberettes tilsvarende oplysninger ud fra Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR).

SHAK indeholder data om danske sygehuse og deres afdelingers organisation. SHAK er hierarkisk opbygget med tre niveauer, hvor den enkelte SHAK-kode er informationsbærende:

- 4-karakters koder: Sygehuse og andre sundhedsinstitutioner
- 6-karakters koder: Afdelinger
- 7-karakters koder: Afsnit

SHAK indgår som en selvstændig del af applikationen til SOR og vedligeholdes her. SHAK-koder kan i et vist omfang henføres til tilsvarende SOR-koder.

SOR indeholder organisations- og adresseoplysninger om hospitaler, praktiserende læger, tandlæger, kommunale genoptræningssteder og andre partnere i det offentlige og private sundhedsvæsen. SOR er en mere detaljeret, fleksibel og omfattende repræsentation af sundhedsvæsenets organisationer end SHAK og anvendes i en række fagsystemer i sundhedsvæsenet.

SOR er hierarkisk struktureret, og alle organisationer i SOR er som minimum fordelt på tre hierarkiske niveauer:

- > 1. Institutionsejer
- > 2. Sundhedsinstitution
- > 3. Organisatorisk enhed

Den enkelte SOR-kode er et tilfældigt genereret ID på op til 18 karakterer, som ikke indeholder information om organisationsstruktur eller noget andet.

Yderligere information om SHAK [7] og SOR [9] findes på Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside.

5.3.4 Patienttype

I LPR2 var "patienttype" en del af indberetningen, hvormed kontakterne kunne opdeles i ambulante besøg/forløb og indlæggelser. I LPR3 er LPR2's 'patienttype' erstattet af 'kontakttype', og der skelnes ikke længere mellem ambulant kontakt og indlæggelseskontakt i indberetningen. Som et alternativ anvendes i LPR3 opdeling på uddata-siden ud fra eksempelvis varigheden af et eller flere sammenhængende fysiske fremmøder.

5.3.5 Ambulante forløb

I LPR2 blev alle besøg i et ambulant forløb indberettet som én samlet ambulant kontakt med én fælles aktionsdiagnose. Det betød, at LPR2 ikke indeholdt oplysning om, hvad aktionsdiagnosen var på en given besøgsdato. I LPR2 var det ambulante forløbs udstrækning angivet med en start- og slutdato, og hvert enkelt besøg i forløbet var alene angivet med en besøgsdato uden angivelse af besøgets faktiske varighed.

I LPR3 indberettes ethvert ambulant besøg som en selvstændig kontakt. Disse kontakter knytter sig til samme forløbselement, hvilket gør det muligt at identificere besøg hørende til samme helbredsforløb. For hvert ambulant besøg indberettes en selvstændig aktionsdiagnose samt eventuelle tilhørende bidiagnoser, og varigheden af besøget angives med et start- og sluttidspunkt.

5.3.6 Procedurer uden patientkontakt

Nogle patientrettede ydelser foregår uden patientens tilstedeværelse. Det kan eksempelvis være en multidisciplinær team (MDT) konference, en stamtræsoptegnelse eller en pårørende-samtale uden patientens tilstedeværelse. I LPR2 blev sådanne ydelser indberettet som procedurer på en kontakt uden et samtidigt besøg. I LPR3 indberettes procedurer uden patientkontakt direkte knyttet til et forløbselement. I LPR3 anvendes også betegnelsen "forløbsprocedurer" for procedurer uden patientkontakt.

5.3.7 Opholdsadresser

En ny og obligatorisk registrering i LPR3 er patientens opholdsadresse, der angiver, hvor patienten fysisk har opholdt sig i forbindelse med et fysisk fremmøde. Opholdsadressen indberettes med en SOR-kode for opholdsadressen og start- og sluttidspunkt for opholdets varighed. Ved patientorlov eller anden type af fravær indberettes en SKS-kode, der angiver typen af fravær.

5.3.8 Betalingsoplysninger

I LPR3 er det obligatorisk for hver kontakt at indberette betalingsoplysninger (fx hvem der er betaler for behandlingen). Der skal også indberettes betalingsoplysninger på procedurer uden patientkontakt. Udover selve betalingsoplysningerne skal der registreres et start- og sluttidspunkt for betalingsoplysningernes gyldighed.

Betalingsoplysninger blev ikke indberettet til LPR2, men kunne indhentes fra en ekstern kilde til brug for beregning af mellemregional afregning og kommunal medfinansiering af sygehusaktivitet.

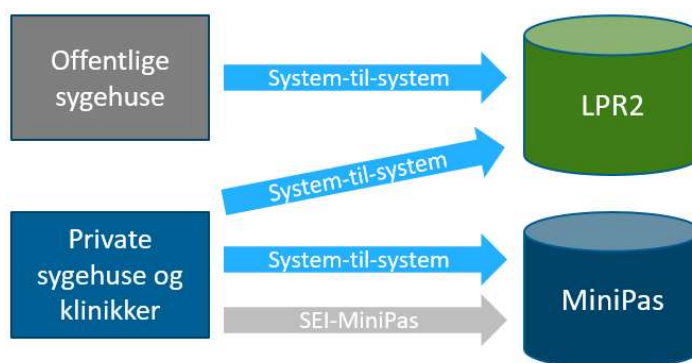
5.3.9 Indberetningskanal og database

Som en del af overgangen fra LPR2 til LPR3 er de mulige indberetningskanaler blevet færre. Der er der i LPR3 én samlet database med indberetninger for både offentlige og private sygehuse og klinikker, mens der i LPR2 var en særskilt database for de private sygehuse og klinikker, der indberettede via MiniPas.

Figur 6 illustrerer indberetningskanaler og databaser for LPR2 (herunder MiniPas). De offentlige sygehuse anvendte system-til-system indberetning til LPR2. Samme metode blev benyttet af en mindre andel af de private sygehuse og klinikker. De øvrige private sygehuse og klinikker indberettede til MiniPas enten via system-til-system indberetning eller via SEI-MiniPas, som er et tidligere indberetningsskema i Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI).

Indberetningerne via MiniPas blev lagret i den særskilte MiniPas-database, mens de øvrige indberetninger blev lagret i LPR2-databasen.

Figur 6 Indberetningskanaler og databaser for LPR2 (herunder MiniPas)

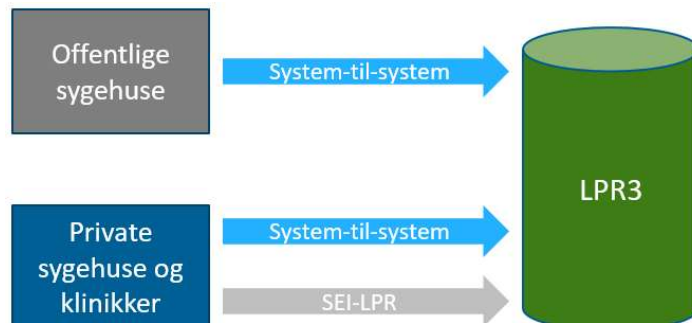


Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 7 illustrerer indberetningskanaler og database for LPR3. De offentlige sygehuse anvender system-til-system indberetning til LPR3. De private sygehuse og klinikker indberetter enten via system-til-system til LPR3 eller via SEI-LPR, som er et LPR3-indberetningsskema i SEI.

Uafhængig af indberetningskanal lagres indberetningerne for såvel de offentlige som de private sygehuse og klinikker i LPR3-databasen.

Figur 7 Indberetningskanaler og database for LPR3



Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.

5.3.10 Forretningsfejl

Ved forretningsfejl forstås fejl, som opstår ved indberetning til LPR som følge af, at nogle af oplysningerne i indberetningen ikke opfylder de krav i form af valideringsregler, som er beskrevet i henholdsvis Fællesindholdet for LPR2 [3] og Indberetningsvejledningen til LPR3 [2] samt de tilhørende bilag. Hvorvidt forretningsfejl indlæses i databasen afhænger af den valgte indberetningskanal og -metode.

Ved system-til-system indberetning til LPR2 var det et vilkår, at indberetninger både med og uden forretningsfejl blev indlæst i databasen. I LPR3 er der ved system-til-system indberetning følgende to mulige indberetningsmetoder:

1. **Gem med fejl:** Indberetningen gemmes i databasen, selvom den indeholder forretningsfejl.
2. **Gem hvis fejlfri:** Indberetningen gemmes kun i databasen, hvis den er uden forretningsfejl.

Alle offentlige sygehuse anvender metode 1 (Gem med fejl) i deres indberetning til LPR3, hvorfor forretningsfejl for de offentlige sygehuse lagres i LPR3-databasen. De fleste private sygehuse og klinikker, som indberetter via system-til-system til LPR3, anvender metode 2 (Gem hvis fejlfri), i hvilke tilfælde deres indberetninger fremgår uden forretningsfejl i LPR3-databasen. Det samme gør sig gældende for de private sygehuse og klinikker, som indberetter til LPR3 via SEI-LPR, da SEI-LPR ikke tillader indberetning med forretningsfejl.

I LPR2-databasen fremgår forretningsfejl for såvel de offentlige sygehuse som for de private sygehuse og klinikker, der indberettede via system-til-system til LPR2.

MiniPas-databasen indeholder ikke forretningsfejl for hverken de private sygehuse og klinikker, der indberettede til MiniPas via system-til-system, eller dem som indberettede via SEI-MiniPas.

5.3.11 Særligt for private sygehuse og klinikker

Private sygehuse og klinikker skal indberette al lægelig behandling, der ikke er omfattet af overenskomster på praksisområdet (sygesikringen), til LPR.

I LPR2 var der forskel på dataindholdet afhængigt af, om det var indberettet direkte til LPR2 eller via MiniPas. Fra 2002 og frem til overgangen til LPR3 i 2019 har de private sygehuse og klinikker kunnet indberette til LPR2 via MiniPas med lempeligere indberetningskrav end for dem, der indberettede direkte til LPR2. Ved overgangen til LPR3 skal de private sygehuse og klinikker indberette samme oplysninger som dem, der indberetter direkte til LPR3, og efter de principper og regler, som er beskrevet i Indberetningsvejledningen til LPR3 [2].

Tidsangivelser

I MiniPas var der ikke krav om tidsangivelse ud over dato. Modsat for de offentlige sygehuses indberetninger blev der således for de private sygehuse og klinikker ikke indberettet time og minut for starttidspunkt på kontakten eller time for sluttidspunktet af kontakterne. Der blev heller ikke indberettet time eller minut på operationer og procedurer. De manglende tidspunkter betød, at der ikke – som i det øvrige LPR – kunne dannes en unik kontaktnøgle bestående af de syv elementer; sygehus- og afdelingskode, patienttype, cpr-nummer, indskrivningsdato, -

time og -minut. I stedet defineredes et unikt recordnummer på baggrund af indberetningsoplysningerne fra MiniPas.

Uafsluttede kontakter og ambulante forløb

Det var ikke muligt at indberette uafsluttede kontakter til MiniPas. Ambulante forløb fik tildelt første besøgsdato som startdato og seneste besøgsdato som slutdato.

Psykiatriske kontakter

I MiniPas var psykiatriske kontakter ikke, som i LPR2, placeret i særskilte tabeller, men lå sammen med de somatiske kontakter og kunne adskilles herfra via afdelingsspecialet 50 og 52.

Betalingsoplysninger

I modsætning til de offentlige sygehuse indberettede de private sygehuse betalingsoplysninger til LPR2 via MiniPas. Oplysning om betaler af behandlingen (fx bopælsregion, selvbetalers eller forsikringsbetalt) blev indberettet som en SKS-tillægskode af typen {AZAB} til kontaktens aktionsdiagnose.

Fødsler, ulykker mv.

Bortset fra ovennævnte forhold svarede struktur og indhold i MiniPas med få undtagelser til indholdet fra de offentlige sygehuse i LPR2. Der er dog enkelte oplysninger, som ikke findes i MiniPas, da de er knyttet til aktivitet, der ikke blev udført på private sygehuse og klinikker eller som ikke skulle registreres. Det drejer sig om aflyste procedurer, fødsler, ulykker, operationer før 1995 samt passiv ventetid og dato for afslået behandlingstilbud.

En mere detaljeret dokumentation af MiniPas kan ses på eSundhed [6].

6. Data fra offentlige sygehuse

Dette afsnit omhandler overgangen fra LPR2 til LPR3 for de offentlige sygehuse samt deres aktivitet i LPR3. I afsnit 6.1 redegøres for overgangen fra LPR2 til LPR3. I afsnit 6.2 beskrives datakompletheden i LPR3, og i afsnit 6.3 foretages en sammenligning af udvalgt aktivitet i LPR2 og LPR3.

6.1 Overgang fra LPR2 til LPR3

For at sikre at data blev indberettet så ensartet som muligt og for at forebygge dårlig datakvalitet, blev overgangen fra LPR2 til LPR3 planlagt og gennemført i et tæt samarbejde mellem Sundhedsdatastyrelsen og regionerne. Sundhedsdatastyrelsen udarbejdede et overgangsnotat [10] med detaljerede vejledninger for, hvordan forskellige typer af indberetninger fra de offentlige sygehuse kunne og skulle håndteres ved overgangen fra LPR2 til LPR3.

6.1.1 Tidspunkt for overgang

De offentlige sygehuse overgik fra LPR2- til LPR3-indberetning i begyndelsen af 2019. Sygehuse i Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Midtjylland overgik i weekenden den 2.-3. februar 2019, mens sygehuse i Region Syddanmark og Region Nordjylland overgik i weekenden den 2.-3. marts 2019. Der var dermed en kort periode fra begyndelsen af februar til begyndelsen af marts, hvor der både blev indberettet i LPR2- og LPR3-format, men for sygehuse i den enkelte region var der tale om en skarp overgang med et klart datomæssigt skel mellem LPR2- og LPR3-indberetning.

6.1.2 Lukning og overførsel

I forbindelse med overgangen fra LPR2 til LPR3 skulle de offentlige sygehuses åbne LPR2-kontakter enten lukkes permanent eller overføres til LPR3. Der blev foretaget konverteringskørsler, hvor åbne LPR2-kontakter, som skulle fortsætte i LPR3, blev lukket i LPR2 og oprettet i LPR3. I overgangsnotatet [10] var der opstillet konverteringsalgoritmer, som ved hjælp af udvalgte oplysninger i LPR2 og LPR3 skulle sikre en entydig kobling mellem LPR3-forløbselementer og deres modsvarende LPR2-kontakter. Tabel 1 viser betingelserne for entydig kobling mellem LPR2-kontakter og LPR3-forløbselementer.

Tabel 1 Betingelser for entydig kobling mellem LPR2-kontakter og LPR3-forløbselementer

LPR2	LPR3
Personnummer	Patient.id
Afslutningsmåde ('afsluttet til LPR3' {M})	Henvisning.maade ('overført fra LPR2' {ALDA99})
Stamafsnit (SHAK-kode)	Henvisning.henvisendeInstans (SOR-kode, der mapper til kode for LPR2-stamafsnit)
Sluttidspunkt (dato og time)	Henvisning.tidspunkt (overgangstidspunkt) Forløbselement.starttidspunkt (overgangstidspunkt)

Kilde: Notat vedrørende regionernes overgang fra LPR2 til LPR3 [10], Sundhedsdatastyrelsen.

Hvilende henvisninger

På overgangstidspunktet kunne der ligge en række "hvilende" henvisninger i de lokale patient-administrative systemer (PAS), som endnu ikke var registreret i LPR2. Disse henvisninger skulle håndteres på en særlig måde.

Hvilende henvisninger for pakkeforløb skulle oprettes med den oprindelige henvisningsdato som forløbselementets startdato, så forløbselementet startede med tilbagevirkende kraft. Henvisningsmåden skulle sættes til 'egen læge' {ALDA30} og ikke til 'overført fra LPR2' {ALDA99}. Hvilende henvisninger for øvrige forløb skulle oprettes med overgangstidspunktet som forløbselementets startdato og ligeledes med henvisningsmåde 'egen læge' {ALDA30}.

Trods det udførlige overgangsnotat [10] er det ikke alle LPR2-kontakter og LPR3-forløbselementer, som er blevet håndteret i overensstemmelse med notatets retningslinjer.

Uafsluttede LPR2-kontakter

Af de ca. 2,7 millioner LPR2-kontakter, som blev afsluttet i 2019, blev 2/3 markeret som værende afsluttet til LPR3. Det er dog ikke alle LPR2-kontakter, der er blevet lukket eller afsluttet til LPR3. Knap 192.000 kontakter var pr. 26. september 2020 fortsat uafsluttede i LPR2.

Der er flere årsager til, at kontakterne ikke er blevet afsluttet. Nogle kontakter er meget gamle og kan ikke tilgås af sygehusenes nuværende IT-systemer. Andre kontakter er blevet afsluttet, men er ved en fejl blevet genindberettet uden slutdato. Derudover er der kontakter, hvor den afsluttende indberetning er gået i fejl.

De offentlige sygehuse arbejder på at lukke så mange af de uafsluttede LPR2-kontakter som muligt. De resterende vil blive lukket maskinelt.

Kobling mellem overførte LPR3-forløbselementer og deres modsvarende LPR2-kontakter

Tabel 2 viser antal og andel forløbselementer for offentlige sygehuse i LPR3 for 2019 fordelt på, om de er nye eller overført fra LPR2. Der er i LPR3 ca. 2,2 millioner forløbselementer for offentlige sygehuse i 2019, som er overført fra LPR2. Dette svarer til, at 27 pct. af forløbselementerne

i LPR3 for offentlige sygehuse i 2019 er overført fra LPR2, mens de resterende 73 pct. er nye forløbselementer svarende til ca. 6 millioner forløbselementer.

Tabel 2 Antal og andel forløbselementer for offentlige sygehuse i LPR3 for 2019 fordelt på om de er nye eller overført fra LPR2

	Antal	Andel (pct.)
Nye	6.013.105	73,0
Overførte fra LPR2	2.223.117	27,0
Total	8.236.222	100,0

Kilde: LPR3 pr. 11. juli 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: "Overførte fra LPR2" omfatter forløbselementer med henvisningsmåden 'overført fra LPR2' {ALDA99}, mens "Nye" omfatter forløbselementer med alle øvrige henvisningsmåder.

Tabel 3 viser antal og andel overførte forløbselementer for offentlige sygehuse i LPR3 for 2019, som kan kobles til de oprindelige LPR2-kontakter. Tabellen viser hvor mange forløbselementer, der kan matches ud fra henholdsvis 1) alle betingelserne i tabel 1 og 2) alle betingelser i tabel 1 med undtagelse af timeangivelse i henvisningstidspunktet.

Som det fremgår af tabel 3, er det ikke muligt at koble alle overførte forløbselementer tilbage til de oprindelige LPR2-kontakter. Hvis der matches med alle betingelserne i tabel 1, er det muligt at matche ca. 1,3 millioner forløbselementer med de oprindelige LPR2-kontakter, svarende til ca. 58 pct. af de overførte forløbselementer.

Hvis der i koblingen lempes på betingelserne ved at udelade timeangivelse i henvisningstidspunktet, kan ca. 1,8 millioner forløbselementer matches til de oprindelige LPR2-kontakter, hvilket svarer til ca. 81 pct. af de overførte forløbselementer. Ved at lempe på betingelserne øger man imidlertid usikkerheden i koblingen og introducerer en øget risiko for, at koblingen ikke bliver entydig.

Tabel 3 Antal og andel overførte forløbselementer for offentlige sygehuse i LPR3 for 2019, som kan kobles til de oprindelige LPR2-kontakter

	Antal	Andel (pct.)
1) Overførte forløbselementer med fuldt match	1.298.981	58,4
2) Overførte forløbselementer med match uden timeangivelse	1.807.255	81,3

Kilde: LPR3 pr. 11. juli 2020 og LPR2 pr. 26. september 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: 1) Match som opfylder alle betingelser i tabel 1

2) Match som opfylder alle betingelser i tabel 1 med undtagelse af timeangivelse i henvisningstidspunktet

Der er flere årsager til, at overførte forløbselementer i LPR3 ikke kan kobles til LPR2-kontakter, for eksempel:

- Sluttidspunktet for LPR2-kontakten afviger fra starttidspunktet for forløbselementet i LPR3.
- Manglende eller forkerte oplysninger om henvisende instans på forløbselementet i LPR3.
- Fejl i mapning fra Sygehus-afdelingsklassifikationen (SHAK) i LPR2 til Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR) i LPR3.
- Brug af henvisningsmåde 'overført fra LPR2' {ALDA99}, selvom der ikke er tale om en overført kontakt.

6.2 Datakomplethed i LPR3

Datakompletheden for de offentlige sygehuse i LPR3 afhænger af, i hvor høj grad data fra de lokale systemer i regionerne når korrekt frem til LPR3. Indberetninger påvirket af tekniske fejl kan være årsag til, at data ikke når frem til LPR3. Indberetninger påvirket af forretningsfejl når frem til LPR3-grunddata, men vil som udgangspunkt ikke være en del af de data, som udstilles til brugere af LPR3-data.

I det følgende belyses datakompletheden i LPR3 ved sammenligning af opgørelser fra LPR3 med opgørelser fra de lokale systemer i regionerne samt ud fra omfanget af indberetninger, der er påvirket af henholdsvis tekniske fejl og forretningsfejl.

6.2.1 LPR3 vs. lokale systemer

For at kunne vurdere, om de data, som regionerne indberetter til LPR3, stemmer overens med de data, der fremgår af LPR3, har Sundhedsdatastyrelsen i samarbejde med regionerne lavet sammenlignelige opgørelser på baggrund af data i LPR3 og de lokale systemer i regionerne. I alt har fire ud af fem regioner deltaget i sammenligningen.

Følgende opgørelser er blevet sammenlignet for perioden 3. marts 2019 til og med 31. december 2019:

- Antal operationer fordelt på operationskoder på overordnet niveau (operationstype KA-KY).
- Antal kontakter med kontakttypen 'fysisk fremmøde' fordelt på aktionsdiagnose på overordnet niveau (diagnosekapitel I-XXI).
- Antal forløbselementer fordelt på 'Forløbselement label' {ALAL*}.

Opgørelserne fra henholdsvis LPR3 og de lokale systemer er som udgangspunkt dannet ud fra samme kriterier og med samme opgørelsesdato i henholdsvis maj og juni 2020. Mindre afvigelser i afgrænsning af data i henholdsvis LPR3 og de lokale systemer kan forekomme, hvilket kan give anledning til forskelle i tallene, som ikke er et udtryk for reelle forskelle mellem data i LPR3 og de lokale systemer.

Generelt viser sammenligningerne, at der er stor overensstemmelse mellem tallene opgjort på baggrund af data i LPR3 og de lokale systemer. Både hvad angår operationer, kontakter med fysisk fremmøde og forløbselementer er der i langt de fleste tilfælde ingen eller kun mindre afvigelser både samlet set, og når der opdeles på henholdsvis operationstyper, diagnosekapitler og forløbselement labels. Det tyder således på, at data flyder korrekt ind i LPR3 fra de lokale systemer.

6.2.2 Tekniske fejl

I opstartsfasen for LPR3 var der problemer med tekniske fejl, som forhindrede indberetning af nye forløbselementer eller opdatering af eksisterende forløbselementer. De tekniske fejl er løbende blevet rettet, og for forløbselementer startet i 2019 melder alle fem regioner, at de har ingen eller få indberetninger, som er påvirket af tekniske fejl. Datakompletheden for forløbselementer startet i 2019 ser således ikke ud til at være påvirket af tekniske fejl.

6.2.3 Forretningsfejl

I opstartsfasen for LPR3 har der særligt i nogle regioner været store problemer med indberetninger, som var påvirket af forretningsfejl. Som det fremgår af tidligere datakvalitetsrapporter [1] om LPR3, er antallet af forretningsfejl i LPR3 løbende blevet nedbragt, og det er pr. 11. juli 2020 på et meget lavt niveau.

Tabel 4 viser antal og andel forløbselementer og kontakter for offentlige sygehuse i LPR3 for 2019, som pr. 11. juli 2020 er påvirket af forretningsfejl. Pr. 11. juli 2020 er der ca. 14.000 forløbselementer og ca. 16.000 kontakter i 2019, som er påvirket af forretningsfejl. Ud af de samlet set ca. 8,2 millioner forløbselementer og knap 16 millioner kontakter i 2019 svarer det til, at hhv. 0,17 pct. af forløbselementerne og 0,10 pct. af kontakterne er påvirket af forretningsfejl.

Tabel 4 Antal og andel forløbselementer og kontakter for offentlige sygehuse i LPR3 for 2019, som er påvirket af forretningsfejl

	Antal	Antal med fejl	Andel med fejl (pct.)
Forløbselementer i 2019	8.236.222	14.341	0,17
Kontakter i 2019	15.985.474	16.085	0,10

Kilde: LPR3 pr. 11. juli 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene omfatter alle forløbselementer og kontakter på offentlige sygehuse med starttidspunkt før 1. januar 2020, og som enten har sluttidspunkt efter 31. december 2018 eller er uafsluttede. Et forløbselement betragtes i tabellen som værende påvirket af forretningsfejl, hvis der er én eller flere fejl på selve forløbselementet eller nogle af de oplysninger, som knytter sig til forløbselementet (fx kontakter eller procedurer). Dog medregnes ikke fejl på kontakter (eller fejl på procedurer eller diagnoser, som knytter sig til kontakter), der er påbegyndt efter 31. december 2019. En kontakt betragtes i tabellen som værende påvirket af forretningsfejl, hvis der er én eller flere fejl på selve kontakten eller nogle af de oplysninger, som knytter sig til kontakten (fx diagnoser eller procedurer).

Tabel 5 viser antal forretningsfejl for offentlige sygehuse i LPR3 for 2019 opgjort pr. 11. juli 2020 fordelt på fejlkategori, dvs. hvilket element fejlen vedrører. Der er tale om de samme fejl, som kommer til udtryk i tabel 4, men i tabel 5 er hver fejl optalt præcis én gang.

Jævnfør tabel 5 er der pr. 11. juli 2020 knap 26.000 unikke forretningsfejl for de offentlige sygehuse i LPR3, som knytter sig til indberetninger for 2019. Disse fejl relaterer sig enten til en diagnose, et forløbselement, en kontakt, en procedure eller en resultatindberetning. Med en andel på 30 pct. er der flest forretningsfejl, som relaterer sig til procedurer efterfulgt af fejl på diagnoser, der udgør knap 24 pct. af forretningsfejlene.

Tabel 5 Antal forretningsfejl for offentlige sygehuse i LPR3 for 2019 fordelt på fejlkategori

	Antal	Andel (pct.)
Diagnose	6.124	23,6
Forløbselement	3.680	14,2
Kontakt	5.016	19,4
Procedure	7.763	30,0
Resultatindberetning	3.330	12,9
Total	25.913	100

Kilde: LPR3 pr. 11. juli 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene omfatter alle forretningsfejl, som enten direkte eller indirekte knytter sig til forløbselementer eller kontakter på offentlige sygehuse, som har starttidspunkt før 1. januar 2020, og som enten har sluttidspunkt efter 31. december 2018 eller er uafsluttede.

Datakompletheden for de offentlige sygehuse i LPR3 for forløbselementer og kontakter i 2019 er kun i ringe grad påvirket af forretningsfejl. For forløbselementer og kontakter i 2019 er det pr. 11. juli 2020 kun en meget begrænset andel, som på grund af forretningsfejl enten helt eller delvist ikke kan tilgås af brugere af LPR3-data.

6.3 Sammenligning af aktivitet i LPR2 og LPR3

I dette afsnit sammenlignes en række opgørelser af aktiviteten for offentlige sygehuse i LPR2 og LPR3. Da der er væsentlige forskelle mellem LPR2 og LPR3, skal opgørelserne tages med forbehold. Opgørelserne bør således alene betragtes som tilnærmede sammenligninger for at undersøge overordnede tendenser og identificere eventuelle mangler i datakomplethed.

Der er mange forskellige områder, som kan belyses ved en sammenligning af LPR2 og LPR3. I dette afsnit fokuseres der på nogle af de helt basale dele i form af antal operationer, kontakter med fysisk fremmøde og patienter. For at kunne lave en meningsfuld sammenligning, er alle opgørelserne lavet for perioden fra 2015 til 2019, således at ændringer i tallene fra LPR2 til LPR3 (dvs. fra 2018 til 2019) kan vurderes i forhold til de tendenser og udsving, der generelt er henover årene.

Da de offentlige sygehuse overgik fra LPR2 til LPR3 i starten af 2019, er alle tallene for 2019 både baseret på LPR2- og LPR3-data, hvorfor 2019 ikke kan betegnes som en "ren" LPR3-årgang. Operationer og kontakter med forretningsfejl er ikke talt med i nogen af opgørelserne, hverken i LPR2 eller LPR3.

6.3.1 Operationer

I det følgende beskrives udviklingen i antallet af operationer i LPR2 og LPR3 for årene 2015 til 2019. Operationer er her defineret som procedurekoder af typen 'Klassifikation af operationer' {K*} med proceduredato i det pågældende år.

Tabel 6 viser antallet af operationer på offentlige sygehuse pr. år i perioden fra 2015 til 2019 samt den årlige procentvise tilvækst. Antallet af operationer henover årene er relativt stabilt med omkring 2 millioner operationer pr. år. Der ses en stigning i antal operationer for hvert år i perioden fra 2015 til 2019. Den procentvise tilvækst i operationer fra 2018 til 2019 er lidt lavere end i de foregående år, men man kan ikke heraf afgøre, hvorvidt implementeringen af LPR3 har betydet noget i forhold til antallet af operationer i LPR for 2019.

Tabel 6 Antal operationer på offentlige sygehuse pr. år og årlig procentvis tilvækst

	2015	2016	2017	2018	2019
Antal operationer	1.904.649	1.948.180	1.976.521	2.013.836	2.038.434
Årlig tilvækst (pct.)	-	2,3	1,5	1,9	1,2

Kilde: LPR3 pr. 11. juli 2020 og LPR2 pr. 26. september 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene for 2019 indeholder både data fra LPR2 og LPR3. Operationer hørende til kontakter, som er påvirket af forretningsfejl, er ekskluderet.

Tabel 7 viser antallet af operationer på offentlige sygehuse pr. år i perioden fra 2015 til 2019 fordelt på operationstype. Niveauerne for de enkelte operationstyper er overordnet set ret stabile henover årene med enkelte undtagelser.

Generelt er tilvæksten inden for hver operationstype præget af udsving henover årene, og der forekommer ikke nogen overordnet tendens. Årsagerne til udsvingene kan eksempelvis være ændret registreringspraksis, nye operationsmetoder og ibrugtagning af nye IT-systemer i regionerne.

Det, der springer mest i øjnene i forhold til udviklingen fra 2018 til 2019, er den forholdsvis store stigning i antallet af operationer af typen "KC - Operationer på øje og øjenomgivelser", som stiger med 12 pct. Denne stigning skyldes hovedsageligt, at man i LPR3 er begyndt at indberette en specifik type øjenoperation, som man i nogle regioner ikke indberettede i LPR2.

Tabel 7 Antal operationer på offentlige sygehuse pr. år fordelt på operationstype

	2015	2016	2017	2018	2019
KA - Operationer på nervesystemet	26.772	27.602	27.582	27.813	26.877
KB - Operationer på endokrine organer	3.966	3.955	4.102	3.899	4.113
KC - Operationer på øje og øjenomgivelser	149.941	159.923	169.070	186.557	208.946
KD - Operationer på øre, næse og strubehoved	27.614	29.506	31.350	31.290	30.879
KE - Operationer på læber, tænder, kæber, mund og svælg	31.350	32.176	32.592	32.795	32.399
KF - Operationer på hjerte og store intratorakale kar	23.845	24.079	24.246	23.625	23.783
KG - Operationer på åndedrætsorganer, brystkasse, mediastinum og diafragma	24.814	24.714	25.024	25.116	24.442
KH - Operationer på bryst	15.797	15.729	15.782	14.855	14.150
KJ - Operationer på fordøjelsesorganer og milt	144.636	148.777	155.068	154.966	154.333
KK - Operationer på urinveje, mandlige kønsorganer og retroperitonealt væv	54.877	54.248	56.495	56.456	58.561
KL - Operationer på kvindelige kønsorganer	82.962	80.819	80.345	76.543	72.087
KM - Obstetriske operationer	79.648	84.844	86.305	86.657	84.148
KN - Operationer på bevægeapparatet	176.483	175.237	171.637	165.822	163.206
KP - Operationer på perifere kar og lymfesystem	45.591	42.223	42.315	43.731	43.579
KQ - Operationer på hud og underhud	232.440	244.970	254.881	255.226	245.469
KT - Mindre kirurgiske procedurer	180.694	182.997	187.882	197.692	194.509
KU - Endoskopier gennem naturlige og kunstige legemsåbninger	597.178	610.209	605.528	624.481	650.772
KY - Udtagninger af væv til transplantation	6.041	6.172	6.317	6.312	6.181
Total	1.904.649	1.948.180	1.976.521	2.013.836	2.038.434

Kilde: LPR3 pr. 11. juli 2020 og LPR2 pr. 26. september 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene for 2019 indeholder både data fra LPR2 og LPR3. Operationer hørende til kontakter, som er påvirket af forretningsfejl, er ekskluderet.

6.3.2 Fysiske fremmøder

I det følgende beskrives udviklingen i antallet af fysiske fremmøder i perioden fra 2015 til 2019. Da begrebet "fysisk fremmøde" ikke eksisterer i LPR2, er det i de følgende opgørelser defineret som indlæggelser, ambulante besøg og ambulante procedurer uden en registreret besøgsdato samme dag. I opgørelserne er frasorteret overgangsindlæggelser i 2019, dvs. indlæggelseskontakter i LPR2 med afslutningsmåde 'afsluttet til LPR3' {M}, da disse bør indgå i LPR3-populationen. Derudover er der i forhold til ambulante procedurer uden besøg frasorteret diverse administrative og telemedicinske procedurer, som må antages ikke nødvendigvis at være udført ved patientens tilstedeværelse. Det drejer sig om følgende proceduretyper:

- 'Kommunikation og generelle pædagogiske interventioner' {BV*}
- 'Administrative forhold' {A*}
- 'Andre procedurer i forbindelse med undersøgelsesmateriale' {UWW*}
- 'Medicinordinering' {BWDA*}
- 'ZZ-procedurekoder' {ZZ*}

Dog medtages følgende ZZ-procedurekoder:

- 'Ergo-/fysioterapeutisk undersøgelse eller vurdering' {ZZ5049*}
- 'Klinisk undersøgelse' {ZZ0149*}
- 'Undersøgelse uden specifikation' {ZZ9990}

Der er andre ZZ-procedurekoder, som kunne give mening at føje til listen over undtagelser, men de udgør en så ubetydelig andel af procedurer uden et registreret besøg i LPR2, at det reelt ikke ville have indflydelse på opgørelserne.

I nedenstående opgørelser er fysiske fremmøder i LPR3 afgrænset til kontakter med kontakttypen 'fysisk fremmøde' {ALCA00}, som har starttidspunkt før 1. januar 2020. Dertil er procedurer, der ikke knytter sig til en kontakt, men derimod direkte til et forløbselement (dvs. forløbsprocedurer), og som ikke hører til en af de ovenstående proceduretyper, inkluderet. Disse *burde* i LPR3 være tilknyttet et fysisk fremmøde, men det er i realiteten ikke altid tilfældet.

Den valgte metode til at definere fysiske fremmøder eliminerer til en vis grad de forskelle mellem LPR2 og LPR3, der skyldes manglende besøgsregistrering i LPR2. Der er især mange røntgenundersøgelser i LPR2, som er registreret uden en besøgsdato, selvom der har været et fysisk fremmøde. Hvis der alene tælles ambulante besøg og indlæggelser i LPR2 og sammenlignes med alle fysiske fremmøder i LPR3, vil tallene for LPR2 blive for lave.

Tabel 8 viser antallet af fysiske fremmøder på offentlige sygehuse pr. år i perioden fra 2015 til 2019 samt den årlige procentvise tilvækst. Niveauet er relativt stabilt henover årene, men der er en noget større stigning fra 2018 til 2019 end i de øvrige år. Dette kan skyldes flere forskellige ting i forhold til overgangen fra LPR2 til LPR3, for eksempel ændring i registreringspraksis. Et eksempel er, at man i nogle tilfælde har splittet det, der svarer til én indlæggelse i LPR2, op i flere fysiske fremmøder i forlængelse af hinanden i LPR3. Det kan blandt andet ses ved, at der i LPR3 generelt er færre fysiske fremmøder med en varighed på over tre dage, end det er tilfældet i LPR2 i en tilsvarende periode. I LPR3 er der til gengæld flere fysiske fremmøder med en varighed på en til to dage, end der er i LPR2.

Tabel 8 Antal fysiske fremmøder på offentlige sygehuse pr. år og årlig procentvis tilvækst

	2015	2016	2017	2018	2019
Antal fysiske fremmøder	15.083.540	15.321.480	15.322.153	15.412.543	15.972.137
Årlig tilvækst (pct.)	-	1,6	0,0	0,6	3,6

Kilde: LPR3 pr. 11. juli 2020 og LPR2 pr. 26. september 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene for 2019 indeholder både data fra LPR2 og LPR3. Kontakter, som er påvirket af forretningsfejl, er ekskluderet. Fysiske fremmøder i LPR2 er her defineret som indlæggelser, ambulante besøg og udvalgte ambulante procedurer uden besøg. Fysiske fremmøder i LPR3 er her defineret som kontakter med kontakttypen 'fysisk fremmøde' samt udvalgte forløbsprocedurer.

I LPR2 er der kun én aktionsdiagnose pr. ambulant forløb, hvilket vil sige, at der ikke er en aktionsdiagnose på de enkelte besøg (eller procedurer uden besøg), og dermed har hvert enkelt besøg i det ambulante forløb den samme aktionsdiagnose. I LPR3 er der derimod en aktionsdiagnose tilknyttet hvert eneste fysiske fremmøde (bortset fra procedurer uden kontakt). Dette medfører, at diagnosen 'Kontakt mhp. radiologisk undersøgelse' {DZ016} uden sammenligning er den hyppigst forekomne aktionsdiagnose i LPR3, selvom den ikke kan betegnes som en decideret diagnose, men snarere en årsag til det fysiske fremmøde. Det medfører også, at fordelingen af aktionsdiagnoser på fysiske fremmøder er noget anderledes i LPR3 end i LPR2. Dette ses tydeligt i tabel 9, som viser antallet af fysiske fremmøder på offentlige sygehuse pr. år i perioden fra 2015 til 2019 fordelt på typen af aktionsdiagnose for det fysiske fremmøde. Der forekommer en stor stigning i antallet af fysiske fremmøder med en aktionsdiagnose fra kapitlet "Kap. XXI: Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen [DZ00-DZ99]", hvilket primært skyldes diagnosen 'Kontakt mhp. radiologisk undersøgelse' {DZ016}.

Der ses et stort fald i antallet af fysiske fremmøder med en aktionsdiagnose fra kapitlet "Kap. XX: Ydre årsager til skade [DX60-DY09]", hvilket skyldes, at disse diagnoser ikke er tilladte at indberette som aktionsdiagnose i LPR3. De relativt få fysiske fremmøder, der forekommer i 2019 med en sådan aktionsdiagnose, er udelukkende LPR2-indberetninger for januar og februar.

Der ses også en stor stigning i antallet af fysiske fremmøder uden aktionsdiagnose, hvilket dels skyldes alle forløbsprocedurerne i LPR3, som ikke har en aktionsdiagnose (i modsætning til procedurer uden besøg i LPR2), og dels uafsluttede kontakter i LPR3, som pr. 11. juli 2020 endnu ikke havde en aktionsdiagnose.

Tabel 9 Antal fysiske fremmøder på offentlige sygehuse pr. år fordelt på aktionsdiagnose

	2015	2016	2017	2018	2019
Kap. I: Visse infektiøse og parasitære sygdomme [DA00-DB99]	168.809	175.192	171.905	173.657	165.388
Kap. II: Neoplasmer [DC00-DD48]	1.462.665	1.536.733	1.589.402	1.626.896	1.505.425
Kap. III: Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse sygdomme, som inddrager immunsystemet [DD50-DD89]	92.614	96.911	96.376	98.971	92.687
Kap. IV: Endokrine, ernæringsbetingede og metaboliske sygdomme [DE00-DE90]	558.464	562.607	564.263	566.757	535.458
Kap. V: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser [DF00-DF99]	1.481.087	1.525.409	1.466.983	1.428.024	1.243.149
Kap. VI: Sygdomme i nervesystemet [DG00-DG99]	356.317	352.569	354.262	358.853	332.789
Kap. VII: Sygdomme i øje og øjenomgivelser [DH00-DH59]	445.570	456.546	447.225	468.640	490.183
Kap. VIII: Sygdomme i øre og processus mastoideus [DH60-DH95]	221.869	228.002	225.826	231.676	257.748
Kap. IX: Sygdomme i kredsløbsorganer [DI00-DI99]	765.311	770.890	760.281	743.315	676.148
Kap. X: Sygdomme i åndedrætsorganer [DJ00-DJ99]	449.135	460.771	474.747	468.002	435.138
Kap. XI: Sygdomme i fordøjelsesorganer [DK00-DK93]	566.912	583.649	586.189	601.175	580.056
Kap. XII: Sygdomme i hud og underhud [DL00-DL99]	242.120	244.026	244.279	236.764	228.224
Kap. XIII: Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv [DM00-DM99]	1.082.463	1.079.099	1.084.111	1.081.502	1.029.308
Kap. XIV: Sygdomme i urin- og kønsorganer [DN00-DN99]	763.326	766.584	763.753	744.864	700.976
Kap. XV: Graviditet, fødsel og barsel [DO00-DO99]	259.437	243.404	146.056	139.974	130.753
Kap. XVI: Visse sygdomme, der opstår i perinatalperiode [DP00-DP96]	24.894	27.211	27.094	27.018	26.213
Kap. XVII: Medfødte misdannelser og kromosomanomalier [DQ00-DQ99]	98.316	99.197	102.521	103.281	99.861
Kap. XVIII: Symptomer og abnorme fund IKA [DR00-DR99]	799.184	842.262	896.199	937.242	873.577
Kap. XIX: Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger [DS00-DT98]	1.071.025	1.067.451	1.085.138	1.109.912	1.142.464
Kap. XX: Ydre årsager til skade [DX60-DY09]	1.505	1.373	1.348	1.069	108
Kap. XXI: Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen [DZ00-DZ99]	4.171.498	4.197.874	4.233.950	4.263.768	5.235.402
Diagnoseindberetning vedr. fødsler	21	24	11	9	14
Aktionsdiagnose mangler	998	3.696	234	1.174	191.068
Total	15.083.963	15.322.012	15.322.931	15.412.470	15.962.664

Kilde: LPR3 pr. 11. juli 2020 og LPR2 pr. 26. september 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene for 2019 indeholder både data fra LPR2 og LPR3. Kontakter, som er påvirket af forretningsfejl, er ekskluderet. Fysiske fremmøder i LPR2 er her defineret som indlæggelser, ambulante besøg og udvalgte ambulante procedurer uden besøg. Fysiske fremmøder i LPR3 er her defineret som kontakter med kontakttypen 'fysisk fremmøde' samt udvalgte forløbsprocedurer.

6.3.3 Patienter

Et andet mål for sammenligning af aktiviteten i LPR2 og LPR3 er udviklingen i antallet af patienter (opgjort som antal unikke personer), der har haft kontakt til sygehusvæsenet i form af et eller flere fysiske fremmøder i et givent år. I dette afsnit er fysiske fremmøder defineret på samme måde som i det foregående afsnit 6.3.2. En sådan opgørelse over patienter bør ikke være påvirket af ændringer i datamodel eller registreringspraksis mellem LPR2 og LPR3, da disse parametre ikke har indflydelse på antallet af personer, som er i kontakt med sygehusvæsenet (med mindre der er tale om fejlagtig eller mangelfuld registrering).

Tabel 10 viser antallet af patienter med fysisk fremmøde på offentlige sygehuse pr. år i perioden fra 2015 til 2019 samt den årlige procentvise tilvækst. Niveauet er nogenlunde stabilt henover årene, om end der ses et lille fald på 0,1 pct. fra 2018 til 2019, hvilket adskiller sig fra de øvrige år, hvor der ses en årlig stigning.

Tabel 10 Antal patienter med fysisk fremmøde på offentlige sygehuse pr. år og årlig procentvis tilvækst

	2015	2016	2017	2018	2019
Antal patienter	2.775.559	2.810.979	2.834.553	2.856.480	2.854.680
Årlig tilvækst (pct.)	-	1,3	0,8	0,8	-0,1

Kilde: LPR3 pr. 11. juli 2020 og LPR2 pr. 26. september 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene for 2019 indeholder både data fra LPR2 og LPR3. Kontakter, som er påvirket af forretningsfejl, er ekskluderet. Fysiske fremmøder i LPR2 er her defineret som indlæggelser, ambulante besøg og udvalgte ambulante procedurer uden besøg. Fysiske fremmøder i LPR3 er her defineret som kontakter med kontaktypen 'fysisk fremmøde' samt udvalgte forløbsprocedurer.

De overordnede analyser af antal operationer, fysiske fremmøder og patienter viser, at aktiviteten indberettet for offentlig sygehuse ligger på et relativt stabilt niveau i perioden fra 2015 til 2019, herunder på tværs af overgangen fra LPR2 til LPR3. Ovenstående analyser tyder således på, at overgangen fra LPR2 til LPR3 ikke har haft en markant effekt på datakompletheden eller aktiviteten i LPR. Analyser på et mere detaljeret niveau vil formentlig kunne føre til andre og mere nuancerede konklusioner.

7. Data fra private sygehuse og klinikker

Dette afsnit omhandler overgangen fra LPR2 til LPR3 for de private sygehuse og klinikker samt deres aktivitet i LPR3. I afsnit 7.1 redegøres for de private overgang fra LPR2 til LPR3. I afsnit 7.2 beskrives datakompletheden for de private i LPR3, og i afsnit 7.3 foretages en sammenligning af udvalgt aktivitet for de private sygehuse og klinikker i LPR2 og LPR3.

7.1 Overgang fra LPR2 til LPR3

Forud for overgangen til LPR3 blev der udarbejdet et særskilt overgangsnotat [11] for de private sygehuse og klinikker. Overgangen for de private sygehuse og klinikker varierede i forhold til, om de indberettede via SEI-MiniPas eller via system-til-system direkte til MiniPas eller til LPR2, og om de til LPR3 ønskede at indberette via det nyoprettede LPR3-indberetningsskema SEI-LPR eller via system-til-system direkte til LPR3.

De private sygehuse og klinikker som indberettede via SEI-MiniPas, og som fortsat ønskede at indberette via SEI, skulle overgå til at indberette via SEI-LPR. De private sygehuse og klinikker som indberettede direkte til MiniPas eller LPR2, og som fortsat ønskede at indberette direkte, skulle overgå til at indberette direkte til LPR3.

7.1.1 Tidspunkt for overgang

De private sygehuse og klinikker overgik til at indberette til LPR3 i begyndelsen af 2019. Den enkelte indberetter skulle indgå en aftale med Sundhedsdatastyrelsen med en specifik dato for overgang, som skulle være senest den 28. februar 2019, hvor der blev lukket for indberetning af nye kontakter til MiniPas. I perioden frem til den 30. juni 2019 var det muligt at revidere eksisterende kontakter i MiniPas samt foretage annulleringer og genindberetninger.

7.1.2 Lukning og overførsel

Planen for MiniPas-brugernes overgang til LPR3 indebar ikke overførsel af kontakter til LPR3. Alle MiniPas-kontakter skulle som udgangspunkt lukkes inden, den enkelte indberetter på en given skæringsdato overgik til LPR3. Efter skæringsdatoen skulle al ny aktivitet indberettes til LPR3. Dermed ville der ikke opstå overlap mellem MiniPas- og LPR3-indberetningerne for den enkelte indberetter.

I tilfælde med igangværende behandlingsforløb, som skulle fortsætte efter overgangen til LPR3, skulle forløbselementet i LPR3 oprettes med henvisningsmåden 'anden (UNS)' {ALDA90}. Hermed adskilte retningslinjerne i overgangsnotatet [11] for de private sygehuse og klinikker sig fra retningslinjerne for de offentlige sygehuse for hvem, der i tilsvarende tilfælde skulle anvendes henvisningsmåden 'overført fra LPR2' {ALDA99}. I modsætning til kontakterne i LPR2 blev der

for MiniPas-kontakterne ikke givet mulighed for at anvende afslutningsmåden 'afsluttet til LPR3' {M}.

Det er ikke alle kontakter fra de private sygehuse og klinikker, som er blevet afsluttet ved overgangen til LPR3. I LPR2 er der ca. 4.300 uafsluttede kontakter fra de private sygehuse og klinikker, der indberettede direkte til LPR2.

Tabel 11 viser antal og andel forløbselementer for private sygehuse og klinikker i LPR3 for 2019 fordelt på, om de er nye eller overført fra LPR2 (herunder MiniPas). Jævnfør tabellen er ca. 36.300 af de private sygehuse og klinikkers indberettede forløbselementer i LPR3 for 2019 registreret med henvisningsmåden 'overført fra LPR2' {ALDA99}. Dette svarer til ca. 12 pct. af det samlede antal forløbselementer, som de private sygehuse og klinikker har indberettet til LPR3 for 2019.

De mange forløbselementer med henvisningsmåden 'overført fra LPR2' {ALDA99} vidner om, at der blandt de private sygehuse og klinikker er valgt forskellige strategier for håndtering af forløb, som strakte sig på tværs af overgangen fra LPR2 til LPR3.

Tabel 11 Antal og andel forløbselementer for private sygehuse og klinikker i LPR3 for 2019 fordelt på om de er nye eller overført fra LPR2 (herunder MiniPas)

	Antal	Andel (pct.)
Nye	280.200	88,5
Overførte fra LPR2	36.331	11,5
Total	316.531	100,0

Kilde: LPR3 pr. 11. juli 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: "Overførte fra LPR2" omfatter forløbselementer med henvisningsmåden 'overført fra LPR2' {ALDA99}, mens "Nye" omfatter forløbselementer med alle øvrige henvisningsmåder.

Tabel 12 viser antal og andel overførte forløbselementer for private sygehuse og klinikker i LPR3 for 2019, som kan kobles til de oprindelige LPR2-kontakter (herunder MiniPas-kontakter). Hvis der kobles på alle betingelser i tabel 1 i afsnit 6.1.2, opnås et match på ca. 4.700 forløbselementer svarende til knap 13 pct. af de ca. 36.300 forløbselementer, der er registreret som værende overførte. Hvis timeangivelse for henvisningstidspunktet udelades i koblingen, øges antallet af match til ca. 4.900 forløbselementer, hvilket svarer til ca. 14 pct. af de overførte forløbselementer.

De private aktørers forløbselementer i LPR3, der kan kobles tilbage til LPR2-kontakter, tilhører i alle tilfælde private/foreningsejede sygehuse (fx Epilepsihospitalet Filadelfia og diverse hospicer), der indberettede direkte til LPR2 på samme måde som de offentlige sygehuse.

At der ikke kan kobles nogen forløb for de private sygehuse og klinikker, som indberettede via MiniPas, skyldes dels, at ingen kontakter i MiniPas fremgår med afslutningsmåden 'afsluttet til LPR3' {M} og dels, at der ikke kunne registreres sluttidspunkter i MiniPas.

Tabel 12 Antal og andel overførte forløbselementer for private sygehuse og klinikker i LPR3 for 2019, som kan kobles til de oprindelige LPR2-kontakter (herunder MiniPas-kontakter)

	Antal	Andel (pct.)
1) Overførte forløbselementer med fuldt match	4.684	12,9
2) Overførte forløbselementer med match uden timeangivelse	4.902	13,5

Kilde: LPR3 pr. 11. juli 2020, LPR2 pr. 26. september 2020 og MiniPas pr. 1. juli 2019, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: 1) Match som opfylder alle betingelser i tabel 1

2) Match som opfylder alle betingelser i tabel 1 med undtagelse af timeangivelse i henvisningstidspunktet

7.2 Datakomplethed i LPR3

Datakompletheden for de private sygehuse og klinikker i LPR3 afhænger af, i hvor høj grad data indberettes og når korrekt frem til LPR3. Indberetninger påvirket af tekniske fejl eller forretningsfejl kan være årsag til, at data ikke når frem til LPR3. For de private aktører, som indberetter forretningsfejl, vil indberetninger påvirket af forretningsfejl nå frem til LPR3-grunddata, men vil som udgangspunkt ikke være en del af de data, som udstilles til brugere af LPR3-data.

I dette afsnit belyses datakompletheden i LPR3 for de private sygehuse og klinikker ved sammenligning af antal indberettere i LPR2 og LPR3 samt ud fra omfanget af indberetninger, der er påvirket af forretningsfejl.

7.2.1 Indberettere

I forhold til de offentlige sygehuse er indberetningerne fra de private aktører fordelt på langt flere sygehuse og klinikker. Set henover en årrække er der en større variation i private indberettere end for de offentlige sygehuse, da der løbende er nye, som kommer til og andre, som lukker eller bliver omorganiseret.

En opgørelse over aktive indberettere (dvs. private sygehuse og klinikker, der har indberettet til LPR) viser, at der i 2018 var ca. 160 private indberettere i LPR2 (herunder MiniPas). I LPR3 var der i 2019 stort set det samme antal indberettere, når der openses for de tilfælde, hvor der er blevet indberettet på flere forskellige SOR-enheder under den samme overordnede SOR-enhed. Det tyder således ikke på, at antallet af private sygehuse og klinikker, som indberetter til LPR, er faldet i forbindelse med overgangen fra LPR2 til LPR3. I hvilket omfang alle private aktører indberetter i henhold til indberetningspligten og – kravene for LPR bliver ikke behandlet i denne rapport.

7.2.2 Forretningsfejl

For de private aktører kan forretningsfejl give anledning til, at indberetninger enten ikke når frem til LPR3, eller at de alene når frem til LPR3-grunddata, men ikke bliver udstillet til brugere af LPR3-data.

Langt størstedelen af de private aktører indberetter først til LPR3, når deres indberetninger er rettet for eventuelle forretningsfejl. Ud af alle de private aktører, som har indberettet aktivitet til LPR3 for 2019, er det kun ni, som har indberettet aktivitet med forretningsfejl. Blandt disse ni er det kun fire, som har mere end en håndfuld forretningsfejl i LPR3 for 2019.

Tabel 13 viser antal og andel forløbselementer og kontakter for private sygehuse og klinikker i LPR3 for 2019, som pr. 11. juli 2020 er påvirket af forretningsfejl. Det fremgår af tabellen, at der pr. 11. juli 2020 er 370 forløbselementer og 114 kontakter for de private sygehuse og klinikker i LPR3 for 2019, som er påvirket af forretningsfejl. Disse fejl knytter sig primært til indberetninger fra fire private sygehuse og klinikker. Ud af de samlet set ca. 317.000 forløbselementer og ca. 636.000 kontakter for private sygehuse og klinikker i LPR3 for 2019 svarer det til, at hhv. 0,12 pct. af forløbselementerne og 0,02 pct. af kontakterne er påvirket af forretningsfejl.

Tabel 13 Antal og andel forløbselementer og kontakter for private sygehuse og klinikker i LPR3 for 2019, som er påvirket af forretningsfejl

	Antal	Antal med fejl	Andel med fejl (pct.)
Forløbselementer i 2019	316.531	370	0,12
Kontakter i 2019	636.142	114	0,02

Kilde: LPR3 pr. 11. juli 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene omfatter alle forløbselementer og kontakter for private sygehuse og klinikker med starttidspunkt før 1. januar 2020, og som enten har sluttidspunkt efter 31. december 2018 eller er uafsluttede. Et forløbselement betragtes i tabellen som værende påvirket af forretningsfejl, hvis der er én eller flere fejl på selve forløbselementet eller på nogle af de oplysninger, som knytter sig til forløbselementet (fx kontakter eller procedurer). Dog medregnes ikke fejl på kontakter (eller fejl på procedurer eller diagnoser, som knytter sig til kontakter), der er påbegyndt efter 31. december 2019. En kontakt betragtes i tabellen som værende påvirket af forretningsfejl, hvis der er én eller flere fejl på selve kontakten eller på nogle af de oplysninger, som knytter sig til kontakten (fx diagnoser eller procedurer).

Tabel 14 viser antal forretningsfejl for private sygehuse og klinikker i LPR3 for 2019 opgjort pr. 11. juli 2020 fordelt på fejkategori, dvs. hvilket element fejlen vedrører. Der er tale om de samme fejl, som kommer til udtryk i tabel 13, men i tabel 14 er hver fejl optalt præcis én gang.

Jævnfør tabellen er der pr. 11. juli 2020 ca. 700 unikke forretningsfejl for de private sygehuse og klinikker i LPR3, som knytter sig til indberetninger for 2019. Disse fejl relaterer sig enten til en diagnose, et forløbselement, en kontakt, en procedure eller en resultatindberetning. Med en andel på 45 pct. er der flest forretningsfejl, som relaterer sig til procedurer efterfulgt af fejl på forløbselementer, der udgør ca. 33 pct. af forretningsfejlene.

Tabel 14 Antal forretningsfejl for private sygehuse og klinikker i LPR₃ for 2019 fordelt på fejlkategori

	Antal	Andel
Diagnose	9	1,3
Forløbselement	236	33,4
Kontakt	90	12,7
Procedure	318	45,0
Resultatindberetning	53	7,5
Total	706	100

Kilde: LPR3 pr. 11. juli 2020, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene omfatter alle forretningsfejl, som enten direkte eller indirekte knytter sig til forløbselementer eller kontakter på private sygehuse og klinikker, som har starttidspunkt før 1. januar 2020, og som enten har sluttidspunkt efter 31. december 2018 eller er uafsluttede.

Antal og andel forløbselementer og kontakter for private sygehuse og klinikker i LPR₃ for 2019, som er påvirket af forretningsfejl, har et beskedent omfang. De indberetninger, der ligger i LPR₃-grunddata, men på grund af forretningsfejl som udgangspunkt ikke udstilles til brugere af LPR₃-data, påvirker kun i ringe grad datakompletheden i LPR₃ for de private sygehuse og klinikker. Hvorvidt, og i givet fald i hvilket omfang, der er indberetninger for de private sygehuse og klinikker for 2019, som grundet forretningsfejl (eller for den sags skyld tekniske fejl) ikke er nået frem til LPR₃-grunddata, har Sundhedsdatastyrelsen ikke indblik i.

7.3 Sammenligning af aktivitet i LPR₂ og LPR₃

For at belyse den overordnede aktivitet for de private sygehuse og klinikker, som er indberettet til LPR₂ og LPR₃, vises i dette afsnit opgørelser af antallet af operationer, fysiske fremmøder og patienter.

Da de private sygehuse og klinikker overgik til LPR₃ i starten af 2019, er tallene for 2019 i de nedenstående opgørelser baseret på data i både LPR₂ og LPR₃. Derudover er der enkelte private aktører, som har indberettet aktivitet for 2018 til LPR₃, men det er i et meget beskedent omfang. Operationer og kontakter med forretningsfejl er ikke talt med i nogen af opgørelserne, hverken i LPR₂ eller LPR₃.

7.3.1 Operationer

I det følgende beskrives udviklingen i antallet af operationer på private sygehuse og klinikker, som er registreret i LPR₂ og LPR₃ for årene 2015 til 2019. Operationer er her defineret som procedurekoder af typen 'Klassifikation af operationer' {K*} med proceduredato i det pågældende år.

Tabel 15 viser antallet af operationer på private sygehuse og klinikker pr. år i perioden fra 2015 til 2019 samt den årlige procentvise tilvækst. Af tabellen fremgår en forholdsvis stor tilvækst i

antal operationer fra 2018 til 2019. Denne tilvækst kan i et vist omfang tilskrives de to nye koder 'Implantat indsat' {KWAA01} og 'Implantat fjernet' {KWAB01}, som er af typen 'Procedurer udført i forbindelse med operation' {KW*}. De to koder fungerer som triggere for resultatindberetningen 'Implantatoplysninger' {RAA08} og er blevet oprettet i forbindelse med LPR3. De to koder kan ikke stå alene, men skal indberettes sammen med en operationskode for det kirurgiske indgreb, hvorunder indsættelse eller fjernelse af et implantat er sket.

Når man ser bort fra koderne 'Implantat indsat' {KWAA01} og 'Implantat fjernet' {KWAB01}, er der sammenlagt 141.038 operationer i 2019, hvilket bringer tilvæksten fra 2018 til 2019 ned på 5,6 pct.

Tabel 15 Antal operationer på private sygehuse og klinikker pr. år og årlig procentvis tilvækst

	2015	2016	2017	2018	2019
Antal operationer	111.108	124.567	130.974	133.579	152.568
Årlig tilvækst (pct.)	-	12,1	5,1	2,0	14,2

Kilde: LPR3 pr. 11. juli 2020, LPR2 pr. 26. september 2020 og MiniPas pr. 1. juli 2019, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene for 2019 indeholder både data fra LPR2 (herunder MiniPas) og LPR3. Operationer hørende til kontakter, som er påvirket af forretningsfejl, er ekskluderet. Stigningen fra 2018 til 2019 skyldes i høj grad introduktion af koderne 'Implantat indsat' {KWAA01} og 'Implantat fjernet' {KWAB01}, der ikke er selvstændige operationer, og som blev introduceret i forbindelse med LPR3, hvor de fungerer som trigger for resultatindberetningen 'Implantatoplysninger' {RAA08}.

Tabel 16 viser antallet af operationer på private sygehuse og klinikker pr. år i perioden fra 2015 til 2019 fordelt på operationstype. Antallet af operationer inden for de forskellige operationstyper varierer i forskelligt omfang henover årene.

For de fleste operationstyper ses en stigning i antallet af operationer fra 2018 til 2019. De eneste operationstyper, som er faldet nævneværdigt, er "KE - Operationer på læber, tænder, kæber, mund og svælg" og "KH - Operationer på bryst". I begge tilfælde skyldes det enkelte private aktører, som har haft et forholdsvis stort fald i det indberettede antal operationer af de pågældende typer.

Den markante udvikling for operationstypen "KW - Procedurer udført i forbindelse med operation" skyldes introduktionen af koderne 'Implantat indsat' {KWAA01} og 'Implantat fjernet' {KWAB01}, som beskrevet ovenfor.

Tabel 16 Antal operationer på private sygehuse og klinikker pr. år fordelt på operationstype

	2015	2016	2017	2018	2019
KA - Operationer på nervesystemet	3.903	3.795	3.917	4.116	4.287
KB - Operationer på endokrine organer	67	77	45	21	21
KC - Operationer på øje og øjenomgivelser	15.191	18.404	20.504	21.088	22.493
KD - Operationer på øre, næse og strubehoved	6.764	12.009	12.964	11.251	11.326
KE - Operationer på læber, tænder, kæber, mund og svælg	1.106	1.170	1.005	1.211	948
KF - Operationer på hjerte og store intratorakale kar	65	71	24	11	4
KG - Operationer på åndedrætsorganer, brystkasse, mediastinum og diaphragma	12	22	13	14	19
KH - Operationer på bryst	4.807	5.142	5.853	6.415	5.257
KJ - Operationer på fordøjelsesorganer og milt	6.117	5.500	5.666	5.519	5.592
KK - Operationer på urinveje, mandlige kønsorganer og retroperitonealt væv	4.032	5.070	4.312	4.757	5.739
KL - Operationer på kvindelige kønsorganer	2.173	2.338	2.495	1.989	1.963
KM - Obstetriske operationer	3	0	0	0	1
KN - Operationer på bevægeapparatet	22.156	19.613	20.112	23.844	25.860
KP - Operationer på perifere kar og lymfesystem	1.931	2.516	2.841	3.764	4.461
KQ - Operationer på hud og underhud	8.571	8.781	10.121	10.325	11.404
KT - Mindre kirurgiske procedurer	5.883	8.286	8.415	9.470	10.055
KU - Endoskopier gennem naturlige og kunstige legemsåbninger	28.320	31.766	32.649	29.639	31.325
KW - Procedurer udført i forbindelse med operation	0	0	0	5	11.530
KY - Udtagninger af væv til transplantation	7	7	38	140	283
Total	110.917	124.404	130.931	133.578	152.568

Kilde: LPR3 pr. 11. juli 2020, LPR2 pr. 26. september 2020 og MiniPas pr. 1. juli 2019, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene for 2019 indeholder både data fra LPR2 (herunder MiniPas) og LPR3. Operationer hørende til kontakter, som er påvirket af forretningsfejl, er ekskluderet. Stigningen for operationstypen "KW - Procedurer udført i forbindelse med operation" skyldes introduktion af koderne 'Implantat indsat' {KWAA01} og 'Implantat fjernet' {KWAB01}, der ikke er selvstændige operationer, og som blev introduceret i forbindelse med LPR3, hvor de fungerer som trigger for resultatindberetningen 'Implantatoplysninger' {RAA08}.

7.3.2 Fysiske fremmøder

I det følgende beskrives udviklingen i antallet af fysiske fremmøder i perioden fra 2015 til 2019 for de private sygehuse og klinikker. Fysiske fremmøder i LPR2 er i det nedenstående defineret som indlæggelser, ambulante besøg og udvalgte ambulante procedurer uden besøg. Fysiske fremmøder i LPR3 er i det nedenstående defineret som kontakter med kontakttypen 'fysisk fremmøde' {ALCA00} samt udvalgte forløbsprocedurer. For en nærmere beskrivelse af den anvendte afgrænsning af fysiske fremmøder henvises til det tilsvarende afsnit for de offentlige sygehuse (afsnit 6.3.2).

Tabel 17 viser antallet af fysiske fremmøder på private sygehuse og klinikker pr. år i perioden fra 2015 til 2019 samt den årlige procentvise tilvækst. Af tabellen fremgår en forholdsvis stor stigning i antal fysiske fremmøder fra 2017 til 2018 og et lille fald fra 2018 til 2019.

Årsagen til den store stigning fra 2017 til 2018 skyldes delvist, at der i 2018 blev indberettet mere aktivitet hos et par af de store private sygehuse. Dertil er der i 2018 et par nye private sygehuse og klinikker, som startede med at indberette deres aktivitet til LPR, og som derfor ikke figurerer i optællingerne for de tidligere år.

Faldet fra 2018 til 2019 skyldes hovedsagligt et forholdsvist stort fald i aktivitet hos enkelte private sygehuse og afspejler således ikke en generel tendens for de private sygehuse og klinikker.

Tabel 17 Antal fysiske fremmøder på private sygehuse og klinikker pr. år og årlig procentvis tilvækst

	2015	2016	2017	2018	2019
Antal fysiske fremmøder	626.261	640.722	663.294	700.454	693.902
Årlig tilvækst (pct.)	-	2,3	3,5	5,6	-0,9

Kilde: LPR3 pr. 11. juli 2020, LPR2 pr. 26. september 2020 og MiniPas pr. 1. juli 2019, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene for 2019 indeholder både data fra LPR2 (herunder MiniPas) og LPR3. Kontakter, som er påvirket af forretningsfejl, er ekskluderet. Fysiske fremmøder i LPR2 er her defineret som indlæggelser, ambulante besøg og udvalgte ambulante procedurer uden besøg. Fysiske fremmøder i LPR3 er her defineret som kontakter med kontaktypen 'fysisk fremmøde' samt udvalgte forløbsprocedurer.

Tabel 18 viser antallet af fysiske fremmøder på private sygehuse og klinikker pr. år i perioden fra 2015 til 2019 fordelt på typen af aktionsdiagnose for det fysiske fremmøde. Antallet af fysiske fremmøder med de respektive aktionsdiagnoser varierer i forskelligt omfang henover årene.

Der ses en forholdsvis stor stigning i antallet af fysiske fremmøder med aktionsdiagnoser af typen "Kap. XXI: Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen [DZ00-DZ99]" fra 2018 til 2019. Denne forskel kan til dels tilskrives forskellen vedrørende aktionsdiagnoser på ambulante forløb i henholdsvis LPR2 og LPR3, som er beskrevet i afsnit 5.3.5 og 6.3.2.

Derudover ses en markant stigning i antallet af fysiske fremmøder med aktionsdiagnoser af typen "Kap. I: Visse infektiøse og parasitære sygdomme [DA00-DB99]". Denne stigning kan tilskrives et enkelt privat sygehus, der i 2019 mangedoblede antallet af fysiske fremmøder med denne diagnostype.

Tabel 18 Antal fysiske fremmøder på private sygehuse og klinikker pr. år fordelt på aktionsdiagnose

	2015	2016	2017	2018	2019
Kap. I: Visse infektiøse og parasitære sygdomme [DA00-DB99]	1.797	1.848	2.476	2.669	16.067
Kap. II: Neoplasmer [DC00-DD48]	7.971	7.590	9.489	9.015	6.984
Kap. III: Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse sygdomme, som inddrager immunsystemet [DD50-DD89]	390	288	207	290	227
Kap. IV: Endokrine, ernæringsbetingede og metaboliske sygdomme [DE00-DE90]	5.942	4.816	6.169	7.195	6.518
Kap. V: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser [DF00-DF99]	22.061	20.768	14.526	17.122	19.677
Kap. VI: Sygdomme i nervesystemet [DG00-DG99]	32.420	32.559	33.602	36.805	46.048
Kap. VII: Sygdomme i øje og øjenomgivelser [DH00-DH59]	39.285	48.972	56.640	55.460	46.503
Kap. VIII: Sygdomme i øre og processus mastoideus [DH60-DH95]	6.132	6.702	8.919	9.366	9.537
Kap. IX: Sygdomme i kredsløbsorganer [DI00-DI99]	15.404	18.865	16.246	17.272	11.575
Kap. X: Sygdomme i åndedrætsorganer [DJ00-DJ99]	13.256	14.279	14.776	16.910	13.053
Kap. XI: Sygdomme i fordøjelsesorganer [DK00-DK93]	20.854	17.965	17.607	18.557	15.316
Kap. XII: Sygdomme i hud og underhud [DL00-DL99]	12.520	13.481	17.134	19.461	17.830
Kap. XIII: Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv [DM00-DM99]	146.313	134.993	147.789	156.963	140.163
Kap. XIV: Sygdomme i urin- og kønsorganer [DN00-DN99]	23.116	22.063	23.629	22.408	21.515
Kap. XV: Graviditet, fødsel og barsel [DO00-DO99]	52	50	49	37	45
Kap. XVI: Visse sygdomme, der opstår i perinatalperiode [DP00-DP96]	39	23	14	10	12
Kap. XVII: Medfødte misdannelser og kromosomanomalier [DQ00-DQ99]	2.295	2.246	2.164	2.379	2.616
Kap. XVIII: Symptomer og abnorme fund IKA [DR00-DR99]	91.420	92.254	88.129	89.140	81.719
Kap. XIX: Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger [DS00-DT98]	25.293	23.769	26.030	28.930	27.110
Kap. XX: Ydre årsager til skade [DX60-DY09]	2	13	0	0	0
Kap. XXI: Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen [DZ00-DZ99]	159.600	177.164	177.696	190.372	211.122
Aktionsdiagnose mangler	0	0	2	20	250
Total	626.261	640.722	663.294	700.454	693.902

Kilde: LPR3 pr. 11. juli 2020, LPR2 pr. 26. september 2020 og MiniPas pr. 1. juli 2019, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene for 2019 indeholder både data fra LPR2 (herunder MiniPas) og LPR3. Kontakter, som er påvirket af forretningsfejl, er ekskluderet. Fysiske fremmøder i LPR2 er her defineret som indlæggelser, ambulante besøg og udvalgte ambulante procedurer uden besøg. Fysiske fremmøder i LPR3 er her defineret som kontakter med kontakttypen 'fysisk fremmøde' samt udvalgte forløbsprocedurer.

7.3.3 Patienter

Udviklingen i antallet af patienter opgøres i det nedenstående som antallet af unikke personer, der har haft kontakt til mindst ét privat sygehus eller klinik (som har indberettet til LPR i det pågældende år) i form af ét eller flere fysiske fremmøder i et givent år. Her er fysiske fremmøder defineret på samme måde som i det forgående afsnit 7.3.2.

Tabel 19 viser antallet af patienter med fysisk fremmøde på private sygehuse og klinikker pr. år i perioden fra 2015 til 2019 samt den årlige procentvise tilvækst. Jævnfør tabellen ses en stigning

i antal patienter fra 2017 til 2018, hvor også antallet af fysiske fremmøder steg (tabel 17). Der ses ligeledes en stigning i antal patienter fra 2018 til 2019, hvor der til gengæld var et fald i antallet af fysiske fremmøder (tabel 17). Dette skyldes, at de få private sygehuse, som står for størstedelen af faldet i fysiske fremmøder fra 2018 til 2019, ikke har et tilsvarende fald i antal patienter. Til gengæld er der et par store private sygehuse, som har en forholdsvis stor stigning i antal patienter, men som ikke har en tilsvarende stigning i antal fysiske fremmøder.

Tabel 19 Antal patienter med fysisk fremmøde på private sygehuse og klinikker pr. år og årlig procentvis tilvækst

	2015	2016	2017	2018	2019
Antal patienter	242.552	245.504	245.915	257.912	267.148
Årlig tilvækst (pct.)	-	1,2	0,2	4,9	3,6

Kilde: LPR3 pr. 11. juli 2020, LPR2 pr. 26. september 2020 og MiniPas pr. 1. juli 2019, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Tallene for 2019 indeholder både data fra LPR2 (herunder MiniPas) og LPR3. Kontakter, som er påvirket af forretningsfejl, er ekskluderet. Fysiske fremmøder i LPR2 er her defineret som indlæggelser, ambulante besøg og udvalgte ambulante procedurer uden besøg. Fysiske fremmøder i LPR3 er her defineret som kontakter med kontakttypen 'fysisk fremmøde' samt udvalgte forløbsprocedurer.

De overordnede analyser af operationer, fysiske fremmøder og antal patienter viser, at der generelt er udsving henover årene for de private sygehuse og klinikker. Eftersom der er mange parametre, som har indflydelse på aktiviteten på de private sygehuse og klinikker, er det ikke overraskende, at der ses udsving henover årene. Dertil er tallene følsomme over for ændringer hos blot én eller få private aktører, og særligt for dem med et væsentlig indberetningsvolumen. Udsving henover årene kan således være et udtryk for ændringer for en enkelt eller få private aktører, som ikke er en generel tendens blandt de øvrige private sygehuse og klinikker. Det er på baggrund af ovenstående analyser svært at konkludere, om og i givet fald i hvilket omfang aktiviteten indberettet af de private sygehuse og klinikker til LPR er påvirket af overgangen fra LPR2 til LPR3.

8. Henvisninger

- [1] **Datakvalitetsrapporter om LPR3**
<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygedomme-laegemidler-og-behandlinger/landspatientregisteret/landspatientregisteret-moderniseres>

- [2] **Indberetningsvejledning til LPR3 samt tilhørende bilag**
<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-patientregistrering/indberetning-lpr3>

- [3] **Fællesindhold for LPR2 samt tilhørende bilag**
<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-patientregistrering/patientregistrering-feallesindhold>

- [4] **Dokumentation af LPR på eSundhed**
<https://www.esundhed.dk/Dokumentation?rid=5>

- [5] **Kodelister til LPR3**
ftp://filer.nsi.dk/filer/sks/data/sks_xml/kodelister/

- [6] **Dokumentation af MiniPas på eSundhed**
<https://www.esundhed.dk/Dokumentation?rid=19>

- [7] **Sygehus-afdelingsklassifikationen (SHAK)**
<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-klassifikationer/afdelingsklassifikation>

- [8] **Sundhedsvæsenets Klassifikations System (SKS)**
<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-klassifikationer/sks-klassifikationer>

- [9] **Sundhedsvæsenets Organisationsregister (SOR)**
<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-organisationsregistrering>

[10] **Overgangsnotat for offentlige sygehuse**

<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-patientregistrering/indberetning-lpr3/overgangsnotater>

[11] **Overgangsnotat for private sygehuse og klinikker**

<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-patientregistrering/indberetning-lpr3/overgangsnotater>