

Analys av kvalitet på diagnosdata från Landstinget Kronoberg

Syfte med diagnosklassificering

Tillgång till information om patientens kontakter med hälso- och sjukvården är en förutsättning för att kunna beskriva hälsa och sjuklighet utifrån ett befolkningsperspektiv, följa och beskriva patientsammansättning, vårdkedjor och vårdkontakter, medicinsk praxis, kvalitet, effektivitet, diagnosrelaterade kostnader och utveckling av vården.

För beslutsfattare och vårdgivare bidrar uppgifterna som underlag för styrning och ledning av hälso- och sjukvårdens verksamheter. Uppgifterna kan användas för att utveckla den egna verksamheten och för att ge medborgarna insyn i hur vårdens kvalitet utvecklas.

Uppgiftsinsamlingen ger också underlag som kan bidra till att stärka den medicinska forskningen i Sverige så att ny kunskap kan återföras till vårdgivarna. Medicinska data används även i viss utsträckning som underlag för ersättning.

Enligt förordningen SOSFS 2009:26 från Socialstyrelsen föreligger för sjukvårdens huvudmän följande skyldighet:

Huvudmannen ansvarar för att för all slutenvård och för läkarbesök i öppenvård rapporteras till Socialstyrelsens Patientregister (PAR) diagnoser (enligt diagnosklassifikationen ICD-10-SE) samt de åtgärder (enligt åtgärdsklassifikationen KVÅ) som utförts.

För att möjliggöra att insamlade uppgifter om vården kan användas för de ovan angivna tillämpningsområdena är det av största vikt att de regler och anvisningar som finns för respektive klassifikation tillämpas på ett korrekt sätt.

Södra Regionvårdsnämnden (SRVN) har genomfört en kvalitetsgranskning av 2012 års diagnosregister från Region Skåne, Region Halland, Landstinget Kronoberg och Landstinget Blekinge. Granskningen har gjorts genom en automatiserad analys av databaserna från respektive landsting med hjälp av produkterna DRG QA från Datawell AB och Clinical Validation Rule Base (CVRB) från Sequelae AB.

Produkterna, DRG QA och CVRB som används i den automatiserade analysen kan dels indikera att en felaktig kodning gjorts (*"Denna diagnoskod ska ej användas som kod för huvuddiagnosen"*) och dels indikera ett potentiellt kodningsfel (*"Denna kod bör ej användas som bidiagnoskod"*). De potentiella felen indikerar att den kodning som gjorts inte behöver vara felaktig men är det sannolikt i de flesta fall. För att med säkerhet kunna avgöra om de potentiella felen är faktiska fel måste journaldokumentationen gås igenom.

Sammanfattning av analysresultaten för Landstinget Kronoberg

Cirka 23 % av de analyserade vårdtillfällena från Kronoberg fick en ”träff” som indikerade ett fastställt eller ett potentiellt fel i diagnoskodningen. Region Skåne hade 9 % ”träff” medan Halland hade 10 % och Blekinge 15 %.

Analysresultatet av data från LK avviker i två avseenden väsentligt från de övrigas analysresultat.

1/ 3.963 vårdtillfällena (14 % av samtliga vtf i LK) har en så kallad orsakskod som kod för huvuddiagnosen vilket är felaktigt. En orsakskod (finns i kapitel 20 i ICD-10-SE) kan endast registreras till tilläggskod till en annan diagnoskod som anger vilken skada (finns i kapitel 19 i ICD-10-SE) patienten råkat ut för. En orsakskod kan aldrig vara huvuddiagnoskod. Anledningen till detta fel ska enligt uppgift inte bero på felaktig primärklassificering utan på felaktighet vid hantering av databasen.

2/ I de data som levererats för analys förekommer R69.9 *Okända och icke specificerade orsaker till sjuklighet* mycket frekvent, inte minst som kod för huvuddiagnosen. Denna kod ska endast användas i mycket speciella undantagsfall och definitivt inte i slutenvård. Enligt uppgift används R69.9 i LK som en diagnoskod för internt bruk och den ska exkluderas vid uttag från databasen. Denna exkludering har dock inte gjorts på ett korrekt sätt vid det aktuella databasuttaget.

Ett annat ofta förekommande fel i LK är att man på flera kliniker registrerat vissa koder från kapitel 21 (Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården) i ICD-10-SE som bidiagnoskoder vilket vissa av dessa inte får registreras som. Dessa kan endast registreras som kod för huvuddiagnos för att ange den huvudsakliga anledningen till kontakt med hälso- och sjukvården. En möjlig förklaring till dessa fel kan vara en missuppfattning om att koder från Z-kapitlet kan registreras för utförda åtgärder. En utförd åtgärd registreras med en åtgärdskod från Klassifikation av Vårdåtgärder KVÅ).

Inom obstetrik har man dessutom registrerat förlossningskoder från diagnoskategorierna O80-O84 som bidiagnoskoder. Sedan 2005 ska alla förlossningsvårdtillfällena kodas med förlossningskod som huvuddiagnos och O80-O84 får ej förekomma som bidiagnoskoder.