

## Analys av kvalitet på diagnosdata från Region Halland

### 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.

Januari 2014

### **Sammanfattning av analysresultaten för Region Halland**

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

Det vanligaste felet i Halland (29 %) var att man registrerat en diagnoskod som kod för en bidiagnos trots att den endast kan registreras som huvuddiagnoskod.

20 % av ”träffarna” berodde på att man hade registrerat en diagnoskod som endast i mycket speciella undantagsfall är aktuell att använda. I de flesta fallen var den sannolikt felanvänd.

20 % berodde på att man kombinerat koder som inte kan kombineras till exempel för att den ena koden beskriver en sjukdom som utesluter den andra koden.

10 % berodde på att man registrerat en kod för huvuddiagnosen som endast i mycket speciella undantagsfall ska användas för huvuddiagnosen. I de flesta fallen var den sannolikt felanvänd.