

Implementering av NordDRG-CC I Stockholms läns Landsting 2013

Leif Sjöman och Stig Hagström

Stockholms läns landsting
Utvecklingsavdelningen
Vårdinformatik och Ersättningsmodeller

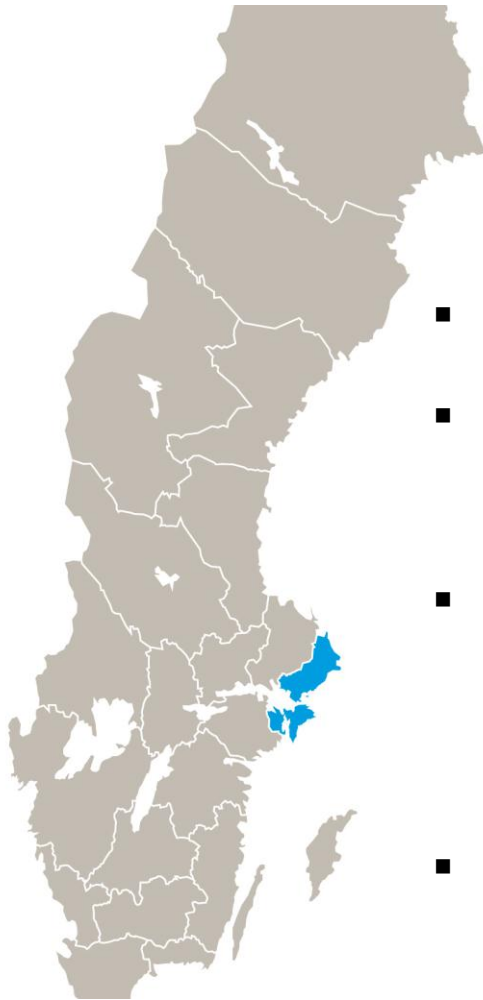
[Vilka är vi?](#)



Fakta



Stockholms läns Landsting



- 26 kommuner
- Lite över 2,1 milj innevånare
- Befolkningen växer med drygt 35,000 innevånare per år.
- En av Europas snabbast växande regioner.



Hälso- och sjukvården har en budget på drygt 50 mdr

Somatisk vård:	45%
Primärvård:	17%
Psykiatrisk vård:	11%
Geriatrisk vård:	5%
Läkemedel:	9%
Tandvård:	2%
Hjälpmedel:	3%
Habilitering:	1%



Antalet anställda

Hälso-och sjukvård inkl Tandvård 35 800

▪ Sjuksköterskor	12 800
▪ Läkare	6 500
▪ Undersköterskor	5 500
▪ Administrativ personal	4 700
▪ Medicinska sekreterare	1 600
▪ Biomedicinska analytiker	1 300
▪ Psykologer	1 000
▪ Tandsköterskor	900
▪ Fysioterapeuter	800
▪ Övriga	700





Hände något oväntat när CC-grupperaren infördes 2013 i Stockholms läns landsting???



1852 - Casemix classification

Casemix classification was first suggested by Florence Nightingale in 1852

“She stated that **a system for categorising cases needed to be developed in order to analyse the costs and benefits of the treatment given patients with differing illnesses.**”

She believed that it was necessary to classify cases so that they could be grouped according to illness, and treatment patterns studied.”



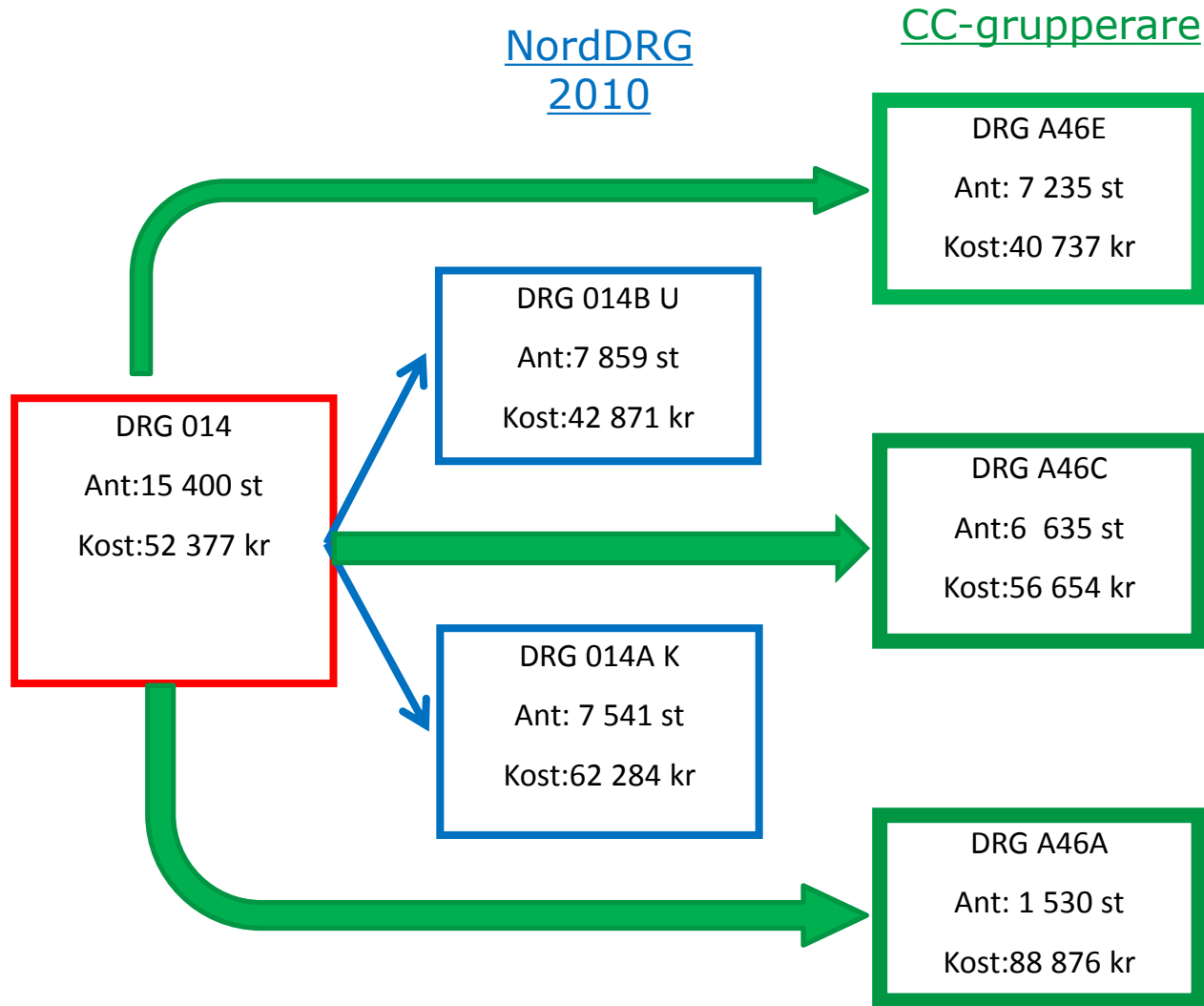
Casemix classification systems

ROBERT B FETTER

Robert B Fetter is Professor Emeritus, Yale University.

Australian Health Review [Vol 22 • No 2] 1999

STROKE – utveckling av grupper





Hälso och sjukvård:

- somatik
- psykiatri
- geriatrik
- tandvård
- rehabilitering

Metod?

Stockholms läns landstings databas for sjukvård (VAL):

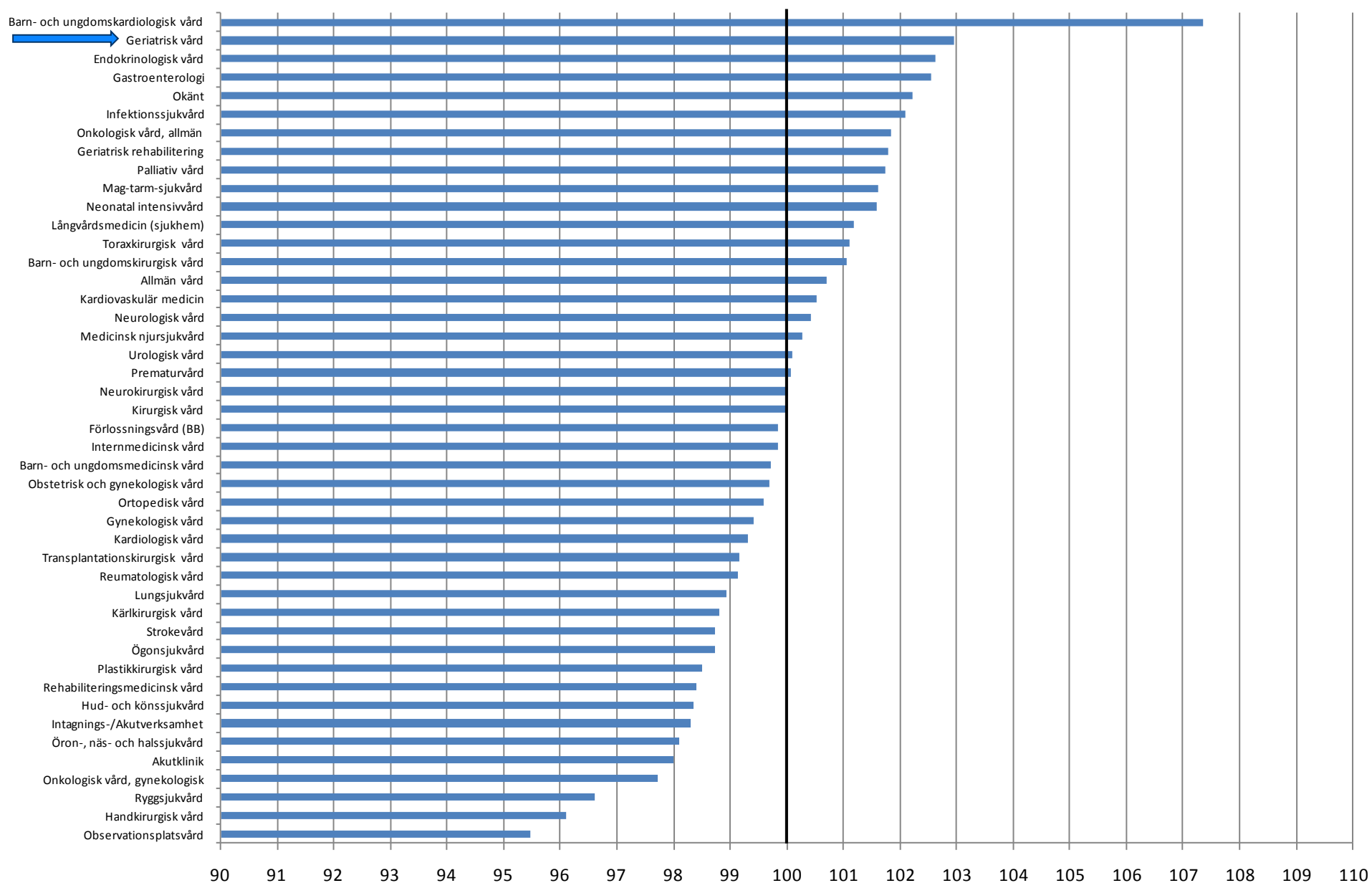
- Somatik 9 producenter, 6 offentliga och 3 privata (266 000 vtf)
- Geriatrik 10 producenter, 4 offentlig och 6 privata (30 000 vtf)

Patient data for 2012, 2013 och 2014

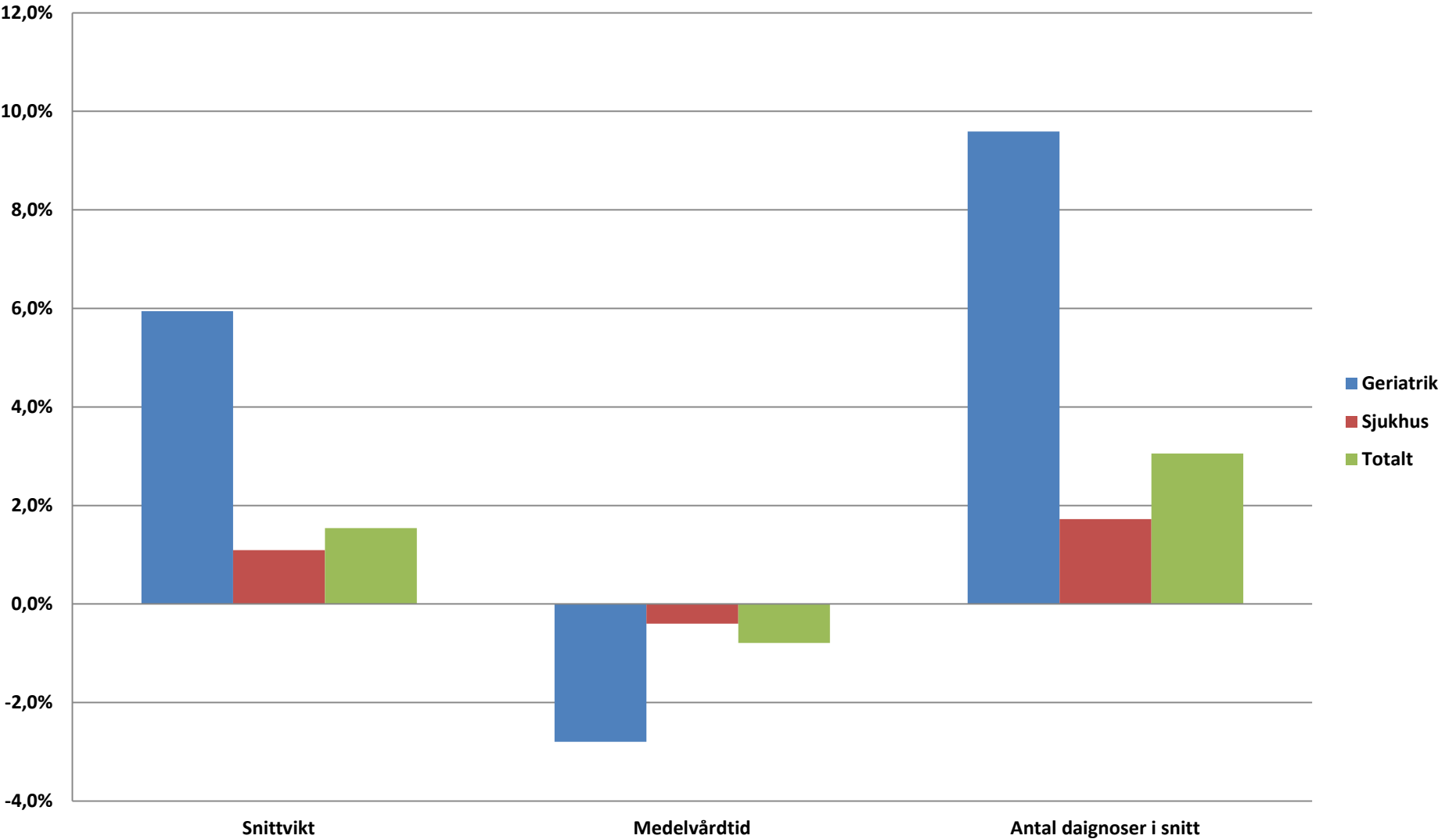
NordDRG-CC grupperare för 2014

Nationell viktlista för 2014

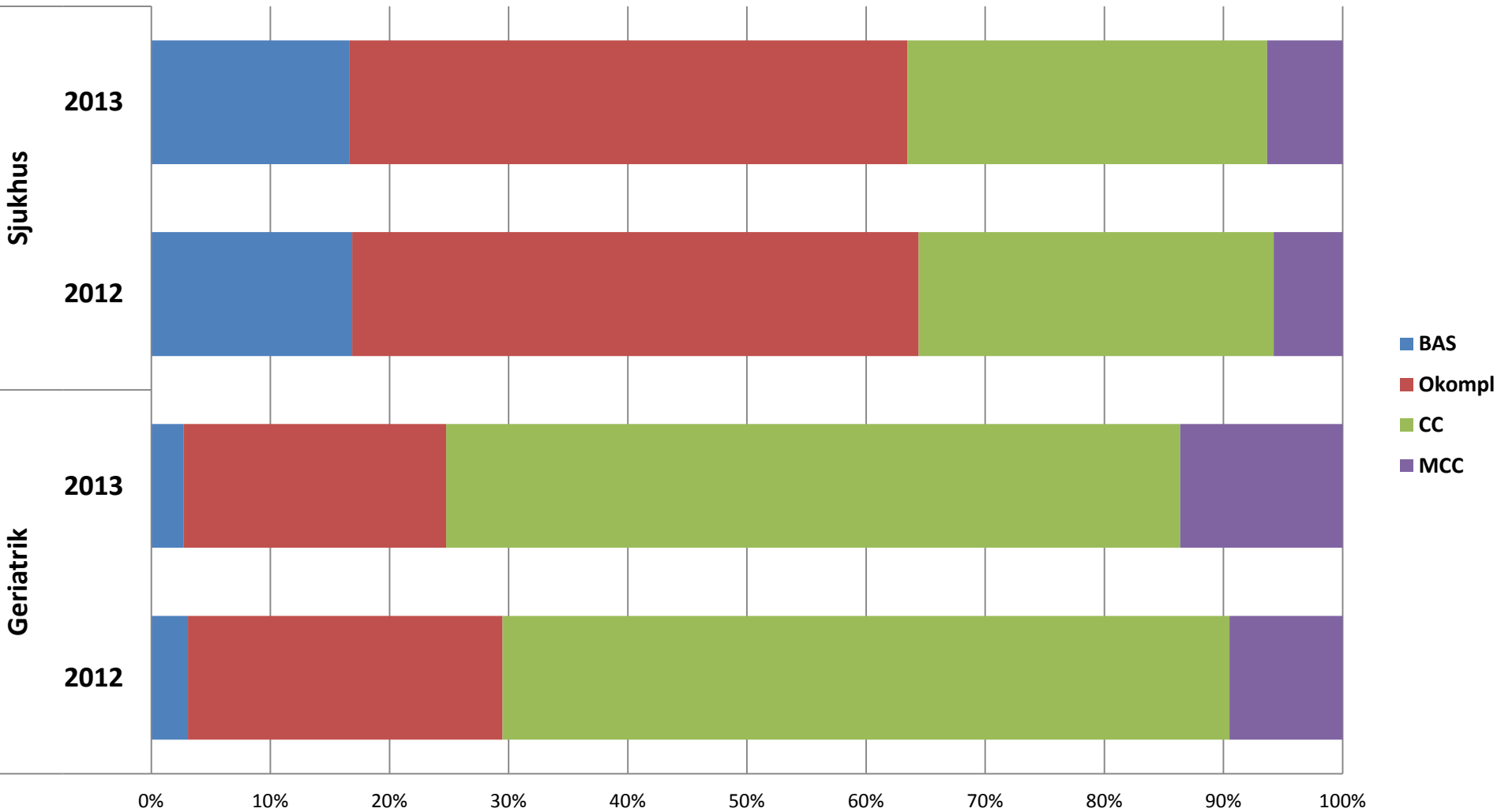
Förväntat resultat när CC-grupperaren infördes 2013



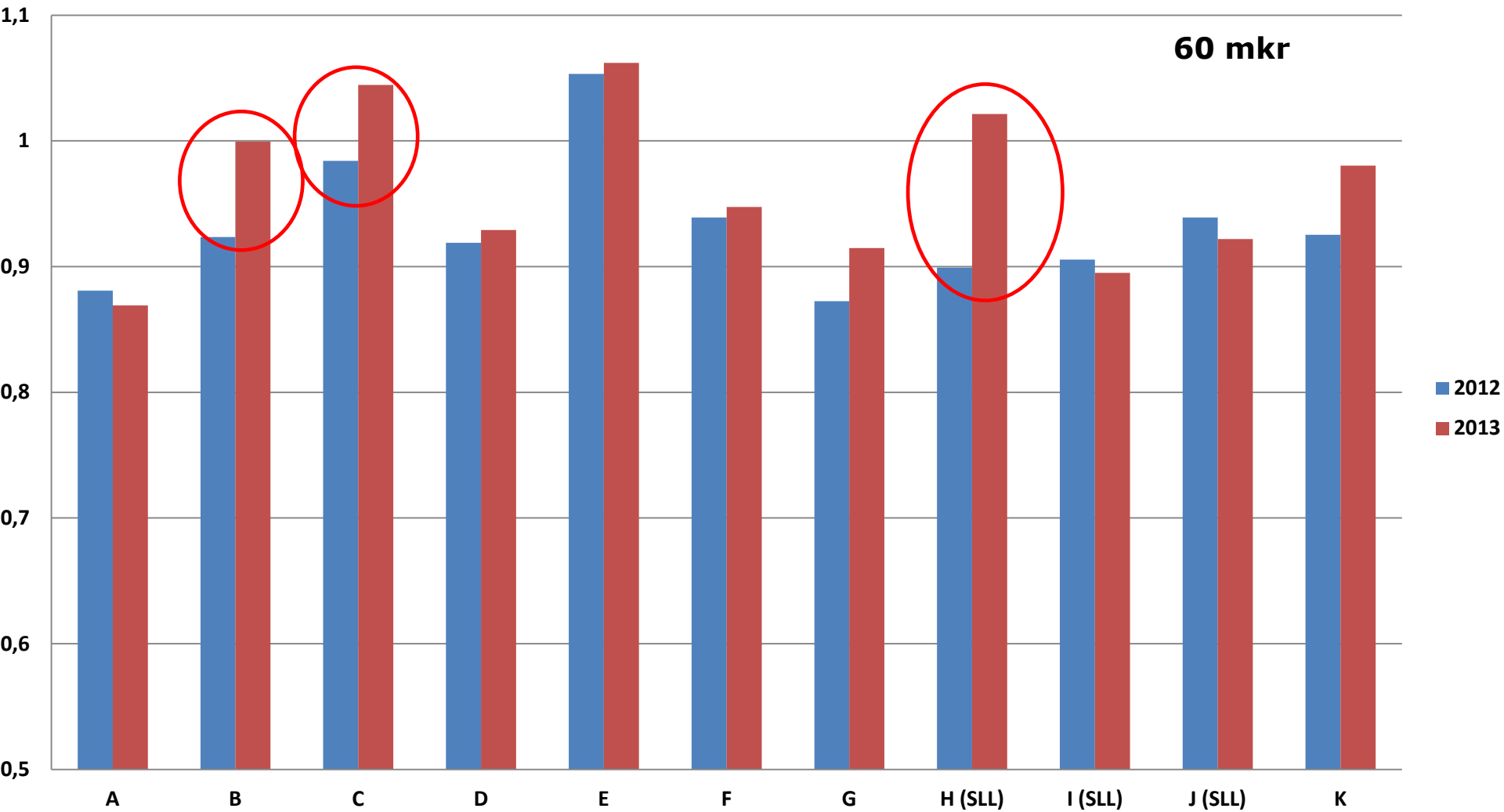
Förändringar 2013-2012



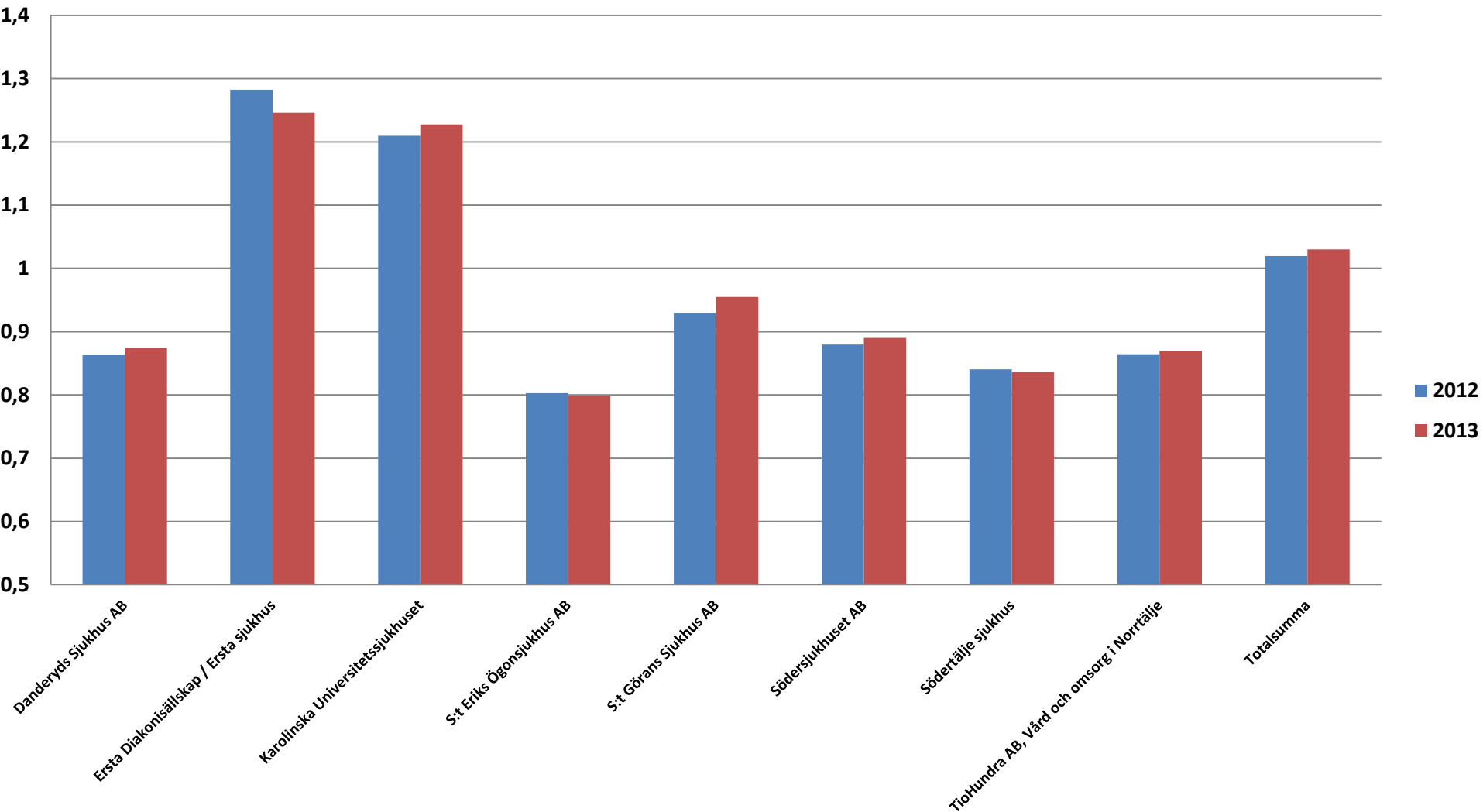
Förändringar CC-nivå DRG



Snittvikt per vårdgivare Geriatrik



Snittvikt per vårdgivare Somatik (Akutsjukhus)



Producenterna ersätts till 100% med DRG

Producenterna är tillåtna en årlig viktglidning enligt avtal 0,5% (somatik) och 3% (geriatrik)

Förhandlingar mellan beställare och producenter om "viktglidning" över avtalad nivå skall ersättas



Dessa data ledde till en revision av
vårdgivarna avseende Geriatrisk vård
I denna fann man ett nytt "mönster"
vid val av huvud- och bidiagnos

Exempel på huvuddiagnos som registrerats 2013 "inte" 2012

R29.6 Fallbenägenhet som ej klassificeras anorstädes

F05.0 Delirium utan underliggande demenssjukdom

M80 Osteoporos med patologiska frakturer

M81 Osteoporos utan pateologisk fraktur

DRG "creep"



Refererar till att vårdgivare medvetet grupperar om patienter till DRG med högre vikt för att kunna öka vårdgivarens intäkter. Exempel är "upgrading" och "upcoding".

RESULTAT FRÅN REVISION AV GERIATRISK VÅRD INOM SLL

Inom SLL framgick att primärklassificeringen inom vissa geriatriska kliniker förändrats i väsentlig omfattning mellan 2012 och 2013.



- Har patienternas medicinska komplexitet ökat eller har man från 2013 ändrat rutiner för diagnosrapportering och rapporterat fler av patienternas medicinska problem?
- Har rutinerna för rapportering av huvuddiagnos ändrats, och om så är fallet, vilket är kunskapsunderlaget för detta? Är det nya riktlinjer från Socialstyrelsen, direkt information från Socialstyrelsens klassifikationsenhet eller annan informationskälla?



Revision av diagnosklassificering 2013 vid fyra geriatriska kliniker med avtal med SLL

Urvalet i denna revision är ett så kallat **problemorienterat urval**. Med det avses att urvalet har gjorts av vårdtillfällen för vilka man, av ett eller flera skäl, vill analysera korrektheten i kodningen. I denna revision har framförallt **granskats vårdtillfällen med en huvuddiagnoskod som i antal ökat väsentligt 2013 jämfört med 2012**. Enligt erfarenheter från tidigare revisioner ökar ett problemorienterat urval sannolikheten för att andelen fel är högre än vid ett helt slumpmässigt urval.

Frågeställningar

Har val av huvuddiagnos gjorts enligt gällande regelverk?

Är de kodade och rapporterade diagnoserna dokumenterade i journalen?

Finns dokumenterade diagnoser som ej är kodade och rapporterade?



Det ursprungliga urvalet bestod av sammanlagt 394 vårdtillfällen för de fyra klinikerna (3 privata 1 SLL enhet).

Revisorerna granskade 314 av dessa och bedömde att 268 av dem **(85%)** hade en felaktigt angiven huvuddiagnos.



Huvuddiagnos	Antal 2012	Antal 2013	För- ändring
R29.6 Fallbenägenhet	0	320	100,0%
F05.0 Delirium utan under-liggande demenssjukdom	2	101	98,0%
M80.- Osteoporos med patologiska frakturer	35	70	50,0%
M81.- Osteoporos utan patologisk fraktur	1	30	96,7%
F06.7 Lindrig kognitiv störning	19	83	77,1%

Huvuddiagnos	Antal 2012	Antal 2013	För- ändring
F06.7 Lindrig kognitiv störning	21	115	81,7%
I69.- Sena effekter av cerebral infarkt	27	101	73,3%
N18.9 Kronisk njursvikt	12	72	83,3%
L97.9 Bensår som ej klassificeras annorstädes	15	68	77,9%
F03.9 Ospecificerad demens	25	62	59,7%
F05.9 Delirium, ospecificerat	21	63	66,7%
M80.- Osteoporos med patologiska frakturer	5	49	89,8%

Huvuddiagnos	Antal 2012	Antal 2013	För- ändring
M80.- Osteoporos med patologiska frakturer	19	426	95,5%
A41.9 Sepsis UNS	34	53	35,8%
F00.- Demens vid Alzheimers sjukdom	38	79	51,9%
F01.9 Vaskulär demens	12	32	62,5%



Huvuddiagnoskod	Klartext	Urvalsstorlek	Antal granskade	Antal fel huvuddiagnoskod	Andel fel %
R29.6	Fallbenägenhet	60	40	38	95,0%
F05.0	Delirium utan underliggande demens	25	15	14	93,3%
M80.-	Osteoporos med patologiska frakturer	30	20	17	85,0%
M81.9	Osteoporos utan patologisk fraktur	10	9	9	100,0%
F06.7	Lindrig kognitiv störning	20	10	10	100,0%
E86.9	Dehydrering	10	10	10	100,0%
	Summa:	155	104	98	94,2%

Huvuddiagnoskod	Klartext	Urvalsstorlek	Antal granskade	Antal fel huvuddiagnoskod	Andel fel %
F06.7	Lindrig kognitiv störning	20	20	16	80,0%
I69.3	Sena effekter av cerebral infarkt	20	19	19	100,0%
N18.9	Kronisk njursvikt	10	10	8	80,0%
L97.9	Bensår som ej klassificeras annorstädes	10	10	7	70,0%
F03.9	Ospecificerad demens	10	10	8	80,0%
F05.9	Delirium, ospecificerat	10	0		
M80.-	Osteoporos med patologiska frakturer	15	0		
	Summa:	95	69	58	84,1%

Huvuddiagnoskod	Klartext	Urvalsstorlek	Antal granskade	Antal fel huvuddiagnoskod	Andel fel %
M80.-	Osteoporos med patologiska frakturer	70	70	66	94,3%
A41.9	Sepsis UNS	15	15	14	93,3%
F00.-	Demens vid Alzheimers sjukdom	10	10	6	60,0%
F01.9	Vaskulär demens	10	10	4	40,0%
	Summa:	105	105	90	85,7%



R29.6 Fallbenägenhet

På en av klinikerna har man under 2013 rapporterat R29.6 som huvuddiagnoskod för 320 vårdtillfällen jämfört med inget vårdtillfälle 2012.

Fallbenägenhet ska anges som huvuddiagnos vid habituell, det vill säga upprepad fallbenägenhet, och då orsaken är hög ålder eller andra oklara hälsoproblem. Om patient vid fallet fått en aktuell skada som är orsak till vården ska den anges som huvuddiagnos. Om det finns andra orsaker till fallbenägenheten som till exempel gångsvårigheter, svimning och kollaps eller yrsel och svindel ska dessa anges som huvuddiagnos.

Revisorerna har bedömt R29.6 som felaktigt rapporterat av flera olika skäl:

- Fallet beror på något av ovanstående tillstånd
- Dokumentation om att patienten fallit saknas
- Patienten har fallit en gång och fått en skada som angivits som bidiagnos.

M80.- Osteoporos med patologisk fraktur och M81.- Osteoporos utan patologisk fraktur Frakturkod (S-kod) ska väljas som huvuddiagnos vid alla akuta frakturer efter nyligen genomgången trauma. Om den traumatiska frakturen förekommer i osteoporotiskt skelett kan man som bidiagnos lägga till kod från M80.- Osteoporos med patologisk fraktur. Exempel:

- Patient som läggs in på ortopedien och vidareflyttas till geriatriken för fortsatt vård efter operation:
 - Spikad höftfraktur ska ha huvuddiagnos höftfraktur (S72.-) vid fortsatt vård på geriatrisk klinik
 - Insatt höftprotes ska ha huvuddiagnos Z96.6F Förekomst av ortopediskt ledimplantat i höftled då frakturen inte längre föreligger

M80.- ska anges som bidiagnoskod under förutsättning att det är verifierat i journalen att patienten har en osteoporos.

Vid färsk fraktur i osteoporotiskt skelett utan trauma eller vid minimalt trauma ska rapporteras M80.- som huvuddiagnoskod. (I första hand för färsk kotkompressioner utan känt trauma). M48.5 kan rapporteras som tilläggkod för att markera att det rör sig om just kompression i kota.

Ryggsmärter som beror på gammal ryggskada/röntgenologiskt bedömd kotkompression av äldre datum ska rapporteras med huvuddiagnos ryggsmärta (M54.9) med tillägg av M81.- Osteoporos utan patologisk fraktur om osteoporosen är verifierad i journalen. M48.5 Kotkompression kan läggas till.

För de granskade vårdtillfällena har i stor utsträckning en kod för osteoporosen felaktigt valts som huvuddiagnoskod. Man har alltså på de berörda klinikerna inte tillämpat de ovan beskrivna kodningsprinciperna för patienter med osteoporos som fått en akut skada. I relativt många fall saknas dessutom dokumentation om att patienten har osteoporos, trots att den är kodad.

Ett vanligt **fel** som revisorerna noterat är att man ofta valt patientens **bakomliggande kroniska sjukdom** (till exempel osteoporos, demens, kronisk njursvikt) som huvuddiagnos istället för **det akuta problemet** (till exempel höftfraktur, hjärtsvikt, urinvägsinfektion) som har varit den huvudsakliga orsaken till vård vid det aktuella vårdtillfället.



2013



BLEV DET BÄTTRE ?

	2012	2013	2014
R296 Fallbenägenhet, som ej klass annorstädes	1	426	15
F050 Delirium utan underliggande demenssjukdo	27	132	115
M80.- Osteoporos med patologiska frakturer	45	111	68
M81.- Osteoporos utan patologisk fraktur	2	32	6
F067 Lindrig kognitiv störning	50	94	52

	2012	2013	2014
F067 Lindrig kognitiv störning	34	133	70
I69.- Sena effekter av cerebral infarkt	47	120	50
N189 Kronisk njursvikt, ospecificerad	14	81	6
L979 Bensår som ej klassificeras annorstädes	27	82	55
F039 Ospecificerad demens	42	73	28
F059 Delirium, ospecificerat	47	72	41
M80.- Osteoporos med patologiska frakturer	32	115	81

	2012	2013	2014
M80.- Osteoporos med patologiska frakturer	76	492	100
A419 Sepsis, ospecificerad	40	63	50
F00.- Demens vid Alzheimers sjukdom	55	87	49
F019 Vaskulär demens, ospecificerad	18	39	46

Vårdgivarna var oense med granskarna.

”Dom är ju inte Geriatriker!!!”

Gäller andra regler för Geriatrik?

Är reglerna anpassade för Somatiken!

Kommer t ex primärvården att kräva andra regler?

Lite Umemål

I hava fådd schlatter te knea

= **Jag har ont i knäet** (M00.8G, M00.9G, M07.3G , M10.0G o.s.v.)

Ja ha vorte huvvevill, ömmerikring

= **Jag är yr i huvudet** (F07.2, F41.0, F48.0, H81.1 o.s.v)

Vi behöver ett gemensamt språk för
beskrivning av hälso- och sjukvård

Tack för er uppmärksamhet

