



## **Socialstyrelsen begär ”för” mycket av andra – och gör inte så mycket själva?**

Anders Jacobsson inleder med att säga att han varit med på våra dagar i fem år nu och att kodningskvaliteten i PAR (Patientregistret) bara blir bättre.

Han nämner att man i Australien använder ”PICQ performance indicator for coding quality”. (Vilket presenterades under fortbildningsdagarna 2006 i Göteborg. Du hittar presentationen här: [http://www.rdk2001.se/rdk2001/extern/goteborg\\_2006.htm](http://www.rdk2001.se/rdk2001/extern/goteborg_2006.htm) ).

- Vi har försökt att utveckla en egen variant med tre typer av indikatorer, beskriver Anders.

1. uppenbara fel som är lätta att hitta och som man inte behöver kodningsutbildning i för att se. 2. underkodning trots att klassifikationen ger möjlighet till en bättre detaljeringsgrad genom att använda tilläggskodning. 3. Oprecis kodning

### **1. Uppenbara fel**

Felaktig kod för huvud eller bidiagnos eller yttre orsak saknas för skador eller förgiftningar. Finns tydliga referenser i ICD-10 eller vägledning i den lagtext som styr patientregister.

T ex kod för bakterien som huvuddiagnos, antibiotikaresistens som huvuddiagnos

Lite svårare att bedöma cytostatika- respektive strålbehandling som bidiagnos det står inte tydligt och klart i anvisningarna att de inte ska användas som bidiagnos.

Däremot finns både ”SIRS och sepsiskodning” både i anvisningar och i ICD-10.

Inledningssidorna finns ju tyvärr inte i nytrycket, som har anvisning för ”sequelekodning”.

### **2. Underkodning**

Att man använder tilläggs-koder ex toxisk lunginflammation med tilläggs-kod för resistens mot antibiotika odlingar, görs nästan alltid en resistensbedömning som gör att det går att koda för.

### **3. Oprecis kodning**

Bristande precision, ospecificerade etiologi, ospec kod när det finns alternativ.

Urinvägsinfektioner med diagnoskoder pyelit N10.9, cystit N30.0, urinvägsinfektion N39.0, N39.0A Asymtomatisk urinvägsinfektion

Vi vill ha bort den oprecisa koden N39.0

Andra superklasskoder R69.9 och Z04.9 det är nästan lika illa som att lämna tomt fält.

### **Uppenbara fel SV 2011 års uppgifter**

Landsting Kronoberg sticker ut lite extra med Växjö lasarett (obestrik och gyn) där 70% inte har någon huvuddiagnos. Det här gör att vi kan ha en dialog med dem som arbetar där menar Anders.

Landstinget Gävleborg kommer på andra plats man har inte så mycket tomt, huvuddiagnos anges till själva ”förlossningsutfallet” där Gävle sjukhus sätter ”förlossningskod” som bidiagnos tvärt emot nationella regelverket och det öppnar också upp för dialog.

Landstinget Östergötland rapporterar Universitetssjukhuset Linköping ”strålbehandling” (Radioterapeutisk behandling) som bidiagnos och dialysvård som bidiagnos.

Om alla använde tilläggs-koder på det sätt som Region Halland gör så skulle vi få mer kvalitet i PAR.



### **Oprecis kodning**

Samma kod för akutbesök som sedan fortsätter in i sluten vård svarar Landstinget Kronoberg för med R69.9 för akutbesök som sedan leder till inskrivning och det ser inte ut som en äkta dubblett. Vi måste ha exakt samma diagnoskod för att kunna veta. Mona Heurgren sände ut en uppmaning för några år sedan om att akutbesök som leder till inskrivning inte ska rapporteras in till patientregistret, vilket inte fungerar från Landstinget Kalmar som ändå rapporterar in de akutbesöken som leder till inskrivning.

*Sammanställt av Irene Bohlin för RDK-styrelse och fortbildningsdagar 2013*

#### Styrelsen reflekterar över möjliga felkällor:

Inga utbildade kodare?

Utbildade kodare som inte får koda från gällande regelverk?

Utbildade kodare används inte för kodning inom verksamheten?

Utbildade kodare har flyttat uppåt i heriarkin och ingen påfyllnad har skett?

Utbildade kodare har blivit pensionist?

Envisa vårdmänniskor, okunniga om regelverket, bestämmer

Uttag av datauppgifter kan inte "filtrera" bort det som inte ska inrapporteras?

Uttag av datauppgifter görs av med okunskap om rapporteringsskyldigheten i SOSFS:en?