

Regional rutin

Sjukdomsklassifikation

Länsgemensamt arbetssätt är en förutsättning för att nå målet med en gemensam vårdinformationsmiljö. Rutinen ska underlätta och tydliggöra samarbetet mellan Västra Götalandsregionen (VGR), privata vårdgivare med avtal med VGR och de 49 kommunerna i Västra Götaland.

Syfte

Rutin för tydliggörande av ansvar och ramverk för sjukdomsklassifikation.

Bakgrund

Diagnoser klassificeras enligt Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10-SE) och åtgärder enligt Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).

Det primära syftet med sjukdomsklassifikation är att möjliggöra beskrivning av sjukdomar och andra hälsoproblem som är orsak till kontakt med hälso- och sjukvården eller orsak till dödsfall samt de åtgärder som sjukvården ger.

Arbetsbeskrivning

Begreppsbeskrivning

DRG: Diagnosrelaterade grupper. System för sekundärklassificering där vårdkontakter delas in i grupper som är medicinskt och resursmässigt lika. Syftet med DRG är att på ett mer överskådligt sätt beskriva sjukligheten i befolkningen och den vård som sjukvården har givit. Används i många olika sammanhang, bland annat för verksamhetsbeskrivning på sjukhusen

ACG: Adjusted clinical groups. Metod för att kategorisera patienters sjukdomar genom att gruppera olika diagnoser. Bygger på diagnoser registrerade de senaste 18 månaderna och avgör individernas sjuklighet och behov av vårdinsatser framåt i tiden. Används för beräkning av ersättningen till vårdcentralerna inom Vårdval Vårdcentral i Västra Götalandsregionen.

ICD-10: Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem framtagen av Världshälsoorganisationen, WHO. Används för patientstatistik i öppen- och slutenvård och i regionala och nationella register samt inom forskning, sjukförsäkring, statistik och registrering av dödsorsaker.

KVÅ: Klassifikation av vårdåtgärder. Är en nationell klassifikation förvaltat av Socialstyrelsen. Innehåller både kirurgiska och icke kirurgiska/medicinska åtgärder. Ger underlag till statistisk beskrivning av vårdens innehåll. Utöver de nationella åtgärderna finns även regionala koder.

ATC: Anatomical Therapeutic Chemical classification system. Klassificering av läkemedel. Varje läkemedel har en unik ATC-kod.

Vårdhändelse: Den situation vid vilken det aktualiseras att göra något för en patient. En sådan åtgärd kan vara administrativ eller klinisk, kan utföras av olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården och är oberoende av om patienten är fysiskt närvarande eller inte.

Sammanhållen vårdhändelse: I slutenvård används en sammanhållen vårdhändelse från inskrivning till utskrivning på samma förvaltning, oavsett antalet överflyttningar mellan olika specialiteter. Även öppenvård, inklusive akutsjukvård, som resulterar i direkt inskrivning ingår i den sammanhållna vårdhändelsen.

Administrativ vårdhändelse: Administrativa vårdhändelser är kopplade till en sammanhållen vårdhändelse och skapas automatiskt. Syftet är att dela upp sammanhållna vårdhändelser, som sträcker sig över öppen-/akutsjukvård och slutenvård inom somatik och psykiatri, för kodning, registrering, patientavgifter och uppföljning. Används endast av sjukhusförvaltningarna.

Vad ska klassificeras/kodas?

Vårdhändelser i öppenvård och slutenvård som är obligatoriska att registrera ska även klassificeras. Klassificering innebär diagnos- och åtgärdskodning enligt Socialstyrelsens regelverk. Det

inkluderar besök och distanskontakt (videolänk, telefonsamtal och skriftliga digitala kontakter som ersätter besök).

Vid en vårdhändelse ska alltid en huvuddiagnos registreras/klassificeras. Även relevanta bidiagnoser och eventuella vårdåtgärder ska registreras/klassificeras innan den sparas i Millennium. I övrigt ska nationella, regionala och förvaltnings specifika regler för sjukdomsklassifikation följas.

Regler i Klassificeringsmodulen

Registreringen i patientadministrativa modulen styr vilka vårdhändelser som hamnar i uppgiftskön.

Uppgifter från registreringen kommer automatiskt generera "administrativa" KVÅ-koder. Framför allt handlar det om koder som krävs för korrekt DRG-gruppering som exempelvis yrkeskategori och vårdform. Dessutom genereras koder för telefonkontakter och digitala besök. Alla vårdhändelser inom primärvård får en KVÅ-kod som heter Primärvård, som styr vårdhändelserna till primärvårdsspecifika DRG-grupper.

Dessa "administrativa" KVÅ-koder går att ta bort eller korrigeras av användaren. Majoriteten av öppenvårdsbesöken går inte att spara utan koder för yrkeskategori och vårdform.

Primärvården kommer fortfarande använda ACG enligt nuvarande modell. DRG-grupperingen görs på grund av systemets funktionalitet.

Vid avsaknad av väsentlig information vid klassifikationen kommer vårdkontakten inte kunna grupperas. Det innebär att Millennium stoppar användare från att spara kodningen och den måste korrigeras innan man kan gå vidare. Det gäller exempelvis om huvuddiagnos saknas eller om det inte finns något registrerat kön på patienten, patienten är för ung eller för gammal för diagnosen. Även ogiltiga huvuddiagnoser och ospecificerade eller omöjliga åtgärder stoppas.

En kombination av diagnoser som hamnar i DRG-grupper som antyder att kombinationen av diagnos och åtgärd är sällsynt eller felaktig stoppas inte i systemet. Alla dessa DRG-grupperingar fångas upp i en realtidsrapport för kontroll och eventuell korrigerings.

Inom sjukdomsklassifikation finns det tre rapporter: en för felaktiga DRG-grupper som innefattar DRG-grupper som har sällsynta eller felaktiga kombinationer, samt en vardera för

kodning saknas eller ej utförd inom öppenvård och slutenvård, där vårdhändelser som behöver klassificeras kan ses.

Uppgiftskö

Uppgiftskön är utgångspunkten när man arbetar med klassifikation/kodning. Vilka vårdhändelser som hamnar i uppgiftskön styrs av regelverk som anger om besöket räknas som kvalificerad vård eller inte. Vårdhändelsen som ska klassificeras hamnar automatiskt i uppgiftskön när patienten skrivs ut från vårdhändelsen, vilket sker med samtliga vårdhändelser oavsett om det är öppen- eller slutenvård.

Administrativ vårdhändelse

Den sammanhållna vårdhändelsen kommer att ha underliggande administrativa vårdhändelser där kodning utförs. Uppdelningen på olika administrativa vårdhändelser sker när patienten flyttas från öppenvård till slutenvård, samt om patienten flyttas mellan somatiska och psykiatriska specialiteter, i slutenvården, inom samma förvaltning.

Varje administrativ vårdhändelse ska kodas separat. Det innebär att det inledande öppenvårdsbesöket kodas separat, all sammanhängande somatisk slutenvård kodas tillsammans och all sammanhängande psykiatrisk slutenvård kodas tillsammans. All dokumentation ska ske på den sammanhållna vårdhändelsen, enbart kodning sker på administrativa vårdhändelser.

När det skapas administrativa vårdhändelser skapas ingen uppgift i kodningskön för den sammanhållna vårdhändelsen, istället skapas en uppgift per administrativ vårdhändelse.

Kodning under pågående vårdhändelse

Vårdhändelser som ska kodas hamnar automatiskt i uppgiftskön när patienten skrivs ut. Det är möjligt att lägga in koder under pågående vårdtillfälle genom att söka upp patienten och välja rätt vårdhändelse. Inom psykiatri finns tillfällen där koder måste registreras under pågående vårdhändelse.

Kodmodulen

Kodmodulen är ett hjälpmedel som fångar upp utvalda koder baserat på den kliniska dokumentationen i journalen. Det handlar huvudsakligen om åtgärds-koder (KVÅ) men även vissa ekonomiska och statistiska koder. Kodmodulen samlar upp koder

baserat på strukturerad klinisk dokumentation. Koderna förs sedan manuellt in i klassificeringsmodulen av kodaren tillsammans med övriga relevanta koder. I kodmodulen kan man också registrera tilläggs- och särkostnadskoder manuellt.

Kliniska diagnoser och dokumentation

För att genomföra en korrekt klassificering behöver den som kodar gå igenom journalen. De kliniska diagnoserna finns i arbetsflödet under Symtom, hälsoproblem och diagnoser. Här används terminologin Snomed CT.

Vissa åtgärder återfinns i kodmodulen, vissa finns även i arbetsflödet under Ingrepp och åtgärder. Kodaren registrerar de åtgärder som anses relevanta för vårdkontakten.

De dokumenteras med hjälp av klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).

Snomed CT - ICD-10 mappningstjänst

Denna tjänst är ett hjälpmedel för den som ska utföra klassificering som visar förslag på ICD-10-koder. Tjänsten innehåller enbart de internationella ICD-10-koderna, inte den svenska versionen ICD-10-SE. Kodaren väljer ut de koder som är aktuella för vårdhändelsen och för in dessa manuellt i klassificeringsmodulen.

Standardiserade vårdförlopp (SVF)

Koder för SVF ska inte registreras i klassificeringsmodulen.

Sekundärklassifikation

Sekundär klassificering innebär att en vårdhändelse grupperas i diagnosrelaterade grupper (DRG) med hjälp av data från primärklassifikationen (diagnoser och åtgärder). Alla vårdhändelser kommer DRG-grupperas. Besök inom primärvården hamnar i DRG-grupper som är specifika för primärvård. Sekundärklassificeringen i Millennium sker automatiskt.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Malena Lau, (malla16), Strateg

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN14971-1865200826-39

Version: 4.0

Giltig från: 2025-01-27

Giltig till: 2026-11-14