

Kodningskvalitet i patientregistret

Ett nytt verktyg för att mäta kvalitet

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2013-3-10

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2013

Förord

En god kvalitet på uppgifterna som finns i Socialstyrelsens patientregister är en angelägen fråga, eftersom registret har en mycket bred användning. Patientregistret används till statistik, underlag för beräkning av det kommunala utjämnningssystemet, epidemiologiska studier, forskning, uppföljning, öppna jämförelser och utvärderingar av sjukvården.

Rapporten är ett led i Socialstyrelsens utvecklingsarbete och presenterar en kartläggning av kodningskvaliteten i patientregistret. Den omfattar även ett verktyg för att kontrollera och förbättra diagnoskodningen till registret. Genom att redovisa kvalitetsbristerna och vilka effekter de ger vill Socialstyrelsen stimulera till en ökad uppmärksamhet kring hur kvaliteten kan förbättras.

Rapporten vänder sig till de uppgiftslämnare som rapporterar till patientregistret, i huvudsak landsting och regioner samt privata vårdgivare. Den vänder sig även till andra intresserade som använder patientregistret i olika sammanhang.

Anders Jacobsson och Lisbeth Serdén har sammanställt rapporten. Föredragande i klassifikationsfrågor, Olafur Steinum, har bidragit vid urval av diagnoskoder till kvalitetsindikatorer.

Stockholm i mars 2013

Lars Grönvik

Enhetschef

Vård- och omsorgsstatistik

Avdelningen för statistik och utvärdering

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	5
<i>Bakgrund</i>	7
Kvalitet i patientregistret	7
Rapportens syfte	8
Rapportens disposition	9
DRG-systemet	9
<i>Resultat</i>	10
Kvalitetsmått	10
Indikatorområde 1	10
Indikatorområde 2	13
Indikatorområde 3	15
Specifikation av indikatorer	16
Sammanfattning av resultatet i kodningskvaliteten	20
Tillämpning av kvalitetsmått lokalt	21
Effekter av kodning i verksamheten	22
DRG-systemets inbyggda logik för att kontrollera felaktig kodning	22
Skillnad i kodningspraxis vid val av huvuddiagnos	23
DRG 88 jämfört med DRG 96 och DRG 97	26
Kodning av bidiagnoser	27
Kodningens konsekvenser i det kommunala utjämnings-systemet och olika ersättningssystem	31
<i>Referenser</i>	33
<i>Bilagor</i>	35
Bilaga 1. Specifikation av indikatorområden.	35
Urval Indikatorområde 2	39
Urval Kvalitetsindikator 2.1	39
Urval Kvalitetsindikator 2.2	42
Urval Kvalitetsindikator 2.3	44
Urval Kvalitetsindikator 2.4	45
Urval Kvalitetsindikator 2.5	45
Urval Indikatorområde 3	47
Urval Kvalitetsindikator 3.1	47
Urval Kvalitetsindikator 3.2	48
Koder som kan ha fördjupningskod	48
Bilaga 2. Resultat	50

Sammanfattning

Ett mått på kodningskvalitet har utvecklats av Socialstyrelsen för att mäta uppenbara fel, underkodning och ospecificerad kodning i Patientregistret. Måttet består av kvalitetsindikatorer uppbyggda i enlighet med etablerade kodningsregler.

Resultaten som presenteras i rapporten visar att bortfallet av huvuddiagnos är det största enskilda problemet. Detta gäller inom både öppenvården och slutenvården. Kodning av cancer- och njursjukvård samt kodning av rehabilitering är problemområden, framför allt inom slutenvården. Sammanfattningsvis ser resultaten ut så här:

- Från slutenvården saknar 0,9 procent av vårdtillfällena en huvuddiagnos.
- Från öppenvården saknar 10 procent av vårdkontaktarna en huvuddiagnos.
- Det sammanlagda resultatet för kodningskvalitet visar att landstinget i Västerbotten har den bästa kvaliteten i kodningen tätt följt av landstingen i Uppsala, Gotland och Halland.
- I slutenvården kodas 78 procent av cancerbehandlingarna rätt med behandlingen som huvuddiagnos.
- Landstingens registrering av bidiagnoskoder leder till att allt fler vårdtillfällen klassificeras som komplicerade diagnosrelaterade grupper (DRG) i slutenvården
- År 2011 kodades 2,9 diagnoser per vårdtillfälle i slutenvården.

Läkemedelsrelaterade problem förekommer vid eller bidrar till uppemot 30 procent av akuta sjukhusinläggningar på medicinkliniker[1]. Antibiotikaresistens är också ett växande problem i sjukvården[2]. Det finns möjlighet för vården att koda uppgifter som ger information om såväl vilka läkemedel som orsakar sjukhusinläggningar som förekomsten av antibiotikaresistens. Informationen ges med hjälp av tilläggs-koder. En tillfredsställande användning av tilläggs-koder skulle således ge möjligheter att kartlägga båda dessa viktiga områden. I den här rapporten framkommer att användningen av tilläggs-koder kunde vara avsevärt bättre. Det landsting som idag använder högst andel tilläggs-koder är Halland. Om alla landsting kodade på motsvarande nivå skulle det totala antalet tilläggs-koder sexdubblas.

Syftet med kodningen är att dokumentera patientens tillstånd och möte med vården så precist som kodverken tillåter. I rapporten framkommer det att den precisionsnivå som är möjlig inte utnyttjas. Cirka hälften av koderna i registret är ospecificerade eller använder inte fördjupningskoder. Sammanfattningsvis har analyserna konstaterat:

- Skillnaden mellan kodning av ospecificerade koder, fördjupningskoder och specificerad urinvägsinfektion är mycket liten mellan landstingen. Kodningen är något bättre för öppenvården än slutenvården.

- Ospecificerade huvuddiagnoser förekommer oftare i öppenvården än slutenvården.

De resultat som presenteras i den här rapporten ger en bild av kvaliteten i patientregistret för 2011. Eventuella brister kan ha sitt ursprung var som helst i alla de nivåer och system som registrerade data färdats igenom innan de lagts in i det färdiga registret. Förhoppningen är att denna rapport ska hjälpa till att ringa in både omfattningen av och ursprunget till kvalitetsbristerna.

Bakgrund

Det svenska patientregistret (PAR) är unikt genom att det är ett av få individbaserade register i världen som täcker i stort sett hela befolkningens konsumtion av slutenvård och läkarbesök i öppen specialiserad sjukvård. Individbaserade uppgifter har samlats in sedan 1964 men det var först 1987 som samtliga landsting deltog. I dag består PAR av flera delar:

- utskrivna patienter inom slutenvården
- läkarbesök inom den specialiserade öppenvården (exklusive primärvård)
- inneliggande patienter inom geriatrik och psykiatri den 31 december
- patienter inom den psykiatriska tvångsvården

Patientregistrets ändamål är att tillhandahålla uppgifter från slutna hälso- och sjukvård och öppen specialistvård för att framställa statistik, uppföljningar, utvärderingar och kvalitetssäkringar. Uppgifterna är även till för forskning och epidemiologiska undersökningar. Några exempel på registrets breda användning är

- regeringsuppdrag
- Sveriges officiella statistik
- internationell statistik till OECD, EuroStat, NOMESCO med flera
- underlag för beräkning av det kommunala utjämningssystemet

Socialstyrelsen besvarar ett stort antal frågor från företag, organisationer, landsting och privatpersoner om innehållet i PAR. Utöver det som redan nämnts används registret även som underlag för nationella produktivitetssjämförelser, öppna indikatorbaserade jämförelser av sjukvårdens kvalitet och effektivitet, verksamhetsuppföljning på olika nivåer samt utveckling av sekundära beskrivningssystem.

Kvalitet i patientregistret

All användning av PAR är beroende av att all data håller god kvalitet. Socialstyrelsen kvalitetskontrollerar de uppgifter som lämnas in, så långt det går att göra maskinellt. Vi granskar även de obligatoriska variablerna sjukhus, personnummer, huvuddiagnos samt yttre orsak till skada eller förgiftning. Vidare testar vi att de koder som används för olika variabler, liksom datum-angivelser, har giltiga värden. I samband med kvalitetstesterna rättar vi de uppgifter som går att åtgärda med en rimlig arbetsinsats.

Kvaliteten på det som rapporteras in varierar. För utskrivna patienter inom slutenvården rapporterades cirka 1,6 miljoner vårdtillfällen 2011 vilket är nästan 100 procent av vårdtillfällena. Inom den specialiserade öppenvården (exklusive primärvård) rapporterades cirka 11,4 miljoner läkarbesök för

2011. Enligt Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) samlade statistik utfördes cirka 13,2 miljoner läkarbesök, vilket betyder att omkring 1,7 miljoner besök saknas (13 procent)[12]. De flesta av dessa avser besök hos privata vårdgivare.

Socialstyrelsen har tidigare publicerat rapporter om kodningskvaliteten i Patientregistret, senast 2008: ”Kodningskvalitet i patientregistret, Slutenvård 2008”[8]. Denna rapport fokuserar på kodning av diagnoser och belyser kvaliteten ur ett antal aspekter, bland annat:

- bortfall av huvuddiagnos och koder för yttre orsak
- användande av bidiagnoskoder, fördjupningskoder, ospecificerade koder,
- fördelning inom diagnosrelaterade grupper.

Rapporten visar att kodningskvaliteten överlag är god och har förbättrats över tid men ger inget samlat mått på landstingsnivå. Vidare har Svensk Epidemiologisk Förening gjort en större valideringsstudie av slutenvårdsdelen i PAR [7]. Denna studie visade att registret har ett högt positivt prediktivt värde för de flesta diagnoser studien omfattar.

De lagrum som styr inrapportering till Socialstyrelsens patientregister är: Lagen om hälsodataregister [(1998:543), Förordning om patientregister hos Socialstyrelsen (SFS 2001:707) samt Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret (SOSFS 2008:26). Inget av dessa dokument ställer några uttalade krav på vilken kvalitet inlämnade uppgifter bör hålla eller att kodning bör ske i överensstämmelse med etablerade kodningsregler. Trots detta är ansvaret för kodningskvaliteten uppgiftslämnarens.

I linje med det övergripande utvecklingsarbetet för PAR har Socialstyrelsen inlett ett arbete för att fördjupa utvärderingen av kodningskvaliteten. De indikatorer som vi presenterar i denna rapport kan i förlängningen ge ett validerat nationellt mått på god kodningskvalitet. Detta skulle ge oss möjlighet att ställa specifika krav på vilken nivå som ska gälla på kodningen.

Rapportens syfte

Syftet med denna rapport är att bidra med enhetliga mått för kvaliteten på diagnoskodning. Detta ska kunna visa på skillnaderna i kodningen mellan olika landsting och regioner och att ge exempel på kontroller av kodning som även kan tillämpas lokalt. Förhoppningen är att detta ska leda till att kodningskvaliteten förbättras successivt i registret och i de lokala systemen.

Som jämförelse kan nämnas det kvalitetsverktyg som används i Australien, Performance Indicators for Coding Quality (PICQ). Det har utvecklats successivt under 2000-talet, omfattar i dag över 300 indikatorer och täcker in alla aspekter av kodning. Det skulle vara önskvärt med ett liknande arbete i Sverige där Socialstyrelsen i samarbete med hälso- och sjukvården hjälps åt att utveckla ett verktyg.

Rapporten ska öka kunskapen om kodningen och dess effekter på utfall i verksamheten som patientsäkerhet och beskrivning av vården. I förekommande fall avser vi diagnosrelaterade grupper (Diagnosis Related Groups, DRG).

Rapportens disposition

Rapporten är indelad i två delar. Den första delen består av resultatet från ett skapat mått som täcker in olika aspekter av kodningskvalitet och den andra delen omfattar effekter av kodning i DRG-termer.

Studien är en registerstudie där Socialstyrelsen har använt PAR för slutenvården och den specialiserade öppenvården för 2011. Vi har använt dokument för anvisningar för korrekt kodning, *Internationell statistisk för klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10-SE)*[9] och *Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)*[10]. Dessutom har vi gett ut klassificeringsanvisningar i dokumenten *Anvisning för val av huvud- och bidiagnos*[5], *Anvisningar för diagnosklassificering i öppenvård*[6] *Klassifikation av sepsis, svår sepsis och septisk chock*[13] och informationsbladet *Klassifikationer*[11].

För att skapa ett mått som täcker in olika aspekter av kodningskvaliteten har Socialstyrelsen utvecklat tre typer av indikatorområden för att mäta uppenbara fel, underkodning och ospecificerad kodning. Var och en av dessa indikatorområden har flera grupper, totalt 18 stycken. Samtliga indikatorområden är utformade så att ett högt värde motsvarar ett sämre utfall. I denna rapport redovisar vi resultat på landstingsnivå, men det är möjligt att skapa rapporter för att jämföra sjukhustyper, sjukhus och mellan kliniker på enstaka sjukhus. Vi redovisar specifikationer av indikatorområdena och urvalet av diagnoskoderna i bilaga 1.

DRG-systemet

DRG är ett system för sekundär patientklassificering som ursprungligen var avsett för slutenvården på akutsjukhus. Systemet började utvecklas vid Yale University i USA (Yale DRG) under 1960-talet i syfte att använda DRG för kvalitetskontroll av sjukhusvården. Genom att vårdtillfällena på sjukhuset delas in i ett relativt litet antal grupper fick man i DRG ett instrument för överskådlig verksamhetsbeskrivning. I Sverige har DRG utvecklats och används även för psykiatri i slutenvård, rehabilitering i slutenvård, dagkirurgi och öppen specialistvård på sjukhus.

Klassificeringsprincipen är att medicinskt likartade vårdkontakter, som dessutom är ungefär lika resurskrävande, sorteras in i en och samma grupp. DRG är således ett sätt att beskriva sjukhusets patientsammansättning (*case mix*) mycket mer överskådligt än om verksamheten skulle beskrivas med tusentals diagnos- och åtgärds-koder. Systemet används i dag i alla landsting för något ändamål, till exempel utomlänsersättning, verksamhetsuppföljning och planering. Det används även för debitering av vården inom ett landsting, genom att ett pris satts på varje DRG. DRG-priset är ett fast belopp som helt eller delvis ska täcka kostnaderna för en genomsnittlig vårdkontakt i den aktuella gruppen.

I Sverige används NordDRG som i grunden är ett amerikanskt DRG-system som anpassats till nordiska förhållanden. I den svenska versionen av NordDRG finns det i dag cirka 580 grupper i slutenvården och ca 400 grupper i öppenvården och dagkirurgin.

Resultat

Kvalitetsmått

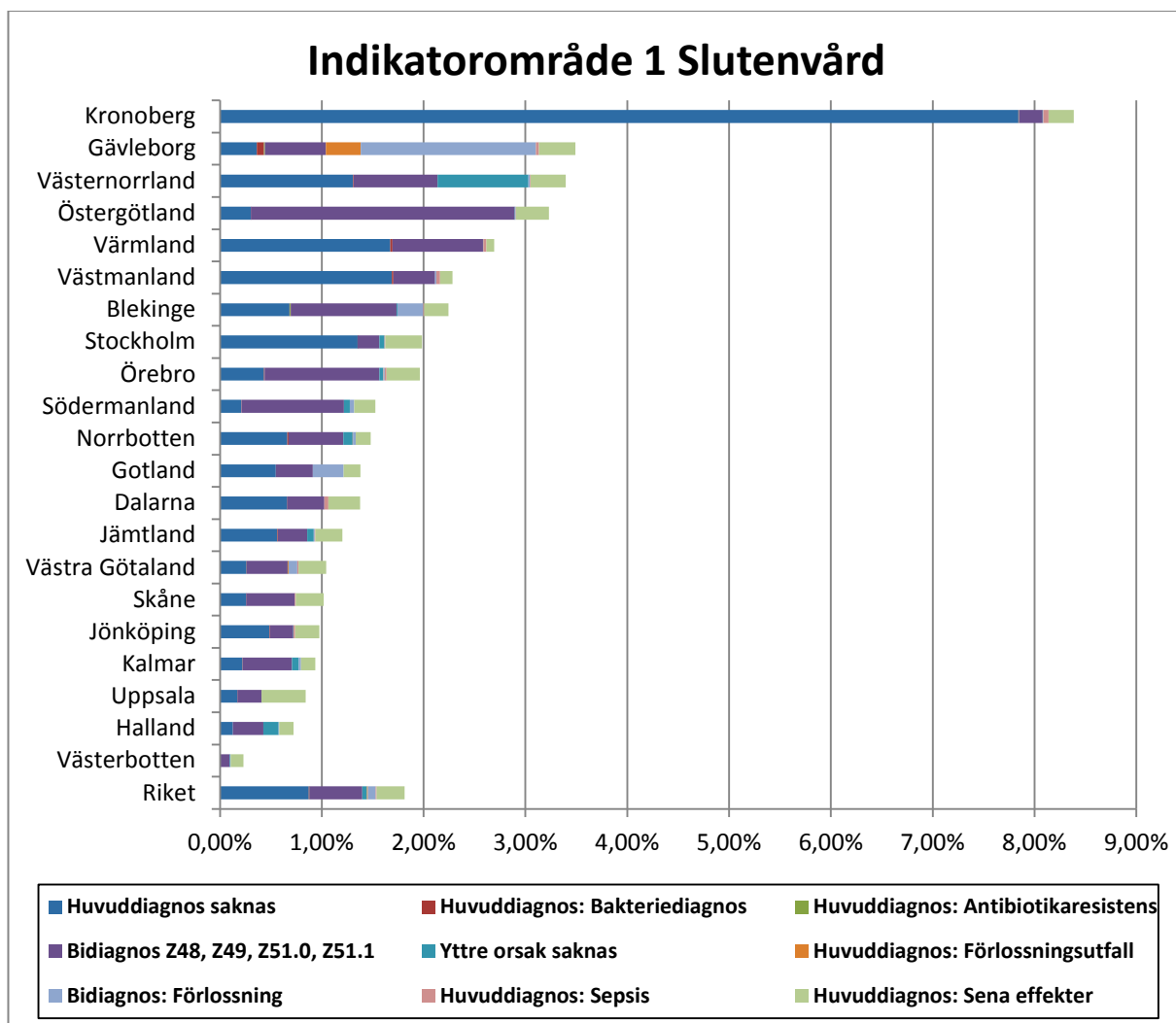
De indikatorer som Socialstyrelsen har använt här är begränsade i sin omfattning. Syftet med dem är att kartlägga i vilken utsträckning kodning har skett i enlighet med etablerade kodningsregler. En djupare studie av kodningskvalitet skulle inbegripa en jämförelse mellan patientjournaler och PAR, något som inte är möjligt att genomföra på nationell nivå.

Indikatorområde 1

Den första typen av kvalitetsindikatorer för kodning är uppenbara fel, där en diagnoskod saknas eller där en felaktig kod har angetts, antingen som huvuddiagnos eller en bidiagnos. Dessa indikatorer utgör ett begränsat urval av alla möjliga fel och är grundade på att det finns tydliga referenser i ICD-10-SE eller vägledande dokument publicerade av Enheten för fackspråk och informatik på Socialstyrelsen. Det finns ingen lägstanivå där koder av denna typ kan anses vara godkänd. Här presenteras kvalitetsindikatorerna i korthet, men redovisas i detalj i bilaga 1.

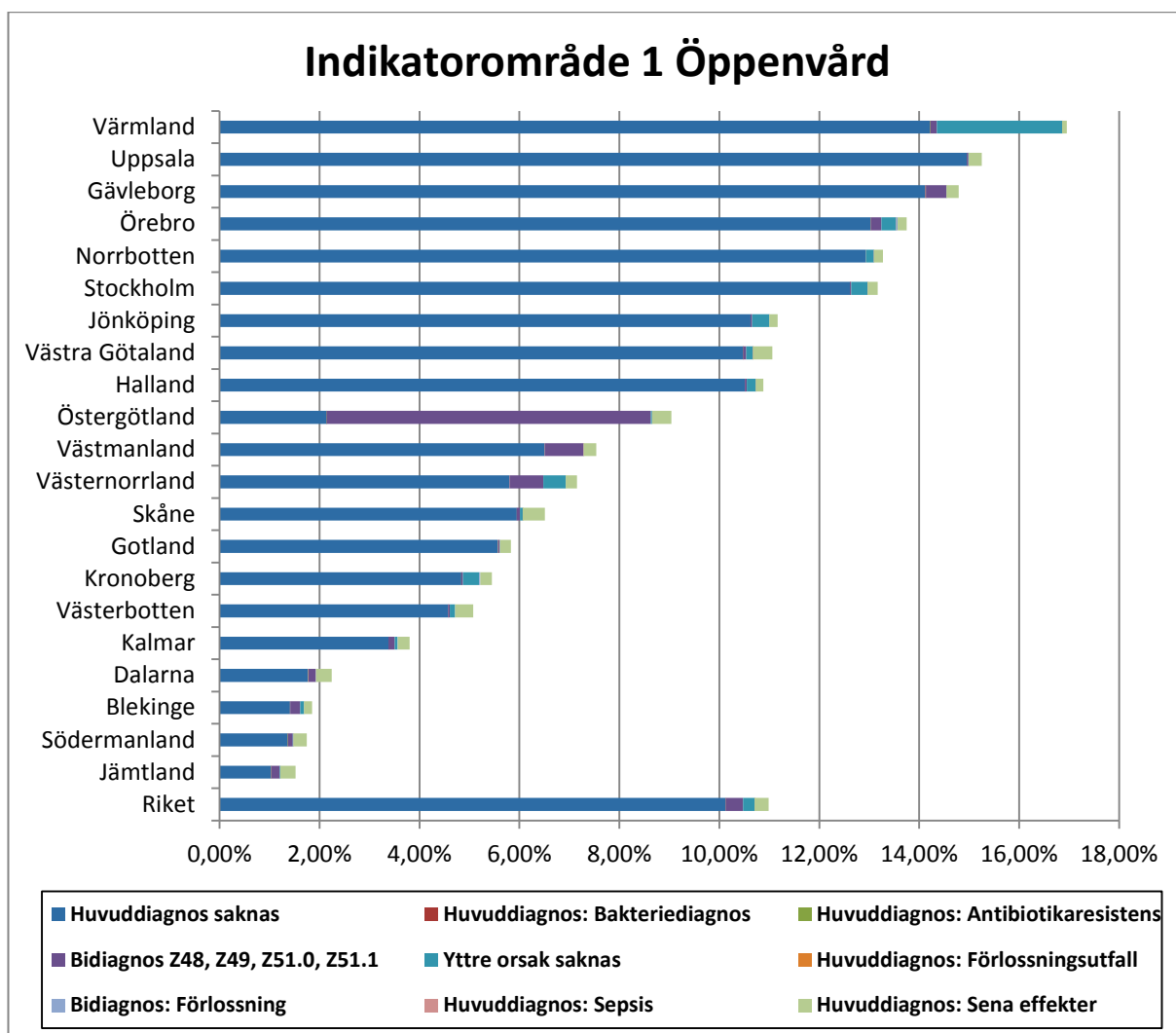
- 1.1 Huvuddiagnoskod saknas.
- 1.2 Bakteriediagnos B95–B96 som huvuddiagnoskod.
- 1.3 Resistens mot antimikrobiella ämnen U82–U85 som huvuddiagnoskod.
- 1.4 Z48, Z49, Z51.0 eller Z51.1 som bidiagnoskod.
- 1.5 Kod för skada eller förgiftning utan kod för yttre orsak.
- 1.6 Förlossningsutfall Z37 som huvuddiagnoskod.
- 1.7 Förlossning O80–O84 som bidiagnoskod.
- 1.8 SIRS R65 och Septisk chock R57.2 som huvuddiagnoskod.
- 1.9 Kod för sena effekter som huvuddiagnos.

Diagram 1. Bortfall i registreringen av huvuddiagnoser samt fel i kodningen av diagnoser – indikatorområde 1 slutenvård.



Kronoberg har den största andelen vårdtillfällen utan registrerad huvuddiagnos. Detta beror huvudsakligen på att det saknas huvuddiagnos för ett betydande antal vårdtillfällen inom obstetrik och gynekologi samt inom barn- och ungdomspsykiatri vid Växjö sjukhus. Gävleborgs största utslag ges av felaktig kodning av förlossningar vid både Gävle och Hudiksvalls sjukhus. Östergötlands kodningsbrister är koncentrerade till kodning associerad med cancer- och njursjukvård vid Universitetssjukhuset i Linköping. Bästa resultat når Västerbotten, Halland och Uppsala där väl under en procent av vårdtillfällen är felkodade. Totalt för hela riket för indikatorområde 1 är de största bristerna saknad huvuddiagnos (48 procent), kodning av dialys och cancervård som bidiagnos (19 procent) samt kodning av sena effekter som huvuddiagnos i samband med rehabiliteringsrelaterad vård (15 procent).

Diagram 2. Bortfall i registreringen av huvuddiagnoser samt fel i kodningen av diagnoser – indikatorområde 1 öppenvård.



Utfallet för indikatorområde 1 är sex gånger högre inom öppenvården, jämfört med slutenvården. Det största problemet är att det saknas huvuddiagnos. Totalt rör det sig om 1,18 miljoner besök inom den specialiserade öppenvården som inte har någon klinisk information. Alla medicinska verksamhetsområden omfattas i någon grad, men internmedicin, geriatrisk rehabilitering, obstetrik och gynekologi samt allmänpsykiatrisk vård har högst bortfall.

I Värmland har Karlstad sjukhus det största bortfallet av huvuddiagnoskoder men det saknas även en betydande andel yttre orsaker inom ortopedin. Bortfallet av huvuddiagnoskoder i Uppsala beror nästan uteslutande på bristande kodning av privata vårdgivare medan Linköpings Universitetssjukhus i Östergötland har kvalitetsproblem gällande kodning av dialys och cancer-vård.

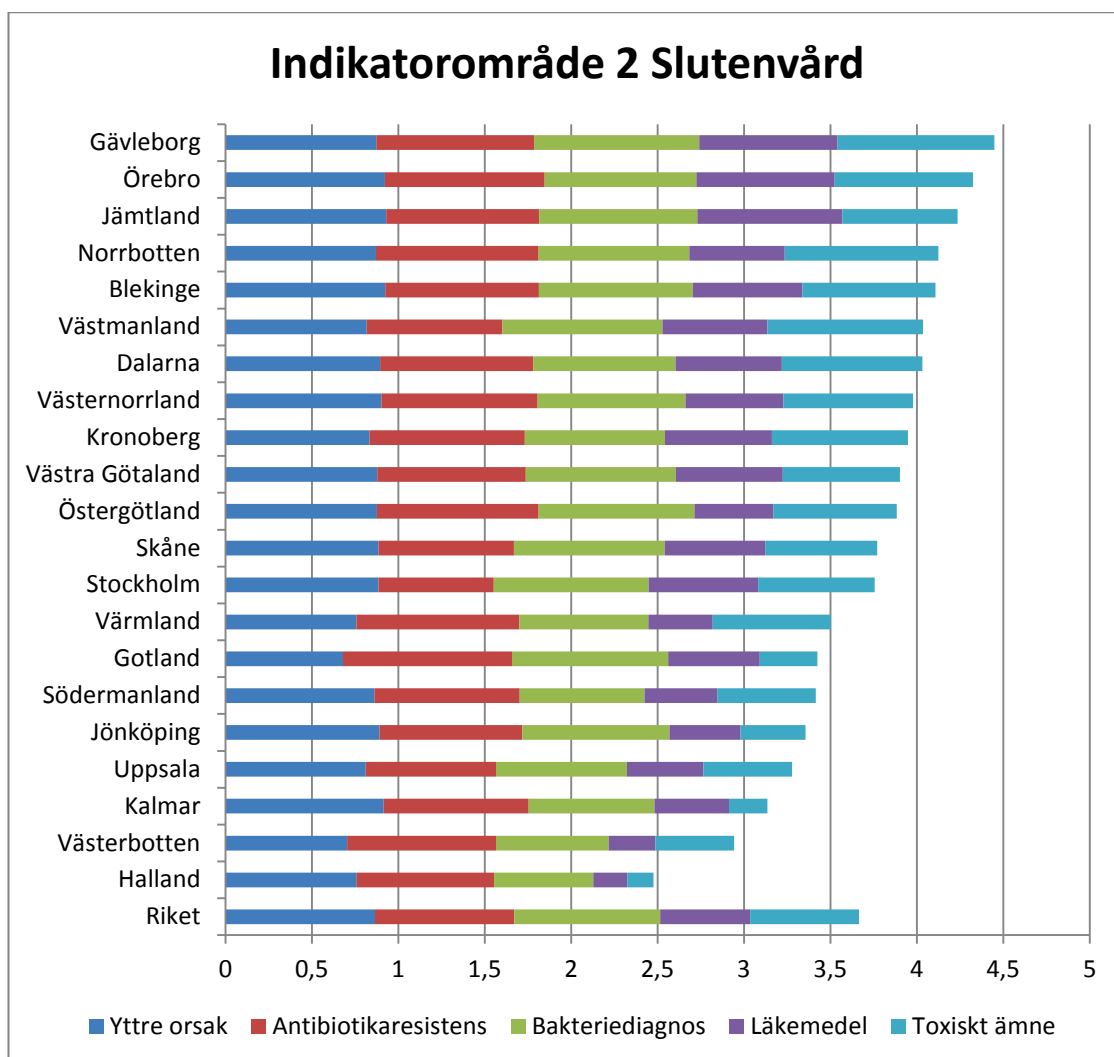
Indikatorområde 2

Det andra indikatorområdet mäter bristande information och underkodning. Många koder i ICD-10 SE har en anmärkning om att det går att använda tilläggs-koder för att ge ytterligare information om sjukdomen eller tillståndet. Med den formulering som i dag används i ICD-10 SE är det inte formellt fel att avstå från att använda en tilläggs-kod. Det är dock i högsta grad önskvärt, särskilt för de koder som anger om ett tillstånd har orsakats av läkemedel och de koder som anger resistens mot antimikrobiella ämnen. Kvalitetsindikatorerna redovisas kort här, men redovisas i detalj i bilaga 1.

- 2.1 Användning av tilläggs-kod för yttre orsak (annat tillstånd än skada och förgiftning).
- 2.2 Användning av tilläggs-kod för resistens mot antimikrobiella ämnen.
- 2.3 Användning av tilläggs-kod för bakterier som orsak till sjukdom.
- 2.4 Användning av tilläggs-kod för läkemedel.
- 2.5 Användning av tilläggs-kod för toxiska ämnen.

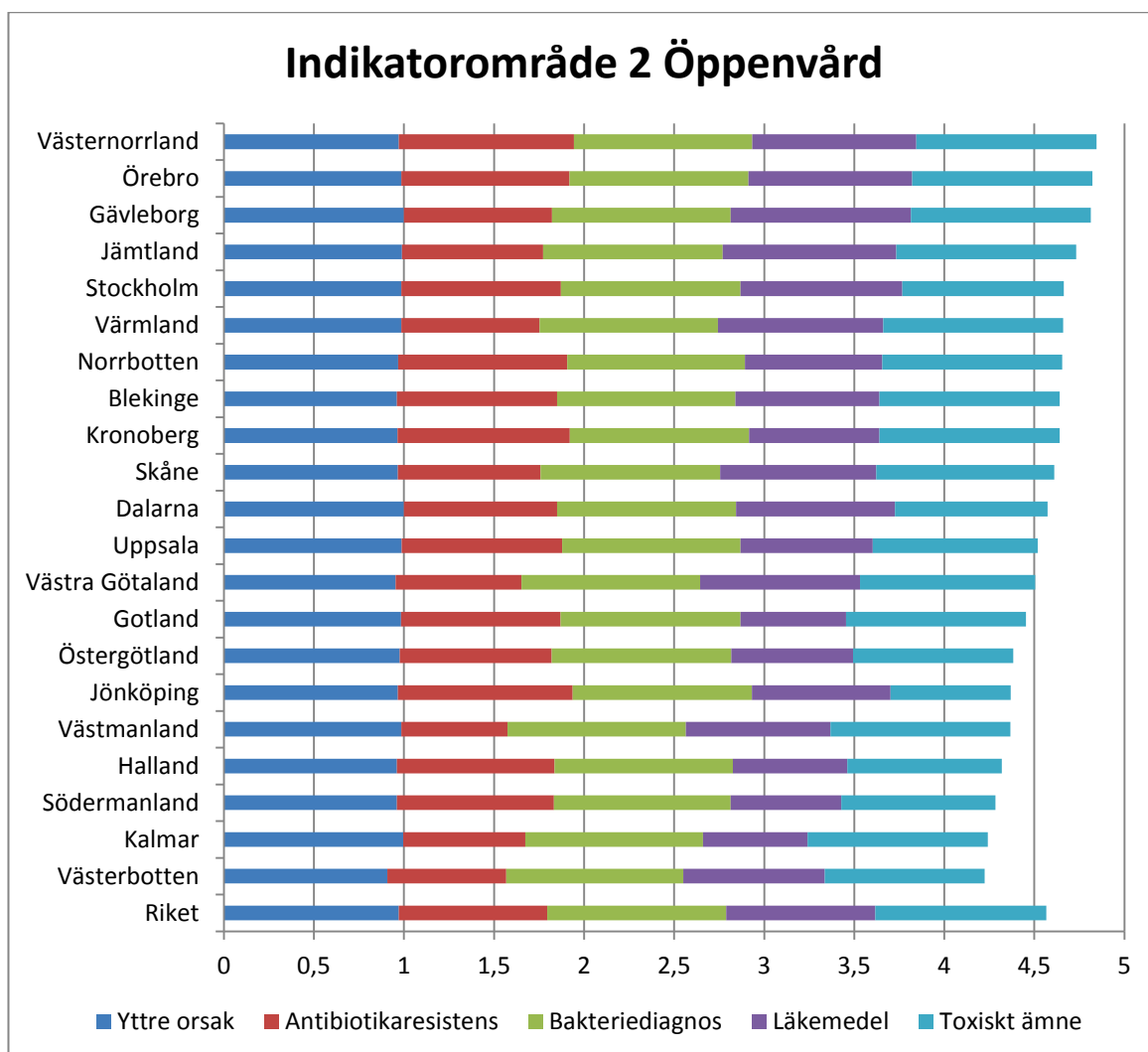
I och med att tilläggs-koder inte är tvingande kan dessa indikatorer endast användas som ett generellt jämförelsemått. För kvalitetsindikator 2.4 och 2.5 kan vi dock säga att den absoluta majoriteten av dessa borde vara kodade med tilläggs-kod.

Diagram 3. Bristande information, underkodning – indikatorområde 2 slutenvård.



Socialstyrelsen har mätt kvalitetsindikatorerna för indikatorområde 2 i andel för bruk av tilläggs-koder. Värdet 1 för en kvalitetsindikator betyder att 100 procent kodas utan tilläggs-koder. Sämsta möjliga totala värde för indikatorområde 2 är således värde 5, se X-axeln i diagram 3. Kvalitetsindikatorn för antibiotikaresistens är lägst för Stockholm med ett värde på 0,67. Detta innebär att 33 procent av de utvalda koderna har en tilläggs-kod. Kvalitetsindikatorerna för läkemedel och toxiska ämnen borde alla teoretiskt kunna vara noll. Det bästa resultatet totalt för dessa nås av Halland som använder tilläggs-koder tre gånger mer än riksgenomsnittet.

Diagram 4. Bristande information, underkodning – indikatorområde 2 öppenvård.



Kvaliteten i öppenvården är överlag något sämre, men skillnaderna mellan länen är mindre. Det är dock värt att notera att Västmanland har ett mycket bra värde för att koda antibiotikaresistens, nämligen 0,59. Detta innebär att 41 procent av de utvalda koderna har en tilläggs kod och det är sannolikt ett resultat av Landstinget Västmanlands patientsäkerhetssatsning med inriktning på antibiotika.

Indikatorområde 3

Det tredje indikatorområdet anger bristande precision i registreringen av diagnoskoderna. Socialstyrelsen anser att det är önskvärt att de koder som används har så hög precisionsnivå som möjligt för att på bästa sätt beskriva patientens tillstånd. Vi har valt ut fyra indikatorer för att ange bristande precision, dessa redovisas i detalj nedan och i bilaga 1.

- 3.1 Ospecificerade koder när alternativ finns
- 3.2 Fördjupningskoder
- 3.3 Ospecificerade urinvägsinfektioner
- 3.4 R69.9, X03.9 eller Z04.9 som huvuddiagnos

Det är inte formellt fel att ange en oprecis eller icke-specificerad kod och det är i många fall inte kliniskt möjligt att koda ett tillstånd så precist som man skulle önska. Därför kommer det alltid att finnas en viss andel av dessa koder. Det går dock att visa att utbildning av kodare och ett lokalt klimat på vårdenheten präglad av intresse för god kodning leder till en minskad användning av ospecificerade diagnoskoder. Kvalitetsindikatorerna inom område 3 kan därför användas som ett generellt jämförelsemått, men det finns inget målvärde som anger en godkänd nivå.

Specifikation av indikatorer

3.1 Ospecificerade koder när alternativ finns

Den första indikatorn är de diagnoskoder där det är möjligt att ange att tillståndet är ospecificerat. Klassifikationen är inte helt konsekvent och termen ”ospecificerad” kan gälla lokalisation, etiologi eller ospecificerad akut eller kronisk. Socialstyrelsen har gjort ett urval där det går att begära ett bättre val av kod. Vi redovisar urvalet i detalj i bilaga 1.

3.2 Fördjupningskoder

Den andra kvalitetsindikatorn gäller nationella fördjupningskoder där det med hjälp av en bokstav på femtepositionen finns möjlighet att specificera etiologi eller lokalisation för det aktuella tillståndet eller sjukdomen. Vi redovisar urvalet i detalj i bilaga 1.

3.3 Ospecificerade urinvägsinfektioner

Tredje kvalitetsindikatorn gäller akuta urinvägsinfektioner där det finns tre möjliga koder att välja mellan:

- N10.9 Akut tubulo-interstitiell nefrit, till exempel akut pyelonefrit och akut pyelit.
- N30.0 Akut cystit.
- N39.0 Urinvägsinfektion utan angiven lokalisation.

I den kliniska bedömningen av en patient med urinvägsinfektion läggs stor vikt vid lokalisationen. En akut blåskatarr (cystit) behandlas inte på samma sätt som en urinvägsinfektion som berör njure eller njurbäckenet (pyelonefrit och pyelit). Eftersom koden N39.0 inte anger lokalisation måste den betraktas som bristande i precision när det gäller att beskriva tillståndet och vårdinsatsen. Fördjupningskoden N39.0A är dock undantagen eftersom denna är den korrekta koden för asymtomatisk urinvägsinfektion eller bakteriuri.

3.4 R69.9, Z03.9 eller Z04.9 som huvuddiagnos

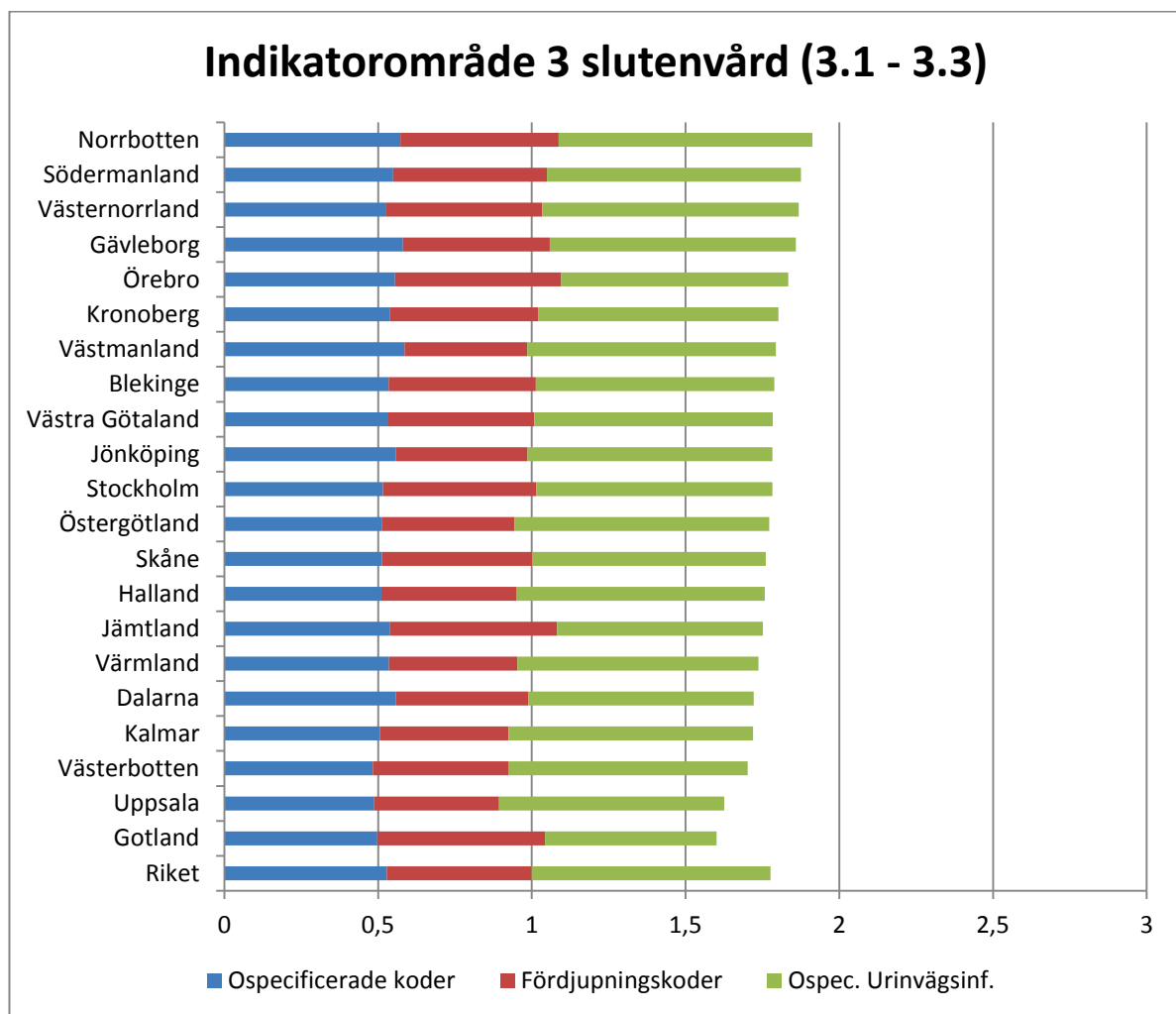
Den fjärde och sista kvalitetsindikatorn är de koder som inte tillför någon som helst information om sjukdomstillstånd eller anledning till vårdinsats.

- R69.9 Okända och icke specificerade orsaker till sjuklighet.

- Z03.9 Observation för icke specificerad misstänkt sjukdom eller icke specificerat tillstånd.
- Z04.9 Undersökning och observation av icke specificerat skäl.

Denna indikator redovisas separat eftersom den beräknas genom att dividera antalet vårdkontakter där dessa koder förekommer som huvuddiagnos med det totala antalet vårdkontakter vilket ger små tal.

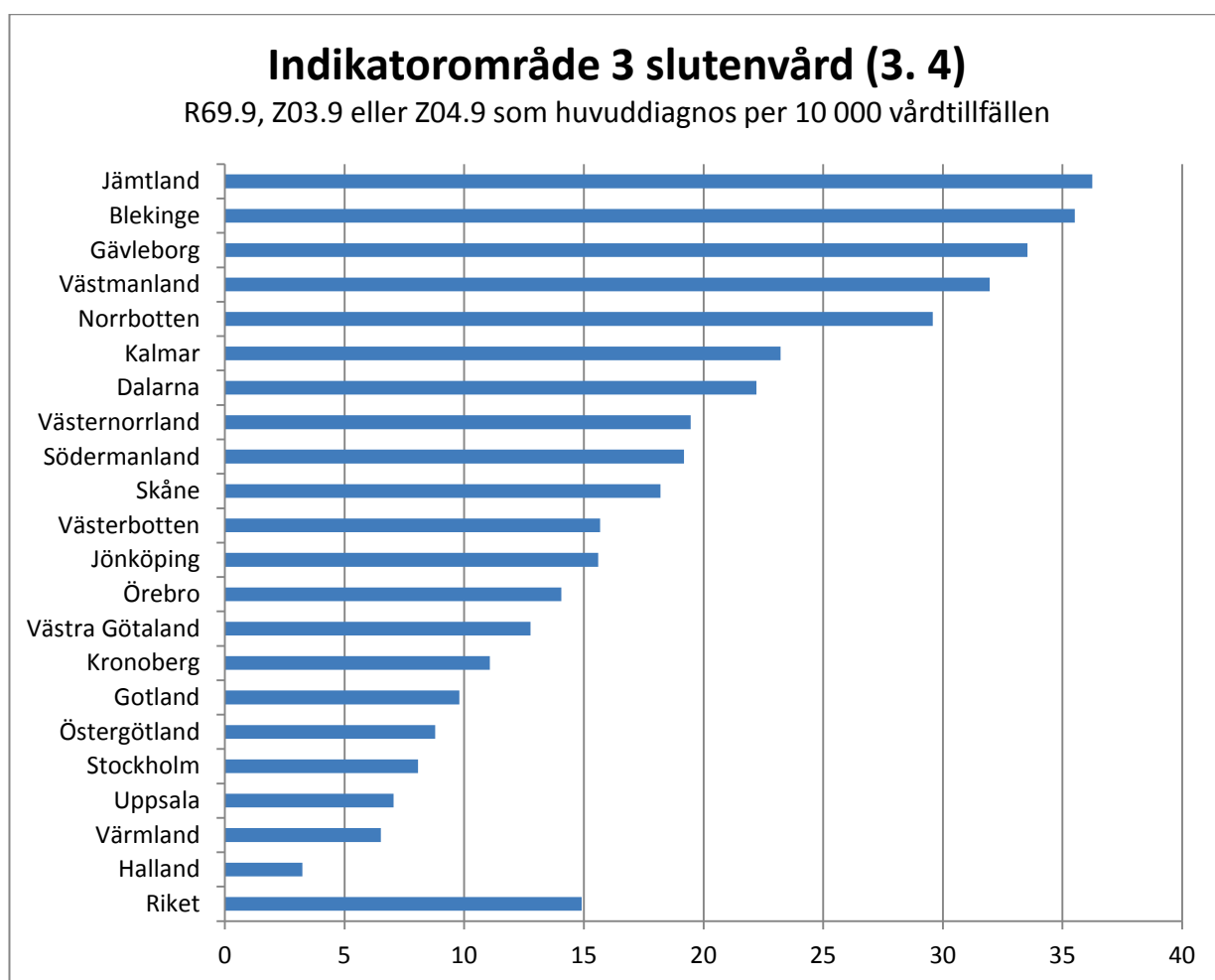
Diagram 5. *Bristande precision i registreringen av diagnoser – indikatorområde 3 slutenvård (3.1, 3.2, 3.3)*



Indikatorområde 3 avser ospecificerad kodning. Värdet 1 för en kvalitetsindikator betyder att 100 procent kodas ospecificerat. Sämsta möjliga totala värde för indikatorn är således värde 3. Vi redovisar kvalitetsindikator 3.4 separat nedan.

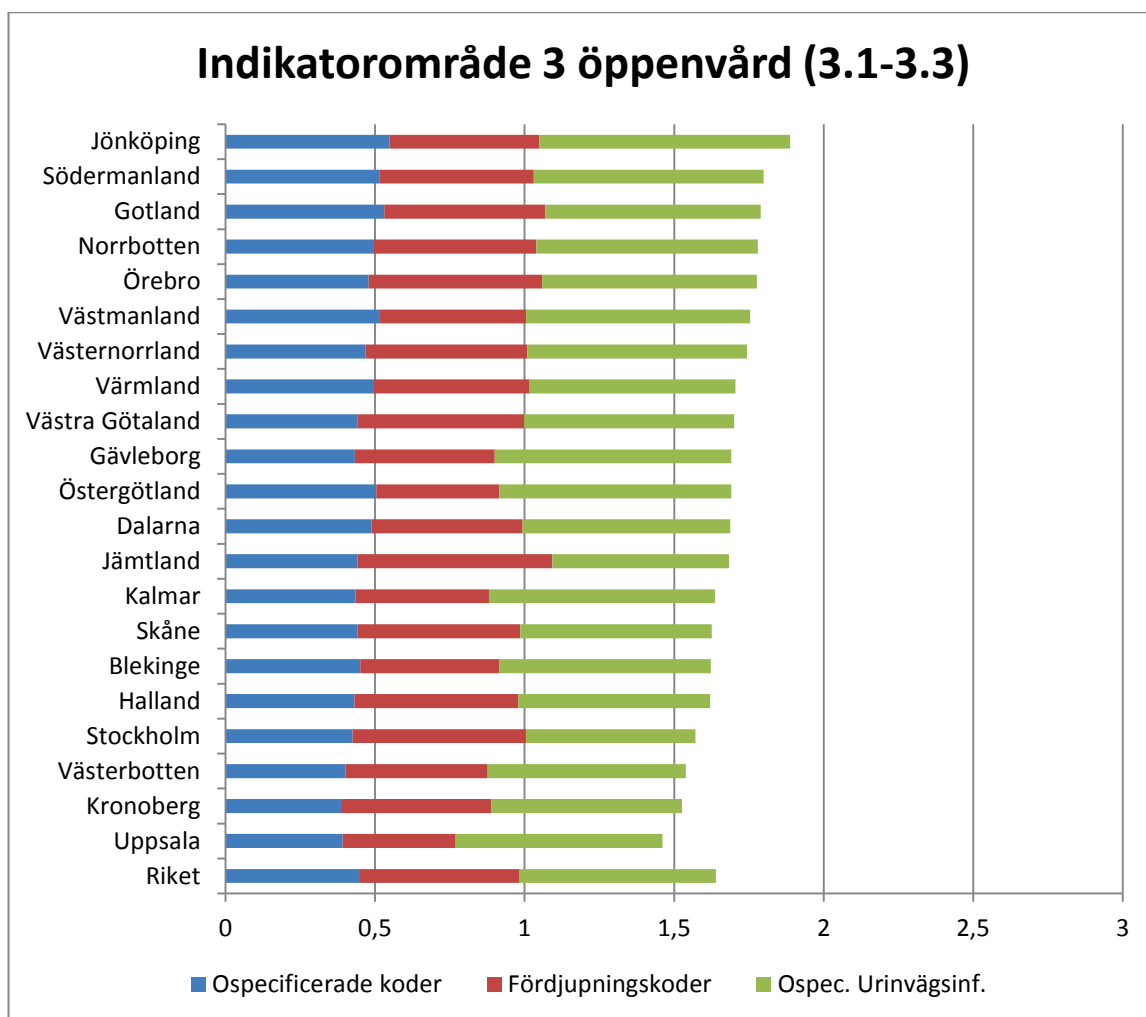
I något mer än hälften av slutenvårdsfallen väljs en ospecificerad kod före en specificerad. Däremot används fördjupningskoder i 53 procent av fallen. Nästan fyra av fem urinvägsinfektioner kodas utan lokalisation. Skillnaderna mellan landstingen är små.

Diagram 6. Bristande precision i registreringen av diagnoser – indikatorområde 3 slutenvård (3.4).



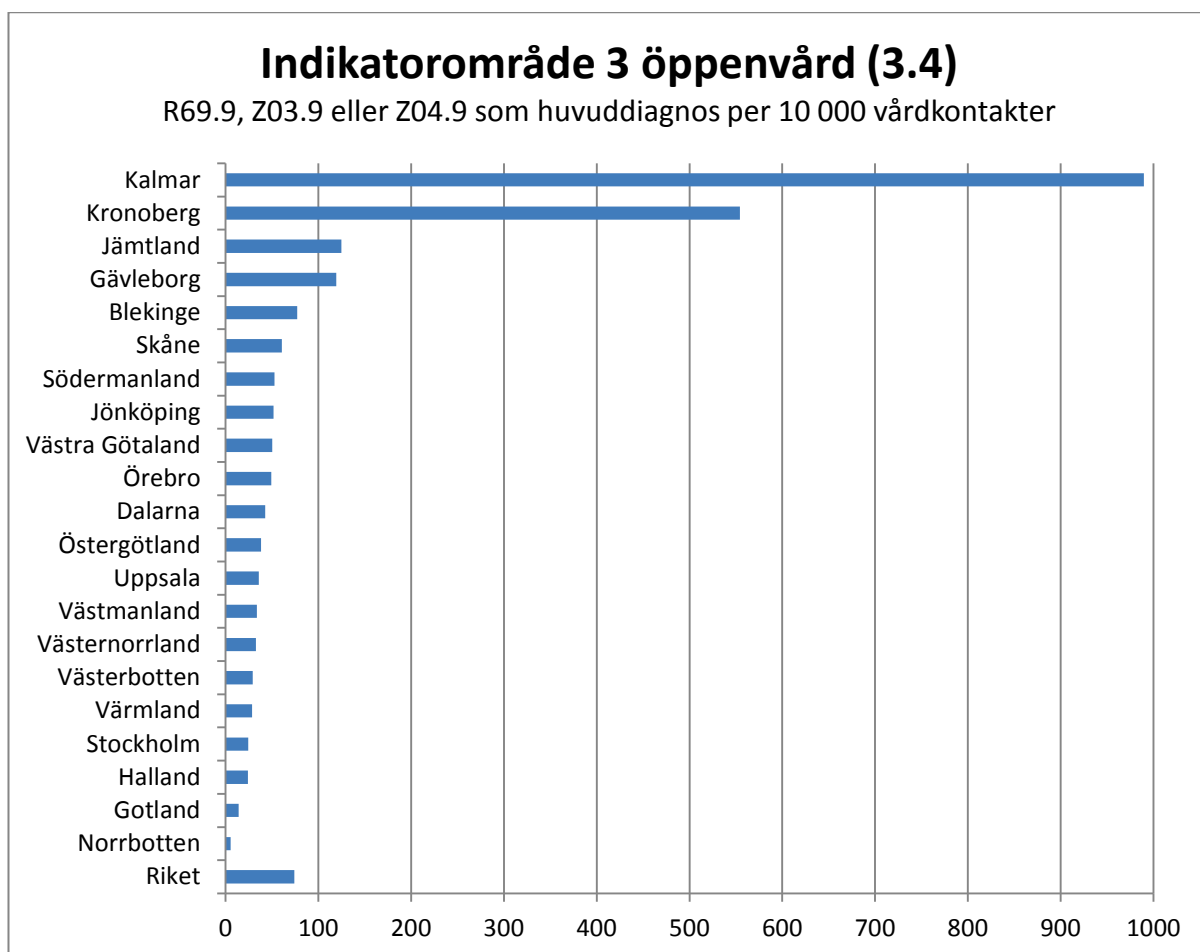
Indikator 3.4 avser huvuddiagnoser som inte ger någon information om vare sig patientens tillstånd eller anledningen till vård. Ur ett informationshänseende är detta lika illa som att inte registrera någon diagnos alls. Lyckligtvis är problemet inte särskilt omfattande överlag inom slutenvården, riksgenomsnittet på 15 fall per 10 000 vårdtillfällen motsvarar 1,5 promille. Dock är skillnaderna mellan landstingen avsevärda. Jämtland och Blekinge använder dessa koder i snitt tio gånger oftare än Halland.

Diagram 7. Bristande precision i registreringen av diagnoser – indikatorområde 3 öppenvård



För indikatorområde 3 är kvaliteten aningen bättre inom öppenvården jämfört med slutenvården. Proportionerna för ospecificerade koder, fördjupningskoder och kodning av urinvägsinfektioner är i stort sett de samma. Skillnaderna mellan landstingen är fortsatt små.

Diagram 8. Ospecificerade huvuddiagnoskoder per 10 000 vårdkontakter – indikatorområde 3 öppenvård (3.44).



Ospecificerade huvuddiagnoser är ett avsevärt större problem inom öppenvården jämfört med slutenvården. Cirka 10 procent av alla besök i Kalmar har huvuddiagnosen R69.9. Även Kronoberg använder denna kod i betydande omfattning; drygt 5 procent av besöken kodalas på detta sätt.

Sammanfattning av resultatet i kodningskvaliteten

Det sammanlagda resultatet är en helt oviktad summering av landstingens rangordning för vart och ett av indikatorområdena för både slutenvården och den specialiserade öppenvården. Sammantaget framträder ett tydligt mönster i skillnaden i kodningskvaliteten. Vissa landsting har en övergripande god kodning medan andra konsekvent har mindre bra resultat. Vi presenterar en övergripande rang för alla kategorier i tabell 1.

Tabell 1. Sammanlagt resultat för indikatorområde 1–3 för slutenvården och den specialiserade öppenvården per landsting 2011.

Landsting	Rang
Västerbotten	1
Uppsala	2
Gotland	3
Halland	4
Dalarna	5
Kalmar	6
Skåne	7
Jämtland	8
Stockholm	9
Västra Götaland	10
Blekinge	11
Jönköping	12
Sörmland	13
Kronoberg	14
Värmland	15
Västmanland	16
Östergötland	17
Örebro	18
Norrbottn	19
Västernorrland	20
Gävleborg	21

Västerbotten har överlag den i särklass bästa kvaliteten i kodningen. Uppsala, Gotland och Halland ligger tätt tillsammans därefter. Västernorrland och Gävleborg har sammanvägt sämst resultat för både slutenvården och den specialiserade öppenvården för alla indikatorer. I bilaga 2 redovisas resultaten per landsting och kvalitetsindikator.

Tillämpning av kvalitetsmått lokalt

Socialstyrelsens syfte är att skapa ett enhetligt mått på kvalitet av diagnoskodning som kan visa på skillnader i kodning mellan landsting och regioner, sjukhus och kliniker. Kvalitetsmåttet kan huvudmännen använda lokalt för att kontrollera den egna kodningen och därmed förbättra kodningskvaliteten i PAR. Kvalitetsmåttet kan användas i sin helhet eller endast i valda delar. I bilaga 1 redovisas kvalitetsindikatorerna i detalj, vilket gör kvalitetsmåttet transparent och lätt att följa.

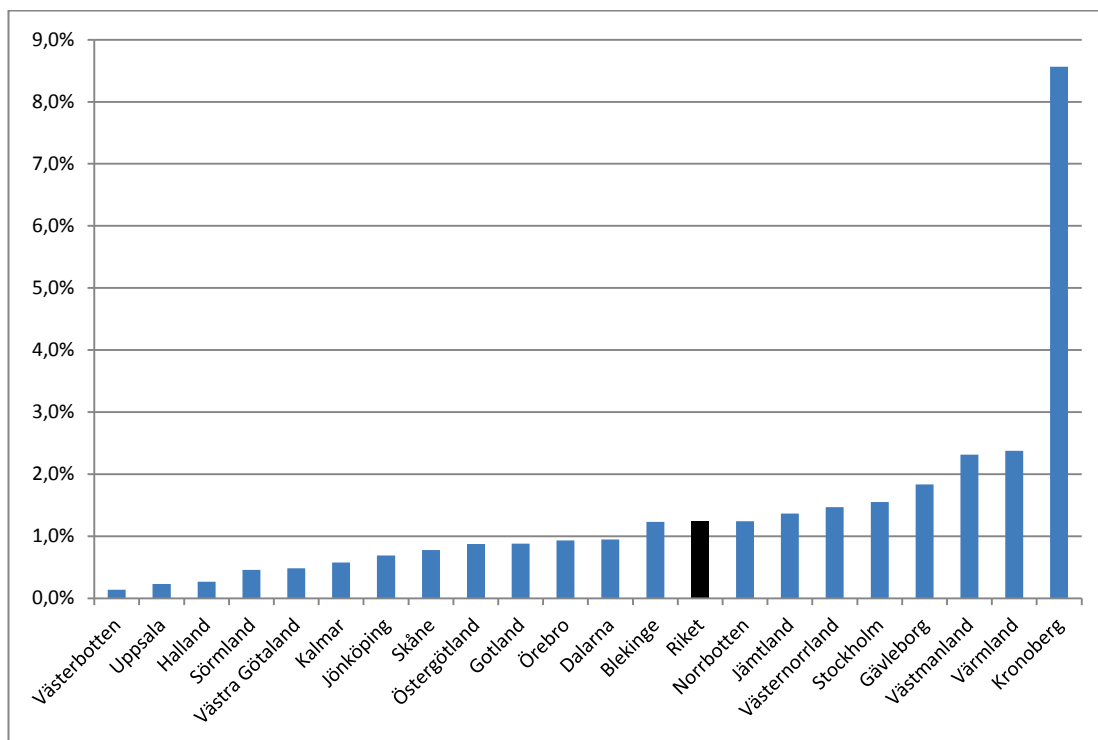
Effekter av kodning i verksamheten

DRG-systemets inbyggda logik för att kontrollera felaktig kodning

I DRG-systemet (diagnosrelaterade grupper) finns en inbyggd logik som anger kvaliteten på kodningen. Vid DRG-gruppering av PAR utgör 98,8 procent av vårdtillfällena korrekt utförd gruppering. Övriga vårdtillfällen där det förekommit något fel under 2011 redovisas på de tre DRG som indikerar att det kan förekomma fel i primärkodningen av vårdtillfället. Kodningen kan ändå vara rätt, eftersom grupperingslogiken kan förbigå vissa mycket ovanliga och sällan förekommande kodningskombinationer. De grupper som avses är:

- DRG 468 Tyngre sällsynt, eller felaktig, kombination av huvuddiagnos och åtgärd.
- DRG 470 Bristande eller felaktig information eller diagnos saknas.
- DRG 477 Annan sällsynt, eller felaktig, kombination av huvuddiagnos och åtgärd.

Diagram 9. Andel DRG 468, DRG 470 och DRG 477 i patientregistret 2011, slutenvård.



Hur ser förekomsten ut av nämnda DRG i respektive landsting? Socialstyrelsen har ställt antalet DRG 468, DRG 470 och DRG 477 mot det totala antalet vårdtillfällen i PAR för respektive landsting och år. Vi har sorterat landstingen efter kodningen med bäst resultat för 2011 till vänster i diagram 9. Lägst andel finns i Västerbotten, Uppsala och Halland. Skillnaden mellan landstingen är stor; Västerbotten hade lägst andel sannolikt felkodade DRG

med 0,1 procent jämfört med Kronoberg som hade 8,6 procent. Till största del förklaras felaktig kodning av att det saknas huvuddiagnos. Se även avsnittet om Indikatorer typ 1, slutenvård.

Skillnad i kodningspraxis vid val av huvuddiagnos

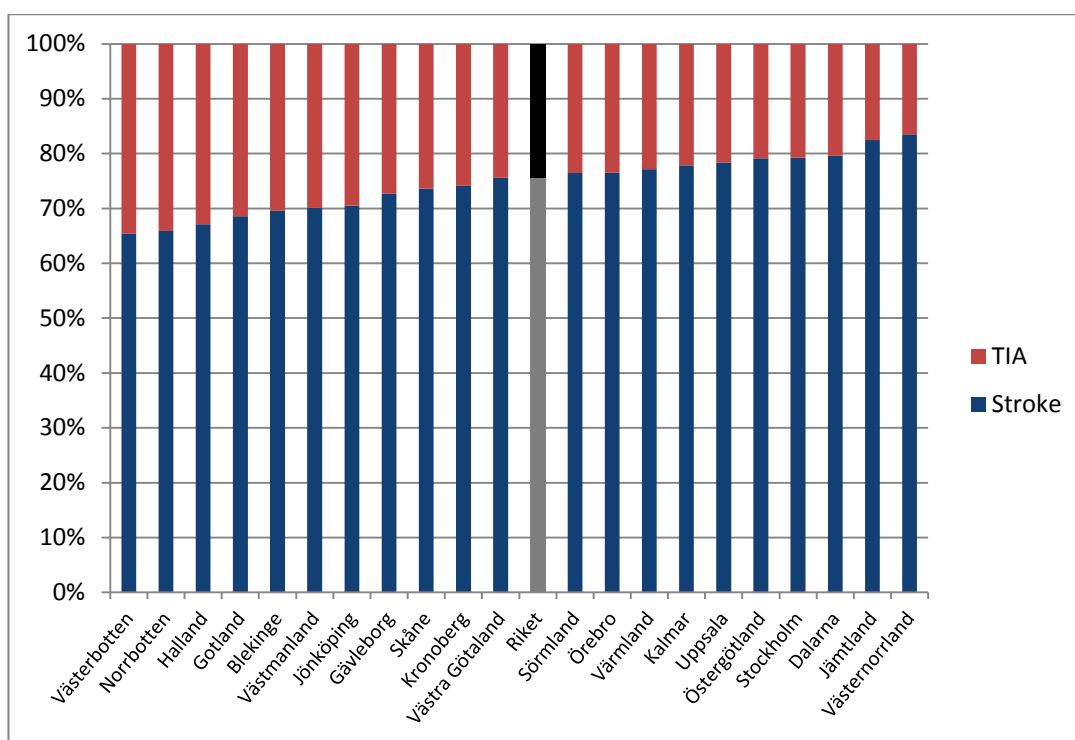
I följande avsnitt analyserar vi regionala skillnader i val av huvuddiagnos för några utvalda DRG-par. Både kodningspraxis och sjuklighet kan vara orsaker till skillnader i kodning mellan landstingen för de utvalda grupperna. I avsnittet presenterar vi skillnader i registreringen men vi gör ingen analys av skillnader i sjuklighet. Vi har valt ut grupperna i DRG-paren för att de i någon mån är närbesläktade ur sjukdomssynpunkt. De utvalda grupperna är:

- DRG 14A Specifika kärlsjukdomar i hjärnan utom TIA (transitoriska ischemiska attacker), komplicerat. DRG 14B Specifika kärlsjukdomar i hjärnan utom TIA, ej komplicerat, dvs. stroke. Vi har jämfört dessa med DRG 15 TIA och ocklusion av precerebrala artärer.
- DRG 140 Angina pectoris jämfört med DRG 143 bröstsmärtor.
- DRG 88 Kroniska obstruktiva lungsjukdomar jämfört med DRG 96 Bronkit och astma >17 år med komplikation och DRG 97 Bronkit och astma >17 år utan komplikation.

DRG 14A och DRG 14B jämfört med DRG 15

Valet av huvuddiagnos är av väsentlig betydelse för om vårdtillfället grupperas till DRG 14A och B eller DRG 15. DRG 14A och B, stroke, även mer vardagligt kallat slaganfall, skiljer sig från DRG 15 TIA (transitoriska ischemiska attacker) genom att stroke har både längre vårdtider och drar högre kostnader enligt Sveriges Kommuner och Landstings kostnadsdatabas, KPP-databasen. I Socialstyrelsens dokumentsamling med State of the Art-dokument definierade vi sjukdomstillståndet för stroke och TIA år 1996. De nationella riktlinjerna för stroke uppdaterades senast 2009.

Diagram 10. Andel vårdtillfällen fördelade mellan stroke och TIA i landstingen år 2011, slutenvård.

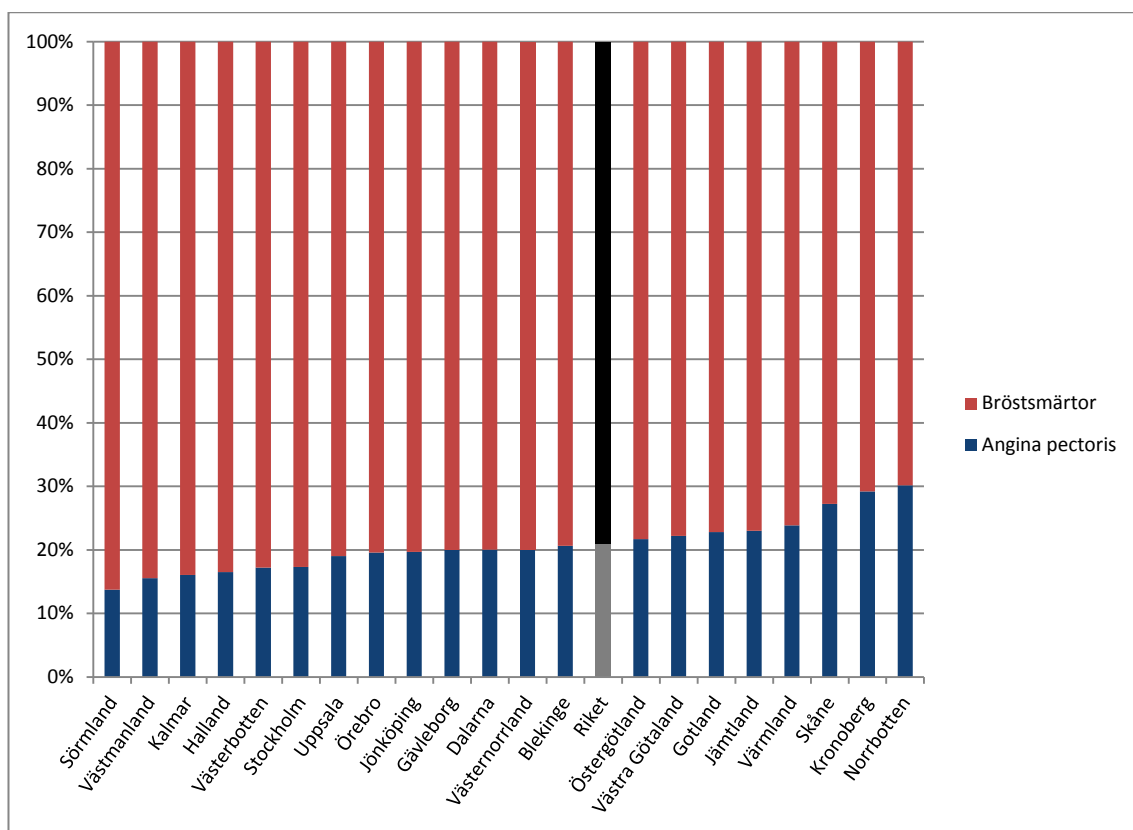


År 2011 var fördelningen mellan grupperna 76 procent stroke och 24 procent TIA. Sedan 2008 har det dock skett en andelsförskjutning till TIA, som då endast utgjorde 19 procent. De regionala skillnaderna i andelar för TIA varierade mellan 34,5 procent (Landstinget i Västerbotten) och 16,5 procent (Landstinget i Västernorrland). Spridningen mellan landstingen har ökat något under de senaste åren.

DRG 140 jämfört med DRG 143

DRG 140 Angina pectoris och DRG 143 Bröstsmärtor, ej angina pectoris är två grupper som till synes ligger nära varandra i diagnoshänseende men ändå inte överlappar varandra. Socialstyrelsen har i sina State of the Art-dokument för 1998 definierat sjukdomstillståndet för angina pectoris och bröstsmärtor.

Diagram 11. Andel vårdtillfällen fördelade mellan angina pectoris och bröstsmärtor år 2011, slutenvård.

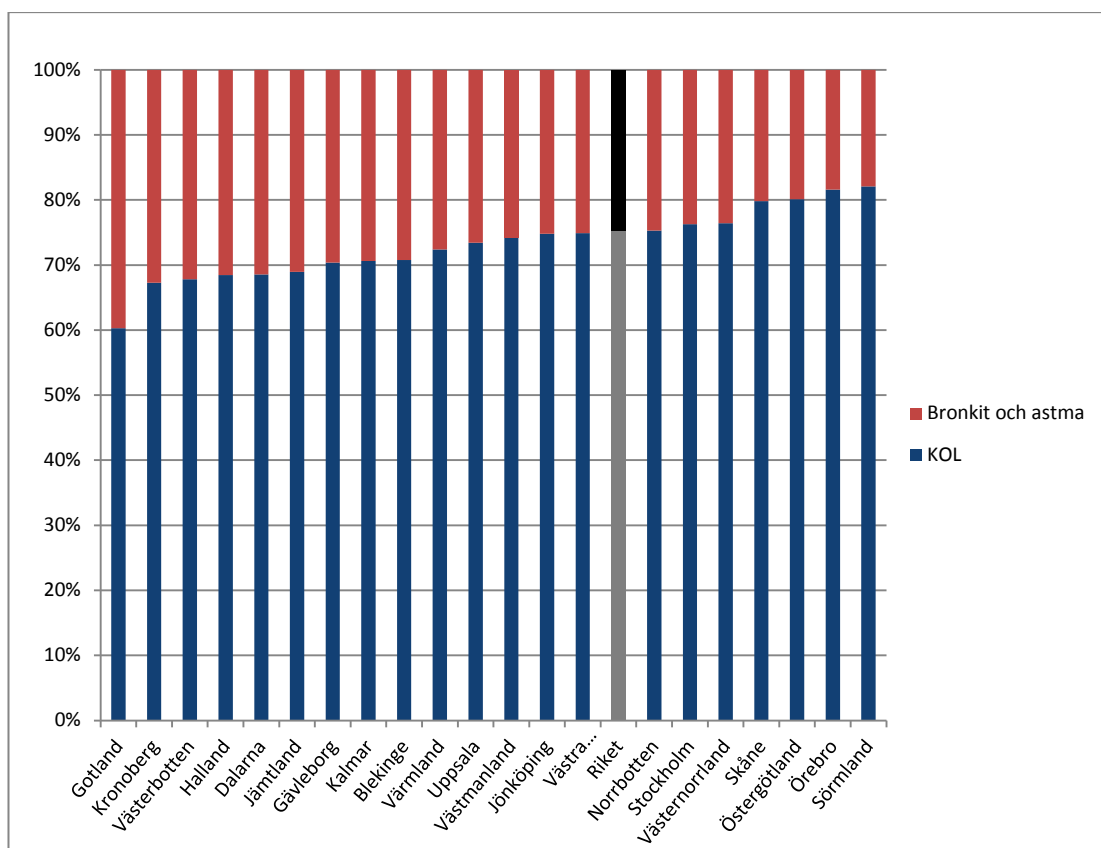


Angina pectoris är ett allvarligare sjukdomstillstånd än bröstsmärtor. Angina pectoris har jämförelsevis både längre vårdtid och högre kostnad enligt KPP-databasen. År 2011 var förhållandet mellan grupperna 21 procent angina pectoris och 79 procent bröstsmärtor. Ända sedan 2001 har en förskjutning skett mot en mindre andel angina pectoris. År 2001 var andelen nämligen 42 procent angina pectoris. Socialstyrelsens uppstramning av definitionen av angina pectoris ser ut att ha bidragit till att praxis kring diagnoskodningen har förändrats.

De regionala skillnaderna i andelar av angina pectoris under 2011 varierade mellan 14 procent (Sörmland) och 30 procent (Norrboten).

DRG 88 jämfört med DRG 96 och DRG 97

Diagram 12. Andel vårdtillfällen fördelade mellan KOL och bronkit/astma år 2011, slutenvård.



År 2011 var andelen vårdtillfällen 75 procent för DRG 88 KOL 75 procent och 25 procent för DRG 96–97 bronkit och astma >17 år. Andelsförhållandet mellan KOL och bronkit och astma har varit stabil under många år. De regionala skillnaderna i andelar varierar mellan 60 och 82 procent för KOL.

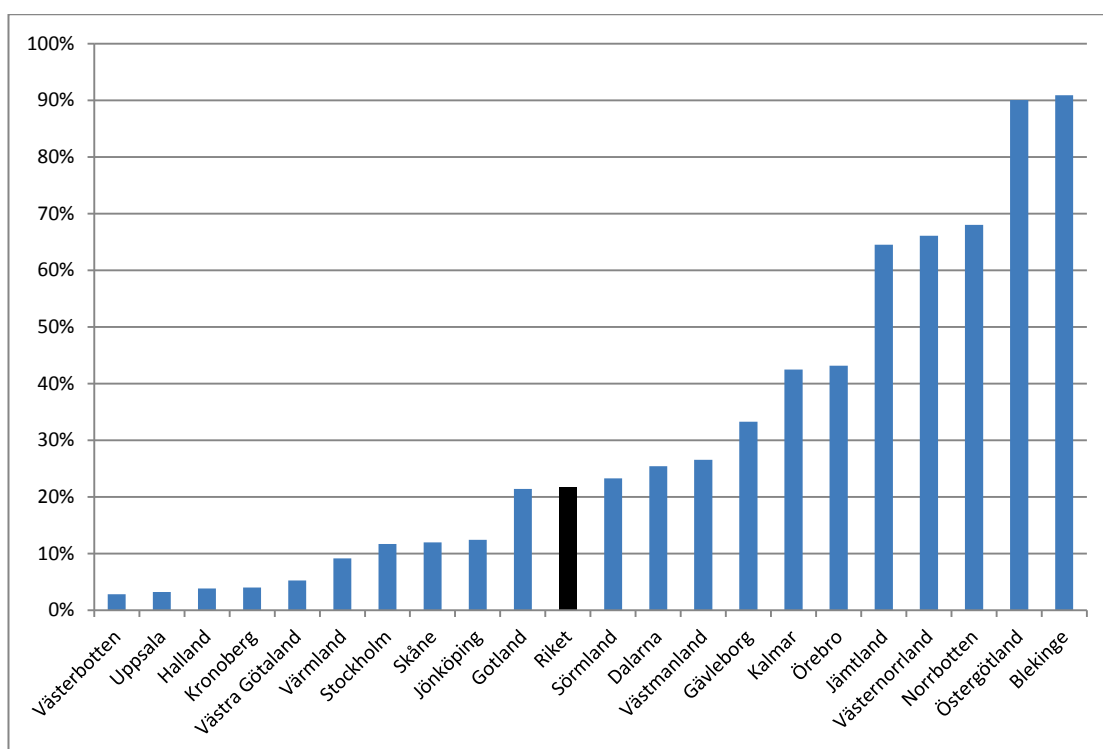
Resursförbrukningen per vårdtillfälle för KOL respektive bronkit och astma är relativt likvärdig i slutenvården.

Val av huvuddiagnos vid cytostatika- och strålbehandling i anslutning till cancersjukdom

Redan år 2001 gav Socialstyrelsen ut *Klassificeringsanvisningar för val av huvuddiagnos vid registrering till patientstatistik*. Vi har uppdaterat anvisningarna sedan dess, senast 2012[5]. I skriften finns bland annat regler för att välja huvuddiagnos vid medicinsk rehabilitering, cytostatika- eller strålbehandling, metastasförekomst och vid kontrollundersökningar. Vi har granskat kodningen för cancer närmare.

Om anledningen till vårdkontakten enbart är cytostatika- eller strålbehandling anges cytostatika (Z51.1) respektive strålbehandling (Z51.0) som huvuddiagnos och den bakomliggande tumördiagnosen (C00–D48) som bidiagnos. Det gäller endast vid behandling av malignitet.

Diagram 13. Andel felkodade cancerbehandlingar samt andel cancer med behandling som bidiagnos i slutenvården.



Av vårdtillfällen med registrerad cancerbehandling kodas 78 procent rätt med Z-kod som huvuddiagnos i samband med cancer. Övriga 22 procent av cancerbehandlingarna kodas fel och visas med blå staplar i diagram 13. Landstingen i Västerbotten, Uppsala, Halland, Kronoberg och Västra Götalandsregionen kodar rätt i stort sett genomgående. Många landsting har feltolkat kodningsregeln för cancerbehandlingar och landstingen i Blekinge och Östergötland har högst andel fel.

Den felaktiga kodningen resulterar i fel DRG-koder och fel ersättning i förekommande fall för utförd vård, utöver att kodningsanvisningarna inte följs.

Kodning av bidiagnoser

De tillstånd en patient har utöver huvuddiagnosen klassificeras som bidiagnoser. Man bör endast registrera diagnoser som har relevans för vården vid den aktuella vårdkontakten. Mer information om vad som är en relevant bidiagnos finns beskrivet i Socialstyrelsens dokument *Anvisning för val av huvud- och bidiagnos*, som finns på Socialstyrelsens webbplats.

Bidiagnoser i DRG-systemet

En bidiagnos kan påverka grupperingen i DRG-systemet. Till exempel kan en bidiagnos göra att vårdkontakten grupperas till en DRG för komorbiditet och/eller komplikationer. Antalet bidiagnoser har dock ingen större betydelse för grupperingen.

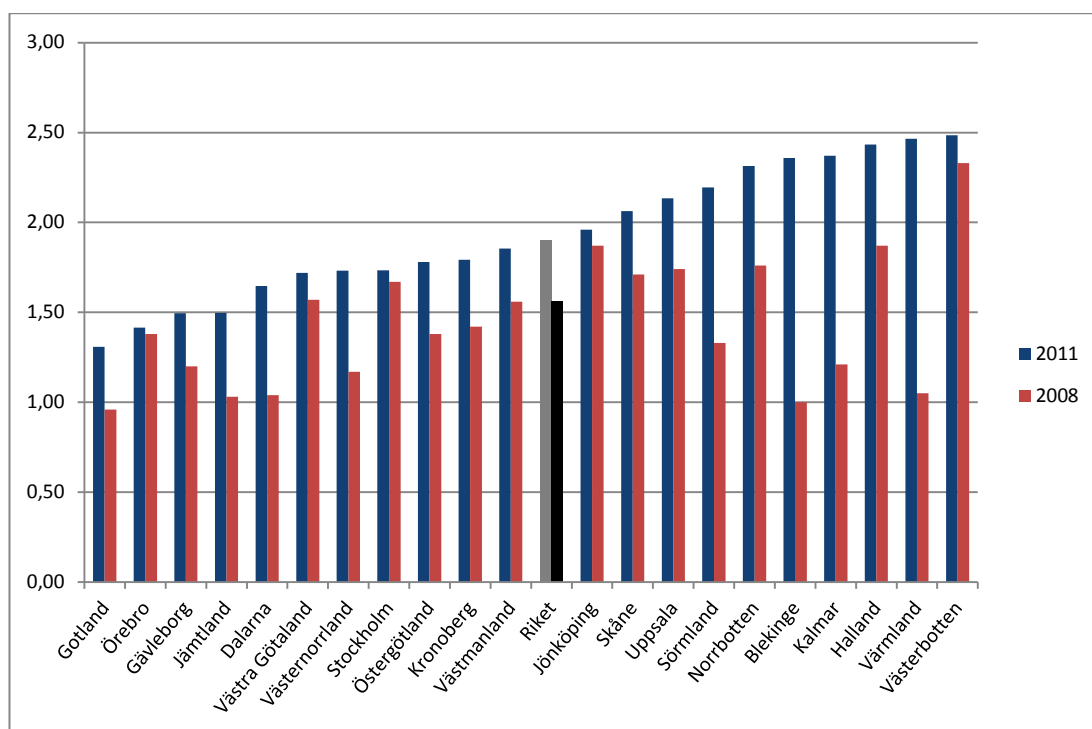
Hur bidiagnoser påverkar grupperingen är ganska invecklat. Många påverkar endast i kombination med vissa huvuddiagnoser. I en klinisk verk-

samhet som är DRG-finansierad kan det kanske vara frestande att koncentrera sig på att registrera de bidiagnoser som höjer DRG-vikten, men med tanke på det invecklade och föränderliga regelverket är det faktiskt lättast att registrera alla relevanta bidiagnoser. Då får man dessutom ett bra patientregister, vilket är värdefullt för olika sorters statistik och epidemiologisk forskning. Historiskt har det funnits ett problem med underkodning i PAR, och många landsting underkodar fortfarande. Uteblivna registreringar ger ingen information alls.

Det finns ett stort antal DRG-par med i princip samma benämning, men där den ena gruppen är ”komplicerat” och den andra ”ej komplicerat”. Med komplicerat menas att det under vårdtillfället har förekommit komplikation eller en komplicerande sjukdom.

I tidigare analyser av kodning har Socialstyrelsen konstaterats att införandet av DRG-system också innebär kodning som leder till en högre andel komplicerade DRG. När DRG infördes började man uppmärksamma kodningen på ett nytt sätt – man började registrera fler diagnoskoder per vårdtillfälle. Med fler diagnoskoder per vårdtillfälle ökar sannolikheten att kodningen leder till en komplicerad DRG. Grupperingslogiken är dock uppbyggd så att det inte är antalet diagnoskoder i sig som avgör andelen komplicerande DRG, utan vad som krävs är att rätt kod enligt logiken anges för att uppnå komplikation. Det är därför svårt att veta hur den här förändringen av kodningen ska tolkas. Är det en DRG-glidning eller enbart en bättre kodning? Ingen systematisk uppkodning av vårdtillfällen för att få bättre ersättning har visat sig vid de diagnosgranskningsstudier som landstingen har genomfört. Enskilda fall av uppkodning förekommer, men de upptäcks relativt snart och åtgärdas.

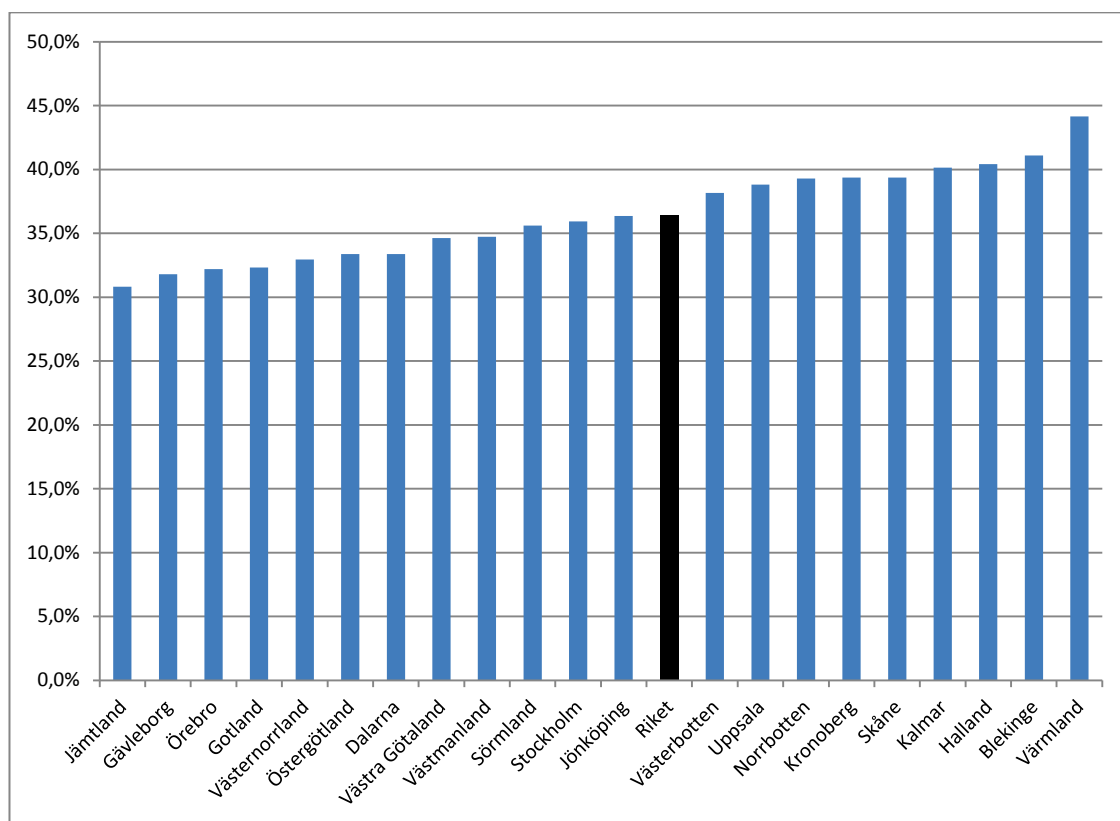
Diagram 14. Antal bidiagnoser per vårdtillfälle år 2011 jämfört med år 2008, slutenvård.



Registreringen av antalet bidiagnoskoder skiljer sig åt mellan landstingen. Det finns ett spann mellan 1,3 och 2,5 diagnoskoder för det landsting som registrerat minst respektive mest antal bidiagnoskoder. Antalet bidiagnoskoder var i genomsnitt 1,9 år 2011. För drygt 10 år sedan registrerades endast 0,7 bidiagnoser per vårdtillfälle.

Genom satsningar på kodningsutbildningar för framför allt de medicinska sekreterarna ökar kunskapen om registreringens betydelse och antalet registrerade diagnoskoder i landstingens patientadministrativa system. I diagram 14 har vi jämfört antalet bidiagnoser per landsting mellan åren 2008 och 2011. Diagrammet visar att samtliga landsting har ökat registreringen av diagnoskoder under den här perioden. Vissa landsting har ökat registreringen mer än andra. Värmland, Kalmar, Blekinge och Sörmland har ökat registreringen av diagnoskoder markant de senaste åren. Andra landsting är ganska stabila i registreringen av antalet diagnoskoder, som Örebro, Västra Götalandsregionen, Stockholm, Jönköping och Västerbotten.

Diagram 15. Andel komplicerade DRG av samtliga vårdtillfällen i DRG-par med respektive utan komplikation 2011, slutenvård.

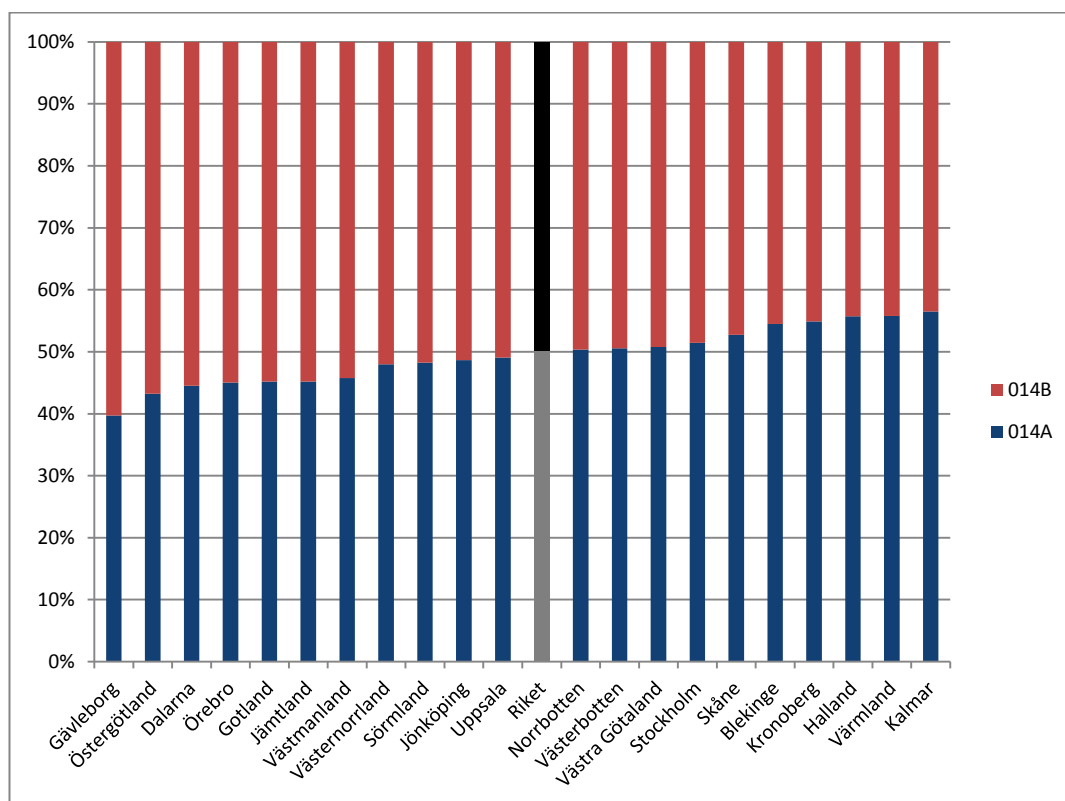


Landstingen registrerar koder som leder till komplicerande DRG i högre utsträckning än tidigare. År 2008 var andelen komplicerande DRG cirka 30 procent, medan andelen 2011 var 36 procent. Flera landsting som markant börjat registrera koder som leder till komplicerande DRG är Värmland, Blekinge, Kalmar och Kronoberg. Skillnaden i andelen komplicerade DRG varierar mellan högst andel, 44 procent, för Värmland och lägst andel, 31 procent, för Jämtland. Den utveckling av registreringen av koder som nu

kan ses speglar bättre än tidigare dagens sjukvård. Med all sannolikhet registreras fortfarande alltför få diagnoser i landstingen. Det är snarare kodningspraxis än sjuklighet som avspeglas i skillnaderna mellan landstingen.

DRG 14A jämfört med DRG 14B

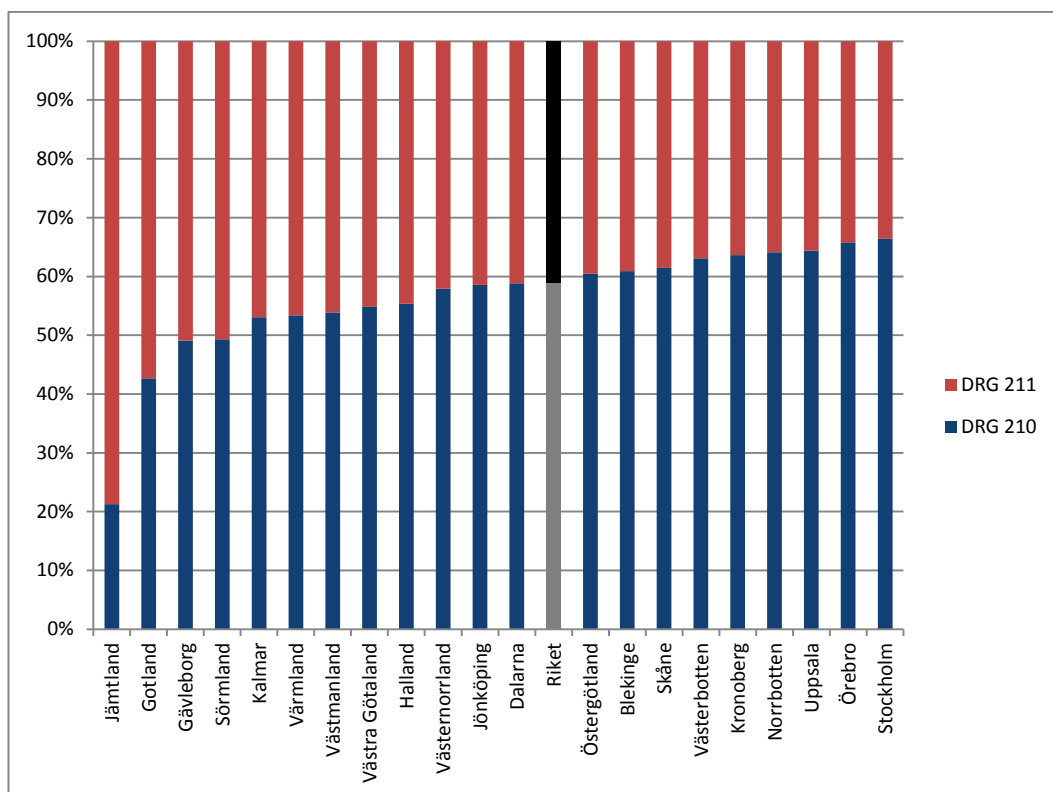
Diagram 16. Andel vårdtillfällen med komplicerad stroke DRG 014A jämfört med stroke utan komplikation DRG 014B år 2011, slutenvård.



Fördelningen i registreringen av stroke mellan komplicerad stroke och stroke utan komplikation var i genomsnitt 50 procent vardera i riket 2011. Andelen stroke med komplikationer har ökat från 46 procent 2008. Flest komplicerade stroke registreras i Kalmar, Värmland, Halland, Kronoberg och i Blekinge och minst antal i Gävleborg och Östergötland.

DRG 210 jämfört med DRG 211

Diagram 17. Andel vårdtillfällen med komplicerad höftfraktur DRG 210 jämfört med höftfraktur utan komplikation DRG 211 år 2011, slutenvård.



Fördelningen mellan de båda höftfrakturgrupperna var 59 procent med komplikation och 41 procent utan komplikation för riket år 2011. En markant förändring har skett från 2008, då höftfrakturer med komplikationer utgjorde 55 procent. I Stockholms läns landsting registrerades de flesta höftfrakturerna med komplikation medan det minsta antalet återfanns i Jämtlands läns landsting. Landsting som kraftigt ökat andelen höftfrakturer med komplikationer 2011 jämfört med 2008 är Blekinge, Östergötland och Kronoberg.

Kodningens konsekvenser i det kommunala utjämnings-systemet och olika ersättningssystem

Det finns andra faktorer än ålder som påverkar vårdbehovet och landstingens förutsättningar att bedriva vård, bland annat sjukdomspanorama. Det är detta som man avser att kompensera för med hjälp av det kommunala utjämningsystemet. En variabel i det kommunala utjämningsystemet är registreringen av vissa diagnoser (vårdtunga grupper). För att få tillgång till det bidrag landstinget har rätt till är det betydelsefullt att landstinget registrerar rätt.

Valet av huvuddiagnos har betydelse för ersättningen i de fall DRG-systemet ingår som en del i landstingens ersättningssystem. Några exempel på detta finns i den här rapporten. Ett exempel är cancerbehandlingar, där

landstingen får betydligt mer ersättning om de registrerar tumörsjukdomen som huvuddiagnos. Detta strider helt mot Socialstyrelsens anvisningar.

Det finns skillnader i ersättningar mellan TIA och stroke där stroke ger högre ersättning. Det finns regionala skillnader i andelar för TIA som varierar mellan 34,5 procent (Västerbotten) och 16,5 procent (Västernorrland) år 2011, se diagram 10. Skillnaderna i ersättning mellan angina pectoris och bröstsmärtor är ganska små, men ersättningen för angina är något högre. I diagram 11 redovisar vi de regionala skillnaderna i andelar av angina pectoris som varierar mellan 14 procent (Sörmland) och 30 procent (Norrbotten) år 2011.

När DRG-systemet används som en del av landstingets ersättningssystem blir registreringen av bidiagnoser betydelsefull. En relevant bidiagnos kan påverka grupperingen, till exempel kan vårdkontakten grupperas till en komplikations-DRG. Antalet bidiagnoser har dock ingen större betydelse för grupperingen. I avsnittet *Bidiagnoser i DRG-systemet* har vi beskrivit detta mer ingående. Utvecklingen i stort går mot allt fler komplicerade DRG, men de är inte jämnt fördelade mellan landstingen. Detta är snarare ett utslag för skillnaden i kodningspraxis än sjukligheten. De exempel som finns beskrivna i diagram 16 och 17 för stroke och höftfrakturer visar skillnaderna mellan landstingen, som är särskilt stor för höftfrakturerna. En komplicerad DRG ger högre ersättning i ersättningssystemen. Landstingen har ansvar för att internt granska kodningen, och särskilt viktigt blir det i de fall då DRG används för ersättning. Att koda för högre ersättning än vad det finns underlag för går att jämföra med att utfärda en felaktig faktura, det vill säga rent bedrägeri.

År 2011 ingick DRG som en del av det interna ersättningssystemet till slutenvården i åtta av 21 regioner/landsting. Inget av regionerna/landstingen ersatte sjukvården till 100 procent med DRG. DRG-ersättningen varierade mellan 20 – 60 procent, resterande del ersattes med fasta ersättningar.

Referenser

- [1] Fryckstedt J, Asker-Hagelberg C. Läkemedelsrelaterade problem vanliga på medicinakuten. Orsak till inläggning hos nästan var tredje patient, enligt kvalitetsuppföljning. Läkartidningen. 2008;105 (12-13):894-8.
- [2] <http://www.smittskyddsinstitutet.se/amnesomraden/antibiotikaresistens/>
- [3] http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/UVI_rek.pdf
- [4] Scholes D, et al. Risk factors associated with acute pyelonephritis in healthy women. Ann Intern Med 2005;142(1):20–7.
- [5] Anvisningar för val av huvud- och bidiagnos, Socialstyrelsen 2012
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-4-18/Sidor/default.aspx>
- [6] Anvisningar för diagnosklassificering i öppenvård, Socialstyrelsen 2012
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-5-4/Sidor/default.aspx>
- [7] Ludvigsson Jonas F, et al. External review and validation of the Swedish national inpatient register. BMC Public Health 2011, 11:450
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/externalreviewandvalidationoftheswedishnationalinpatientregister/Documents/BMC%20public%20health%202011%20Ludvigsson21658213.pdf>
- [8] Kodningskvalitet i patientregistret – Slutenvård 2008, Socialstyrelsen 2010 <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-27>
- [9] ICD-10-SE
<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskoder>
- [10] Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)
<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/atgardskoderkva>
- [11] Nyhetsbrevet Klassificering och koder
<http://www.socialstyrelsen.se/nyhetsbrev/klassifikationer>
- [12] Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2011, Sveriges Kommuner och Landsting 2012
http://www.skl.se/vi_arbetar_med/statistik/statistik_ekonomi/verksamhet_och_ekonomi_i_landsting_och_regioner/verksamhet-och-ekonomi-2011

[13] Klassifikation av sepsis, svår sepsis och septisk chock
http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskoder/kodning/sanvisningar/Documents/Klassifikation_av_sepsis_11_06_23.pdf

Bilagor

Bilaga 1. Specifikation av indikatorområden.

	Indikatorområde 1	Referens	Mått
1.1	Huvuddiagnoskod saknas	3 § SOSFS 2008:26 Uppgifterna som avses i 1 § ska lämnas i enlighet med specifikationerna i bilagorna 3 och 5 för patienter som har behandlats av läkare inom den del av den öppna hälso- och sjukvården som inte är primärvård.	Andel av alla vårdkontakter
1.2	Bakteriediagnos B95–B96 som huvuddiagnoskod	ICD-10 SE Sid 59: Dessa kategorier skall inte användas som primärkoder (huvuddiagnoser) utan endast som tilläggs-koder (bidia-gnoser) när man önskar att ange den infektiösa organismen (eller organismerna) som orsakar sjukdomar som klassifi-ceras annorstädes.	Andel av alla vårdkontakter
1.3	1.3 Resistens mot antimikrobiella äm-nen U82–U85 som huvuddiagnoskod	ICD-10 SE Sid 725: Dessa kategorier skall inte användas som primärkoder utan endast som tilläggs-koder när man önskar att ange resisten-segenskaperna hos den infektiösa organismen som klassi-ficeras annorstädes.	Andel av alla vårdkontakter
1.4	Z48, Z49, Z51.0 eller Z51.1 som bidia-gnoskod	Anvisningar för val av huvud- och bidiagnos Sid 14: Z-koderna Z48.-, Z49. -, Z51.0, och Z51.1 blir huvuddia-gnos i de fall där den huvudsakliga anledningen till vården är att ge cytostatikabehandling, strålbehandling, dialysbe-handling eller eftervård. Att man ger cytostatika, strålbe-handling eller dialys kodas med åtgärds-kod enligt Klassi-fikation av vårdåtgärder (KVÅ).	Andel av alla vårdkontakter
1.5	Kod för skada eller förgiftning utan kod för yttre orsak	ICD-10 SE Sid 629: Kodnummer från detta kapitel används som tillägg till kodnummer från ett annat kapitel i klassifikationen som visar tillståndets natur. Därvid gäller att kodnummer från kapitel XIX, Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker, alltid bör åtföljas av en kod från kapitel XX.	Andel av alla vårdkontakter

1.6	Förlossningsutfall Z37 som huvuddiagnoskod	ICD-10 SE Sid 701: Denna kategori är avsedd för användning som tilläggskod för att identifiera förlossningsutfall i moderns journal.	Andel av alla vårdkontakter
1.7	Förlossning O80–O84 som bidia-gnoskod	ICD-10 SE Sid 457: Koderna O80-O84 är avsedda för morbiditetskodning. Koder från detta avsnitt skall alltid anges som primärkod (huvuddiagnos) vid förlossning.	Andel av alla vårdkontakter
1.8	SIRS R65 och Septisk chock R57.2 som huvuddiagnoskod	ICD-10 SE Sid 541: Denna kategori skall aldrig användas som primärkod. Kategorin är avsedd som tilläggskod vid multipelkodning för att identifiera tillståndet oavsett orsak. Kod från annat kapitel skall anges som primärkod för att ange orsak eller underliggande sjukdom. Klassifikation av sepsis, svår sepsis och septisk chock Sid 2: Sedan något år finns nya specifika koder för svår sepsis (R65.1) och septisk chock (R57.2) vilka är avsedda att användas som tilläggs-koder till den aktuella infektionen som utlöser grava septiska reaktioner.	Andel av alla vårdkontakter
1.9	Kod för sena effekter som huvuddiagnos	ICD-10 SE Inledning Sid 15: ICD-10 erbjuder ett antal kategorier för sena effekter (B90-B94, E64, E68, G09, I69, O97, T90-T98, Y85-Y89). Dessa koder kan användas för att ange förekomsten av tillstånd som inte längre är för handen men som orsakat ett aktuellt problem som är föremål för utredning eller behandling. I dessa fall är det dock det aktuella problemet som bör anges som huvuddiagnos. Koden för sena effekter används i dessa fall som tillägg till den kod som beskriver det aktuella resttillståndet.	Andel av alla vårdkontakter

	Indikatorområde 2	Anmärkning	Mått
2.1	Koder med tilläggs-kod för bakterier som orsak till sjukdom (B95–B97)	Utvalda koder (107 st.) som i ICD-10 SE har anmärkningen: ”Tilläggskod (B95–B97) kan användas för att ange den infektiösa organismen.”	Andel av alla koder där denna tilläggskod inte använts.
2.2	Koder med tilläggs-kod för läkemedel	Utvalda koder (44 st.) som i ICD-10 SE har kodtexten ”läkemedelsutlöst” alternativt ”utlöst av läkemedel” samt koderna D68.3 ”hemorragisk sjukdom orsakad av cirkulerande antikoagulantia” och G21.0 ”malignt neuroleptikasyndrom”. Observera att vi inte tagit med de koder med följande anmärkning: ”Tilläggskod kan användas för att ange orsakande läkemedel om läkemedelsutlöst”.	Andel av alla koder där denna tilläggskod inte använts.
2.3	Koder med tilläggs-kod för yttre orsak	Utvalda koder (31 st.) som i ICD-10 SE har anmärkningen: ”Tilläggskod kan användas för att ange yttre orsak.”	Andel av alla koder där denna tilläggskod inte använts.
2.4	Koder med tilläggs-kod för toxiska ämnen.	Utvalda koder (16 st.) som i ICD-10 SE har kodtexten ”toxisk” alternativt ”orsakad av toxiska ämnen” samt anmärkningen ”Tilläggskod kan användas för att ange det toxiska ämnet.”	Andel av alla koder där denna tilläggskod inte använts.
2.5	Koder med tilläggs-kod för resistens mot antibiotika.	Utvalda koder (28 st.) där den sjukdomsorsakande bakterien är känd och därmed kan motivera att man använder tilläggs-kod (U82–U83) för att ange resistens mot antibiotika.	Andel av alla koder där denna tilläggskod inte använts.

	Indikatorområde 3	Mått
3.1	Ospecificerad kod när alternativ finns.	Andel av ospecificerade koder jämfört med alla alternativ på treställig nivå.
3.2	Fördjupningskoden används inte.	Andel av alla koder där fördjupningskod finns men inte använts.
3.3	N39.0 Urinvägsinfektion utan angiven lokalisering (UAL). Not: Asymtomatisk urinvägsinfektion kodas med fördjupningskoden N39.0A. Denna är undantagen i indikatorn.	Andel av urinvägsinfektioner kodade med: N10.9 Akut tubulo-interstitiell nefrit N30.0 Akut cystit N39.0 Urinvägsinfektion UAL
3.4	R69.9, Z03.9 eller Z04.9 som huvuddiagnos.	Andel av alla vårdkontakter. Not: Redovisas separat.

Urval Indikatorområde 2

Urval Kvalitetsindikator 2.1

Koder med anmärkningen: "Tilläggskod (B95–B97) kan användas för att ange den infektiösa organismen".

G06.1	Intraspinal abscess och intraspinalt granulom
G06.2	Extradural och subdural abscess, ospecificerad
J01.1	Akut frontalsinuit
J01.2	Akut etmoidalsinuit
J01.3	Akut sfenoidalsinuit
J01.4	Akut pansinuit
J01.8	Annan specificerad akut sinuit
J01.9	Akut sinuit, ospecificerad
J04.1	Akut trakeit
J04.2	Akut laryngotrakeit
J05.1	Akut epiglottit
J32.1	Kronisk frontalsinuit
J32.2	Kronisk etmoidalsinuit
J32.3	Kronisk sfenoidalsinuit
J32.4	Kronisk pansinuit
J32.8	Annan kronisk sinuit
J32.9	Kronisk sinuit, ospecificerad
J36.9	Halsböld
J37.1	Kronisk laryngotrakeit
J86.9	Empyem utan fistel
L00.9	Exfoliativ dermatit orsakad av stafylokokker
L01.1	Sekundärinfekterade dermatoser
L02.1	Kutan abscess, furunkel och karbunkel på halsen
L02.2	Kutan abscess, furunkel och karbunkel på bålen
L02.3	Kutan abscess, furunkel och karbunkel i sätesregionen
L02.4	Kutan abscess, furunkel och karbunkel på extremitet
L02.8	Kutan abscess, furunkel och karbunkel med andra specificerade lokalisationer
L02.9	Kutan abscess, furunkel och karbunkel, ospecificerad
L03.1	Cellulit i andra delar på extremitet
L03.2	Cellulit i ansiktet
L03.3	Cellulit på bålen
L03.8	Cellulit med andra specificerade lokalisationer
L03.9	Cellulit, ospecificerad
L04.1	Akut lymfadenit på bålen
L04.2	Akut lymfadenit på övre extremitet
L04.3	Akut lymfadenit på nedre extremitet
L04.8	Akut lymfadenit med andra specificerade lokalisationer
L04.9	Akut lymfadenit, ospecificerad
L05.9	Pilonidalcysta utan abscess
L08.1	Erythrasma

L08.8	Andra specificerade lokala infektioner i hud och underhud
L08.9	Lokal infektion i hud och underhud, ospecificerad
M86.1	Annan akut osteomyelit
M86.2	Subakut osteomyelit
M86.3	Kronisk multifokal osteomyelit
M86.4	Kronisk osteomyelit med draining sinus
M86.5	Annan kronisk hematogen osteomyelit
M86.6	Annan specificerad kronisk osteomyelit
M86.8	Annan osteomyelit
M86.9	Osteomyelit, ospecificerad
N10.9	Akut tubulo-interstitiell nefrit
N11.1	Kronisk obstruktiv pyelonefrit
N11.8	Annan kronisk tubulo-interstitiell nefrit
N11.9	Kronisk tubulo-interstitiell nefrit, ospecificerad
N30.1	Kronisk interstitiell cystit
N30.2	Annan kronisk cystit
N30.3	Trigonit
N30.4	Strålcystit
N30.8	Annan specificerad cystit
N30.9	Cystit, ospecificerad
N34.1	Icke specifik uretrit
N34.2	Annan uretrit
N34.3	Uretrasyndrom, ospecificerat
N41.1	Kronisk prostatit
N41.2	Abscess i prostata
N41.3	Prostatit med cystit
N41.8	Andra inflammatoriska sjukdomar i prostata
N41.9	Inflammatorisk sjukdom i prostata, ospecificerad
N45.9	Orkit, epididymit och epididymo-orkit utan abscess
N49.1	Inflammatoriska sjukdomar i funikel, tunica vaginalis och vas deferens
N49.2	Inflammation i skrotum
N49.8	Inflammatoriska sjukdomar i andra specificerade manliga könsorgan
N49.9	Inflammatorisk sjukdom i icke specificerat manligt könsorgan
N70.1	Kronisk salpingit och ooforit
N70.9	Salpingit och ooforit, ospecificerad
N71.1	Kronisk inflammation i uterus
N71.9	Inflammatorisk sjukdom i uterus, ospecificerad
N72.9	Inflammatorisk sjukdom i livmoderhalsen
N73.1	Kronisk parametrit
N73.2	Icke specificerad parametrit
N73.3	Akut bäckenperitonit hos kvinna
N73.4	Kronisk bäckenperitonit hos kvinna
N73.5	Bäckenperitonit hos kvinna, ospecificerad
N73.6	Bäckenadherenser hos kvinna
N73.8	Andra specificerade inflammatoriska sjukdomar i det kvinnliga bäckenet

N73.9	Inflammatorisk sjukdom i det kvinnliga bäckenet, ospecificerad
N76.1	Subakut och kronisk vaginit
N76.2	Akut vulvit
N76.3	Subakut och kronisk vulvit
N76.4	Abscess i vulva
N76.5	Ulceration i vagina
N76.6	Ulceration i vulva
N76.8	Annan specificerad inflammation i vagina och vulva
N85.1	Adenomatös hyperplasi av endometriet
N85.2	Uterushypertrofi
N85.3	Subinvolution av uterus
N85.4	Avvikande läge av uterus
N85.5	Inversion av uterus
N85.6	Intrauterina synekier
N85.7	Hematometra
N85.8	Andra specificerade icke inflammatoriska sjukdomar i uterus
N85.9	Icke inflammatorisk sjukdom i uterus, ospecificerad
O86.1	Annan infektion i könsorganen efter förlossning
O86.2	Urinvägsinfektion efter förlossning
O86.3	Andra specificerade infektioner i urin- och könsorganen efter förlossning
O86.4	Feber av okänd orsak efter förlossning
O86.8	Andra specificerade infektioner under barnsängstiden

Urval Kvalitetsindikator 2.2

Koder med anmärkningen: "Tilläggskod kan användas för att ange det orsakande läkemedlet (kapitel XX)".

D52.1	Läkemedelsutlöst folatbristanemi
D59.0	Läkemedelsutlöst autoimmun hemolytisk anemi
D59.2	Läkemedelsutlöst icke autoimmun hemolytisk anemi
D61.1	Läkemedelsutlöst aplastisk anemi
D68.3	Hemorragisk sjukdom orsakad av cirkulerande antikoagulantia
E06.4	Läkemedelsutlöst tyreoidit
E16.0	Läkemedelsutlöst hypoglykemi utan koma
E23.1	Läkemedelsutlöst hypopituitarism
E24.2	Läkemedelsutlöst Cushings syndrom
E27.3	Läkemedelsutlöst binjurebarksinsufficiens
E66.1	Läkemedelsutlöst fetma
G21.0	Malignt neuroleptikasyndrom
G21.1	Annan läkemedelsutlöst sekundär parkinsonism
G24.0	Läkemedelsutlöst dystoni
G25.1	Läkemedelsutlöst tremor
G25.4	Läkemedelsutlöst korea
G25.6	Läkemedelsutlösta tics och andra tics av organisk orsak
G44.4	Läkemedelsutlöst huvudvärk som ej klassificeras annorstädes
G62.0	Läkemedelsutlöst polyneuropati
G72.0	Läkemedelsutlöst myopati
H26.3	Katarakt orsakad av läkemedel
H40.6	Glaukom sekundärt till läkemedel
I95.2	Hypotoni orsakad av läkemedel
J70.2	Akuta läkemedelsutlösta interstitiella lungsjukdomar
J70.3	Kroniska läkemedelsutlösta interstitiella lungsjukdomar
J70.4	Läkemedelsutlöst interstitiell lungsjukdom, ospecificerad
K85.3	Läkemedelsutlöst akut pankreatit
L10.5	Läkemedelsutlöst pemfigus
L23.3	Allergisk kontaktdermatit orsakad av läkemedel i kontakt med huden
L24.4	Irritativ kontaktdermatit orsakad av läkemedel i kontakt med huden
L25.1	Ospecificerad kontaktdermatit orsakad av läkemedel i kontakt med huden
L27.0	Generaliserad hudreaktion orsakad av läkemedel
L27.1	Lokaliserad hudreaktion orsakad av läkemedel
L43.2	Lichenoid läkemedelsreaktion
L56.0	Fototoxisk läkemedelsreaktion
L56.1	Fotoallergisk läkemedelsreaktion
L64.0	Läkemedelsutlöst androgen alopeci
M10.2	Gikt orsakad av läkemedel
M32.0	Läkemedelsutlöst systemisk lupus erythematosus
M80.4	Läkemedelsutlöst osteoporos med patologisk fraktur
M81.4	Läkemedelsutlöst osteoporos
M83.5	Annan läkemedelsutlöst osteomalaci hos vuxen
M87.1	Osteonekros orsakad av läkemedel

R50.2	Läkemedelsutlöst feber
-------	------------------------

Urval Kvalitetsindikator 2.3

Koder med anmärkningen: "Tilläggskod kan användas för att ange yttre orsak (kapitel XX)".

D59.4	Andra icke autoimmuna hemolytiska anemier
D59.6	Hemoglobinuri orsakad av hemolys av andra yttre orsaker
D61.2	Aplastisk anemi av andra yttre orsaker
D64.2	Sekundär sideroblastisk anemi orsakad av läkemedel och toxiner
D69.5	Sekundär trombocytopeni
D74.8	Andra methemoglobinemier
E03.2	Hypotyreos orsakad av läkemedel och andra exogena substanser
E05.8	Annan tyreotoxikos
E80.2	Annan porfyri
G21.2	Sekundär parkinsonism av andra yttre orsaker
G93.7	Reyes syndrom
G95.8	Andra specificerade sjukdomar i ryggmärgen
H26.1	Traumatisk katarakt
J68.0	Bronkit och pneumonit orsakad av kemikalier, gaser, rök och ånga
J68.1	Akut lungödem orsakat av kemikalier, gaser, rök och ånga
J68.2	Inflammation i övre luftvägarna orsakad av kemikalier, gaser, rök och ånga som ej klassificeras annorstädes
J68.3	Andra akuta och subakuta sjukliga tillstånd i lungorna orsakade av kemikalier, gaser, rök och ånga
J68.4	Kroniska sjukliga tillstånd i lungorna orsakade av kemikalier, gaser, rök och ånga
J68.8	Andra specificerade sjukliga tillstånd i lungorna orsakade av kemikalier, gaser, rök och ånga
J68.9	Icke specificerat tillstånd i lungorna orsakat av kemikalier, gaser, rök och ånga
J69.0	Pneumonit orsakad av föda eller uppkräkt maginnehåll
J69.1	Pneumonit orsakad av olja eller essenser
J69.8	Pneumonit orsakad av andra fasta och flytande ämnen
J70.0	Akuta och subakuta lungmanifestationer orsakade av strålning
J70.1	Kroniska och andra lungmanifestationer orsakade av strålning
J70.8	Sjukliga tillstånd i lungorna av andra specificerade yttre orsaker
J70.9	Sjukliga tillstånd i lungorna av icke specificerade yttre orsaker
K06.2	Traumatiska skador i gingiva och tandlöst alveolarutskott
K12.2	Inflammation och abscess i munregionen
K14.9	Sjukdom i tungan, ospecificerad
K22.1	Sår i esofagus

Urval Kvalitetsindikator 2.4

Koder med anmärkningen: "Tilläggskod (T51–T65) kan användas för att ange det toxiska ämnet (kapitel XX)".

G62.2	Polyneuropati orsakad av andra toxiska ämnen
G70.1	Toxiska neuromuskulära transmissionsrubbningar
G72.2	Myopati orsakad av annat toxiskt ämne
G92.9	Toxisk encefalopati
H91.0	Ototoxisk hörselnedsättning
K52.1	Toxisk gastroenterit och kolit
K71.0	Toxisk leversjukdom med kolestas
K71.1	Toxisk leversjukdom med levernekros
K71.2	Toxisk leversjukdom med akut hepatit
K71.3	Toxisk leversjukdom med kronisk persisterande hepatit
K71.4	Toxisk leversjukdom med kronisk lobulär hepatit
K71.5	Toxisk leversjukdom med kronisk aktiv hepatit
K71.6	Toxisk leversjukdom med hepatit som ej klassificeras annorstädes
K71.7	Toxisk leversjukdom med fibros och cirros i levern
K71.8	Toxisk leversjukdom med andra specificerade sjukdomar i levern
K71.9	Toxisk leversjukdom, ospecificerad

Urval Kvalitetsindikator 2.5

Koder där den sjukdomsorsakande bakterien är känd och som skulle kunna ha tilläggskod (U82–U83) för att ange resistens mot antibiotika.

N10.9	Akut tubulo-interstitiell nefrit
	Not. Enligt läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer skall odling göras vid misstanke om pyelit/pyelonefrit[3]. E. coli dominerar som sjukdomsorsakande bakterie (cirka 85 %) [4].
A04.0	Infektion med tarmpatogena Escherichia coli-bakterier
A04.1	Infektion med tarmtoxiska Escherichia coli-bakterier
A04.2	Infektion med tarminvasiva Escherichia coli-bakterier
A04.3	Infektion med tarmhemorragiska Escherichia coli-bakterier
A04.4	Annan tarminfektion med Escherichia coli
B96.2	Escherichia coli som orsak till sjukdom
G00.8A	Meningit, bakteriell, av Escherichia coli
J15.5	Pneumoni orsakad av Escherichia coli
P23.4	Medfödd pneumoni orsakad av Escherichia coli
P36.4	Septikemi hos nyfödd orsakad av Escherichia coli
A40.3	Septikemi orsakad av Streptococcus pneumoniae
B95.3	Streptococcus pneumoniae som orsak till sjukdom
J13.9	Pneumoni orsakad av Streptococcus pneumoniae
A41.3	Septikemi orsakad av Haemophilus influenzae
A49.2	Haemophilus influenzae-infektion, ospecificerad
B96.3	Haemophilus influenza som orsak till sjukdom
G00.0	Meningit orsakad av Haemophilus influenzae
J14.9	Pneumoni orsakad av Haemophilus influenzae
J20.1	Akut bronkit orsakad av Haemophilus influenzae

A41.0	Septikemi orsakad av Staphylococcus aureus
B95.6	Staphylococcus aureus som orsak till sjukdom
P36.2	Septikemi hos nyfödd orsakad av Staphylococcus aureus
M00.0	Stafylokockartrit och stafylokockpolyartrit
L00.9	Exfoliativ dermatit orsakad av stafylokocker
P23.2	Medfödd pneumoni orsakad av stafylokocker
A48.3	Toxic shock syndrome
Z22.3C	Bärare av stafylokocker

Urval Indikatorområde 3

Urval Kvalitetsindikator 3.1

Ospecificerade koder

A00.9	B36.9	D61.9	F23.9	G40.9	I30.9	J70.4	L70.9	N31.9	P51.9	R01.1	T62.9
A01.4	B38.2	D69.6	F25.9	G45.9	I31.9	J84.9	L71.9	N35.9	P52.9	R04.9	T74.9
A05.9	B39.4	D69.9	F30.9	G62.9	I33.9	J93.9	L74.3	N41.9	P55.9	R07.4	T78.2
A15.9	B40.2	D74.9	F31.9	G80.9	I40.9	K02.9	L95.9	N43.3	P56.9	R25.1	T78.4
A19.9	B46.5	D81.9	F32.9	G81.9	I42.9	K04.9	M00.9	N70.9	P57.9	R27.0	T90.9
A21.9	B47.9	D83.9	F33.9	G82.2	I44.7	K07.4	M02.9	N73.5	P76.9	R30.9	T91.9
A22.9	B54.9	D89.2	F34.9	G82.5	I45.9	K26.9	M05.9	N81.4	P80.9	R40.2	T92.9
A24.4	B55.9	E01.2	F41.9	G91.3	I47.9	K28.9	M06.9	N87.9	P81.9	R41.0	T93.9
A25.9	B56.9	E03.9	F42.9	G91.9	I50.9	K29.5	M08.9	N91.5	Q01.9	R44.3	T95.9
A27.9	B65.9	E04.9	F43.9	G95.2	I51.4	K29.7	M10.9	N92.6	Q03.9	R45.7	Z02.9
A31.9	B67.9	E05.9	F44.9	H10.3	I60.9	K50.9	M11.9	N94.6	Q04.9	R50.9	Z08.9
A37.9	B68.9	E16.2	F45.9	H10.9	I61.2	K51.9	M13.0	N97.9	Q05.9	R52.9	Z28.9
A39.4	B69.9	E20.9	F48.9	H16.9	I61.9	K52.9	M16.9	O00.9	Q21.9	R60.9	Z30.9
A40.9	B71.9	E21.3	F50.9	H20.9	I62.9	K55.9	M17.9	O01.9	Q22.9	R61.9	Z34.9
A41.9	B74.9	E22.9	F51.9	H25.9	I63.9	K56.7	M18.9	O14.9	Q35.9	R68.2	Z35.9
A52.3	B76.9	E24.9	F53.9	H26.9	I73.9	K59.9	M32.9	O20.9	Q37.9	R73.9	Z53.9
A56.2	B77.9	E25.9	F60.9	H30.9	I74.4	K60.2	M33.9	O21.9	Q53.9	R82.9	Z55.9
A66.9	B78.9	E30.9	F62.9	H40.9	I77.6	K65.9	M34.9	O22.9	Q54.9	S06.9	Z57.9
A67.9	B90.9	E50.9	F63.9	H47.1	I95.9	K71.9	M40.5	O24.3	Q56.4	S09.9	Z65.9
A68.9	C00.9	E51.9	F64.9	H49.9	J01.9	K73.9	M41.9	O33.9	Q60.2	S40.9	Z70.9
A71.9	C08.9	E53.9	F65.9	H50.9	J02.9	K74.5	M47.9	O35.9	Q60.5	S50.9	Z71.9
A75.9	C09.9	E55.9	F66.9	H60.9	J03.9	K81.9	M54.9	O36.9	Q61.3	S69.9	Z72.9
A77.9	C81.9	E63.9	F80.9	H65.9	J06.9	K92.2	M61.9	O42.9	Q61.9	S70.9	Z73.9
A80.3	C82.9	E64.9	F81.9	H66.9	J12.9	L10.9	M65.9	O45.9	Q65.2	S80.9	Z74.9
A81.9	C83.9	E66.9	F84.9	H72.9	J15.9	L12.9	M71.9	O66.5	Q65.5	S90.9	Z80.9
A82.9	C85.1	E73.9	F90.9	H80.9	J18.0	L20.9	M77.9	O67.9	Q69.9	T36.9	Z88.9
A87.9	C85.9	E75.3	F91.9	H90.2	J18.1	L21.9	M79.0	O68.9	Q70.9	T37.9	
A95.9	C91.9	E76.3	F92.9	H90.5	J18.2	L29.3	M79.3	O70.9	Q78.9	T39.9	
A96.9	C92.9	E78.5	F93.9	H90.8	J20.9	L40.9	M80.9	O80.9	Q80.9	T41.4	
B19.9	D46.9	E84.9	F94.9	H91.9	J21.9	L43.9	M81.9	O87.9	Q81.9	T42.7	
B27.9	D47.9	E85.2	F95.9	I01.9	J30.4	L50.9	M86.9	P20.9	Q85.9	T43.9	
B30.9	D50.9	E85.9	F98.9	I08.9	J32.9	L51.9	M87.9	P21.9	Q90.9	T45.9	
B34.0	D51.9	F00.9	G11.9	I09.9	J33.9	L53.9	M88.9	P22.9	Q91.3	T47.9	
B34.1	D52.9	F01.9	G12.9	I13.9	J43.9	L55.9	N11.9	P23.9	Q91.7	T49.9	
B34.2	D56.9	F06.9	G23.9	I20.9	J44.1	L58.9	N15.9	P24.9	Q96.9	T52.9	
B34.3	D58.9	F07.9	G30.9	I21.9	J44.9	L63.9	N17.9	P26.9	Q98.4	T54.9	
B34.4	D59.9	F20.9	G36.9	I25.9	J45.9	L64.9	N18.9	P35.9	R00.0	T59.9	
B34.9	D60.9	F22.9	G40.6	I27.9	J67.9	L65.9	N30.9	P36.9	R00.1	T60.9	

Urval Indikatorområde 3

Urval Kvalitetsindikator 3.2

Koder som kan ha fördjupningskod

A08.3	C44.3	D39.7	D72.1	E73.0	G12.1	I21.4	K40.4
A18.4	C44.4	D40.0	D76.3	E74.8	G31.8	I30.1	K40.9
A51.3	C44.5	D40.1	D80.0	E75.2	G40.0	I30.8	K41.0
A54.0	C44.6	D40.7	D80.5	E76.2	G40.1	I30.9	K41.1
A56.0	C44.7	D41.0	D81.1	E78.2	G40.2	I44.1	K41.2
A63.0	C44.8	D41.1	D81.2	E80.0	G40.3	I44.6	K41.3
A87.0	C44.9	D41.2	D82.4	E80.2	G40.4	I45.0	K41.4
B00.1	C49.9	D41.3	D84.8	E80.5	G55.0	I45.6	K41.9
B07.9	C62.9	D41.4	D86.3	E83.0	G56.2	I47.2	K43.0
B08.0	C83.0	D41.7	E10.0	E83.3	G56.3	I48.9	K43.1
B18.0	C83.5	D42.0	E10.1	E83.5	G71.0	I49.5	K43.2
B18.1	C85.1	D42.1	E10.2	E87.0	G72.3	I49.8	K43.3
B18.2	C85.9	D43.0	E10.3	E87.1	G80.1	I69.0	K43.4
B18.8	C91.0	D43.1	E10.4	E88.0	G80.3	I70.2	K43.5
B18.9	C92.0	D43.3	E10.5	E88.1	G80.4	I73.8	K43.6
B34.1	D14.1	D43.4	E10.6	E88.2	G80.8	I73.9	K43.7
B34.4	D17.9	D43.7	E11.0	E88.8	G91.8	I78.1	K43.9
B35.0	D18.0	D44.0	E11.1	E89.0	H02.0	I89.0	K52.2
B35.1	D18.1	D44.1	E11.2	F10.2	H10.1	I89.8	K52.9
B35.8	D21.9	D44.2	E11.3	F10.7	H15.0	J30.3	K83.0
B37.2	D22.9	D44.3	E11.4	F40.2	H18.5	J37.0	K90.0
B37.8	D23.9	D44.4	E11.5	F43.8	H19.1	J38.0	L01.0
B88.0	D37.0	D44.5	E11.6	F44.4	H31.2	J38.1	L02.9
B96.8	D37.1	D44.6	E16.1	F45.2	H33.0	J38.3	L03.0
C16.0	D37.2	D44.7	E16.8	F79.9	H33.3	J38.7	L08.0
C34.9	D37.3	D44.8	E23.0	F80.0	H34.8	J45.0	L08.8
C43.0	D37.4	D48.0	E25.0	F80.1	H35.1	J45.1	L12.0
C43.1	D37.5	D48.1	E34.3	F80.2	H35.3	J95.8	L12.1
C43.2	D37.6	D48.2	E34.4	F80.8	H35.5	K07.0	L12.2
C43.3	D37.7	D48.3	E34.5	F90.0	H35.6	K12.1	L13.8
C43.4	D38.0	D48.4	E34.8	F98.0	H36.0	K13.0	L20.8
C43.5	D38.1	D48.5	E70.0	F98.1	H40.0	K13.2	L21.0
C43.6	D38.2	D48.6	E70.1	F98.5	H40.1	K13.4	L21.8
C43.7	D38.3	D48.7	E70.2	F98.6	H43.8	K13.7	L22.9
C43.8	D38.4	D59.1	E70.3	G00.8	H48.0	K20.9	L23.0
C43.9	D38.5	D68.5	E71.1	G04.2	H50.3	K40.0	L23.1
C44.0	D39.0	D68.6	E71.3	G04.8	H50.4	K40.1	L23.2
C44.1	D39.1	D69.2	E72.0	G04.9	H50.5	K40.2	L23.4
C44.2	D39.2	D70.9	E72.2	G06.1	H51.1	K40.3	L23.5

L23.8	L88.9	M24.4	M96.1	P29.3	R10.4	T84.7
L28.2	L89.9	M24.5	M96.6	P53.9	R11.9	T84.8
L29.8	L90.8	M24.6	M99.1	P70.4	R19.8	T86.0
L30.4	L92.0	M25.4	N34.2	P77.9	R23.1	T86.1
L30.8	L92.3	M25.5	N39.0	P83.8	R23.3	T86.2
L30.9	L94.2	M25.8	N39.4	P90.9	R23.4	T86.3
L40.1	L94.4	M32.8	N47.9	P91.6	R23.8	T86.4
L40.3	L95.0	M47.9	N48.0	P95.9	R34.9	T86.8
L40.5	L97.9	M48.0	N48.1	Q04.0	R35.9	T87.3
L40.8	L98.1	M48.4	N50.1	Q18.2	R41.8	T87.4
L43.3	L98.4	M48.8	N50.8	Q35.3	R47.0	T87.5
L43.8	L98.5	M51.0	N95.0	Q35.5	R47.1	T87.6
L44.8	L98.8	M51.1	N97.8	Q36.0	R47.8	T88.7
L50.6	L99.0	M61.0	O04.9	Q36.1	R48.2	T91.8
L52.9	M00.0	M62.1	O14.1	Q36.9	R49.0	Z01.5
L53.3	M00.2	M65.9	O24.0	Q37.2	R49.2	Z02.4
L53.8	M00.8	M66.2	O24.4	Q37.3	R49.8	Z02.7
L53.9	M00.9	M66.3	O26.8	Q37.4	R52.2	Z03.0
L56.2	M01.1	M67.4	O30.0	Q37.5	R56.8	Z03.2
L56.4	M02.9	M72.8	O31.2	Q37.8	R60.0	Z03.8
L56.8	M05.8	M79.1	O34.7	Q37.9	R61.0	Z08.9
L57.8	M06.9	M79.3	O34.8	Q38.5	R62.8	Z09.4
L60.3	M07.3	M79.6	O43.0	Q38.6	R73.0	Z11.3
L60.8	M08.0	M80.0	O43.2	Q43.1	R76.1	Z13.8
L66.8	M08.2	M84.0	O47.0	Q44.2	R93.1	Z20.2
L67.1	M08.4	M84.1	O60.1	Q65.8	R94.3	Z22.3
L67.8	M09.0	M84.2	O60.3	Q74.1	R94.8	Z22.8
L70.0	M10.0	M84.3	O61.0	Q76.4	S13.4	Z27.1
L70.1	M11.8	M85.0	O61.1	Q80.8	S83.2	Z31.1
L70.8	M11.9	M85.4	O70.2	Q82.2	S83.3	Z31.2
L71.8	M12.2	M86.0	O72.1	Q82.5	S83.4	Z31.8
L72.0	M19.0	M86.1	O75.6	Q82.8	S83.5	Z37.0
L73.8	M19.1	M86.6	O80.0	Q84.1	T14.0	Z37.1
L74.8	M19.2	M87.0	O81.3	Q84.2	T14.1	Z39.0
L81.4	M21.0	M87.2	O81.4	Q84.6	T63.4	Z39.2
L81.7	M21.1	M89.0	O91.1	Q84.8	T78.2	Z72.0
L81.8	M21.7	M89.5	O98.4	Q85.8	T81.8	Z85.0
L82.9	M23.0	M90.0	O98.8	Q87.0	T84.0	Z85.4
L83.9	M23.1	M90.7	P00.8	Q87.1	T84.1	Z85.5
L84.9	M23.2	M90.8	P04.1	Q87.2	T84.2	Z86.6
L85.1	M23.3	M92.5	P07.0	Q87.8	T84.3	Z86.7
L85.2	M24.0	M93.2	P07.1	Q89.8	T84.5	Z91.0
L85.8	M24.2	M96.0	P21.1	R02.9	T84.6	Z96.6

Bilaga 2. Resultat

Indikatorområde 1

Slutenvård

	1.1 Huvud-diagnos saknas	1.2 Huvud-diagnos bakteri-edia-gnos B95-B96	1.3 Huvud-diagnos antibio-tikare-sistens	1.4 Bidia-gnos Z48, Z49, Z51.0, Z51.1	1.5 Yttre orsak saknas	1.6 Hu-vuddia-gnos förloss-ningsutfall	1.7 Bidia-gnos förloss-ning	1.8 Huvud-diagnos sepsis	1.9 Huvud-diagnos sena effekter
Riket	0,87 %	0,01 %	0,00 %	0,52 %	0,05 %	0,01 %	0,07 %	0,01 %	0,28 %
Blekinge	0,68 %	0,00 %	0,01 %	1,04 %	0,01 %	0,00 %	0,25 %	0,01 %	0,24 %
Dalarna	0,66 %	0,00 %	0,00 %	0,36 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,04 %	0,31 %
Gotland	0,55 %	0,00 %	0,00 %	0,36 %	0,00 %	0,00 %	0,30 %	0,00 %	0,17 %
Gävleborg	0,36 %	0,07 %	0,01 %	0,60 %	0,00 %	0,34 %	1,72 %	0,03 %	0,36 %
Halland	0,13 %	0,00 %	0,00 %	0,30 %	0,15 %	0,00 %	0,01 %	0,00 %	0,14 %
Jämtland	0,56 %	0,01 %	0,00 %	0,29 %	0,07 %	0,00 %	0,01 %	0,01 %	0,27 %
Jönköping	0,49 %	0,01 %	0,00 %	0,23 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,01 %	0,24 %
Kalmar	0,22 %	0,00 %	0,00 %	0,48 %	0,07 %	0,00 %	0,02 %	0,00 %	0,14 %
Kronoberg	7,84 %	0,00 %	0,00 %	0,23 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,05 %	0,25 %
Norrbottn	0,66 %	0,01 %	0,00 %	0,54 %	0,09 %	0,00 %	0,03 %	0,00 %	0,15 %
Skåne	0,26 %	0,00 %	0,00 %	0,47 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,01 %	0,28 %
Stockholm	1,35 %	0,00 %	0,00 %	0,21 %	0,05 %	0,00 %	0,01 %	0,00 %	0,36 %
Sörmland	0,21 %	0,00 %	0,00 %	1,00 %	0,06 %	0,00 %	0,04 %	0,00 %	0,21 %
Uppsala	0,17 %	0,00 %	0,00 %	0,23 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,43 %
Värmland	1,67 %	0,02 %	0,00 %	0,89 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,03 %	0,08 %
Västerbotten	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,10 %	0,00 %	0,00 %	0,01 %	0,00 %	0,12 %
Västernorr-land	1,30 %	0,01 %	0,00 %	0,83 %	0,89 %	0,00 %	0,01 %	0,01 %	0,34 %
Västmanland	1,69 %	0,02 %	0,00 %	0,41 %	0,00 %	0,00 %	0,01 %	0,04 %	0,12 %
Västra Götal-and	0,26 %	0,00 %	0,00 %	0,40 %	0,00 %	0,01 %	0,09 %	0,01 %	0,27 %
Örebro	0,43 %	0,01 %	0,00 %	1,13 %	0,04 %	0,00 %	0,01 %	0,02 %	0,33 %
Östergötland	0,30 %	0,00 %	0,00 %	2,59 %	0,00 %	0,00 %	0,01 %	0,00 %	0,32 %

Indikatorområde 1
Öppenvård

	1.1 Huvud- diagnos saknas	1.2 Huvud- diagnos bakteri- edia- gnos B95-B9	1.3 Huvud- diagnos antibio- tikare- sistens	1.4 Bidia- gnos Z48, Z49, Z51.0, Z51.1	1.5 Yttre orsak saknas	1.6 Hu- vuddia- gnos förloss- ningsutfall	1.7 Bidia- gnos förloss- ning	1.8 Huvud- diagnos sepsis	1.9 Huvud- diagnos sena effekter
Riket	10,12 %	0,00 %	0,00 %	0,35 %	0,23 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,28 %
Blekinge	1,41 %	0,00 %		0,20 %	0,07 %		0,00 %		0,17 %
Dalarna	1,76 %	0,01 %	0,01 %	0,15 %	0,00 %		0,01 %	0,00 %	0,32 %
Gotland	5,56 %	0,00 %	0,00 %	0,03 %	0,01 %				0,22 %
Gävleborg	14,13 %	0,01 %	0,00 %	0,40 %	0,01 %		0,00 %	0,00 %	0,25 %
Halland	10,51 %	0,00 %		0,04 %	0,18 %	0,00 %	0,00 %		0,15 %
Jämtland	1,03 %	0,01 %	0,00 %	0,17 %	0,01 %		0,00 %		0,31 %
Jönköping	10,62 %	0,00 %		0,03 %	0,34 %		0,00 %		0,17 %
Kalmar	3,38 %	0,00 %		0,12 %	0,06 %		0,00 %		0,24 %
Kronoberg	4,84 %	0,00 %	0,00 %	0,03 %	0,32 %		0,02 %		0,23 %
Norrbottn	12,93 %	0,00 %			0,16 %		0,00 %	0,00 %	0,18 %
Skåne	5,95 %	0,00 %		0,06 %	0,06 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,45 %
Stockholm	12,61 %	0,00 %	0,00 %	0,03 %	0,32 %	0,00 %	0,01 %	0,00 %	0,20 %
Sörmland	1,37 %	0,00 %	0,00 %	0,10 %	0,01 %		0,00 %	0,00 %	0,27 %
Uppsala	14,95 %	0,00 %		0,03 %	0,01 %		0,00 %	0,00 %	0,26 %
Värmland	14,22 %	0,00 %	0,00 %	0,13 %	2,51 %		0,00 %	0,00 %	0,09 %
Västerbotten	4,57 %	0,00 %		0,03 %	0,10 %				0,36 %
Västernorr- land	5,80 %	0,00 %		0,68 %	0,45 %		0,00 %		0,22 %
Västmanland	6,51 %	0,00 %		0,77 %	0,01 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,25 %
Västra Götal- and	10,48 %	0,00 %	0,00 %	0,06 %	0,14 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,38 %
Örebro	13,03 %	0,00 %	0,00 %	0,21 %	0,30 %	0,00 %	0,03 %		0,18 %
Östergötland	2,14 %	0,00 %	0,00 %	6,49 %	0,02 %		0,00 %		0,38 %

Indikatorområde 2
Slutenvård

	2.1 Yttre orsak	2.2 Anti-biotikaresistens	2.3 Bak-terier	2.4 Läke-medel	2.5 Toxiskt ämne
Riket	0,87	0,80	0,85	0,52	0,63
Blekinge	0,92	0,89	0,89	0,63	0,77
Dalarna	0,90	0,89	0,82	0,62	0,81
Gotland	0,68	0,98	0,90	0,53	0,33
Gävleborg	0,87	0,91	0,96	0,80	0,91
Halland	0,76	0,79	0,58	0,20	0,15
Jämtland	0,93	0,88	0,91	0,84	0,67
Jönköping	0,89	0,83	0,85	0,41	0,38
Kalmar	0,91	0,84	0,73	0,43	0,22
Kronoberg	0,83	0,90	0,81	0,62	0,79
Norrbottn	0,87	0,94	0,87	0,55	0,89
Skåne	0,88	0,78	0,87	0,58	0,65
Stockholm	0,89	0,67	0,90	0,63	0,67
Sörmland	0,86	0,84	0,72	0,42	0,57
Uppsala	0,81	0,75	0,76	0,44	0,51
Värmland	0,76	0,94	0,75	0,37	0,68
Västerbotten	0,70	0,86	0,65	0,27	0,45
Västernorrland	0,90	0,90	0,85	0,57	0,75
Västmanland	0,82	0,78	0,93	0,61	0,90
Västra Götaland	0,88	0,86	0,87	0,62	0,68
Örebro	0,92	0,92	0,88	0,80	0,80
Östergötland	0,88	0,93	0,90	0,46	0,71

Indikatorområde 2
Öppenvård

	2.1 Yttre orsak	2.2 Anti-biotikaresistens	2.3 Bak-terier	2.4 Läke-medel	2.5 Toxiskt ämne
Riket	0,97	0,83	0,99	0,83	0,95
Blekinge	0,96	0,89	0,99	0,80	1,00
Dalarna	1,00	0,85	0,99	0,88	0,85
Gotland	0,98	0,89	1,00	0,59	1,00
Gävleborg	1,00	0,82	0,99	1,00	1,00
Halland	0,96	0,88	0,99	0,64	0,86
Jämtland	0,99	0,78	1,00	0,96	1,00
Jönköping	0,97	0,97	1,00	0,77	0,67
Kalmar	1,00	0,68	0,99	0,58	1,00
Kronoberg	0,96	0,96	1,00	0,72	1,00
Norrbottn	0,97	0,94	0,99	0,76	1,00
Skåne	0,97	0,79	1,00	0,87	0,99
Stockholm	0,98	0,89	1,00	0,90	0,90
Sörmland	0,96	0,87	0,98	0,61	0,86
Uppsala	0,99	0,89	0,99	0,73	0,92
Värmland	0,99	0,77	0,99	0,92	1,00
Västerbotten	0,91	0,66	0,98	0,79	0,89
Västernorrland	0,97	0,97	0,99	0,91	1,00
Västmanland	0,99	0,59	0,99	0,80	1,00
Västra Götaland	0,95	0,70	0,99	0,89	0,97
Örebro	0,99	0,93	0,99	0,91	1,00
Östergötland	0,98	0,84	1,00	0,68	0,89

Indikatorområde 3
Slutenvård

	3.1 Ospecifice- rade koder	3.2 Fördjupnings- koder	3.3 Ospec. urinvägsinf.	3.4 R69.9, Z03.9, Z04.9 huvuddia- gnos/10 000
Riket	0,53	0,47	0,78	15
Blekinge	0,53	0,48	0,78	36
Dalarna	0,56	0,43	0,73	22
Gotland	0,50	0,55	0,56	10
Gävleborg	0,58	0,48	0,80	34
Halland	0,51	0,44	0,81	3
Jämtland	0,54	0,54	0,67	36
Jönköping	0,56	0,43	0,80	16
Kalmar	0,51	0,42	0,80	23
Kronoberg	0,54	0,48	0,78	11
Norrbottn	0,57	0,51	0,82	30
Skåne	0,51	0,49	0,76	18
Stockholm	0,52	0,50	0,77	8
Sörmland	0,55	0,50	0,83	19
Uppsala	0,49	0,41	0,73	7
Värmland	0,53	0,42	0,78	7
Västerbotten	0,48	0,44	0,78	16
Västernorrland	0,52	0,51	0,83	19
Västmanland	0,59	0,40	0,81	32
Västra Götaland	0,53	0,47	0,78	13
Örebro	0,56	0,54	0,74	14
Östergötland	0,51	0,43	0,83	9

Indikatorområde 3
Öppenvård

	3.1 Ospecifice- rade koder	3.2 Fördjupnings- koder	3.3 Ospec. urinvägsinf.	3.4 R69.9, Z03.9, Z04.9 huvuddia- gnos/10 000
Riket	0,45	0,53	0,66	74
Blekinge	0,45	0,47	0,71	77
Dalarna	0,49	0,50	0,70	43
Gotland	0,53	0,54	0,72	14
Gävleborg	0,43	0,47	0,79	119
Halland	0,43	0,55	0,64	24
Jämtland	0,44	0,65	0,59	125
Jönköping	0,55	0,50	0,84	52
Kalmar	0,43	0,45	0,75	990
Kronoberg	0,39	0,50	0,64	554
Norrbottn	0,49	0,55	0,74	5
Skåne	0,44	0,55	0,64	61
Stockholm	0,43	0,58	0,57	25
Sörmland	0,52	0,51	0,77	53
Uppsala	0,39	0,38	0,69	36
Värmland	0,49	0,52	0,69	29
Västerbotten	0,40	0,47	0,66	29
Västernorrland	0,47	0,54	0,73	33
Västmanland	0,51	0,49	0,75	34
Västra Götaland	0,44	0,56	0,70	50
Örebro	0,48	0,58	0,72	49
Östergötland	0,50	0,41	0,78	38