

Slutenvårdsregistret i Stockholms läns landsting

Dess uppbyggnad och några förslag till kvalitetsförbättringar

Andrejs Leimanis

Stockholms läns landstings slutenvårdsregister är ursprungligen skapat huvudsakligen för patientadministrativa ändamål men har också i relativt hög utsträckning kommit att användas för epidemiologisk forskning.

Andrejs Leimanis, systemområdesansvarig för Centrala Register och Statistik vid Hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting, redogör här för registrets uppbyggnad, kvalitetsaspekter och ger förslag till förbättringar.

Registrets uppbyggnad

Slutenvårdsregistret inrättades huvudsakligen för patientadministrativa ändamål, såsom bokningar, väntelistor, statistik och ekonomi. Det är kopplat till det centrala folkbokföringsregistret och innehåller sålunda uppgifter om adress, civilstånd, medborgarskap, m m personnummerbundet för varje invånare i länet. *Figur 1* visar de två inrapporteringsvägarna. Cirka 260 000 vårdtillfällen avslutas varje år. Av dessa inrapporteras cirka 250 000 via det interaktiva patientadministrativa systemet. 10 000 rapporteras från blanketter efter vårdtillfällen vid vissa långvårdssjukhus, sjukhem m m. *Figur 2* visar vilka uppgifter som ingår i slutenvårdsregistret. I systemet är inlagt vissa formella och logiska kontroller för att minimera felaktigheter.

Kvalitet på informationen

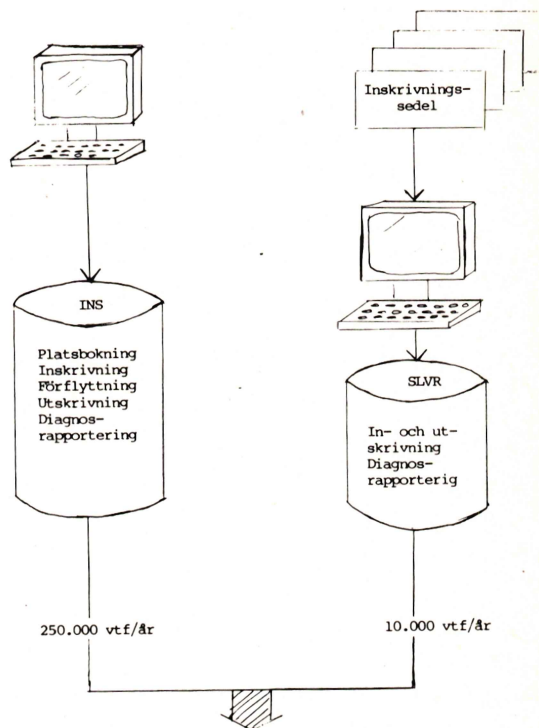
Några mer omfattande, systematiska kvalitetsstudier har inte gjorts över slutenvårdsregistret. Vissa kontroller och specialundersökningar har gjorts en-

ligt nedan, men vi planerar att anlita sakkunskap för ytterligare kvalitetsstudier.

Bortfall av vårdtillfällen

En kontroll är möjlig vid framställning av diagnos-

Figur 1. Schematisk framställning över vägarna för inrapportering till slutenvårdsregistret. Till vänster det interaktiva systemet direkt via terminal på kliniken. Till höger rapportering via blanketter efter avslutat vårdtillfälle.



Avtappning till det historiska slutenvårdsregistret 40 dagar efter utskrivningen om diagnos är rapporterad.

Figur 2. Ingående uppgifter i Stockholms läns landstings slutenvårdsregister.

INNEHÅLL I SLUTENVÅRDSREGISTRET

- PERSONNUMMER
- INRÄTTNING
- KLINIK
- AVDELNING
- INSKRIVNINGSDATUM, -SÄTT, FORM
- AKUT/EJ AKUT
- UTSKRIVNINGSDATUM, -SÄTT, -FORM
- DÖDSORSAK
- LÄN, KOMMUN, FÖRSAMLING VID VÅRTILLFÄLLET
- E-KOD
- DIAGNOSKOD 1 (HUVUDDIAGNOS)
 - " - 2
 - ...
 - " - 12
- DIAGNOSORDNINGSNUMMER
- OPERATIONSKOD
- OPERATIONSdatum
- ANESTESIKOD

1-12 ST

0-12 ST

statistiken som görs varje vår. Bortfallet har varierat, det var vid mitten av 70-talet cirka 3% och är nu mindre än 1%. Det är dock knappast bortfall i egentlig mening utan snarare sent rapporterade vårdtillfällen på grund av att journaler har fastnat någonstans i sjukvårdssystemet.

I det interaktiva systemet kan inget vårdtillfälle helt tappas bort, eftersom det sker en koppling till ekonomisk redovisning m.m. Ett visst bortfall kan däremot uppstå bland de 10000 vårdtillfällen som rapporteras in via blanketter efter vårdtillfället.

Bortfall av information

Alla obligatoriska uppgifter enligt figur 2 måste inrapporteras annars kan inte inrapportering ske. Något internbortfall för ett givet vårdtillfälle finns alltså inte.

Uppgifternas riktighet

Personuppgifter och demografiska uppgifter hämtas från länsstyrelsens folkbokföringsuppgifter och fel i dessa torde knappast föreligga.

För att minska möjligheterna till fel görs automatiskt vissa kontroller innan registrering i systemet; formella kontroller, logiska kontroller samt validering mot textregister. Exempelvis kontrolleras kombinationen av inrättning, klinik och avdelning. Innan diagnoserna registreras visas i klartext namnet på den diagnos som inmatats i form av en kod.

Bristande precision

De enstaka kontroller vi gjort har visat god överensstämmelse mellan diagnoskoderna i slutenvårdsregistret och de i journalerna. En annan fråga är ju huruvida journalens diagnoskod överensstämmer med patientens verkliga diagnos. Här har man bland annat på socialmedicin gjort specialundersökningar över vissa diagnoser.

Det finns vissa möjligheter till kontroller vid de årliga framtagningarna av diagnosstatistik. Man kan då kontrollera exempelvis vanliga diagnoser, diagnos i relation till kön, ålder m.m. och rensa bort orimligheter.

Vad göra för att förbättra kvaliteten?

1. Registret får inte vara en ren statistikrutin. Det måste kopplas till andra rutiner av ekonomisk och administrativ art, och det kan med fördel vara kombinerat med ett system för vidarebefordran av medicinska uppgifter, exempelvis anmälan till cancerregistret.
2. Det behövs bättre anvisningar när det gäller rapportering av medicinska uppgifter. Läkare och personal måste motiveras och utbildas i detta, bland annat bör detta ske genom en återkoppling till kliniken så att man ser resultatet av diagnosrapporteringen.
3. En modernisering av diagnoskoderna bör ske,

.....

För att minska möjligheterna till fel görs automatiskt vissa kontroller innan registrering i systemet

.....

Registret får inte vara en ren statistikrutin

och detta planeras ju genom införandet av ICD 9. Användningen av E-diagnoser (skadans yttre orsak) bör förbättras, vilket skulle ge bättre olycksfallsregistrering.

- Landstinget bör få del av forskarnas kvalitetsundersökningar, och ytterligare kvalitetskontroller bör initieras.

Vilken information saknas?

- Detaljerade bostadsuppgifter. Framförallt inom primärvården vore det värdefullt att kunna göra mer detaljerade redovisningar än på församlingsnivå. Det finns metoder att mer förfinat ange geografisk bestämning, tex genom koordinater och nyckelkoder.
- Uppgift om yrke. Det är inte helt lätt att klassificera yrke men i många fall skulle man i sjukvårdsregistren vilja ha uppgift om exempelvis bransch, arbetsplats, sysselsättning och anställningstid.
- Civilstånd. Ensamstående/samboende är mer relevant än det nuvarande gift/ogift etc. Dessa senare uppgifter bör snarast vara undergrupp.
- Nationalitet. Där det i registret står angivet nationalitet är det egentligen medborgarskap som anges. För undersökningar om exempelvis invandrare vore nationalitet en mer värdefull uppgift.
- Diagnostiseringstillfälle. Sålunda skulle man registrera första gången en diagnos ställs på en viss individ. Det ger en fingervisning, men ingen säker uppgift, om sjukdomsdebut.
- Läkemedelsreaktioner. Överkänslighet och läkemedelsbiverkningar vore självfallet värdefullt att ha omedelbart tillgängligt på data.

Interhosp

Interhospital 85



Düsseldorf
7–10 maj 1985

Düsseldorf

Världens största
sjukhusmässa.

13: Tysk Sjukhusa

13: Tysk
Sjukhusårsmöte.



NOWEA

Tysk-Svenska Handelskammaren
Box 1223
DUSSELDORFER MESSEN 111 82 Stockholm