

# Beskrivnings- och ersättningsystem inom öppenvården

## Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Bakgrund	3
Nyttan med beskrivningssystemet	4
Principer för beskrivningssystemets uppbyggnad och innehåll	5
Kliniska specialiteter och servicespecialiteter	6
Beskrivningssystemets beståndsdelar	6
Beskrivningssystemets struktur	7
Dagkirurgi	10
Diagnosregistrering	10
Samarbete mellan nationella projekt och det västsvenska öppenvårdsprojektet	10
IT-frågor med anknytning till projektet	12
Projektorganisation	13
Nuläget i öppenvårdsprojektet	14
Beskrivningssystemets införande	14
Framtida arbete	
Kostnadskalkyler	15
Utveckling av nya ersättningsformer	15
Bilaga 1 Uppdragshandling	
Bilaga 2 Remissvar på SoS förslag till Klassifikation av medicinska åtgärder	
Bilaga 3 Förteckning över kliniska specialiteter	
Bilaga 4 Åtgärdsförteckning inom hematologi	

## Sammanfattning

I slutet av 1999 startades ett projekt för utveckling av beskrivnings- och ersättningsystem i öppen vård. I uppdragshandlingen från mars 1999 fastställdes tre mål:

- att utveckla en enhetlig produktbeskrivning för den sjukhusanknutna somatiska öppna vården
- att ta fram en enhetlig ersättningsmodell för sjukhusens öppna vård med utgångspunkt från kriterierna resurshomogenitet och klinisk meningsfullhet och
- att föreslå ett rapporterings- och uppföljningssystem för den öppna sjukhusvården

Arbetet med att skapa ett beskrivningssystem går nu mot sitt slut och införandet kan starta under senhösten 2001. Införandet bör ske stegvis och kommer uppskattningsvis att ta ett år. Mot slutet av 2002 kommer systemet att tillämpas vid alla sjukhus och specialistmottagningar i Västra Götaland. Drygt 4000 anställda vid regionens sjukhus kommer regelbundet att använda beskrivningssystemet. I denna promemoria föreslås hur ansvar och arbetsuppgifter som uppkommer under införandeperioden skall fördelas mellan HSS och övriga enheter inom regionen.

Utvecklandet av ett beskrivningssystem för den sjukhusanknutna öppna vården är den första i en rad av aktiviteter som syftar till en bättre och mer adekvat verksamhetsuppföljning. Beskrivningssystemet förtecknar och definierar relevanta vårdtjänster och anvisar metoder för hur man skall hantera åtgärder som förekommer i både öppen och slutna vård. Vårdtjänsterna skall i ett senare skede kostnadsberäknas; kunskap om kostnaden ger möjligheter till effektiv ledning och styrning av sjukvården och är en förutsättning för att man skall kunna ta fram ändamålsenliga ersättningsmodeller.

Då beskrivningssystemet har införts kan uppgifter från beskrivningssystemet kopplas samman med diagnosuppgifter samt med information som beskriver kvaliteten i och effekterna av vården – helt nya sätt att utvärdera vården blir möjliga. Kvalitet, utfall och kostnader för en patientgrupp kan studeras, jämförbara enheters verksamhet kan kompareras ur nya perspektiv.

Beskrivningssystemet kommer att vara till nytta för patienter, politiker, verksamhetsansvariga på olika nivåer, för sjukhusledning samt för den medicinska professionen.

Införandet av det nya beskrivningssystemet är i högsta grad ett regionalt projekt. Samma sätt att kategorisera och föra statistik kommer att användas av alla sjukhus och specialistmottagningar; den språkförbistring som är ett tecken på den begreppsförvirring som tidigare rått försvinner. Introduktionen av det gemensamma beskrivningssystemet är därför ett sätt att föra de olika sjukhusen närmare varandra. Den regionala integrationen inom sjukvårdsområdet kommer att främjas.

I denna promemoria finns en detaljerad redogörelse för principer som legat grund för beskrivningssystemet, systemets beståndsdelar och dess struktur. I speciella avsnitt diskuteras dagkirurgi, IT-frågor med anknytning till projektet och samarbetet med nationella projekt inom samma område.

I ett avslutande avsnitt berörs det framtida arbetet med kostnadskalkyler och arbetet med att utveckla nya ersättningsformer.

## Bakgrund

I mars 1999 uppdrog dåvarande hälso- och sjukvårdsdirektören Kaj Möllefors åt en arbetsgrupp att starta ett projekt för utveckling av beskrivnings- och ersättningsystem i öppen vård. I uppdragshandlingen (bilaga 1) fastställdes tre mål:

- att utveckla en enhetlig produktbeskrivning för den sjukhusanknutna somatiska öppna vården
- att ta fram en enhetlig ersättningsmodell för sjukhusens öppna vård med utgångspunkt från kriterierna resurshomogenitet och klinisk meningsfullhet och
- att föreslå ett rapporterings- och uppföljningssystem för den öppna sjukhusvården

Ur målsättningarna kan man indirekt utläsa att projektet ej omfattar barn- eller vuxenpsykiatri och naturligtvis ej heller primärvården.

Skälen för att starta projektet var och är flerfaldiga:

För det första är beskrivningsnivån otillräcklig i förhållande till de resurser som används. Kostnaden för öppenvården vid regionens sjukhus uppgår till cirka 3,5 miljarder kronor per år. Denna öppenvård har för närvarande endast två regiongemensamma beteckningar för att beskriva vården, nämligen beteckningarna läkarbesök ( 2,3 miljoner läkarbesök per år) och sjukvårdande behandling (1,2 miljoner sjukvårdande behandlingar per år).

För det andra är beskrivningen av öppenvården oenhetlig i nuläget eftersom varje sjukhus har sitt eget system; system som är mer eller mindre utvecklade. Det existerar inget uniformt och gemensamt beskrivningssystem.

För det tredje hade politiker i Västra Götaland under en rad av år efterfrågat bättre beskrivnings- och ersättningssystem. Så beslöt till exempel planeringsnämnden 1995 att alla öppenvårdsbesök vid sjukhusen skulle diagnosättas. Samma år infördes även registrering av dagkirurgiska åtgärder. 1997 rekommenderades registrering av medicinska dagsjukvårdsåtgärder. Sammanläggningsdelegerade tog 1998-04-20 ställning till regler och principer för sjukvårdens ekonomistyrning. Sammanläggningsdelegerade beslöt då att uppdra åt dåvarande hälso- och sjukvårdskommittén att utveckla en gemensam prestationsbeskrivning och ett gemensamt ersättningssystem för den öppna specialistvården för införande senast under år 2000. Senare beredning i ärendet visade att detta var ett betydligt mer omfattande projekt än vad man initialt insåg. Man hade heller inte avsatt resurser för projektets genomförande.

För det fjärde har stora ansträngningar gjorts både regionalt, nationellt och internationellt i syfte att utveckla system för beskrivning av öppen vård vid sjukhus. De svenska systemen har alla den nackdelen att de primärt har haft som syfte att snabbt få fram ett ersättningsinstrument. Därigenom har systemens förmåga att beskriva den medicinska verkligheten blivit lidande. Inventeringar har även gjorts av internationella beskrivningssystem och ett antal utvärderingsprojekt har genomförts. Slutsatsen vid dessa utvärderingar var att det krävdes utveckling av system som baserades på svenska förhållanden.

Ett femte skäl för att arbeta med beskrivning av sjukhusens öppenvård har tillkommit i efterhand; kraven på förbättrad informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning har

nämmligen aktualiserats i den nationella handlingsplanen. Motiven är dels att medborgarna skall få god information om vården och dels att främja en effektiv hälso- och sjukvård. Man efterfrågar verksamhetsuppföljning som bygger på individuppgifter och som kan beskriva vårdprocesser, verksamheter och resultat. Bland de områden som anges som speciellt utvecklade vad gäller verksamhetsuppföljning nämns sjukhusens öppna vård.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen informerades om projektet i oktober 1999. Sedan årsskiftet 2000 har arbetet varit i full gång. Arbetet med att skapa ett beskrivningssystem går nu mot sitt slut och införandet kan starta under senhösten 2001. Så snart data från sjukhusens registrering av öppenvården kommer att finnas tillgängliga kan arbetet med att utveckla ersättningssystemet startas.

### Nyttan med beskrivningssystemet

Utvecklandet av ett beskrivningssystem för den sjukhusanknutna öppna vården är den första i en rad av aktiviteter som syftar till en bättre och mer adekvat verksamhetsuppföljning. Beskrivningssystemet förtecknar och definierar relevanta vårdtjänster och anvisar metoder för hur man skall hantera åtgärder som förekommer i både öppen och sluten vård. Vårdtjänsterna skall i ett senare skede kostnadsberäknas; kunskap om kostnaden ger möjligheter till effektiv ledning och styrning av sjukvården och är en förutsättning för att man skall kunna ta fram ändamålsenliga ersättningsmodeller.

Genom att systemet skall användas vid alla västsvenska sjukhus kommer verksamheterna för första gången att redovisa sin verksamhet på samma sätt. Det ger upphov till en rad nya möjligheter av vilka de främsta redovisas nedan.

### Beskrivningssystemet

- ger ökade möjligheter att beskriva vården på ett medicinskt meningsfullt sätt – patientens väg genom vården kan följas
- utgör ett nödvändigt faktaunderlag för processororienterad förbättringsverksamhet
- ger förbättrade möjligheter att jämföra olika enheters prestationer och produktivitet; jämförelser underlättas
- ger ökade möjligheter att jämföra det medicinska innehållet vid olika öppenvårdsmottagningar
- ger ökade möjligheter för styrning och ledning av verksamheten på många olika nivåer
- gör det lättare att ta fram relevant produktionsstatistik
- är nödvändigt som underlag för beräkning av kostnad per patient (KPP) inom öppenvården
- utgör underlag för eventuell senare gruppering i likhet med DRG-systemet
- utgör underlag för utveckling av nya och differentierade ersättningssystem
- ger ökade möjligheter för epidemiologiska studier och för olika typer av forskning och utveckling

Då beskrivningssystemet har införts kan uppgifter från beskrivningssystemet kopplas samman med diagnosuppgifter samt med information som beskriver kvaliteten i och effekterna av vården – helt nya sätt att utvärdera vården blir möjliga. Kvalitet, utfall och kostnader för en patientgrupp kan studeras, jämförbara enheters verksamhet kan kompareras ur nya perspektiv.

Beskrivningssystemet kommer alltså att vara till nytta för patienter, politiker, verksamhetsansvariga på olika nivåer, för sjukhusledning samt för den medicinska professionen.

Införandet av det nya beskrivningssystemet är i högsta grad ett regionalt projekt. Samma sätt att kategorisera och föra statistik kommer att användas av alla sjukhus och specialistmottagningar; den språkförbistring som är ett tecken på den begreppsförvirring som tidigare rått försvinner. Introduktionen av det gemensamma beskrivningssystemet är därför ett sätt att föra de olika sjukhusen närmare varandra. Den regionala integrationen inom sjukvårdsområdet kommer att främjas.

### Principer för beskrivningssystemets uppbyggnad och innehåll

En övergripande princip i arbetet har varit att nyttan med beskrivningssystemet alltid skall överväga i förhållande till systemets kostnader. Merarbetet som uppkommer vid införande, drift och underhåll skall vara så litet som möjligt.

Därutöver har följande principer varit vägledande för utvecklingsarbetet i öppenvårdsprojektet.

1. Klassifikationen innehåller endast *patientrelaterade åtgärder*, dvs sådana åtgärder som kan knytas till enskild patient eller grupp av patienter. Klassifikationen har inte ambitionen att beskriva vårdpersonalens aktiviteter i andra avseenden som till exempel utbildning, konferenser, administration.
2. Åtgärderna skall ha utförts vid besök eller vid kommunikation med patienten, dvs åtgärderna skall vara *kontaktrelaterade*.
3. Oavsett vem som utfört en åtgärd skall samma åtgärdsbeteckning gälla. Åtgärderna skall inte knytas till viss vårdgivarkategori utan vara *vårdgivaroberoende*. Alla vårdgivare med självständigt patientarbete, till exempel läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och dietister skall använda systemet.
4. En och samma åtgärd skall klassificeras på samma sätt oavsett var åtgärden utförs, åtgärdsbeteckningen skall vara *lokaloberoende*.
5. En och samma åtgärd skall klassificeras på samma sätt oavsett när åtgärden utförs eller hur lång tid åtgärden tog, dvs åtgärdsbeteckningen skall vara *tidsberoende*.
6. Så långt möjligt skall åtgärderna inte innehålla diagnosinformation, åtgärdsbeteckningarna skall vara *diagnosoberoende*.
7. Åtgärder som utförs inom både slutna och öppna vård skall beskrivas på samma sätt, *samma åtgärdsbeteckning skall användas för öppna som slutna vård*.
8. Åtgärder som är gemensamma för flera specialiteter skall ha *samma benämning inom var och en av specialiteterna*.
9. Beskrivningssystemet skall *respektera existerande klassifikationer*, dvs kirurgklassifikationen och den temporära åtgärdslistan.
10. Klassifikationen skall *kunna revideras och byggas ut*.
11. Terminologin bör vara *allmänt accepterad och så långt möjligt försvenskad*; vid behov kompletterad med definition eller förklaring. Den terminologi som används i den kommande klassifikationen för medicinska åtgärder, KMÅ, skall användas i största möjliga utsträckning.
12. Klassifikationen skall vara utformad på sådant sätt att den är *enkel, överskådlig och lätt att använda*.
13. Beskrivningssystemet skall vara konstruerat så att *förändringar i patientavgifterna inte skall påverka systemet*.

## Kliniska specialiteter och servicespecialiteter

Redan vid projektstarten beslutades att endast åtgärder som utförs inom kliniska specialiteter som till exempel internmedicin, kirurgi och gynekologi skulle beskrivas. En förteckning över kliniska specialiteter som berörs av öppenvårdsprojektet återfinns i bilaga 3.

Beskrivningssystemet omfattar alltså inte åtgärder som utförs inom servicespecialiteter som radiologi, klinisk kemi, klinisk bakteriologi etc. Orsaken till detta ställningstagande är tvåfaldigt:

- För det första har dessa specialiteter redan idag välfungerande egna beskrivningssystem. Det finns således inget stort behov av att inventera och åtgärdsindela servicespecialiteternas verksamhet
- För det andra kan åtgärder som görs inom servicespecialiteter fångas via de datorssystem som används av dessa specialiteter. Inom servicespecialiteterna registreras utförda åtgärder redan idag.

Gränsdragningen mellan kliniska specialiteter och servicespecialiteter är dock oskarp. En del av de åtgärder som tidigare endast utförts inom servicespecialiteterna görs nu också inom kliniska specialiteter. Ultraljudsundersökningar utförs i stigande utsträckning inom de kliniska specialiteterna; detta gäller till exempel vaginalt ultraljud, ultraljud vid endoskopier, ultraljud av halskärnen mm. Även organisationen påverkar var vissa åtgärder utförs. Det är speciellt tydligt inom området klinisk fysiologi. På vissa sjukhus finns en klinisk fysiologisk klinik medan sådan klinik saknas på andra sjukhus. Istället utförs på dessa senare sjukhus en rad av de klinisk fysiologiska undersökningarna på medicinmottagningar, kirurgmottagningar etc. Denna organisatoriska skiljelinje inom klinisk fysiologi är mycket påtaglig. Man kan då fråga sig var gränslinjen mellan kliniska specialiteter och servicespecialiteter skall dras. Vårt ställningstagande är enkelt. Om åtgärden utförs inom en klinisk specialitet skall den beskrivas och registreras, om den utförs inom en servicespecialitet skall servicespecialitetens eget beskrivningssystem och datorstöd användas. På grund av att i stort sett alla åtgärder som hör till specialiteten klinisk fysiologi även kan utföras inom kliniska specialiteter har vi valt att göra en fullständig åtgärdsförteckning för klinisk fysiologi. Det innebär att i vissa fall kan en och samma åtgärd beskrivas på olika sätt. Den åtgärdsförteckning som utarbetats inom öppenvårdsprojektet kommer att gälla inom de kliniska specialiteterna medan beskrivningssystemet för den enskilda klinisk fysiologiska kliniken kommer att gälla där det finns sådan klinik. Vi har inte haft möjligheter att fullt ut analysera konsekvenserna av detta men vår bedömning är att de kommer att ha liten betydelse.

## Beskrivningssystemets beståndsdelar

En av projektets utgångspunkter har varit att så långt möjligt utnyttja existerande klassifikationer. De två existerande åtgärdsklassifikationerna, kirurgklassifikationen och V-listan, har därför använts i stor utsträckning. Orsaken är att dessa två system redan används inom slutenvården och att de även påverkar DRG-grupperingen. Det är viktigt att samma åtgärd beskrivs och kodas på samma sätt inom såväl öppen som slutenvård.

Klassifikation av kirurgiska åtgärder, KKA97, infördes 1997 och är till stor del gemensam för de nordiska länderna. Socialstyrelsen reviderar årligen den svenska versionen.

Klassifikationen innehåller drygt 5800 åtgärder, de flesta operativa men även vissa diagnostiska åtgärder finns med. Cirka 2500 åtgärder från kirurgklassifikationen har bedömts som möjliga att utföra inom öppenvården.

V-listan eller temporära åtgärdslistan som den också kallas är en osystematisk samling ”medicinska” åtgärder. Den innehåller 168 åtgärder varav knappt 60 används i det västsvenska beskrivningssystemet för öppenvården.

Under projektarbetet har det visat sig att det finns ett stort antal åtgärder som inte finns beskrivna i vare sig kirurgklassifikationen eller V-listan. Dessa åtgärder har förtecknats och definierats i den mån åtgärdsbeteckningen inte är självinstruerande. Cirka 350 åtgärder finns inom denna grupp.

Sammanfattningsvis innehåller det västsvenska beskrivningssystemet för öppenvården alltså tre olika huvudkomponenter:

1. Kirurgklassifikationen
2. V-listan
3. Nyskapade åtgärdsbeteckningar

De tre komponenterna har var sitt kodsysteem, vilket innebär att det västsvenska öppenvårdssystemet inte får en enhetlig och logisk kodstruktur. Detta är naturligtvis en nackdel men vi har bedömt att detta får mindre allvarliga konsekvenser än om ett nytt unikt kodifieringssystem hade införts för hela öppenvården. I det läget hade nämligen samma åtgärd fått olika koder inom sluten- och öppenvården.

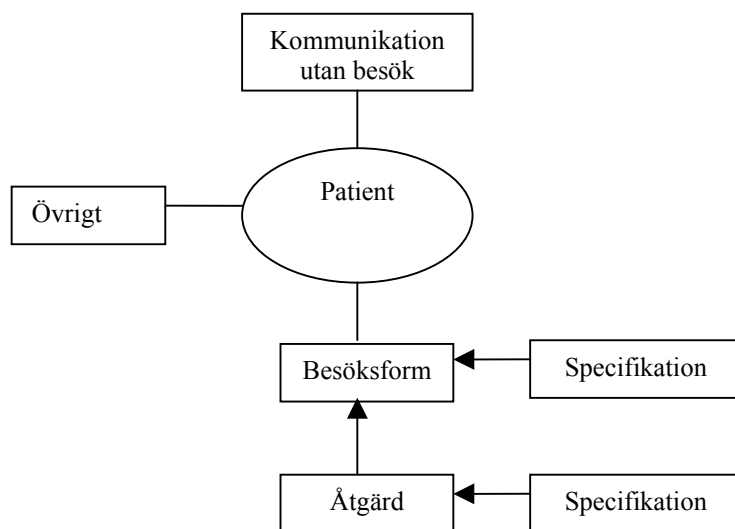
För att underlätta för användaren skall specialitetsvisa förteckningar och lathundar tas fram. Därigenom kompenseras man för den oenhetliga kodstrukturen och ger användaren möjlighet att i ett enda dokument hitta de åtgärder som vederbörande utfört. I bilaga 4 visas ett exempel på en lathund för hematologi.

Då arbetet med att ta fram beskrivningssystemet har slutförts skall alla öppenvårdsåtgärder samlas i en förteckning. Denna förteckning skall dels tryckas och dels hållas tillgänglig via det regionala nätet.

### Beskrivningssystemets struktur

De tre komponenterna i beskrivningssystemet, kirurgklassifikationen, V-listan och de nyskapade åtgärdsbeteckningarna har inordnats i en sammanhållen struktur. Den består av följande delar:

1. Besöksform
2. Specifikationer till besök
3. Åtgärder
4. Specifikationer till åtgärder
5. Kommunikation utan besök
6. Övrigt



Figur 1. Schematisk beskrivning av beskrivningssystemets struktur.

Bilden visar hur de olika beståndsdelarna i beskrivningssystemet förhåller sig till varandra. Patienten är alltid informationsbärare. Besöksform måste alltid anges då ett besök ägt rum. Vid behov kan besöken specificeras genom att en preciseringskod anges. Registrering av åtgärder kan endast göras då besöksform angivits. Åtgärden kan anges ännu mer detaljerat genom att en preciseringskod läggs till. Alla besök och åtgärder som registreras skall också journalföras.

### 1. Besöksform

Vid varje besök, oavsett var besöket ägt rum (mottagning, operationsavdelning, hemmet etc), skall besöksformen anges. Det innebär att någon av nedanstående besöksformer alltid skall anges vid registrering.

- Normalbesök för olika vårdgivarkategorier. En patient träffar en vårdgivare. Alla vårdgivare med självständig patientkontakt har sitt normalbesök. Det finns alltså normalbesök för läkare, sjuksköterskor, kuratorer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, dietister etc. För sjuksköterskor och läkare delas normalbesöket upp ytterligare så att varje klinisk specialitet har sitt normalbesök. I normalbesöket ingår de moment som normalt utförs vid ett besök. För ett läkarbesök ingår till exempel genomgång av journal, samtal med patienten, undersökning, beslut om eventuell ytterligare diagnostik eller behandling och receptskrivning.
- Teambesök. Teambesök innebär att en patient vid samma tillfälle träffar flera vårdgivare (sjuksköterskor, läkare, kuratorer etc). Kirurgiska ingrepp av mer omfattande slag, fot- och bensårsmottagningar är exempel på teammottagningar. Vid behov delas teammottagningarna upp på olika specialiteter.
- Gruppbesök. Flera patienter träffar en vårdgivare vid samma tillfälle. Vid behov delas gruppbesöken upp på olika specialiteter.

- Gruppteambesök. Flera patienter träffar flera vårdgivare vid samma tillfälle. Vid behov delas gruppteambesöken upp på olika specialiteter.

Normalbesök, team-, grupp- och gruppteambesök kan kombineras med åtgärder samt med specifikationer till besöket/till åtgärden.

### 2. *Specifikationer till besök*

Under projektarbetet har en rad olika önskemål framkommit där specialitetsföreträdare vill ha möjlighet att ange vilka syften olika mottagningsverksamheter har. Därför har ett stort antal specifikationer tagits fram som beskriver besöket. Specifikationerna innehåller i många fall även information om resursförbrukningen vid besöket. Exempel på sådana preciseringar är tyreoidemottagning, osteoporosmottagning, klimakteriemottagning, preventivmedelsmottagning, inkontinensmottagning etc. Dessa specifikationer kan endast användas i kombination med någon av besöksformerna normalbesök, teambesök, gruppbesök eller gruppteambesök. Cirka 50 besöksspecifikationer har tagits fram.

### 3. *Åtgärder*

Inom denna grupp återfinns åtgärder från kirurgklassifikationen, V-listan samt en del av de nyskapade åtgärdsbeteckningarna. De utmärks alla av att de utförs vid mötet mellan patienten och vårdgivaren. Laparskopisk kolecystektomi (borttagande av gallblåsan med titthålsteknik), ultraljudsundersökning av colon och tunntarmar vid nedre gastrointestinal endoskopi, tryckmätning av esofagus (matstrupen), parenteral cytostatikabehandling (cellgiftsbehandling) är exempel på åtgärder. Antalet åtgärdsbeteckningar uppgår till drygt 2800.

### 4. *Specifikationer till åtgärder*

Åtgärderna kan behöva specificeras på olika sätt. Det kan till exempel gälla om åtgärden görs på höger eller vänster kroppshalva, tidsåtgången etc. Vid läkemedels- och cytostatikabehandling kan läkemedelstypen anges med ATC-koden (Anatomical Therapeutic Chemical Classification). Antalet åtgärdsspecifikationer (exklusive ATC-koderna) är cirka 100.

### 5. *Kommunikation utan besök*

Då vårdgivaren har kontakt med patienten utan att patient och vårdgivare träffas öga mot öga kan någon av följande åtgärdstyper användas.

- Distanskonsultation. Distanskonsultation innebär att vårdgivare går igenom ett patientärende efter extern remiss, det kan röra sig om kontakt via brev, e-mail, telefon, telemedicin. Efter genomgången ges svar till inremitterande instans och bedömningen journalförs.
- Brev. Vårdgivare skriver brev externt till patient, anhöriga m fl. Även här finns ett journalföringskrav för att kontakten skall registreras.
- Telefon. Telefonkontakt mellan patient, anhöriga m fl och vårdgivaren. Även här finns ett journalföringskrav för att kontakten skall registreras.

Distanskonsultationer och brev kan med hänsyn till sin natur inte kombineras med andra åtgärder eller specifikationer till dessa. Telefonsamtal kan emellertid tänkas utföras i terapeutiskt syfte, till exempel psykoterapi, och kan därför kombineras med vissa åtgärder och specifikationer.

## 6. Övrigt

I denna grupp återfinns åtgärder som karaktäriseras av att de utförs utan kommunikation eller kontakt med patienten. Ett exempel är intygsskrivning som kan göras i anslutning till besök och då registreras som en åtgärd i samband med besöket eller som en från besöket fristående åtgärd. I det senare fallet inordnas intygsskrivningsåtgärden i kategorin ”övrigt”.

Inom vissa specialiteter har under projektarbetet framkommit behov av speciell medicinsk uppföljning. Detta gäller till exempel reumatologin där den farmakologiska behandlingen utvecklats kraftigt under de senaste åren. Reumatologerna vill registrera vilka patienter som behandlas med dessa nya potenta preparat och beskrivningssystemet kan även tillgodose detta syfte. Därför har ett antal uppföljningsmarkörer skapats. Dessa markörer knyts till patienten och de anger således inte att något specifikt inträffat i samband med besök/åtgärd. Däremot kan mottagningspersonalen genom markörerna följa upp patienter som står på vissa läkemedel. I nuläget är antalet markörer för medicinsk uppföljning relativt litet. Denna del av beskrivningssystemet kan vid behov byggas ut med enkla medel.

## Dagkirurgi

Till dagkirurgi hänförs sådana kirurgiska åtgärder som kräver att patienten normalt får anestesi och en period av postoperativ övervakning. Dagkirurgiska åtgärder tillhör den grupp av åtgärder som omfattas av öppenvårdsprojektet. Dagkirurgin föreslås dock få en särskild teknisk lösning jämfört med andra verksamheter. Centrum för patientklassificering (CPK), en enhet inom Socialstyrelsen, har tagit initiativ till att den nya grupperaren för DRG, Nord-DRG, skall användas även för dagkirurgin. Ett omfattande arbete pågår för att anpassa Nord-DRG-grupperaren för detta ändamål. Arbetet kommer i princip att vara klart till årsskiftet, då en testversion av grupperaren skall vara färdig. Den slutliga versionen kommer troligen att bli klar under det första halvåret 2002. Man kommer även att söka uppnå nordisk enighet rörande dagkirurgigrupperaren.

För Västra Götaland är det en fördel om den tekniska lösning man använder sig av för dagkirurgi används nationellt. Bland annat innebär detta att Socialstyrelsen kommer att ta ansvaret för framtida förändringar i dagkirurgigrupperaren.

## Diagnosregistrering

Planeringsnämnden beslutade 1995 att alla öppenvårdsbesök i Västra Götaland skulle diagnossättas och att diagnosen skulle registreras. Detta beslut har respekterats i relativt stor utsträckning även om enstaka enheter har slutat att diagnosregistrera under det senaste året. Införandet av det nya åtgärdsrelaterade beskrivningssystemet gör inte diagnossättningen onödig. Tvärtom är diagnosinformationen mycket viktig även fortsättningsvis. Genom denna information kan olika patientgruppers vård följas. Utan diagnosuppgifter kommer beskrivningssystemet endast att kunna redovisa antalet åtgärder utan att det är möjligt att sätta dessa i relation till patientgruppen.

## Samarbete mellan nationella projekt och det västsvenska öppenvårdsprojektet

Enheten för klassifikationsfrågor ingår i Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen. Denna enhet driver sedan flera år ett projekt som syftar till att klassificera alla medicinska åtgärder inom sjukvården. Projektet kallas Klassifikation av medicinska åtgärder, KMÅ. Denna medicinska klassifikation är tänkt att bli en pendang till KKÅ, Klassifikation av kirurgiska åtgärder.

KMÅ skall kunna utgöra ett instrument för klassificering, kodning, dokumentation och identifiering av åtgärder inom främst hälso- och sjukvården. Vid behov kan den ge en möjlighet till en standardiserad och tillräckligt detaljerad klassificering och kodning av åtgärder som idag inte täcks av någon klassifikation. Den kan sålunda öka förutsättningarna för en fylligare verksamhetsbeskrivning av dagens hälso- och sjukvård.

KMÅ utkom en i preliminär remissversion i september år 2000. Remissvaret från Västra Götaland (bilaga 2) var positivt men innehöll också flera invändningar.

Initialt inriktades KMÅ-arbetet på åtgärder som utförs av läkare men under våren 2001 har arbetet breddats till att omfatta andra vårdgivare inom sjukvården. KMÅ planeras vara färdig vid årsskiftet 2002/2003. Bengt Kron deltar som representant för Västra Götalandsregionen i arbetsgruppen för KMÅ.

KMÅ är en klassifikation vilket innebär att syftet är att systematiskt beskriva alla medicinska åtgärder och ge en fullständig täckning av åtgärdsspektret. Inom vissa områden, till exempel avsnittet om kroppsundersökningar, är varje moment en egen åtgärd vilket innebär att man uppnår en mycket hög detaljnivå. En annan av utgångspunkterna har varit att klassifikationen skall vara oberoende av kostnadsaspekter. Även om klassifikationen kan komma att användas som "prislista" skall kostnaden för åtgärden inte styra indelningen.

KMÅ-arbetet är värdefullt eftersom det kommer att innehålla en fullständig förteckning av medicinska åtgärder inklusive servicespecialiteter. Systematiken i KMÅ är också viktig eftersom den kan användas i en rad olika sammanhang. Däremot uppfyller inte KMÅ alla de mål som angivits i det västsvenska öppenvårdsprojektet. De principiellt viktiga skillnaderna mellan KMÅ och det västsvenska öppenvårdsprojektet är:

- Detaljnivån inom KMÅ är inom vissa områden alltför omfattande för att vara praktiskt användbar. I det västsvenska öppenvårdsprojektet har inriktningen hela tiden varit att försöka åstadkomma en kompromiss mellan fullständighetskravet och kravet på ett lätthanterligt och praktiskt beskrivningssystem.
- KMÅ saknar en plan för hur de olika åtgärdsbeteckningarna i klassifikationen skall användas (registreras) i förhållande till varandra. Inom öppenvårdsprojektet är ambitionen att användaren med lätthet skall kunna förstå hela systemet och därmed kunna registrera åtgärder på ett riktigt sätt. En korrekt registrering är helt avgörande för möjligheterna att senare kunna utföra en meningsfull verksamhetsanalys.

De delvis olika inriktningarna i KMÅ och i det västsvenska projektet gör att man kan se dem som två komplementära ansatser.

Under våren 2001 har kontakter knutits med det nationella projekt som syftar till införande av verksamhetsbeskrivningar och KPP inom psykiatrin. Projektet drivs av Landstingsförbundet. Förhoppningar finns att man skall kunna harmonisera beskrivningssystemen inom psykiatriprojektet och det västsvenska öppenvårdsprojektet så att systemens grundläggande struktur blir densamma.

## IT-frågor med anknytning till projektet

En av öppenvårdsprojektets utgångspunkter har sedan starten varit att existerande patientadministrativa system (PAS-system) skall användas då öppenvårdsverksamheten registreras. Inga nya datasystem som kräver dubbelregistrering skall införas. Redan tidigt under projektarbetet stod det därför klart att förutsättningarna för att lyckas var tätt sammankopplade med de nuvarande patientadministrativa systemens funktion. Följande PAS-system finns för närvarande i Västra Götaland:

- Adapt – NU-sjukvården, SÄS, Alingsås samt Kungälv's sjukhus exkl medicinkliniken
- Pax – SU och Frölunda
- Apas – Skaraborgs sjukhus
- Profdoc – enstaka specialistmottagningar
- Journalia – medicinkliniken Kungälv's sjukhus

Under 2000 inventerades och värderades dessa system av WM-data med utgångspunkt från de krav som måste ställas med hänsyn tagen till öppenvårdsprojektets behov.

Utvärderingen utmynnade i följande slutsatser:

- All åtgärdsregistrering kan ske i befintliga PAS-system. Endast smärre förändringar krävs i PAS-systemen. Se tabell 1 nedan.
- Registrerade data skall via sjukhusens datalager överföras till den regionala databasen.
- Öppenvårdsdata i den regionala databasen skall användas för analys och utvärdering i senare stadier av projektet då man utvecklar grupperare och ersättningssystem.

Utvärderingen gjorde också uppskattningar över kostnaderna vid respektive sjukhus för de omprogrammeringar och förändringar i PAS-systemen som erfordras med anledning av öppenvårdsprojektet. Tabellen nedan redovisar dessa kostnader.

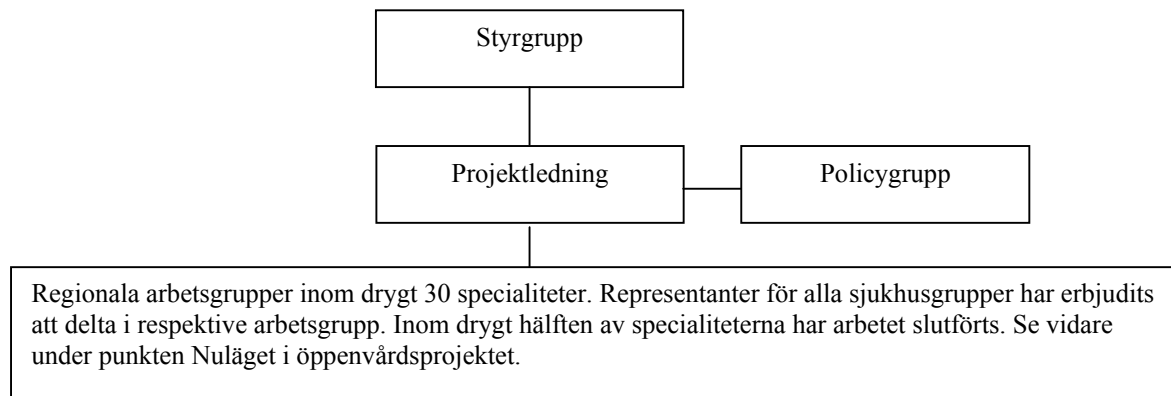
Tabell 1. Sjukhusens kostnader för de förändringar som krävs i PAS-systemen enligt WM-datas bedömning.

Sjukhus	Kostnad cirka
SU och Frölunda	100 000 – 150 000
NU-sjukvården	80 000 – 130 000
SÄS och Alingsås	80 000 – 130 000
Kungälv	130 000 – 230 000
SkaS	100 000 – 170 000

Kostnaderna för att modifiera systemen till de behov som uppkommer genom framtida öppenvårdsregistrering är som framgår av tabellen små.

Genom att de befintliga PAS-systemen skall användas kan uppgifterna i beskrivningssystemet på ett naturligt sätt kopplas samman med de uppgifter som redan registreras i PAS-systemen. Det rör sig om uppgifter från både sluten- och öppenvården som till exempel ålder, kön, datum, sjukhus, planerad/oplanerad vård, diagnoser, operationer/åtgärder, medicinskt verksamhetsområde och vårdgivare.

## Projektorganisation



Figur 2. Schematisk bild av projektorganisationen.

Projektet bedrivs på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektören. Projektets styrgrupp består av hälso- och sjukvårdsdirektören, en representant för regionledningen, en representant för Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt chefen för utredningsenheten vid hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli. Det senaste året har IT-chefen vid hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli varit adjungerad till styrgruppen.

Då projektet startades bildades en policygrupp. Policygruppen består av representanter för de olika sjukhusen inklusive Frölunda och Lundby. Medlemmarna i policygruppen har till uppgift att vara förbindelselänk mellan projektet och de sjukhus de representerar samt att ta ställning i principiella frågor som inte kräver styrgruppens beslut.

Landstinget i Halland har deltagit i projektet och bland annat haft en deltagare i policygruppen.

Inom varje specialitet har det bildats temporära arbetsgrupper med läkarrepresentanter för de olika sjukhusen. Varje arbetsgrupp har haft till uppgift att beskriva och kategoriindela specialitetens öppenvårdsverksamhet. Inom några specialiteter har dessa beskrivningar använts vid försöksregistrering under ett par månader. Erfarenheterna från försöksregistreringarna har varit värdefulla i det fortsatta projektarbetet. De olika specialiteternas förteckningar kommer att föreläggas berörda sektorsråd för godkännande.

Under hela projekttiden har specialiteten hematologi haft en pionjärroll. En rad betydelsefulla erfarenheter har vunnits i arbetet tillsammans med hematologerna. Tidigt inleddes det regionala hematologiska arbetet i det nationella projekt som drivits av Landstingsförbundet under namnet Vårdregisterprojektet. Samarbetet har nu även vidgats till den nationella arbetsgruppen för KPP (kostnad per patient) och resulterade under hösten 2000 i en rapport om KPP inom hematologin. Just nu pågår ett fortsättningsprojekt tillsammans med den nationella KPP-gruppen; projektet syftar bland annat till att utvärdera olika ersättningsmodeller.

Projektledningen bestod ursprungligen av ekonomerna Göran Gustavsson, utredningsenheten HSS-kansliet, och Per Sjöli, SkaS, och läkaren Bengt Kron, enheten för analys och utvärdering, HSS-kansliet. Under år 2000 har den utökats med ekonomen Barbro Halvarsson,

centrala ekonomienheten SU, och projektsekreteraren Mona-Lis Dalbrekt, HSS-kansliet. Under hela arbetet har vi haft ett nära samarbete med det regionala KPP-projektet.

Öppenvårdsprojektet ingår som ett delprojekt i det nyligen startade regionala samordningsprojektet för ersättningsfrågor.

### Nuläget i öppenvårdsprojektet

I slutet av maj år 2001 har preliminära förteckningar över öppenvårdsåtgärder tagits fram inom följande specialiteter: diabetologi, dietik, endokrinologi, gastroenterologi, gynekologi, hematologi, infektion, internmedicin, kardiologi, kirurgi, klinisk fysiologi, lungmedicin, neurologi, njurmedicin, ortopedi, reumatologi och öron-näsa-halsjukdomar.

Under hösten kommer berörda sektorsråd att få ta ställning till förteckningarna.

Fortfarande återstår genomgångar inom flera specialiteter men vi bedömer att det fortsatta arbetet kommer att gå fortare än tidigare. Den erfarenhet som vunnits under projektets gång utnyttjas för att öka hastigheten i processen. Vidare kan det arbete som utförts inom KMÅ utnyttjas då nya specialiteter går igenom.

### Beskrivningssystemets införande

Arbetet med beskrivningssystemet har nu nått så långt att planeringen av införandet måste påbörjas. Projektledningen bedömer att införandet kan börja under senhösten 2001.

Projektledningen har kommit fram till att införandet bör ske stegvis. Initialt väljs en eller två specialiteter ut och efter noggrann planering börjar dessa specialiteters öppenvårdsbeskrivningar att användas och registreras samtidigt vid de olika sjukhusen i regionen. Efter det att denna process har avslutats väljs nya specialiteter ut och beskrivningssystemet införs inom dessa på ett likartat sätt. Uppskattningsvis kommer införandet att ta cirka ett år. Detta betyder att i slutet av 2002 kommer systemet att tillämpas vid alla sjukhus och specialistmottagningar i Västra Götaland.

Beskrivningssystemet berör alla vårdgivare inom kliniska specialiteter som självständigt tar emot patienter för diagnostik och/eller behandling. Det innebär att läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, dietister, kuratorer, logopedier, sjukgymnaster m fl skall använda sig av beskrivningssystemet. Antalet personer i dessa yrkesgrupper uppgår uppskattningsvis till 3500 – 4000. Alla dessa måste informeras och undervisas. Vidare kommer alla läkarsekreterare som handhar registrering av öppenvårdsuppgifter i PAS-systemen att beröras vilket gör att även denna yrkesgrupp måste ha information och utbildning. Totalt berörs drygt 4000 människor inom specialistsjukvården.

Efter sommaren, i augusti 2001, kommer en regional styrgrupp för införandet att bildas. Styrgruppen skall vara sammansatt av representanter för sjukhusen samt för HSS/regionen. Den regionala styrgruppen har att ta ställning till

- definition av arbetsuppgiften
- införandeorganisationens utformning
- tidplaner
- innehållet i den kvalitetsuppföljning som skall göras

Utan att föregripa den regionala styrgruppens beslut rörande införandeorganisationen anser projektledningen att det vore lämpligt att respektive sjukhus etablerar en egen temporär styrgrupp med uppgift att verkställa införandet.

Kostnaderna för anpassningen av de patientadministrativa systemen har beskrivits ovan. Därutöver uppkommer temporära kostnader vid sjukhusen i samband med införandet. Dessa engångskostnader består framförallt i produktionsbortfall i samband med att personal utbildas. Det är i dagsläget omöjligt att exakt uppskatta dessa kostnader beroende på att de olika momenten i införandearbetet ännu inte är fastlagda i detalj. Diskussioner om införandearbetets omfattning och kostnader får föras i den regionala styrgrupp som skall bildas.

Då beskrivningssystemet är i drift uppskattas registreringsarbetet totalt i regionen ge upphov till merarbete motsvarande 8 tjänster. Det är inte möjligt att i detalj ange hur merarbetet kommer att fördelas mellan olika personalkategorier.

Då beskrivningssystemet skall införas i regionen är det viktigt att precisera vilket ansvar som faller på respektive part. Följande ansvarsfördelning föreslås:

<b>HSS ansvar</b>	<b>Sjukhusens ansvar</b>
Utveckling och underhåll av beskrivningssystemet	Etablera lokala styrgrupper som ansvarar för införandet vid sjukhuset
Ledning av införandeorganisationen	Delta i den regionala styrgruppens arbete
Övergripande informations- och utbildningsinsatser	Göra erforderliga ändringar i PAS-systemen
Återföring av registrerade data till verksamheterna under införandeperioden	

Ovanstående förslag till ansvarsfördelning har presenterats för sjukvårdsgruppen, den grupp under regiondirektören som bereder vissa sjukvårdsfrågor. I gruppen ingår även sjukhusdirektörerna. Förslaget möttes inte av några invändningar. Medel har avsatts internt inom HSS-kansliet för nödvändiga anpassningar av vårddatabasen. Vidare kommer en informatör/utbildare att anställas.

## Framtida arbete

### *Kostnadskalkyler*

Då beskrivningssystemet införts skall kostnader beräknas för besök och åtgärder. För att kostnadskalkylen skall kunna göras fordras uppgifter om antalet besök och antalet utförda åtgärder per år. Inom projektledningen bedömer vi att minst ett halvt års registreringsunderlag krävs för att uppskattningar om årsvolymerna skall kunna göras med acceptabel precision. De första halvårsvolymerna kommer att vara tillgängliga vid halvårsskiftet 2002. Arbetet med kostnadskalkyler kan därför startas fr o m juli/augusti 2002. Inom de specialiteter där införandet skett sent under 2002 kan sådana volymsuppgifter inte fås fram förrän tidigast under första halvåret 2003. Kalkylarbetet kan således inte slutföras förrän under första halvåret 2003.

Antalet åtgärder i beskrivningssystemet är så stort att ett framtida ersättningssystem sannolikt inte kan ha individuella ersättningar för varje enskild åtgärd. Troligen måste åtgärderna aggregeras i ett färre antal grupper med utgångspunkt från kriterierna klinisk meningsfullhet och kostnadshomogenitet. Arbetet med att utveckla en sådan grupperare kan påbörjas då kostnadskalkylerna är färdiga.

### *Utveckling av nya ersättningsformer*

I uppdraget från hälso- och sjukvårdsdirektören ingår även att ta fram förslag på en enhetlig ersättningsmodell för sjukhusens öppna vård med utgångspunkt från kriterierna

resurshomogenitet och klinisk meningsfullhet. För att på allvar kunna påbörja detta arbete måste följande förutsättningar vara uppfyllda:

- beskrivningssystemet måste vara infört
- utdata i form av volymsuppgifter från beskrivningssystemet måste vara tillgängliga
- kostnadskalkyler måste ha genomförts

Förslag om nya ersättningsmodeller fordrar ingående överväganden. Ersättningssystemen syftar inte enbart till att ökad produktivitet utan de skall även bidra till förbättrad kvalitet, ökad effektivitet och de skall ge incitament till verksamhetsutveckling. Ersättningsformerna skall vara anpassade för olika delverksamheter; det är möjligt och också troligt att olika delar av sjukhusens verksamhet skall ersättas på olika sätt. Ersättningssystemen skall vara konkurrensneutrala och inte gynna en vårdgivare före en annan. Det är också viktigt att ersättningssystemen rättvist fördelar de ekonomiska riskerna mellan beställare och utförare. Dessa och andra frågor behöver diskuteras mellan politiker och tjänstemän. Ett konstruktivt meningsutbyte som påbörjas före och pågår under arbetets gång kommer att bidra till hög kvalitet i de kommande förslagen om framtida ersättningssystem.



## Klassifikation av medicinska åtgärder (KMÅ)

Socialstyrelsen har berett Västra Götalandsregionen tillfälle att yttra sig över förslag till klassifikation av medicinska åtgärder. Syftet med klassifikationen är att ta fram en generell beskrivning av icke-kirurgiska åtgärder och därmed eliminera andra speciella åtgärdsklassifikationer. Klassifikationen skall vara ett instrument för klassificering, kodning, dokumentation och identifiering av åtgärder inom hälso- och sjukvården. Den kan alltså öka förutsättningarna för en fylligare verksamhetsbeskrivning av dagens hälso- och sjukvård. Remissutgåvan skall främst ses som ett förslag till struktur för en klassifikation, det rör sig inte om ett fullständigt och komplett förslag. Socialstyrelsen önskar därför i första hand synpunkter på syfte, inriktning, uppläggning och struktur.

### **Behovet av en medicinsk primärklassifikation**

Det finns ett stort behov av en medicinsk primärklassifikation. Det saknas ett ändamålsenligt beskrivningssystem för den icke-opererande delen av verksamheten inom hälso- och sjukvården. Behovet av medicinska beskrivningssystem är så stort att flera aktörer redan tagit egna initiativ. Landstingsförbundet driver projektet "Verksamhetsuppföljning med hjälp av individbaserade vårdregister" och i både Västra Götalands- och Skåne-regionerna pågår arbete med att ta fram egna system. De olika initiativen har bland annat sin grund i kraven på bättre lednings- och styrsystem i sjukvården. Men inom dessa projekt har insikten om att det behövs en nationell styrning inom detta område vuxit sig allt starkare. För att beskrivningssystemet skall utgöra ett underlag för uppföljningen inom hälso- och sjukvården fordras den enhetlighet som bara kan uppnås genom en nationellt stadfäst primärklassifikation för åtgärder. Det stora behovet pekar på att en primärklassifikation behöver tas fram snabbt.

Behovet av en medicinsk primärklassifikation beror på att det saknas redskap för att i dagsläget beskriva sjukvården på ett enhetligt sätt. Vårdinnehållet inom den icke-opererande vården behöver beskrivas på en grundläggande nivå. Beskrivningen kan användas för produktionsstatistik samt för medicinsk och ekonomisk uppföljning. Det är viktigt att redan nu göra upp konkreta planer för hur KMÅ-klassifikationen skall användas för uppföljningsändamål. Om uppföljningsplaneringen görs parallellt med klassifikationsarbetet undviks misstag. Synpunkterna i detta remissvar baseras på ställningstaganden om vilken konkret nytta en medicinsk klassifikation kan och skall ha för professionen, för klinikledning, för sjukhusledning och för den nationella uppföljningen.

### **En eller två åtgärdsklassifikationer?**

Den ursprungliga ambitionen i KMÅ-arbetet var att skapa en enhetlig åtgärdsklassifikation för såväl kirurgiska som medicinska åtgärder. Av olika skäl har emellertid denna målsättning skrinlagts och det nu framlagda förslaget innebär att man avser att bibehålla den kirurgiska klassifikationen (KKÅ) samtidigt som en ny medicinsk dito tas fram. Socialstyrelsen föreslår alltså att sjukvården skall arbeta med två åtgärdsklassifikationer; en kirurgisk (KKÅ) och en medicinsk (KMÅ). Sett ur användarperspektiv är det otympligt och opraktiskt att använda två åtgärdsklassifikationer. Risk för sammanblandning och feltolkning föreligger.

Man föreslår också att KKÅ-åtgärder också kan förekomma i KMÅ och att åtgärdernas koder då skall vara av KMÅ-typ. Det innebär att en och samma åtgärd har två olika koder; en hämtad från KKÅ och en från KMÅ. Denna lösning är olämplig, bland annat därför att den kommer att skapa osäkerhet.

Socialstyrelsens förslag med två åtgärdsklassifikationer får under alla omständigheter ses som en temporär lösning i avvaktan på en slutlig sammanfogning till en klassifikation. En temporär medicinsk klassifikation skulle användas under ett par år för att därefter ersättas av en ny komplett dito. Eftersom varje ny klassifikation innebär att registreringskvaliteten tillfälligt försämras under införandeperioden skulle implementeringen av två klassifikationer under relativt kort tid vara negativt även ur kvalitetssynpunkt.

Mot bakgrund av ovanstående synpunkter förordar vi att KMÅ och KKÅ sammanfogas i en enhetlig klassifikation. Det är inte önskvärt med en temporär lösning som omfattar två åtgärdsklassifikationer.

### Synpunkter på struktur och kodifiering

Den framtida strukturen i en komplett klassifikation bör vara logisk hierarkisk och tillåta inplacering av såväl kirurgiska som icke-kirurgiska åtgärder efter samma principer. De åtgärder som inte är självdefinierande skall ges definitioner/beskrivningar för att vägleda användaren.

Socialstyrelsen föreslår en fempositions-kod som skall föregås av ett prefix för att ange vilken klassifikation det rör sig om. Det innebär att koden totalt kommer att uppta sex positioner. Denna lösning har valts för att undvika sammanblandningar av olika klassifikationer. Västra Götalandsregionen kan inte acceptera att sexpositions-koder införs, såvida det inte är absolut nöd-vändigt. En utökning av antalet positioner i diagnos- och åtgärdsfält innebär ändringar i samtliga patientadministrativa system (för närvarande finns det fem olika sådana system i Västra Götaland) samt följdändringar i de datorsystem som är kopplade till PAS-systemen. Sådana ändringar är erfarenhetsmässigt administrativt besvärliga och dyrbara.

### Synpunkter på principer

Arbetsgruppen för KMÅ-projektet har utgått från tolv principer då man utformat klassifikationen. Majoriteten av principerna är mycket bra men i några fall vill vi göra kommentarer.

#### *Användarvänlighet*

Principen om användarvänlighet är självklar. Det framlagda förslaget är dock inte till alla delar användarvänligt. Det gäller till exempel avsnitten om generella och lokala statusundersökningar. Detaljeringsnivån är så hög att de enskilda koderna aldrig torde komma till användning. En alltför hög detaljeringsnivå förekommer även inom andra avsnitt. För att en klassifikation skall få en bred användning måste detaljeringsnivån vara anpassad till sjukvårdens faktiska resurser. I annat fall blir systemet alltför komplicerat och det kommer inte att kunna användas. Vi förordar därför en lägre detaljeringsnivå inom vissa avsnitt. Vi är å andra sidan medvetna om att det finns områden där man av uppföljningsskäl önskar en högre detaljeringsnivå än vad som föreslås i KMÅ, det gäller till exempel området klinisk fysiologi.

#### *Paketerade åtgärder*

Arbetsgruppen för KMÅ anser att "paketerade åtgärder skall undvikas. I klassifikationen skall undvikas separata koder för grupper (paket) av enskilda åtgärder som kan utföras samtidigt." Denna princip är inte möjlig att tillämpa i praktisk sjukvård. En vanlig åtgärd inom diabetesvården är den så kallade diabetesdagvården. Denna paketerade åtgärd kan beskrivas på följande sätt: "Individ- och/eller gruppundervisning och individ/gruppsamtal med flera olika professioner (ingen av de uppräknade yrkesgrupperna är obligatorisk för att besöket skall kunna betecknas som diabetesdagvård); läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, kurator, dietist, fotvårdsterapeut med flera. Stora variationer avseende innehåll och utformning beroende på lokal praxis."

Om denna åtgärd skall klassificeras med hjälp av KMÅ-förslagets koder kommer det att se ut på följande sätt:

- UBW10 Dietrådgivning, diabetes
- UBW18 Läkemedelsrådgivning (information om hur antidiabetika och insulin fungerar, samt information om hur dessa läkemedel skall tas)
- GAR11 Klinisk kemisk analys, blod (kontroll av HbA1C såväl provtagning som analys görs nu ofta hos diabetesköterskan, provet skickas aldrig till kemlab)
- UBW98 Annan specificerad riktad upplysning och rådgivning (undervisning om i hur blodglukosprover skall tas och tolkas, information om motion)
- UAW10 Recept
- UAW12 Läkemedelsordination

Sannolikt behöver ytterligare åtgärder användas om man på ett adekvat sätt skall specificera innehållet i diabetesdagvården. Resultatet blir orimligt. Enskilda vårdgivare kommer av praktiska skäl inte att kunna använda KMÅ för att beskriva denna typ av komplexa åtgärder. I stället kommer man att hitta på egna beskrivningar som bättre svarar mot det sätt på vilket sjukvården bedrivs. Om man vidhåller principen att undvika paketerade åtgärder kommer det alltså att leda till att det uppstår en flora av lokalt skapade åtgärder som används istället för KMÅ. Vi föreslår därför att paketerade åtgärder tillåts i klassifikationen i utvalda fall, framförallt gäller det åtgärder som är vanligt förekommande i sjukvården.

En annan grupp av åtgärder där paketerade åtgärder bör tillåtas beskrivs i det följande. Den ojämförligt största besöksgruppen inom öppenvården, oavsett specialitet, är läkar- eller sjuksköterskebesök, där någon specifik åtgärd ej utförs. Besöksinnehållet är varierande, men har en kärna bestående av anamnesupptagande, undersökning, beslut om ytterligare diagnostik och/eller beslut om behandling. Om dessa beslut skall karaktäriseras enligt KMÅ-klassifikationen i dess nuvarande utseende fordras minst ett par tre koder till exempel

- ACW99 Statusundersökning UNS
- GAK10 Klinisk kemisk analys, urin
- GAR11 Klinisk kemisk analys, blod
- VAW99 Läkemedelsförskrivning UNS

Av lättförståeliga skäl kommer det inte att vara praktiskt möjligt att kodifiera de mest vanliga besöken på detta sätt. Istället kommer praktiken att utvecklas på endera av två sätt; antingen kommer dessa besök att sakna åtgärdskod överhuvudtaget eller så kommer enskilda vårdgivare att skapa egna sammanfattande åtgärder för att beskriva sådana besök. Båda alternativen är mindre bra, vi vill därför föreslå att åtgärds-koder skapas för att beskriva denna stora grupp av besök. Ett sätt att göra detta är att skapa åtgärder av typen läkarbesök - kirurgi, sjuksköterskebesök - kirurgi, läkarbesök - psykiatri, sjuksköterskebesök - psykiatri, besök - dietist etc. Om sådana åtgärdstyper skapas kan man i beskrivningen av besöket ange vad åtgärden innefattar, dvs anamnesinhämtande, undersökning, beslut om framtida diagnostiska och terapeutiska åtgärder, läkemedelsförskrivning. Genom att besöket karaktäriseras dels vad gäller vårdgivarkategori och dels vad gäller specialitet kommer klassifikationen att bidra till att "öka förutsättningarna för en fylligare verksamhetsbeskrivning av dagens hälso- och sjukvård" vilket är ett av syftena med KMÅ.

### **Tidsberoende åtgärder**

En annan av KMÅs principer är att "en och samma åtgärd skall klassificeras på samma sätt oavsett när åtgärden utförs eller hur lång tid åtgärden tog. Dessa variabler får klassificeras och registreras på annat sätt." Vi delar arbetsgruppens inställning men föreslår att man öppnar en möjlighet att ange tidsåtgång genom tilläggskodning i enlighet med vad som förekommer i KKÅ. Om tidsskalan görs mer detaljerad kan tidsåtgången anges som tilläggskod.

### **Specifika synpunkter**

Sjukvården inriktas allt mer mot att ge patienterna ökad kunskap. Det gäller framförallt patienter med kroniska sjukdomar. Ökad kunskap ger patienten möjlighet att genom egenvård förbättra sin situation. Ökad kunskap ger också patienten möjlighet att hantera sin situation utan att behöva kontakta sjukvården. Ett typexempel är diabetessjukdomen där detta synsätt praktiserats sedan länge. En medicinsk klassifikation bör därför innehålla ett omfattande avsnitt där kunskapshöjande åtgärder förtecknas. Avsnittet UB Riktad upplysning och rådgivning behöver utvidgas för att tillfredsställa detta krav.

De åtgärder som beskrivs i avsnitten D och G, diagnostisk bildhantering respektive klinisk laboratoriediagnostik, utförs i den medicinska servicesektorn. Den nu pågående uppbyggnaden av system för att fånga kostnad per patient (KPP) gör att åtgärder som utförs inom servicesektorn fångas via dessa system. I samband med att åtgärden utförs, registrerar röntgenkliniken/laboratoriet i det patientadministrativa systemet vilken åtgärd som utförts. Åtgärder som utförs inom röntgen/laboratorier finns tillgängliga inom KPP-systemen. Det kommer således inte att finnas ett behov av att remittenten anger vilka åtgärder som beställts av röntgen/laboratoriet. Det väcker frågan om just dessa åtgärder skall finnas med i den framtida åtgärdsklassifikationen. Inom båda områdena är förändringstakten högre än inom andra medicinska områden och det kan vara en fördel om man ger dessa verksamheter möjlighet att förändra sina åtgärdsförteckningar snabbare än vad som kan förväntas bli fallet med den medicinsk-kirurgiska åtgärdsklassifikationen.

I KKÅ finns kapitel Z med tilläggs-koder. Tilläggs-koderna ger operatören möjlighet att specificera operationen ytterligare, det gäller till exempel på vilken sida operationen ägt rum, operationens varaktighet, vilka anestesimetoder som använts mm. Denna teknik bör användas i den framtida kompletta åtgärdsklassifikationen. Tilläggs-kapitlet bör kompletteras, till exempel med en mer detaljerad kodifiering av åtgärdens varaktighet (se ovan), med tillförselväg för läkemedel, läkemedelstyp, isotoptyp (vid skintigrafier) samt användning av tolk.

Åtgärds-klass P omfattar åtgärder inom området läkemedelsbehandling. Underavsnitten, åtgärdsgrupperna, beskriver tillförselvägen. De enskilda åtgärderna täcker enligt vår bedömning endast en del av de möjligheter som finns

för läkemedelsbehandling. Det finns ett mycket stort antal möjliga kombinationer då man skall beskriva läkemedelstyp och tillförselväg. Om alla dessa kombinationer skall beskrivas kommer antalet åtgärder att bli mycket stort. Vi föreslår därför att man istället övergår till kombinationskodning. Om man vill beskriva att en patient fått intravenös antibiotikabehandling kan man ange åtgärden, läkemedelsbehandling i fält 1, i fält 2 anges tillförselvägen (de olika tillförselvägarna för läkemedel kan med fördel läggas som tilläggs-koder, se ovan) och i fält 3 kan läkemedelstypen (som också läggs som tilläggs-kod) anges, alternativt anges ATC-koden. Genom denna metod minskas antalet koder högst väsentligt och specificiteten i

kodningen ökar. Denna teknik gör också att tillförsel av läkemedel vid olika typer av diagnostiska undersökningar kan anges på ett enkelt sätt. Ett exempel på detta är Skintigrafi, njure: funktion respektive Skintigrafi, njure: efter tillförsel av ACE-hämmare.

Avsnittet DE, nuklearmedicinsk undersökning, bör delas upp i två delar; en del för avbildande undersökningar och en del för funktionsundersökningar.

Avslutningsvis vill vi framhålla att KMÅ-förslaget trots invändningarna ovan utgör ett viktigt steg mot en komplett åtgärdsklassifikation. Socialstyrelsens funktion som nationell samordnare är mycket viktig och vi sätter stor tilltro till styrelsens förmåga att snabbt fullfölja arbetet med klassifikationen.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSTYRELSENS KANSLI

Bengt Kron  
regionläkare

Jan-Erik Spek  
utredningschef

## KLINISKA SPECIALITETER SOM BERÖRS AV ÖPPENVÅRDSPROJEKTET

## 1. OPERERANDE SPECIALITETER

Kirurgi  
Ortopedi  
Urologi  
Barn- och ungdomskirurgi  
Handkirurgi  
Plastikkirurgi  
Neurokirurgi  
Thoraxkirurgi  
Obstetrik och gynekologi  
Gynekologisk onkologi  
Öron-, näs- och halssjukdomar  
Röst- och talrubbningar  
Hörselrubbningar  
Ögonsjukdomar

## 2. INVÄRTESMEDICINSKA SPECIALITETER

Internmedicin  
Kardiologi  
Medicinsk gastroenterologi och hepatologi  
Endokrinologi och diabetologi  
Medicinska njursjukdomar  
Lungsjukdomar  
Hematologi  
Allergisjukdomar  
Reumatologi  
Geriatrik

## 3. BARNMEDICINSKA SPECIALITETER

Barn- och ungdomsmedicin  
Barn- och ungdomsallergologi  
Barn- och ungdomsneurologi med habilitering  
Barn- och ungdomskardiologi

## 4. HUD- OCH KÖNSSJUKDOMAR

## 5. NEUROLOGI

## 6. INFEKTIONSSJUKDOMAR

## 7. REHABILITERINGSMEDICIN

## 8. ONKOLOGI

## 9. SMÄRTLINDRING

## ÅTGÄRDSFÖRTECKNING HEMATOLOGI

Åtgärdskod	Kodtext	Beskrivning
	Kommunikation utan besök	
VW991	Telefonsamtal	Telefon med patient eller anhörig. Samtalet skall journalföras.
VW866	Distanskonsultation	Genomgång av patientärende efter remiss (brev, e-mail, telefon, telemedicin). Svar till inremitterande. Bedömningen skall journalföras.
VW992	Brev	Innefattar skriftlig kommunikation med patient eller anhörig. Brev, e-mail mm.

### Besöksformer

VR861	Hematologi - normalbesök läkare	Innefattar genomgång av journal, inhämtande av anamnes, kroppsundersökning, beslut om utredning/behandling, läkemedelsförskrivning. Inkluderar provtagning i samband med besöket.
VR870	Hematologi - normalbesök sjuksköterska	Inhämtande av anamnes. Beslut enligt delegation om ev utredning och/eller behandling. T ex information och samtal, omläggning, vaccination, stickträning, skötsel av CVK o Port á Cat, bedömning av avstöttningsreaktioner. Inkluderar inhämtande av råd från läkare. Inkluderar provtagning i samband med besöket.
VR871	Teambesök - hematologi	En patient möter flera vårdgivare till exempel läkare, sjuksköterska, kurator
VR872	Gruppbesök - hematologi	En grupp (två eller flera) patienter möter en vårdgivare
VR873	Gruppteambesök - hematologi	En grupp (två eller flera) patienter möter flera vårdgivare

### Ex på specifikationer till besök

VR862	Besök inför/efter allogena benmärgstransplantation	Bedömning av ev avstöttningsreaktion, beslut om ytterligare utredning/behandling, läkemedelsförskrivning.
VZ081	Användande av tolk	
VZ082	Hembesök	
VZ083	Uppföljning av nytt läkemedel enligt LäkeMedelsverkets rekommendation	
VZ087	Rättsintyg	
VZ088	Intyg försäkringskassa och kommun	
VZ089	Intyg försäkringsbolag	
VZ090	Övriga intyg	

### Åtgärder

TAB00	Lumbalpunktion	
TNE20	Aspiration av benmärg, bäckenet	Inkl sacrum och coccyx
TNE25	Borrbiopsi av benmärg. bäckenet	Inkl sacrum och coccyx
TPH00	Venesectio	Blodtappning
TPJ05	Punktionsbiopsi av lymfkörtel	
TQW99	Vävnadspunktion subcutis	

Åtgärdskod	Kodtext	Beskrivning
V9217	Plasmaferes	Utbyte av plasma.
V9534	Allogen benmärgstransplantation	
V9535	Autolog benmärgstransplantation	
V9536	Transplantation med allogena perifera stamceller (PSC)	Infusion av stamceller.
V9537	Transplantation med autologa perifera stamceller (PSC)	Infusion av stamceller.
VR364	Stamcellsinsamling och infrysning	Insamling av stamceller genom cellseparation inkl infrysning inför transplantation
VR365	Leukaferes	Insamling av leukocyter/lymfocyter genom aferes.
VR366	Stamcellsinsamling	Insamling av stamceller genom cellseparation.
VR372	Infusion av lymfocyter	Infusion till benmärgstransplanterad patient. Infusion av donatorslymfocyter (DLI)
VR373	Transfusion erythrocyter	
VR374	Transfusion trombocyter	
VA890	Intratekal cytostatikabehandling	Inkluderar lumbalpunktion. Läkemedelstyp kan anges genom tilläggskodning
V9425	Parenteral cytostaticabehandling	T ex intravenös, intraarteriell, intramuskulär eller subcutan tillförel. Läkemedelstyp och tidsåtgång kan anges genom tilläggskodning.
VW892	Övrig cytostatikabehandling	All cytostatikabehandling som ej tillförs parenteralt eller intratekalt. Tex peroral, nasal eller rektal tillförel eller tillförel via inhalation. Läkemedelstyp kan anges genom tilläggskodning
VA891	Intratekal läkemedelsbehandling	All läkemedelsbehandling exkl cytostatika. Inkluderar lumbalpunktion. Läkemedelstyp kan anges genom tilläggskodning.
VW891	Parenteral läkemedelsbehandling	Läkemedel exkl cytostatika. T ex intravenös, intraarteriell, intramuskulär eller subcutan tillförel. Läkemedelstyp och tidsåtgång kan anges genom tilläggskodning.
VW890	Övrig läkemedelsbehandling	All läkemedelsbehandling exkl cytostatika som ej tillförs parenteralt eller intratekalt. Tex peroral, nasal eller rektal tillförel eller tillförel via inhalation. Läkemedelstyp och tidsåtgång kan anges genom tilläggskodning.

### Ex på specifikation av läkemedelsbehandling med ATC-kod

V9425 + L01AA	Parenteral cytostatikabehandling med cyklofosamid (till exempel Sendoxan)
VW891 + J01CE	Parenteral läkemedelsbehandling med bensylpenicillin

### Ex på specifikationer som kan användas både vid besök och till åtgärder

	TIDSÅTGÅNG	Tidsåtgången för ett besök eller en åtgärd kan anges
VZ065	0 - 10 minuter	
VZ066	11 - 20 minuter	
VZ067	21 - 30 minuter	
VZ068	31 - 40 minuter	

Åtgärdskod	Kodtext	Beskrivning
VZ069	41 - 50 minuter	
VZ070	51 - 60 minuter	
ZXE10	1 - 2 timmar	
ZXE20	3 - 4 timmar	
ZXE30	5 - 6 timmar	
ZXE40	7 - 8 timmar	
ZXE50	9 timmar eller mer	

### Ex på specifikationer till åtgärder

VZ102	Åtgärden har utförts 2 gånger	Används då en åtgärd utförts mer än en gång vid ett och samma tillfälle
VZ103	Åtgärden har utförts 3 gånger	
VZ104	Åtgärden har utförts 4 gånger	
VZ105	Åtgärden har utförts 5 gånger	
VZ053	Ytanestesi	
VZ054	Infiltrationsanestesi	
ZXA00	Höger sida	
ZXA05	Vänster sida	
ZXA10	Bilateralt	