

Landspatientregisteret – igen

Professor Øjvind Lidegaard

Landspatientregisteret (LPR) blev i 1976 oprettet primært som et administrativt register, men har siden også været benyttet i forbindelse med både epidemiologisk og klinisk forskning og udgør i dag tillige datagrundlaget for en række nyere landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser.

Validiteten af data i LPR har været genstand for gentagne undersøgelser, drøftelser og meningstilkendegivelser. Såvel undersøgelserne som meningerne har været delte, spændende fra stor entusiasme over pragmatisk realisme til dyb skepsis og med den klare tendens, at de, som til dagligt skal afsætte tid til at lægge koder ind i systemet, har været mindre entusiastiske end dem, som på forskellig vis har draget nytte af de uddata, samme koder genererer.

Uanset hvilke gode og mindre gode grunde vi kan have til skepsis over for dette register, er det i en global målestok uomgængeligt, at intet andet land i verden gennem nu tre årtier systematisk har registreret diagnose- og operationskoder på en hel befolknings hospitalskrævende sygdomme og gennem mere end et årti i tillæg en række behandlingskoder. LPR har da også vist sig at være overordentlig nyttigt ved gennemførelsen af en række forsknings- og udviklingsprojekter, ligesom det i dag føder cancerregisteret, fødselsregisteret, diagnoserelateret grupperings- opgørelser, abortstatistikker og kvalitetsdatabaser med grunddata. Generelt har operationskoderne været mere pålidelige end diagnosekoderne [1].

I dette nummer af Ugeskriftet har *Marianne Ottesen* undersøgt validiteten af operationskoder, som anvendtes i forbindelse med prolapskirurgi på en enkelt afdeling gennem perioden 1996-1999 [2]. Ingen, som har arbejdet klinisk inden for dette område, har på forhånd været i tvivl om, at kodepraksis her er og især har været inkonsistent, og det er utvivlsomt netop det område inden for det gynækologiske speciale, hvor operationskoderne har haft den ringeste validitet og reliabilitet.

Det er derfor glædeligt, at forfatterne har gravet et spadestik dybere i problematikken for at se, hvor problemets kerne ligger. De kan dokumentere:

- at der manglede kliniske retningslinjer for, hvordan klinikerne skal kode bestemte indgreb, med en uacceptabel høj andel af primære fejkodninger til følge,
- at der skete nogle tekniske fejl fra klinikernes diktat på bånd til etableringen af koderne i de patientadministrative systemer (i dette tilfælde grønt system (GS)),
- at der sker få fejl ved overførsel fra GS til LPR, og

- at det at rekvirere udtræk fra LPR kræver både klinisk indsigt og erfaring i udarbejdelse af udtræksbeskrivelser.

Artiklens væsentligste budskab er efter min mening, at det efter udarbejdelse af kodevejledning inden for området på den pågældende afdeling lykkedes at nedbringe fejkodningerne i den efterfølgende treårsperiode til 0,5%.

Med andre ord: Hovedårsagen til inkonsistente og invalide koder er først og fremmest manglende eller dårlige kodevejledninger. Det indebærer omvendt, at det væsentligste løft i validiteten af diagnoser og operationskoder i LPR kunne ske ved en systematisk landsdækkende udarbejdelse af forståelige, overskuelige og tilgængelige kodevejledninger, en opgave, som naturligt kunne løftes af de nationale grupper for kliniske retningslinjer, som i disse år etableres inden for alle specialer.

Validiteten af såvel diagnosekoder som operationskoder i LPR er i dag på en række områder rigtig god [1], mens den på andre ikke er god nok. Det urogynækologiske område hører klart nok til blandt sidstnævnte, selv om kodekvaliteten utvivlsomt er markant bedre i dag end for ti år siden, hvor studiet blev gennemført.

Der er nu taget initiativ til etablering af en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase inden for området, hvilket forventes ikke blot at kunne løfte kvaliteten i det daglige kliniske arbejde, men også vil kunne forbedre validiteten af områdets diagnose- og operationskoder.

Let tilgængelige vejledninger vil spare den enkelte kliniker tid, vil kunne forbedre de »røde« områder i registeret, og vil derved kunne komplettere brugbarheden af disse registerdata.

Vi må også i vores patientadministrative systemer have etableret brugergrænseflader, hvormed man på en mere fleksibel måde end i dag kan identificere relevante diagnose-, operations- og behandlingskoder. Dette bør ske senest i forbindelse med indførelsen af den elektroniske patientjournal.

Samtidig kan vi håbe på, at den generelle holdning til LPR gradvist kommer til at afspejle den store nytte og de mange afkast, vi har haft, stadig har og i stigende grad vil få fra dette unikke landsdækkende sygdoms- og behandlingsregister.

Korrespondance: *Øjvind Lidegaard*, Gynækologisk-obstetrisk Klinik 4232, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø.
E-mail: lidegaard@rh.regionh.dk

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Møller C, Kehlet H, Utzon J et al. Hysterektomi i Danmark. Ugeskr Læger 2002;164:4539-45.
2. Ottesen M. Validitet af kodning og indberetning ved vaginal prolapskirurgi. Ugeskr Læger 2009;171:404-8.