

# **Slutrapport**

**Revision av vårdtillfällen i slutenvård vid  
kvinnoklinikerna på Karolinska  
Universitetssjukhuset, Södersjukhuset  
och Danderyds sjukhus 2010**

**December 2010**

**Staffan Bryngelsson  
Emendor Consulting AB**

## Innehållsförteckning:

0. Sammanfattning .....	2
1. Uppdrag .....	4
2. Syfte.....	4
3. Frågeställningar.....	4
4. Revisorer.....	4
5. Material.....	5
6. Genomförande samt bedömningskriterier .....	5
7. Resultat .....	6
7.1 Karolinska Universitetssjukhuset.....	6
7.2 Södersjukhuset .....	7
7.3 Danderyds sjukhus .....	8
8. Revisorernas sammanfattande kommentarer .....	9

## 0. Sammanfattning

Avdelningen för somatisk specialistvård, HSN-förvaltningen, Stockholms läns landsting, har låtit genomföra en revision av diagnos- och åtgärdsklassificering och registrering gällande samtliga 345 vårdtillfällen grupperade till DRG 309 Mindre urinblåsooperationer, ej komplicerat (inkontinensoperationer) och DRG 356 Rekonstruktiva operationer på kvinnliga genitalia (prolapsoperationer) från och med januari till och med juni 2010 på kvinnoklinikerna vid Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset och Danderyds sjukhus.

Emendor Consulting AB (ECAB) har ansvarat för genomförandet av revisionen. ECAB har för uppdraget anlitat experter inom gynekologi och obstetrik samt inom sjukdoms- och åtgärdsklassificering.

Syftet med revisionen har varit att bedöma i vilken mån de i journalerna angivna diagnos- och åtgärdskoderna är att betrakta som korrekta samt om det av SLL framtagna regelverket för registrering av vårdkontakter följts. Revisorerna har också haft i uppdrag att bedöma om det varit korrekt att patienten behandlats i slutenvård eller ej.

Utgångspunkten för bedömning av korrekt registrering av slutenvård eller ej har varit att operationer för inkontinensproblem (som grupperas till DRG 309) och prolapsproblem (som grupperas till DRG 356) enligt praxis inom specialiteten kan utföras dagkirurgiskt för majoriteten av patienter om:

- Patientens allmäntillstånd inför ingreppet ej kräver slutenvård
- Inga komplikationer som kräver inskrivning i slutenvård uppstår

Revisorerna har, med journaldokumentationen som underlag, bedömt att inskrivning och behandling i slutenvård varit korrekt om något av följande kriterier förelegat:

- Patientens ålder är över 80 år
- Både främre och bakre prolapsplastik har utförts på patienten
- ASA-klass 3 eller mer (anestesiläkarens bedömning)
- Annan sjuklighet (exempelvis rullstolsbundenhet, halvsidig förlamning) som gjort att patienten bedömts ha behov av slutenvård.

I tveksamma fall har revisorerna alltid valt att acceptera att patienten vårdats i slutenvård.

Bedömning av om patienten korrekt skrivits in i slutenvård eller ej gav följande resultat:

På Södersjukhuset bedömdes 41 % av samtliga 90 granskade vårdtillfällen felaktigt ha behandlats i slutenvård.

På Karolinska Universitetssjukhuset bedömdes 57 % av samtliga 49 granskade vårdtillfällen felaktigt ha behandlats i slutenvård.

På Danderyds sjukhus bedömdes 64 % av samtliga 205 granskade vårdtillfällen felaktigt ha behandlats i slutenvård.

En stor del av patienterna i de granskade fallen var i övrigt friska, ingreppen avsåg enkel plastik och det uppstod inga komplikationer. Praxis inom gynekologi i landet är då att dessa utförs dagkirurgiskt, det vill säga utan inskrivning i slutenvård. På de tre granskade klinikerna har under den aktuella tidsperioden endast två prolapsoperationer behandlats dagkirurgiskt.

Enligt Öppna jämförelser utgiven 2010 utfördes i Sverige 2009 cirka 6.300 prolapsoperationer. Drygt 1.100 (17,7 %) av dessa utfördes dagkirurgiskt. ”Det finns ingen anledning att tro att kvinnors allmän- och sjukdomstillstånd skulle skilja sig radikalt mellan olika landsting. Andelarna operationer utförda i dagkirurgi varierar så markant att man kan sluta sig till att lokala traditioner spelar en betydande roll. Ett landsting utförde cirka 70 procent i dagkirurgi, medan i andra landsting operationerna i princip utförs uteslutande i slutenvård.” (Citat ur Öppna Jämförelser 2010).

I Stockholm behandlades under 2009 1,5 % av alla prolapsoperationer dagkirurgiskt.

Dokumentationen i journalerna är av god upp till mycket hög kvalitet.

Diagnos- och åtgärdsklassificeringen är av god kvalitet. På Södersjukhuset bör dock klassificering och registrering av bidiagnoser bli mer komplett. Om vissa systematiska fel, som gjorts på samtliga kliniker, gällande registrering av Z98.8 som bidiagnoskod liksom av LFE20 som åtgärdskod korrigeras kommer påpekande om fel i framtida revisioner att vara väsentligt färre.

24 av journalerna (7 %) har ett fel avseende huvuddiagnoskoden. Detta är ett mycket bra resultat. I 142 av fallen (41 %) har påpekanden gjorts om registreringen av bidiagnoser. I 103 av fallen (30 %) föreligger fel avseende klassificering av åtgärder. Merparten av klassificeringsfelen är dock av mindre allvarlig art och påverkar inte DRG-grupperingen.

I 25 av fallen (7 %) föreligger en diskrepans mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen.

## 1. Uppdrag

Emendor Consulting AB (ECAB) har på uppdrag av Avdelningen för somatisk specialistvård, HSN-förvaltningen, Stockholms läns landsting, låtit genomföra en revision av tillämpningen av Klassifikation av sjukdomar 1997 (KSH97, den svenska ICD-10-versionen) och Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) gällande samtliga 345 vårdtillfällen grupperade till DRG 309 Mindre urinblåsooperationer, ej komplicerat (inkontinensoperationer) och DRG 356 Rekonstruktiva operationer på kvinnliga genitalia (prolapsoperationer) från och med januari till och med juni 2010 på kvinnoklinikerna vid Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset och Danderyds sjukhus.

## 2. Syfte

Syftet med revisionen har varit att bedöma i vilken mån de i journalerna angivna diagnos- och åtgärdskoderna är att betrakta som korrekta samt om det av SLL framtagna regelverket för registrering av vårdkontakter följts.

## 3. Frågeställningar

Har val av huvuddiagnos gjorts enligt gällande regelverk?

Är de kodade och registrerade diagnoserna/åtgärderna dokumenterade i journalen?

Finns dokumenterade diagnoser eller åtgärder som ej är kodade och registrerade?

Har SLL:s regelverk för registrering av vårdkontakter följts?

Har det varit korrekt att behandla patienterna i slutenvård?

## 4. Revisorer

Revisionen har genomförts av:

### **Urban Jürgensen**

Specialist i obstetrik och gynekologi. Tidigare klinikchef vid kvinnokliniken samt chefläkare Högländssjukhuset i Eksjö. För närvarande utvecklare/projektledare på halvtid vid Qulturum (Landstinget i Jönköpings läns utvecklingsavdelning) med fokus på patientsäkerhet, klassifikations- och ersättningsfrågor. Sedan 2008 föredragande läkare i gynekologi och obstetrik vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Stockholm.

### **Karin Pihl**

Specialist i Obstetrik och gynekologi.

Anställning i Västra Götalandsregionen sedan 1989, huvudsakligen Kvinnokliniken, Södra Älvsborgs sjukhus Borås (knappt ett år 2003-2004 på KK Sahlgrenska/Östra i Göteborg).

Sedan 1991 SFOG:s (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi) kontaktperson gentemot Socialstyrelsen i klassifikationsfrågor.



Revision DRG 309 och 356  
K, SÖS och DS  
December 2010

Slutrapport

Specialistsakkunnig i samarbete med Socialstyrelsen gällande den svenska översättningen av kapitlen med gynekologiska och obstetriska diagnoser i ICD-10 (1997).

Författare till kapitlen om Gynekologiska och Obstetriska operationer i NCSP (Nordic Classification of Surgical Procedures). Författare till Diagnoshandbok för Kvinnosjukvården i Sverige, som hittills utkommit i fyra upplagor.

**Staffan Bryngelsson**, Emendor Consulting AB, har ansvarat för planering och genomförande av revisionen samt för dokumentationen.

## 5. Material

Revisionen har gjorts av samtliga 345 vårdtillfällen grupperade till DRG 309 Mindre urinblåsoperationer, ej komplicerat (inkontinensoperationer) och DRG 356 Rekonstruktiva operationer på kvinnliga genitalia (prolapsoperationer) från och med januari till och med juni 2010 på kvinnoklinikerna vid Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset och Danderyds sjukhus.

## 6. Genomförande samt bedömningskriterier

Varje journal har granskats av två revisorer. Revisionen utfördes i respektive kliniks lokaler med tillgång till de datajournalssystem som kliniken använder.

Revisorerna har bedömt om de angivna diagnos- och åtgärdskoderna varit korrekta dels i den bemärkelsen att de kodats enligt klassifikationens regler och anvisningar och dels att diagnoser respektive åtgärder varit dokumenterade i journalen. För varje journal upprättades ett bedömningsprotokoll.

Revisorerna har också haft i uppdrag att bedöma om det varit korrekt att skriva in patienten i slutenvård eller ej. Utgångspunkten har varit att operationer för inkontinensproblem (som grupperas till DRG 309) och prolapsproblem (som grupperas till DRG 356) enligt praxis inom specialiteten kan utföras dagkirurgiskt för majoriteten av patienter om:

- Patientens allmäntillstånd inför ingreppet ej kräver slutenvård
- Inga komplikationer som kräver inskrivning i slutenvård uppstår

Revisorerna har, med journaldokumentationen som underlag, bedömt att inskrivning och behandling i slutenvård varit korrekt om något av följande kriterier förelegat:

- Patientens ålder är över 80 år
- Både främre och bakre prolapsplastik har utförts på patienten
- ASA-klass 3 eller mer (anestesiökarens bedömning)
- Annan sjuklighet (rullstolsbunden, halvsidig förlamning) som gjort att patienten bedömts ha behov av slutenvård
- Individuella, dokumenterade önskemål om sluten vård.

I tveksamma fall har revisorerna alltid valt att acceptera att patienten vårdats i slutenvård.

Varje vårdkontakt som bedömts har kommenterats i bilaga.

Revisionen av klassificeringen har gjorts utifrån den tillgängliga journaldokumentationen. Om en sjukdom eller ett tillstånd inte är omnämnt i journalen men ändå har kodats har revisorerna noterat detta som ett fel. Om en sjukdom eller ett tillstånd är omnämnt i journalen - och haft betydelse för handläggningen av patienten vid denna vårdkontakt - men ej kodats har även detta noterats som ett fel. Klassificeringen av åtgärder har granskats på motsvarande sätt. Om en åtgärd ej är utförd, eller inte finns dokumenterad, men en kod finns registrerad har detta bedömts som felaktig klassificering.

## **7. Resultat**

### **7.1 Karolinska Universitetssjukhuset**

På kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, granskades 19 vårdtillfällen i DRG 309 och 30 vårdtillfällen i DRG 356.

Journaldokumentationen bedömdes genomgående vara av mycket hög kvalitet.

De flesta av de granskade vårdtillfällena avsåg patienter som skrevs in dagen före ingreppet och skrevs ut samma dag som ingreppet utfördes. Revisorerna bedömer det som förvånande att dessa patienter skrevs in som slutenvårdspatienter när de kunde gå hem samma dag som ingreppet utfördes. En orsak till detta förefaller vara lokala logistiska lösningar för att garantera att patientens plats under operationsdagen ej skulle ha hunnit beläggas av akutpatienter.

I 14 fall (74 %) avseende DRG 309 gällde det patienter som enligt revisorernas kriterier (se punkt 6. Genomförande och bedömningskriterier ovan) kunde ha opererats dagkirurgiskt och därmed inte ha behövt skrivas in i slutenvård. För resterande 5 fall styrkte dokumentationen att patienten behövde skrivas in i slutenvård.

I 14 (47 %) fall avseende DRG 356 gällde det patienter som enligt revisorernas kriterier (se punkt 6. Genomförande och bedömningskriterier ovan) kunde ha opererats dagkirurgiskt och därmed inte ha behövt skrivas in i slutenvård. För resterande 16 fall styrkte dokumentationen att patienten behövde skrivas in i slutenvård.

Av de totalt 49 vårdtillfällena var huvuddiagnosen felaktig i 3 fall (6 %) vilket är ett mycket bra resultat. I många fall avseende prolaps har som kod för huvuddiagnosen angivits N81.9 genital prolaps hos kvinnor, ospecificerad. Revisorerna har godkänt denna kod men rekommenderar att man i förekommande fall istället specificerar och anger om det är en bakre eller främre prolaps.

Revisorerna gjorde påpekande om bidiagnosklassificeringen i 26 fall (67 %). Bland annat saknades i ett antal fall bidiagnoskoden Z98.8. (för att ange recidivprolaps enligt önskemål från SFOG:s arbets- och referensgrupp för urogynekologi). Även bidiagnoskoden I10.9 Hypertoni borde enligt revisorerna ha registrerats i större utsträckning.

Åtgärdsklassificeringen var av god kvalitet. I 3 fall (6 %) gjorde revisorerna påpekande.

I 2 fall förelåg diskrepans mellan de diagnos- och/eller åtgärds-koder som var angivna i journalen respektive i databasen.

## 7.2 Södersjukhuset

På kvinnokliniken, Södersjukhuset, granskades 4 vårdtillfällen i DRG 309 och 87 vårdtillfällen i DRG 356. Av vårdtillfällen i DRG 356 visade sig finnas ett dubblerat vårdtillfälle, varför antalet granskade i denna DRG blev 86.

Journaldokumentationen bedömdes genomgående vara av mycket hög kvalitet.

I samtliga 4 fall i DRG 309 styrkte dokumentationen att patienten behövde skrivas in i slutenvård.

I 37 (43 %) fall avseende DRG 356 gällde det patienter som enligt revisorernas kriterier (se punkt 6. Genomförande och bedömningskriterier ovan) kunde ha opererats dagkirurgiskt och därmed inte ha behövt skrivas in i slutenvård. Merparten av dessa var patienter födda 1950 och framåt där det i dokumentationen inte var angivet några medicinska skäl för slutenvård (frisk patient, enkel plastik, okomplicerat ingrepp). För resterande 49 fall styrkte dokumentationen att patienten behövde skrivas in i slutenvård.

Kvalitén på val av och kodning av huvuddiagnosen var god. Av de totalt 90 granskade vårdtillfällen var huvuddiagnosen felaktig i 10 fall (11 %), varav de flesta är att betrakta som mindre fel.

Däremot var bidiagnosklassificeringen av sämre kvalitet. Revisorerna gjorde påpekande i 45 fall (50 %). I de flesta av dessa saknades väsentliga bidiagnoskoder som I10.9 Hypertoni, E10-E11 för diabetes, I20.9 Angina pectoris och J44.9 KOL.

Påpekanden om åtgärdsklassificeringen gjordes i 43 fall (48 %). I de flesta fall av bakre plastik gjordes även perineorafik (LFE20) men endast ett fåtal av dessa hade kodats. LEF96 Annan prolapsoperation användes i huvudsak på ett onödigt eller felaktigt sätt. LEF96 angavs relativt ofta utöver de specifika prolapsplastikkoderna vilket revisorerna bedömde som onödigt. I ett mindre antal fall angavs felaktigt LEF96 istället för främre/bakre kolporafik.

I 2 fall förelåg diskrepans mellan de diagnos- och/eller åtgärds-koder som var angivna i journalen respektive i databasen.



### 7.3 Danderyds sjukhus

På kvinnokliniken, Danderyds sjukhus, granskades 59 vårdtillfällen i DRG 309 och 146 vårdtillfällen i DRG 356.

Journaldokumentationen bedömdes genomgående vara av god kvalitet. Såväl huvud- som bidiagnoser har angetts och kodats korrekt i de flesta fall.

Merparten av patienterna med inkontinensproblem och mer än hälften av prolapspatienterna kunde enligt revisorerna ha opererats dagkirurgiskt.

Revisorerna har också funnit det förvånande att ett icke obetydligt antal av patienterna som bedömts kunnat opereras dagkirurgiskt fått ”förlängd” vårdtid, det vill säga varit inskrivna inte bara över natten utan ytterligare en eller flera dagar.

I 51 fall (86 %) avseende DRG 309 gällde det patienter som enligt revisorernas kriterier (se punkt 6. Genomförande och bedömningskriterier ovan) kunde ha opererats dagkirurgiskt och därmed inte ha behövt skrivas in i slutenvård. För resterande 8 fall styrkte dokumentationen att patienten behövde skrivas in i slutenvård.

I 81 (55 %) fall avseende DRG 356 gällde det patienter som enligt revisorernas kriterier (se punkt 6. Genomförande och bedömningskriterier ovan) kunde ha opererats dagkirurgiskt och därmed inte ha behövt skrivas in i slutenvård. För resterande 65 fall styrkte dokumentationen att patienten behövde skrivas in i slutenvård.

Av de totalt 205 vårdtillfällen var huvuddiagnosen felaktig i 11 fall (5 %) vilket är ett mycket bra resultat. Dessutom var felen av mindre allvarlig art.

Revisorerna gjorde påpekande om bidiagnosklassificeringen i 71 fall (34 %). Främst saknades bidiagnoskoden Z98.8 (för att ange recidivprolaps enligt önskemål från SFOG:s arbets- och referensgrupp för urogynekologi).

I 57 fall (28 %) gjorde revisorerna påpekande om åtgärdsklassificeringen. 40 av dessa 57 påpekanden avsåg att LFE20 perineorafii utförts vid bakre plastik men ej kodats.

I 21 fall (10 %) förelåg diskrepans mellan de diagnos- och/eller åtgärds-koder som var angivna i journalen respektive i databasen.

## 8. Revisorernas sammanfattande kommentarer

Dokumentationen i journalerna är av god upp till mycket hög kvalitet.

Diagnos- och åtgärdsklassificeringen är av god kvalitet. På Södersjukhuset bör dock klassificering och registrering av bidiagnoser bli mer komplett. Om vissa systematiska fel, som gjorts på samtliga kliniker, gällande registrering av Z98.8 som bidiagnoskod liksom av LFE20 som åtgärdskod korrigeras kommer påpekande om fel i framtida revisioner att vara väsentligt färre.

Vad som förvånat revisorerna mest är att inkontinens- och prolapsoperationer under denna tidsperiod alltid, med få undantag, utförts i slutenvård. En stor del av patienterna i de granskade fallen var i övrigt friska, ingreppen avsåg enkel plastik och det uppstod inga komplikationer. Praxis inom gynekologi är då att dessa utförs dagkirurgiskt, det vill säga utan inskrivning i slutenvård. På de tre granskade klinikerna har under den aktuella tidsperioden endast två prolapsoperationer registrerats som utförda dagkirurgiskt. Det förefaller sannolikt att ingen av klinikerna har någon process för att utföra inkontinens- eller prolapsoperationer i dagkirurgi.

Enligt Öppna jämförelser utgiven 2010 utfördes cirka 6.300 prolapsoperationer (DRG 356). Drygt 1.100 (17,7 %) av dessa utfördes dagkirurgiskt. ”Det finns ingen anledning att tro att kvinnors allmän- och sjukdomstillstånd skulle skilja sig radikalt mellan olika landsting. Andelarna operationer utförda i dagkirurgi varierar så markant att man kan sluta sig till att lokala traditioner spelar en betydande roll. Ett landsting utförde cirka 70 procent i dagkirurgi, medan i andra landsting operationerna i princip utförs uteslutande i slutenvård.”

I Stockholm registrerades under 2009 1,5 % av alla prolapsoperationer som dagkirurgiskt utförda. I Sörmland registrerades 71 %, i Östergötland 67 % och i Västernorrland 56 % som utförda i dagkirurgi.

Inkontinensoperationer betraktas i övriga delar av landet utanför Stockholm som dagkirurgiska ingrepp.

Bedömning av om patienten korrekt skrivits in i slutenvård eller ej gav följande resultat:

På Södersjukhuset bedömdes att 41 % av samtliga granskade vårdtillfällen ( 90 st) kunde ha utförts som dagkirurgi.

På Karolinska Universitetssjukhuset bedömdes att 57 % av samtliga granskade vårdtillfällen (49 st) kunde ha utförts som dagkirurgi.

På Danderyds sjukhus bedömdes att 64 % av samtliga granskade vårdtillfällen (205 st) kunde ha utförts som dagkirurgi.



Revision DRG 309 och 356  
K, SÖS och DS  
December 2010

Slutrapport

Fördelningen mellan DRG 309 och DRG 356 på respektive klinik (angiven i antal) är enligt följande:

	<b>SÖS</b>	<b>SÖS</b>	<b>K</b>	<b>K</b>	<b>DS</b>	<b>DS</b>
<b>DRG</b>	Korrekt reg SV	Ej korrekt	Korrekt reg SV	Ej korrekt	Korrekt reg SV	Ej korrekt
309	4	0	5	14	8	51
356	49	37	16	14	65	81

Orsakerna till att dessa patienter på de granskade klinikerna ändå skrivits in i slutenvård har inte kunnat klargöras vid denna revision.

Om orsaken är logistiska skäl för att undvika att sängplatser blir upptagna av akutpatienter måste organisationen ses över.

Om orsaken är en förlegad praxis att med automatik skriva in dessa patienter i slutenvård rekommenderas beställare, klinikrepresentanter och specialistsakkunnig att ta fram en i SLL gemensam praxis som överensstämmer med övriga landets rutiner.

Om orsaken är ekonomisk bör beställare och klinikrepresentanter se över konsekvenserna av detta.

Att registrera patienter i slutenvård trots att de enligt praxis borde behandlats dagkirurgiskt får naturligtvis konsekvenser i ersättningssammanhang. Men dessutom uppstår ytterligare allvarliga konsekvenser som:

- Såväl övergripande nationell verksamhetsstatistik som jämförelser mellan landsting beräknas med utgångspunkt i helt felaktiga underlag
- Beräkningar av genomsnittliga KPP-kostnader per DRG, och därmed DRG-vikter, såväl nationellt som regionalt blir felaktiga.

Revisorerna ser det som mycket angeläget att beställare och klinikrepresentanter i SLL gemensamt tar fram en policy för hur man behandlar patienter som opereras för inkontinens- respektive prolapsproblem.