

Slutrapport

Revision av Vårdval Logopedi inom Stockholms läns landsting 2014

2015-01-06

Emendor Consulting AB

Innehållsförteckning:

Sammanfattning	3
1. Uppdrag	6
2. Revisionens mål	6
3. Bakgrund.....	6
4. Revisorer	6
5. Om språk- och talsvårigheter samt dyslexi.....	8
6. Urval	9
7. Genomförande.....	11
8. Bedömningskriterier	11
9. Resultat	13
10. Revisorernas kommentarer.....	13
10.1 Inledning	13
10.2 Orsak till volymökningar	13
10.2.1 Överbehandling/onödiga besök.....	13
10.2.2 Felaktig rapportering av besök.....	14
10.3 Vårdinnehåll	14
10.3.1 Inledning	14
10.3.2 Gemensamma vårdprogram	15
10.3.3 Gemensamma remisskriterier.....	15
10.3.4 Ansvarsfördelning habilitering, särskola, BUP och Vårdval Logopedi	16
10.3.5 Teammedverkan av logopeder	17
10.3.6 Språkstörning och flerspråkighet.....	17
10.3.7 Tolkmедverkan.....	17

10.3.8	Testanvändning.....	17
10.3.9	Oralmotorik	18
10.3.10	Större fokus på kommande läs- och skrivinläring	18
10.3.11	Kompensatoriska hjälpmedel	18
10.3.12	Hjälpmedelsutprovning	19
10.3.13	Förnyad dyslexiutredning.....	19
10.3.14	Förändringar över tiden.....	19
10.4	Journaldokumentation.....	19
10.4.1	Struktur, överskådlighet och innehåll	19
10.4.2	Elektroniska journaler	20
10.5	Rapportering av data till databasen Gemensamt vårdregister (GVR)	21
10.5.1	Diskrepanser mellan journal och databas.....	21
10.5.2	Rapportering av KVÅ-koder	21
11.	Att ställa respektive att klassificera en diagnos.....	24
11.1	Inledning	24
11.2	Diagnosklassificering.....	24
11.3	Principer för att ställa och koda en diagnos	25
11.4	Diagnosställande och diagnosklassificering inom Vårdval Logopedi.....	26
11.4.1	Inledning	26
11.4.2	Diagnosställande.....	26
11.4.3	Diagnosklassificering.....	26
12.	Förslag till åtgärder	30
12.1	Allvarliga invändningar mot verksamheter.....	30
12.2	Ansvarsfrågor inom och utom SLL	31
12.3	Administrativa åtgärder – beställarorganisationen	31
12.4	Åtgärder av klinisk relevans i samverkan med ansvariga verksamhetschefer	31

Sammanfattning

Emendor Consulting AB (ECAB) har på uppdrag av enhetschef Bengt Haglund, Enheten för närsjukvård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting genomfört en revision av ett antal slumpmässigt utvalda vårdkontakter inom Vårdval Logopedi i SLL .

Bakgrunden till revisionen var en volymökning av besök inom Vårdval logopedi med 80 % sedan 2009.

Frågeställningar inför revisionen var:

- Går det att finna orsaker till volymökningar av besök inom Vårdval Logopedi?
- Hur är följsamheten till avtalens krav gällande registrering och fakturering?
- Vilken är kvalitén på gjorda insatser/behandlingar, journalföring och intyg?

Urvalet gjordes av uppdragsgivaren ur följande två grupper:

- ”Språk och Tal”
 - Ingen dyslexiutredning genomförd, ej diagnoskod för stamning
- ”Dyslexi”
 - KVÅ-koden UV004 *Avslutad dyslexiutredning* rapporterad

Totalt granskades 4 945 besök under perioden januari 2011 till november 2014 fördelade på 513 patienter.

Revisorernas bedömningar sammanfattas i det följande.

Onödiga besök/överbehandlingar:

- Alltför stor fokusering på fonologi trots andra omfattande språkliga svårigheter
- Behandlingsperioder av barn med tal- och språkstörning som fortsätter kontinuerligt utan regelbundna bedömningar, sammanfattningar och behandlingsuppehåll
- Oklar ansvarsfördelning mellan å ena sidan habiliteringen, särskola, förskola, skola, autismcenter respektive BUP och å andra sidan mottagningar inom Vårdval Logopedi
- Barn som kommer på regelbundna besök för som ingår i skolans ansvarsområde (till exempel lästräning). Detta borde ha skett i barnets skolmiljö med eller utan kompensatoriska hjälpmedel och kan inte anses ingå i sjukvårdens uppgift

Felaktig rapportering av KVÅ-koder som kan ha resulterat i felaktig besöksrapportering:

- KVÅ-koden UV004 *Avslutad dyslexiutredning* rapporterad på fel besök
- KVÅ-koden GA025 *Utprovning och förskrivning av hjälpmedel* rapporterad trots att förskrivning ej gjorts

Revisorernas kommentarer om vårdinnehåll:

- Det saknas i alltför många fall dokumentation om röd tråd, syfte och mål med den logopediska behandlingen
- Fokus på fonologisk behandling alltför frekvent förekommande även i de fall där man anar betydligt större och mer omfattande språkliga svårigheter
- Alltför stora skillnader mellan mottagningar i handläggning av patientgrupper
- Remiss för uttalsträning av felaktigt eller uteblivet r-ljud vid fyra års ålder ska ej accepteras om detta är enda avvikelserna
- Vid dyslexiutredning måste alltid bedömning av patientens språkliga förmåga göras
- Remisser som ej uppfyller kriterierna borde avvisats, vilket ej skett
- En logopedisk bedömning/utredning/diagnostisering ska alltid grunda sig på logopedens professionella bedömning, det vill säga grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Föräldrar ska inte kunna "önska" något de vill att logopeden ska genomföra, såvida detta inte är i enlighet med den professionella bedömningen
- Ensidig uttalsträning hos ett barn med autism, med stora svårigheter både beträffande språkförståelse och samspel/kontakt är helt irrelevant. Logopedens professionella hållning måste vara att informera föräldrarna om detta och "stå emot"
- Ansvarsfördelningen mellan å ena sidan Vårdval Logopedi och å andra sidan habiliteringsverksamhet, särskola, förskola, skola, autismcenter och BUP är oklar. Är det förenligt med avtalet att logoped inom Vårdval Logopedi ansvarar för behandlingen av dessa patienter?
- Revisorerna rekommenderar HSF att arbeta för att logopeder ska ingå i neuropsykiatriska team
- Tolk bör medverka i högre utsträckning vid språklig bedömning av flerspråkiga barn
- Test ska göras med hjälp av tolk för att en språkstörningsdiagnos ska kunna ställas
- Otidsliga test, som SPIQ, "gamla" TROG, bör sorteras bort till förmån för normerade test
- Språkförståelsen måste bedömas med testning i större utsträckning
- Logopeder ska inte stödja icke evidensbaserade metoder som att generellt träna oralmotorik med förskolebarn utan talstörningar
- Vid bedömning av barn från 6 år måste större fokus ligga på kommande läs- och skrivinlärning
- Logopedens insats för skolbarn med dyslexi bör inriktas på att hitta fungerande kompensation (datorhjälpmedel) för kunskapsinhämtandet samt råd och stöd om eventuell lästräning, som är en pedagogisk uppgift
- Ej tillfredsställande att hjälpmedelsutprovning görs vid besök där endast vårdnadshavare men ej patient varit närvarande
- Ej tillfredsställande att återgivningsmöten och hjälpmedelsutprovning kombineras

Revisorernas kommentarer om journaldokumentationen:

- Struktur, överskådlighet och innehåll i journaler uppvisar stora skillnader mellan mottagningar
- Olikheter i enskilda logopeders sätt att dokumentera
- Behandlingsplan, sammanfattning och utvärdering saknas ofta
- Diskrepanser mellan journal och Gemensamt VårdRegister (GVR) gällande:
 - o Besöksdatum
 - o Diagnoskoder
 - o Åtgärds-koder
 - o Journalförda besök som ej rapporterats till GVR
 - o Besök rapporterade till GVR som saknar dokumentation
- Rapportering av KVÅ-koder har brister. Regelverket måste följas bättre av vårdgivarna men regelverket måste också bli tydligare
- Diagnosklassificeringen visar uppenbara brister, dels på grund av föråldrade och inkorrekta anvisningar inom logopedin men även på grund av okunskap om regler i diagnosklassifikationen ICD-10-SE

Revisorerna föreslår följande åtgärder:

- Förnyade revisioner av mottagningar där revisorerna har allvarliga invändningar
- Klargörande av vårdvallogopedernas roll gentemot habilitering, BUP, särskola och förskola/skola. Överläggningar med övriga verksamheter inom landstinget (till exempel barnhälsovård) för gemensamma riktlinjer kring olika verksamheters ansvar för behandlingsinsatser och var dessa ska äga rum
- En särskild granskning utförd av personer med lämplig datateknisk kompetens bör göras av journalsystem hos de mottagningar som inte använder TakeCare för att säkerställa att systemen uppfyller Socialstyrelsens krav på spårbarhet, innehåll, integritet, förvaring etc
- Regelverket bör förtydligas angående:
 - o Rapportering av återgivningsbesök vid dyslexiutredning
 - o Rapportering av förskrivning av hjälpmedel
 - o Rapportering av koder för tidsåtgång
 - o Harmonisering med de för SLL gemensamma regelverken
- Gemensamma krav bör formuleras angående vilken information en remiss måste innehålla
- Gemensamma vårdprogram bör tas fram för samtliga vårdgivare inom Vårdval Logopedi avseende dyslexiutredningar och språk och tal
- Gemensamma regler och principer för såväl diagnosställande som för diagnosklassificering bör formuleras
- En ”lathund” för diagnoskoder bör tas fram för både dyslexiutredningar och språk- och talstörningar
- Åtgärdsprogram bör upprättas för att minimera risken för diskrepans mellan inrapporterade koder i journal och databas
- Revisioner bör genomföras regelbundet

1. Uppdrag

Emendor Consulting AB (ECAB) har på uppdrag av enhetschef Bengt Haglund, Enheten för närsjukvård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting genomfört en revision av ett antal slumpmässigt utvalda vårdkontakter inom Vårdval Logopedi i SLL .

2. Revisionens mål

Målen med revisionen är att om möjligt finna orsaker till de volymökningar av besök inom Vårdval Logopedi som noterats sedan starten 2009.

Dessutom ska revisionen:

- granska följsamheten till avtalets krav gällande registrering och fakturering
- granska kvalitén på gjorda insatser/behandlingar, journalföring och intyg.

3. Bakgrund

Inom Vårdval Logopedi har en kraftig volymökning av besöken skett sedan 2009 motsvarande drygt 80 procent främst inom målgrupperna språk- och talstörning samt läs- och skrivsvårigheter/dyslexi. Ökningen motsvarar ej demografin och kostnaderna för vårdalet ökar kontinuerligt; från 50 MKR vid starten till 138 MKR 2013.

Då det inte framkommit något som visar att förekomsten av ovan nämnda patientgrupper skulle ha ökat motsvarande besöksökningen och kostnaderna stigit enligt ovan, har HSF beslutat göra en revision av vårdval Logopedi gällande ovan nämnda grupper.

4. Revisorer

Revisionen har genomförts av:

Astrid Frylmark, legitimerad logoped

Logopedexamen 1976, kompletterad till fyraårig utbildning 2004. Fram till 1993 konsultlogoped mot förskola och skola i Östhammars kommun, kombinerat med timtjänstgöring på Östhammars sjukhus. Arbetade 1994-98 på Danderyds sjukhus med dyslexiutredningar, kvalitetsfrågor och utvecklingsprojekt. Chef för Länslogopedin vid Akademiska sjukhuset 1998-2002. 2002 cheflogoped vid Sundsvalls sjukhus. Sedan 2007 heltid i eget företag med utbildning, klinik, förlagsverksamhet och expertuppdrag. Ordförande i Svensk Förening för Foniatri och Logopedi, revisor i Svenska Logopedförbundet samt styrelseledamot i Svenska Dyslexiföreningen under ett

flertal år. Är ledamot av Attentions kunskapsråd och ingår i styrelsen för International Association of Logopedics and Phoniatics (www.ialp.info). AF genomförde revision av logopedi inom SLL 2003 och 2007.

Carmela Miniscalco, legitimerad logoped

Docent i logopedi och klinisk lektor vid enheten för logopedi samt Gillbergcentrum, Göteborgs universitet. Har arbetat kliniskt med barn med språksvårigheter i över 25 år och varit samordnande logoped inom Central Barnhälsovård i Bohuslän och utvecklat screeningsinstrument för identifiering av 2½-år gamla barn med språkstörning. Författare till drygt tjugo artiklar och ett bokkapitel om kommunikationssvårigheter och deras relation till neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som autismspektrumtillstånd och ADHD. Handleder för närvarande två doktorander. Huvudintresse inom klinik, forskning och undervisning är språk- och kommunikationsutveckling och störning hos barn med och utan autism.

Huvudsökande och projektledare i ett nyligen beviljat 3-årigt FAS/FORTE projekt som handlar om ”*Språkförmåga hos barn med autismspektrumstörning: En populationsbaserad longitudinell studie*”. Även huvudsökande och projektledare i ett Arvsfondprojekt som startade 2013. Insatser för små barn med autism: *Kunskap, metodutveckling och bemötande ur ett delaktighetsperspektiv* och som beräknas pågå i 3 år.

Birgitta Rosén, legitimerad logoped

Logoped sedan 30 år med erfarenhet främst inom skolbarnslogopedi/dyslexi, barnlogopedi och barnhabilitering. Cheflogoped på logopedmottagningen, Öronkliniken, Universitetssjukhuset, Linköping sedan 2010. Under 2012-14 även chef för sekreterarna samt 2013-14 chef för Hörselvården på samma klinik under införandet av vårdval. Dessförinnan haft eget företag med konsultverksamhet inom logopedi, både inom olika landsting och i skolans värld i 14 år, såväl med patient-/utredningsarbete som med organisatoriska frågor (1996-2010).

Under 7 år ordförande för Svenska Logopedförbundet, som är logopedernas professionsförbund inom SACO (1996-2003). Även arbetat i styrelsen för EU-organisationen CPLOL

(www.cplol.eu), som är en sammanslutning av Europas alla logopedförbund, vilken idag omfattar ca 80 000 logopeder. Satt i styrelsen för CPLOL under 11 år, varav de 4 sista som ordförande (1998-2009).

Cecilia Skoglund, legitimerad logoped

Logopedexamen 1976. Magisterexamen i logopedi 1999. Pågående studier inom masterprogrammet i logopedi vid Lunds universitet. Har arbetat med allmänlogopedi och rehabilitering på olika sjukhus i Skåne samt i Västergötland. Var anställd som logoped med inriktning på förskolebarn med språkstörningar inom socialförvaltningen i Helsingborg. Har arbetat med barn på språkförskola samt utredning av skolbarn med dyslexi och språkstörning inom utbildningsförvaltningen i Hässleholms kommun. Vikarierande byråchef på institutionen för logopedi och foniatri, Lunds universitet under år 2000. Har bedrivit enskild firma inriktad på olika röstdiagnoser i samarbete med ÖNH-läkare. Enhetschef på logopedmottagningen, lasarettet i Helsingborg, 2010-2014. Arbetar f n kliniskt på samma mottagning med framför allt barn med språkstörningar. Har under många år varit klinisk lärare på logopedprogrammet, Lunds universitet, främst inom områdena barnspråk och dyslexi.

Staffan Bryngelsson, VD Emendor Consulting AB (ECAB). Leg sjuksköt, vårdlärare. SB har deltagit i – och ansvarat för – samtliga revisioner Emendor Consulting AB genomfört. SB ansvarar för planering, administration och dokumentation av revisionen.

Emendor Consulting AB bedriver utbildning inom primär och sekundär klassificering. ECAB genomför även revisioner av klassificering, dokumentation och registrering inom hälso- och sjukvården. Hittills har ECAB granskat, med avseende på såväl diagnos- och åtgärdsklassificering som på följsamhet till ersättningssystemens regelverk, cirka 6 000 vårdtillfällen och cirka 15 000 besök i öppenvård.

5. Om språk- och talsvårigheter samt dyslexi

Språklig förmåga är den mest avancerade kognitiva aktiviteten hos människor. Denna förmåga utvecklas hos de flesta barn under de första levnadsåren under förutsättning av att barnet har tillgång till en talande miljö och inte hör till de 6-7 procent som har svårigheter med sin språkutveckling (Tomblin et al., 1997, Law, Garret & Nye, 2003, Miniscalco 2003). Det handlar således inte bara om en motorisk aktivitet i talapparaten, utan om de komplicerade kognitiva processer som förvandlar en tanke till ett yttrande eller en skriven text, och som även gör människan kapabel att förstå och tolka andra.

Det man brukar kalla ”språk” består av olika delområden som *språkförståelse, samtalsförmåga, ordförråd, meningsbyggnad* och *språkljud*. Under de första fyra levnadsåren bygger barnet upp ett ord- och begreppsörråd som kan kombineras till ett oändligt antal yttranden. De flesta barn börjar använda talade ord runt 1 års ålder och när barnet själv kan säga 10 ord förstår det ca 100. I den typiska språkutvecklingen är språkförståelsen hela tiden bättre än språkproduktionen. När det typiskt utvecklade barnet är 2-3 år gammalt talar det i 2-3-ordsmeningar men fortfarande saknas en del av språkljuden. Vid denna ålder är det viktigare *att* barnet talar än *hur* det talar.

Vid 4-5 års ålder låter talet mer vuxenlikt, meningarna blir längre och barnet börjar också prata och berätta om saker som har hänt eller ska hända. Under skolåldrarna utvecklas språk- och samtalsförmåga ytterligare och ordförrådet fylls på med 3-4000 nya ord per år. För att uttala vart och ett av dessa ord aktiveras cirka 150 muskler i talapparaten, och planeringen av ett yttrande äger rum redan medan man lyssnar till och förstår vad samtalspartnern säger. Skolbarnet har blivit en god kommunikatör.

För att utveckla läsning och skrivning i skolan behövs *hela* språket. Studier visar att av barn med sen eller avvikande språkutveckling i 2,5-3-års åldern har 41-75% svårigheter med läsning vid 8 års ålder (Law et al., 1998), dvs språkstörningen försvinner inte utan ändrar karaktär. Förmågan att analysera och själv producera ljud hänger nära samman med den tekniska sidan av läsningen, den så kallade avkodningen. Barn med fonologiska svårigheter, som ofta har svårigheter att uppfatta vilka ljud som ingår i ord, är i flertalet fall de som senare utvecklar *dyslexi*. Barn som har brister inom andra språkliga områden, som ordförråd, grammatik och samtalsförmåga, är de som senare får stora svårigheter med *läsförståelsen*.

Det finns således en stark koppling mellan de båda diagnosområden som denna revision omfattar. En språkundersökning hos logoped, oavsett om den gäller barn i förskoleåldern eller om det handlar om läs- och skrivsvårigheter, behöver fokusera samtliga språkområden: ljudsystem, grammatik, ordförråd, språkförståelse och samtalsförmåga. Även barnets språkliga medvetenhet behöver uppmärksammas. Det är också väsentligt att logopeden får en uppfattning om det föreligger parallella, neuropsykiatriska svårigheter.

6. Urval

Beslut om urvalet har tagits av Avdelningen för Närsjukvård, HSF. Urvalet har gjorts ur två olika grupper av patienter.

Det ena urvalet har gjorts bland de patienter för vilka det under perioden 2013-06-01 till och med 2014-05-30 dels inte genomförts någon dyslexiutredning och dels inte satts någon diagnoskod gällande stamning. Denna grupp kallas i rapporten ”Språk och tal”.

Det andra urvalet har gjorts bland de patienter som under perioden 2013-06-01 till och med 2014-05-30 vid något av sina besök fått åtgärds-koden UV004 Avslutad dyslexiutredning rapporterad. Denna grupp kallas i rapporten ”Dyslexi”.

Revisorerna har för de utvalda patienterna granskat dels alla besök som gjordes under urvalsperioden och dels de besök som patienten gjorde före och efter urvalsperioden och som fanns dokumenterade i journalen. Revisorerna har granskat fallen i den ordning de var listade i urvalsfilen. Nedanstående mottagningar har granskats vid revisionen:

Mottagning	Dyslexi	Språk och tal	Totalt antal patienter i gruppen	Antal granskade fall	Antal granskade besök
Logopedbyrån Dynamica - Ekerö	x		83	15	36
Logopedbyrån Dynamica - Ekerö		x	180	15	218
Logopedbyrån Dynamica - Rinkeby	x		63	10	90
Logopedbyrån Dynamica - Rinkeby		x	231	7	141
Logopedbyrån Dynamica Botkyrka		x	225	14	368
SLSO Rosenlund	x		356	32	89
SLSO Rosenlund		x	729	34	453
SLSO Rosenlund/SLSO Nacka närsjukhus	x		52	23	140
Logopederna Sverige Kungsholmen	x		868	50	243
Logopederna Sverige Lidingö	x		102	26	114
Viva Logopedi Farsta mott 4	x		177	30	93
Viva Logopedi Farsta mott 4		x	265	16	170
Karin Glenne	x		115	25	54
DS Åkersberga		x	301	17	380
ABC Logopedtjänst	x		118	26	198
Carina Engström Röstkonsulten Haninge	x		275	16	63
Carina Engström Röstkonsulten Nacka		x	153	16	249
Kita logopedstudio		x	334	12	341
Anna Åborg Söderlogopederna	x		75	25	56
Pita-Pita(Täby)		x	375	19	276
Norra Tal och Språk, Åkersberga		x	9	9	188
Sophie Bergman		x	121	15	213
Logopedmottagningen Södertälje sjukhus		x	549	15	122
Logoped Åsa Hägg, Södertälje		x	72	16	296
Odenplan		x	226	30	354
Summa:			6054	513	4945

Av det totala antalet patienter i respektive grupp (dyslexi samt språk och tal) har 8,5 % granskats.

7. Genomförande

Revisionen har genomförts hos respektive vårdgivare. Om flera mottagningar hos samma vårdgivare har granskats har revisionen oftast genomförts på en av dessa mottagningar.

Revisorerna har haft tillgång till journaldokumentationen för de besök som ingått i urvalet.

Revisorerna har läst igenom samtliga journalanteckningar samt utlåtanden som funnits tillgängliga i respektive journalsystem för de patienter som granskats. För att få en helhetsbild av respektive patientfall och bättre kunna granska den dokumentation som var daterad under urvalsperioden, har i förekommande fall även anteckningar före och efter aktuella datum gått igenom.

8. Bedömningskriterier

Utgångspunkten för revisorernas bedömningar har varit:

- Patientdatalagen
- Registreringsrutin enligt Förfrågningsunderlag för Logopedverksamhet 2012
- Förfrågningsunderlag Vårdval Logopedverksamhet 2012
- Av professionen framtaget konsensusdokument för dyslexiutredning.

Revisorerna har gjort sina bedömningar utifrån den tillgängliga journaldokumentationen.

Varje fall har bedömts i ett antal olika avseenden. Mallen för de bedömningsprotokoll som upprättats för varje fall finns redovisad i bilagorna 1 och 2.

Relevansen av beslut om utredning och/eller behandling har bedömts utifrån remissens innehåll. Om revisorerna bedömt att relevans för beslut saknats kan detta antingen bero på att indikationer för utredning uppenbart saknas i remisstexten (Exempel: ”Svårigheter inom normalvariation. Föräldrar önskar utredning”) eller att remisstexten är alltför bristfällig (Exempel: Endast frågeställning ”Dyslexi?”).

Den övergripande handläggningen av fallet har bedömts. I denna bedömning ingår delmoment som:

- Har utredning och behandling gjorts dels i enlighet med de konsensusdokument som finns och dels i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet?
- Är antalet besök/kontakter relevant i förhållande till patientens problem?
- Har återgivning till skola skett?
- Har diagnos ställts korrekt alternativt avskrivits korrekt?

- Uppfyller journaldokumentationen Patientdatalagens krav?
- Är rapporteringen av besökstyper och åtgärds-koder i enlighet med Registreringsrutin för Logopedverksamhet?

Handläggningen av ett fall kan ha bedömts som korrekt även om relevansen av beslutet om att starta utredningen ej ansetts föreligga eller om revisorerna haft kommentarer om enstaka delmoments innehåll. Bedömningen av journaldokumentationen har gjorts utifrån olika aspekter. Förutom att journalen ska innehålla uppgifter om anamnes, status, genomförande och resultat av utredning, bedömning, fortsatt planering och åtgärder samt behandling har även kontrollerats om administrativa data som personnummer, besöksdatum och KVÅ-koder varit korrekta. Om exempelvis angivet personnummer på något ställe i dokumentationen avviker från det personnummer som är rapporterat till GVR har för detta fall revisorerna bedömt frågan ”Uppfyller journaldokumentationen Patientdatalagens krav” med Nej. Samma bedömning, Nej, har gjorts om dokumentation saknas om ett besök som är rapporterat till GVR eller om besöksdatum i journalen avviker med mer än 3 dagar från det besöksdatum som rapporterats till GVR.

I resultatredovisningen används i vissa fall termen vårdkontakt. Med detta avses såväl de besök där patienten deltagit som de återgivningsbesök logopeden kan ha gjort på skola eller hos annan remittent utan att patienten varit med.

Om det saknats dokumenterad bedömning i journalen om vilket tillstånd som ansvarig logoped ansett vara huvuddiagnos har revisorerna kommenterat antingen med ”bedömning av val av huvuddiagnos kan ej göras” eller med att föreslå en eller flera möjliga huvuddiagnoskod/er. Gällande de senast nämnda fallen framgår det dock tydligt i kommentarerna att revisorerna inte entydigt kan ange vilken diagnos som ska vara huvuddiagnos. Motiveringen ”dokumentation saknas” som angivits i många fall där en diagnos bedömts som felaktig innebär att revisorerna i dokumentationen inte kunnat finna något som styrker diagnosen. Det kan förhålla sig så att det i och för sig varit korrekt att ange denna diagnos men då man inte dokumenterat underlaget i journalen finns inte tillräckligt underlag för att styrka den.

De fall som kommenteras med ”Ingen kommentar” har bedömts korrekt handlagda, korrekt dokumenterade och korrekt rapporterade.

Vid tveksamma fall har revisorerna haft principen ”hellre fria än fälla”.

9. Resultat

Resultatet av revisionen av de enskilda mottagningarna redovisas i separata delrapporter för respektive mottagning.

Övergripande resultat redovisas i avsnitten **10 Revisorernas kommentarer** och **11 Att ställa respektive att klassificera en diagnos** nedan.

10. Revisorernas kommentarer

10.1 Inledning

I detta avsnitt kommenterar revisorerna företeelser som förekommer på flera mottagningar.

Specifika kommentarer gällande de enskilda mottagningarna finns i delrapporterna för respektive mottagning.

10.2 Orsak till volymökningar

10.2.1 Överbehandling/onödiga besök

En av de centrala frågeställningarna inför revisionen var om orsaken till volymökningarna inom Vårdval Logopedi orsakats av att utredningar och behandlingar genomförts utan att tillräckliga skäl förelegat.

Revisorerna har noterat att det i vissa fall förekommer att remisser med begäran om dyslexiutredningar inte innehåller tillräcklig information för att en utredning ska kunna anses motiverad. I dessa fall borde remisserna antingen ha skickats tillbaka till remittenten med begäran om mer information/underlag alternativt ha avvisats.

Omfattningen av dessa ”onödiga” remisser är dock inte så stor att den kan förklara volymökningarna.

För att förhindra ”onödiga” remisser bör dels för SLL gemensamma kriterier för remissernas innehåll och utformning tas fram (se vidare avsnitt **10.3.3 Gemensamma remisskriterier** nedan) och dels krav ställas på varje vårdgivare inom Vårdval Logopedi att det ska finnas en rutin för hur inkommande remisser ska bedömas. Revisorernas bild av denna hantering är att oavsett remissens innehåll – eller brist på innehåll - tas patienten emot för utredning.

Revisorerna har däremot sett följande exempel på överbehandling/onödiga besök:

- Generellt stor fokusering på fonologi med alltför många besök som ägnas åt språkljudsproduktion trots att det tycks förekomma andra, större språkliga svårigheter, som svårighet med språkförståelse och grammatik

- Behandlingsperioder av barn med tal- och språkstörning som fortsätter kontinuerligt utan regelbundna bedömningar, sammanfattningar och behandlingsuppehåll. Dokumentation av syfte och mål med behandlingen saknas i många fall
- Oklar ansvarsfördelning mellan å ena sidan habiliteringen, särskola, autismcenter förskola/skola respektive BUP och å andra sidan mottagningar inom Vårdval Logopedi. Logopedbesöken sker här separerat från de andra instanserna, vilket inte gagnar patienten
- Barn som kommer på regelbundna besök för sådant som ingår i skolans ansvarsområde, till exempel lästräning. Detta borde ha skett i barnets skolmiljö med eller utan kompensatoriska hjälpmedel och kan inte anses ingå i sjukvårdens uppgift – se punkt **10.3.10** nedan.

10.2.2 Felaktig rapportering av besök

Ersättning för en dyslexiutredning inkluderar samtliga ingående besök för utredning samt besök med endast patient och vårdnadshavare för återgivning av utredningsresultat. Om besök för återgivning av utredningsresultat görs för skolan, i skolan eller på mottagningen med eller utan patient och vårdnadshavare, ersätts dessa besök separat. Om ett särskilt besök genomförs där hjälpmedel förskrivs ersätts även dessa besök separat.

Revisorerna har sett ett flertal exempel att vid återgivningsbesök med patient och/eller vårdnadshavare har även KVÅ-koden GA025 *Utprovning och förskrivning av hjälpmedel* rapporterats trots att hjälpmedel inte förskrivits utan ”visats”/”demonstrerats”/”diskuterats”. Förskrivning ska ha gjorts vid ett separat besök för att GA025 ska kunna rapporteras.

Generellt tar det tid, enligt vedertagen praxis inom logopedisk verksamhet, att sammanställa och analysera testresultat för att ställa korrekt diagnos, varför revisorerna bedömer att återgivningen bör bokas till ett separat tillfälle (för säker diagnosättning).

Regelverket för rapportering av besök i samband med dyslexiutredningar behöver förtydligas men det krävs också en bättre följsamhet till de regler som redan finns.

10.3 Vårdinnehåll

10.3.1 Inledning

En generell synpunkt från revisorerna är att flera mottagningar förefaller ha ”gått vilse” på så vis att handläggningen av de patienter som granskats ofta saknar dokumenterad röd tråd, syfte och mål med behandlingen. Fokus på fonologisk behandling är alltför frekvent förekommande även i

de fall där man anar betydligt större och mer djupgående språkliga svårigheter. En uppstramning och därav följande satsning på att verkligen göra rätt saker är nödvändig.

10.3.2 Gemensamma vårdprogram

Gemensamma vårdprogram för utredning och behandling inom Vårdval Logopedi i Stockholms läns landsting bör tas fram. Revisionen visar att det finns alltför stora skillnader i handläggning av patientgrupper mellan mottagningar. Ett sådant exempel är olikheter i förfarandet vid nybesök med barn. Många mottagningar har ett besök för anamnesupptagning och ett besök för utredning medan andra mottagningar testar ett språkområde i taget vid flera besök.

10.3.3 Gemensamma remisskriterier

En logopedisk bedömning/utredning/diagnostisering bör alltid grunda sig på logopedens professionella bedömning, det vill säga grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet. Logopeden avgör alltså utifrån detta vad som ska behandlas eller inte.

En jämförelse skulle kunna vara att en patient med magont kommer in och hävdar blindtarmsinflammation och ber läkaren operera bort blindtarmsbihanget. Om läkaren bedömer magsmärtorna som något annat kan naturligtvis ingen operation ske. Patienten kan inte önska borttagning av blindtarmen om det inte är orsak till problemet.

Ur ett logopediskt perspektiv kan således inte föräldrar önska något de vill att logopeden ska genomföra, såvida detta inte är relevant. Att önska uttalsträning hos ett barn med grav autism, med stora svårigheter både beträffande språkförståelse och samspel/verbal och icke-verbal kommunikation är jämförbart med ovanstående exempel med blindtarmsinflammationen, då det är helt irrelevant. Logopedens professionella hållning måste vara att informera föräldrarna om detta och ”stå emot”.

Gemensamma remisskriterier över vilka barn som behöver remitteras till logoped bör tas fram för Stockholms läns landsting i samarbete mellan de olika logopedmottagningarna. Kriterierna bör implementeras i barnhälsovården (BHV) och skolhälsovården (SHV) så att rätt barn remitteras och relevanta underlag och bedömningar finns med vid logopedbesöket. Detta bör ske i dialog med BHV och SHV, t ex vid remittentmöten, dit remittenterna bjuds in för att få information om kriterierna och om vilka underlag som krävs för att remissen ska tas emot av logoped.

Inom barnhälsovårdens hälsoövervakning och screeningar vid olika nyckelåldrar som når majoriteten av alla barn finns tydliga instruktioner om vilka åtgärder som ska vidtas då barn inte klarar av screening. I de lägre åldrarna (2,5-3 år) ligger screeningens fokus på att barnet använder talade ord och små meningar, har god språkförståelse och kommunikation istället för på uttal av språkljud. Revisorerna har sett alltför stort fokus på uttal i remisserna utifrån 3-års-screeningen där frågeställningen ofta är ”Talstörning?” utan att själva screeningsunderlaget finns

med. Det finns därmed en stor risk att barn med allvarliga språkliga svårigheter missas och inte får hjälp i tid, vilket kan få stora konsekvenser för framtiden.

Det är också vanligt förekommande med remisser för uttalsträning av felaktigt r-ljud från fyra års ålder. Om r-felet är den enda avvikelserna finns ingen anledning att acceptera remissen då. Den spontana uttalsutvecklingen pågår länge än, och eventuella remisser med frågeställning r-ljud bör återsändas varvid frågan kan tas upp igen tidigast vid den skolförberedande hälsokontrollen som äger rum inom skolhälsovården när barnet går i förskoleklass.

Remiss till dyslexiutredning bör i första hand skrivas av skolhälsovården, i andra hand av primärvården. Det är viktigt att skolan är medveten om remissen då det framför allt är i skolan åtgärderna ska tillämpas. Pedagogiskt utlåtande bör alltid finnas bifogade remisser från skolan. I de fall en psykologbedömning gjorts bör resultatet också bifogas remissen.

Vid en dyslexiutredning måste alltid logopeden ta ställning till patientens språkliga förmåga. Om logopeden anser att en fördjupad språklig utredning behöver göras ska så ske utan att ny remiss krävs.

Vid dyslexiutredningar förekommer att resultat från den pedagogiska bedömningen som varit bifogad remissen redovisas i logopedens status. Resultatet av den pedagogiska kartläggningen kan, om den är bifogad remissen, finnas med i utlåtandets "bakgrund" men inte i logopedens status. Logopeden ska i sammanfattningen göra en syntes av sin egen bedömning och tolkning i förhållande till eventuella resultat från pedagog- och psykologbedömningar.

Remisser som ej uppfyller kriterierna bör avvisas om inte kraftig föräldraoro finns. Prioriteringsordning för vårdbegäran behöver också tas fram. Prioriterade barn ska erbjudas tid åtminstone inom tre månader (vårdgarantin).

10.3.4 Ansvarsfördelning habilitering, särskola, BUP och Vårdval Logopedi

Ansvarsfördelningen mellan å ena sidan Vårdval Logopedi och å andra sidan habiliteringsverksamhet, särskola, autismcenter och BUP förefaller oklar. Revisionen har visat på fall där patienter haft långa behandlingsperioder med regelbundna täta besök där patienten samtidigt tillhört habiliteringscenter, särskola, autismcenter eller BUP. Dessa behandlingar kan förekomma trots att nämnda instanser har egna logopeder. Är det förenligt med avtalet att logoped inom Vårdval Logopedi ansvarar för behandlingen av dessa patienter? Vilket är habiliteringens, autismcenters respektive särskolans ansvar för logopedbehandling?

Ansvarsfördelningen måste klargöras. Teamarbetet inom habilitering, särskola autismcenter måste betonas och vidmakthållas. Det finns en risk att föräldrar söker till Vårdval Logopedi för behandling av det *föräldrarna*, utifrån sina lekmannakunskaper, bedömer att barnet behöver.

10.3.5 Teammedverkan av logoped

Revisorerna rekommenderar Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i SLL att arbeta för att logoped ska ingå i neuropsykiatriska team. I dagsläget arbetar ofta logopeden parallellt med NP-teamen. För helhetsbedömningen av patienten är detta en mycket stor nackdel. Majoriteten av barnen i NP-team har språkliga svårigheter. Logoped bör finnas i BUP-team och inom habiliteringen i i egenskap av teammedlem och inte bara som konsult.

10.3.6 Språkstörning och flerspråkighet

Majoriteten av världens barn är flerspråkiga och denna grupp barn är ökande i antal i Sverige. Ett flerspråkigt barn betraktas ha en språkstörning bara om svårigheter uppträder i båda språken. Båda språken måste bedömas för att skilja mellan språkliga brister som beror på för liten exponering för svenska och en språkstörning. Barnet måste bedömas via tolk på det språk som talas i hemmet. Att barnet är flerspråkigt innebär inte att språkutvecklingen går extra långsamt. Märker man att barnets språkliga utveckling inte är densamma som hos andra flerspråkiga barn, bör barnet utredas. Flerspråkighet orsakar aldrig en språkstörning. (Salameh, kap 11 i Hartelius et al. "Logopedi" 2008). BVC-sköterskor bör vara observanta på denna grupp barn, som riskerar underremittering till logoped eftersom det ofta råder missuppfattningar kring vad flerspråkighet innebär.

10.3.7 Tolkmедverkan

Tolk bör medverka i högre utsträckning vid språklig bedömning av flerspråkiga barn. Vissa test bör göras med hjälp av tolk för att en språkstörningsdiagnos ska kunna ställas. När det gäller dyslexiutredning är det svårare att vara lika strikt men bedömning av språkförståelsen (som en del i dyslexibedömningen) bör göras med tolk.

När tolk deltar har det i ett antal fall främst varit för föräldrarnas skull och inte för att genomföra tester på patientens modersmål.

10.3.8 Testanvändning

Det råder brist på normerade språkliga test och mycket av logopedens arbete bygger på kvalitativa bedömningar. Nu finns en ökande tillgång till normerade test och revisorerna anser därför att vissa otidsenliga test, som SPIQ och "gamla" TROG, bör sorteras bort. Språkförståelsen måste bedömas formellt med testning i högre utsträckning än vad som framgått av journalerna.

10.3.9 Oralmotorik

Revisorerna har noterat att det i journalerna ofta finns stort fokus på oralmotorik hos förskolebarn. Det är trots allt ovanligt med oralmotoriska svårigheter. De barn som har oralmotoriska svårigheter ska naturligtvis få relevant terapi. Dessa barn är vanligtvis mycket terapikrävande och behöver komma i tät, regelbunden behandling för att effekt av träningen ska uppnås. Revisorerna anser inte att logopedier ska stödja gammaldags, icke evidensbaserade metoder som att generellt träna oralmotorik med förskolebarn *utan* problem inom detta område.

10.3.10 Större fokus på kommande läs- och skrivinlärning

Generellt kan konstateras att vid bedömning av barn från 6 år måste större fokus ligga på kommande läs- och skrivinlärning. Svårigheter med läsning och skrivning blir ofta en konsekvens av språkliga problem i förskoleåldern. Det tycks sällsynt med test av språklig medvetenhet i övergången till skolan trots att det i forskningen är väl belagt att svårigheter framförallt med fonologisk medvetenhet predicerar avkodningssvårigheter. Läs- och skrivsvårigheter som drabbar läsförståelsen hänger nära ihop med övriga språkliga områden. Därför behövs ett språkligt status inför skolstart som beaktar även ordförråd, grammatik och pragmatisk förmåga för barn med avvikande språkutveckling.

10.3.11 Kompensatoriska hjälpmedel

Vid revisionen har noterats ett antal exempel på överbehandling i form av behandlingsserier med lästräning.

Fokus för logopedens insats för skolbarn bör ligga på kompensation (datorhjälpmedel) för kunskapsinhämtandet och inte i första hand på lästräning. Lästräning kan dock vara motiverat för yngre skolbarn. Under de första skolåren finns gott om tid i skolan för färdighetsträning. För elever som är i behov av extra färdighetsträning måste tid kunna skapas i skolan för detta. Färdighetsträning kan gälla avkodning, läsförståelse eller språklig medvetenhet. Logopeden kan och bör föreslå lämpliga strategier att pröva men insatser med fokus lästeknik och stavning bör äga rum inom ramen för skolan.

Även om färdighetsträning pågår är det viktigt med hjälpmedelsförskrivning redan under tidiga skolår så att elever inte riskerar förlora kunskapsinhämtning på grund av sina avkodningsproblem.

10.3.12 Hjälpmedelsutprovning

Vid revisionen har noterats ett antal fall där hjälpmedelsutprovning dokumenterats för besök där endast vårdnadshavare men ej patient varit närvarande. Ansvaret kan inte läggas på vårdnadshavaren att själv föra över information till sitt barn.

Många exempel finns även på att återgivningsmöten och hjälpmedelsutprovning kombinerats vilket revisorerna inte anser är tillfredsställande.

10.3.13 Förnyad dyslexiutredning

Det verkar föreligga olika principer för om och när förnyad dyslexiutredning ska göras.

Revisorerna föreslår att förnyad dyslexiutredning ska göras enbart när det finns behov. Det kan till exempel föreligga behov av förnyad utredning när ett barn med dyslexidiagnos och ADHD börjat medicinera alternativt när skolarbetet ställer ytterligare krav på läs- och skrivförmågan.

10.3.14 Förändringar över tiden

Astrid Frylmark har tidigare genomfört revisioner av dyslexiutredningar åt SLL 2003 och 2007. Mellan dessa båda tillfällen kunde AF konstatera förbättringar på flera håll. Efter nu aktuella revisioner bedömer AF att det på några mottagningar blivit försämringar med mer summariska och ibland alltför översiktliga utredningar med snålt tilltagna åtgärdsförslag.

10.4 Journaldokumentation

10.4.1 Struktur, överskådlighet och innehåll

Journaldokumentationens struktur, överskådlighet och innehåll uppvisar stora skillnader mellan de mottagningar som granskats. Delvis beror detta på att det saknas enhetlighet vad gäller verktyg (journalssystem) för dokumentationen men en viktig orsak är också olikheter i enskilda logopeders sätt att dokumentera.

Det är respektive verksamhetschefs ansvar att säkerställa att dokumentationen har en tillfredsställande kvalitet som uppfyller kraven i Patientdatalagen.

Behandlingsplan med långsiktig plan (= ställningstagande till behandling och varför) och kortsiktiga mål för behandlingsperiod och –besök ska finnas med i journalen. Efter avslutad behandlingsperiod bör behandlingen utvärderas och sammanfattas i en kort epikris. Vid fleråriga

behandlingsperioder ska utvärderingar och sammanfattningar göras regelbundet, förslagsvis halvårsvis.

Detaljer runt exempelvis spel som används i behandlingssituationen är onödiga uppgifter i journalerna då det riskerar att skymma viktig information beträffande syftet med behandlingen och vad som uppnåtts.

10.4.2 Elektroniska journaler

I förfrågningsunderlaget för Vårdval Logopedi anges att vårdgivare ska använda ”elektronisk journal”. Detta innebär att vissa data ska kunna levereras in elektroniskt, men ej krav på elektronisk patientdokumentation. Det finns alltså inga explicita krav att vårdgivare inom Vårdval Logopedi måste använda helt elektroniska journalsystem. Revisorerna har dock sett brister i journaldokumentationen som till viss del kan hänföras till att journaldokumentationen inte stöds av strukturerade journalsystem.

Hanteringen av journaldokumentationen uppvisar en stor variation på de reviderade mottagningarna. Vissa använder TakeCare medan andra använder mindre omfattande system som Win EasyGold Rixdata, Venturii, ProRenata med flera. Ytterligare andra har skapat egna journalmallar i Worddokument. I ett par fall skrivs journalerna ut på papper och lagras alltså som pappersjournaler.

Även lagring av journaldata liksom backuptagning visar på stora variationer. I vissa fall görs backuper manuellt via USB-minnen för vidare lagring på server på annat ställe, ibland hemma hos verksamhetschefen. Det förekommer även lagring av journaldata i så kallade molntjänster som Google Drive.

Det har inte ingått i revisorernas uppdrag eller kompetens att granska om de krav uppfylls som Socialstyrelsen ställer på spårbarhet, innehåll, integritet, förvaring etc i både den föreskrift och den handbok om informationssäkerhet och journalhantering som tagits fram.

Revisorerna bedömer det som ytterst angeläget att HSF går vidare med en särskild granskning av detta. Det är sannolikt att flera av mottagningarna inte uppfyller de krav som ska ställas på en säker hantering av journaldata.

10.5 Rapportering av data till databasen Gemensamt vårdregister (GVR)

10.5.1 Diskrepanser mellan journal och databas

Revisorerna har funnit många exempel på diskrepanser mellan vad som är dokumenterat i journalen och vad som är rapporterat till GVR. Detta gäller främst:

- Besöksdatum
- Diagnoskoder
- Åtgärds-koder
- Journalförda besök som ej rapporterats till GVR
- Besök rapporterade till GVR som saknar dokumentation.

Enligt Socialstyrelsen måste det finnas en absolut överensstämmelse mellan vad som är dokumenterat i journalen och vad som är rapporterat till medicinska databaser.

10.5.2 Rapportering av KVÅ-koder

KVÅ-koder för dyslexiutredning

UV002 *Påbörjad dyslexiutredning*, UV003 *Pågående dyslexiutredning* och UV004 *Avslutad dyslexiutredning* ska samtliga vara rapporterade någon gång under utredningen för att mottagningen ska få den specifika ersättningen för denna utredning. I ersättningen ingår besök för återgivning av utredningsresultat med patient och/eller vårdnadshavare. UV004 ska då rapporteras på detta återgivningsbesök. Om besök görs för återgivning av utredningsresultat till skolan ska för detta besök rapporteras KVÅ-koden GB004 *Patientrelaterad extern information och utbildning* så ersätts detta besök separat.

Revisionen har visat att rapporteringen av KVÅ-koder för dyslexiutredningar görs på olika och felaktiga sätt.

GA025 Utprovning och förskrivning av hjälpmedel

Förskrivning av hjälpmedel ska ha gjorts vid ett besök för att KVÅ-koden GA025 *Utprovning och förskrivning av hjälpmedel* ska kunna rapporteras. Revisorerna har sett ett flertal exempel på att KVÅ-koden GA025 rapporterats vid återgivningsbesök med patient och/eller vårdnadshavare trots att hjälpmedel inte förskrivits utan ”visats”/”demonstrerats”/”diskuterats”. I och med att GA025 rapporterats på återgivningsbesöket har UV004 *Avslutad dyslexiutredning* rapporterats

på det föregående besöket och mottagningen har därmed erhållit ersättning för ett besök som ingick i ersättningen för dyslexiutredningen.

ZV211 60-119 minuter

KVÅ-koden ZV211 *60-119 minuter* ska rapporteras då besökets längd överstiger 59 minuter. För nästan samtliga fall där ZV211 rapporterats saknas explicit dokumentation i journalen om besökets längd. I vissa fall förefaller det av dokumentationen sannolikt att det varit ett längre besök, i andra fall finns inget som pekar mot att det varit ett längre besök. Det finns inget specifikt i registreringsrutinen som innebär att det krävs en dokumentation av besökets längd i minuter för att ZV211 ska kunna rapporteras. En princip, som formulerats vid tidigare revisioner i SLL vid dokumentation av vårdkontakter, är att alla diagnos- och åtgärds-koder som rapporteras till GVR ska kunna verifieras i journaltexten. Därför bör införas ett tillägg till registreringsrutinen att besökets längd ("besöket tog 75 minuter") alltid ska anges när ZV211 rapporteras.

Det har i ett antal fall förekommit att KVÅ-koden XV006 *Särskilt omfattande förberedelser eller efterarbete* har rapporterats för besök där även ZV211 rapporterats. Har för- och efterarbete räknats in i ZV211? Tid för för- och efterarbete ska ej räknas in i tidsåtgång för ett besök. ZV211 avser endast direkt patienttid.

XS001 Information och rådgivning med företrädare för patienten

KVÅ-koden XS001 *Information och rådgivningen med företrädare för patienten* ska rapporteras när vårdnadshavare men ej patient deltar i besök.

XS008 Konferens om patient

KVÅ-koden XS008 *Konferens om patient* ska rapporteras när varken patient eller vårdnadshavare deltar.

ZV020 Användande av tolk

Om tolk deltar ska detta framgå av dokumentationen. *Tolkmedverkan* ska rapporteras med KVÅ-koden ZV020.

DV093 Upprättande av rehabiliteringsplan

KVÅ-koden DV093 *Upprättande av rehabiliteringsplan* ska enligt registreringsrutinen rapporteras när en vårdplan gjorts. I registreringsrutinen har koden fått klartexten Upprättande av vårdplan.

KVÅ-koden DV093 har följande beskrivningstext i Socialstyrelsens förteckning över KVÅ-koder:

- Koden avser ett paket av åtgärder som bestäms i en individuell skriftlig habiliterings- eller rehabiliteringsplan som dokumenterats i journalen. Koden får inte användas för enstaka habiliterings- eller rehabiliteringsåtgärd. Minst tre olika yrkeskategorier ska vara involverade i upprättandet.

Regelverket bör ändras så att istället KVÅ-koden AU120 *Upprättande av strukturerad vård- och omsorgsplan* ska användas vid upprättande av vårdplan. AU120 har beskrivningstexten:

- Upprättande/reviderande av skriftlig strukturerad vård- och omsorgsplan Planen ska om möjligt utformas tillsammans med berörd individ. I planen ska beskrivas planerad och beslutad vård och omsorg. För åtgärderna i planen ska anges mål. Planen ska utvärderas och omprövas. Den ska dokumenteras och det ska finnas en ansvarig person för att planen tas fram och justeras.

Dessutom bör i registreringsrutinerna förtydligas vad som krävs för att denna KVÅ-kod ska kunna rapporteras.

DV089 Logopedisk behandling

KVÅ-koden DV089 *Logopedisk behandling* har på vissa mottagningar dokumenterats och rapporterats till GVR. Det är inte meningsfullt att rapportera denna kod inom logopedisk verksamhet.

Besökstyp 3 Ej vård

Vid deltagande i utredningsteam på annan plats ska som besökstyp rapporteras *3 Ej vård*, inte *L Besök på annan plats* som gjorts i många fall.

11. Att ställa respektive att klassificera en diagnos

11.1 Inledning

Att ställa diagnos respektive att klassificera (koda) en diagnos är två skilda aktiviteter.

Diagnosen ställs av vårdgivare som har ansvar för utredning och behandling av patient utifrån vårdgivarens profession. Diagnosen formuleras i ord. En journaldokumentation om en vårdkontakt (vårdtillfälle i slutenvård eller besök i öppenvården) ska, enligt Patientdatalagen, alltid innehålla en i ord formulerad diagnos alternativt annan orsak till kontakt med hälso- och sjukvården.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift ska för varje vårdtillfälle i slutenvård och för varje läkarbesök i öppen specialistvård rapporteras minst en diagnoskod och i förekommande fall åtgärdskod/er till Socialstyrelsens Patientregister. Det finns ännu (2014) inga krav på rapportering till Patientregistret av besök hos andra självständiga vårdgivare än läkare. Från och med 2015 kommer dock kravet att omfatta även besök hos psykologer. Med allra största sannolikhet kommer så småningom även andra självständiga vårdgivare – som logoped – att omfattas av kravet att rapportera besök – inklusive diagnos- och åtgärds-koder – till Patientregistret.

Enskilda landsting har dock redan dessa krav på övriga självständiga vårdgivare förutom läkare. Detta gäller exempelvis i Stockholm för logoped.

Socialstyrelsen har tagit fram dokumentet Anvisningar för diagnosklassificering i öppen specialistvård som inte är primärvård. Dessa anvisningar gäller endast läkarbesök. Det finns ännu inga nationella anvisningar för andra självständiga vårdgivare men de grundläggande principerna i detta dokument kan användas av alla.

11.2 Diagnosklassificering

Den eller de diagnoser som ställts vid ett slutenvårdstillfälle eller vid ett öppenvårdsbesök ska klassificeras enligt klassifikationssystemet ICD-10-SE som är den svenska versionen av WHO:s internationella diagnosklassifikation International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10).

Förutom sjukdomsdiagnoser kan man i ICD-10-SE även klassificera andra orsaker till kontakt med hälso- och sjukvården. En person kan komma för att utreda misstanke om en eventuell sjukdom, för att kontrollera en utläkt sjukdom, för att diskutera något problem som i sig inte är sjukdom eller skada, för att vaccineras etc.

En ansvarig vårdgivare ställer diagnos utifrån sin professionella kompetens. Diagnosen formuleras i enlighet med medicinsk praxis inom respektive specialitet. Diagnosen ska alltid finnas formulerad i journalen, men det finns inget krav på att diagnoskoden måste finnas med i journalen.

ICD-10-SE är en klassifikation som möjliggör att koda en ställd diagnos i syfte att kunna göra statistiska bearbetningar. ICD-10-SE innehåller diagnoskoder med tillhörande rubriktexter. Det finns en utbredd missuppfattning att en ställd diagnos alltid ska formuleras med exakt den formulering som finns i ICD-10-SE. Så är inte fallet. Det finns exempelvis i många diagnoskategorier ett kodalternativ med 8 i den fjärde positionen. Dessa diagnoskategorier innehåller oftast rubriktexten ”annan specificerad”. En diagnosformulering i en journal ska inte innehålla formuleringen ”annan specificerad”. I journalen ska diagnosen formuleras med bästa möjliga specifikation men den måste eventuellt kodas med en ”annan specificerad kod” om det inte finns en unik diagnoskod för den ställda diagnosen.

11.3 Principer för att ställa och koda en diagnos

För varje vårdtillfälle och för varje besök i öppenvård ska orsaken till denna vårdkontakt dokumenteras och klassificeras.

Om ansvarig vårdgivare kunnat ställa diagnos, alternativt behandlat patienten för en tidigare ställd diagnos, ska denna anges som orsak till vårdkontakten. Om patienten är under utredning ska aktuellt symtom anges. Om patienten har utretts för en misstänkt sjukdom men utredningen visat att patienten inte hade denna sjukdom finns särskild regel för hur detta ska kodas. Om en patient kommit på ett kontrollbesök och sjukdomen/skadan visat sig vara utläkt finns även för detta en särskild regel.

Om mer än ett tillstånd har handlagts vid en vårdkontakt ska det som bedöms som den huvudsakliga orsaken till vård anges som huvuddiagnos och övriga tillstånd som bidiagnos/-er. För en vårdkontakt kan endast anges och rapporteras en huvuddiagnos. Däremot kan det i vissa fall behövas mer än en kod för att korrekt koda en diagnos.

Om en patient med exempelvis utvecklingsstörning eller ADHD får behandling hos logoped för specifika logopediska problem ska det logopediska problemet anges som huvuddiagnos medan övrig/-a diagnos/-er anges som bidiagnoser.

11.4 Diagnosställande och diagnosklassificering inom Vårdval Logopedi

11.4.1 Inledning

Revisionen visar att det finns problem med såväl diagnosställande som med diagnosklassificering inom Vårdval Logopedi:

- Som inom andra specialiteter inom hälso- och sjukvården saknas i många fall kunskapen om skillnaden mellan diagnos respektive diagnoskod
- Ospecificerade diagnoser används för ofta och för länge
- Ospecificerade diagnoser används trots att patienter kan ha långvariga behandlingsperioder
- Diagnoser kan ändras under pågående behandlingsperiod utan motivering i journalen
- För patienter under utredning rapporteras felaktiga diagnoskoder
- För patienter där diagnos avskrivs rapporteras felaktiga diagnoskoder

11.4.2 Diagnosställande

Diagnosen ospecificerad språkstörning (diagnoskod F80.9) används för ofta och för länge. Logopeden ska specificera vilken typ av språkstörning det rör sig om. Även om logopeden misstänker neuropsykiatrisk problematik eller utvecklingsstörning bör logopeden specificera de svårigheter barnet har, t.ex. ”pragmatisk språkstörning” vid samspels- och interaktionssvårigheter. Detta för att logopeden inte säkert kan veta om det kommer att äga rum någon fördjupad utredning och vad en sådan eventuellt kommer fram till. Diagnoser är färskvara, alltså är det inte ”farligt” för en logoped att ställa en diagnos som beskriver barnets status här och nu. Om en fördjupad utredning sedan visar till exempel ADHD kan diagnosen språkstörning vid behov eventuellt tas bort eller behållas beroende på barnets status.

Koncentrationssvårigheter är vanligen inte den primära orsaken till läs- och skrivsvårigheter/dyslexi – i så fall bör inga fonologiska svårigheter finnas. I flera journaler har revisorerna noterat att logopedier gjort tolkningen att koncentrationssvårigheter är orsaken till lässvårigheterna. Sannolikt hänger detta samman med missuppfattningen att man inte får ställa dyslexidiagnos vid ADHD.

11.4.3 Diagnosklassificering

Svenska Logopedförbundets diagnoskodlista

Den diagnoskodlista som tagits fram av Svenska Logopedförbundet har inte uppdaterats i takt med uppdateringar av ICD-10-SE och är därför till viss del inaktuell samt innehåller vissa felaktigheter. SLOF bör rekommenderas att i samarbete med Socialstyrelsen arbeta fram en ny

diagnoskodlista som ska överensstämma med de nationella principer och regler som finns. I detta arbete bör även ingå en genomgång och uppdatering av befintliga fördjupningskoder som används inom logopedverksamhet.

Grundläggande regler

För patienter som är under utredning ska som orsak till kontakt med hälso- och sjukvården anges det symptom/problem som är orsaken till att utredning ska genomföras. I kapitel 18 i ICD-10-SE (R-kapitlet) finns diagnoskategorierna R47.-, R48.- och R49.- som kan användas för patienter inom logopedin. För dessa diagnoskategorier finns dessutom en mängd fördjupningskoder (fördjupningskoderna är specificerade med hjälp av en bokstav i femte positionen).

- R47.0 Dysfasi och afasi
- R47.0A Dysfasi och afasi
- R47.0B Pragmatisk språkstörning
- R47.0C Annan specificerad språkstörning
- R47.0D Ospecificerad språkstörning
- R47.1 Dysartri och anartri
- R47.1A Dysartri
- R47.1B Dysartrofofi
- R47.1W Annan specificerad dysartri/dysartrofofi
- R47.1X Dysartri/dysartrofofi, ospecificerad
- R47.8 Andra och icke specificerade talstörningar
- R47.8A Artikulationssvårigheter av anatomisk orsak
- R47.8B Velofarynxinsufficiens UNS
- R47.8C Kompensatoriskt artikulationssätt
- R47.8D Dysprosodi
- R47.8W Annan specificerad talstörning
- R47.8X Talstörning, ospecificerad
- R48.0 Dyslexi och alexi
- R48.1 Agnosi
- R48.2A Oral apraxi
- R48.2B Verbal apraxi
- R48.8 Andra och icke specificerade symboldysfunktioner
- R49.0A Funktionell barnheshet
- R49.0B Funktionell dysfoni
- R49.0C Habituell dysfoni
- R49.0D Åldersbetingad heshet
- R49.0W Annan specificerad dysfoni
- R49.0X Dysfoni, ospecificerad
- R49.2A Öppen nasalitet
- R49.2B Blandad nasalitet
- R49.2C Sluten nasalitet
- R49.2D Gutturalitet
- R49.2W Annan specificerad klangstörning

Det finns en missuppfattning bland svenska logopedier att symtomkoder i R-kapitlet endast kan användas för förvärvade problem. Detta är alltså felaktigt. När ansvarig logoped slutfört en utredning ska symtomkoden ersättas antingen med en kod som anger vilken diagnos som ställts eller med en kod som anger att diagnos avskrivits (se nedanstående avsnitt).

Pågående utredning

För patienter under pågående utredning har i de granskade fallen framförallt rapporterats diagnoskoderna Z01.8 Annan specificerad undersökning och Z71.1 Person med befarad sjukdom där ingen diagnos ställs (problemet var normalföreteelse). Detta är felaktigt.

För patienter under dyslexiutredning bör överenskommas inom logopedin i SLL att samma kod från R-kapitlet (exempelvis R48.0) rapporteras under pågående utredning. Som diagnosformulering i journalen kan anges ”dyslexiutredning”.

För patienter som kommer för andra typer av utredning bör överenskommas vilka koder ur ICD-10-kapitlet om symtom (R-kapitlet) som ska rapporteras.

Z01.8 och Z71.1

Diagnoskategorin Z01.-, dit alltså Z01.8 hör, har rubriken Andra speciella undersökningar och utredningar av personer utan besvär eller att diagnos registrerats. Z01.8 ska ej rapporteras varken för patienter under pågående utredning eller för patienter där diagnos avskrivits.

Z71.1 är avsedd för de fall där en patient eller anhörig oroar sig för viss sjukdom men där inga symtom finns och ingen sjukdom kan påvisas. Z71.1 kan användas för följande fall:

- Remissen anger önskemål om utredning. Remissen uppfyller inte kriterierna för att patienten ska kallas för utredning. Patienten kallas ändå till ett besök för att föräldrarna uttryckt önskemål om logopedkontakt. Ingen diagnos ställs. Kontakten avslutas.

Avskriven diagnos

För patient som utretts för misstanke om en viss sjukdom men där man efter utredningen kunnat avskriva denna misstanke, och kontakten avslutats, ska en kod ur diagnoskategorin Z03.- rapporteras. Rubriktexten i ICD-10-SE till denna diagnoskategori är:

- Medicinsk observation och bedömning för misstänkta sjukdomar och tillstånd (med följande förtydligande i ICD-10-SE): *Personer som uppvisar en del symtom eller tecken på onormalt tillstånd som kräver genomgång, men som efter genomgång och observation ej visar behov av behandling eller medicinsk vård.*

För patienter som genomgått dyslexiutredning och där dyslexidiagnos avskrivits och ingen annan diagnos ställts ska för återgivningsbesöket rapporteras lämpligast Z03.8 med texten ”Dyslexidiagnos avskriven”. Ett förslag bör lämnas till Socialstyrelsen om en specifik fördjupningskod för ”dyslexidiagnos avskriven” i diagnoskategorin Z03.-.

För patienter som genomgått andra typer av utredningar rapporteras Z03.8 på motsvarande sätt om misstanke kunnat avskrivas. Om viss diagnos kunnat avskrivas men om patienten ändå har symtom som innebär fortsatt kontakt med logopedin ska symtomkod rapporteras istället för Z03.8.

Diagnos ställs

Om diagnosen dyslexi ställs efter utredning rapporteras koden F81.0 för besöket då återgivning av utredningsresultatet ges.

På motsvarande sätt som för dyslexiutredning rapporteras diagnoskod från F-kapitlet (F80.- och F81.- med fördjupningskoder) för det besök då annan utredning genomförts och diagnos ställts.

- F80.0 Specifik störning av artikulationsförmågan
- F80.0A Fonologisk språkstörning
- F80.0B Utvecklingsförsening av oralmotorik
- F80.0C Dyslali och liknande artikulationsavvikelse
- F80.1 Expressiv språkstörning
- F80.1A Grammatisk språkstörning
- F80.1B Fonologisk och grammatisk språkstörning
- F80.1C Semantisk språkstörning
- F80.2 Impressiv språkstörning
- F80.2A Impressiv språkförsening (ord- och satsförståelse)
- F80.2B Generell språkförsening (impressiv och expressiv)
- F80.2C Pragmatisk språkförsening
- F80.3 Förvärvad afasi med epilepsi
- F80.8 Andra specificerade störningar av tal- och språkutvecklingen
- F80.8A Prosodisk talstörning
- F80.8B Läspning
- F80.8C R-fel
- F80.8D Generell interdentalism
- F80.8W Andra specificerade störningar av tal- och språkutvecklingen
- F81.0 Specifik lässvårighet
- F81.1 Specifik stavningssvårighet
- F81.2 Specifik räknesvårighet
- F81.3 Blandad inlärningsstörning
- F81.8 Andra specificerade inlärningsstörningar
- F81.9 Inlärningsstörning, ospecificerad

Behandlingsbesök

Under pågående behandling hos logoped anges som huvuddiagnos den diagnos för vilken patienten behandlas. Om mer än ett tillstånd handläggs vid samma besök ska som huvuddiagnos väljas den diagnos som av logopeden bedöms ha varit den huvudsakliga orsaken till besöket. Övriga tillstånd anges som bidiagnoser.

Om en patient med exempelvis utvecklingsstörning eller ADHD får behandling hos logoped för specifika logopediska problem ska det logopediska problemet anges som huvuddiagnos med den eller de övriga diagnoserna som bidiagnoser.

Flerspråkighet

För att markera att en patient är flerspråkig används inom logopedisk verksamhet diagnoskoden Z65.8 som har rubriktexten Andra specificerade problem som har samband med psykosociala förhållanden. Även för flerspråkighet bör förslag lämnas till Socialstyrelsen om en fördjupningskod. Konsensus bör också uppnås för när flerspråkighet ska anges och rapporteras. När Z65.8 rapporteras för flerspråkighet måste texten kopplad till koden i journalen ändras till ”Flerspråkighet”.

Diskrepanser mellan journal och databas

Det är inte ovanligt förekommande att det föreligger diskrepans mellan vilken diagnoskod som är angiven i journalen och vilken diagnoskod som är rapporterad till GVR. Enligt Socialstyrelsen måste det finnas en absolut överensstämmelse mellan vad som är dokumenterat i journalen och vad som är rapporterat till medicinska databaser.

(Texten i avsnitt **10 Att ställa respektive att klassificera en diagnos** är granskad av dr Olaf Steinum, föredragande läkare i klassifikationsfrågor vid Socialstyrelsen.)

12. Förslag till åtgärder

12.1 Allvarliga invändningar mot verksamheter

Revisorerna föreslår att det beträffande vissa mottagningar, där det vid nu aktuell granskning gjorts allvarliga invändningar mot verksamheten, görs en förnyad revision. Urvalet som granskades var begränsat varför många obesvarade frågor återstår. En prioriteringslista för vilka mottagningar som avses lämnas till beställarna.

12.2 Ansvarsfrågor inom och utom SLL

Vårdvalslogopedens roll gentemot habilitering, BUP och särskolan/skolan är oklar (se Revisorernas kommentarer 10.3.3). Revisorerna föreslår överläggningar med övriga verksamheter inom landstinget för gemensamma riktlinjer kring olika verksamheters ansvar för behandlingsinsatser och var dessa ska äga rum.

Vårdvalslogopedens största mängd remisser för aktuella patientgrupper kommer från barnhälsovården (landstingsverksamhet) och skolhälsovården (kommunal verksamhet).

Revisorerna föreslår överläggningar med barnhälsovård och skolhälsovård beträffande gemensamma riktlinjer för remittering inom respektive verksamhet samt diskussion med ansvariga för förskola och skola om det orimliga i att landstingets logopedverksamhet regelbundet bedrivs i skolan. Istället kan man verka för att skolan anställer egna logopedier.

12.3 Administrativa åtgärder – beställarorganisationen

En särskild granskning utförd av personer med lämplig datateknisk kompetens bör göras av journalsystem hos de mottagningar som inte använder TakeCare för att säkerställa att systemen uppfyller Socialstyrelsens krav på spårbarhet, innehåll, integritet, förvaring etc.

Informera alla om nödvändigheten av att i journalen dokumentera besökets längd i minuter för att ZV211 ska kunna rapporteras.

Rekommenderas att reglerna förtydligas kring

- rapportering av återgivningsbesök vid dyslexiutredning,
- rapportering av förskrivning av hjälpmedel,
- uppdatering av registreringsrutinerna samt
- harmonisering med de för SLL gemensamma regelverken.

12.4 Åtgärder av klinisk relevans i samverkan med ansvariga verksamhetschefer

En mer aktiv styrning för att kliniska processer ska vara likartade inom Vårdval Stockholm behöver tas fram. Revisorerna rekommenderar:

- Att gemensamma krav formuleras angående vilken information en remiss måste innehålla. När ska en remiss skickas tillbaka med krav på komplettering? Information om krav på remissinnehåll måste nå fram till alla berörda remittenter.
- Att gemensamma vårdprogram tas fram för samtliga vårdgivare inom Vårdval Logopedi avseende dyslexiutredningar och området språk- och talstörningar.

- Att gemensamma regler och principer för såväl diagnosställande som för diagnosklassificering formuleras.
- Att en ”lathund” för diagnoskoder tas fram för både dyslexiutredningar och språk- och talstörningar.
- Att ett åtgärdsprogram upprättas för att minimera risken för diskrepans mellan inrapporterade koder i journal och databas.

Bilaga 1	Bedömningsprotokoll dyslexi
Bilaga 2	Bedömningsprotokoll språk och tal