



Slutrapport

**Medicinsk revision samt revision av
klassificering av diagnoser och åtgärder
vid Proxima AB, Nacka Närsjukhus**

Mars 2010

**Staffan Bryngelsson
Emendor Consulting AB**

Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

Innehållsförteckning:

0.	Sammanfattning	2
0.1	Medicinsk revision av farmakologiska aborter	2
0.2	Revision av diagnos- och åtgärdsklassificering	3
1.	Uppdrag	6
2.	Syfte.....	6
3.	Frågeställningar.....	6
3.1	Medicinsk revision.....	6
3.2	Revision av diagnos- och åtgärdsklassificering	6
4.	Revisorer	7
5.	Urval	8
5.1	Medicinsk revision.....	8
5.2	Revision av diagnos- och åtgärdsklassificering	8
6.	Genomförande.....	9
6.1	Medicinsk revision.....	9
6.2	Revision av diagnos- och åtgärdsklassificering	10
7.	Resultat ögon.....	11
7.1	Två besök samma datum.....	11
7.2	DRG 7650 Övriga läkarbesök vid ögonsjukdomar	12
7.3	DRG 7630 Ögondiagnostik med annan åtgärd.....	13
7.4	DRG 9290 Brev och telefonrådgivning	13
7.5	Revisorernas sammanfattande kommentarer	13
8.	Resultat gynekologi	14
8.1	DRG 381P Farmakologisk abort	14
8.2	Slutenvård	19
8.3	DRG 9060 Samtal och rådgivning	20
8.4	DRG 8520 Övriga läkarbesök vid gynekologiska sjukdomar	20
8.5	DRG 8500 Gynekologiskt ultraljud.....	21
8.6	DRG 9290 Brev och telefonrådgivning	21
9.	Resultat ortopedi, ÖNH, hud, närakut	22
9.1	Slutenvård	22
9.2	DRG 8210 Övriga läkarbesök vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	23
9.3	DRG 8290 Övriga läkarbesök vid sjukdomar hud och underhud	23



Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

0. Sammanfattning

Avdelningen för somatisk specialistvård, HSN-förvaltningen, Stockholms läns landsting, har låtit genomföra dels en medicinsk revision och dels en revision av diagnos- och åtgärdsklassificering vid Proxima AB, Nacka Närsjukhus.

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

Syftet med den medicinska revisionen har varit att bedöma om såväl den medicinska handläggningen som dokumentationen av handläggningen varit i enlighet med medicinsk praxis i allmänhet och med de inom SLL framtagna medicinska vårdprogrammen.

Syftet med revisionen av klassificeringen 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.

0.1 Medicinsk revision av farmakologiska aborter

Journaldokumentationen var generellt av god kvalitet. I något enstaka fall saknades journalformuläret MLAB.

Diagnos- och åtgärdsklassificeringen höll låg kvalitet. Många av felen var ständigt återkommande vilket gav intryck av att man använt sig av någon form av felkonstruerad ”lathund”.

Det föreligger påtagliga diskrepanser mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen. Diagnos- och åtgärds-koder angivna i journalen för en vårdkontakt måste vara desamma som registreras i andra system för den aktuella vårdkontakten, till exempel patientadministrativa system vid DRG-gruppering.

Genomgående har man registrerat besöket då den medicinska aborten genomfördes, som ett läkarbesök, även om patienten sköttes helt av barnmorskan – bara i ett fall bedömdes patienten av läkare den dagen.

Den medicinska kvaliteten på vården är genomgående mycket god. Besöken var välplanerade tidsmässigt i graviditeten – ej för tidiga förstabetesök och ej för tidiga efterkontroller (vilket annars kan leda till onödiga extrabesök och onödig intervention).

Vårdprogrammet har i alla dessa fall följts till hundra procent.



Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

Revisorerna har inte funnit någon tendens till att man skapat onödiga extrabesök, tvärtom. Till exempel fanns det ett par fall där läkarbesöket Z64.0 skett på annan läkarmottagning, och patienten handlades av barnmorska för genomförandet av den medicinska aborten utan att man först upprepade läkarbesöket.

Förutom de dokumentationsbrister som nämns i rapporten förekommer ytterligare ett fel som dock inte tagits upp i anslutning till fallen, eftersom detta fel finns i nästan samtliga fall - 29 av 30. Felet är att patientens besök på abortdagen genomgående registrerats som ett läkarbesök, även om det i verkligheten endast var i ett av fallen som journalanteckningen visar att en läkare bedömde patienten. I de övriga 29 fallen tog barnmorskan ensam hand om patienten vid denna vårdkontakt.

0.2 Revision av diagnos- och åtgärdsklassificering

0.2.1 Ögon

141 patienter på ögon med två besök registrerade samma datum, ett läkar- och ett sjuksköterskebesök, granskades. I samtliga dessa fall ansåg revisorerna att det var felaktigt att registrera två besök. Vid besöket hos sjuksköterskan utfördes en eller flera undersökningar, men sjuksköterskan gjorde ingen självständig bedömning av resultatet.

I 20 fall (14 %) har en felaktig kod för huvuddiagnosen angivits. Dessutom har Z01.0 Undersökning av ögon och synskärpa i flera fall använts som kod för huvuddiagnosen på ett tveksamt sätt utan att revisorerna har markerat detta som felaktigt. Inte minst har Z01.0 använts för patienter med glaukomhereditet där H40.0 Misstänkt glaukom eller Z83.5 Glaukomhereditet istället borde ha använts konsekvent. Revisorerna rekommenderar att en kodningspraxis gällande dessa patienter tas fram.

Detaljeringsgraden gällande åtgärdsregistrering varierar påtagligt. Revisorerna rekommenderar att Proxima ansluter sig till den praxis angående "normalbesök" som gäller på andra ögonkliniker i SLL. Denna praxis innebär att åtgärder som rutinmässigt utförs vid de allra flesta besök ej behöver registreras.

I 43 av fallen (30 %) föreligger en diskrepans mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen.

Journaldokumentationen på ögon är i stort sett tillfredsställande och journalerna välskrivna.

0.2.2 Gynekologi

Inom gynekologin granskades 96 vårdkontakter i DRG 906O Samtal och rådgivning. 5 av dessa var läkarbesök och 91 sjuksköterske-/barnmorskebesök. Samtliga hade KVÅ-koden DU007 Stödjande samtal registrerad.



Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

Revisorerna fann i endast 1 av dessa journaler att åtgärds-koden DU007 var motiverad. Således bedöms denna kod ha använts på ett systematiskt felaktigt sätt.

Revisorerna bedömde dessutom att 46 (51 %) av de 91 registrerade sjuksköterskebesöken i DRG 906O ej skulle ha registrerats. Dessa besök var sjuksköterskebesök i anslutning till läkarbesök för abort, där sköterskan enbart informerade och bokade tider men inte administrerade Mifegyne eller Cytotec för farmakologisk abort. Av de 46 fallen var 19 telefonkontakter.

Den sammanlagda DRG-poängen (summan av vikterna för varje registrerad vårdkontakt) för de 96 fallen minskade med 62 % vid omgruppering efter revisorernas korrigerande av klassificering och registrering. Om diagnoskod registrerats för dessa besök (vilket ej är obligatoriskt för sjuksköterskebesök) minskade vikten med 56 %.

Av 29 granskade vårdkontakter i DRG 929O brev och telefonrådgivning uppfyllde 13 (45 %) ej kriterierna för att registreras som telefonkontakt.

Av övriga granskade 50 besök hade 20 (40 %) ett fel gällande huvuddiagnosen, 10 (20 %) har ett påpekande gällande bidiagnosklassificeringen medan 5 (10 %) har ett fel gällande åtgärdsklassificeringen. I 12 (24 %) fall föreligger en diskrepans mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen.

0.2.3 Ortopedi med flera specialiteter

Av 135 granskade slutenvårdstillfällen bedömde revisorerna 47 av dessa som felaktigt registrerade som slutenvård. I 27 fall gjordes ingrepp som normalt inte kräver slutenvård och där det av dokumentationen ej framgick varför patienten behövde skrivas in i slutenvård. I 14 fall där det gjordes ingrepp som normalt inte kräver slutenvård framgick det av dokumentationen att patienten gått hem samma dag som det kirurgiska ingreppet utfördes. I 6 fall ströks den planerade operationen och patienten gick hem.

Med stöd av Patientdatalagen och klinisk praxis ställer revisorerna krav på att en slutenvårdsjournal, förutom annan dokumentation, även ska innehålla en intagningsanteckning och en epikris. 98 fall (73 %) saknar, i den för revisorerna tillgängliga dokumentationen, intagningsanteckning och/eller epikris. Dokumentationen av handläggningen av patienternas primära problem, det som opererats, är bra medan dokumentationen av ytterligare problem som kan ha påverkat vården inte sällan saknas.

Proximas journalsystem skiljer inte på diagnos- och åtgärds-kod vilket är otillfredsställande.

Av 56 granskade ortopediska öppenvårdsbesök hade 25 (42 %) av journalerna ett fel avseende klassificering av huvuddiagnosen. Felaktigheterna i gäller framförallt (12 fall) kodning av utläkta tillstånd.



Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

I 11 av fallen (19 %) föreligger en diskrepans mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen.

40 besök i DRG 8290 Övriga läkarbesök vid sjukdomar i hud och underhud granskade. 21 besök var från hudmottagningen, 17 från närakuten, 1 från kirurgmottagningen och 1 från ortopedmottagningen.

4 (10 %) av journalerna har ett fel avseende klassificering av huvuddiagnosen.

I 9 av fallen (23 %) föreligger en diskrepans mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen.

I de 21 journalerna från hudmottagningen är diagnos- och åtgärdsklassificeringen av högsta kvalitet. Samtliga huvud- och bidiagnoser är korrekt klassificerade. Endast en åtgärdskod är felaktigt klassificerad.



Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

1. Uppdrag

Emendor Consulting AB (ECAB) har på uppdrag av Avdelningen för somatisk specialistvård, HSN-förvaltningen, Stockholms läns landsting, låtit genomföra dels en medicinsk revision och dels en revision av tillämpningen av Klassifikation av sjukdomar 1997 (KSH97, den svenska ICD-10-versionen) och Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) gällande såväl slutenvårdstillfällen som öppenvårdskontakter vid Proxima AB, Nacka Närsjukhus.

2. Syfte

Syftet med den medicinska revisionen har varit att bedöma om såväl den medicinska handläggningen som dokumentationen av handläggningen varit i enlighet med medicinsk praxis i allmänhet och med de inom SLL framtagna medicinska vårdprogrammen.

Syftet med revisionen av klassificeringen 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.

Med "korrekta" avses i detta sammanhang att klassificeringen gjorts i enlighet med klassifikationernas regler och rekommendationer.

3. Frågeställningar

3.1 Medicinsk revision

Vem har initierat besöket?

Vilken/vilka diagnoser är ställda?

Vilka åtgärder är utförda?

Är dokumentationen acceptabel (d v s att revisorerna får en klar bild av besöket)?

Är besöket motiverat enligt vårdprogram för denna diagnos, om vårdprogram finns för SLL?

Är åtgärden/åtgärderna motiverade enligt vårdprogram för denna diagnos, om vårdprogram finns för SLL?

Om vårdprogram för denna diagnos ej finns i SLL, är besöket enligt revisorerna motiverat?

Om vårdprogram för denna diagnos ej finns i SLL, är åtgärden/åtgärderna enligt revisorerna motiverade?

Förekommer enligt revisorerna direkt felbehandling?

3.2 Revision av diagnos- och åtgärdsklassificering

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?

Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

4. Revisorer

Såväl den medicinska revisionen som revisionen av diagnos- och åtgärdsklassificeringen gällande gynekologi och obstetrik har genomförts av:

Urban Jürgensen

Specialist i obstetrik och gynekologi. Klinikchef samt chefläkare vid kvinnokliniken Höglandssjukhuset i Eksjö. Utvecklare/projektledare på halvtid vid Qulturum (Landstinget i Jönköpings läns utvecklingsavdelning) med fokus på patientsäkerhet, ersättningssystem och klassifikationssystem. Sedan 2008 föredragande läkare i gynekologi och obstetrik vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Stockholm.

Karin Pihl

Specialist i obstetrik och gynekologi. Överläkare vid kvinnokliniken, Södra Älvsborgs sjukhus Borås. Sedan 1991 SFOG:s (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi) kontaktperson gentemot Socialstyrelsen i klassifikationsfrågor. 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 tre upplagor.

Revisionen av diagnos- och åtgärdsklassificeringen gällande ortopedi samt hud, öron-näs-hals och internmedicin har genomförts av:

Olaf Steinum

Specialist i infektionssjukdomar och allmän internmedicin. Många års erfarenhet av klassificerings- och DRG-arbete. Föredragande läkare vid Epidemiologiskt Centrum (Socialstyrelsen) samt rådgivare i klassifikationsfrågor vid Centrum för Patientklassificering (Socialstyrelsen). Även svensk representant i Nordiska klassifikationscentrets referensgrupp för primärklassifikationer och expertgrupp för NordDRG. Nordisk representant i WHO:s arbetskommittéer för revision av ICD-10 (Update and Revision Committee, URC) samt klassifikationsutbildning (Education Committee, EC). Grundare av, och ordförande i, WHO-nätverkets Morbidity Reference Group (MbRG) sedan 2006.

Gunnar Henriksson

Specialist i allmänkirurgi, överläkare vid kirurgkliniken, Kärnsjukhuset, Skövde. Föredragande läkare i klassifikationsfrågor vid Socialstyrelsen samt med många års erfarenhet av klassificerings- och DRG-arbete. Även svensk representant i Nordiska klassifikationscentrets referensgrupp för primärklassifikationer och expertgrupp för NordDRG. Engagerad som expert i WHO-nätverkets Morbidity Reference Group (MbRG) sedan 2006.

Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

Revisionen av diagnos- och åtgärdsklassificeringen gällande ögonspecialitén har genomförts av:

Magnus Gjötterberg

Specialist i ögonsjukdomar. Verksamhetschef och chefsöverläkare på Södersjukhuset. Verksamhetschef och chefläkare på S:t Eriks ögonsjukhus. Specialistsakkunnig inom ögonspecialiten i Stockholms läns landsting. För närvarande närvarande verksam som konsult med uppdrag inom området ögonsjukvård t ex med allmän ögonmottagning och sakkunnig i försäkringsärenden.

Gunilla Cernerud

Specialist i ögonsjukdomar. Tidigare verksamhetschef och chefsöverläkare på Södersjukhuset. För närvarande verksam som överläkare på SÖS:

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

5. Urval

5.1 Medicinsk revision

Urvalet avser journaldokumentation gällande 30 patienter som under perioden 2008 och 25 patienter som under 2009 har minst ett besök som grupperats till DRG 381P Farmakologisk abort eller spontan abort. Urvalet har gjorts slumpmässigt.

5.2 Revision av diagnos- och åtgärdsklassificering

5.2.1 Ögon

- Samtliga 158 patienter från första halvåret 2009 som har två besök (ett läkarbesök och ett sjuksköterskebesök) registrerade samma dag
- 30 slumpmässigt utvalda läkarbesök från första halvåret 2009 som grupperats till DRG 763O Ögondiagnostik med annan åtgärd
- 30 slumpmässigt utvalda läkarbesök från första halvåret 2009 som grupperats till DRG 765O Övriga läkarbesök vid ögonsjukdomar
- 15 slumpmässigt utvalda vårdkontakter från första halvåret 2009 som grupperats till DRG 929O Brev och telefonrådgivning

5.2.2 Gynekologi

- 5 slumpmässigt utvalda vårdtillfällen i slutenvård från 2008 med vårdtid = 1 dag
- 4 slumpmässigt utvalda vårdtillfällen i slutenvård från 2009 med vårdtid = 1 dag
- 100 slumpmässigt utvalda öppenvårdsbesök från 2009 som grupperats till DRG 906O Samtal och rådgivning
- 30 slumpmässigt utvalda öppenvårdsbesök från 2009 som grupperats till DRG 852O Övriga läkarbesök vid gynekologiska sjukdomar



Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

- 20 slumpmässigt utvalda öppenvårdsbesök från 2009 som grupperats till DRG 8500 Gynekologiskt ultraljud
- 30 slumpmässigt utvalda öppenvårdskontakter från 2009 som grupperats till DRG 9290 Brev och telefonrådgivning

5.2.3 Ortopedi, ÖNH, hud, närakut

- 5 vårdtillfällen i sluten vård från 2008 med antal vårddagar = 0
- 90 slumpmässigt utvalda vårdtillfällen i sluten vård från 2008 med antal vårddagar = 1
- 9 vårdtillfällen i sluten vård från första halvåret 2009 med antal vårddagar = 0
- 50 slumpmässigt utvalda vårdtillfällen i sluten vård från 2009 med antal vårddagar = 1
- 60 slumpmässigt utvalda öppenvårdsbesök från första halvåret 2009 i DRG 8210 Övriga läkarbesök vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv
- 40 slumpmässigt utvalda öppenvårdsbesök från första halvåret 2009 i DRG 8290 Övriga läkarbesök vid sjukdomar i hud och underhud.

6. Genomförande

6.1 Medicinsk revision

Den medicinska revisionen genomfördes med journaldokumentationen som grund.

Varje journal har granskats av två revisorer parallellt. Resultatet dokumenterades i ett revisionsprotokoll. Om det fanns konsensus mellan revisorerna gällande bedömningen av det enskilda fallet betraktades fallet som färdigbedömt. Om oenighet uppstod mellan revisorerna gällande bedömningen, eller om fallet var särskilt svårbedömt, fanns möjligheten att koppla in en tredje revisor.

För varje journal upprättades ett revisionsprotokoll enligt följande:

Patientnummer

Ålder

Antal besök under granskningsperioden

För varje enskilt besök:

På vems initiativ är besöket:

Eget/planerat återbesök/remiss

Diagnos:

Huvuddiagnos och bidiagnoser

Åtgärder:

Är dokumentationen acceptabel:

Ja/nej/tveksamt.

(acceptabel betyder i detta sammanhang att revisorerna får en klar bild av besöket)

Finns för aktuell huvuddiagnos ett rekommenderat vårdprogram i SLL:

Ja/nej

Om vårdprogram finns är då besöket motiverat enligt detta:

Ja/nej

Om vårdprogram finns är då åtgärderna motiverade:

Ja/nej

Om vårdprogram inte finns är besöket enligt revisorerna motiverat:

Ja/nej/tveksamt

Om vårdprogram inte finns är åtgärderna enligt revisorerna motiverat:

Ja/nej/tveksamt.

Förekommer enligt revisorernas bedömning direkt felbehandling:

Ja/nej/tveksamt.

Kommentarer:

6.2 Revision av diagnos- och åtgärdsklassificering

Varje journal granskades av två revisorer. 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 enligt följande:

För huvuddiagnosen anges något/några av följande alternativ:

- * Korrekt diagnos, korrekt kod
- * Korrekt diagnos, felaktig kod
- * Ordningsföljden fel, huvuddiagnosen finns bland bidiagnoserna, kod:
- * Fel huvuddiagnos, korrekt huvuddiagnos och kod är:

För bidiagnoserna anges något/några av följande alternativ:

- * Korrekt bidiagnos, korrekt kod
- * Korrekt bidiagnos, felaktig kod
- * Fel bidiagnos
- * Saknad bidiagnos:

För kap XX-koderna anges något/några av följande alternativ

- * Korrekt kap XX-kod
- * Felaktig kap XX-kod
- * Saknad kap XX-kod

För åtgärdskoderna anges något/några av följande alternativ:

- * Korrekt kod
- * Felaktig kod
- * Saknad kod:

Varje vårdkontakt som bedömts som ej korrekt klassificerad har kommenterats i bilaga.

Begreppet ”felaktig huvuddiagnos” har en spännvidd från att fel tillstånd valts som huvuddiagnos (”större” fel) till att till exempel fel siffra angivits i diagnoskodens fjärde el femte positionen (”mindre” fel).

Även vårdkontakter som bedömts som korrekt klassificerade har i vissa fall kommenterats. De diagnos- eller åtgärds-koder som ej kommenterats har bedömts som korrekta.

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.

I vissa fall har en i journalen felaktigt angiven kodning korrigerats till korrekt kodning i databasen, utan att någon ändring gjorts i journaldokumentationen. Eftersom revisorernas utgångspunkt har varit journaldokumentationen har detta bedömts som felaktig kodning.

7. Resultat ögon

7.1 Två besök samma datum

Den ursprungliga urvalsstorleken var 158 patienter som samtliga hade två besök registrerade samma datum, ett hos läkare och ett hos sjuksköterska. Några av dessa patienter visade sig vara utomlänspatienter som ej skulle ingå i revisionen. I ett par fall visade det sig inte stämma att besöken gjorts samma datum. Urvalet reducerades därmed till 153 patienter.

Av dessa 153 exkluderades ytterligare 12 patienter. Dokumentation saknades i 6 fall från läkarbesöket och i 3 fall från sjuksköterskebesöket. Dessutom hittades ytterligare 3 fall där besöken inte gjorts samma datum.

Det slutliga urvalet bestod därefter av 141 patienter.

I samtliga dessa 141 fall bedömde revisorerna att det var felaktigt att registrera två separata besök samma datum. Vid besöket hos sjuksköterskan utfördes en eller flera undersökningar, men sjuksköterskan gjorde ingen självständig bedömning av resultatet.

Bedömningen av diagnos- och åtgärdsklassificeringen har gjorts med utgångspunkt i den dokumentation som finns om läkarbesöket.

Samtliga registrerade besök hos sjuksköterska saknar i databasen såväl diagnos- som åtgärds-koder. Det finns inget krav på diagnosregistrering av besök hos andra vårdgivare än läkare. Men samtliga sjuksköterskebesök har DRG-grupperats till DRG 7630 vilket förutsätter att en åtgärds-kod som leder till denna DRG är registrerad. Detta har förklarats av Proxima som ett tekniskt fel som inneburit att de i PAS-systemet registrerade åtgärds-koderna ej förts över till VAL-databasen.

I 20 fall (14 %) har en felaktig kod för huvuddiagnosen angivits. Dessutom har Z01.0 Undersökning av ögon och synskärpa i flera fall använts som kod för huvuddiagnosen på ett tveksamt sätt utan att revisorerna har markerat detta som felaktigt. Inte minst har Z01.0 använts för patienter med glaukomhereditet där H40.0 Misstänkt glaukom eller Z83.5 Glaukomhereditet istället borde ha använts konsekvent. Revisorerna rekommenderar att en kodningspraxis gällande dessa patienter tas fram.

I 22 fall (16 %) finns felaktigheter gällande klassificering av bidiagnoserna.



Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

Åtgärdsregistreringen är i många fall mycket detaljerad men långt ifrån alltid konsekvent. Revisorerna har i sin bedömning följt den detaljerade principen, vilket inneburit att påpekanden om åtgärdsregistreringen gjorts i 112 fall (79 %). Revisorerna rekommenderar starkt att Proxima ansluter sig till den praxis angående ”normalbesök” som gäller på andra ögonkliniker i SLL. Denna praxis innebär att åtgärder som rutinmässigt utförs vid de allra flesta besök ej behöver registreras.

Revisorerna har underkänt ett antal registreringar av XCK00 synfältsundersökning eftersom det saknats dokumentation om läkaren bedömt resultatet av undersökningen. Samma sak gäller ett antal fall med AC026 Pupilldilatation där läkaren ej dokumenterat att droppar givits eller noterat att undersökningen utförts med dilaterad pupill. I något fall är det dokumenterat ett droppar ej givits men AC026 är ändå registrerad.

I 43 av fallen (30 %) föreligger en diskrepans mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen. Diagnos- och åtgärds-koder angivna i journalen för en vårdkontakt måste vara desamma som registreras i andra system för den aktuella vårdkontakten, till exempel patientadministrativa system vid DRG-gruppering.

7.2 DRG 7650 Övriga läkarbesök vid ögonsjukdomar

Det ursprungliga urvalet var 30 registrerade besök. Ett av besöken gällde en utomlänspatient och exkluderades.

De återstående 29 har bedömts med avseende på diagnos- och åtgärds-klassificeringen enligt följande:

4 (14 %) av journalerna har ett fel avseende klassificering av huvuddiagnosen.

I 4 av fallen (14 %) har påpekanden gjorts om klassificeringen av bidiagnoser.

Åtgärdsregistreringen är i många fall mycket detaljerad men långt ifrån alltid konsekvent. Revisorerna har i sin bedömning följt den detaljerade principen, vilket inneburit att påpekanden om åtgärdsregistreringen gjorts i 24 fall (83 %). Se kommentarer angående åtgärdsregistrering under punkt 7.1.

I 12 av fallen (41 %) föreligger en diskrepans mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen. Diagnos- och åtgärds-koder angivna i journalen för en vårdkontakt måste vara desamma som registreras i andra system för den aktuella vårdkontakten, till exempel patientadministrativa system vid DRG-gruppering.



Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

7.3 DRG 7630 Ögondiagnostik med annan åtgärd

Det ursprungliga urvalet var 30 registrerade besök.

Samtliga 30 kunde bedömas med avseende på diagnos- och åtgärdsklassificeringen enligt följande:

7 (23 %) av journalerna har ett fel avseende klassificering av huvuddiagnosen.

I 5 av fallen (17 %) har påpekanden gjorts om klassificeringen av bidiagnoser.

Åtgärdsregistreringen är i många fall mycket detaljerad men långt ifrån alltid konsekvent. Revisorerna har i sin bedömning följt den detaljerade principen, vilket inneburit att påpekanden om åtgärdsregistreringen gjorts i 14 fall (47 %). Se kommentarer angående åtgärdsregistrering under punkt 7.1.

I 7 av fallen (23 %) föreligger en diskrepans mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen. Diagnos- och åtgärds-koder angivna i journalen för en vårdkontakt måste vara desamma som registreras i andra system för den aktuella vårdkontakten, till exempel patientadministrativa system vid DRG-gruppering.

7.4 DRG 9290 Brev och telefonrådgivning

Urvalet bestod av 15 registrerade vårdkontakter.

3 (20%) av de 15 uppfyllde enligt revisorerna ej kriterierna för att registreras som en vårdkontakt. I dessa fall var det allmänna råd till patienten eller framgick det inte av dokumentationen att det varit någon kontakt med patienten. I 2 fall var fysiska besök felaktigt registrerade som telefonkontakter.

För 9 av de resterande 10 registreringarna fanns ingen diagnoskod angiven i journalen. Eftersom revisorernas uppdrag var att granska de diagnos- och åtgärds-koder som var angivna i journaldokumentationen kunde för dessa ingen bedömning göras. I bilagan finns revisorernas förslag till kodning.

7.5 Revisorernas sammanfattande kommentarer

I revisionsuppdraget ingick att bedöma om det var korrekt att registrera två separata besök samma datum, ett hos sjuksköterska för förberedande undersökning och ett hos läkaren för fortsatta undersökningar, bedömning och handläggning. I inget av de bedömda fallen ansåg vi att det skulle göras två separata besöksregistreringar utan att detta avsåg en läkarkontakt. Vid besöket hos sjuksköterskan utfördes en eller flera undersökningar, men sjuksköterskan gjorde ingen självständig bedömning av resultatet.

I vissa fall har hänvisats till dokumentation från föregående besök som vi ej haft tillgång till. Detta har försvårat bedömningen av diagnoskodningen.

Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

Besöksorsak framgår i många fall ej av journaltexten. Ofta har man använt Z01.0 som huvuddiagnoskod, Många besök förefaller vara hälsokontroller. I något fall angavs ”inga ögonproblem” inledningsvis i journalen.

Diagnossättning och kodning av patienter som söker för glaukomhereditet är inkonsekvent. Ofta har Z01.0 använts, vilket inte är optimalt. Z83.5 (glaukomhereditet) eller H40.0 (misstänkt glaukom) har använts i vissa fall och kanske borde ha använts konsekvent. Vi har dock inte underkänt Z01.0.

Journaldokumentationen är i stort sett tillfredsställande och journalerna välskrivna.

8. Resultat gynekologi

8.1 DRG 381P Farmakologisk abort

8.1.1 Resultat

Urvalet avser journaldokumentation gällande 30 patienter som under perioden 2008 och 25 patienter som under 2009 har minst ett besök som grupperats till DRG 381P Farmakologisk abort eller spontan abort. 1 patient exkluderades då det var en utomlänspatient.

Flera av dessa fall visade sig inte vara genomförda farmakologiska aborter utan istället till exempel kirurgiska aborter, missfall och något fall av extrauterin graviditet.

En journal hade två farmakologiska aborter inom revisionsperioden. Dessa har märkts med tillägget a respektive b till det ursprungliga löpnumret.

Farmakologisk abort	Antal
Ja	30
Nej	25

Vi hade alltså 30 farmakologiska aborter att granska. I övriga journaler har enbart kodningen granskats.

Vi har bedömt följsamheten till Vårdprogram abort, SLL 2003.

Följsamhet till VP	Antal
Ja	30
Nej	0

Vi ser således en 100 %-ig följsamhet till gällande vårdprogram.



Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

Vi har bedömt dokumentationen i journalerna.

Dokumentation	Antal
Accept	27
Ej Accept	3

I 10 % finns alltså en oacceptabel dokumentation. Det rör sig om följande fall:

Löpnummer	Kommentar
AB13	AM009 är fel. Ett läkarbesök i databasen 31.7 finns ej dokumenterat i journalen.
AB19	Dokumentation abortdagen saknas. Dokumentation av sjuksköterskebesöket 16.4 saknas. Åtgärds-koder finns i databasen men ej i journalen.
AB40	Besöket 16.2 ej dokumenterat i journalen. Koder saknas generellt i journalen. 13.2 Z64.0 + DL005. 16.2 O04.9 + DL006.

Ett genomgående problem är att i databasen har man på abortdagen (den dagen patienten får Cytotec för att stöta ut graviditeten) registrerat detta som ett läkarbesök trots att det bara finns dokumentation av sjuksköterska/barnmorska. Enbart i något enstaka tillfälle finns en läkaranteckning i journalen denna dag.

Patienter som genomgår farmakologisk abort bör efterkontrolleras för att säkerställa att aborten har gått utan komplikationer såväl fysiskt som psykiskt. Viktigt är att säkerställa att aborten har lyckats så inte patientens graviditet fortsätter utan att hon är medveten om det.

Efterkontroll	Antal
Ja	27
Nej	3

Att enbart 3 patienter inte har genomgått efterkontroll tyder på ett välfungerande system.

Att efterkontrollera patienterna efter abort är inte enbart en läkaruppgift utan kan likväl göras av sjuksköterska/barnmorska och görs på många håll per telefon.

Vem kontrollerade?	Antal
Barnmorska	11
Läkare	16

Knappt hälften av kontrollerna gjordes av sjuksköterska/barnmorska. Ett gjordes per telefon.

Ett återkommande problem är att efterkontroller ibland görs alldeles för tidigt ledande till onödiga extra besök och även onödiga behandlingar.



Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

När gjordes efterkontrollen?

Antal	Medel (dagar)	Max (dagar)	Min (dagar)
27	23,1	39	14

Bara i något enstaka fall gjordes återbesöket lite tidigt dock utan att detta medförde konsekvenser för patienten. Medeltiden överensstämmer mycket väl med den i vårdprogrammet rekommenderade tiden på 3-4 veckor.

Ett antal besök utöver vårdprogrammets kommer alltid att finnas. En annan sak är om dessa besök är onödiga. Vi identifierade totalt 7 extra besök. Dessa listas nedan.

Löpnummer	Extra besök?
AB26	3 telefonkontakter och ett akutbesök läkare
AB27a	Ett läkarbesök (abortdagen) pga blödning
AB31	1 extra besök pga riklig blödning
AB32	1 extra sköterskebesök före aborten.
AB41	1 extra besök pga infektion
AB47	1 besök före där graviditeten är för tidig för att bedöma.
AB48	2 telefonsamtal 18.12 som inte finns i databasen, 1 extra läkarebesök.

Inga av dessa besök bedömdes som onödigt.

I en del fall hittar man ett registrerat sjuksköterskebesök samma dag som läkarbesöket. Det kan accepteras om patienten vid samma tillfälle får Mifegyne för att inleda aborten. Dock är så inte alltid fallet. Ofta har man planerat för att ge Mifegyne en eller flera dagar senare och registrerar då ett nytt sköterskebesök. Detta tillvägagångssätt kan vara orsakat av det gällande ersättningssystemet.

Läkare Sköterska samma dag.	Antal
Ja	17
Nej	13

Detta förekommer alltså i mer än hälften av fallen.

Ett viktigt mått på kvalitet inom abortverksamheten är om preventivmedelsrådgivning ges och dokumenteras.

Preventivmedels rådgivning	Antal
Ja	29
Nej	1

Således ett bra resultat.



Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

Diagnossättning och kodning är dels reglerad i lag och dels underlag för ersättning. Man kan därför kräva att detta görs på vedertaget sätt. Vi har bedömt diagnoser och koder utifrån KSH97 inklusive senare tillägg från socialstyrelsen. Beträffande diagnossättning och kodning har vi bedömt samtliga 55 fall.

Kodning Ok	Antal
Ja	17
Nej	38

Kodningen får bedömas som helt oacceptabel.

Kommentarerna till de oacceptabelt kodade episoderna finns listade nedan:

Löpnummer	Kommentar
AB04	I databasen läkarbesök 19.12 i journal sjuksköterska. Koder saknas 19.12. Fel åtgärds kod 17.12 Vaginalt ultraljud ska vara AL003
AB05	Ej AM009 (är en MVC kod) Ultraljudskoden AL003 saknas. Diagnoskod spiralinsättning Z30.1
AB06	Ej AM009. 10.11 läkarbesök i databasen, enbart sköterskeanteckning i journalen.
AB10	Koder saknas i journalen men finns i databasen
AB13	AM009 är fel. Ett läkarbesök i databasen 31.7 finns ej dokumenterat i journalen
AB14	Missfall. AM009 gäller inte missfall såväl 30.1, 6.2 som 11.2
AB16	Bör vara komplett abort med långdragen blödning O03.6
AB18	AM009 fel.
AB20	Kirurgisk abort. AM009 är fel. Vid operationstillfället saknas diagnoskod, O04.9. Koderna finns i databasen.
AB21	Är ett spontant missfall. Patienten skrapas för detta akut men kodal såväl diagnosmässigt som åtgärds mässigt som legal abort.
AB22	Uteblivet missfall. AM009 som är fel. allt övrigt Ok
AB24	Första läkarbesöket gjordes på annan klinik. Vid efterkontroll diagnosticerades en infektion som dock icke kodades. Borde vara O08.0
AB27a	AM005 fel kod bör vara AL003. I detta fallet är det faktisk korrekt att registrera ett läkarbesök i databasen.
AB27b	AM009 är fel. Besöket den 7.1 har inget samband med aborten, är pga blödningsrubbnings och alltså felkodat. Bör vara N92.6.
AB28	Tidigt missfall. O26.8B är inte rätt bör vara Buksmärtor UNS, R10.4
AB29	O06.9 är fel. Borde vara O20.9 blödning i tidig graviditet. AM009 är fel.
AB30	AM009 är fel. Visar sig i.ö. att vara en misslyckad abort varför patienten remitteras till kirurgisk abort. Vid besöket 9.6 borde man ha använd O07.4 Misslyckad försök till abort istället för Z64.0
AB31	AM005 är fel, i.ö helt OK.

Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

AB32	LFB00 är en operationskod och kan ej användas på ett utstryk från vagina. I databasen finns helt fel koder, gällande ett ortopediskt tillstånd. Förväxling?
AB33	AM005 fel. LCH13 är fel skall vara LCH00
AB34	Åtgärds-koder saknas (DL005 och DL006) både i journal och databas. O04.9 finns i databasen men ej i journalen.
AB35	Z09.0 är fel - skall vara Z09.7. Z30.1 spiralinsättning fattas. TLC10 är fel skall vara TLC00 insättning av spiral.
AB36	Åtgärds-koder fattas (DL005 och DL006). Abortkoden O04.9 finns ej i journalen.
AB37	Åtgärds-koder fattas (DL005 och DL006). Abortkoden O04.9 finns ej i journalen.
AB39	AM009 fel. Det blev aldrig någon abort! I databasen finns ett läkarbesök 3.11 som inte finns dokumenterat i journalen. (Patienten fick en tid men ångrade sig)
AB40	Besöket 16.2 ej dokumenterat i journalen. Koder saknas generellt i journalen. 13.2 Z64.0 + DL005. 16.2 O04.9 + DL006.
AB41	AM009 fel. DL005 saknas i journal. Dokumentation för abortdagen saknas i journal, finns i databasen
AB44	Kirurgisk abort. AM005 fel. LHC13 fel - skall vara LCH00.
AB45	Kirurgisk abort. AM005 fel. LCH13 fel operationskod skall vara LCH00.
AB46	Inga koder finns i journalen. DL006 saknas.
AB47	Diagnoskoder saknas läkarbesök 14.1. skall vara Z64.0 Åtgärds-koderna inte korrekta den dagen. DL005 borde vara 15, och DL006 17.1. AM005 fel.
AB48	AM009 är fel. DL005 och DL006 och O04.9 saknas i journalen.
AB49	O06.9 är fel, skall vara Z64.0 abortrådgivning. AM009 hör inte hemma här. Gäller båda besöken 19.11 och 26.11. Vid det senare tillfället bör man ha O20.9 blödning i tidig graviditet. 1.12 rätt koder!
AB50	Enligt journalen rör det sig om en uteblivet missfall, men senare kodar man för legal abort i samband med en skrapning. 21.1 bör koderna vara O02.1 och MBA00.
AB51	AM009 är fel. DL006 och O04.9 saknas 8.9
AB52	Pågående missfall. Skall kodas O03.4
AB53	AM009 är fel. DL005, DL006 och O04.9 saknas i journalen.
AB54	AM009 är fel. DL005, DL006 och O04.9 saknas i journalen. Efterkontroll per telefon!

Vi har bedömt att de gjorda felen inte har någon väsentlig effekt på DRG och att de därmed inte har gjorts av ekonomiska skäl. Vi finner inga tecken på så kallad "kreativ kodning" alltså kodning där man väljer felaktiga koder som resulterar i högre DRG. Eftersom samma koder enligt Socialstyrelsen skall finnas både i journal och patientdatabas kan vi konstatera att så är inte fallet här. Koder och diagnoser saknas i journalunderlaget, speciellt finns de i stort sett aldrig på abortdagen. Man har här valt att använda ett fast formulär som dokumentation, men på denna har inte plats avsatts för diagnoser och koder.



Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

8.1.2 Revisorernas kommentarer

Dokumentationen var generell av god kvalitet. I något enstaka fall saknades journalformuläret MLAB.

Diagnos- och åtgärdsklassificeringen höll låg kvalitet. Många av felen var ständigt återkommande vilket gav intryck av att man använt sig av någon form av felkonstruerad "lathund".

Revisorerna har inte fått intryck av att man medvetet felklassificerat för att "förbättra" sina resultat.

Det föreligger påtagliga diskrepanser mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen. Diagnos- och åtgärds-koder angivna i journalen för en vårdkontakt måste vara desamma som registreras i andra system för den aktuella vårdkontakten, till exempel patientadministrativa system vid DRG-gruppering.

Genomgående har man registrerat besöket då den medicinska aborten genomfördes, som ett läkarbesök, även om patienten sköttes helt av barnmorskan – bara i ett fall bedömdes patienten av läkare den dagen.

Den medicinska kvaliteten på vården är genomgående mycket god. Besöken var välplanerade tidsmässigt i graviditeten – ej för tidiga förstbesök och ej för tidiga efterkontroller (vilket annars kan leda till onödiga extrabesök och onödig intervention).

Vårdprogrammet har i alla dessa fall följts till hundra procent.

Revisorerna har inte funnit någon tendens till att man skapat onödiga extrabesök, tvärtom. Till exempel fanns det ett par fall där läkarbesöket Z64.0 skett på annan läkarmottagning, och patienten handlades av barnmorska för genomförandet av den medicinska aborten utan att man först upprepade läkarbesöket.

Förutom de dokumentationsbrister som nämns i rapporten förekommer ytterligare ett fel som vi dock inte tagit upp i anslutning till fallen, eftersom detta fel finns i nästan samtliga fall - 29 av 30. Det felet är att patientens besök på abortdagen genomgående registrerats som ett läkarbesök, även om det i verkligheten endast var i ett av fallen som journalanteckningen visar att en läkare bedömde patienten. I de övriga 29 fallen tog barnmorskan ensam hand om patienten vid detta vårdtillfälle.

8.2 Slutenvård

Urvalet bestod av 5 slumpmässigt utvalda vårdtillfällen i slutenvård från 2008 och 4 slumpmässigt utvalda vårdtillfällen i slutenvård från 2009, samtliga vtf med vårdtid = 1 dag.

2 (22 %) av journalerna har ett fel avseende klassificering av huvuddiagnosen.



Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

I 3 av fallen (33 %) har påpekanden gjorts om klassificeringen av bidiagnoser.

I 4 av fallen (44 %) föreligger fel avseende klassificering av åtgärder.

1 av fallen är ett besök som felaktigt är registrerat som slutenvårdstillfälle.

8.3 DRG 906O Samtal och rådgivning

Urvalet bestod av 100 vårdkontakter i öppenvård. Av dessa exkluderades 4. I 2 av dessa fall saknades journaldokumentationen helt. 1 fall var registrerat som sjuksköterskebesök i journalen men som läkarbesök i databasen, medan 1 var registrerat som läkarbesök i journalen men som sjuksköterskebesök i databasen.

Av de resterande 96 vårdkontakterna var 5 läkarbesök och 91 sjuksköterske-/barnmorskebesök.

Anledningen till att dessa besök grupperats till DRG906O, är att åtgärds-koden DU007 (stödande samtal) registrerats. Beskrivningstexten till denna KVA-kod är: "Strukturerat samtal i behandlande syfte som inte hänförs till systematisk psykologisk behandling, t.ex. krissamtal, motivationssamtal, samtal vid förlossningsrädsla (Aurorasamtal)". Revisorerna fann i endast 1 av dessa journaler att åtgärds-koden DU007 var motiverad. Således bedöms denna kod ha använts på ett systematiskt felaktigt sätt.

Revisorerna bedömde att 46 (51 %) av de 91 registrerade sjuksköterskebesöken ej skulle ha registrerats. Dessa besök var sjuksköterskebesök i anslutning till läkarbesök för abort, där sköterskan enbart informerade och bokade tider men inte administrerade Mifegyne eller Cytotec för farmakologisk abort. Av de 46 fallen var 19 telefonkontakter.

Den sammanlagda DRG-poängen (summan av vikterna för varje registrerad vårdkontakt) för de 96 fallen minskade med 62 % vid omgruppering efter revisorernas korrigerande av klassificering och registrering. Om diagnoskod registrerats för dessa besök (vilket ej är obligatoriskt för sjuksköterskebesök) minskade vikten med 56 %.

8.4 DRG 852O Övriga läkarbesök vid gynekologiska sjukdomar

Urvalet bestod av 30 besök.

Dokumentationen var genomgående av god kvalitet medförande ett tillfredsställande underlag för revisionen, som således kunde genomföras på ett bra sätt för majoriteten av besöken. De förhållandevis små korrigeringsarna påverkade endast i undantagsfall DRG-gruppering.

I 1 av journalerna var dokumentationen för knapphändig för att en bedömning av klassificeringen av huvuddiagnosen skulle kunna göras. 9 (31 %) av journalerna har ett fel avseende klassificering av huvuddiagnosen.



Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

I 6 av fallen (20 %) har påpekanden gjorts om klassificeringen av bidiagnoser.

I 1 av fallen (3 %) föreligger fel avseende klassificering av åtgärder.

I 4 av fallen (13 %) föreligger en diskrepans mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen.

8.5 DRG 8500 Gynekologiskt ultraljud

Urvalet bestod av 20 besök.

Dokumentationen var genomgående av god kvalitet medförande ett tillfredsställande underlag för revisionen, som således kunde genomföras på ett bra sätt för majoriteten av besöken.

11 (55 %) av journalerna har ett fel avseende klassificering av huvuddiagnosen. Det vanligaste felet bland dessa gällde kontrollbesök då sjukdomen/tillståndet var utläkt. Dessa fall kodas med en kombination av två koder: Som första kod anges Z09.- (alternativt Z08.- om det gäller tidigare malignitet) direkt följd av koden för det utläkta tillståndet. Bland de felaktigt kodade fallen saknades koden för det utläkta tillståndet. Detta fel gjorde att besöket grupperades till DRG 8500 istället för till DRG 8520.

I 4 av fallen (20 %) har påpekanden gjorts om klassificeringen av bidiagnoser.

I 4 av fallen (20 %) föreligger fel avseende klassificering av åtgärder.

I 8 av fallen (40 %) föreligger en diskrepans mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen.

8 av fallen grupperas till en annan DRG efter korrigerad klassificering. Samtliga grupperas till en högre viktad DRG, 7 till DRG 8520 och 1 till DRG 8740.

8.6 DRG 9290 Brev och telefonrådgivning

Urvalet bestod av 30 vårdkontakter.

1 fall kunde ej bedömas på grund av bristfällig dokumentation.

I mer än hälften av fallen saknades kod för huvuddiagnosen i journalen. För de 29 bedömbara vårdkontakterna i detta urval har därför endast bedömts om kontakten uppfyllde kriterierna för telefonkontakt som ska registreras eller ej.

Revisorernas bedömning var att 13 (45 %) av de 29 bedömbara fallen var enklare kontakter som ej uppfyllde kriterierna för att registreras som telefonkontakt. 3 av dessa var dessutom brevkontakter.

9. Resultat ortopedi, ÖNH, hud, närakut

9.1 Slutenvård

Den ursprungliga urvalsstorleken var 154 slutenvårdsfall. 5 skrevs ut samma dag som inskrivningen. 149 av dessa skrevs ut dagen efter att de skrivits in. 19 av de 154 visade sig vara utomlänspatienter som ej skulle ingå i revisionen. Av resterande 135 har samtliga bedömts. Samtliga utom ett fall är ortopediska patienter. Det sista fallet kommer från öronkliniken.

47 av dessa bedömdes av revisorerna som felaktigt registrerade som slutenvård. I 27 fall gjordes ingrepp som normalt inte kräver slutenvård och där det av dokumentationen ej framgick varför patienten behövde skrivas in i slutenvård. I 14 fall där det gjordes ingrepp som normalt inte kräver slutenvård framgick det av dokumentationen att patienten gått hem samma dag som det kirurgiska ingreppet utfördes. I 6 fall ströks den planerade operationen och patienten gick hem.

10 (7 %) av journalerna har ett fel avseende klassificering av huvuddiagnosen.

I 14 av fallen (10 %) har påpekanden gjorts om klassificeringen av bidiagnoser.

Felaktigheterna i diagnosklassificeringen gäller framförallt kodning av utläkta tillstånd samt av postoperativa infektioner. Utläkta tillstånd kodas med en kombination av två koder: Som första kod anges Z09.- direkt följd av koden för det utläkta tillståndet. Postoperativa infektioner kodas med en kombination av tre koder: Som första kod en T-kod, som andra kod en specificering av infektionen och som tredje kod en orsakskod.

De diagnosformuleringar som används i journaltexten är ofta de standardkodtexter som finns i klassifikationsboken. Betydligt oftare borde det ha varit en för aktuell patient mer precis diagnosformulering.

I 6 av fallen (4 %) föreligger fel avseende klassificering av åtgärder.

I 14 av fallen (10 %) föreligger en diskrepans mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen. Diagnos- och åtgärds-koder angivna i journalen för en vårdkontakt måste vara desamma som registreras i andra system för den aktuella vårdkontakten, till exempel patientadministrativa system vid DRG-gruppering.

Enligt Patientdatalagen (2008:355) 6 § ska en journal alltid innehålla:

1. uppgift om patientens identitet,
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder, och
5. uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning.



Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

Med stöd av Patientdatalagen och klinisk praxis ställer revisorerna krav på att en slutenvårdsjournal, förutom annan dokumentation, även ska innehålla en intagningsanteckning och en epikris. 98 fall (73 %) saknar, i den för revisorerna tillgängliga dokumentationen, intagningsanteckning och/eller epikris. Dokumentationen av handläggningen av patienternas primära problem, det som opererats, är bra medan dokumentationen av ytterligare problem som kan ha påverkat vården inte sällan saknas.

Proximas journalsystem skiljer inte på diagnos- och åtgärds kod vilket är otillfredsställande.

9.2 DRG 8210 Övriga läkarbesök vid sjukdomar i muskler, skelett och bindväv

Av de 60 besöken i det ursprungliga urvalet fick 1 exkluderas på grund av att det var en utomlänspatient. 5 av besöken var från enheten PRC och resterande 54 från ortoped. 1 besök på PRC var ett besök hos naprapat och två av besöken på ortoped var hos sjuksköterska. Hur har dessa kunnat grupperas till DRG 8210?

Klassificeringsrevisionen av resterande 56 resulterade i följande:

25 (42 %) av journalerna har ett fel avseende klassificering av huvuddiagnosen. Felaktigheterna i gäller framförallt (12 fall) kodning av utläkta tillstånd. Utläkta tillstånd kodas med en kombination av två koder: Som första kod anges Z09.- direkt följd av koden för det utläkta tillståndet.

I 5 av fallen (8 %) har påpekanden gjorts om klassificeringen av bidiagnoser.

I 1 av fallen (2 %) föreligger fel avseende klassificering av åtgärder.

I 11 av fallen (19 %) föreligger en diskrepans mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen. Diagnos- och åtgärds koder angivna i journalen för en vårdkontakt måste vara desamma som registreras i andra system för den aktuella vårdkontakten, till exempel patientadministrativa system vid DRG-gruppering.

9.3 DRG 8290 Övriga läkarbesök vid sjukdomar hud och underhud

Urvalet var 21 besök från hudmottagningen, 17 från närakuten, 1 från kirurgmottagningen och 1 från ortopedmottagningen.

4 (10 %) av journalerna har ett fel avseende klassificering av huvuddiagnosen.

I 3 av fallen (8 %) har påpekanden gjorts om klassificeringen av bidiagnoser.

I 2 av fallen (5 %) föreligger fel avseende klassificering av åtgärder.

I 9 av fallen (23 %) föreligger en diskrepans mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen. Diagnos- och åtgärds koder angivna i journalen för en



Medicinsk revision samt
klassificeringsrevision
Proxima AB, Nacka Närsjukhus
2010

vårdkontakt måste vara desamma som registreras i andra system för den aktuella vårdkontakten, till exempel patientadministrativa system vid DRG-gruppering.

I de 21 journalerna från hudmottagningen är diagnos- och åtgärdsklassificeringen av högsta kvalitet. Samtliga huvud- och bidiagnoser är korrekt klassificerade. Endast en åtgärdskod är felaktigt klassificerad.