

Diagnosgranskningar utförda  
i Sverige 1997–2005  
samt råd inför granskning

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Lägesbeskrivning*. Det innebär att den innehåller redovisning och analys av kartläggningar och andra former av uppföljning av lagstiftning, verksamheter, resurser m.m. som kommuner, landsting och enskilda huvudmän bedriver inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälsoskydd och smittskydd. Den kan utgöra underlag för myndighetens ställningstaganden och ingå som en del i större uppföljningar och utvärderingar av t.ex. reformer och fördelning av stimulansmedel. Socialstyrelsen svarar för innehåll och slutsatser

Artikelnr 2006-131-30

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), oktober 2006

# Förord

---

Diagnosgranskningar utförs i syfte att kontrollera hur väl kodningen av diagnoser och åtgärder i administrativa register stämmer överens med journalanteckningarna. Det finns flera skäl till att kontrollera kvaliteten i kodningen av registren. Medicinska data i registren används som underlag till forskning, planering, uppföljning och i ersättningssystem. Det har blivit allt viktigare för sjukvårdsledningarna i landstingen att försäkra sig om att kodningen utförs i överensstämmelse med den vård patienten fått, då många landsting infört prestationsersättningssystem inom sjukvården. De ersättningssystem som används är oftast uppbyggda kring DRG, Diagnosrelaterade grupper, som i sin tur bygger på grundregistrering av diagnoser och åtgärder. Resultat av utbildningsinsatser i diagnosregistrering kan följas upp. Ett flertal landsting och regioner har genomfört diagnosgranskningar men långt ifrån alla. Centrum för patientklassificering, CPK, enhet inom Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen, har samlat in och bedömt de granskningar som utförts av landsting och regioner.

Denna rapport ger råd för hur landstingen kan utföra och dokumentera en diagnosgranskningsstudie. Rapporten belyser också frågor om tolkning och jämförelse av studier, samt tar upp om den övergripande diagnoskvaliteten i Sverige kan bedömas.

Rapporten kan vara en hjälp på vägen för de landsting som överväger att genomföra diagnosgranskningsstudier.

Mona Heurgren  
Enhetschef  
CPK/EpC



# Innehåll

---

<i>Förord</i>	<b>3</b>
<i>Sammanfattning</i>	<b>7</b>
<i>Bakgrund</i>	<b>8</b>
Syfte	<b>9</b>
Metod	<b>9</b>
<i>Resultat</i>	<b>10</b>
Syfte med granskningarna	<b>10</b>
Genomförande	<b>10</b>
Urval, storlek och bortfall	10
Kontakt med klinikerna inför granskningarna	11
Granskarnas kompetens	11
Kvalitetskriterier vid diagnosgranskning	11
Återkoppling av resultat	12
Omgruppering	12
Etiska aspekter	12
Helhetsbedömning av dokumentationen av granskningarna	12
<i>Diskussion</i>	<b>14</b>
<i>Råd inför diagnosgranskning</i>	<b>17</b>
<i>Referenser</i>	<b>19</b>
<i>Bilaga</i>	<b>20</b>



# Sammanfattning

---

Rapporten granskar metodologiskt fjorton diagnosgranskningsstudier utförda i sex olika regioner och landsting mellan åren 1997 och 2005. Ett syfte med studien är att undersöka vilka krav som kan ställas på en granskning för att den ska kunna tolkas och jämföras. Rapporten föreslår en mall för landstingens diagnosgranskning, och ger också råd inför diagnosgranskningsstudier.

Diagnosgranskningsstudierna jämförs också utifrån aspekten om de kan utgöra underlag i en metastudie. Finns tillräcklig dokumentation för en metastudie som kan svara på hur bra diagnoskvaliteten i Sverige är? Resultatet av denna fråga är att de flesta studier är problemorienterade på ett eller annat sätt. Det går därför inte att hävda att studierna kan utgöra underlag i en metastudie för att bedöma diagnoskvaliteten i landet. Det finns inget representativt urval av granskningar från hela landet.

# Bakgrund

---

Frågan om diagnosgranskningar blev aktuell i Sverige under första hälften av 1990-talet, när försök gjordes att koppla ersättningen inom sjukvården till diagnoser. Många andra länder utförde diagnosgranskningar redan tidigare, som en direkt följd av införandet av ersättningsystem. Frågan är fortfarande lika aktuell utomlands. Problem och upplägg av granskningarna utomlands har många likheter med det som förekommer i Sverige.

Diagnosgranskning innebär att man i efterhand granskar om diagnoser och åtgärder i journaler stämmer med vad som kodats i de patientadministrativa systemen. Granskaren gör en bedömning av valet av huvuddiagnos, bidiagnoser och åtgärder samt om korrekta koder använts. Granskaren bedömer också om de nationella klassifikationsreglerna följts.

Motiven för diagnosgranskning är förutom uppföljning av allmän kodningskvalitet och medicinsk revision även uppföljning av kodning i samband med DRG, Diagnosrelaterade grupper. En korrekt diagnos- och åtgärdskodning är en förutsättning för en korrekt DRG-gruppering. Staffan Bryngelsson, konsult med mångårig erfarenhet av DRG och diagnosgranskningar, menar att ”Allt står och faller med kvaliteten på de grunddata som en DRG-jämförelse bygger på. Det krävs noggrann diktering av läkaren, noggrann utskrift av journalen och korrekt klassificering av diagnosdata.” Tilläggs kan att själva registreringen, inknappningen av data också är viktig. Som ett led i kvalitetsuppföljningen av primärklassificeringen har ett antal landsting genomfört diagnosgranskningar. De diagnosgranskningarna som landstingen och regionerna ansvarat för genomförs och dokumenteras på olika sätt. Det har undersökts i rapporten.

Det finns även ett nationellt intresse av att följa kodningskvaliteten i det nationella patientregistret. Detta register är uppbyggt av data om vårdutnyttjande från landstingens och regionernas patientadministrativa system. Två riksomfattande valideringsstudier av diagnoser i patientregistret 1986 och 1990 genomfördes i samarbete mellan Nordiska centret för klassifikation av sjukdomar och Socialstyrelsen. De som utvecklade granskningsmetodiken var framförallt professor Björn Smedby, tidigare chef för Nordiskt center för klassifikation av sjukdomar, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet, samt Anna Christina Nilsson, överläkare vid institutionen för socialmedicin, Akademiska sjukhuset i Uppsala. Metodiken har använts i senare diagnosgranskningar. Mycket av det rapporten återger är hämtat från Björn Smedbys och Anna Christina Nilsson samlade kunskaper om diagnosgranskning.

Går det att använda landstingens och regionernas diagnosgranskningar i en metastudie? I en metastudie använder man sig av ett sammanslaget data-material med primärdata från tidigare studier för att göra analyser. En intressant fråga att besvara för en metastudie på diagnosgranskningar är om den kan säga något om diagnoskvaliteten i Sverige.



## Syfte

Den här studien har tre syften.

Ett syfte är att ta reda på vilka krav som ska ställas på en granskning för att den ska gå att tolka, och gå att jämföra med andra granskningar.

Ett syfte är att undersöka om en metastudie kan besvara frågan: ”Hur bra är diagnoskvaliteten i Sverige?” Det gäller att ta reda på om det finns tillräcklig dokumentation för en metastudie.

Ett syfte är att ge råd för hur landstingen kan utföra och dokumentera en diagnosgranskningsstudie. Frågan som ska besvaras är: ”Vilka krav och principer ska ställas metodologiskt på en diagnosgranskning?”

## Metod

Diagnosgranskningsrapporter utförda på uppdrag av landsting och regioner mellan åren 1997 och 2005 har samlats in av CPK, Centrum för patientklassificering. Rapporterna har granskats med avseende på

- syfte med granskningen
- genomförande
  - urval, storlek och bortfall
  - kontakt med de granskade klinikerna
  - granskarnas kompetens
  - omgruppering
  - återkoppling av resultat till klinikerna
- etiska aspekter
- bedömning av dokumentation.

Samtliga granskningar har följande primärklassifikationer:

- KSH97, Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 Svensk version av ICD-10
- KKÅ97, Klassifikation av kirurgiska åtgärder 1997 Svensk version av NOMESCO Classification of Surgical Procedures

Granskningarna har i många fall utförts utifrån DRG-aspekter och de DRG-system som använts av landstingen och regionerna har varit NordDRG i största utsträckning, men även AP-DRG har använts.

Utifrån de granskade rapporterna och den av Björn Smedby och Anna Christina Nilsson tidigare utvecklade granskningsmetodiken föreslår Socialstyrelsen en mall för landstingens diagnosgranskningar.

Studierna har också jämförts utifrån aspekten om de kan utgöra underlag i en metastudie.

# Resultat

---

Fjorton diagnosgranskningsstudier utförda på uppdrag av sex olika regioner och landsting har publicerats mellan åren 1997 och 2005. Därutöver har en studie med syfte att ta fram underlag för beslut om granskning av diagnosklassificering publicerats, samt en studie med syfte att utveckla metoder och system för att på lokal nivå förbättra kvalitén i klassificeringen av koder. Detta avsnitt presenterar resultatet av det metodologiska utförandet av de fjorton granskningsstudierna.

## Syfte med granskningarna

Syftet med samtliga granskningsstudier har varit att bedöma om diagnos- och åtgärds-koder är korrekta i jämförelse med vad som beskrivits i respektive journal och i enlighet med klassifikationernas regler och rekommendationer. I två granskningar har även syftet varit att kontrollera i vilken mån grupperingen skett i enlighet med det lokala regelverket.

Syftet med granskningarna kan vidare delas upp i allmän kontroll av kodningskvaliteten, och en mer problemorienterad inriktning där kodningskvaliteten granskas t.ex. för ett sjukhus, specialiteter eller urval av DRG.

## Genomförande

Genomförandet av granskningarna har delats upp i flera steg.

### Urval, storlek och bortfall

Urvalet av journaler för granskning har gjorts både slumpmässigt och problemorienterat. I fem av studierna har granskningen varit slumpmässig och i övriga fall har någon form av urval först gjorts, varpå ett antal journaler har valts ut slumpmässigt. I de fall urvalet inte tagits fram slumpmässigt har granskningsprocessens första steg varit att ta fram underlag för urval av journaler att granska. Exempel på information för urvalskriterier har varit

- sammanställningar av mest frekventa DRG per klinik och specialitet
- andel komplicerade respektive icke komplicerade fall i "DRG-par"
- antal diagnoser per vårdtillfälle

Genom studier av skillnader mellan klinikerna kunde tänkbara problemområden identifieras.

En annan variant har varit att i uppdraget ange vad som ska granskas: ett visst sjukhus eller vissa specialiteter.

Antalet journaler som granskats har varierat mellan 98 och 700 per studie. Allt från hela landsting till enskilda kliniker har granskats. I de fall hela landsting har granskats har antalet granskade journaler per klinik minimerats till fem stycken per klinik.

Bortfallet var som mest nio procent av det utvalda antalet journaler i en studie. Hälften av studierna hade inget bortfall alls.

## Kontakt med klinikerna inför granskningarna

Några granskningsrapporter har dokumenterat kontakter med de granskade klinikerna. Informationsmöten eller utskick har förmedlat information om hur granskningen ska gå till, instruktioner om hur urvalet av journaler ska tas fram, kopiering av journaler m.m. I långt ifrån alla granskningsrapporter har dessa kontakter bekräftats, men de bör ha ägt rum eftersom de är en förutsättning för att granskningarna ska kunna genomföras.

I granskningsrapporterna omtalas granskningsunderlagen som journaler, tillgänglig dokumentation eller journalextrakt.

## Granskarnas kompetens

I alla granskningar anges att varje journal granskades av två granskare oberoende av varandra. Vid olika bedömning har frågorna förts vidare till överprövning av en tredje granskare eller till diskussion i gruppen av samtliga granskare. I granskningarna har mellan tre och sju granskare engagerats. De utvalda granskarna har mestadels varit läkare och någon enstaka läkarsekretärer med dokumenterade kunskaper i klassifikation och DRG-frågor. En granskningsstudie har uteslutande utförts av läkarsekretärer utbildade i diagnosklassificering med hjälp av övergripande DRG-ansvarig läkare inom landstinget.

## Kvalitetskriterier vid diagnosgranskning

Granskarna har använt ett bedömningsprotokoll som varit identiskt i samtliga fall utom ett, se bilaga 1. Varje granskare har upprättat ett bedömningsprotokoll där huvuddiagnos, bidiagnoser, yttre orsakskoder (utom vid en granskning) samt åtgärdskoderna har bedömts.

Kvalitetskriterier lyder som följer:

- Val av huvuddiagnos ska motsvara WHO:s och Socialstyrelsens regler
- Bidiagnoser ska kodas enligt vad som kan anses vara motiverat utifrån vad som angetts i journalhandlingarna
- Koder för yttre orsaker till skador ska anges
- Åtgärder ska kodas enligt vad som kan anses vara motiverat utifrån vad som angetts i journalhandlingarna

## Återkoppling av resultat

Efter att granskarna har fyllt i bedömningsprotokollet, har de dokumenterat resultaten per journal i granskningsrapport eller i bilagor till slutrapporten.

Återkopplingen till klinikerna har dokumenterats i olika omfattning. Några exempel:

- En dialog fördes med producenter angående principer för journalföring och diagnosregistrering som använts samt komplettering av journaldokumentationen.
- Slutrapporten redovisades för deltagande kliniker samt beställare.
- Preliminärrapporten redovisades för deltagande kliniker samt beställare. Deltagande kliniker hade möjlighet att granska resultatet innan färdig rapport.
- Återföring av granskningsresultatet har ibland skett vid möte med kliniken.

Tre av rapporterna anger förslag till åtgärder, och en rapport resulterade i en handlingsplan för fortsatt arbete. Förslag till åtgärder kan delas in i fyra områden:

- utbildning i klassificering av sjukdomar och åtgärder
- regelbundna granskningar av sjukdoms- och åtgärdsklassifikation
- presentation av jämförande statistik avseende fördelning av DRG
- upprätta riktlinjer och regelverk för registrering av koder.

Det här är förslag till åtgärder som riktar sig till sjukvårdsledningar och landstingspolitiker.

## Omgruppering

Åtta av granskningsrapporterna anger att de fall som ansågs vara felklassificerade omgrupperades med NordDRG på nytt efter korrigering. Det framgår inte om någon omgruppering gjorts i de övriga sex granskningarna.

## Etiska aspekter

I några granskningsrapporter står tydligt utskrivet att aidentifierade journalkopior används i granskningsarbetet. Vid redovisningen av resultaten har materialet varit aidentifierat.

## Helhetsbedömning av dokumentationen av granskningarna

Granskningarna dokumenterades i form av rapporter som mer eller mindre utförligt redovisade granskningsförloppet och resultatet av granskningen.

Syftet med granskningarna har varit enhälligt, i samtliga studier används nästan ordagrant samma formulering, med några individuella tillägg.

Urvalet av journaler för granskning har beskrivits väl. Att urvalet av granskningsunderlaget styr jämförbarheten med andra granskningar påpekas i några rapporter.

Kontakten med klinikerna inför granskningen beskrivs endast i några rapporter och då kortfattat. Kontakter med klinikerna måste av nödvändighet ha ägt rum, det är en förutsättning för att kunna genomföra granskningen. Informationen till klinikerna är viktig, det är här som underlaget till granskningen tas fram och det är viktigt att det tas fram på rätt sätt.

Granskarnas kompetens och antal beskrivs väl. Kompetensen är genomgående hög och det finns tillräckligt många granskare för att varje journal ska kunna bedömas av flera personer samt överprövas. Det standardiserade bedömningsprotokollet styr upp granskningen på ett bra sätt. Granskningarna genomförs av beskrivningarna att döma på ett tillförlitligt sätt. I fyra rapporter anges antalet överprövade journaler. Andelen överprövade journaler varierar mellan 2,7 till 12,7 procent.

Ett flertal av granskningsrapporterna uttrycker inte klart att resultatet av granskningen återredovisats till klinikerna. Det har kanske ansetts som en sådan självklarhet att man inte skrivit ner det. Det är viktigt att återföra resultatet till berörda kliniker så att de får en chans att sätta in åtgärder där det brister. Fyra rapporter resulterar i förslag till fortsatt arbete riktat till landstingsledning och landstingspolitiker. Det är bra med tydliga budskap om vad som kan göras för att förbättra kodningskvaliteten.

Beträffande de etiska aspekterna vid hanteringen av journalerna går det inte att utläsa hur man gått till väga. Har granskarna alltid använt avidentifierade journalkopior? Det framgår bara i en av rapporterna. I resultatredovisningarna har materialet redovisats helt anonymt.

De rapporter som redovisar resultatet mer knapphändigt, har en utförligare redovisning i bilagor.

# Diskussion

---

Diagnosklassificering är ingen exakt vetenskap. Vad är rätt och vad är fel diagnos? Det är inte alltid lätt att avgöra vad som är mest riktigt. Socialstyrelsens KSH97 och KKÅ97 ger råd och rekommendationer i klassificering. Dessutom har Socialstyrelsen gett ut klassificeringsråd i dokumenten "Val av huvuddiagnos" samt "Anvisningar i diagnosklassificering i öppenvård som inte är primärvård". Specialistföreningarna ger ut s.k. lathundar för att få större enhetlighet i klassificering och kodning.

I studien till artikeln "Slutenvårdsregistrets tillförlitlighet" har både en sträng och en liberal bedömning av diagnoskodningen tillämpats. Ett slags "konfidensintervall" har skapats, där den stränga bedömningen strikt följer regler och anvisningar medan den liberala bedömningen tar hänsyn till kliniska synpunkter. Data om diagnoser kan betraktas som "mjukvara". I åtta av de 14 granskade studierna har principen med "konfidensintervall" använts. Att principen inte använts i samtliga studier kan möjligen bero på att det inte är så enkelt att definiera vad som avser större respektive mindre fel i kodningen av huvuddiagnos. En precisering av definitionerna bör göras enligt Staffan Bryngelsson som administrerat flertalet av granskningarna som bedömts i denna studie. Likaså bör det ske en uppdelning av bedömning och redovisning av felaktigheter i klassificeringen av bidiagnoser.

Det som granskas är vad som är kodat jämfört med vad som är dokumenterat. Det kan ju vara så att en läkare har kodat ett visst tillstånd som patienten faktiskt har men som inte är dokumenterat i journaltexten. I detta fall säger granskaren att kodningen är felaktig eftersom koden inte är bekräftad i texten. Men "i verkligheten" är det korrekt eftersom patienten faktiskt har tillståndet. Kodningen kan alltså se ut som den är fel genom att granskningen enbart görs utifrån den dokumentation som finns

Kanske det också är på sin plats att poängtera att det är *klassificeringen (kodningen)* av diagnosen och inte *ställandet* av diagnos som granskas. Det kan verka självklart, men emellanåt uppstår missförstånd kring detta.

Det kan finnas ett antal problem med att starta och genomföra en diagnosgranskning. Några som kan nämnas är resursbrist, brist på experter och rådgivare för studiedesign och analys, avsaknad av utbildade granskare, organisationshinder. Det som gynnar en granskning är tillgång till elektroniska journalsystem, personal som är utbildad i klassificering, personal som är avsatt till att utföra granskning, tid avsatt för granskning, program för granskning, och en gemensam dialog mellan köpare och säljare. För att en diagnosgranskning ska kunna genomföras men också bli framgångsrik bör den ha ledningens stöd, ett gott ledarskap, resurser och stöd för utförande, engagemang och delaktighet samt hög granskningsaktivitet.

När ett landsting överväger att genomföra en diagnosgranskning är det första steget att ta ställning till syftet med granskningen. Syftet är tudelat eftersom man dels måste ta ställning till bedömningen av kodningen jämfört med journalen samt råd och anvisningar, och dels till vad som ska granskas.

Vill man göra en mer allmän överblick av datakvaliteten eller är det något specifikt område som ett visst sjukhus, specialitet eller DRG som ska granskas? Den målsättning man har med granskningen styr urvalet. En allmän granskning av datakvaliteten i ett landsting kräver ett representativt urval av journaler dvs. ett slumpmässigt urval från samtliga sjukhus och klinker. En granskning som är problemorienterad mot ett visst mål kräver ett strategiskt urval.

Urvalsstorleken måste uppfylla vissa krav. Granskas för få journaler kan det leda till misstro mot resultatet. En granskning av helt landsting kan kräva upp mot 400 journaler, beroende på landstingets storlek. Tumregeln i några av de granskade rapporterna har varit att minst fem journaler per klinik valts ut för granskning. Omfattningen av granskningen behöver nödvändigtvis inte alltid ha det breda anslaget att ett helt landsting eller sjukhus granskas. Det kan vara väl motiverat att granska den egna klinikens kodning. Det som kan bli ett problem vid interna granskningar är tillgången på kompetenta granskare.

Vad kan man ställa för kvalitetskrav på granskare i en diagnosgranskning? Många skulle säkert hävda att en läkare med lång erfarenhet av diagnosklassificering är den som är mest lämpad som granskare. Men så behöver kanske inte alltid vara fallet. SLL, Stockholms läns landsting har i rapporten "Kvalitetsutveckling av diagnosklassificering vid några kliniker på Södersjukhuset och Sankt Görans sjukhus" jämfört kodning utförd av läkare med kodning utförd av läkarsekreterare med utbildning i ämnet. Bedömningen gjordes av nationell expertis inom området sjukdomsklassificering. Det man konstaterade var att kodningsutbildade läkarsekreterare är väl så lämpliga att delta i den interna granskningsprocessen, om de får återkoppling av läkare. Kodningsutbildade läkarsekreterare kodade mer korrekt än läkarna i studien. När det gäller externa granskningar, när konsultinsatser av större omfattning sätts in, rekommenderas läkare med stor kunskap inom diagnosklassificering.

Att jämföra svenska granskningsstudier med andra länders studier kan vara vanskligt. Man bör försäkra sig om att studierna gjorts på samma klassifikationer, t.ex. samma ICD-version. Den åtgärdsklassifikation som används i Sverige kan bara jämföras med de övriga nordiska länderna. Jämförelse över tid kan också vara missvisande eftersom kunskaper i kodning har varierat över tid samt att byte av ICD-version kan ha skett. De krav som måste uppfyllas för att granskningar ska kunna jämföras inom landet är att urvalet gjorts efter samma principer, att omfattningen är likartad, att granskningarna är utförda inom samma tidsperiod och att bedömningsprotokollen som använts är lika. Då spelar det ingen roll om jämförelsen görs mellan landsting eller endast begränsas till jämförelser inom en viss specialitet. Det som är viktigt är att urvalet är jämförbart och att metod med lika bedömningsprotokoll har använts.

Finns tillräcklig dokumentation för metastudier? Kan man besvara frågan om hur bra diagnoskvaliteten i Sverige är? För att kunna bedöma och analysera någon fråga generellt bör studier från olika delar av landet ingå. Studierna behöver inte vara rikstäckande men ska bestå av ett representativt urval av landsting. Granskningsurvalet ska bestå av ett slumpmässigt urval som täcker hela landstinget eller större delar av landstinget. Studierna ska vara

tidsmässigt sammanhållna. Det ska inte skilja alltför många år dem emellan. Studierna ska utföras med samma metod, t.ex. använda sig av samma bedömningsprotokoll.

Av samtliga studier som granskats är det bara två studier som uppfyller kravet på slumpmässigt urval som täcker ett helt landsting och tre studier som omfattar ett storsjukhus. De flesta studier är problemorienterade på ett eller annat sätt. Det går därför inte att hävda att studierna kan utgöra underlag i en metastudie för att bedöma diagnoskvaliteten i landet. Det finns inget representativt urval av granskningar från hela landet.

Staffan Bryngelsson, som administrerat de flesta diagnosgranskningarna i denna studie, har sammanfattat resultat av granskningen av huvuddiagnos. Vid granskning av ca 4 200 journaler konstateras större fel i kodningen av huvuddiagnos för 20 procent av fallen. Med större fel avses att fel tillstånd valts som huvuddiagnos eller att fel kod valts på treställig nivå. Fem procent av journalerna hade mindre fel i val av huvuddiagnos, fel kod i fjärde alternativt femte position. Som nämnts tidigare är de flesta granskningarna problemorienterade på ett eller annat sätt och kan inte anses vara representativa för en generell bedömning.

Efter korrigerings av klassificering och omgruppering ändrades sju procent av vårdtillfällena till DRG med högre vikt och åtta procent till vårdtillfällen till DRG med lägre vikt i ett urval av drygt 2 300 journaler av de totalt 4 200 journalerna.



# Råd inför diagnosgranskning

---

- Förankra studien i landstingsledningen innan start!  
Se till att få beslut och resurser för studien.
- Klargör syftet med studien.  
Finns andra syften än att bedöma om diagnos- och åtgärds-koder är korrekta i jämförelse med journalanteckningar och klassifikationernas regler och rekommendationer?
- Granskningen ska primärt ha kodningskvalitet som syfte, men även uppföljning av kodning i samband med DRG kan vara motiv för granskning.
- Bestäm urval. Vad ska granskas? Är det hela landstinget, ett enskilt sjukhus, en eller flera specialiteter eller kliniker, DRG-relaterade vårdtillfällen etc?
- Bestäm omfattningen av granskningen.  
Den måste omfatta minst 5 granskade journaler per klinik
- Grundklassificeringen i underlaget ska omfatta ICD-10 respektive NCSP, vilket innebär 1997 och framåt.
- Strikt tillämpning av WHO:s och Socialstyrelsens regelverk ska följas.
- Minst två granskare bör utföra granskningen (överprövning av en tredje person i tveksamma fall). Granskare med dokumenterade kunskaper i klassifikation och DRG-frågor är att rekommendera.
- Använd standardiserade bedömningsprotokoll vid granskningen. Det borgar för att granskningen likriktas och kan jämföras med andra studier.
- De etiska kriterierna bör vara att endast oidentifierade journalhandlingar ska hanteras i granskningsprocessen.
- När det gäller kontakten med de granskade klinikerna är det viktigt
  - att inför granskningen informera klinikerna noggrant om syftet med granskningen, urvalet av journaler och oidentifieringen av journaler

- att informera sig om klinikernas eventuella riktlinjer för diagnos-sättning och lathundar
  - att återkoppla resultatet av granskningen med detaljerat material till klinikerna i form av skriftlig redovisning
  - att tänka på att resultatgenomgångar med klinikerna är värdefulla.
- Granskningen ska vara dokumenterad med avseende på
    - målsättning
    - urval
    - metod
    - resultat.

# Referenser

---

Nilsson AC, Spetz CL, Carsjö K, Nightingale R, Smedby B. Slutenvårdsregistrets tillförlitlighet. Diagnosuppgifter bättre än sitt rykte. Läkartidningen 1994; 91: 598–605

Smedby B. Diagnosgranskning – en metod att höja kvaliteten i hälso- och sjukvårdsdata. Föredrag vid konferensen ”Vet vi vad som görs i hälso- och sjukvården?” 15–16 november 2001 i Helsingborg

O’Malley KJ, Cook KF, Price MD, Wildes KR, Hurdle JF, Ashton CM. Measuring diagnoses: ICD code accuracy. Health Service Research 2005 Oct;40(5 Pt 2) :1620–39

Bryngelsson S. Likriktning honnörsord för diagnoskodare (Standardization is the prestige word for coders) Läkarsekreteraren 2002:7, 4–6

Johnston G, Crombie IK, Davies HTO, Millard A. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. Quality in Health Care 2000;9:23–36

Campbell SE, Campbell MK, Grimshaw JM, Walker AE. A systematic review of discharge coding accuracy. J Pub. Health Medicine 2001 Vol. 23 No.3 :205–211

Slutrapport Projekt: QID-SÖS/StG. Kvalitetsutveckling av diagnosklassificering vid några kliniker på Södersjukhuset och Sankt Görans sjukhus. Stockholms läns landsting, Landstingsstyrelsens förvaltning, Vårdersättningar. 2005

Bryngelsson S. Diagnosgranskning – en övergripande presentation. Föredrag vid konferensen ”Vet vi vad som görs i hälso- och sjukvården?” 15–16 september 2005 i Stockholm.

# Bilaga

---

## Exempel på bedömningsprotokoll

### *Bedömningsprotokoll*

För huvuddiagnosen anges något eller några av följande alternativ:

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

För bidiagnoserna anges något eller några av följande alternativ:

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

För kap XX-koderna anges något eller några av följande alternativ:

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

För åtgärdskoderna anges något eller några av följande alternativ:

- \* Korrekt kod
- \* Felaktig kod
- \* Saknad kod:
- \* Fel ordningsföljd, huvudoperationskod ska vara: