

## Om helsetjenesten

# Diagnose versus kode

### Sammendrag

**Bakgrunn.** Opplysninger om kodepraksis ved Sørlandet sykehus førte til at Helsetilsynet høsten 2003 og våren 2004 førte tilsyn med om det var samsvar mellom journalopplysninger og valgte diagnoser og koder.

**Materiale og metode.** Modifisert systemrevisjon ble utført ved sammenliknbare øre-nese-hals-avdelinger og neurologiske avdelinger ved tre sykehus. Kodene fra to sykehus ble sammenliknet med allerede oversendte koder til Norsk pasientregister (NPR).

**Resultater.** Alle avdelinger brukte teksten i ICD-koden som diagnose. Systematiske feildiagnoser ble funnet ved én øre-nese-hals-avdeling. Alle avdelingene kodet feil, de neurologiske mest. Koder var endret i betydelig omfang ved oversendelse til Norsk pasientregister. Endringene var ikke journalført.

**Fortolkning.** Feildiagnoser forekom, men sjelden ved de fleste avdelingene. Mange diagnoser ble upresise fordi bare diagnoser i ICD-10 ble anvendt. Reglene for koding av sykehusavdelingsopphold var ofte ikke fulgt. Koder oversendt Norsk pasientregister var endret uten medisinsk begrunnelse og ikke journalført.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Grethe Hellstrøm Hoddevik

*ghh@helsetilsynet.no*  
Statens helsetilsyn  
Postboks 8128 Dep  
0032 Oslo

Innsatsstyrt finansiering har økt interessen for morbiditetskodning. Det er godt kjent at feil gjøres når kode for en diagnose eller tilstand skal velges (1–4). Feilene blir lett flere når slike koder skal sammenstilles for å kode sykehusopphold. Retningslinjer for koding er gitt i ICD-10, opplæringsheftet til ICD-10 og i egne nasjonale og internasjonale retningslinjer og veiledninger (5–8).

I kjølvannet av den mye omtalte kode-saken ved Sørlandet sykehus, besluttet Helsetilsynet å føre tilsyn med om det var overensstemmelse mellom journalopplysninger og de angitte diagnoser og koder ved utskrivning. Siden tilsynet krevde journalgjennomgang, ble også journalkvaliteten vurdert i henhold til journalforskriften. Tilsynet tok også sikte på å registrere om sykehusene endret koder ved oversendelse av lister til Norsk pasientregister (NPR), slik at pasienter endte opp med diagnosekoder som ikke var dekkende for problemstillingen under de aktuelle avdelingsoppholdene.

### Materiale og metode

Tilsynene ble gjennomført som modifiserte systemrevisjoner ved tre sykehus med sammenliknbare øre-nese-hals-avdelinger og neurologiske avdelinger. Ansatte som var involvert i eller hadde ansvar for diagnostisering, journalføring eller kodevalg, ble intervjuet. Sakkyndige gjennomgikk 100 journaler ved hver avdeling. Journalene var selektert etter de samme fastsatte kriterier ved alle avdelingene, og dette sikret at journalutvalget var representativt for avdelingens virksomhet i 2002 (9). De sakkyndige vurderte og registrerte diagnoser, koder og journalkvalitet. Når journalopplysninger ikke underbygde den valgte diagnosen ved det aktuelle avdelingsoppholdet, ble diagnosen registrert som feil. Diagnosekodevalget ble bedømt ut fra den valgte diagnosen enten den var riktig eller feil. De registrerte kodene ved to sykehus ble oversendt Kompetansesenteret for IT i helsevesenet som sammenholdt disse kodene med dem som disse to sykehusene allerede hadde oversendt Norsk pasientregister.

### Resultat

Funnene fremgår av tabell 1 og rapporten fra tilsynet (9).

### Diagnosevalg

Alle avdelingene hadde systemer som skulle sikre at pasientene fikk riktige diagnoser. I alle journalene var diagnosen bare angitt med teksten til den valgte koden. De fleste feilene i øre-nese-hals-diagnosene gjaldt bruk av søvnapné uten at hovedsymptomet apné var angitt. Én avdeling stod for alle disse feilene. Bare to andre feil ble funnet. Den ene gjaldt bruk av tumordiagnose etter at tumor var fjernet. Den andre gjaldt bruk av peritonsillær abscess uten at abscess ble påvist. De fleste feilene ved de neurologiske avdelingene gjaldt valg av diagnose for noe som allerede var fjernet ved operasjon, slik som tumor, prolaps eller subduralt hematom. En hyppig feil var også at hovedproblemstillinger under oppholdet som hodepine, abdominalsmerter, talevansker, søvnforstyrrelse, hukommelses- og konsentrasjonsvansker var angitt som bidiagnose, mens pasientens kroniske sykdom som Parkinsons sykdom, multipel sklerose, epilepsi eller trigeminusneuralgi var angitt som hoveddiagnose. I to journaler burde status epilepticus vært brukt som diagnose istedenfor epilepsi. Parestesidiagnose var én gang brukt for smerteproblematikk, en annen gang for svimmelhet. Parestesier var ikke beskrevet i noen av disse journalene. Andre feil var bruk av diagnosen hjerneinfarkt når journalopplysningene talte for transitorisk iskemisk attack, kronisk tonsillitt når journalopplysningene talte for mer omfattende cytomegalovirusinfeksjon og ryggmerter enda det spesifikt i journalen stod at pasienten ikke hadde vondt i ryggen.

### ! Hovedbudskap

- Manglende skille mellom diagnose- og kodevalg kan føre til upresise diagnoser
- Koder som oversendes Norsk pasientregister ble endret uten medisinsk begrunnelse og uten journalføring
- Ikke utsendt epikrise var hyppigste brudd på journalforskriften

**Tabell 1** Feil angitt i prosent ved de tre sykehusene. Kodefeilene omfatter både feil i tilstandskoding og koding av avdelingsopphold

Sykehus	Avdeling	Feildiagnoser (%)	Feil i journalføring (%)	Kodefeil (%)
1	Øre-nese-hals	16	20	26
1	Nevrologisk	6	0	70
2	Øre-nese-hals	1	6	11
2	Nevrologisk	7	2	45
3	Øre-nese-hals	0	3	13
3	Nevrologisk	15	2	64

### Kodevalg

Diagnosekodefeilene gjaldt kode fra feil kapittel og kode med feil i 2., 3. eller 4. tegn. De fleste feilene ble funnet i koding av avdelingsopphold. Oftest var for mange koder brukt, dvs. journalen inneholdt ikke opplysninger om at det var brukt ressurser på alle de angitte kodene. Noen få tilfeller av for få koder ble også funnet. Ombytting av koder for hoveddiagnose og bidiagnose var hyppig. Prosedyrekodevalget var gjennomgående i overensstemmelse med journalopplysningene. Ingen av sykehusene eller avdelingene hadde gode nok systemer for å fange opp feil i kodevalg.

### Journalføring

Journalforskriften var brutt ved fem av seks avdelinger. Oftest var epikrise ikke sendt ut. Både innkomstjournal og nødvendig journalnotat kunne mangle. En journal hadde nødvendig mange skrivefeil som kunne føre til misforståelser.

### Sammenlikning av NPRs koder og de journalførte koder

Ved begge sykehus var det gjort endringer uten medisinsk grunnlag. Ved en avdeling gav alle endringene høyere DRG-vekt. Ved de andre avdelingene ga noen endringer høyere DRG-vekt, andre lavere. Totalt gav endringene høyere utbetaling. Det var ikke gjort endringer eller merknader i journalene til noen av de pasientene som hadde fått endret sin diagnose- eller prosedyrekode.

### Diskusjon

Pasienters sikkerhet og rettssikkerhet kan være i fare dersom de får diagnoser som ikke bygger på deres symptomer og tegn. Hovedformålet med dette tilsynet var derfor å undersøke om pasienter hadde fått diagnoser som ikke stemte med journalførte symptomer og tegn. De feildiagnosene vi fant, var av forskjellig art. Bare en avdeling hadde systematisk brukt en diagnose som journalopplysningene ikke underbygde. Mange av de øvrige feildiagnosene hadde preg av å være oppstått fordi en dekkende diagnose ikke var funnet i ICD-10.

Ikke overraskende var kodekvaliteten nesten utelukkende avhengig av den enkelte leges interesse for og kunnskap om koding. Avdelingssjefens engasjement for å velge riktige koder var også viktig. Der sjefen var

opptatt av riktig kodevalg, var avdelingens koding god.

Ingen av avdelingssjefene hadde kontroll på hvilke koder sykehusets administrasjon til slutt sendte til Norsk pasientregister. Ved de to sykehusene der Helsetilsynet kontrollerte de oversendte data til registeret, var det gjort til dels store endringer ved oversendelsen. Dette har ikke bare en økonomisk konsekvens, men også betydning for statistikk som baserer seg på de registrerte koder i Norsk pasientregister. Undersøkelser har vist at denne og annen statistikk som er basert på diagnosekoding, kan være så dårlig at den ikke bør brukes i forskning der diagnosekodestatistikken er avgjørende for resultatet (1, 10–12).

I alle de gjennomgåtte journalene var diagnosen bare angitt med teksten til den valgte diagnosekoden. Det er selvfølgelig helt i orden i de tilfeller der kodeteksten er dekkende for den aktuelle diagnosen. I noen tilfeller var det imidlertid klart at dekkende medisinsk diagnose ved oppholdet ikke hadde noen kode med helt identisk tekst. I slike tilfeller var det ikke angitt en presis medisinsk diagnose i journalen. Vårt tilsyn avdekket således at det ved de undersøkte avdelingene ikke ble skilt klart mellom diagnose- og kodevalg, og det medførte at pasientene fikk upresise og noen ganger feil diagnoser. Diagnoser skal stilles ut fra medisinsk-faglige vurderinger alene. Alle kjente diagnoser kan velges. Diagnosekoder derimot velges for å kunne føre statistikk. For ulike formål finnes ulike utvalg av diagnosekoder. ICD-10 er en klassifikasjon som danner grunnlag for statistikk, og er ikke ment som noen somatisk medisinsk lærebok til bruk i diagnosesetting. Klassifikasjonen inneholder et begrenset antall diagnoser/tilstander som WHO ønsker å følge statistisk. Når klassifikasjonen ikke inneholder en diagnose som det vil være aktuelt å stille i somatisk spesialisthelsetjeneste, er det nødvendig å velge den koden som ligger nærmest den riktige diagnosen.

Ved alle avdelingene var det legene som valgte koder. Dette kan være en årsak til at det ikke klart ble skilt mellom diagnosesetting og kodevalg siden legene gjør begge deler. I land der kodingen utføres av andre enn leger, vil det være lettere å skille mellom diagnose og kode. En slik arbeidsfordeling medfører imidlertid ikke nødven-

digvis bedre koding (13, 14). Forbedrings tiltak har vist seg å være nødvendig også der (15, 16).

Standarden på kodingen var god ved to av de tre øre-nese-hals-avdelingene, mens den tredje og særlig de tre nevrologiske avdelingene hadde et stort forbedringspotensial. Helse- og omsorgsdepartementet er orientert om funnet. Et prosjekt som tar sikte på å gi ansvarlige innenfor de ulike somatiske spesialiteter grundigere opplæring i riktig bruk av diagnose-/tilstandskoder, er nå satt i verk.

Manuskriptet ble godkjent 10.6. 2005.

### Litteratur

1. Sintef. Er det sammenfall mellom journalopplysninger og innrapporterte data? En studie av 500 pasientopphold ved norske somatiske sykehus i 2001. Trondheim: Sintef, 2003.
2. Hsia DC, Krushat WM, Fagan AB et al. Accuracy of diagnostic coding for medicare patients under the prospective-payment system. *N Engl J Med* 1988; 318: 352–5.
3. Valdes CB, Puime AO. Main errors in the discharge report and in the registry book of a hospital. *Med Clin* 1992; 98: 565–7.
4. Bredland T. Kodeakrobatikk? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 3085.
5. Meads SM, Brown F, red. ICD-10 coding fundamentals: a comprehensive coding guide for healthcare professionals. Los Angeles, CA: Practice Management Information Corporation, 1997.
6. Alexander S, Conner T, Slaughter T. Overview coding. *Am J Health Syst Pharm* 2003; 60 (21 suppl 6): 11–4.
7. KITH/ICD-10 kodeveiledning 2000. Trondheim: KITH, 2000.
8. Sosial- og helsedepartementet. Innsatsstyrt finansiering 2001 med prisliste. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.
9. Statens helsetilsyn. Tilsyn med kodepraksis. Oslo: Statens helsetilsyn, 2004.
10. Romano PS, Chan BK, Schembri ME et al. Can administrative data be used to compare post-operative complication rates across hospitals? *Med Care* 2002; 40: 856–67.
11. Fisher ES, Whaley FS, Krushat WM et al. The accuracy of Medicare's hospital claims data: progress has been made, but problems remains. *Am J Pub Health* 1992; 82: 243–8.
12. Rothenberg RB, Aubert RE. Ischemic heart disease and hypertension: effect of disease coding on epidemiologic assessment. *Public Health Rep* 1990; 105: 47–52.
13. Simoes E, Freund JF, Grzeschiuchna CM et al. Quality of statutory inpatient database before introducing DRGs. *Gesundheitswesen* 2002; 64: 521–6.
14. Lorance DP, Ibrahim IA. Disparity in coding concordance: do physicians and coders agree? *J Health Care Finance* 2003; 29: 43–53.
15. Reng CM, Blaas S, Bregenzler N et al. Effects of contemporaneous control of DRG-relevant coding physicians. *Dtsch Med Wochenschr* 2003; 128: 2059–64.
16. Shin E, Dow WH, Kaluzny AD et al. Disease coding errors by health care organizations: effects of government quality intervention. *Int J Health Plann Manag* 2003; 18: 151–9.