



Kvalitetsnetværkspakke om ICPC-2 diagnosekodning

OKTOBER 2026



ICPC-2-diagnosekodning i fysioterapipraksis

Kvalitetsnetværkspakke fra Enhed for Kvalitet og Modernisering

Varighed: 3 timer inklusive 30 minutters pause

Kort introduktion

Brug af ICPC-2-diagnosekodning er en vigtig del af dit arbejde som praktiserende fysioterapeut og en central del af dokumentationen i fysioterapipraksis.

Som praktiserende fysioterapeut skal du under speciale 51 og 57 diagnosekode alle patienter med:

- o Artrose i hofte/knæ
- o Primære smerter i lænderyggen
- o Lumbal spinalstenose
- o Nerverodspåvirkning i nakke/lænd

Diagnosekodning af ovenstående er uafhængigt af, om patienten er i et struktureret forløb eller ej.

Det er frivilligt at diagnosekode ift. andre diagnoser.

Denne pakke tager afsæt i [EKM's vejledninger, videoer og FAQ](#) samt det officielle [diagnosekort](#).

Formål

Formålet med denne kvalitetsnetværkspakke er at styrke arbejdet med diagnosekodning både i kvalitetsnetværket og i egen klinik.

Kvalitetsnetværkspakken giver dig overblik over diagnosekodning og viden om, hvad du skal gøre. Den lægger også op til fælles refleksion og udveksling af erfaringer med forskellige måder at arbejde med diagnosekodning på. Arbejdet med kvalitetsnetværkspakken er dermed med til at styrke arbejdet hos dig og i din klinik med ICPC-2-diagnosekodning.



Fælles refleksion og erfaringsudveksling

Der lægges særligt op til fælles refleksion og udveksling af erfaringer om:

- Valg af korrekt og mest præcis diagnosekode
- Sammenhæng mellem klinisk ræsonnering og valg af diagnosekode

Derudover er der fokus på:

- Ensartethed og validitet¹ i kodningen
- Arbejdsgange og organisering i klinikken
- Ledelsesmæssig forankring og oplæring

Kvalitetsnetværkspakken danner grundlag for:

- Faglige drøftelser af valg af diagnosekode
- Erfaringsudveksling om implementering i den kliniske hverdag
- Dialog om, hvordan vi sikrer systematisk diagnosekodning

Husk, at din kvalitetsnetværkskoordinator ikke er "eksperten". Din koordinator sørger for at facilitere dialogen og kan bringe eventuelle tvivlsspørgsmål videre.

¹ **Klinisk validitet:** At diagnosen er verificeret ved sikre kliniske eller parakliniske fund, altså at den registrerede diagnose er sand og korrekt i forhold til patientens tilstand



Hvad får du ud af at diagnosekode?

Diagnosekodning gør det lettere at dokumentere og skabe overblik over det arbejde, du allerede laver. Samtidig gør det fysioterapeutens faglighed og rolle tydeligere – både over for patienten, kollegaer og andre faggrupper.

Når du bruger diagnosekoder systematisk, får du:

Stærkere faglig dokumentation

- Du tydeliggør din vurdering af patientens problemstilling og dit kliniske ræsonnement
- Det bliver lettere at forstå, hvad patienten behandles for – også når andre skal overtage eller følge op på et forløb
- Du får et bedre overblik over dine patienttyper og forløb

Bedre samarbejde

- Et fælles diagnosesprog gør kommunikationen med læger, hospitaler, kommuner og andre sundhedsprofessionelle mere tydelig
- Det giver et bedre grundlag for sammenhængende patientforløb og gode overgange mellem sektorer
- Når alle registrerer på samme måde, bliver det lettere at sammenligne og forstå både den enkelte patients forløb og de patientgrupper, vi arbejder med

Mulighed for kvalitetsudvikling

- Systematisk registrering giver dig mulighed for at se mønstre i din egen klinik – fx hvilke patientgrupper du behandler, og hvordan deres forløb udvikler sig
- Du kan bruge dine egne data til at følge op på og udvikle kvaliteten i klinikken
- På længere sigt giver samlede data bedre viden om fysioterapipraksis og et stærkere grundlag for faglige anbefalinger og udvikling af området

Synliggørelse af fysioterapi

- Når patientforløb registreres ensartet, bliver det tydeligere, hvilke patienter fysioterapipraksis behandler, og hvilken rolle fysioterapeuter spiller i sundhedsvæsenet
- Samlede data kan bruges til at synliggøre fysioterapiens betydning over for beslutningstagere og i udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen



Kort fortalt får du:

- Mere struktur og overblik over dine patienter og forløb
- Bedre dokumentation af det arbejde, du allerede laver
- Tydeligere klinisk ræsonnering og faglighed
- Lettere samarbejde med andre faggrupper og sektorer
- Mulighed for at bruge egne data til kvalitetsudvikling
- Større synlighed af fysioterapi i sundhedsvæsenet

Diagnosekodning er altså mere end en registreringsopgave. Det giver dig et bedre overblik over din egen praksis og bidrager samtidig til bedre samarbejde, kvalitetsudvikling og mere viden om fysioterapi – se også Bilag 4.

Hvad kan du forvente?

På kvalitetsnetværksmødet får du mulighed for faglige drøftelser, erfaringsudveksling og sparring med dine kvalitetsnetværksskolleger om:

- Hvordan I sikrer systematisk og ensartet brug af ICPC-2
 - Så alle har mulighed for at arbejde ud fra samme principper og forståelser
- Hvordan I håndterer tvivl om kodevalg
 - F.eks. ved komplekse patientforløb eller gråzoner mellem symptom- og sygdomskode
- Hvordan kodningen integreres naturligt i den kliniske arbejdsgang
 - Så kodning bliver en hjælp og ikke en ekstra byrde
- Hvordan I oplærer nye medarbejdere
 - Og derved skaber en fælles forståelse og praksis i klinikken
- Hvordan I evt. følger op på kvaliteten af kodningen
 - F.eks. ved interne drøftelser, audit eller gennemgang af eksempler



Forberedelse

For at få størst muligt udbytte af kvalitetsnetværksmødet er det vigtigt, at du på forhånd har orienteret dig i materialet (se afsnittet *Materialer*).

Reflektér over din egen praksis:

- Hvordan er du kommet i gang med ICPC-2-diagnosekodning?
- Hvordan vælger du konkret din ICPC-2-diagnosekode?
- Oplever du situationer, hvor kodevalget er vanskeligt eller uklart?
- Har I en fælles procedure i klinikken eller gør I det forskelligt?
- Følger I op på kodningspraksis fx via diagnose-rapporter og hvordan fungerer det?

Gør dig desuden tanker om:

- Hvilke forventninger har du til dagens møde?
- Hvad kan du byde ind med?
- Har du konkrete cases eller data, der kan danne grundlag for drøftelse?

Kvalitetsnetværkskoordinator

Din forberedelse er yderligere beskrevet i dokumentet "Tips til forberedelse og indkaldelse" der ligger her: [Kvalitetsnetværkskoordinator – ekm.dk](#) samt i faciliteringsguiden.

Det anbefales, at koordinatoren:

- Forbereder de 4 konkrete cases med kodningsdilemmaer (Bilag 1)
- Overvejer, om der kan medbringes anonymiserede dataudtræk eller f.eks. resultater fra audit (Bilag 3)
- Planlægger gruppeøvelser med cases fra bilag 1 og diagnosekortet, som findes under Materialer



Materialer

Inden kvalitetsnetværksmødet er det vigtigt, at du orienterer dig i materialet om diagnosekodning. Du finder det her:

[Diagnosekodning og Sentinel – ekm.dk.](#)

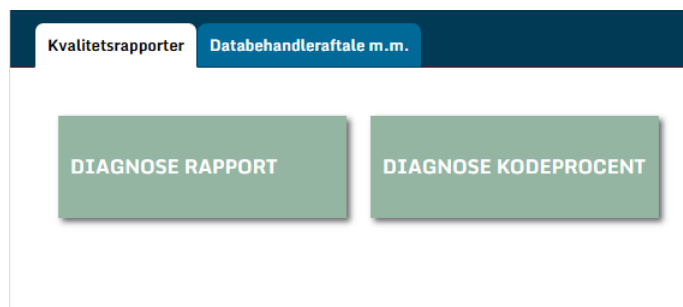
- Se "Webinar om diagnosekodning"
- Læs "Vejledning til ICPC-2-diagnosekodning"

Her finder du links til supplerende materiale til arbejdet med ICPC-2-diagnosekodning:

- ICPC-2 diagnosekort: [64762ac509a553b6dfb3f448_icpc_2_kodekort.pdf](#)
- Beskrivelse af klassifikationsprincipper for ICPC-2: [Diagnosekodning ICPC-2 - KiAP](#)

Se dine rapporter over diagnoser her: <https://sentinel-data.dk>

- o Log ind med dit virksomheds-MitID



Kilder

1. [EKM – Materiale om diagnosekodning](#) (vejledninger, videoer, FAQ)
2. [ICPC-2 diagnosekort og klassifikationsprincipper](#)
3. [ICPC-2](#)

Bilag

1. Case-ark til gruppearbejde + 1. A Mulige svar til cases
2. Forslag til skabelon til intern instruks
3. Forslag til mini-audit-skema til journalgennemgang
4. Hvorfor er diagnosekodning vigtig i et større perspektiv?



Drøftelser under kvalitetsnetværksmødet

Følgende spørgsmål kan anvendes:

1. Klinisk praksis

Overvej følgende spørgsmål

- Koder vi både med symptom- og sygdomsdiagnoser – og hvornår gør vi hvad? Hvilken kode beskriver bedst årsagen til behandlingsforløbet, og registrerer alle på samme måde? Hvornår giver øget præcision værdi?
- Hvor præcist bør vi kode i vores daglige praksis? Hvilken kode beskriver patientens problem bedst, og er den mest præcise kode altid den bedste?
- Koder vi symptomer/sygdomme der er relevante for os i vores behandling f.eks. P70 Demens?

2. Arbejdsgange

- Hvordan sikrer I, at der kodes ved afslutningen af første konsultation?
- Er det behandlerens ansvar, eller har klinikken et fælles ansvar for at sikre kvaliteten af diagnosekodningen? Arbejder klinikken med et fælles fokus? Og følges der løbende op på det?
- Har vi en skriftlig procedure for kodning? F.eks. til nyansatte for at sikre ensartethed

3. Faglig refleksion

- Er der systematiske forskelle mellem os? Anvender nogle mest specifikke sygdomskoder og andre mere generelle symptomkoder? Kan vi lære noget af hinandens praksis?
- Hvad siger vores data om vores kliniske profil? Afspejler data den faktiske patientpopulation? Matcher vores efteruddannelse de problemstillinger, vi ser hyppigst?



Opsamling i plenum

Følgende spørgsmål kan bruges i den fælles afsluttende drøftelse:

- Hvilke tanker har drøftelserne sat i gang?
- Har du opdaget et behov for at ændre praksis hjemme i klinikken?
- Skal kvalitetsnetværket sætte et fælles mål for indsatsen?

Eksempler på mål:

På klinikniveau:

- "Vi sikrer, at 95 % af alle vores forløb er registreret med en relevant ICPC-2-kode"²
- "Vi gennemfører årlig intern audit af 10 journaler"

På behandlerniveau:

- "Jeg vil være mere præcis i valget mellem symptom- og sygdomskode"
- "Jeg vil bruge diagnosekortet aktivt ved tvivl"

² Dette er blot et lokalt eksempel og skal ikke forveksles med kravet om diagnosekodning af alle inden for de specifikke patientgrupper nævnt i introduktionen.



Opsamling – hvad tager jeg/klinikken med hjem?

Hvordan får du videreformidlet?

Individuel refleksion inkl. udfyldelse af implementeringsplan: Brug det separate ark Implementeringsplan V1_Okt 2024.

Overvej, hvordan læring fra mødet kan implementeres:

- Hvordan sikrer vi, at nyansatte oplæres i klinikens procedure for ICPC-2-kodning? F.eks. gennemgang af ICPC-2, en mentorordning, eller gennemgang af journaler?
- Skal der udarbejdes en intern instruks? F.eks. hvem koder og hvornår, hvilke patientgrupper og hvordan håndteres komorbiditet?
- Kan der indlægges faste faglige drøftelser af kodning på personalemøder? F.eks. månedens kodecase
- Hvad kan vi lære af hinanden ift. implementering og kvalitetssikring? F.eks. er der arbejdsgange hos den enkelte behandler, der bør standardiseres?

Overvej også:

- Hvad tager du særligt med hjem fra dagens drøftelser?
- Hvilke konkrete tiltag vil du iværksætte i din egen praksis?
- Har du fået nye redskaber, der kan kvalificere din dokumentation og organisering?
- Hvordan vil du sikre, at dine medarbejdere eller kolleger bliver involveret i den videre proces?
- Hvad bliver dit første skridt, når du kommer tilbage i klinikken?
- Aftale om hvem der gør hvad, når I er hjemme igen – hvis I er en klinik
- Hvordan opdager jeg, at ændringen rent faktisk virker efter hensigten?

Opfølgende aktiviteter

For at sikre fremdrift og fastholde arbejdet med ICPC-2:

- Aftal en opfølgende dato, hvis I vil arbejde videre med emnet
- Overvej at gennemføre en mini-audit om 6 måneder for at se udviklingen
- Husk din implementeringsplan til næste møde, hvor du skal dele erfaringer og udfordringer med din makker
- Drøft, hvordan jeres data fra Sentinel kan anvendes aktivt i kvalitetsudvikling og faglige beslutninger



Bilag 1

Case-ark til gruppearbejde – ICPC-2-diagnosekodning - 4 cases

Formål

At styrke klinisk ræsonnering og sikre ensartet kodningspraksis gennem drøftelse af patientforløbene i de fire nedenstående cases.

Arbejdsform

- Grupper på 3–4 personer
- Hver gruppe drøfter de 4 cases
- Gruppen skal nå frem til:
 1. Valg af ICPC-2-diagnosekode
 2. Begrundelse for kodevalget
 3. Alternativ kode (hvis relevant)
 4. Overvejelser om kodningsprincip (symptom vs. diagnose)

Patientcase 1 – Uspecifikke lænderygsmerter

Patient: 42-årig kontoransat

Problem: Lænderygsmerter i 3 uger

Ingen radikulære symptomer, intet traume

Objektivt: Bevægelsesindskrænkning, paravertebral ømhed

Ingen røde flag

Drøft:

- Skal der kodes symptom- eller specifik sygdomsdiagnose?
- Hvilken ICPC-2-diagnosekode er mest præcis?
- Ville kodningen ændre sig efter 6 uger?



Patientcase 2 – Skuldersmerter med mistanke om subacromielt smertesyndrom

Patient: 58-årig håndværker

Problem: Smerter ved elevation og natlige smerter

Objektivt: Positiv impingement-test

Varighed: 4 måneder

Drøft:

- Er der grundlag for en specifik sygdomsdiagnosekode?
- Hvornår bør man vælge en mere generisk kode/en symptomdiagnose?
- Hvilke faldgruber er der?

Patientcase 3 – Knæ smerter hos ældre patient

Patient: 71 år

Problem: Tiltagende smerter i højre knæ

Røntgen: Gonartrose

Funktion: Gangbesvær > 500 m

Drøft:

- Skal der kodes på symptom eller verificeret sygdomsdiagnose?
- Hvilken kode afspejler bedst klinisk realitet?
- Hvad hvis røntgensvar ikke forelå?

Patientcase 4 – Kronisk nakkesmerte med psykosocial påvirkning

Patient: 36 år

Problem: Nakkesmerter i 1 år

Psykosocial belastning/Stress jf. notat fra egen læge

Ingen neurologiske udfald

Drøft:

- Hvordan håndteres komorbiditet?
- Kodes kun hovedproblem?
- Har vi en fælles praksis i klinikken?



Fælles refleksion efter gruppearbejde

Var der enighed i grupperne?

Brug refleksionen til at afdække:

- Om grupperne valgte samme ICPC-2-diagnosekoder
- Om begrundelserne var ens eller forskellige
- Om der var variation i tolkning af *symptom-* vs. *specifik sygdomsdiagnose*

Formål: At opdage mønstre – både styrker og uens praksis.

Hvor opstod tvivlen?

Typiske steder, hvor tvivl kan opstå:

- Når f.eks. en mistanke om diagnose skal kodes som symptom eller ikke specificeret lidelse
- Hvor sikre objektive fund skal være, før man vælger diagnosekode
- Håndtering af komorbiditet (f.eks. psykosocial påvirkning)
- Langvarige symptomer: Skal varighed ændre koden?
- Manglende billeddiagnostik eller endnu ikke verificeret diagnose
- Forskellig praksis i forhold til brug af L-koder vs. P eller Z-koder i komplekse tilfælde

Gode spørgsmål at drøfte:

- "Hvilke oplysninger manglede, før gruppen følte sig sikker på koden?"
- "Hvilke kodningsprincipper var i spil?"
- "Skyldtes forskellene faglig vurdering eller uklarhed om ICPC-2-reglerne?"



Behov for at præcisere de interne kodningsprincipper?

Her kan drøftelsen lede til konkrete beslutninger og områder at standardisere f.eks.:

- Hvornår kodes symptom-, og hvornår kodes sygdomsdiagnose?
- Skal psykosociale forhold konsekvent registreres som sekundære koder?
- Hvornår må der bruges "ikke specificeret"-koder?
- Hvordan dokumenteres usikkerhed?
- Hvordan understøttes ensartet praksis i komplekse muskel-skelet tilfælde (lænd, nakke, skulder)?
- Procedurer for kodning, når der endnu ikke foreligger paraklinik – brug af symptomdiagnosekoder og hvornår de anvendes versus sygdomsdiagnosekoder

Eksempler på praksisaftaler:

- Ved usikkerhed kodes der med en symptomkode
- Psykosociale forhold kan være relevante for behandlingsplanen. En eventuel ekstra kode kræver en selvstændig, begrundet vurdering og tilstrækkeligt dokumentationsgrundlag.
- Kun én hovedkode pr. kontakt, men sekundære koder bruges efter behov
 - o Der frarådes ekstra koder for symptomer, der er direkte afledt af den primære diagnose



Bilag 1A Mulige svar til patientcases

Patientcase 1 – Uspecifikke lænderygssmerter

Valg af kode:

- L03 – symptom/klage fra lænd - primære smerter i lænderyggen

Begrundelse:

- Ingen radikulære tegn – derfor ikke L86
- Symptomet er uspecifikt, ingen strukturel diagnose stillet
- Intet traume, ingen røde flag

Alternativ kode:

Kodningen kan ændres til en specifik sygdomsdiagnosekode, hvis den kliniske vurdering på et senere tidspunkt peger på en mere specifik rygtilstand, f.eks.:

Lumbal spinalstenose eller nerverodspåvirkning i lænden.

- L84 – Rygsyndrom uden udstrålende smerter
- L86 – Rygsyndrom med smerteudstråling.

Patientcase 2 – Skuldersmerter med mistanke om subacromielt smertesyndrom

Valg af kode

- **Primært valg: L08 – Symptom/klage fra skulder**
- Alternativt valg hvis man vurderer, at der klinisk foreligger subacromielt smertesyndrom: L92 – Skuldersyndrom

Begrundelse

- ICPC-2 har ikke en specifik impingement-kode³
- Valget afhænger af, om du vurderer, at der foreligger en egentlig klinisk sygdomsdiagnose (L92), eller blot en symptomatisk mistanke (L08)

Hvornår skal du vælge en symptomkode?

- Ved usikkerhed

³ ICD-10 har en kode for skulderimpingement som casen lægger op til, men den findes ikke i ICPC-2-diagnosekodekataloget, derfor vælges L08 eller L92 afhængigt af, om det skal være en symptom- eller diagnosekode



- Når udredning ikke er afsluttet og differentialdiagnoser stadig er åbne
- Ved manglende objektive fund eller fundene ikke er tilstrækkeligt specifikke
- Når der endnu ikke er tilstrækkeligt klinisk grundlag for en specifik sygdomsdiagnose
- Man bør ikke kode mere specifikt, end dokumentationen kan bære. Hvis journalen kun beskriver smerter og enkelte kliniske tests uden konklusion om impingement, vil en symptomdiagnose ofte være mere korrekt.

Faldgruber

- At overdiagnosticere strukturelle årsager, en positiv impingement-test er ikke ensbetydende med, at diagnosen er endeligt fastslået
- **Differentialdiagnostik:**
 - Tendinopati, bursit, impingement og rotator cuff-læsion kan give samme fund

Patientcase 3 – Knæ smerter hos ældre patient

Valg af kode

- L90 Artrose i knæ

Alternativ kode

- L15 symptom/klage fra knæ

Begrundelse

I denne case foreligger der:

- Tiltagende knæ smerter
- Røntgenverificeret gonartrose
- Funktionstab med gangbesvær > 500 m

Derfor bør man sygdomskode frem for symptomkode, da symptomkoden for knæ smerter er mindre dækkende, fordi årsagen til symptomerne nu er kendt.

Hvilken kode afspejler bedst klinisk realitet?

- L90 Artrose i knæ

Begrundelse:

- Diagnosen er objektivt understøttet af røntgen
- Symptomer og funktionsnedsættelse stemmer overens med fundet
- Koden beskriver både sygdommen og baggrunden for patientens gener



At anvende en symptomkode for knæ smerter ville undervurdere den diagnostiske viden, der foreligger.

Hvad hvis røntgensvar ikke forelå?

- Hvis der kun foreligger symptomer som tiltagende smerter i knæ og ingen sikker diagnose kan L15 symptom/klage fra knæ benyttes
- Hvis artrose er fagligt begrundet og stemmer overens med den dokumenterede kliniske vurdering, vil man stadig kunne anvende L90 artrose i knæ ud fra:
 - o Høj alder
 - o Belastningsrelaterede smerter
 - o Stivhed
 - o Klinisk billede

ICPC-2 afspejler den kliniske vurdering, ikke nødvendigvis billeddiagnostisk verifikation. Omvendt bør man ikke kode artrose, hvis dokumentationen kun beskriver uspecifikke knæ smerter uden tilstrækkeligt grundlag.

Patientcase 4 – Kronisk nakkesmerte med psykosocial påvirkning

Valg af kode

- L01 – symptom/klage fra cervikalregion

Psykosocial komponent

Psykosociale forhold kan være relevante for behandlingsplanen. En eventuel ekstra kode kræver en selvstændig, begrundet vurdering og tilstrækkeligt dokumentationsgrundlag.

Beskrivelsen »psykosocial belastning/stress« giver ikke i sig selv tilstrækkeligt grundlag for f.eks. at anvende P02 akut belastningsreaktion.

Overvejelser

- ICPC tillader flere samtidige koder
 - o Der frarådes ekstra koder for symptomer, der er direkte afledt af den primære diagnose
- Kod hovedårsagen til kontakten først
- Psykosociale forhold bør kodes, hvis de påvirker behandlingen eller er en del af problemet og har betydning for behandlingsplanen og dokumentationen, men ikke i dette tilfælde hvor case-oplysningerne ikke giver tilstrækkeligt grundlag for en specifik psykisk diagnosekode



Bilag 2 Forslag til skabelon til intern instruks – ICPC-2-diagnosekodning

Titel

Instruks for ICPC-2-diagnosekodning i [Klinikkens navn]

Formål

At sikre ensartet, korrekt og systematisk diagnosekodning i henhold til principperne i ICPC-2

Omfang

Instruksen gælder for alle behandlere i klinikken

1. Overordnede principper

- Der skal registreres en relevant ICPC-2-diagnosekode ved opstart af behandlingsforløb [for patientgrupperne/for alle patienter] under speciale 51 og 57
- Kodningen skal afspejle patientens primære behandlingsproblem
- Der vælges den mest præcise kode, som aktuelt kan begrundes klinisk
- Der kodes ikke bredere end nødvendigt og ikke mere specifikt end det kliniske grundlag tillader

2. Symptom- vs. specifik sygdomsdiagnose

- Der kodes specifik sygdomsdiagnose, når denne er klinisk begrundet, herunder:
 - Ved sikre kliniske fund
- Der kodes symptomdiagnose, når:
 - Der ikke foreligger sikre kliniske fund ift. at kunne verificere en sygdomsdiagnose
 - Der er tale om uspecifik problematik

3. Tidspunkt for kodning

- Kodning foretages ved afslutningen af første konsultation
- Kodning revurderes og opdateres ved væsentlig ændring i problemstilling, herunder:
 - Ny diagnostisk viden
 - Overgang fra symptom- til specifik sygdomsdiagnose
 - Væsentlig ændring i problemets karakter eller fokus



4. Ansvar

- Den enkelte behandler er ansvarlig for korrekt og ajourført ICPC-2-diagnosekodning i egne patientforløb
- Klinikejer/faglig ansvarlig følger op på kodningspraksis gennem audit minimum én gang årligt
- Den enkelte behandler er som minimum ansvarlig for at diagnosekode alle patienter med:
 - o Artrose i hofte/knæ
 - o Primære smerter i lænderyggen
 - o Lumbal spinalstenose
 - o Nerverodspåvirkning i nakke/lænd

Diagnosekodning af ovenstående er uafhængigt af, om patienten er i et struktureret forløb eller ej.

5. Oplæring

- Nye medarbejdere introduceres til klinikkens kodningspraksis ved ansættelse
- Der afsættes tid til:
 - o gennemgang af klinikkens arbejdsgange/instrukser
 - o gennemgang af diagnosekort
 - o orientering i ICPC-2-struktur og principper
 - o gennemgang af relevante vejledninger og materialer fra EKM

6. Kvalitetssikring

- Klinikken gennemfører årlig mini-audit
- Resultater drøftes på personalemøde
- Eventuelle justeringer af praksis eller instruks dokumenteres og implementeres

Godkendelse

Godkendt dato: _____

Ansvarlig: _____

Revisionsdato: _____



Bilag 3 Forslag til mini-audit-skema – ICPC-2-diagnosekodning

Formål

At vurdere kvaliteten af diagnosekodning i patientjournaler med fokus på præcision, konsistens og sammenhæng til klinisk ræsonnering.

Anvendelse

- Gennemgå f.eks. 5–10 tilfældigt udvalgte patientforløb
- Audit kan gennemføres individuelt eller i fællesskab
- Resultaterne bruges til refleksion og forbedring – ikke kontrol / "fejlfinding"

Auditspørgsmål

1. Er der angivet en relevant ICPC-2-diagnosekode for forløbet?

(Vurder om der er kodet – og om det er gjort systematisk)

2. Er den valgte kode fagligt relevant og dækkende for patientens problemstilling?

(Vurder om koden matcher det kliniske billede)

3. Er der sammenhæng mellem den valgte diagnosekode og journalens indhold (anamnese, undersøgelse, vurdering)?

(Vurder koblingen til klinisk ræsonnering)

4. Er der taget stilling til valg mellem symptomkode og specifik sygdomsdiagnosekode (hvor relevant)?

(Vurder om valget virker reflekteret – især i gråzoner)

5. Er kodningen konsistent med klinikkens instruks?

(Vurder om valget af kode følger aftalerne i klinikken hvis der er aftaler, ellers kan dette spørgsmål udelades)

Scoringsmodel

Vurdering	Point	Betydning
Opfyldt	2	Kriteriet er opfyldt
Delvist opfyldt	1	Kriteriet er delvist opfyldt
Ikke opfyldt	0	Kriteriet er relevant, men ikke opfyldt
Ikke relevant	Udelades	Kriteriet gælder ikke for det konkrete forløb

Den samlede score beregnes sådan:



Score i procent = opnåede point / (2 × antal relevante spørgsmål) × 100

Eksempel: En journal vurderes til 2, 1, 2, 0 og Ikke relevant. Det giver 5 point ud af 8 mulige, altså 62,5 %.

For at gøre resultatet gennemskueligt bør I altid vise det som: 5/8 point · 62,5 % · 4 af 5 spørgsmål relevante.

Vær opmærksom på:

- "Ikke relevant" må ikke bruges, fordi dokumentationen mangler, eller vurderingen er vanskelig. Manglende dokumentation for et relevant kriterium skal vurderes efter de aftalte kriterier for opfyldelse
- Skriv jeres aftaler ned ift. hvordan I definerer et spørgsmål som "Ikke relevant", så I kan gentage og sammenligne audits
- Vis antallet af udeladte spørgsmål. Ellers kan to ens procentscorer skjule, at der er vurderet forskellige forhold
- Hvis alle spørgsmål er »Ikke relevant«, kan der ikke beregnes en score
- Brug scoren sammen med resultaterne for hvert spørgsmål. En høj samlet score kan skjule en konkret mangel, der kræver handling. Scoren er et lokalt opfølgingsredskab og er ikke i sig selv et valideret mål for den samlede kvalitet
- En procentscore fra audit er forskellig fra fx klinikkens mål om "95 % af alle vores forløb er registreret med en relevant ICPC-2-diagnosekode"

Ved audit af flere journaler anbefales det at lægge alle opnåede point sammen og dividere med alle mulige point for de relevante spørgsmål. Undgå et simpelt gennemsnit af journalernes procenttal, når antallet af relevante spørgsmål varierer. Ved gentagelse bør I bruge samme kriterier og en sammenlignelig udvælgelse af journaler.

Supplerende refleksionsspørgsmål (valgfri)

Til brug i netværket eller internt i klinikken:

- Hvor opstår de typiske udfordringer i kodevalget?
- Er der behov for fælles gennemgang af diagnosekort?
- Skal klinikkens aftaler/retningslinjer præciseres?
- Skal vi sætte konkrete mål (f.eks. forbedring på et udvalgt auditspørgsmål ved næste audit?)
- Hvordan kan vi bruge vores data mere aktivt?



Anbefaling til implementering

For at få reel effekt bør audit kobles til handling:

- Gennemfør audit på f.eks. 5 journaler pr. behandler
- Drøft resultater i fællesskab (uden individfokus)
- Identificér 1-2 konkrete forbedringstiltag
- Følg op med mini-audit efter 3-6 måneder

Opfølgning

Dato for ny audit: _____

Ansvarlig: _____



Samtykke ved journalaudit

Når du skal udføre journalaudit, behøver du ikke indhente patientens samtykke, før du slår op i journalen jf. Styrelsen for Patientsikkerhed.

Der er dog nogle betingelser, som skal være opfyldt:

- Din ledelse skal have givet dig tilladelse til at indhente journaloplysningerne. Tilladelsen skal let kunne genfindes
- Det skal være nødvendigt at indhente oplysningerne for at kunne udføre journalauditten
- Det skal efterfølgende være muligt at se, at opslaget er foretaget som led i journalaudit

Det betyder, at du ikke selv skal indhente samtykke fra patienterne, når du udfører journalaudit som led i kvalitetssikring. Men du skal sikre dig, at din ledelse har godkendt, at du foretager opslagene.

Hvad hvis du er selvstændig?

Hvis du er selvstændig, fx lejer dig ind på en klinik, har du ikke nødvendigvis en leder, som har ledelsesret og personaleansvar for dig.

I så fald skal du selv vurdere, om det er nødvendigt at indhente journaloplysningerne for at udføre journalauditten. Du skal også sikre, at det efterfølgende kan dokumenteres, at opslaget er foretaget med det formål at udføre audit.

Vi anbefaler altid, at du orienterer klinikejeren om, at du vil gennemføre en journalaudit, og at du i den forbindelse har brug for at indhente journaloplysninger.

Læs mere omkring samtykke her:

[Sådan bruges sundhedsdata - Sundhedsdatastyrelsen](#)

[Journalføringsbekendtgørelsen](#)

[Rådgivning og regler](#)



Bilag 4 Hvorfor er diagnosekodning vigtigt i et større perspektiv?

Diagnosekodning handler ikke kun om registrering i den enkelte klinik. Når fysioterapeuter bruger et fælles diagnosesprog, bliver fysioterapi en tydeligere del af patientens samlede forløb og af det øvrige sundhedsvæsen.

Samtidig skaber systematisk og ensartet registrering et bedre datagrundlag for kvalitetsudvikling, forskning og udvikling af fysioterapipraksis. Det kan give mere viden om, hvilke patienter vi behandler, hvordan de behandles, og hvor der er behov for at udvikle praksis.

Diagnosekodning skal ikke begrænse den faglige frihed. Tværtimod kan et fælles diagnosesprog skabe mere struktur og et bedre grundlag for at bruge vores faglighed og kliniske ræsonnering.