

Bedre kvalitet på medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten

Rapport fra et samarbeidsprosjekt mellom de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet



Heftets tittel: Bedre kvalitet på medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten
Rapport fra et samarbeidsprosjekt mellom de regionale
helseforetakene og Helsedirektoratet

Utgitt: Oktober 2008

Bestillingsnummer: IS-1598

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling pasientklassifisering, økonomi og analyse
Postadresse: Postboks 7000, St. Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2

Tlf.: 810 200 50
Faks: 24 16 30 01
www.helsedir.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksakekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling: Oppgi bestillingsnummer IS-1598

Foto: Ann Lundin, Yan Vugenfirer
Grafisk design: Aase Bie

INNHOOLD

Del 1. Hovedrapport

Sammendrag og konklusjoner	3
1. Bakgrunn og formål for samarbeidsprosjektet	6
2. Organisering av samarbeidsprosjektet	8
2.1. Samarbeidsprosjektets mandat	8
2.2. Arbeidsgruppen	8
2.3. Spesialgrupper	9
2.4. Samarbeid med andre	9
3. Konklusjoner og anbefalinger	10
3.1. Ansvarsfordeling	10
3.2. Organisering av opplæring	10
3.3. Økonomiske og administrative konsekvenser	11
3.4. Verktøy for grunnopplæring	11
3.5. Spesialister med driftsavtale	12
3.6. Kvalitetsindikatorer	12
3.7. Internkontroll	13
4. Andre momenter	14
4.1. Kvalitet vedr. registrering av administrativ informasjon	14
4.2. Systematiske kodeanalyser og tilbakemeldinger	15
4.3. Hjemmel for myndighetenes krav til medisinsk koding	16
4.4. Tilgjengelighet av elektronisk søkeverktøy	17
5. Medlemmer i arbeidsgruppen og spesialgruppene	19

Del 2. Vedlegg. Rapporter fra spesialgrupper

1. Grunnopplæring i medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten	20
2. Informasjon om medisinsk koding i 2008 for avtalespesialister	29
3. Kvalitetsindikatorer for medisinsk koding	34
4. Internkontroll	41
Journalgjennomgang Eksempelrapport, Ortopedisk avdeling	55



Sammendrag og konklusjoner

Rapporter fra Riksrevisjonen, Statens helsetilsyn og Avregningsutvalget konkluderer med at kvaliteten på medisinsk koding må bli bedre.

Etter oppdrag fra Helsedirektoratet har en arbeidsgruppe med representanter fra Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene og KITH (Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren) i denne rapporten fremmet konkrete tiltak for å oppnå bedre kvalitet i medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten.

Premisser (forutsetninger) for arbeidsgruppens anbefalinger

- Helsedirektoratet er tillagt forvaltningen av medisinske kodeverk, herunder overordnet ansvar for å sette standard, gi retningslinjer og sørge for at nødvendig informasjonsmateriale blir utarbeidet og gjort tilgjengelig.
- De regionale helseforetakene og utførende virksomheter i spesialisthelsetjenesten har ansvaret for at kvaliteten på medisinsk koding er tilfredsstillende, herunder opplæring og kontroll av kodekvaliteten.
- Statens helsetilsyn og Riksrevisjonen fører tilsyn med at helseforetakene koder i samsvar med de krav helsemyndighetene stiller.
- Avregningsutvalget er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet og skal gi råd knyttet til utbetalingsgrunnlaget for Innsatsstyrt finansiering (ISF), herunder om koding.

Anbefalinger fra arbeidsgruppen

- Grunnopplæring i medisinsk koding prioriteres. De regionale helseforetakene bør gjøre grunnopplæringen obligatorisk for alle som koder i virksomheter i spesialisthelsetjenesten. For dette formålet utvikler Helsedirektoratet et e-læringsprogram som er gratis og tilgjengelig for bruk i spesialisthelsetjenesten.
- Det foreslås at RHF'ene også stiller krav om grunnopplæring i medisinsk koding for spesialister med driftsavtale. Det er utarbeidet en orientering beregnet på spesialister som har liten kodeerfaring.

- For videreopplæring anbefales Helsedirektoratets retningslinjer for spesielle fagområder (eksempler: hjerteinfarkt, kreft, fødsler, snorkeoperasjoner). Retningslinjene publiseres elektronisk på Helsedirektoratets og KITH sine nettsider.
- Det anbefales at de regionale helseforetakene og helseforetakene har et opplæringsprogram, egen kodeansvarlig leder og tilstrekkelig antall ansatte til å gjennomføre opplæring og kvalitetssikring på medisinsk koding.
- Helseforetakene styrker internkontrollen for å sikre at de krav regelverket stiller til kvaliteten på medisinsk koding, blir oppfylt. Internkontrollen bør være et ledd i helseforetakenes totale kvalitetssystemer. Det er utarbeidet en veileder for internkontroll basert på journalgjennomgang og avvikshåndtering, samt bruk av kvalitetsindikatorer (vedlegg 4).
- Kvalitetsindikatorer tas i bruk til å overvåke kodekvaliteten på data som rapporteres til Norsk pasientregister. Arbeidsgruppen har foreslått fire indikatorer (vedlegg 3).
- I tillegg til analyser knyttet til kvalitetsindikatorer, bør myndighetene sørge for at følgende systematiske kodeanalyser finner sted:
 - løpende frekvenstelling av benyttede koder som grunnlag for vedlikehold og forbedring av kodeverkene
 - fagområdespesifikke analyser som grunnlag for fagmiljøene og evaluering av behov for fagspesifikke retningslinjer
- Det settes i gang tiltak for å bedre registreringspraksis knyttet til administrativ informasjon. Aktuelle tiltak er eksempelvis utarbeidelse av retningslinjer for registrering og rapportering til NPR, samt videreutvikling av de administrative kodeverkene.
- Hjemmel gitt i forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i NPR for pålegg om bruk av medisinske kodeverk som ikke er knyttet utelukkende til finansieringsformål, anbefales brukt aktivt når forskriften trer i kraft.
- Tilgang til et gratis etablert nasjonalt elektronisk søke- og oppslagsverktøy på www.finnkode.kith.no bør bedres ved direkte integrasjon i virksomhetenes datasystemer.

Arbeidsgruppens anbefalinger til oppfølging

- Helsedirektoratet følger opp anbefalingene i rapporten og bruker sin myndighet som forvaltningsorgan til å iverksette tiltak for å bedre kvaliteten i medisinsk koding.
- RHFene tar overordnet ansvar for å organisere arbeidet for bedre kodekvalitet og legger forholdene til rette for iverksettelse av foreslåtte tiltak for grunnopplæring, internkontroll og andre tiltak.
- Rapporten sendes til Helse- og omsorgsdepartementet, RHF, HF, Helsetilsynet og aktuelle fagforeninger.
- Rapporten presenteres og drøftes på møter mellom Helsedirektoratet og RHF/HF høsten 2008.
- Prosjektets arbeidsgruppe fortsetter som et samarbeidsforum mellom direktoratet og RHF'ene.

1. Bakgrunn og formål for samarbeidsprosjektet

Bruken av medisinske klassifikasjoner og kodeverk har en ca 150 år lang historie. Opprinnelig var dette et redskap for dødsårsaksstatistikk basert på diagnoser. Etter hvert er det utviklet et omfattende system med klassifikasjoner og kodeverk for diagnoser, tiltak/prosedyrer, funksjoner, funksjonshemming og helsetilstand. Noen er internasjonale og eiet av Verdens helseorganisasjon (WHO), mens andre er nasjonale eller knyttet til internasjonalt samarbeid.

Riktig koding er en forutsetning for produksjon av god og pålitelig informasjon om virksomheten i helsetjenesten. Data som innrapporteres til og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR) brukes både av sentrale helsemyndigheter og de regionale helseforetakene til statistikk, planlegging, styring og finansiering.

Både spesialisthelsetjenesten selv og flere eksterne instanser har pekt på at kvaliteten på medisinsk koding bør bli bedre. Riksrevisjonen, Statens helsetilsyn og Avregningsutvalget har gjennomført tiltak for å vurdere kvaliteten på koding i spesialisthelsetjenesten. Det er dokumentert at kvaliteten på medisinsk koding ved helseforetakene ikke er god nok. I Riksrevisjonens rapport, dokument nr 3:7 (2005–2006), er hovedpunktene at

- mange leger har ikke tilstrekkelig kompetanse til å utføre tilfredsstillende kodearbeid
- legene får ikke tilstrekkelig opplæring i gjeldende regelverk for koding
- mange leger kjenner ikke godt nok til regelverket for medisinsk koding
- flere av helseforetakene mangler retningslinjer for hvordan regelverket skal etterleves
- koding og kvalitetssikring av kodingen er ikke tilstrekkelig integrert i driften

Det er et økende behov for relevant informasjon og dokumentasjon fra helsetjenesten. Den elektroniske pasientjournalen (EPJ) forventes å bli den viktigste datakilden og forutsetningen for effektiv elektronisk samhandling. Dette stiller strenge kvalitetskrav til datainnsamlingen. Tiltakende bruk av IKT bidrar til å skjerpe kravet om presisjon på de data som skal legges inn i IKT-systemene. Dette forutsetter entydig og riktig bruk av klassifikasjoner, kodeverk og termer.

Helsedirektoratets arbeid har følgende mål: *Helsefaglige klassifikasjoner, kodeverk og termer skal bidra til høy kvalitet på data som brukes i offentlig helsestatistikk, planlegging og styring, elektronisk samhandling, og som grunnlag for innsatsstyrt finansiering.*

Høy kvalitet skal oppnås gjennom gode samarbeidsrutiner og kontaktnett med fagmiljøer i og utenfor direktoratet, aktiv deltakelse i internasjonalt samarbeid, oppbygging av kompetanse hos helsearbeidere og fortløpende evaluering av arbeidet.

2. Organisering av samarbeidsprosjektet

I brev av 4. desember 2006 til de regionale helseforetakene tok Helsedirektoratet initiativ til et samarbeid med sikte på å fremme kvaliteten på medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten. Hovedvekten ble lagt på å øke kompetansen hos de som foretar koding. I dagens praksis er dette først og fremst leger.

Helsedirektoratet har ledet prosjektet gjennom en *arbeidsgruppe* med representanter fra de fire regional helseforetakene, Helsedirektoratet og KITH (Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren). KITH har som kompetanseorgan hatt en viktig rolle som rådgiver og har utført oppdrag for prosjektet. På første møtet som ble holdet i Helsedirektoratet 1. februar 2007, ble prosjektets organisasjon fastlagt.

2.1. Samarbeidsprosjektets mandat

- utarbeide et opplæringsprogram for å sikre god medisinsk koding gjennom å øke legers og andre koderes kompetanse
- foreslå andre tiltak for å øke kjennskap til regelverket for koding og utarbeide forslag til interne retningslinjer for hvordan regelverket skal etterleves
- foreslå tiltak for å sikre at koding og kvalitetssikring av koding blir tilstrekkelig integrert i driften
- kartlegge eksisterende tiltak, omfang, innhold, organisasjon og samarbeidsformer
- bygge på samarbeid mellom RHF'ene, Helsedirektoratet, KITH, Legeforeningen og andre aktuelle aktører
- utarbeide et system for løpende evaluering av kodekvalitet basert på kvalitetsindikatorer

2.2. Arbeidsgruppen

Fra hvert regionalt helseforetak ble en representant invitert til å delta i en arbeidsgruppe som hadde som mandat å utarbeide et nasjonalt program for å sikre korrekt faglig koding. Sekretariatet ble lagt til direktoratet. I samråd med sine overordnede skulle arbeidsgruppen koordinere og lede arbeidet. Nødvendig opplæringsmateriale skulle utarbeides og gjøres tilgjengelig gratis.

Arbeidet ble dels utført av samlet gruppe, dels av spesialgrupper som kunne knytte til seg eksterne spesialister.

2.3. Spesialgrupper

Det ble opprettet fire spesialgrupper som skulle gå i dybden på fire utvalgte områder. Gruppene har utarbeidet rapporter som kommer som vedlegg til hovedrapporten.

Spesialgruppenes oppgaver:

- Utrede formelle og helsefaglige krav til kvalitet på medisinsk koding
- Identifisere problemer som virker inn på kodekvaliteten
- Legge fram forslag på opplæring og andre kvalitetsfremmende tiltak
- Utarbeide relevant opplæringsverktøy

Spesialgruppe 1. Grunnopplæring

Oppgave: Danne grunnlag for systematisk og standardisert grunnopplæring basert på E-læring.

Spesialgruppe 2. Praktiserende spesialister med driftsavtale

Oppgave: Utarbeide en plan for tilrettelegging og gjennomføring av grunnopplæring for praktiserende avtale-spesialister. Opplæringen skal bygge på verktøyet for grunnopplæring som utarbeides av spesialgruppe 1.

Spesialgruppe 3. Kvalitetsindikatorer på medisinsk kodekvalitet

Oppgave: Legge fram forslag til kvalitetsindikatorer som kan brukes for å synliggjøre og sammenligne kodepraksis i et system for evaluering av kodeverksarbeidet.

Spesialgruppe 4. Internkontroll

Oppgave: Integrere kvalitetssikring av koding i driften. Utarbeide forslag til et system for internkontroll basert på intern journalrevisjon og avvikshåndtering. Ta utgangspunkt i lov om tilsyn med helsetjenesten som pålegger alle som driver helsetjenester å ha system for internkontroll for å sikre at tjenesten drives i samsvar med lover og forskrifter.

2.4. Samarbeid med andre

I tillegg til arbeid utført av deltakerne i arbeidsgruppen og spesialgruppene, har det vært kontakt med enkeltpersoner fra fagmiljøene og aktuelle organisasjoner

- Kvalitetsprosjektet som er et samarbeid mellom RHFene, Norsk pasientregister og Legeforeningen
- Legeforeningen
- Psykologforeningen
- Private aktører. Analysesenteret og Nirvaco

3. Konklusjoner og anbefalinger

3.1. Ansvarsfordeling

Gjennomføring av tiltak for bedre kodekvalitet forutsetter et nært samarbeid mellom direktoratet, de regionale helseforetakene og helseforetakene.

Helsedirektoratet er tillagt forvaltningen av kodeverk, klassifikasjoner og terminologi. Dette innebærer å

- ta beslutninger om innføring, bruk og endringer i kodeverk
- koordinere arbeidet med innføring av kodeverk
- stille krav og sette standard for riktig og enhetlig koding
- utgi retningslinjer og veiledningsmaterieell om riktig koding
- ta initiativ til, og legge forholdene til rette for opplæring i riktig koding

I praksis betyr dette at Helsedirektoratet i tillegg til å sette standard for medisinsk koding, har ansvaret for å gi retningslinjer og sørge for at nødvendig informasjonsmateriale blir utarbeidet og gjort tilgjengelig gratis. Direktoratet gir råd og veiledning til utøvere av spesialisthelsetjenester. Det er nært faglig samarbeid mellom direktoratet og KITH som har bygget opp høy kompetanse på område medisinske klassifikasjoner og brukes som rådgiver og utfører oppdrag for Helsedirektoratet.

De regionale helseforetakene og de utførende virksomhetene har ansvaret for kvaliteten på medisinsk koding og gjennomføring av opplæringen. Det anbefales at hvert RHF og HF har egen kodeansvarlig leder og tilstrekkelig antall ansatte for å ivareta disse oppgavene. Det blir opp til den enkelte institusjon å ta standpunkt til hvor stor del av tiltakene som gjennomføres ved bruk av egen undervisningskompetanse eller gjennom kjøpte tjenester.

3.2. Organisering av opplæringen

Opplæringen bør gjøres obligatorisk for personell som medvirker til medisinsk koding. Det bør etableres et system for å gjennomføre opplæring og sikre at medisinsk koding utføres i samsvar med de krav helsemyndighetene stiller. Grunnopplæringen gis høyest prioritet. I tillegg bør det holdes kurs og andre samlinger for utdyping og videreopplæring. Rådgivning og personlig veiledning bør organiseres.

3.3. Økonomiske og administrative konsekvenser

Forutsetningene for å gjennomføre de foreslåtte tiltakene er at Helsedirektoratet dekker utgiftene for de oppgaver som er direktoratets ansvar. For de regionale helseforetakene og helseforetakene er nødvendig opplæring og kvalitetssikrings-tiltak lovpålagte oppgaver som finansieres over virksomhetenes driftsbudsjett.

3.4. Verktøy for grunnopplæring

Helsedirektoratet utarbeider et e-læringsverktøy for grunnopplæring. De primære målgruppene er leger og andre som koder, men også personell som medvirker til kvalitetssikring av medisinsk koding. Programmet skal være gratis og tilgjengelig for alle aktører i spesialisthelsetjenesten.

Verktøyet er ment som et hjelpemiddel for virksomhetene i gjennomføring av nødvendig grunnopplæring. Virksomhetene står fritt til å gjennomføre opplæring på annet vis. Ansvar for gjennomføring, oppfølging og evaluering følger ledelseslinjen i virksomhetene, uavhengig av valgt metode for opplæring

E-læringen skal være problembasert, kunne gjennomføres på kort tid, og teoridelen skal være kortfattet. Det tas sikte på at programmet skal kunne brukes direkte på Internett, via Norsk helsenett og kunne brukes via tilgjengelig infrastruktur på arbeidsplassen eller hjemme.

En strukturert test basert på flervalgsspørsmål vil være en integrert del av opplæringsverktøyet. Lagring og statistisk behandling av testresultater vil gi grunnlag for evaluering og oppfølging.

I tillegg til grunnopplæringen har Helsedirektoratet gitt ut retningslinjer med mer utfyllende informasjon for spesielle fagområder. Disse er elektronisk tilgjengelige på Helsedirektoratets og KITH sine nettsider.

Opplæringsverktøyet er per august 2008 ikke ferdig. Prosessuelle detaljer framgår av den mer detaljerte rapporten i vedlegg 1.

Tentativ videre framdrift

- August–oktober 2008: Ferdigutvikling av teknisk løsning. Import og pedagogisk tilrettelegging av innhold
- Oktober–november 2008: Pilotering og feilretting
Tilgjengelig for bruk begynnelsen av 2009

Mer utfyllende informasjon finnes i vedlegg 1.

3.5. Spesialister med driftsavtale

Krav om medisinsk koding gjelder også praktiserende spesialister med driftsavtale som er en del av spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgruppen anbefaler at de regionale helseforetakene stiller krav om gjennomført kode-opplæring for de spesialistene de har avtaler med. Det kan være aktuelt å holde regionale kurs.

Spesialistenes yrkesorganisasjoner som har vært representert i spesialgruppen, anbefales også å delta i opplæringen.

Konklusjoner

- Opplæringen skal bygge på verktøyet for grunnopplæring som utarbeides av Helsedirektoratet.
- Det er spesielle utfordringer knyttet til å nå fram med informasjon til avtalespesialister. God og tilgjengelig informasjon blir viktig for å lykkes med gjennomføring av opplæringsprogrammet. I samarbeid med spesialgruppen har Helsedirektoratet i august 2008 sendt et informasjonsskriv til alle avtalespesialister.
- Gruppen har utarbeidet en presentasjon tilpasset avtalespesialister om medisinsk koding med vekt på ICD-10. Presentasjonen kan gjøres tilgjengelig for de som ønsker å behandle koding i møtesammenheng. Presentasjonen skal kunne brukes som et bibliotek, hvor brukerne kan velge ut/tilpasse innhold etter behov. Innholdet fordrer imidlertid forkunnskaper om koding, og en ønsker derfor ikke å sende presentasjonen til alle avtalespesialister i opplæringsøyemed. Serien planlegges presentert på aktuelle møter for avtalespesialister høsten 2008.

Det vises til spesialgruppens rapport i vedlegg 2.

3.6. Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer for medisinsk koding er utvalgte data som kan gi informasjon om kodepraksis og kvaliteten på utført koding. Kvalitetsindikatorene bør være knyttet til kvalitetsmål. I prosjektet er det lagt vekt på å komme fram til relativt få, presise kvalitetsindikatorer.

Nasjonale kvalitetsindikatorer tar utgangspunkt i data som er rapportert til NPR. Indikatorene kan brukes til vurdering av kodekvaliteten på medisinske data som rapporteres til sentrale helseregistre, ved internkontroll og journalrevisjoner, samt til vurdering av administrative prosesser knyttet til koding.

I prosjektet er det foreslått fire kvalitetsindikatorer. Det vises til spesialgruppens rapport i vedlegg 3.

3.7. Internkontroll

Det er flere metoder for gjennomføring av internkontroll. I dette prosjektet er hovedvekten lagt på å presentere en metode for *journalgjennomgang* (revisjon). Formålet er å undersøke om institusjonens prosedyrer for registrering av medisinske koder i elektronisk pasientjournal og de pasientadministrative systemene fungerer i samsvar med de krav regelverket stiller. Fokus rettes mot sammenhengen mellom det som er dokumentert i pasientens journal og de koder som er registrert for å uttrykke denne dokumentasjonen. Det er også foreslått kvalitetsindikatorer for bruk ved internkontroll.

Mer informasjon finnes i spesialgruppens rapport i vedlegg 4.

4. Andre momenter

I tillegg til de hovedområder spesialgruppene har vurdert særskilt, er det også identifisert enkelte andre tema som arbeidsgruppen anser å være av betydning for oppnåelse av bedret kodekvalitet. Disse forholdene belyses kortfattet nedenunder.

4.1 Kvalitet vedrørende registrering av administrativ informasjon

Arbeidet som ligger til grunn for denne rapporten har særlig vært konsentrert omkring de medisinske kodene (diagnosekoder og prosedyrekoder). Bruken av disse kodene er sentrale i beskrivelse av de sykdommer og helserelaterte problemer som helsehjelp er rettet mot, og med hvilke metoder helsehjelpen gis. Samtidig er diagnosekoder og prosedyrekoder som står alene verdiløse, de medisinske kodene krever en kontekst for at et korrekt og meningsbærende bilde av helsehjelp skal kunne oppnås. Denne konteksten representeres av de administrative registreringer som gjøres parallelt med den medisinske kodingen.

Sentrale eksempler på administrativ informasjon som registreres kan være begynnelse og sluttidspunkt for en helsehjelpsepisode, kategorisk angivelse av omsorgsnivå, hvilket helsepersonell som har gjennomført helsehjelpen, sted for gjennomføring av helsehjelp, hvilken enhet som har behandlet pasienten m.v. Informasjon av denne typen er ikke bare av betydning for reliabel aktivitetsstatistikk til ulike styrings-, forsknings- og kvalitetsformål, men er også av betydning for beregningsmodellene ved aktivitetsbasert finansiering. I mange tilfeller er konsekvensen av feil i registrering av slik informasjon av langt større betydning enn mindre feil ved medisinsk koding.

En av utfordringene i denne forbindelse har vært at aktivitetsdata fra sykehus over mange år har blitt rapportert todelt etter forskjellige standarder og for forskjellige formål. Det har vært ett rapporteringssystem til NAV for poliklinikkdata, og et annet system for rapportering av aktivitetsdata til Norsk pasientregister (NPR). De forskjellige rapporteringsveiene har påvirket systemene og rutineene for registrering i virksomhetene. Igangsatte prosesser i retning av å gjøre NPR til felles grunnlag for alle de store aktivitetsavhengige finansieringsordningene, vil bidra til standardisering og mer enhetlig registreringspraksis.

En annen utfordring har vært todelt rapporteringsform for aktivitetsdata til NPR de siste fem år: Dels etter flatfilformatet «NPR-record», og dels etter XML-formatet «NPR-meldingen». Fordi de to rapporteringsformatene tross visse likheter representerer vesentlig forskjellige datamodeller, har deres parallelle eksistens vært med på å gi et noe utydelige bilde av myndighetenes krav til registrering og rapportering av administrativ informasjon.

NPR-record er under utvikling, samtidig som NPR-meldingen har funnet en form som de fleste leverandører av PAS/EPJ-systemer kan tilpasse seg til. Dette legger til rette for en forenkling av myndighetenes arbeid med tydeliggjøring av registreringskrav.

Utover ovennevnte, mener arbeidsgruppen at følgende vil kunne være av betydning for bedret registreringspraksis knyttet til administrativ informasjon:

- Utarbeidelse av retningslinjer for registrering og rapportering til NPR. Retningslinjene må ta utgangspunkt i elementer spesifisert i NPR-meldingen, men gi utfyllende opplysninger om bruk og forståelse på en slik måte at både systemleverandører og registreringsansvarlige kan ha praktisk nytte av dem.
- Videreutvikling av administrative kodeverk (for eksempel kodeverk for personellkategorier, kontakttyper, finansieringsform, m.v.)

4.2 Systematiske kodeanalyser og tilbakemeldinger

En grunnleggende forutsetning for kvalitet ved enhver form for datainnsamling, er tilbakemeldinger til avsender av informasjon. Det sentrale innholdet i slike tilbakemeldinger vil alltid være eventuelt avvik fra en standard eller en normaltendens, samt observerte endringer over tid. Rutinemessige analyser og vurderinger av innsendte data er hovedgrunnlaget for å kunne gi slike tilbakemeldinger.

Arbeidet sentrert rundt forslaget til kvalitetsindikatorer representerer noen typer systematiske analyser som kan gjøres, og som kan gi grunnlag for tilbakemeldinger til rapporterende virksomheter. I tillegg vil fagområdespesifikke analyser være av betydning for dialog med og standardisering av praksis innen fagmiljøer.

Arbeidsgruppen anbefaler at utover de analyser som gjøres i relasjon til kvalitetsindikatorarbeidet, bør følgende systematiske kodeanalysearbeid finne sted:

- Løpende frekvenstellinger av benyttede koder innen de ulike kodeverkene.
- Fagområdespesifikke analyser som grunnlag for evaluering av behov for fagspesifikke retningslinjer.
- Internettpublisering av sentrale funn (eventuelt med anonymisering av virksomheter)

4.3 Hjemmel for myndighetenes krav til medisinsk koding

Særlig i relasjon til arbeidet med grunnopplæringsprogrammet har det blitt poengtert at formalitetene omkring medisinsk koding har vært svake. Ingen lov eller forskrift har regulert den medisinske kodingen. Det har riktignok vært hjemmel i helseregisterloven for at forskrift om bruk av bestemte kodeverk og klassifikasjoner kan gis, men slik forskrift har ikke blitt gitt. I stedet har kodepraksisen vært basert på sedvane og myndighetenes utgivelse av diverse kodeverk.

Den sterkeste driveren for standardisert bruk av kodeverk har uansett vært de aktivitetsavhengige finansieringsordningene der det har vært krav til bruk av visse kodeverk. Krav til medisinsk koding begrunnet i finansieringsordninger er uheldig. Dette gir inntrykk av at medisinsk koding er noe som utelukkende gjøres ut fra finansieringsformål. Dermed undertrykkes budskapet om at kodingen inngår i en helhetlig aktivitetsbeskrivelse som grunnlag for lokale og nasjonale styringsformål av administrativ eller kvalitetsmessig art. I tillegg påvirkes kodepraksis, ved at kodingen blir selektiv ut fra økonomiske hensyn. Det betyr at koder som ikke påvirker beregningen av aktivitetsavhengig finansiering i mindre grad benyttes, og at aktivitetsformer utenfor beregningsgrunnlaget for finansieringsordningene i mindre grad blir beskrevet med koder.

Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister er fastsatt, og vil tre i kraft når nye krav til sikkerhet er implementert. § 2-2, annet ledd lyder:

«Sosial- og helsedirektoratet kan gi pålegg om bruk av bestemte klassifikasjonssystemer og kodeverk ved registrering av opplysningene, og om bruk av standardiserte meldingsformater ved forsendelsen av opplysningene».

Med dette vil det foreligge en fast hjemmel for pålegg om bruk av de medisinske kodeverkene som ikke er knyttet utelukkende til finansieringsordninger. I stedet vil pålegg om bruk av kodeverk være knyttet til forskriftens bestemmelser om hvilke opplys-

ninger registeret kan inneholde, som igjen er forankret i hovedformålet med Norsk pasientregister («danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester, herunder den aktivitetsbaserte finansieringen»).

Den nye hjemmelen gir bedre anledning enn tidligere til å fremheve hvilken kontekst den medisinske kodingen står i og hva informasjonen kan brukes til. Formålet med kodingen som gjelder i et nasjonalt perspektiv, gjelder like sterkt både innen enkeltvirksomheter og på regionalt nivå. Ved å vise til hjemmelen og til formålet på det nasjonale plan, kan man således øke forståelsen for bruk og nytte av kodeinformasjonen også på et mer lokalt plan. Således vil den nye hjemmelen kunne bidra til å lette kommunikasjonen med virksomheter og enkeltpersoner med ansvar for medisinsk koding.

Tydeliggjøring av hjemmelsgrunnlaget vil også kunne gi de retningslinjer som utarbeides for de ulike kodeverkene, større tyngde. En klarere hjemmel vil på ingen måte eliminere utfordringen som følger av at det er en teknisk sammenheng mellom koder som registreres og beregning av aktivitetsavhengig finansiering. Det er likevel arbeidsgruppens anbefaling at den nye hjemmelen formidles og benyttes aktivt når forskriften trer i kraft.

4.4. Tilgjengelighet av elektronisk søkeverktøy

Kvaliteten på medisinsk koding bedres ved at oppdaterte kodeverk er lett tilgjengelige, der og når det skal kodes. Det er derfor utviklet et gratis søkeverktøy, Finnkode, som er direkte tilgjengelig på <http://finnkode.kith.no>. Verktøyet inneholder til enhver tid oppdaterte versjoner av aktuelle kodeverk. P.t. inneholder Finnkode ICD-10 og NCMP-NCSP koder med kodetekster, undertekster, inklusjoner/eksklusjoner. Flere kodeverk vil bli gjort tilgjengelig via Finnkode, og funksjonaliteten til Finnkode forbedres.

Det arbeides videre med å øke tilgjengeligheten og nytteverdien av søkeverktøyet Finnkode:

- Det arbeides med å få integrert Finnkode med EPJ- og de andre fagsystemene som brukes på sykehusene, slik at søkefunksjonaliteten m.v. fra Finnkode blir direkte tilgjengelig fra disse fagsystemene.
- Det arbeides med å få gjort Finnkode tilgjengelig direkte fra Norsk helsenett.

- Finnkode er også gjort tilgjengelig som en lokalt installerbar versjon, som kan lastes ned gratis. Dette for å dekke behov for de fagmiljøene som p.t. av sikkerhetshensyn ikke har mulighet til å nå internettapplikasjoner, eller ikke er tilknyttet Norsk helsenett. Vi gjør imidlertid oppmerksom på at lokal installering krever spesiell IT-kompetanse, og at en lokal installasjon dessuten må oppdateres for at den skal kunne få med seg til enhver tid gjeldende kodeverk og forbedret funksjonalitet. Se ellers www.kith.no/kodeverktøy for lokalt installerbare versjoner av elektroniske søkeverktøy.
- Det er satt i gang tiltak for å informere sykehusene om Finnkode, med presentasjoner av verktøyet på morgenmøter, lunsjmøter og lignende. Ta kontakt med KITH (kodehjelp@kith.no) for å avtale slike presentasjoner, eller om behov for annen type orienteringer av kodeverk og bruk av disse.

5. Medlemmer i arbeidsgruppen og spesialgruppene

ARBEIDSGRUPPEN

Leena Kiviluoto	Helsedirektoratet (leder)
Anna Marthe Rørnes	Helse Nord
Anna-Marie Barane	Helse Midt-Norge
Erik Sverrbo	Helse Vest
Arnt Ole Ree	Helse Sør-Øst
Øystein Krüger	Helse Sør-Øst
Jim J. Yang	KITH
Ole-Fredrik Melleby	KITH
Knut Ivar Johansen	Helsedirektoratet NPR
Fredrik A.S.R. Hanssen	Helsedirektoratet
Asbjørn Haugsbø	Helsedirektoratet (sekretær)

SPESIALGRUPPE 1. Grunnopplæring

Øystein Krüger	Helse Sør-Øst (leder i 2007)
Fredrik A.S.R. Hanssen	Helsedirektoratet (leder i 2008)
Anne Marthe Rørnes	Helse Nord
Jim J. Yang	KITH
Ole-Fredrik Melleby	KITH

SPESIALGRUPPE 2. Praktiserende spesialister

Erik Sverrbo	Helse Vest (leder til 15. desember 2007)
Arnt Ole Ree	Helse Sør-Øst (leder fra 15. desember 2007)
Hilde Sundhagen	Praktiserende Spesialisters Landsforening (PLS),
Per Martin Lea	Norsk psykiaterforening
Anders Skuterud	Norsk psykologforening.
Eva Kulsetås Håndlykken	Helsedirektoratet (NPR)

SPESIALGRUPPE 3. Kvalitetsindikatorer på medisinsk kodekvalitet

Asbjørn Haugsbø	Helsedirektoratet (leder)
Øystein Krüger	Helse Sør-Øst
Arnt Ole Ree	Helse Sør-Øst
Knut Johansen	Helsedirektoratet (NPR)
Jan Sigurd Rønnes	Helsedirektoratet

SPESIALGRUPPE 4. Internkontroll. Integrere kvalitetssikring av koding i driften

Anne Marie Barane	Helse Midt-Norge (leder)
Anne Marthe Rørnes	Helse Nord
Glen Thorsen	KITH
Asgeir Winge	Helsedirektoratet (sekretær)
Kristin Dahlen	Helsedirektoratet
Asbjørn Haugsbø	Helsedirektoratet



VEDLEGG1. GRUNNOPPLÆRING I MEDISINSK KODING I SPESIALIST- HELSETJENESTEN

RAPPORT FRA SPESIALGRUPPE 1

Øystein Krüger,
Helse Sør-Øst (leder i 2007)

Fredrik A.S.R. Hanssen,
Helsedirektoratet (leder i 2008)

Anne Marthe Rørnes,
Helse Nord

Jim J.Yang, KITH

Ole-Fredrik Melleby, KITH

DEL 2
RAPPORTER FRA SPESIALGRUPPENE

Bakgrunn

Idealbildet vedrørende medisinsk koding er at kodepraksisen er standardisert på tvers av virksomheter og på tvers av de personer som fastsetter kodene i de enkelte tilfellene. I tillegg må den enhetlige praksisen være i tråd med de forutsetninger som er lagt til grunn av myndighetene, samt være i samsvar med sentrale internasjonale standarder.

For å komme nærmere idealsituasjonen, er det opplagt at opplæring av det personell som fastsetter kodene er en vesentlig faktor. Fra myndighetenes side har det tradisjonelt blitt vektlagt å tilgjengeliggjøre kodeverk med tilhørende skriftlige veiledninger og i noen tilfeller også fagspesifikke retningslinjer. Det har i mindre grad vært lagt opp til systematisk og generell opplæring.

I de utførende virksomhetene i spesialisthelsetjenesten, har opplæring også overveiende vært preget av lite systematikk. Ofte har opplæringen vært uformell og kollegabasert, for eksempel i relasjonen mellom overordnet og underordnet lege. Det finnes dog eksempler på at virksomheter har organisert interne, systematiske opplæringstilbud. Det har også oppstått enkelte private, kommersielle opplæringstilbud relatert til medisinsk koding, og enkelte virksomheter har kjøpt slike tjenester.

Samlet sett har arbeidsgruppen vurdert at det er behov for styrking av det systematiske opplæringstilbudet. Det er vektlagt at et slikt opplæringstilbud må bidra til å fremheve de grunnleggende premissene og prinsippene knyttet til medisinsk koding som en felles referanseramme, uavhengig av hvilken del av spesialisthelsetjenesten man tilhører. Det er således vektlagt å presentere en felles plattform, heller enn å forsøke å formidle kodemessige spissfindigheter knyttet til særskilte fagområder. Det ble av arbeidsgruppen besluttet å etablere en egen spesialgruppe for å danne grunnlag for et slikt opplæringstilbud.

Generelt om organisering av og fremdrift i spesialgruppens arbeid

Deltagerne i spesialgruppen ble rekruttert blant arbeidsgruppens medlemmer med én representant fra hver helseregion, to fra KITH, og én fra Helsedirektoratet (liste under pkt 5).

Øystein Krüger ledet arbeidet innledningsvis, før Fredrik A.S.R.

Hanssen overtok. Sistnevnte fungerte også som sekretær. Det ble avholdt tre møter i spesialgruppen i 2007 der hovedfokus var avgrensning og beskrivelse av opplæringsprogrammets form og innhold, samt konkret arbeid med pensum. Samarbeidet var preget av enighet omkring utfordringsbildet og om ønsket vinkling på opplæringsprogrammet. Gruppens anbefalinger ble forankret i arbeidsgruppen underveis i prosessen.

Det ble tidlig besluttet av arbeidsgruppen at opplæringsprogrammet burde gjennomføres som e-læring. Spesialgruppens drøftelser la grunnlag for teknisk og funksjonell kravspesifikasjon for ønsket e-læringsverktøy som ble utarbeidet av KITH.

Spesialgruppen leverte tidlig en spesifisering av pensum og læringsmål som ble godkjent av arbeidsgruppen. Arbeidsgruppen fordelte deretter ansvar for innholdsproduksjon mellom KITH, de regionale helseforetakene og direktoratet. KITHs leveranser var de mest sentrale, og ble gitt etter plan. Flere av de andre leveransene var preget av forsinkelser, men dette var ikke kritisk for samlet fremdrift.

Det ble knyttet vesentlig forsinkelse til etablering eller anskaffelse av e-læringsplattform (plattform for utvikling, drift og vedlikehold av opplæringsprogrammet). Slik plattform var både nødvendig for realiseringen av endelig produkt samt for ferdigstilling av innhold i en form egnet for e-læring. Anskaffelsesprosessen lå utenfor spesialgruppens mandat, men relevante momenter ble drøftet i gruppen. Anskaffelsesprosessen ble også definert å ligge utenfor arbeidsgruppens kontrollspenn, og dette ble i stedet identifisert som direktoratets ansvar.

Sentrale konklusjoner og resultater vedrørende grunnopplæringsprogrammet

Nedenunder gis en overordnet beskrivelse av grunnopplæringsprogrammet med utgangspunkt i spesialgruppens arbeid og forankring i arbeidsgruppen. Disse momentene legges til grunn i forbindelse med ferdigstilling og implementering av grunnopplæringsprogrammet.

Mål med grunnopplæringsprogrammet

Effektmål er:

- bidrag til at medisinske opplysninger om helsehjelp som rapporteres til Norsk pasientregister registreres på korrekt grunnlag og gjennom standardisert og riktig bruk av medisinske kodeverk
- bidrag til korrekt grunnlag for aktivitetsstatistikk for administrative og kvalitetsmessige styringsformål, inkludert for teknisk beregning av aktivitetsnivå i spesialisthelsetjenesten.

Konkrete resultatmål må fastsettes av de regionale helseforetakene, jf. deres ansvar for gjennomføring av grunnopplæringsprogrammet (punkt 3.1 i hovedrapport). Det er anbefalt at det fastsettes felles måltall hva gjelder andel personer innen målgruppen som har gjennomført kurset og bestått kursprøve i løpet av henholdsvis ett og to år etter implementering.

Målgruppe

Primær målgruppe: Alt personell som foreslår, kvalitetssikrer eller fastsetter medisinske koder som grunnlag for rapportering til Norsk pasientregister. Dette inkluderer de aller fleste leger i klinisk arbeid som den største kategorien. Helsesekretærer og annet merkantilt personell, samt annet personell som utfører kliniske tjenester, vil også kunne inngå i den primære målgruppen.

Sekundær målgruppe: Ledere og annet personell med systemansvar for rapportering av opplysninger til Norsk pasientregister.

Sentrale læringsmål og pensum

Sentrale læringsmål og relasjon til pensum gjengis tabellarisk og kortfattet. Fremstillingen er ikke uttømmende, men dekker alle de viktigste momentene.

LÆRINGSMÅL

Gi økt forståelse av den kontekstuelle rammen for medisinsk koding, hva kodene brukes til og på hvilken måte (formålet med medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten, særlig relatert til behov for styringsinformasjon i administrative og kvalitetsmessige sammenhenger, og særlig relatert til rapportering til Norsk pasientregister)

Gi oversikt over ulike medisinske kodeverk som er i bruk som grunnlag for å forstå hvilke kodeverk det er naturlig å anvende i ulike sammenhenger.

Gi forståelse for hvilke tilstander som skal og ikke skal registreres med koder, samt for riktig valg av hovedtilstand.

Gi forståelse for hvorledes man kan benytte ICD-10-kodeverket (og eventuelt andre tilleggskodeverk) for å gi en kodebasert beskrivelse av «Hovedtilstand» og «Andre tilstander»

BESKRIVELSE AV ELEMENTER I PENSUM SOM SKAL IVARETA LÆRINGSMÅLENE

Del 1 – Generell og innledende del.

- Formål med og introduksjon til kurset
- Hva er medisinske koder og kodeverk?
- I hvilke sammenhenger gjøres koding og til hvilke formål?
- Om prosessen frem til registrering i NPR
- Om bruken av de kodede opplysningene i NPR og lokalt, om hvilke analysemuligheter opplysningene legger til rette for.

Hovedprinsipp:

Koding ut fra et medisinsk og *ikke* økonomisk eller annet perspektiv.

Del 2 – Oversikt over ulike medisinske kodeverk

- Hvilke kodeverk finnes
- Hvilket innhold har de, og hva benyttes de til

Del 3 – Om beskrivelse av «Tilstand» ved registrering som legger grunnlag for rapportering til Norsk pasientregister (som ledd i beskrivelsen av en helsehjelpsepisode)

- Generelt om hva som menes med tilstand
- Særlig om hva som menes med Hovedtilstand
- Om hva som menes med Andre tilstander, inkludert avgrensning mot diagnoser, symptomer m.v. som *ikke* skal rapporteres

Del 4 og 5 – Om ICD-10 og hvordan man benytter ICD-10 for å beskrive Hovedtilstand og Andre tilstander

- Når man har definert tilstanden, hvordan finne riktig kode i ICD-10?
- Om intern kapittprioritering i ICD-10
- Multipl koding av én tilstand

LÆRINGSMÅL

Gi forståelse for hvordan de ulike prosedyrekodeverkene kan benyttes for å beskrive spesifikke tiltak og handlinger som utføres som del av helsehjelpen.

Gi forståelse for sammenheng mellom medisinsk koding og systemene for aktivitetsmåling i spesialisthelsetjenesten og aktivitetsavhengig finansiering.

Gi forståelse for formaliteter og regler knyttet til medisinsk koding.

Gi forståelse for hvilke støt-teverktøy som finnes, hvor man kan finne hjelp, og hvordan forslag til endringer kan formidles.

BESKRIVELSE AV ELEMENTER I PENSUM SOM SKAL IVARETA LÆRINGSMÅLENE

Del 6 – Hovedsakelig om bruk av NCSP- og NCMP-kodeverkene

- Strukturen i kodeverkene
- Om hvilke prosedyrer det er laget koder for
- Hvordan finne frem i kodeverkene, særlig hva gjelder NCMP-kodeverket

Del 7 og 8 – Om DRG-systemet som instrument for aktivitetsmåling og om ISF-ordningen

- Vektlegging av hovedprinsipper
- Avlæring av vanlige misforståelser
- Medisinsk koding på medisinske premisser, uavhengig av DRG-grupperingsresultat eller beregning av ISF-refusjon til regionale helseforetak.

Del 9 – Generell, avsluttende del

- Hvilke regler og rettskilder er aktuelle
- Lokale føringer versus nasjonale retningslinjer

Del 9 – Generell, avsluttende del

- Om finnkode.kith.no
- Om bruk av eventuelle lokale støttesystemer
- Om kodehjelp@kith.no

I tillegg er en terminologioversikt/ordliste og en kursprøve ment å bidra til økt forståelse knyttet til alle læringsmålene.

Pedagogisk form

Det er lagt til grunn en enkel pedagogisk form der tekst, figurer og bruk av gjenkjennelige kliniske eksempler er bærende elementer.

E-læring som ramme

E-læring er lagt til grunn som bærende løsning for gjennomføring av opplæringsprogrammet. Viktige fordeler er at dette:

- gir standardisering av presentert innhold overfor alle i målgruppen
- gir fleksibilitet med hensyn til individuell tidsbruk
- letter gjennomføringen sammenlignet med organisering av klasseromsundervisning.

I den tekniske og funksjonelle kravspesifikasjonen for den nødvendige e-læringsplattformen er det tatt hensyn til forhold som skal muliggjøre lik tilgang til opplæringsprogrammet uavhengig av hvilken virksomhet man er en del av, så fremt man har tilgang til datamaskin med tilknytning til internett eller norsk helsenett.

Teknisk ramme for opplæringsprogrammet

Basert på funksjonell og teknisk kravspesifikasjon, ble det av KITH gjennomført en enkel markedsundersøkelse for å kartlegge ulike muligheter med hensyn til realisering av ønsket kursinnhold gjennom et e-læringsprogram. I etterkant av dette har følgende blitt vurdert:

- anskaffelse av tilgang til et *Learning Management System* (LMS) på kommersielle vilkår som grunnlag for realisering av e-læringsprogrammet
- anskaffelse av kommersielt tilgjengelig e-læringsprogram med tilgrensende innholdsspesifikasjon og mulighet for tilpasning
- bruk av LMS anskaffet av Helse Sør-Øst som teknisk plattform, med tilgjengeliggjøring for alle i målgruppen uavhengig av helseregiontilknytning
- samarbeid med Nasjonalt senter for telemedisin gjennom bruk av e-læringsportalen Helsekompetanse.no.

Noen av de hensyn som har blitt vektlagt i vurderingene har vært:

- lik tilgang til tjenestene
- tydeliggjøring av det nasjonale aspektet og myndighetenes rolle som formidler av et enhetlig budskap
- bruk av nasjonalt og myndighetsforankret kompetansemiljø i utvikling, vedlikehold og drift

- begrensning av kostnader
- begrensning av tid benyttet til anskaffelse.

Uavhengig av valgene som er gjort vedrørende nasjonal og felles teknisk plattform, vil det være prinsipielt mulig for virksomheter med eget LMS å benytte det nasjonale kursinnholdet innen egne systemer. Etterlevelse av SCORM-standarden ved produksjon av kurset bidrar til at dette er prinsipielt mulig, så fremt også lokalt LMS støtter denne standarden. Overføring og tilpasning av nasjonalt kursinnhold til lokalt LMS vil uansett falle innenfor de aktuelle virksomhetenes ansvarsfelt.

Gjennomføringsansvar

Opplæringsprogrammet forankres i de regionale helseforetakene og i linjeledelsen i kliniske virksomheter innen spesialisthelsetjenesten. Ansvar for at personell i målgruppen gjennomfører kurset følger ledelseslinjen.

Ansaret betinges av at opplæringsprogrammet er enkelt implementerbart i alle berørte virksomheter. Dette legger føringer for teknisk utforming av opplæringsprogrammet. Ansvar for gjennomføring gjøres gjeldende når opplæringsprogrammet er ferdigstilt for implementering.

Kursprøve og evaluering

Det utformes en kursprøve som del av e-læringsprogrammet. Kursprøven vil bestå av flervalgsoppgaver slik at alle læringsmål dekkes, men med hovedvekt på de sentrale delene. I tillegg til å legge grunnlag for egenevaluering og for evaluering på aggregert nivå, vil også kursprøven bidra til å fremheve sentrale læringspunkter. Slik sett er kursprøven også et pedagogisk virkemiddel.

Det legges til rette for at bestått kursprøve skal kunne dokumenteres gjennom utskrift av kursbevis eller lignende. Det er bestått kursprøve, og ikke gjennomføring av leksjonene i kurset, som gjøres til sentral parameter ved etterfølgende evaluering og oppfølging. Det tilstrebes at statistikk fordelt på ulike virksomheter kan fremskaffes uten omfattende manuelle rutiner.

Status og videre prosess

På rapporttidspunkt er blant annet følgende vesentlige mål oppnådd:

- Omforent syn på behovet for, formålet med og innholdet i grunnopplæringsprogrammet.
- Omfattende pensumbeskrivelse og konkret innhold for de vesentligste delene av pensum.
- Teknisk plattform er valgt, og samarbeid om utvikling med leverandør er påbegynt.
- Enighet om fordeling av ansvar for på den ene siden ferdigstilling og tilgjengeliggjøring av e-læringsprogrammet (Helsedirektoratet), og på den andre siden implementering og gjennomføring (de regionale helseforetakene).

Det er med andre ord lagt tilstrekkelig grunnlag for ferdigstilling av opplæringsprogrammet. Videre arbeid i arbeidsgruppen eller spesialgruppen som sådan er ikke påkrevet, utover at det vil være naturlig å benytte spesialgruppen som referanse i ferdigstillingsprosessen og i forbindelse med pilotering. Det vil også være naturlig å samle arbeidsgruppen til et evalueringsmøte når opplæringsprogrammet har vært i bruk i om lag et halvt år.

Frem mot implementering av opplæringsprogrammet, er følgende de sentrale milepæler:

- pedagogisk tilrettelegging av produsert innhold og implementering av dette innholdet innen den tekniske e-læringsrammen
- ferdigstilling av testversjon av selve kurset og kursprøven, inkludert eventuell tilpasning av teknisk plattform
- pilotering av testversjon
- korreksjon av svakheter avdekket ved pilotering
- breddeinformasjon utad om programmet og om formålet bak, samt spesifikk informasjon til implementeringsansvarlige i regionale helseforetak
- full tilgjengeliggjøring av programmet.

Prosessen beskrevet av de ovenstående punktene faller i all hovedsak innenfor Helsedirektoratets ansvarsfelt. Videre samarbeid med KITH er imidlertid av betydning for gjennomføringen. Likeledes er fortsatt dialog med representantene fra de regionale helseforetakene viktig for å sikre samsvar mellom resultat og forventninger.



VEDLEGG 2. INFORMASJON OM MEDISINSK KODING I 2008 FOR AVTALE- SPESIALISTER

RAPPORT FRA SPESIALGRUPPE 2

Erik Sverrbo, Helse Vest
(leder til 15. desember 2007)

Arnt Ole Ree, Helse Sør-Øst
(leder fra 15. desember 2007)

Hilde Sundhagen,
Praktiserende, Spesialisters
Landsforening (PLS)

Per Martin Lea,
Norsk psykiaterforening

Anders Skuterud,
Norsk psykologforening.

Eva Kulsetås Håndlykken,
Helsedirektoratet (NPR)

1. Konklusjoner fra spesialgruppen

- Opplæringen skal bygge på verktøyet for grunnopplæring som utarbeides av spesialgruppe 1.
- Grunnet organisatoriske forhold er det spesielle utfordringer knyttet til å nå fram med informasjon til avtalespesialister. God og tilgjengelig informasjon blir viktig for å lykkes med gjennomføring av opplæringsprogrammet.
- Gruppen har utarbeidet et utkast til informasjonsskriv for ut-sending fra Helsedirektoratet til alle avtalespesialister i august 2008.
- Gruppen har utarbeidet en PowerPoint presentasjon tilpasset avtalespesialister om medisinsk koding med vekt på ICD-10. Presentasjonen kan gjøres tilgjengelig for de som ønsker å behandle koding i møtesammenheng. Presentasjonen skal kunne brukes som et bibliotek, hvor bruker kan velge ut/til-passe innhold etter behov. Innholdet fordrer imidlertid for-kunnskaper om koding, og en ønsker derfor ikke å sende presentasjonen til alle avtalespesialister i opplæringsøyemed. Serien planlegges presentert på aktuelle møter for avtale-spesialister høsten 2008.

Det er utarbeidet en kortfattet orientering i tilknytning til at det fra 2008 ble stilt nye krav til avtalespesialistene om medisinsk koding. Helsedirektoratet sendte orienteringen i august 2008 til de regionale helseforetakene til fordeling til alle avtalespesialister.

2. Spesialgruppens orientering

For sentrale myndigheter er det viktig å få informasjon om aktivitet i hele spesialisthelsetjenesten. Avtalespesialister utgjør en betydelig del av den offentlig finansierte polikliniske virksomheten, og informasjonsplikten gjelder også disse.

Fra 2008 av stilles nye krav om medisinsk koding av diagnoser og prosedyrer til avtalespesialister innen somatiske fagområder. I tillegg skal registrert aktivitet rapporteres til Norsk Pasientregister (NPR).

Avtalespesialistene skal ved konsultasjoner kode:

- Diagnose med en ICD-10 kode (evt. flere) ved alle konsultasjoner

- Utførte diagnostiske eller terapeutiske prosedyrer i hht. NC og NCMP

Da mange spesialister er uvant med bruk av disse kodeverkene, er det laget en oversikt og noen råd for å lette arbeidet med medisinsk koding. Brevet er utformet i samråd med representanter for Praktiserende Spesialisters Landsforening, Norsk psykiatrisk forening og Norsk Psykologforening.

Både ICD-10 (internasjonal klassifikasjon av sykdommer/helseproblemer), NCSP (nordisk klassifikasjon av kirurgiske prosedyrekoder) og NCMP (Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrekoder) er omfattende kodeverk som dekker tilnærmet alle spesialiteter. Hver spesialitet, og da spesielt hver spesialist, bruker imidlertid i praksis et relativt begrenset utvalg av koder fra disse kodeverkene.

2.1 Klassifikasjoner

ICD-10 (Klassifikasjon av sykdommer og helseproblemer)

Diagnosekode må registreres for hver konsultasjon. Ved de fleste konsultasjoner er det tilstrekkelig å registrere en enkelt ICD-10-kode (hoveddiagnose). Hvis flere tilstander er håndtert under samme konsultasjon, skal den medisinsk viktigste registreres som hoveddiagnose. Andre tilstander registreres som bi-diagnoser. Det anbefales å lese opplæringsheftet i bokutgaven.

Ved valg av kode er det viktig å unngå å bruke koder fra R-kapittelet (symptomer) og Z-kapittelet (faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten) hvis det heller kan velges koder med et mer konkret meningsinnhold fra de andre kapitlene.

NCMP og NCCP (Klassifikasjon av prosedyrer)

Ved konsultasjoner der det også er utført diagnostiske eller terapeutiske prosedyrer, skal disse registreres med koder enten fra NCMP eller fra NCSP.

NCMP (Klassifikasjon av medisinske prosedyrer)

I bokutgaven og på KITHs hjemmesider finnes detaljert informasjon om NCMP, se www.kith.no/ncmp. Legg spesielt merke til «Veiledning til NCMP 2008» og det som står under «Generelle retningslinjer». Her beskrives hva slags medisinske prosedyrer som skal registreres og hva som ikke skal registreres. Det er som regel flere undersøkelser som en legespesialist rutinemessig gjør ved hver konsultasjon.

Disse inngår implisitt i spesialistkonsultasjonen og er ikke ment å bli registrert.

NCSP (Klassifikasjon av kirurgiske prosedyrer)

Dette kodeverket vil for de kirurgiske spesialiteter være kjent fra før. Også andre spesialiteter skal, når det er aktuelt, registrere NCSP-koder. Det er som regel uproblematisk å avgjøre når en skal registrere en NCSP-kode, i motsetning til NCMP.

Ytterligere informasjon

Klassifikasjoner utgis som to bøker, én for diagnoser (ICD-10) og én for prosedyrer (Klinisk prosedyrekodeverk, NCMP + NCSP). Prosedyrekodeverket fornyes hvert år, diagnosekodeverket noe sjeldnere. For prosedyrekoding er det derfor svært viktig å bruke riktig versjon.

Man har tre alternativer for å få tilgang til kodeverkene. Man kan kjøpe dem i bokformat, laste dem ned som elektronisk versjon (kun prosedyrekoder), eller man kan bruke webbasert søketjeneste for begge. Disse er nærmere spesifisert nedenfor.

Bestilling av bøker og elektroniske utgaver

- Bestill ICD-10 bok, pris 280 kr (telefon 55 38 88 38, e-post: ordre@fagbokforlaget.no eller online www.fagbokforlaget.no)
- Detaljert informasjon om ICD-10 og videre opplæring finnes på www.kith.no/icd10.
- Bestill NCMP-NCSP-bok, telefon 55 38 88 38, e-post: ordre@fagbokforlaget.no eller online www.fagbokforlaget.no. Pris 218 kr.
- NCMP/NCSP Bok 2008 finnes også i nedlastbar utgave fra www.kith.no/ncmp (gratis)
- Detaljert informasjon om NCMP finnes på www.kith.no/ncmp.
- Detaljert informasjon om NCSP finnes på www.kith.no/ncsp.
- Felles søkeverktøy for online bruk finnes på <http://finnkode.kith.no> (gratis og alltid oppdatert).

Egen hjemmeside om medisinsk koding for avtalespesialister

Kompetansesenter for IKT i helse- og sosialsektoren (KITH) forvalter på oppdrag fra Helsedirektoratet medisinske kodeverk i Norge. På KITHs hjemmesider finnes informasjon om alle medisinske kodeverk som benyttes i Norge. Det er laget en spesiell side som samler opplysninger om medisinsk koding for avtalespesialister, se lenken på siden www.kith.no/ncmp (i andre avsnitt).

Ved spørsmål

Det er KITH som også utvikler og vedlikeholder kodeverkene på oppdrag fra Helsedirektoratet. Spørsmål om bruk av ICD-10 og NCMP-NCSP-koder eller forslag om innføring av nye koder kan rettes til kodehjelp@kith.no.

Spørsmål rundt registrering og rapportering til Norsk pasientregister rettes til npr@shdir.no.



VEDLEGG 3. KVALITETS- INDIKATORER FOR MEDISINSK KODING

RAPPORT FRA SPESIALGRUPPE 3

Asbjørn Haugsbø,
Helsedirektoratet (leder)

Øystein Krüger,
Helse Sør-Øst

Arnt Ole Ree,
Helse Sør-Øst

Knut Johansen,
Helsedirektoratet (NPR)

Jan Sigurd Røtnes,
Helsedirektoratet

1. Oppdraget

I rapporter fra Riksrevisjonen, Helsetilsynet og Avregningsutvalget i årene 2005–2006 ble det påvist stor svikt i kvaliteten på medisinsk koding i helseforetakene. På bakgrunn av forslag fra Riksrevisjonen ga Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) et oppdrag til daværende Sosial- og helsedirektoratet om å utarbeide forslag til en nasjonal indikator på kodekvaliteten. Oppdraget fra HOD falt i tid sammen med at direktoratet hadde satt i gang arbeidet med å planlegge et prosjekt hvor formålet var å iverksette tiltak for å fremme kvaliteten på medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten. Direktoratet fant at det var mest praktisk å ta oppgaven med utvikling av kvalitetsindikatorer inn som en av dette samarbeids-programmet. I praksis er dette gjort ved at det ble opprettet en egen spesialgruppe for kvalitetsindikatorer for medisinsk koding, jfr. hovedrapport kap. 5.

2. Hva karakteriserer god koding?

Målet er at både tilstandskoder (ICD-10), prosedyrekoder (NCSP/ NCMP) og andre brukte kodeverk bidrar til riktig informasjon om helsehjelp som ytes. Revisjoner har vist at valg av hovedtilstand er riktig i bare 2/3 av tilfellene. Dette får konsekvenser for statistikk, forskning og finansiering. Situasjonen er langt bedre for prosedyrekoder.

God koding forutsetter:

- forsvarlig oversetting av medisinsk dokumentasjon til koder
- kompetanse hos de som koder
- ledelsen tar ansvar for å iverksette tiltak for å fremme kvaliteten

3. Om kvalitetsindikatorer

Krav til kvalitetsindikatorer

En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, på kvalitet. Den sier noe om kvaliteten på det området som måles. Ved valg av indikatorer på kvaliteten på medisinsk koding, bør det legges vekt på:

- det bør velges noen få, presise kvalitetsindikatorer
- kvalitetsindikatorene skal kunne knyttes til kvalitetsmål
- ta utgangspunkt i hva som karakteriserer god koding

- ta utgangspunkt i hva som er typiske avvik, og hva som kan speile dette
- kvalitetsindikatorer skal være knyttet til data som finnes i elektronisk pasientjournal og som rapporteres til NPR.

Bruk av kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer skal kunne brukes til

- å vurdere kvaliteten på koding av data som rapporteres rutinemessig gjennom Norsk pasientregister (NPR) og andre sentrale helseregistre. Dette er data som overordnede helsemyndigheter trenger som grunnlag for styring, planlegging, finansiering og tilsyn. Dette kan dreie seg om både administrative data og data knyttet til behandling av pasienter.
- internkontroll og journalrevisjoner som ledd i tilsyn med koding i helseforetakene.
- å vurdere kvaliteten på administrative prosesser knyttet til koding. Eks. informasjon om opplæring, tilgang til veiledningsmateriell, elektronisk verktøy, kontrollrutiner etc.

Erfaringer fra andre land

Fra de andre nordiske landene er det ikke erfaringer fra bruk av kvalitetsindikatorer for kodekvalitet. Det finnes en del erfaringer fra Australia, USA og Storbritannia. Dette dreier seg om meget detaljerte systemer som ikke kan overføres direkte til et enkelt indikatorsett tilpasset norske forhold. En mer inngående vurdering av det australske systemet *Performance Indicators for Coding Quality* (PICQ) viser at systemet først og fremst er utviklet til hjelp for medisinske kodere og i stor utstrekning basert på australske tilleggsregler for koding. Mange av indikatorene er beregnet nettopp for kvalitetskontroll i et datasett for en periode, men mange av reglene vil også gjelde for en enkelt pasient (f.eks. at infeksjonsagens ikke kan angis som hoveddiagnosekode, men kun benyttes som tilleggskode). En rekke av reglene er utformet på bakgrunn av en stor samling detaljerte og presise australske tilleggsregler for koding iht. ICD-10 (Australian Coding Standards, ACS.)

4. Vurdering av aktuelle kvalitetsindikatorer

Forslaget på kvalitetsindikatorer er basert på vurdering av en rekke foreslåtte indikatorer. Hvor mange som skal brukes, vil være avhengig av formålet. Noen kvalitetsindikatorer kan være særlig egnet til å overvåke data som rapporteres til NPR. Til dette formålet vil det være naturlig å velge ut et lite antall, for eksempel 3–5 indikatorer. Informasjon som skaffes ved bruk av kvalitetsindikatorer, bør uttrykkes som andeler (prosent av noe) eller som avvik mellom institusjoner/avdelinger.

Ved å følge utviklingen over tid, eller ved å sammenlikne data fra flere regioner eller helseforetak, kan det være mulig å komme fram til områder hvor det kan være aktuelt å gå mer i dybden. Dette kan gjøres ved å gå ned på avdelingsnivå eller ved bruk av utvalgte kvalitetsindikatorer ved gjennomføring av journalrevisjoner eller andre internkontrolltiltak. Dette er omfattende tiltak som krever nøye planlegging. Om metodikk for slike kontroller vises til rapport fra Spesialgruppe 4, internkontroll.

I det følgende er det satt opp en liste over kvalitetsindikatorer som har vært vurdert. Det blir presisert hvordan relevante data som er knyttet til indikatoren, kan skaffes, for eksempel fra NPR eller andre kilder.

Vurdering av kvalitetsindikatorer som kan knyttes til rapportering til norsk pasientregister (NPR). Diagnose- og prosedyrekoding:

4.1. Indikatorer som ble vurdert, men funnet uegnet:

- *Forsinket medisinsk koding (delay)*
Andel (prosent) utskrevne pasienter som mangler angivelse av hovedtilstand en uke etter utskrivning. NPR har analysert tilgjengelige data og funnet at manglende hovedtilstand utgjør 0,0 prosent på data for året 2006. Informasjon om kvaliteten på bruk av hovedtilstand må forsøkes skaffet indirekte.
- *Større inngrep uten samsvar med hovedtilstand*
Omfanget av opphold. (Medisinsk samsvar mellom tilstandskode og prosedyrekode?) 468/477. NPR opplyser at ingen av DRG 468, 469, 470 og 477 utgjør mer enn 0,1 prosent på årsbasis 2006.
- *Stabilitet i hovedtilstandskoding*
Vil være vanskelig å operasjonalisere.

4.2. Indikatorer som ble vurdert mer inngående, eventuelt ved utprøving

- *Uspesifikk hovedtilstand (hoveddiagnose)*
Gir informasjon om bruk av upresise koder hvor det ofte finnes spesifikke koder enten i samme kategori eller i samme eller andre kapitler i ICD.10.
Andel opphold med bruk av
 - punkt 9 i ICD-10-koder
 - R-koder (symptomkoder)
 - Z-koder (koder for kontaktårsaker etc.)
- *Komplisert koding*
(Tar med mer enn det som det behandles for).
Andel i prosent. Krever journalgjennomgang
- *Koding av **andre** tilstander utover hovedtilstand.*
Antall per opphold
NPR opplyser at det gjennomsnittlig er 1,414 andre tilstander i 2006. Det normale antas å være 1,0, noe som samsvarer med svenske funn.
- *Kompliserte par-DRG'er*
Andel i prosent. Sammenlikning mellom sykehus. Ta utgangspunkt i regionen og fordele nedover i systemet for å gå mer i dybden.
- *Registrert prosedyrekoder*
Hvor mange prosent av pasientene på kirurgiske avdelinger?
- *Liggetid*
 - Lang liggetid med bare en diagnose (mer enn to uker)
NPR opplyser at 7,7 prosent av opphold med liggetid over 14 dager har ingen bidiagnoser
 - *Kort liggetid* med en eller flere bidiagnoser (for eksempel en-tre dager)

5. Forslag på kvalitetsindikatorer

Hovedvekten er lagt på å komme fram til noen få, presise kvalitetsindikatorer knyttet til data som er tilgjengelig i elektronisk pasientjournal og som rutinemessig rapporteres til Norsk pasientregister (NPR). Indikatorene kan brukes som utgangspunkt for analyser som kan vise forskjeller mellom enheter eller over tid. Kan for eksempel brukes til å vurdere effekt av tiltak for bedre koding.

5.1 Foreslåtte kvalitetsindikatorer

Av de indikatorer som ble vurdert mer inngående og hvor NPR har utført analyser for perioden 2003 til andre tertial 2007 for landsnivå og fordelt på ulike institusjonsnivå, er følgende kvalitetsindikatorer foreslått:

- Antall «andre tilstander» (bidiagnoser) per innleggelse. Varierer mellom 0,6 – 1,4.
- Andel R- koder som hovedtilstand. Påvist spredning 6,2 – 11,3 prosent.
- Andel Z-koder som hovedtilstand. Varierer med 0,6 – 1,7 prosent mellom sykehusene.
- Par-DRG'er – andel opphold i DRGen for komorbiditet eller komplikasjoner. Påvist spredning 13–37 prosent for føde- og gynekologiske avdelinger.

5.2 Kommentarer til forslagene

Det er en rekke ulike forklaringer på variasjon i kodepraksis. Forhold som fagområde, institusjonsstørrelse, pasientsammensetting, funksjonsfordeling, opplæring, kultur, bruk av kortlister etc. har ofte stor betydning. Ved vurdering av statistikk må man kjenne slike forhold. Det er oftest ikke mulig å uttale seg om hva som generelt er «normalt» resultat.

Koding av andre tilstander (bidiagnoser)

Det er klare regler for koding av andre tilstander (bidiagnoser) iht. ICD-10. De ovenfor omtalte forhold influerer i stor grad på hva som kan antas som korrekt nivå for et fagområde på et bestemt sykehus. Journalrevisjoner har vist at det er en tendens til å kode pasientens sykdommer (og sykehistorie) i stedet for hvilke aktuelle helseproblemer pasienten ble undersøkt og behandlet for under det aktuelle oppholdet (eller som influerte på prosessene under oppholdet). NPR opplyser at det gjennomsnittlig er kodet 1,414 andre tilstander per opphold i 2006. Journalrevisjoner viste at det korrekte var 1,0.

Bruk av R-koder (symptomkoder) fra kapittel 18 i ICD-10

Symptomkoder benyttes ganske hyppig i stedet for presise sykdomskoder fra øvrige kapitler.

Av journalen fremgår ofte diagnostisk informasjon som stemmer overens med en spesifikk ICD-10 kode. Det antas ikke korrekt at det f.eks. ved hvert tiende sykehusopphold ikke finnes mer presis ICD-10 kode enn en symptomkode (R-kode fra kapittel 18). NPR opplyser at R-koder utgjør i gjennomsnitt 5,6 prosent i 2006.

Koder fra kapittel 21 i ICD-10 (Z-koder)

Z-kode skal brukes med varsomhet. Som regel finnes egnede koder i de øvrige kapitlene. Imidlertid skal det av og til benyttes kode for kontaktårsak både iht. regelverket i ICD-10 og ikke minst iht. regelverk for ISF. Ved de gjennomførte analysene er disse kodeseriene ikke tatt med i datagrunnlaget.

Andel i «komplisert» DRG (DRGen for komorbiditet eller komplikasjoner)

Analysen viser stor spredning mellom sykehus innen samme fagområder. Dette antas å skyldes ulik kodingspraksis (hva som blir kodet og på hvilken måte).

6. Andre kvalitetsindikatorer

I tillegg til bruk av kvalitetsindikatorer for å kontrollere at selve kodingen er riktig utført, er det nødvendig å identifisere forhold knyttet til praktiske og organisatoriske forhold som har betydning for god kodekvalitet. I praksis vil dette dreie seg om indikatorer brukt ved internkontroll (journalgjennomgang), analyse av lederansvar, organisering og bruk av tekniske hjelpemidler. Valg av indikatorer på disse områdene vil være avhengig av problemstillingen.

I rapport fra spesialgruppe 4 er kvalitetsindikatorer til bruk ved internkontroll omtalt, og følgende indikatorer er foreslått :

Eksempler på aktuelle kvalitetsindikatorer ved internkontroll:

- Autoritet. Nivå for plassering av ansvar
- Hvor mange prosent av legene har gjennomført adekvat opplæring?
- Er det system og struktur på opplæring. Hvor omfattende
- Plassering av opplæringsansvar. Ansatt opplæringsansvarlig?
- Er siste versjon av kodeverk og veiledningsmaterieil tilgjengelig?
- Rutiner for intern rapportering av kodekvalitet
- System for læring av kodefeil
- Er det definert klare mål som gjør det mulig å etterprøve om ønsket kvalitet er nådd?
- Bruk av Tekniske hjelpemidler
 - Er siste versjon av kodeveiledninger i bruk?
 - Er elektronisk søkeverktøy (finnkode) i bruk?
 - Automatiske kontrollrutiner ved registrering i PAS



VEDLEGG 4. SYSTEM FOR INTERNKONTROLL: JOURNAL- GJENNOMGANG

RAPPORT FRA SPESIALGRUPPE 4

Anne-Marie Barane,
Helse Midt-Norge RHF (leder)

Anne Marthe Rørnes,
Helse Nord RHF

Glen Thorsen, KITH

Kristin Dahlen,
Helsedirektoratet

Asbjørn Haugsbø,
Helsedirektoratet

Asgeir Winge,
Helsedirektoratet

1. Bakgrunn

Ved samarbeid mellom de regionale helseforetakene og daværende Sosial- og helsedirektoratet ble det i februar 2007 igangsatt et prosjekt hvor formålet er å fremme kvaliteten på medisinsk koding. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra de fem regionale helseforetakene, KITH og Helsedirektoratet. Denne gruppen har ledet og koordinert arbeidet, og oppgavene har vært fordelt på fire spesialgrupper som skulle gå i dybden på hvert sitt område.

Mandatet for denne spesialgruppen har vært å legge fram et forslag til et system for internkontroll av kodekvalitet basert på intern journalgjennomgang og avvikshåndtering.

Det tas utgangspunkt i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984 som pålegger alle som driver helsetjenester å ha system for internkontroll for å sikre at tjenesten drives i samsvar med lover og forskrifter (§ 3).

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (av 2002-12-20 nr 1731) som trådte i kraft 1. januar 2003 og dokumentet Hvordan holde orden i eget hus – internkontroll i sosial- og helsetjenesten utgitt av daværende Sosial- og helsedirektoratet i 2004 har stått sentralt i spesialgruppens arbeid. Forskriftens paragraf 4 (bokstav a til h) angir seks funksjoner internkontrollen skal ivareta, og gruppen har tolket og forstått mandatet med utgangspunkt i bokstavpunkt h hvor det heter at den/de ansvarlige for virksomheten skal foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

Det er viktig at internkontroll og arbeid med kvalitet ikke kommer i tillegg til de daglige oppgavene, men er en integrert del av daglig drift. Kvalitet på tjenestene som leveres er et sentralt lederansvar. Dette innebærer at mål, oppgaver og ansvar er tydelig kommunisert og at virksomheten har en struktur for avvikshåndtering og for å lære av erfaringer. Det er sentralt med et system som bidrar til utvikling, iverksetting, evaluering og forbedring. Internkontroll inngår som et ledd i kvalitetssystemet.

Helsedirektoratet (2004) trekker blant annet fram «mer systematiske gjennomganger som f.eks interne revisjoner» som et virkemiddel for systematisk overvåkning og gjennomgang av drift og resultater.

Spesialgruppe 2 legger fram et forslag til system for internkontroll av kodekvalitet ved å beskrive en metodikk, journalgjennomganger, som et virkemiddel i arbeidet med kvalitetsstyring i foretakene.

«Håndbok for journalgjennomganger» utgitt av SINTEF, Norsk pasientregister (NPR)¹ i 2006, er brukt som utgangspunkt for operasjonaliseringen av journalgjennomganger som metode for etterprøving av internkontroll.

2. Grunnlag for koding, regler og myndighetskrav

Helsetjenesten ble ved endring i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten fra og med 1.1.1994 pålagt å etablere system for internkontroll. I Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (1996–2000) ble det med utgangspunkt i denne bestemmelsen, satt som mål at alle som yter helsetjenester skal ha etablert internkontrollsystem/ kvalitetssystem for hele virksomheten innen år 2000. Plikten til å etablere internkontroll er senere utvidet til også å omfatte deler av sosialtjenesten. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (av 2002-12-20 nr 1731), jf vedlegg, trådte i kraft 1. januar 2003.

Internkontroll i helsetjenesten er hjemlet i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3:

«Enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.»

Bestemmelsen gjelder alle helsetjenester og omfatter alle aktiviteter og tiltak som er regulert i helselovgivningen. Det er de regionale helseforetakene som skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. Internkontrollen skal etter forskriften omfatte helseforetakenes styring og ledelse av spesialisthelsetjenesten, og de enheter som yter spesialisthelsetjenester.

Administrative opplysninger og medisinske koder registrert i helseforetakenes pasientadministrative systemer, skal uttrykke den samme informasjonen som er dokumentert i pasientenes

1. NPR ble overført til Helsedirektoratet 1. januar 2007

journaler. Gjennom Lov om Helsepersonell (§ 39), pålegges den som yter helsehjelp å nedtegne eller registrere opplysninger (§ 40) i en journal for den enkelte pasient.

Helseforetakene koder administrative og medisinske opplysninger etter regler og retningslinjer for diagnose- og prosedyrekoding (ICD-10², NCSP³ og NCMP⁴) og regler for finansiering av spesialisthelsetjenesten (Innsatsstyrt finansiering, ISF). Helsetilsynet har uttalt at en anser systematisk feilkoding som fører til økte refusjoner å være et brudd på helsepersonellovens § 6 om ressursbruk (Tilsyn med kodepraksis, juni 2004). Ved distribusjon av retningslinjer for koding har Sosial- og helsedirektoratet presisert at «retningslinjer for koding er forpliktende for kodepraksis og brukes som referanse når kodekvalitet kontrolleres. Det forutsettes at veiledningen blir gjort kjent og tilgjengelig for alle som har ansvar for medisinsk koding».

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har iverksatt flere tiltak for å forbedre kodekvaliteten i helseforetakene. Departementet har uttrykt at foretakene må ha større ledelsesmessig oppmerksomhet mot god virksomhetsstyring, inkludert etablering av et system som sikrer at Journalforskriften og retningslinjer for koding følges. I bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene (2006) framheves det at foretakene skal ha et ledelsesmessig fokus på å heve kvaliteten på den medisinske kodingen.

I protokollene fra foretaksmøtene⁵ i januar 2007 understrekes det av HOD at det er vesentlig å ha komplette grunnlagsdata av god kvalitet for å kunne følge med på spesialisthelsetjenesten, og at det innebærer at foretakene må sørge for at innrapportering til SSB og Norsk pasientregister gis høy prioritet. Av protokollene fra foretaksmøtene i 2006 framgår det at de regionale helseforetakene skal delta aktivt i pågående og planlagt nasjonalt arbeid med utvikling og rapportering av statistikk og styringsinformasjon fra spesialisthelsetjenesten. Videre at det etableres rutiner som sikrer at fastsatte nasjonale retningslinjer for korrekt og ensartet koding innenfor de ulike fagområder blir fulgt i virksomhetene.

Den medisinske kodingen er derfor en forutsetning for å skaffe det helsefaglige faktagrunnlaget de regionale helseforetakene og de underliggende helseforetakene trenger for å styre og lede spesialisthelsetjenesten og de enhetene som yter spesialisthelsetjenester.

2. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Utgis av Verdens helseorganisasjon.

3. Nomesco Classification of Surgical Procedures

4. Klassifikasjon av medisinske prosedyrer

5. Helse- og omsorgsdepartementet styrer de regionale helseforetakene gjennom lov, vedtekter, foretaksmøte og bestillerdokument (i tillegg utpeker departementet de regionale helseforetakenes styrer). Bestillerdokumentene gis normalt ut en gang per år, og hvilke krav som settes til de regionale helseforetakene. Styringslinjen overfor helseforetakene er delt i to: Bestillerdokumentet og foretaksmøtet. I bestillerdokumentet formuleres krav stilt til tjenesten. I foretaksmøtet stiller departementet krav i kraft av å være eier.

3. Hvorfor er det viktig med korrekt koding?

Enhetlig klassifisering av diagnoser og prosedyrer er en forutsetning for en god overvåkning og analyse av helsetilstand (epidemiologi). ICD-10 benyttes dessuten til rapportering av sykkelighet og dødsårsaker. De samme data danner grunnlag for nasjonal og internasjonal statistikk og benyttes til forskning og utviklingsarbeid. Det er styrene og den daglige ledelsen i helseforetakene som er ansvarlig for at informasjon om virksomhetens resultater er pålitelig og nøyaktig. Dårlig kvalitet i den medisinske kodingen fører til mangelfull pasientstatistikk og styringsinformasjon. Kvaliteten på den lokale kodingen blir også avgjørende for i hvilken grad pasientdata kan brukes i medisinsk forskning.

God kodekvalitet ved sykehusene er viktig for å sikre at styringsinformasjonen i helsesektoren er så god som mulig. Informasjonen benyttes til sammenligninger mellom avdelinger og institusjoner og danner grunnlag for driftsstatistikk og praksisprofiler. For å sikre tillit til at pasientstatistikk kan benyttes som grunnlag for planlegging, styring og evaluering av helsetjenester både lokalt og nasjonalt, må det være høy kvalitet på kodingen, og det er derfor viktig å etablere systemer og rutiner som sikrer god kvalitet på den medisinske kodingen⁶.

Gjennom ISF overfører staten om lag halvparten av inntektene til sykehusene for dokumentert aktivitet (i 2007 er refusjonssatsen 40 prosent). Grunnlaget for denne fordelingen bygger på registrerte diagnose- og prosedyrekoder. Dersom kodingskvaliteten er lav og variabel vil ordningen med innsatsstyrt finansiering ikke fungere etter hensikten.

4. Kvalitetsindikatorer brukt ved internkontroll

En arbeidsgruppe organisert av Helsedirektoratet arbeider med et forslag til kvalitetsindikatorer for medisinsk koding. Dette arbeidet er organisert under samme paraply som oppgaven med å utarbeide et opplegg for journalgjennomgang som beskrives her.

En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, på kvalitet. Kvalitetsindikatorer for medisinsk koding vil være utvalgte data som kan gi informasjon om kvaliteten på utført koding. Det bør velges noen få, men presise kvalitetsindikatorer. Indikatorene må

6. Medisinsk koding er grunnlaget for DRG-gruppering av aktivitet i spesialisthelsetjenesten (diagnoserelaterte grupper). DRG-systemet er et system for klassifisering av behandling i sykehus. På grunnlag av diagnosekoder, kirurgiske prosedyrekoder, kjønn, alder og utskrivingsmåte grupperes innlagte pasienter i omlag 500 grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig homogene.

være knyttet til kvalitetskrav for å kunne gi pålitelig informasjon. Det pågående arbeidet med kvalitetsindikator skal resultere i et sett med indikatorer som blant annet skal kunne anvendes til internkontroll og journalgjennomganger som ledd i tilsyn med koding i helseforetakene (vurdering av kvaliteten på administrative prosesser knyttet til koding, f. eks informasjon om opplæring, tilgang til veiledningsmateriell, elektronisk verktøy, kontrollrutiner etc.).

Forslag til indikatorer knyttet til data som rapporteres til NPR, er gitt i rapport 3 om kvalitetsindikatorer. Valg av kvalitetsindikatorer ved internkontroll vil være avhengig av problemstillingen.

Eksempler på aktuelle indikatorer ved internkontroll:

- Autoritet. Nivå for plassering av ansvar
- Hvor mange prosent av legene har gjennomført adekvat opplæring?
- Er det system og struktur på opplæring. Hvor omfattende
- Plassering av opplæringsansvar. Ansatt opplæringsansvarlig?
- Er siste versjon av kodeverk og veiledningsmateriell tilgjengelig?
- Rutiner for intern rapportering av kodekvalitet
- System for læring av kodefeil
- Er det definert klare mål som gjør det mulig å etterprøve om ønsket kvalitet er nådd?
- Bruk av Tekniske hjelpemidler
 - Er siste versjon av kodeveiledninger i bruk?
 - Er elektronisk søkeverktøy (finnkode) i bruk?
 - Automatiske kontrollrutiner ved registrering i PAS

5. Journalgjennomgang som metode

5.1 Hensikt og bakgrunn

Når fokuset er rettet mot den medisinske kodingen, vil hovedhensikten med en journalgjennomgang være å undersøke om virksomhetens prosedyrer for registrering av administrative opplysninger og medisinske koder i de pasientadministrative systemene fungerer slik de skal. Fokuset rettes mot sammenhengen mellom det som er dokumentert i pasientens journal og de kodene som er registrert for å uttrykke denne dokumentasjonen.

Vi skiller mellom eksterne og interne journalgjennomganger. Eksterne journalgjennomganger kan iverksettes av Helse-

direktoratet, Riksrevisjonen eller Statens helsetilsyn. Helse- direktoratet iverksetter journalgjennomganger for å kontrollere at kodepraksis gir medisinsk statistikk av høy kvalitet, og at aktivitetsdata innlevert som grunnlag for finansiering er korrekte. Riksrevisjonen anvender metoden for å sikre at kodepraksis resulterer i de prioriteringene og målsettingene som til enhver tid gjelder i helsetjenesten. Helsetilsynet har som oppgave å føre tilsyn med at tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte. En journalgjennomgang i regi av Helsetilsynet vil også omfatte diagnostikk og journalføring med mer. Interne journalgjennomganger initieres av foretakene selv, og kan gjennomføres av egne ansatte med kompetanse som journalgranskere, eller av eksterne konsulenter.

Journalgjennomganger har vært et viktig satsningsområde i Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med å forbedre kodekvaliteten. Departementet innledet i 2005 et samarbeid med NPR om utvikling og dokumentasjon av en metodikk for journalgjennomganger. Hovedmålet med dette arbeidet er at de medisinske kodeverkene skal brukes på en måte som svarer med regler og retningslinjer.

Journalgjennomgang som metode forutsetter at helsepersonellet har dokumentert pasientkontakter og behandling i tråd med Journalforskriftens bestemmelser. Det må foreligge dokumentasjon av behandlingen for at kodingen av den samme behandlingen kan bedømmes. I helsesektoren gjelder dokumentasjonsplikten for alt helsepersonell. Det vil si at det er en plikt å føre pasientjournal. Helsepersonelloven inneholder et eget kapittel som omhandler dokumentasjonsplikten (kapittel 8). Lovens § 39 pålegger den som yter helsehjelp å nedtegne eller registrere opplysninger (som nevnt i § 40) i en journal for den enkelte pasient. Videre heter det at: «I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen». §40 slår fast at «Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov».

Lovgivningen på området har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste. Bestemmelsene i helsepersonelloven med forskrifter er utformet på grunnlag av tre hovedhensyn: Personvern, forsvarlighet og etterprøvbarehet.

5.2. Forankring og roller

Internkontrollarbeid for å sikre god kodekvalitet må ses i sammenheng med internkontroll av andre områder i helsetjenesten. Det er et lederansvar at det gjennomføres internkontroll og at det påses at internkontrollen fungerer.

Helseforetakene står fritt til selv å bestemme om journalgjennomganger skal gjennomføres av egne ansatte eller om denne kompetansen skal leies inn. Uansett hvilken løsning som velges, er det en forutsetning at granskerne har nødvendig kompetanse for å kunne gjennomføre journalgranskning. Hensynet til personvern må ivaretas i alle faser av prosessen (mer utdypet under pkt. 4.5)

Granskerne skal være eksperter i anvendelse av primærkodeverkene og ha god kjennskap til nasjonale kodestandarder. De må ikke ha vært involvert i de opprinnelige kliniske vurderingene som er gjenstand for granskning. Dette er nødvendige og viktige forutsetninger for å sikre legitimitet i forbindelse med journalgjennomganger.

5.3. Forutsetninger for god granskning

Det anbefales at legene som har kodet, eller er ansvarlig for kodingen av oppholdene som er valgt ut for granskning, gis observatørstatus eller på annen måte involveres i granskningsprosessen. Det er viktig at det er god og åpen kommunikasjon mellom granskere og kodingsansvarlig lege. Granskerne bør i tillegg til å dokumentere bedømmelser og kategorier av feiltyper, også begrunne alle endringer. Den som blir gransket bør få innsyn i både hva som ble bedømt som feil og hvorfor.

Det frarådes at journalgjennomganger initieres utelukkende som økonomiske gjennomganger. Gode og langsiktige virkninger oppnås først når det etableres en gjensidig forståelse mellom gransker og gransket om at handlingene er en objektiv analyse og et hjelpemiddel for å sikre god kvalitet i den medisinske kodingen. Fokus på økonomi og finansiering vil gå på bekostning av dette.

En bør i størst mulig grad gjennomføre journalgjennomganger som åpne prosesser mellom granskere og de som til daglig er involvert i kodingen som granskes. I forkant bør det avholdes et formøte hvor prosessen beskrives og man kan utveksle informasjon som bidrar til at man unngår misforståelser. For eksempel vil det være nyttig å klargjøre hvilke kriterier som anvendes når en skal måle om kodingen er tilstrekkelig.

5.4. Hvor ofte bør en journalgjennomgang gjennomføres?

Det er ikke noe fasitsvar på spørsmålet om hvor ofte journalgjennomgang bør gjennomføres. Hensikten med en gjennomgang er å sikre at virksomheten følger retningslinjene for medisinsk koding, og en journalgjennomgang bør ses på som en av flere komponenter i en kontinuerlig prosess for identifikasjon av eventuelle problemer og som et utgangspunkt for forbedringer. Svaret på hvor ofte journalgjennomganger bør gjennomføres, avhenger derfor av omstendighetene. Fleksibilitet med hensyn til når og hvor ofte en iverksetter journalgjennomganger, vil øke sannsynligheten for å avdekke reelle problemer.

En bør vurdere å gjennomføre en journalgjennomgang når det foreligger indikasjoner på feilkoding eller ved «mistanker» om at det er problemer på bestemte områder. Når det er usikkerhet knyttet til hvor omfattende problemene er, bør en starte med en stikkprøve for å avgjøre om det skal gjennomføres en gjennomgang i en større skala.

Helseforetakene står fritt til å bestemme hvor hyppig journalgjennomganger skal gjennomføres, men for å redusere risikoen for feilkoding mest mulig bør det fortløpende utføres noe journalgjennomgang. Det anbefales derfor at en viss andel av alle opphold og konsultasjoner kontrolleres hvert år, og at kontrollen utvides hvis det innenfor dette utvalget oppstår indikasjoner på at kodingen ikke er av god nok kvalitet.

Endring av eksisterende og/eller innføring av nye retningslinjer, kan også være naturlige foranledninger for journalgjennomgang. Innføring av nye kodeverk bør også medføre en kvalitetsbedømming i form av en journalgjennomgang etter en viss tid for å kunne påse at kodekvaliteten er god.

5.5. Hvor skal granskningen foregå?

Granskerne kan utføre selve granskningen i sykehuset, eller de kan gå gjennom anonymisert og tilsendt dokumentasjon utenfor institusjonen (ved engasjement av eksterne granskere). Uansett valg av framgangsmåte, er det viktig å ivareta hensynet til personvern i alle faser av prosessen. Dette innebærer at dersom journaldokumentasjon skal sendes ut fra sykehuset, så må for det første alle dokumenter anonymiseres. Anonymisering innebærer at alle opplysninger om navn, bosted og lignende må slettes eller markeres bort. For det andre må alle personidentifiserbare variabler i pasientdatasettene slettes. Dersom eksterne granskere gis adgang til foretakets egne arkiver og systemer,

skal det være gitt dispensasjon fra taushetsplikten for foretakets helsepersonell før disse kan utlevere opplysninger til eksterne granskere.

All behandling av dokumentasjon og pasientdata må for øvrig gjennomføres med stor vekt på datasikkerhet og konfidensialitet, og alltid innenfor de lover og forskrifter som regulerer personvern og pasientrettigheter.

Fordelen med at granskerne er til stede i miljøet hvor journaldokumentasjonen oppbevares er at all dokumentasjon i journalen vil være tilgjengelig, og gransker kan selv vurdere hvilke dokumenter som må gjennomgås for å bedømme de aktuelle kasusene. I tillegg vil en også kunne ta direkte kontakt med berørt helsepersonell ved uklarheter.

Innsending av anonymisert journaldokumentasjon til granskerne vil være kostnadsbesparende og gir større fleksibilitet med hensyn til tidspunkt for gjennomføring av granskningshandlingene. Dette gjelder spesielt dersom gjennomgangen omfatter flere enheter med ulik geografisk lokalisering. Ved denne framgangsmåten bør en imidlertid vurdere arbeidsbelastningen som blir lagt på personellet som skal hente fram og anonymisere den utvalgte dokumentasjonen. Ideelt sett bør hele journalen kopieres, noe som ved mange typer opphold og behandlinger vil medføre en svært stor arbeidsmengde. Alternativet er at kvalifisert personale gjennomgår journalene og kopierer og anonymiserer de dokumentene som er nødvendig å bedømme ut fra problemstillingen i granskningen. En ulempe med denne framgangsmåten er at det oppstår et ekstra ledd i utvelgelsen av dokumentasjon, noe som kan føre til systematiske feil. Metoden er derfor best egnet ved gjennomganger i forbindelse med avgrensede problemstillinger og enkle kliniske kasus hvor antall journaldokumenter er begrenset.

5.6. Diagnostisering versus diagnosekoding

En vellykket journalgjennomgang forutsetter at alle som er omfattet, har forståelse for skillet mellom diagnostisering og diagnosekoding. Ved journalgjennomganger slik det er definert her, er det diagnosekodene og ikke diagnosene som er gjenstand for bedømmelse. Diagnosekoding er en klassifisering av en eller flere diagnoser i en statistisk kategori. En diagnosekode er et uttrykk for en eller flere diagnoser som er stilt av en kliniker på bakgrunn av dennes medisinske kunnskap.

Det er koden og riktigheten av å uttrykke den opprinnelige diagnosen (beskrevet med fritext i journaldokumentasjon) med den aktuelle koden, som er gjenstand for bedømmelse. Ved journalgjennomgang går en ikke lenger tilbake enn til koblingen mellom stilt diagnose og diagnosekode. Bedømmingen omfatter ikke legens kliniske praksis eller de diagnosene legen har stilt, men er rettet mot legens rolle som medisinsk koder av sine egne diagnoser. Det er altså ingen sammenheng mellom korrigeringer av feilkoding og en vurdering av legens medisinske kompetanse. Målet med journalgjennomgang er å fastslå i hvilken grad medisinske og administrative primærkodeverk er korrekt anvendt.

5.7. Utvalg av kasus og områder for gjennomgang

Utvalget av kasus og måten disse velges ut på avgjør hva resultatene kan brukes til. God planlegging og avklaring av hva en ønsker å oppnå med en journalgjennomgang er derfor viktig. Som i alle utvalgsundersøkelser vil det også ved journalgjennomgang være et hovedskille mellom målrettede prosjekt hvor hensikten er å kontrollere eventuell avvikende koding innenfor et avgrenset område, og generelle prosjekt som ved korrekt framgangsmåte gir generaliserbare resultater som er sammenlignbare over tid.

En målrettet journalgjennomgang kan være rettet mot et spesifikt område hvor det på forhånd antas at kodingen avviker fra gjeldende praksis. Eksempler kan være avvikende pasientsammenstilling ved enkeltavdelinger eller institusjoner, eller observasjon av store endringer i kodepraksis. Ved en slik tilnærming vil det ikke være statistisk tilfeldig hvilke journaler som velges ut for bedømming. Journaler blir valgt ut etter verdien på ulike variabler som for eksempel institusjon, avdeling, pasientens kjønn, DRG eller hovedtilstandskode etc. Ofte vil det være et mål å kartlegge eventuelle problemområder hvor det er behov for bedre opplæring og retningslinjer.

Ved journalgjennomgang hvor det benyttes statistiske prinsipper i utvelgelsen av kasus (tilfeldig uttrekking, tilstrekkelig antall) vil resultatene i større eller mindre grad være generaliserbare og sammenlignbare over tid. En slik tilnærming gir muligheter for overvåkning av kodeendringer på lokalt, regionalt eller nasjonalt nivå. Tabellen under oppsummerer viktige hovedforskjeller mellom de to hovedtypene av utvalgsmetoder som er antydnet her.

Tabell: Forskjeller mellom generell og målrettet journalgjennomgang

GENERELL JOURNALGJENNOMGANG	MÅLRETTET JOURNALGJENNOMGANG
Tilfeldig utvalg	Systematisk utvalg
Generaliserbare resultater	Begrenset generaliserbarhet
Stort utvalg journaler	Lite utvalg journaler
Nasjonal kodingskvalitet	«Lokal» kodingskvalitet
Sammenlignbar over tid	Begrenset i tid
Grov oversikt	Detaljert innsikt
Ressurskrevende	Mindre ressurskrevende
Tidkrevende	Mindre tidkrevende
Lite potensial for bedring av kvalitet: Selv om mange feil, få av hver type	Bedre egnet til å bedre kodekvalitet

I Norge er det nedfelt praksis at minimum to granskere gjennomgår den samme journaldokumentasjonen. En må erkjenne at den logiske oppbyggingen av primærkodeverket for diagnosekoder (ICD-10) kan være utfordrende. Kodeverket mangler gjennomgående definisjoner og kriterier for bruk og spesifisering av kodene. I tilfeller hvor granskerne bedømmer kasus forskjellig, anbefales det at en på forhånd har blitt enige om at en av granskerne skal ha det avgjørende ordet og kunne fastsette hva riktig koding skal være.

En pasientkontakt vil bli bedømt som korrekt kodet når pasientens faktiske tilstand og alle utførte prosedyrer er beskrevet så nøyaktig som mulig med gjeldende primærkodeverk. Det er tre hovedkrav til korrekt koding:

- Hver enkelt kode skal være i overensstemmelse med den kliniske beskrivelsen og skal bygge på informasjon dokumentert i journalen.
- Kodene må til sammen gi en oppsummert god beskrivelse av alle relevante kliniske detaljer. Det kan tenkes at summen av pasientens tilstander krever tilleggskoding for at tilstanden skal være korrekt beskrevet gjennom koder.

- En av diagnosekodene må velges som hovedtilstandskode (hoveddiagnosekode). Denne koden skal beskrive pasientens hovedtilstand under sykehusoppholdet. De andre diagnosekodene er å betrakte som koder for andre tilstander (såkalte bidiagnosekoder) som skal uttrykke hver enkelt av eventuelle andre tilstander eller problemer som ble håndtert eller som det måtte tas hensyn til i løpet av en behandlingsperiode.

5.8. Oppfølging

Målsettingen med journalgjennomganger er å kontrollere og forbedre kvaliteten på den medisinske kodingen. For å få til varige og langsiktige kvalitetseffekter er det nødvendig at det også foregår læring og kunnskapsoverføringer, både underveis og i etterkant av granskningen.

Etter en journalgjennomgang bør granskerne gå gjennom bedømmelser og korreksjoner med de ansvarlige for kodingen i den aktuelle enheten. I de tilfellene hvor granskerne er ansatt i foretaket og/eller er til stede i enheten, kan det være hensiktsmessig at dette foregår muntlig og umiddelbart etter at granskningen er utført. Hvis dette ikke lar seg gjøre, bør det overleveres en skriftlig redegjørelse med begrunnelser for eventuelle korreksjoner for hvert kasus som er bedømt som feil. Med tanke på læring er det vesentlig at årsakene til korreksjon tilbakemeldes på en grundig måte, og at det redegjøres for eventuelle brudd på reglene i kodeverkene.

I tillegg til muntlige og skriftlige rapporter som beskriver bedømmelsen av enkeltkasus, bør det utarbeides oppsummerende rapporter som sammenfatter enkeltdelene av granskningen både kvalitativt og kvantitativt. I regi av Helsedirektoratet, avdeling Norsk pasientregister, pågår det (2008) et arbeid med formål å utvikle en applikasjon for journalgjennomganger. Dette dataverktøyet skal være et redskap for granskerne, og skal lette håndteringen av pasientdata og registreringen av bedømmelsene. I tillegg er det planlagt at verktøyet skal ha en modul for produksjon av standardrapporter som viser ulike kvantitative mål på det granskede materialet.

Ved alle journalgranskninger bør resultatene dokumenteres og gjøres tilgjengelig for foretaksledelsen. Systematiske feil avdekket ved granskning bør gjøres tilgjengelig som erfaringsmateriale i brukerstøttevirksomhet og ved utarbeidelse av retningslinjer for koding og kodeverksutvikling.

5.9. Korrigering og forbedring

Systemer for kvalitetsstyring består i hovedsak av aktivitet rettet mot å etablere kontroll med egen virksomhet på en slik måte at dårlig kvalitet forebygges, oppdages og rettes opp. Internkontroll av medisinsk koding er et eksempel på en slik aktivitet.

Dersom en journalgjennomgang avdekker mangler, svikt i rutiner eller andre svakheter, må arbeidsmåter og løsninger forbedres slik at praksis blir i samsvar med kravene. En journalgjennomgang kan fange opp og dokumentere avvikende koding, men den gir ingen læring for andre enn de involverte dersom den ikke følges opp med korrigerende tiltak som omfatter alle deler av organisasjonen som er involvert i koding. Etter at et avvik er avdekket, bør derfor virksomheten legge fram en plan for hvordan avviket skal lukkes. En slik plan bør inneholde en beskrivelse og analyse av arbeidsflyten i den medisinske kodingen og en dokumentasjon av hvordan avvik i koding behandles og følges opp.

Planen bør:

- Tidfeste arbeidet med å lukke avviket
- Beskrive hvilket personell som skal involveres
- Beskrive hvordan eventuelle nye prosedyrer skal innføres
- Beskrive hvordan nødvendige ressurser avsettes
- Beskrive hvordan virksomheten sikrer seg at endringer faktisk skjer

For å oppnå varig kvalitetsheving på den medisinske kodingen, er det nødvendig å følge opp resultater og avvik på virksomhetsnivå. Å arbeide for at kodingen skal holde høy kvalitet i utgangspunktet når den utføres i avdelingene, er effektivt fordi det gjør det overflødig å sette av ressurser til systemer for oppretting og kontroll i etterkant.

JOURNALGJENNOMGANG

Eksempelrapport

Ortopedisk avdeling

Både i nasjonale og internasjonale medisinske registre er det viktig at diagnoser og prosedyrer blir enhetlig klassifisert. Dette er en forutsetning for at en skal få til en god overvåking og analyse av helsetilstanden (epidemiologi).

For det enkelte sykehus er god kodekvalitet viktig for å sikre så god styringsinformasjon som mulig. Informasjonen benyttes til sammenligninger mellom avdelinger og institusjoner og danner grunnlag for driftsstatistikk og praksisprofiler. For å sikre tillit til at pasientstatistikk kan benyttes som grunnlag for planlegging, styring og evaluering av helsetjenester både lokalt og nasjonalt, må det være høy kvalitet på kodingen. Det er derfor viktig å etablere systemer og rutiner som sikrer god kvalitet på den medisinske kodingen.

Registrerte medisinske koder er også grunnlaget for den innsatsstyrte finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Dersom kodingskvaliteten er lav og variabel vil ordningen ikke fungere etter hensikten.

Det er derfor viktig at pasientdata kodes så nøyaktig som mulig etter gjeldende nasjonale og internasjonale retningslinjer- og standarder. Journalgjennomganger bør inngå som ett av flere tiltak i et kontinuerlig arbeid for å sikre høy kvalitet på kodingen.

1. Organisering

Journalgjennomgangen er basert på metodikk beskrevet i Håndbok for journalgjennomganger (2006) og Sosial- og helsedirektoratets beskrivelse av internkontroll av koding (2008). Begge disse referansene angir framgangsmåte og metodikk for hvordan en kan gjennomføre journalgjennomganger.

1.1 Granskere

Gjennomgangen er utført av overlegene _____ og _____ som er eksperter på bruken av primærkodeverk.

1.2 Dokumentasjon

Det er avdelingsopphold gjennomført ved ortopedisk avdeling som er plukket ut for gjennomgang. Granskerne har hatt tilgang til komplette pasientjournaler ført i forbindelse med slike avdelingsopphold, og det er denne dokumentasjonen som ligger til grunn for bedømmingen av den medisinske kodingen.

1.3 Tidspunkt

Journalgjennomgangen ble utført over tre dager i januar 2008.

1.4 Formøte

Det ble avholdt et formøte hvor granskerne og alt personell med ansvar for koding deltok. I møtet ble rammene for gjennomgangen diskutert, og i fellesskap ble det etablert forståelse for hva hensikten med gjennomgangen er. Metoden ble også gjennomgått og akseptert av de involverte.

1.5 Periode som blir gransket

Oppholdene som er gjenstand for granskning er trukket ut fra aktivitet utført ved ortopedisk avdeling i oktober, november og desember 2007. Det ble valgt ut 112 opphold.

1.6 Tilbakemeldingsmøte

Etter granskningen ble det gjennomført et nytt møte mellom granskere og involvert personale hvor alle korreksjoner ble gjennomgått og redegjort for med henvisninger til primærkodeverk og regler. Koding karakterisert av granskerne som grensetilfeller ble diskutert og dersom en kom fram til enighet, bedømt som feil.

2. Hensikt

Hensikten med denne journalgjennomgangen har vært å evaluere kvaliteten på kodingen av kliniske opplysninger ved å sammenligne informasjon registrert i det pasientadministrative systemet med informasjon nedtegnet i journalnotater og epikriser (pasientjournalen).

Videre er hensikten å påvise mulige kilder og årsaker til avvik. Journalgjennomgangen vil vise om virksomhetens prosedyrer for koding av administrative og medisinske opplysninger fungerer slik de skal. Den vil også bidra til å identifisere eventuelle systemsvakheter og områder hvor det er behov for forbedringer.

Resultatene vil danne grunnlag for eventuelle anbefalinger om hvordan en kan sikre at pasientdata får tilstrekkelig kvalitet, og hvordan en kan forbedre denne kvaliteten. Resultatene vil også danne grunnlag for sammenligninger av denne avdelingen med andre ortopediske enheter i foretaket og på landsbasis.

3. Mål

Målsettingen med granskningen er å finne og analysere eventuell feilkoding og forsøke å spore opp kildene til at slike feil oppstår.

- Å sammenligne informasjonen som var tilgjengelig for koderne/kodingsansvarlig lege da kodene ble registrert med den informasjonen som er tilgjengelig på det tidspunkt journalgjennomgangen blir gjennomført
- Å gå gjennom materialet med tanke på oppfyllelse av- og sammenfall med nasjonale standarder for koding
- Å identifisere områder hvor det kan være behov for forbedring av regelverk og standarder for koding
- Å vurdere kvaliteten på journaldokumentene som danner grunnlaget for registrering av koder opp mot Journalforkriftens krav til dokumentasjon i spesialisthelsetjenesten
- Å gi anbefalinger i de tilfellene dette er hensiktsmessig for å forbedre kodingskvaliteten

4. Metode

I formøtet ble det avtalt at avdelingsoverlege _____ var ansvarlig for å legge fram alle nødvendige journaldokumenter, og sørge for at eventuell annen informasjon nødvendig for gjennomføring av journalgjennomgangen ble gjort tilgjengelig. Metoden for granskningen ble også klargjort, herunder hvilke premisser som legges til grunn for at kodingen skal bli bedømt som korrekt og komplett.

Det ble også avtalt at en etter gjennomgangen ville avholde et nytt møte med de kodingsansvarlige, hvor avvikene ville bli gjennomgått og hvor en i samarbeid ville fastslå om avvikene skulle bedømmes som feil eller ikke. Dersom de kodingsansvarlige ved avdelingen og granskerne ikke kunne enes om funn som granskerne bedømmer som feilkoding, ble det avtalt at saken skulle forelegges en tredjepart for fastsetting av hva riktig koding skal være.

Foretaket v/kodingsansvarlig lege framla pasientdata fra det pasientadministrative systemet i avtalt dataformat. Datafilen inneholdt avdelingsnummer, dato for innleggelse, dato for utskriving og alle diagnose- og prosedyrekoder. Foretaket la også fram all journaldokumentasjon ført i forbindelse med de kodede avdelingsoppholdene.

Granskerne har brukt all relevant klinisk informasjon fra journaldokumentene og ut fra dette fastslått det de mener er korrekte medisinske primærkoder. Granskerne har lagt til grunn de nasjonale kodingsstandardene som gjaldt på det tidspunkt avdelingsoppholdene ble kodet.

Totalt ble 112 avsluttede avdelingsopphold gransket. Oppholdene omfatter pasienter behandlet og skrevet ut fra ortopedisk avdeling mellom 1. oktober 2007 og 31. desember 2007.

Granskerne sammenholdt den kliniske informasjonen i journaler og epikriser med diagnosekodene registrert i det pasientadministrative systemet i forbindelse med behandlingen av de samme pasientene. Granskerne har hatt følgende fokusområder:

Presisjon: Kodingen av opphold ved Ortopedisk avdeling, _____ anses som presis og nøyaktig dersom den beskriver pasientenes faktiske kliniske tilstand (og enhver prosedyre utført) så komplett som mulig innenfor kategoriseringen i primærkodeverkene, og så komplett som nødvendig

for den tilsiktede bruken av pasientdataene. De tre dimensjonene av kodenøyaktighet er:

Hver enkelt kode	Representerer disse en nøyaktig avspeiling av den kliniske rapporten?
Alle koder	Uttrykker disse alle relevante kliniske detaljer?
Kodenes rekkefølge	Er kodene registrert i riktig rekkefølge slik dette er definert i gjeldende klassifikasjons- regler og konvensjoner, herunder om riktig kode er valgt som beskrivelse av pasientens hovedtilstand?

Granskerne kategoriserte feilkodingen innenfor ett sett med standardiserte kategorier av kodingsfeil (vedlegg A)

5. Funn

Journaldokumentene anses å være av god kvalitet. Det var relativt enkelt å gå gjennom dokumentene for å finne den informasjonen som var nødvendig for å bedømme kodene.

Det generelle nivået på kodingen anses å være godt. Flest feil kan knyttes til utelatelse av koder (relevante diagnoser ikke kodet).

Hovedsakelig forekommer det to typer feil:

- Feil vurdering når riktig kode skal velges
- Noen tilfeller av at dokumentasjonen manglet på kodingstidspunktet for deretter å bli tilgjengelig i ettertid

5.1 Hoveddiagnosekoder

Samlet ble 94,6 prosent av alle hoveddiagnosekoder bedømt som korrekte. I etterkant er det enighet om følgende feil:

To diagnoser var kodet med feil tredjetegn

- Løpenummer 33
Osteoartritt i kne var kodet som *M19.9 Uspesifisert artrose*. Dette skulle vært kodet som *M17.9 Uspesifisert kneledsartrose*

- Løpenummer 65
S66.2 Skade på strekkemuskel og -sene for tommel i håndledds- og håndregionen var kodet som S56.3 Skade på strekke- eller sprikemuskel og -sene for tommel i underarmsregionen

Fire diagnoser var kodet med feil fjerdetegn:

- Løpenummer 12
Lukket brudd i distal ende av ulna S52.8 Brudd i andre spesifiserte deler av underarm var kodet som S52.6 Brudd i distal ende av både ulna og radius
- Løpenummer 54
M51.1 Lidelser i lumbalskive og andre mellomvirvelskiver med radikulopati var kodet som M51.0 Lidelser i lumbalskive og andre mellomvirvelskiver med myelopati
- Løpenummer 79
Åpent brudd i radius og ulnar, S52.4 Brudd i både ulna og radiusskaft var kodet som S52.7 Flere brudd i underarm
- Løpenummer 97
S42.2 Brudd i proksimal ende av overarmsben (humerus) var kodet som S42.4 Brudd i distal ende av overarmsben

5.2 Bidiagnosekoder

I journaldokumentasjonen er det formulert 180 velbegrunnede bidiagnoser. Disse skal kunne gjenfinnes som diagnosekoder i de korresponderende pasientdataene.

Det forekom åtte feil i tredje tegn i bidiagnosekodene:

- Løpenummer 9
M17.9 Uspesifisert kneleddsarterose var kodet som M16.9 Uspesifisert hoftelddsartrose
- Løpenummer 11
D50.0 Jernmangelanemi ved blodtap (kronisk) var kodet som D62 Akutt posthemoragisk anemi
- Løpenummer 24
B91 Følgetilstander etter poliomyelitt var kodet som Z86.1 Opplysning om infeksjonssykdom og parasittsykdom i egen sy-

kehistorie

- Løpenummer 33
S98.9 Uspesifisert skade i legg var kodet som *M25.5 Leddsmerte* (Utilstrekkelig informasjon for å fastslå korrekt klinisk kode på kodingstidspunktet)
- Løpenummer 48
Mortons metatarsalgia *G57.6 Skade i nervus plantaris* var kodet som *G58.9 Uspesifisert mononevropati* (Utilstrekkelig informasjon for å fastslå korrekt klinisk kode på kodingstidspunktet)
- Løpenummer 67
Hyponatremi *E87.1 Hypoosmolalitet og hyponatremi* var kodet som *E78.1 Ren hyperglyseridemi* (skuldes skrivefeil)
- Løpenummer 90
G55.1 Kompresjon av nerverøtter og nervepleksus ved lidelse i mellomvirvelskive var kodet som *G99.2 Myelopati ved sykdommer klassifisert annet sted*
- Løpenummer 107
Psykose *F29 Uspesifisert ikke-organisk psykose* var kodet som *F31.9 Uspesifisert bipolar affektiv lidelse* (ingen opplysninger i journaldokumentene underbygger diagnose korresponderende med kode for bipolar affektiv lidelse)

To bidiagnoser var feilkodet med hensyn til fjerde tegn:

- Løpenummer 40
B95.6 Staphylococcus aureus som årsak til sykdommer klassifisert i andre kapitler var kodet som *B95.4 Andre spesifiserte streptokokker som årsak til sykdommer klassifisert i andre kapitler*
- Løpenummer 98
G40.9 Uspesifisert epilepsi var kodet som *G40.2 Lokalisasjonsrelatert (fokal/partiell) symptomatisk epilepsi og epileptiske syndromer med komplekse partielle anfall (KPA)*

Granskerne fant at 13 velbegrunnede diagnoser ikke var kodet, blant annet: Cervikal spondylose, hypotensjon og sekvele etter nakkeskade.

Videre har granskerne påpekt at materialet inneholder fem feil som har utspring i bruk av årsakskoder, blant annet: Transportulykke med kjøretøy der den skaddes rolle er ukjent V89 var kodet som V0n Fotgjenger skadd i transportulykke.

5.3 Prosedyrekoder

For 89 av oppholdene var det kodet en eller flere prosedyrer. 87 (98 prosent) var kodet korrekt, det vil si at to var kodet feil:

- Løpenummer 25
Pasient med pertrokantær femurfraktur opereres med Hip compression screw. Kodet som *NFJ 61 Osteosyntese av pertrokantær femurfraktur med plate og skruer*. Korrekt kode er *NFJ 81 Osteosyntese av pertrokantær femurfraktur med annet eller kombinert materiale (Kfr merknad under NFJ 8y)*
- Løpenummer 88
Pasient som har fått revet av tommelens ytterfalang, og knust grunnfalangen samt sønderrevet alle bløtdeler på sistnevnte. Det gjøres total amputasjon av tommelen, som forsøkes kodet med NDQ 13, men den koden eksisterer ikke. Total amputasjon av finger eller tå betyr eksartikulasjon i grunnleddet, og for tommelens vedkommende er korrekt kode NDQ 03. Siden dette er en vanlig feilkoding er det i boken (og FinnKode) satt inn krysshenvisning under NDQ 1y og NHQ 1y.

6. Konklusjon

Journalgjennomgangen er blitt godt organisert fra avdelingen og kodingsansvarlig lege sin side. All nødvendig dokumentasjon var klargjort og lett tilgjengelig for granskerne.

De ansattes kunnskap og kompetanse på området ser ut til å være god.

Det er tydelig av ledelsen, som er ansvarlig for rutiner og prosesser i forbindelse med koding i avdelingen, har fokus på god datakvalitet. De framlagte rutinebeskrivelsene for kodingsprosessen er en god indikasjon på dette. Rutinebeskrivelsene er presise, omfattende og lett forståelige.

7. Anbefalinger

VEDLEGG A

1. Forhold som gjelder dokumentene som skal vurderes
 - Inkonsistens (motstridende journaldokumenter)
 - Informasjon tilgjengelig på granskningstidspunkt men ikke tilgjengelig da kodene ble registrert
 - Uleselig dokumentasjon
2. Feil koding hovedtilstand
 - Feil kode valgt for å beskrive hovedtilstand (sekvensiell feil)
 - Feil 3. tegn
 - Feil 4. tegn
 - Hoveddiagnosekode mangler
 - Feil koderekkefølge
3. Feil koding andre tilstander
 - Feil 3. tegn
 - Feil 4. tegn
 - Utelatt kode
 - Overflødig kode
4. Prosessuell årsak til feil
 - Feil kode
 - Oversett kode

5. Feil i prosedyrekoding

- Feil 3. tegn
- Feil 4. tegn
- Feil 5. tegn
- Feil 6. tegn
- Utelatt kode
- Overflødig kode

6. Feil som skyldes bruk av alfabetisk indeks eller kortlister (oversett inklusjons-/eksklusjonskriterier)

7. Systembegrensninger

8. Feilkodet, men etter instruks fra ansvarlig klinikk

9. Dokumentasjon ikke tilstrekkelig for bedømming

Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

