

Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene

Dokument 3:5 (2016–2017)



Bakgrunn og mål for undersøkelsen.
Funn og anbefalinger.



18 4 588 3 6 554 735 394 216 2 577 634 492

Denne publikasjonen finnes på Internett:
www.riksrevisjonen.no

Offentlige institusjoner kan bestille publikasjonen fra
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Telefon: 22 24 20 00
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
www.publikasjoner.dep.no

Andre kan bestille fra
Bestillinger offentlige publikasjoner
Telefon: 55 38 66 00
Telefaks: 55 38 66 01
E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Fagbokforlaget AS
Postboks 6050 Postterminalen
5892 Bergen
www.fagbokforlaget.no/offpub

ISBN 978-82-8229-383-9

Forsideillustrasjon: Flisa Trykkeri AS, foto: Colourbox og ScanStock foto.

Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene

BAKGRUNN OG MÅL FOR UNDERSØKELSEN

Medisinsk koding innebærer å omsette tekstlige beskrivelser av diagnoser og prosedyrer i journalen til koder. Et viktig formål med medisinsk koding er å få oversikt over sykdommer i befolkningen. Kodene danner også grunnlag for planlegging, administrasjon, finansiering, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester.

Målet med undersøkelsen har vært å belyse hvordan helseforetakene, de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse ivaretar sitt ansvar for å bidra til god kodekvalitet. Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i to pasientgrupper som blir undersøkt og behandlet ved de fleste sykehus: pasienter med lungebetennelse og hofteprotesepasienter.

Funn og anbefalinger

Det er svak kvalitet på den medisinske kodingen

Helseforetakene har ansvar for å sende inn opplysninger som er korrekte og relevante for den behandlingen pasienten har fått under det aktuelle oppholdet, til Norsk pasientregister. Blant pasienter med lungebetennelse er det rapportert feil hovedtilstand for 41 prosent av oppholdene. Hver tredje feil i disse oppholdene skyldes at journalen beskriver en annen klinisk tilstand enn lungebetennelse som hovedtilstand. De andre feilene skyldes at koden gir feil bilde av årsaken til pasientens lungebetennelse. Dette svekker kvaliteten på pasientstatistikken.

Andel av legene som mener følgende momenter er viktige eller svært viktige årsaker dersom det avdekkes feilkoding ved deres avdeling. N=887.

De som koder har ikke tilstrekkelig opplæring i koding	79 %
De som koder har ikke nok tid til å finne riktig medisinsk kode	72 %
De som koder er ikke tilstrekkelig opptatt av å kode riktig	55 %
De som koder får ikke gode nok tilbakemeldinger på sin koding	54 %
Tilstander som kodes er ikke godt nok dokumentert i journalen	48 %
DIPS eller PAS er ikke brukervennlig nok	47 %
De som koder har ikke god nok tilgang til veiledning fra ressurspersoner på koding	41 %
Kvalitetssikringen av kodingen er ikke god nok	42 %
De elektroniske hjelpeverktøyene (f.eks. FinnKode) er ikke er gode nok	30 %
Kortlister oppdateres ikke ofte nok	25 %
Talegjenkjenningsverktøy fungerer ikke godt nok	22 %
Kodeveilederen fra Helsedirektoratet er ikke god nok	19 %

Kilde: Spørreundersøkelse til leger

De samme spørsmålene er stilt ledere og kodekontrollører, som legger vekt på de samme årsakene som legene, og da særlig manglende opplæring.

Helseforetakene følger ikke godt nok opp kodekvaliteten for å sikre god pasientstatistikk

Selv om helseforetakene har gjennomført en del tiltak de siste årene for å bedre kodekvaliteten, har mange fortsatt svak styring. En viktig årsak er mangel på kunnskap blant legene om koding. Det er viktig at legene blir kurset, og at de får tilbakemeldinger på egen koding. En tydelig ledelse som støtter kodearbeidet, er også av stor betydning.

Svak kodekvalitet har negative konsekvenser for styring og finansiering av spesialisthelsetjenesten

Aktører på alle nivåer bruker data fra de medisinske kodene til statistikk, helseovervåking, forskning og planlegging. Svak kodekvalitet fører til at beslutninger som tas på bakgrunn av kodene, baseres på feilaktige premisser.

Riksrevisjonen anbefaler at

- helseforetakene legger til rette for bedre medisinsk koding ved at ansatte får nødvendig og oppdatert kunnskap om koding og krav til journaldokumentasjon, og at det gis tydelige signaler om at korrekt koding er viktig for å oppnå god pasientstatistikk
- de regionale helseforetakene tar en større pådriverrolle for å sikre god og ensartet medisinsk koding
- Direktoratet for e-helse legger bedre til rette for god koding gjennom veiledning og utvikling av støtteverktøy
- Helse- og omsorgsdepartementet følger opp at Direktoratet for e-helse og de regionale helseforetakene legger til rette for at helseforetakene har god kodekvalitet og ensartet koding, slik at vurderinger og beslutninger i spesialisthelsetjenesten gjøres på riktige premisser

Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene

Dokument 3:5 (2016–2017)

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:5 (2016–2017) *Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene*.

Riksrevisjonen, 23. mars 2017

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Innhold

1	Hovedfunn	8
2	Riksrevisjonens merknader	8
3	Riksrevisjonens anbefalinger	13
4	Departementets oppfølging	13
5	Riksrevisjonens sluttmerknad	14

Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden	15
---	-----------

Vedlegg 2: Statsrådens svar	19
------------------------------------	-----------

Vedlegg 3: Rapport	25
---------------------------	-----------

1	Innledning	31
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	34
3	Revisjonkriterier	39
4	I hvilken grad er det samsvar mellom medisinske koder som er rapportert til Norsk pasientregister (NPR), og informasjonen i pasientjournaler?	43
5	Hvordan sikrer helseforetakene god kodekvalitet?	60
6	Hvordan bidrar de regionale helseforetakene til god kodekvalitet?	81
7	Hvordan bidrar Direktoratet for e-helse til god kodekvalitet?	84
8	Hvordan bidrar Helsedirektoratet til god kodekvalitet?	92
9	Vurderinger	95
10	Referanseliste	103
11	Vedlegg	106

Utbrett: Bakgrunn og formål for undersøkelsen. Funns og anbefalinger.	
--	--

Helse- og omsorgsdepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene

Målet med undersøkelsen har vært å belyse hvordan helseforetakene sikrer at medisinske koder kan brukes til styring og finansiering. Videre har undersøkelsen belyst hvordan de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse ivaretar sitt ansvar for å bidra til god kodekvalitet.

Et viktig formål med medisinsk koding er å få oversikt over sykdommer i befolkningen og hvordan forekomsten av sykdommer varierer med tid og sted. Kodene danner også grunnlag for administrasjon, finansiering, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester i hele beslutningskjeden, fra Helse- og omsorgsdepartementet til de kliniske avdelingene ved sykehusene. Riksrevisjonen har gjennom flere tidligere revisjoner avdekket betydelige svakheter i kvaliteten på den medisinske kodingen.

Undersøkelsen er basert på spørrebrev og spørreundersøkelser til alle helseforetakene. Videre er det gjennomført en koderevisjon av et utvalg på 600 opphold for pasienter med lungebetennelse og hofteprotesepasienter ved to avdelinger i ti helseforetak. I tillegg er det gjennomført en dybdestudie i seks avdelinger. Disse avdelingene er valgt ut fordi koderevisjonen, spørrebrevet og spørreundersøkelsene gir grunn til å tro at de har god kodepraksis. Undersøkelsen omfatter data fra perioden januar 2015 til november 2016.

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister* av 7. desember 2007 (Norsk pasientregisterforskriften)
- *forskrift om pasientjournal* av 21. desember 2000
- *lov om helseforetak m.m.* av 15. juni 2001 (helseforetaksloven)
- Innst. S. nr. 198 (2005–2006) *Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene*

Undersøkelsen har også tatt utgangspunkt i *Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2015*.

Rapporten ble lagt fram for Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 7. desember 2016. Departementet har i brev 10. januar 2017 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

Rapporten, riksrevisorkollegiets oversendelsesbrev til departementet 2. februar 2017 og statsrådets svar 16. februar 2017 følger som vedlegg.

1 Hovedfunn

- Det er svak kvalitet på den medisinske kodingen.
- Svak kodekvalitet har negative konsekvenser for styring og finansiering av spesialisthelsetjenesten.
- Helseforetakene følger ikke godt nok opp kodekvaliteten for å sikre god pasientstatistikk.
- Direktoratet for e-helses veiledning og verktøy støtter ikke godt nok opp under helseforetakenes kodearbeid.

2 Riksrevisjonens merknader

2.1 Det er svak kvalitet på den medisinske kodingen

Helseforetakene har ansvar for å sende inn opplysninger som er korrekte og relevante for den behandlingen pasienten har fått under det aktuelle oppholdet, til Norsk pasientregister (NPR) i Helsedirektoratet. Undersøkelsen viser at det er for store avvik mellom medisinske koder for tilstander som er rapportert til NPR, og informasjonen i de undersøkte pasientjournalene. Dette svekker kvaliteten på pasientstatistikken.

Helseforetakene skal kode og rapportere *hovedtilstand* og eventuelt *andre tilstander* til NPR etter et sykehusopphold. Byggesteinene i kodeverket er enkeltkoder på tre tegn som blant annet brukes internasjonalt når man sammenligner forekomst av sykdommer. De fleste kodene er også underinndelt med et fjerde tegn. Feil på første- og andre-tegnsnivå vil i de aller fleste tilfeller føre til endringer i DRG-grupperingen som brukes til å finansiere helseforetakene. Ofte vil også feil på tredjetegnsnivå føre til slike endringer. Slike feil vil også føre til en «feil fortelling» i nasjonal statistikk i spørsmålet om hvilken tilstand helsehjelpen primært har vært rettet mot under oppholdet. Feil på fjerdetegnsnivå er mindre alvorlig for pasientstatistikken og påvirker sjelden DRG-grupperingen.

Hovedtilstanden er det helseproblemet som helsehjelpen primært er rettet mot i et gitt opphold. Undersøkelsen viser følgende feil i valg av og koding av hovedtilstand:

- 16 prosent av pasientene som er kodet med lungebetennelse, får en ny hovedtilstand etter koderevisjonen. Dette betyr at journaldokumentasjonen beskriver en annen klinisk tilstand enn lungebetennelse som hovedtilstand.
- Tilsvarende får fem prosent av pasientene med innsetting av hofteprotese en helt ny hovedtilstand etter koderevisjonen.
- 25 prosent av pasientene med lungebetennelse fikk endret hovedtilstand på tredjetegnsnivå. Journaldokumentasjonen viser at det er lungebetennelse som er hovedtilstand, men koden som er brukt, gir feil bilde av *årsaken* til pasientens lungebetennelse, for eksempel om den skyldes bakterie eller virus.
- For 14 prosent av hofteprotesepasientene er hovedtilstanden kodet feil på fjerdetegnsnivå. Dette betyr at det ikke blir rapportert i henhold til regelverket, og det medfører en mindre presis beskrivelse av hovedtilstanden i pasientstatistikken enn det journaldokumentasjonen gir grunnlag for.

Legen gjør også en skjønnsmessig vurdering av om det er *andre tilstander* enn hovedtilstanden som har hatt en reell betydning for gjennomføringen av helsehjelpen som ble gitt under oppholdet. Den skjønnsmessige vurderingen av tilstander som rapporteres til NPR, skal dokumenteres i journalen. Tilstander som relaterer seg til tidligere eller kroniske sykdommer, og som ikke reelt har påvirket helsehjelpen, skal ikke rapporteres

til NPR. Alle helseforetakene i undersøkelsen rapporterer *andre tilstander* til NPR som det ikke er grunnlag for i journalen. Dette omfatter:

- 58 prosent av rapporterte andre tilstander hos hofteprotesepasientene
- 37 prosent av rapporterte andre tilstander hos pasientene med lungebetennelse

Noen av disse tilstandene kan ha hatt betydning for helsehjelpen som ble gitt under oppholdet, men legens skjønnsmessige vurdering er ikke godt nok dokumentert i journalen til at det er grunnlag for å rapportere disse. Disse oppholdene framstår dermed som mer kompliserte i nasjonal statistikk enn det som er dokumentert i journalen.

For en del opphold er derimot situasjonen omvendt, slik at det er grunnlag i journalen for å rapportere flere *andre tilstander*. Disse framstår følgelig som mindre kompliserte i nasjonal statistikk enn det som er dokumentert i journalen. Både underrapportering og overrapportering av *andre tilstander* til NPR har konsekvenser for pasientstatistikken og dermed også for styring og finansiering i spesialisthelsetjenesten. I utvalget er det imidlertid mer vanlig å overrapportere enn å underrapportere.

Kodekvaliteten varierer mellom avdelingene. For de undersøkte oppholdene med lungebetennelse rapporterte 3 av 10 avdelinger feil hovedtilstand for mer enn halvparten av oppholdene. Medisinsk avdeling ved Stavanger universitetssykehus rapporterte imidlertid 80 prosent av oppholdene med riktig hovedtilstand. Dette viser at noen avdelinger lykkes bedre enn andre med å få god kodepraksis.

I noen avdelinger mangler det grunnlag i journalen for 70 prosent av *andre tilstander* som er rapportert til NPR, mens det i andre avdelinger mangler grunnlag for mindre enn 20 prosent. Det er en tendens til at de avdelingene som rapporterer mange *andre tilstander* til NPR, er de samme som har en stor andel *andre tilstander* som det ikke er grunnlag i journalen for å rapportere.

Riksrevisjonens undersøkelser har også tidligere vist at helseforetakene ikke har god nok kodekvalitet. Utvalget i koderevisjonen er begrenset og gir isolert sett ikke grunnlag for å kunne trekke generelle konklusjoner om kodekvaliteten ved helseforetakene, men undersøkelsen tar utgangspunkt i pasientgrupper som blir undersøkt og behandlet på de fleste sykehus. Når undersøkelsen i tillegg viser at internkontrollen er svak (jf. kap. 2.3), mener Riksrevisjonen det er grunn til å anta at kodekvaliteten er svak også på andre sykehus og for andre pasientgrupper.

2.2 Svak kodekvalitet har negative konsekvenser for styring og finansiering av spesialisthelsetjenesten

Aktører både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå bruker data fra de medisinske kodene i et stort og økende omfang. Det er derfor viktig at vurderinger og beslutninger som tas på bakgrunn av fastsatte koder, er basert på riktige premisser.

Helse- og omsorgsdepartementet bruker antall DRG-poeng som et mål på aktivitet og til å finansiere helseforetakene gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF). Ordningens viktigste formål er å støtte opp under sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene og stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling. Utbetalingene gjennom ISF-systemet skal avspeile reell behandlingsaktivitet, og dette forutsetter god kvalitet på den medisinske kodingen.

Omtrent hvert fjerde undersøkte opphold ble endret til en ny DRG da oppholdene ble gruppert på nytt etter koderevisjonen. Dette har betydning for ISF-refusjonen. Et flertall av avdelingene fikk en samlet reduksjon i antall DRG-poeng for de undersøkte

oppholdene etter koderevisjonen. Dette skyldes at flertallet av oppholdene ble regruppet fra en komplisert DRG til en ukomplisert DRG. Et opphold i en komplisert DRG gir høyere refusjon fra staten enn et opphold i en ukomplisert DRG. Noen få avdelinger fikk en samlet økning i antall DRG-poeng. Dette er like alvorlig for utbetalingsgrunnlaget i ISF-ordningen som en reduksjon. Begge deler gir uttrykk for at primærkodingen ikke er i samsvar med journaldokumentasjonen, noe som i mange tilfeller medfører at heller ikke refusjonen er i samsvar med den helsehjelpen som er utført.

Undersøkelsen viser at helseforetakene bruker antall DRG-poeng som et mål på aktivitet i de kliniske enhetene. De fleste helseforetakene viderefordeler også ISF-refusjonen til de kliniske enhetene. Dette gjør at de fleste klinikkene og mange avdelinger delvis finansieres av hvor mange DRG-poeng de genererer, selv om Helsedirektoratet mener at DRG-systemet ikke er robust nok til å bli brukt til dette formålet. Etter Riksrevisjonens vurdering viser undersøkelsen at varierende og svak kodekvalitet vil kunne påvirke grunnlaget for riktig og rettferdig fordeling lokalt.

Svak kodekvalitet vil gi styringsinformasjon som gjør det vanskelig å vurdere hvor stor del av en aktivitetsendring som er reell, og hvor stor del av aktivitetsendringen som skyldes endringer i kodepraksis. Bedre kodekvalitet vil derfor gi ledelsen på alle nivåer i helseforetakene et bedre grunnlag for å vurdere pasientaktiviteten ved foretakets kliniske enheter. En rekke beslutninger som påvirker driften i helseforetakene, tas på bakgrunn av informasjon fra DRG-systemet. Dersom helseforetakene etablerer systemer som sikrer god kodekvalitet og dermed et bedre beslutningsgrunnlag, kan de oppnå bedre kostnadskontroll og ressursutnyttelse.

Gode og ensartede data er en forutsetning for at de regionale helseforetakene skal kunne vurdere i hvilken grad de ivaretar sørge-for-ansvaret. De regionale helseforetakene bruker statistikk basert på koding til å analysere forbruksmønstre, tilgjengelighet, variasjon i tilbud og praksis og kvalitet i egen helseregion. Data brukes også av de regionale helseforetakene til å planlegge og følge opp funksjonsfordelingen mellom helseforetakene, utarbeide prosjekter/strategier og regionale planer, og beregne behovet for helsepersonell. Riksrevisjonen mener derfor at de regionale helseforetakene i større grad må være pådriverne for å sikre ensartet og god medisinsk koding for helseforetakene i sin region.

Helse- og omsorgsdepartementet bruker informasjon fra medisinske koder for å planlegge spesialisthelsetjenesten og vurdere om helsetjenesten når målene sine. Dette gjøres blant annet gjennom de 73 nasjonale kvalitetsindikatorene som er basert på informasjon fra de medisinske kodene. Disse skal være et hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten. Andre sentrale kunnskapsleverandører til helsesektoren, som Folkehelseinstituttet, Statistisk sentralbyrå og forskningsmiljøer, bruker også data fra NPR basert på medisinske koder.

Svak kodekvalitet kan bidra til å redusere tilliten til at pasientstatistikken kan brukes som grunnlag for planlegging, styring, oppfølging og evaluering av helsetjenestene lokalt, regionalt og nasjonalt. Videre begrenses muligheten til å bruke pasientstatistikken til medisinsk forskning. Etter Riksrevisjonens vurdering er det derfor viktig at alle aktører med ansvar for medisinsk koding bidrar til å sikre god kvalitet på statistikken.

2.3 Helseforetakene følger ikke godt nok opp kodekvaliteten for å sikre god pasientstatistikk

Styret og ledelsen i helseforetakene har ansvar for å etablere systemer som bidrar til god kodekvalitet. Selv om helseforetakene har gjennomført en del tiltak de siste årene for å bedre kodekvaliteten, har mange foretak fortsatt svak styring av kodearbeidet.

Gjennom undersøkelsen er det identifisert følgende faktorer som i stor grad påvirker kodekvaliteten:

- om legene har kunnskap om medisinsk koding
- om helseforetakene har en god kvalitetssikring av kodene legene setter
- om tydelig ledelse legger til rette for god koding i praksis og gode holdninger til koding hos de ansatte

Ledelsen i helseforetakene har ansvar for å sørge for at de ansatte har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgaven med medisinsk koding. Mange leger har for lite kunnskap om grunnleggende prinsipper for koding og om kravene som stilles til dokumentasjon i journalen for å kunne rapportere tilstanden til NPR.

En kombinasjon av ulike virkemidler gjør at enkelte helseforetak og avdelinger synes å ha lykkes bedre enn andre med å gi legene kunnskap om koding og holde denne kunnskapen ved like. Det er særlig viktig at legene får *både* kursing, individuell oppfølging og begrunnede tilbakemeldinger på egen koding. Dette er ikke vanlig i de fleste helseforetak.

Opplæringen er i mange helseforetak typisk rettet mot turnusleger og eventuelt nyansatte leger, mens erfarne leger får lite påfyll av kunnskap utover i karrieren. Samtidig skal ofte mer erfarne leger veilede yngre kolleger i riktig koding. Etter Riksrevisjonens vurdering er det viktigste tiltaket for å forbedre kodekvaliteten at helseforetakene må arbeide for å øke kunnskapen om koding hos alle leger som koder, både nyansatte og mer erfarne.

Resultatene i koderevisjonen viser at det er mange feil som ikke identifiseres og endres gjennom kvalitetssikringen. I koderevisjonen ble det blant annet funnet mange koder for *andre tilstander* som det ikke var grunnlag for i journalen. Dette kan skyldes at kvalitetssikringen i mange avdelinger er mer innrettet for å sikre helseforetakene rettmessige inntekter enn å sikre korrekt pasientstatistikk. En annen årsak kan være at det er usikkerhet om hvilke krav som stilles til dokumentasjon i journalen for å kode en tilstand og rapportere den til NPR. Etter Riksrevisjonens mening viser dette at kvalitetssikringen av kodingen ved helseforetakene ikke er godt nok innrettet mot å sikre god kodekvalitet.

Alle helseforetakene har et mål om å kode korrekt. Foretakene har imidlertid ikke utviklet konkrete og realistiske mål for kodekvaliteten. Med få unntak måler ikke helseforetakene utviklingen i kodekvaliteten over tid, og mange har heller ikke på en systematisk måte vurdert hvor i kodeprosessen det er størst risiko for å gjøre feil. Dette gjør det vanskelig å sette inn målrettede tiltak som kan sikre god kodekvalitet.

De fleste helseforetakene har utviklet felles overordnede prosedyrer for koding. Mange av prosedyrene varierer imidlertid i kvalitet og innhold og gir stor frihet til ledere på lavere nivåer i styringen av kodearbeidet. Avdelingsledelsens frihet til å styre og organisere kodearbeidet kan gi en risiko for at kodekvaliteten i stor grad blir avhengig av ledelsens kompetanse på og interesse for koding.

Undersøkelsen viser at skriftlige rutiner ikke er tilstrekkelig for å oppnå god kodekvalitet. En tydelig og kompetent ledelse med motivasjon for medisinsk koding er minst like viktig og kan skape holdninger hos de ansatte som kan fremme god kodekvalitet. Dette inkluderer å synliggjøre for legene det store bruksområdet kodene har, utover å finansiere helseforetakene.

Etter Riksrevisjonens mening har helseforetakene samlet sett for lite styring og oppfølging av kodekvaliteten. For å oppnå god internkontroll og risikostyring av kodekvaliteten er det viktig at ledelsen avdekker svakheter i kontrollmiljøet, setter i verk relevante tiltak og viser interesse og motivasjon for kodearbeidet.

2.4 Direktoratet for e-helses veiledning og verktøy støtter ikke godt nok opp under helseforetakenes kodearbeid

Direktoratet for e-helse har ansvar for å forvalte de helsefaglige kodeverkene. Dette omfatter revisjon av kodeverkene og at sektoren får veiledning i hvordan regelverket for medisinsk koding skal praktiseres.

Direktoratet har flere virkemidler og verktøy for å veilede sektoren i praktisering av kodereglene, blant annet søkeverktøyet FinnKode og et e-læringskurs i koding. Undersøkelsen avdekker svakheter både ved FinnKode og e-læringskurset i koding, verktøy som er mye brukt i sektoren. Det er etter Riksrevisjonens vurdering viktig at Direktoratet for e-helse utvikler og vedlikeholder gode verktøy. Dette vil kunne bidra til å heve legenes kunnskap om og motivasjon for koding.

Direktoratet for e-helse har ansvar for å informere sektoren om regelverksendringer i tide, noe som ikke alltid gjøres. Det er nødvendig at direktoratet sikrer at informasjonen kommer ut til rett tid, og at dette skjer gjennom en dokumentert, tydelig og åpen prosess med faste tidspunkter for informasjon. Dette vil skape forutsigbarhet for helseforetakene når de skal planlegge hvordan endringene skal innføres i organisasjonen.

Undersøkelsen viser at det er ulike oppfatninger og praksis i avdelingene om når *andre tilstander* skal rapporteres til NPR. Dette viser at direktoratet bør avklare hvor tersklene for koding av *andre tilstander* bør ligge, i samarbeid med fagmiljøene. Dette kan bidra til en mer enhetlig rapportering av *andre tilstander* og dermed bedre kvalitet på pasientstatistikken. Det er også ulike oppfatninger i sektoren om når en rapportert tilstand er godt nok dokumentert. Direktoratet for e-helse bør avklare hva som ligger i dokumentasjonskravet, og sektoren må få god informasjon om dette.

Direktoratet arbeider for tiden med ulike prosjekter og tiltak under paraplyen «Program for kodeverk og terminologi», og et forventet resultat av programmet er bedre kodekvalitet. Flere av tiltakene har som formål å bøte på utfordringer revisjonen har pekt på. Riksrevisjonen mener at flere av tiltakene, og særlig oppdatering og forbedring av opplæringsmateriellet, er viktige å få på plass for at sektoren skal kunne oppnå bedre kodekvalitet.

3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

- helseforetakene legger til rette for bedre medisinsk koding ved at ansatte får nødvendig og oppdatert kunnskap om koding og krav til journaldokumentasjon, og at ledelsen gir tydelige signaler om at korrekt koding er viktig for å oppnå god pasientstatistikk
- de regionale helseforetakene tar en større pådriverrolle for å sikre god og ensartet medisinsk koding.
- Direktoratet for e-helse legger bedre til rette for god koding gjennom veiledning og utvikling av støtteverktøy
- Helse- og omsorgsdepartementet følger opp at Direktoratet for e-helse og de regionale helseforetakene legger til rette for at helseforetakene har en god kodekvalitet og ensartet koding, slik at vurderinger og beslutninger i spesialisthelsetjenesten gjøres på riktige premisser

4 Departementets oppfølging

Statsråden skriver i sitt svarbrev 16. februar 2017 at Riksrevisjonens undersøkelse om medisinsk kodepraksis i helseforetakene omfatter et viktig område. I brevet peker han på at kodekvaliteten har betydning for hvor presist slik informasjon kan brukes i arbeidet med å utvikle tjenesten og finansieringen lokalt. Statsråden viser til at det er viktig at alle aktører med ansvar for medisinsk koding bidrar til å sikre god kvalitet på statistikken.

Statsråden peker på at utvalget på 600 opphold for to pasientgrupper er et begrenset utvalg, noe som reduserer muligheten for å kunne trekke generelle konklusjoner om medisinsk koding og kodekvalitet. Samtidig viser statsråden til at det er funn i undersøkelsen som understøtter viktigheten av å ha oppmerksomhet på medisinsk kodepraksis. Statsråden mener det er positivt at rapporten gir grunnlag for læring og erfaringsoverføring.

Statsråden vil på egnet måte følge opp Riksrevisjonens undersøkelse i styringsdialogen med de relevante aktørene.

5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens kollegium 7. mars 2017

Per-Kristian Foss

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

Beate Heieren Hundhammer

Gunn Karin Gjøl

Arve Lønnum

Jens Gunvaldsen

Vedlegg 1

Riksrevisjonens brev til statsråden

Utsatt offentlighet jf. rrevl. § 18(2)

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

0030 Oslo

Att.: Statsråd Bent Høie

Oversendelse av Dokument 3:x om Riksrevisjonens undersøkelse om medisinsk kodepraksis i helseforetakene

Vedlagt oversendes utkast til Dokument 3:X (2016-2017) *Riksrevisjonens undersøkelse om medisinsk kodepraksis i helseforetakene*.

Dokumentet er basert på en rapport som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet ved vårt brev 07.12.2016, og på departementets svar 10.01.2017.

Statsråden bes redegjøre for hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger, og eventuelt om departementet er uenig med Riksrevisjonen.

Departementets oppfølging vil bli sammenfattet i det endelige dokumentet til Stortinget. Statsrådens svar vil i sin helhet bli vedlagt dokumentet.

Svarfrist: 16.02.2017.

For riksrevisorkollegiet

Per-Kristian Foss
riksrevisor

Vedlegg:

Utkast til Dokument 3:X (2016-2017) *Riksrevisjonens undersøkelse om medisinsk kodepraksis i helseforetakene*

Etter fullmakt

Brevet er ekspedert digitalt og har derfor ingen håndskreven signatur

Vedlegg 2

Statsrådets svar

**DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT**
Statsråden

Riksrevisjonen
Postboks 8130 Dep
0032 OSLO

Unntatt offentlighet jf. Offl. § 5
andre ledd

Deres ref
2015/01596

Vår ref
16/6753-

Dato
16.02.2017

Vedrørende Riksrevisjonens undersøkelse om medisinsk kodepraksis i helseforetakene

Jeg viser til Riksrevisjonens brev datert 2. februar 2017.

Jeg er enig med Riksrevisjonen i at kvaliteten på den medisinske kodingen har betydning for hvor presist slik informasjon kan brukes i arbeidet med å utvikle tjenesten og finansiering lokalt. Riksrevisjonens undersøkelse om medisinsk kodepraksis i helseforetakene omfatter derfor et viktig område.

Undersøkelsen omfatter 600 pasientopphold for kun to pasientgrupper, nemlig lungebetennelse og hofteprotesepasienter. Departementet har tidligere pekt på at et så begrenset utvalg reduserer muligheten for å kunne trekke generelle konklusjoner om medisinsk koding og kodekvalitet. Samtidig er det funn i undersøkelsen som understøtter viktigheten av å ha oppmerksomhet på medisinsk kodepraksis. Det er positivt at rapporten som utgjør grunnlaget for Riksrevisjonens merknader og anbefalinger er innrettet på en slik måte at den kan danne grunnlag for læring og erfaringsoverføring.

Jeg er enig i at det er viktig at alle aktører med ansvar for medisinsk koding bidrar til å sikre god kvalitet på statistikken. Helseforetakene har ansvar for å sende inn opplysninger som er korrekte og relevante for den behandlingen pasienten har fått under et aktuelt opphold til Norsk pasientregister. Riksrevisjonen peker blant annet på at et viktig tiltak for å forbedre kodekvaliteten i helseforetakene er å øke kunnskapen om koding hos helsepersonell som koder. Riksrevisjonen peker på at Direktoratet for e-helse arbeider med ulike prosjekter og tiltak med formål å blant annet bedre kodekvaliteten i tråd med og innenfor sitt ansvarsområde.

Jeg vil på egnet måte følge opp Riksrevisjonens undersøkelse i styringsdialogen med de relevante aktørene.

Med vennlig hilsen



Bent Høie

Vedlegg 3

Rapport: Riksrevisjonens
undersøkelse av medisinsk
kodepraksis i helseforetakene

Revisjonen er gjennomført i samsvar med Riksrevisjonens lov og instruks, og med retningslinjer for forvaltningsrevisjon som er konsistente med og bygger på ISSAI 300, INTOSAI's internasjonale standarder for forvaltningsrevisjon.

Innhold

1	Innledning	31
1.1	Bakgrunn	31
1.2	Mål og problemstillinger	33
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	34
2.1	Dokumentanalyse av spørrebrev	34
2.2	Spørreundersøkelser	34
2.3	Koderevisjon	35
2.4	Caseundersøkelse	37
2.5	Intervju	38
3	Revisjonskriterier	39
3.1	Krav til korrekt medisinsk koding	39
3.2	Krav til internkontroll i helseforetakene	40
3.3	Krav til de regionale helseforetakene	41
3.4	Krav til Direktoratet for e-helse	41
3.5	Krav til Helsedirektoratet	42
4	I hvilken grad er det samsvar mellom medisinske koder som er rapportert til Norsk pasientregister (NPR), og informasjonen i pasientjournaler?	43
4.1	Pasientgruppene i undersøkelsen	43
4.2	Koding av hovedtilstand	46
4.3	Koding av andre tilstander	50
4.4	Koding av prosedyrer	53
4.5	Konsekvenser for statistikk og finansiering etter at oppholdene blir regruppet i DRG-systemet etter koderevisjonen	55
4.5.1	Pasienter med lungebetennelse	55
4.5.2	Hofteprotesepasienter	57
4.5.3	Endring i DRG-poeng etter revisjon	58
5	Hvordan sikrer helseforetakene god kodekvalitet?	60
5.1	Kunnskap om koding	60
5.1.1	Kursing i koding	63
5.1.2	Individuell og kollektiv oppfølging av kodingen	65
5.1.3	Praksis for å informere om endringer i kodereglene	68
5.1.4	Legenes forståelse av koding	69
5.2	Kvalitetssikring av den medisinske kodingen	70

5.2.1	Kontrasignering av erfaren lege	71
5.2.2	Kvalitetssikring i avdelingen	72
5.2.3	Kvalitetssikring i stab	76
5.3	Styring og ledelse av medisinsk koding i helseforetakene	76
5.3.1	Styring	77
5.3.2	Ledelsens rolle i medisinsk koding i helseforetakene	79
6	Hvordan bidrar de regionale helseforetakene til god kodekvalitet?	81
6.1	Oppfølging av internrevisjonen 2011	82
6.2	Øvrig arbeid med medisinsk koding	83
7	Hvordan bidrar Direktoratet for e-helse til god kodekvalitet?	84
7.1	Regelverket for koding	84
7.2	FinnKode og IKT-støtte	85
7.3	Informasjon om endringer i kodeverkene	86
7.4	Kodeveilederen	87
7.5	E-læringskurs og kodehjelpen	89
7.6	Program for kodeverk og terminologi	91
8	Hvordan bidrar Helsedirektoratet til god kodekvalitet?	92
8.1	Helsedirektoratets kontroll av data	92
8.2	Bruk av statistikk i klinikken	93
8.3	Oppfølging av anbefalingen å skille epikrise fra koder	94
9	Vurderinger	95
9.1	Det er svak kvalitet på den medisinske kodingen	95
9.2	Svak kodekvalitet har negative konsekvenser for styring og finansiering av spesialisthelsetjenesten	97
9.3	Helseforetakene følger ikke godt nok opp kodekvaliteten for å sikre god pasientstatistikk	98
9.3.1	Mangel på kunnskap om koding er en viktig årsak til svak kodekvalitet	98
9.3.2	Kvalitetssikringen er ikke godt nok innrettet for å sikre god pasientstatistikk	99
9.3.3	Helseforetakene har for lite styring og oppfølging av kodekvaliteten	100
9.4	Direktoratet for e-helses veiledning og verktøy støtter ikke godt nok opp under helseforetakenes kodearbeid	101
10	Referanseliste	103
11	Vedlegg	106
	Vedlegg 1	106
	Vedlegg 2	108

Tabelloversikt

Tabell 1	Antall opphold i komplisert og ukomplisert DRG, og andel opphold i komplisert gruppe fordelt per DRG.	37
Tabell 2	Hovedtilstand – typer feil i de enkelte sykehusene for pasienter med lungebetennelse. Antall. N = 30 per sykehus.	49
Tabell 3	Hovedtilstand – typer feil i de enkelte sykehusene for pasienter med hofteprotese. N = 30 per sykehus.	49
Tabell 4	Gjennomsnittlig antall andre tilstander per opphold før og etter koderevisjon. Per sykehus. N = 595 – 30 opphold per sykehus.	53
Tabell 5	Andel av legene som mener følgende momenter er viktige eller svært viktige årsaker dersom det avdekkes feilkoding ved deres avdeling. N=887.	62
Tabell 6	Sørlandet sykehus' indikatorer (kirurgisk klinikk) på kodekvalitet.	77
Tabell 7	Svarfordeling på påstanden «Kodeveilederen til Helsedirektoratet gir god nok veiledning i medisinsk koding».	88
Tabell 8	Oversikt over reelle henvendelser til kodehjelp 2014 og 2015, Direktoratet for e-helse.	90

Figuroversikt

Figur 1	Medisinsk koding i korte trekk.	31
Figur 2	Modell over gjennomføringen av undersøkelsen.	34
Figur 3	Pasienter med lungebetennelse. Andel opphold i komplisert gruppe DRG 89. 1. og 2. tertial 2015.	43
Figur 4	Hofteprotesepasienter. Andel opphold i komplisert gruppe DRG 209D. 1. og 2. tertial 2015.	43
Figur 5	Pasienter med lungebetennelse. Andel i komplisert DRG i DRG-paret 89/90, fordelt på RHF og sykehus. 1. og 2. tertial 2015.	44
Figur 6	Pasienter med lungebetennelse. Andel opphold i DRG 89/90 hvor kols, atrieflimmer og væsketap rapporteres som annen tilstand. 1. og 2. tertial 2015. Sykehus med over 100 opphold i DRG 89/90.	45
Figur 7	Andel korrekt rapporterte andre tilstander. Pasienter med lungebetennelse.	51
Figur 8	Andel korrekt rapporterte andre tilstander. Hofteprotesepasienter.	51
Figur 9	Antall andre tilstander som er lagt til, og antall tilstander som er strøket, per sykehus for pasienter med lungebetennelse.	52
Figur 10	Antall andre tilstander som er lagt til og antall tilstander som er strøket, per sykehus for hofteprotesepasienter.	52
Figur 11	Pasienter med lungebetennelse. Andelen opphold som endrer DRG. DRG 89/90.	55
Figur 12	Andel opphold i komplisert DRG før og etter koderevisjonen. Pasienter med lungebetennelse. N = 295 – 30 per sykehus.	56
Figur 13	Andel ny DRG etter koderevisjon for hofteprotesepasienter.	57
Figur 14	Andel opphold i komplisert DRG før og etter koderevisjonen. Pasienter med innsetting av hofteprotese. N = 300 – 30 per sykehus.	58
Figur 15	Pasienter med lungebetennelse. Reduksjon og økning i antall DRG-poeng per sykehus.	59

Figur 16	Hofteprotesepasienter. Reduksjon og økning i antall DRG-poeng per sykehus.	59
Figur 17	Svarfordeling på spørsmålet "Hva vektlegger du dersom flere tilstander framstår som likeverdige når du skal velge hovedtilstand?" Kun mulig å velge ett svaralternativ. Alternativet merket med grønt er riktig. N=635.	60
Figur 18	Svarfordeling på spørsmålet " Hvordan begrunner du ditt valg av andre tilstander (bidiagnoser)? Med dette menes hvilke tilstander som eventuelt skal kodes som annen tilstand og dermed rapporteres til Norsk pasient-register?" Mulig å velge flere svaralternativ. N=632. Prosent.	61
Figur 19	På hvilken måte har du fått kunnskap om koding mens du har vært ansatt ved dette sykehuset? N=926.	63
Figur 20	På hvilken måte har du fått kunnskap om koding mens du har vært ansatt ved dette sykehuset? I prosent. N=926.	63
Figur 21	Kodeprosessen.	70
Figur 22	Hvor ofte kvalitetssikrer du ulike forhold når kodingen kvalitetssikres? Gjennomsnitt som kvalitetssikrer aldri (0) hver gang (6) (N=104).	74
Figur 23	Andel som svarer helt eller delvis enig på diverse påstander om ledelsen ved respondentens enhet.	79
Figur 24	Andel som er helt eller delvis enig i påstanden "Regelverket for medisinsk koding er enkelt og oversiktlig å forholde seg til", fordelt på ulike typer respondenter.	84

Faktaboksoversikt

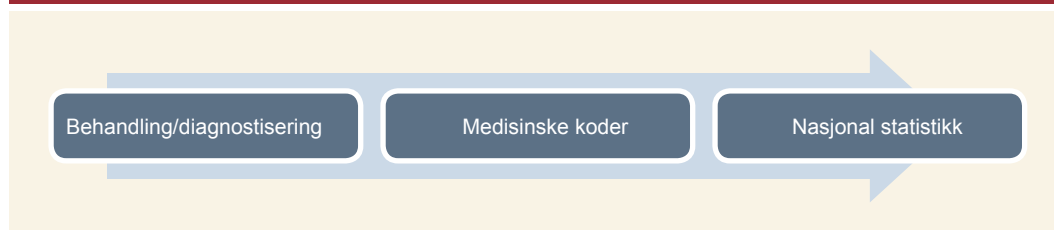
Faktaboks 1	DRG-par	36
Faktaboks 2	Oppbygging av en kode	48
Faktaboks 3	Dehydrering – operasjonalisering av dokumentasjonskravet	50
Faktaboks 4	Resultater i koderevisjonen av prosedyrekoder	54
Faktaboks 5	Eksempler på kurs utover kursing i introduksjonsuken	65
Faktaboks 6	Eksempler på tilbakemeldinger	67

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Medisinsk koding innebærer å omsette tekstlige beskrivelser av diagnoser og prosedyrer i journalen til koder. Ved å bruke koder i stedet for vanlige diagnoser kan man bruke informasjonen til statistikk, helseovervåking og forskning – se figur 1.

Figur 1 Medisinsk koding i korte trekk



Et viktig formål med medisinsk koding er derfor å få oversikt over sykdommer i befolkningen, og hvordan forekomsten av sykdommer varierer med sted og tid. Videre danner de medisinske kodene grunnlag for administrasjon, finansiering, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester i hele beslutningskjeden, fra Helse- og omsorgsdepartementet og ned til de kliniske avdelingene ved sykehusene.

Riksrevisjonen har gjennom flere tidligere revisjoner avdekket betydelige svakheter i kvaliteten på den medisinske kodingen.¹ I tillegg konkluderte internrevisjonene i de regionale helseforetakene (RHF-ene) i 2011 med at det ikke var etablert tilstrekkelig intern styring og kontroll for å oppnå rimelig sikkerhet for korrekt koding.² Internrevisjonene konkluderte videre med at det er lav risiko for større omfang av bevisst feilkoding med sikte på økonomisk vinning. Manglende kunnskap om hvilke koder som skal benyttes, lite tid til koding, misnøye med it-systemene som benyttes ved koding, og manglende motivasjon hos leger ble trukket fram som sentrale årsaker til feilkoding. Internrevisjonene anbefalte tiltak rettet både mot helseforetakene og de regionale helseforetakene for å styrke intern styring og kontroll på området, i tillegg til at det kunne være hensiktsmessig å vurdere eventuelle tiltak på nasjonalt nivå.

Flere aktører har ansvar for at kodingen blir korrekt. Direktoratet for e-helse (E-helse) har ansvar for å utvikle og forvalte kodeverk og legge til rette for god kodekvalitet. Helsedirektoratet forvalter Norsk pasientregister (NPR) og har ansvar for at helseopplysninger som samles inn og behandles i registeret, er korrekte, inkludert medisinske koder. I tillegg har Helsedirektoratet ansvar for å beregne innsatsstyrt finansiering (ISF) i tråd med bestemmelsene i regelverket og sikre at utbetalingene gjennom ISF-ordningen gjenspeiler reell aktivitet. De regionale helseforetakene skal blant annet sikre at medisinsk koding er faglig korrekt, og at kodingen ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering. Helseforetakene rapporterer de medisinske kodene til Helsedirektoratet, og hvert enkelt helseforetak har ansvar for å etablere en internkontroll som sikrer korrekt koding, og for å sende korrekte data til NPR.

1) Dokument 3:2 (2004–2005), Dokument 3:7 (2005–2006) og Dokument 3:2 (2009–2010).

2) Internrevisjonene i de regionale helseforetakene (2011) *Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis. Hovedrapport.*

NPR er et av Norges sentrale helseregistre. Medisinske koder er sentrale variabler i NPR. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er NPR den viktigste kilden for kvalitetsstyring på alle nivåer.³ I tillegg til statistikkene Helsedirektoratet selv gir ut, bruker andre sentrale kunnskapsleverandører til helsesektoren, som Folkehelseinstituttet og Statistisk sentralbyrå (SSB), data fra NPR. Data fra NPR brukes også som grunnlag for forskning, både på nasjonalt nivå og ved sykehusene.

73 av de nasjonale kvalitetsindikatorene er basert på informasjon fra medisinske koder. Disse skal være et hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet bruker også indikatorene til å trekke slutninger om kvaliteten på helsetjenestene i Norge sammenlignet med andre OECD-land.⁴

Helse- og omsorgsdepartementet bruker statistikk basert på koding i sin styring. Medisinske koder inngår i analysegrunnlaget når departementet planlegger utviklingen i spesialisthelsetjenesten – for eksempel hvilken akuttberedskap lokalsykehusene bør ha i fremtiden.⁵ Videre er koder datakilde når departementet vurderer om målene for spesialisthelsetjenesten nås. Et eksempel er målene departementet setter for pakkeforløpene for kreft til de regionale helseforetakene (RHF-ene). Data om blant annet aktivitet og ventetider er en forutsetning for at RHF-ene skal kunne vurdere i hvilken grad de ivaretar sørge-for-ansvaret. Både helseforetakene og RHF-ene bruker data fra medisinske koder på et relativt detaljert nivå for å planlegge og styre helsetjenestene.

Medisinske koder er videre helt sentrale inndata i DRG-systemet som brukes til å finansiere helseforetakene gjennom ISF. De regionale helseforetakene mottok i 2016 drøyt 30 milliarder kroner gjennom ISF-tilskuddet, som fordeles videre til helseforetakene.⁶ Tilskuddet skal dekke omtrent 50 prosent av finansieringen av helseforetakenes kostnader til somatisk pasientbehandling. Utbetalingene gjennom ISF-systemet skal avspeile reell behandlingsaktivitet,⁷ og dette forutsetter god kvalitet på den medisinske kodingen. Svak internkontroll kan gi en risiko for at økt inntjening blir vektlagt mer enn å sikre korrekte koder.

Helseforetakene bruker også informasjon fra de medisinske kodene og fra DRG-systemet til å planlegge sin egen virksomhet og sammenligne egen virksomhet med andre. Alle helseforetakene bruker DRG-poeng som en styringsindikator, og de fleste helseforetakene fordeler ISF-refusjonen nedover i virksomheten.

Kodene brukes av mange aktører til ulike formål. En god kodekvalitet er viktig for at beslutninger som tas med bakgrunn i data basert på kodingen, gjøres på riktige premisser. Dersom de medisinske kodene gir en korrekt beskrivelse av den helsehjelpen som er gitt ved hvert enkelt sykehusopphold, vil kodene til sammen kunne fortelle en statistisk historie om pasientaktiviteten som gis ved de norske sykehusene, og hvordan helsetilstanden i den norske befolkningen er og utvikler seg.

3) Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan*, s. 89.

4) Meld. St. 12 (2015–2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*, s. 11–12.

5) Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, s. 99–103.

6) I tillegg mottok de regionale helseforetakene 521,5 millioner kroner i 2016 gjennom den kvalitetsbaserte finansieringsordningen (KBF). KBF er en finansieringsordning for spesialisthelsetjenesten hvor en andel av de regionale helseforetakenes inntekter gjøres avhengig av måloppnåelse på fastsatte prestasjonsmål med bruk av 32 av kvalitetsindikatorene. Av disse 32 er 6 indikatorer basert på medisinske kodeverk.

7) Prop. 1 S (2014–2015), s. 113.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å belyse hvordan helseforetakene sikrer at de medisinske kodene kan brukes til styring og finansiering. Videre vil undersøkelsen belyse hvordan de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse ivaretar sitt ansvar for å bidra til god kodekvalitet.

Problemstillinger

1. I hvilken grad er det samsvar mellom medisinske koder rapportert til Norsk pasientregister (NPR) og informasjonen i pasientjournaler?
2. Hvilke konsekvenser kan manglende samsvar mellom medisinske koder som rapporteres til Norsk pasientregister (NPR), og informasjonen i pasientjournaler ha for styringen og finansieringen av helseforetakene?
3. Hvordan sikrer helseforetakene god kodekvalitet?
 - a. Hva påvirker kodekvaliteten i helseforetakene?
 - b. Hvilken praksis har helseforetakene for å sikre god kodekvalitet?
4. Hvordan bidrar de regionale helseforetakene til god kodekvalitet?
5. Hvordan bidrar Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse til god kodekvalitet?

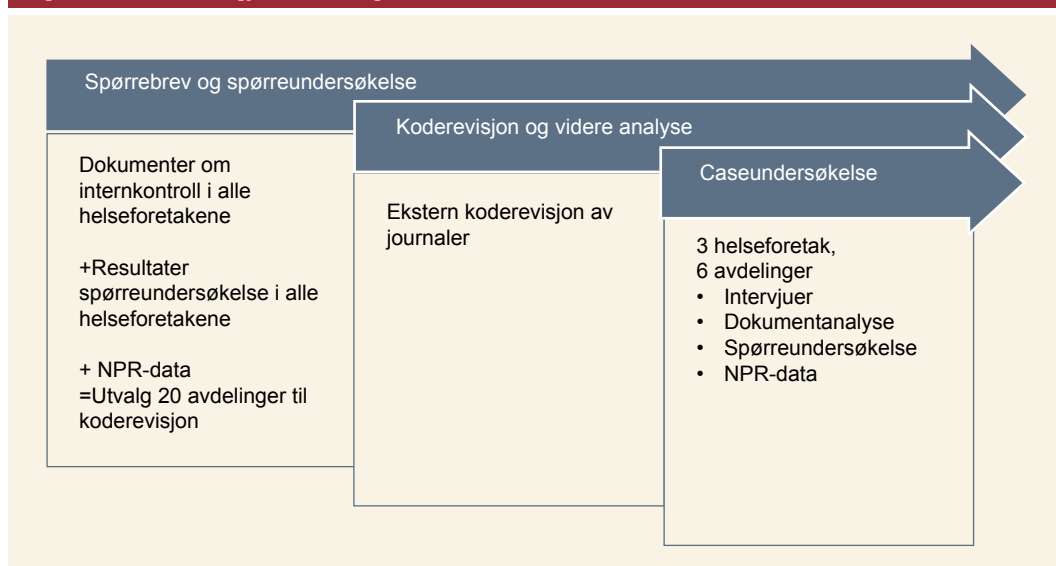


Et viktig formål med medisinsk koding er å få oversikt over sykdommer i befolkningen, og hvordan forekomsten av sykdommer varierer med sted og tid. Foto: ScanStock foto

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Problemstillingene er besvart ved hjelp av koderevisjon, dokumentanalyse, spørreundersøkelser, intervju, tilgjengelig statistikk og sekundærkilder. Datainnsamlingen er gjennomført i perioden fra desember 2015 til november 2016.⁸

Figur 2 Modell over gjennomføringen av undersøkelsen



2.1 Dokumentanalyse av spørrebrev

Det ble sendt spørrebrev til helseforetakene i desember 2015 for å få informasjon om hvilke skriftlige mål, rutiner, prosedyrer og risikobeskrivelser de har for arbeidet med å sikre god kodekvalitet. I tillegg er det spurt om hvordan ledelsen og styret har fulgt opp anbefalingene gitt i internrevisjonenes felles undersøkelse av medisinsk kodearbeid i 2011.⁹

Det er sendt spørrebrev til Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene (RHF-ene) for å få informasjon om status på tiltak de arbeider med innenfor medisinsk koding, og hvordan de arbeider for å ivareta sitt ansvar for området. Videre er de spurt om hvordan de arbeider med å følge opp anbefalingene i konsernrevisjonen fra 2011 som var rettet mot dem, ettersom dette ansvaret er delt mellom direktoratene.

2.2 Spørreundersøkelser

Det ble gjennomført tre spørreundersøkelser i februar 2016 for å belyse hvordan helseforetakene sikrer og direktoratene bidrar til god kodekvalitet (problemstilling 3 og 5). Én undersøkelse er rettet mot ledere på ulike nivå, én mot leger¹⁰ og én mot

8) Sekvensiell metodebruk bidro til god utnyttelse av de ulike datakildene i undersøkelsen underveis i data-innsamlingen og i ulike analysefaser. I tillegg bidro metodebruken til systematisk triangulering underveis og i analysefasen av undersøkelsen. Systematisk triangulering i alle undersøkelsens faser har også bidratt til at dataene samlet vurderes til å ha høy validitet og reliabilitet.

9) *Internrevisjonene i de regionale helseforetakene 2011: Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis. Hovedrapport.*

10) Blant de som svarte på spørreundersøkelsen til legene, var det også fire respondenter som ikke var leger (sykepleiere, fysioterapeuter osv.). Alle som svarte på denne undersøkelsen, omtales heretter som leger.

ansatte som har som hovedoppgave å kvalitetssikre primærkodingen. Dette kan være både helsepersonell eller merkantilt personell (heretter kalt kodekontrollører). Alle tre spørreundersøkelsene inkluderer ansatte i eller ansatte som har støttefunksjoner overfor de avdelingene hvor de to pasientgruppene som inngår i koderevisjonen, behandles.

I spørreundersøkelsene er internkontrollen for medisinsk koding ved alle helseforetakene kartlagt. 1989 leger, 164 ledere og 151 kodekontrollører mottok spørreundersøkelsen. Svarprosenten var 55 for legene, 84 for lederne og 88 for kodekontrollørene.¹¹

2.3 Koderevisjon

Hensikten med koderevisjon av helseforetakenes medisinske koding er å undersøke om det er samsvar mellom journaldokumentasjonen og de tilstandene og prosedyrene helseforetakene har rapportert til Norsk pasientregister (NPR). Videre gir koderevisjonen informasjon om hvilke konsekvenser feilkoding kan ha for finansiering og styring.

Resultatene fra en koderevisjon gir uttrykk for hvor godt helseforetaket har lyktes med å oversette de tilstandene og prosedyrene som er beskrevet i pasientens journal, til pasientstatistikk i form av et sett diagnose- og prosedyrekoder i tråd med regelverkene for koding.

Medisinsk koding består av tre hovedelementer som helseforetakene skal rapportere inn til NPR etter et sykehusopphold:

- *Hovedtilstanden* er den tilstanden som helsehjelpen hovedsakelig er gitt for under oppholdet.
- *Andre tilstander* er tilstander som eksisterer samtidig med hovedtilstanden, eller som utvikler seg i løpet av behandlingsperioden. Dette er tilstander som blir gjenstand for undersøkelse og behandling, som det må tas hensyn til, eller som får konsekvenser for behandlingen av pasienten.
- *Prosedyrer* er undersøkelser og behandlinger som utføres.

Koderevisjonen omfatter et utvalg på 600 opphold for pasienter med lungebetennelse og pasienter som har fått satt inn hofteprotese. Disse to pasientgruppene er valgt fordi det er to vanlige tilstander som håndteres ved de fleste sykehus. Pasienter med lungebetennelse behandles vanligvis ved medisinsk avdeling, mens innsetting av hofteprotese skjer ved ortopedisk avdeling.

Begrunnelsen for å velge ut noen pasientgrupper i koderevisjonen er dels å belyse om det er en ensartet kodepraksis mellom sykehus for samme pasientgruppe og dels for lettere å kunne finne forklaringer til hvorfor noen avdelinger lykkes bedre enn andre i å oppnå god kodekvalitet.

11) To av spørsmålene i spørreundersøkelsen ble endret etter at undersøkelsen var sendt ut. For det første ble det ikke lenger mulig å velge flere svaralternativ til spørsmålet «Hva vektlegger du dersom flere tilstander framstår som likeverdige når du skal velge hovedtilstand?». Det ene svaralternativet ble også endret fra «den tilstanden som medisinsk sett oppleves som den viktigste» til «alvorligste». Videre ble spørsmålet «Hvordan begrunner du om 'andre tilstander' ev. skal kodes?» til «Hvordan begrunner du ditt valg av *andre tilstander* (bidiagnoser)?». Disse endringene ble gjort 3. februar. I analysene av disse spørsmålene er bare de som har besvart de nye versjonene av spørsmålene, inkludert, det vil si 744 i stedet for 1062 respondenter. Analyser viser at disse ikke skiller seg fra dem som besvarte den originale versjonen. Videre ble ytterligere to spørsmål lagt til underveis i undersøkelsen. Dette var påstanden «Det er mest hensiktsmessig om det er leger som koder», og «Koding tar for mye tid fra pasientbehandlingen». Disse ble besvart av 786 respondenter. Respondenter som svarer at de koder sjeldnere enn hver måned har blitt utelatt fra undersøkelsen.

Koderevisjonen er avgrenset til opphold innen to DRG-par (se faktaboks 1):

- DRG 89 Lungebetennelse & pleuritt, hvor pasienten er over 17 år og oppholdet har kompliserende *andre tilstander*
- DRG 90 Lungebetennelse & pleuritt, hvor pasienten er over 17 år og oppholdet er uten kompliserende *andre tilstander*
- 209 D Innsetting av hoftededdsprotese med kompliserende *andre tilstander*
- 209 E Innsetting av hoftededdsprotese uten kompliserende *andre tilstander*

For lesbarhetens skyld er disse oppholdene omtalt i rapporten som «pasienter med lungebetennelse» og «hofteprotesepasienter».

Faktaboks 1 DRG-par

Et DRG-par består av to DRG-er – én komplisert DRG for opphold med kompliserende andre tilstander og én ukomplisert DRG uten kompliserende andre tilstander. Helseforetakene får høyere refusjon for pasienter som blir gruppert til en komplisert DRG, enn til en ukomplisert DRG i samme DRG-par. Det som avgjør om et opphold grupperes til komplisert DRG i et gitt DRG-par, er om det er rapportert én eller flere andre tilstander som kodes med en ICD-10-kode som er tillagt kompliserende egenskap for det aktuelle DRG-paret. Eksempler på tilstander som har kompliserende egenskap for begge DRG-par, er dehydrering, kols og diabetes type 2.

Kilde: Helsedirektoratet

Det er hentet inn journaldokumentasjon for totalt 600 sykehusopphold.¹² Koderevisjonen omfatter 30 opphold i hvert av de to DRG-parene ved 20 avdelinger i 10 helseforetak i 1. og 2. tertial i 2015.¹³ I hvert av helseforetakene inngår to avdelinger på samme sykehus.¹⁴ Avdelingene er valgt ut basert på at de har indikasjoner på god eller svak styring av arbeidet med medisinsk koding. Denne vurderingen er basert på informasjon fra de allerede innsamlede dataene, dvs. statistikk, dokumenter og spørreundersøkelsene. Følgende helseforetak og sykehus inngår i koderevisjonen:

Helseforetak

Universitetssykehuset Nord-Norge
Nordlandssykehuset HF
Helse Nord-Trøndelag HF
Helse Møre og Romsdal HF
Helse Førde HF
Helse Stavanger HF
Sykehuset Innlandet HF
Vestre Viken HF
Akershus universitetssykehus HF
Sykehuset Østfold HF

Sykehus

Tromsø
Bodø
Levanger
Ålesund
Førde
Stavanger
Gjøvik
Bærum
Ahus
Østfold

12) Se vedlegg 1 for hvilken dokumentasjon som ble etterspurt.

13) Ved noen avdelinger er antall opphold 28 eller 29.

14) Helseforetaket har oppgitt til Riksrevisjonen de to enhetene på laveste organisatorisk nivå ved hvert sykehus som har det høyeste antall pasienter med henholdsvis lungebetennelse (DRG 89/90) og innsetting av hofteprotese (DRG 209D/209E).

I hver av avdelingene svarer antallet opphold som er trukket ut i komplisert og ukomplisert DRG, til forholdstallet mellom disse to DRG-ene som ble rapportert til NPR i 1. og 2. tertial 2015, jf. tabell 1.

Tabell 1 Antall opphold i komplisert og ukomplisert DRG, og andel opphold i komplisert gruppe fordelt per DRG-par

	DRG 89	DRG 90	Andel i komplisert gruppe	DRG 209D	DRG 209E	Andel i komplisert gruppe
	Pasienter med lungebetennelse			Hofteprotesepasienter		
Østfold	27	3	90 %	16	14	53 %
Bodø	22	8	73 %	7	23	23 %
Tromsø	24	6	80 %	12	18	40 %
Gjøvik	29	1	97 %	14	16	47 %
Førde	16	14	53 %	7	23	23 %
Stavanger	27	3	90 %	14	16	47 %
Levanger	26	4	87 %	16	14	53 %
Ålesund	25	5	83 %	16	14	53 %
Ahus	26	4	87 %	13	17	43 %
Bærum	28	2	93 %	19	11	63 %

Kilde: Norsk pasientregister

Alle opplysninger som kan identifisere pasienter og sykehus, er anonymisert før koderevisjonen. To revisorteam, fra Analysesenteret og Nirvaco, har hver for seg vurdert alle de 600 oppholdene. Følgende hovedspørsmål er belyst:

1. Er det grunnlag i innhentet journaldokumentasjon for de diagnose- og prosedyrekodene som er rapportert til NPR i henhold til nasjonalt regelverk for koding?
2. Er de tilstandene og prosedyrene som er rapportert til NPR, korrekt kodet?
3. Er det tilstander og prosedyrer som ut fra innhentet journaldokumentasjon ifølge regelverket skulle vært rapportert til NPR, men som ikke er rapportert?

Revisorteamene har avslutningsvis i fellesskap sammenholdt sine respektive revisjonsresultater for de 600 oppholdene. Resultatet av denne gjennomgangen er full konsensus mellom de to revisorteamene. Etter koderevisjonen ble oppholdene gruppert på nytt i DRG-systemet for å belyse hvilke konsekvenser feilkoding av disse oppholdene får for finansiering og styring.

2.4 Caseundersøkelse

Det er gjennomført en caseundersøkelse av medisinsk kodepraksis i to avdelinger i tre utvalgte helseforetak (Stavanger i Helse Stavanger HF, Gjøvik i Sykehuset Innlandet HF, og Levanger i Helse Nord-Trøndelag HF) for å undersøke hvordan helseforetakene arbeider for å sikre god kodekvalitet. Formålet med caseundersøkelsene er å identifisere kjennetegn og eksempler på god medisinsk kodepraksis som andre avdelinger ved samme helseforetak og andre helseforetak kan lære av. Det er valgt ut avdelinger som det ut fra koderevisjonen, dokumentanalysen og spørreundersøkelsen er grunn til å tro har god kodepraksis.

Ansatte som er involvert i arbeidet med medisinsk koding, er blitt intervjuet om praksis. Dette inkluderer leger, ledere, kodekontrollører og ansatte ved analyseavdelinger, i tillegg til andre nøkkelpersoner. Temaene for intervjuene i helseforetakene var blant annet organisering av kodearbeidet, opplæring og kvalitetssikring av kodingen.

2.5 Intervju

Det er gjennomført intervjuer med Direktoratet for e-helse. Formålet med intervjuene var å ytterligere belyse direktoratets rolle og oppgaver, og de var et supplement til svarene direktoratet ga i spørrebrev.

3 Revisjonskriterier

3.1 Krav til korrekt medisinsk koding

Medisinske koder skal fastsettes med bakgrunn i den dokumenterte informasjonen i pasientjournalen.¹⁵ Pasientjournalen skal inneholde opplysninger om foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, behandling, pleie, diagnose og annen oppfølging som settes i verk, og resultatene av dette.¹⁶ *Forskrift om pasientjournal* (journalforskriften) understreker journalens juridiske betydning, blant annet ved spørsmål om feilbehandling.¹⁷ Den naturlige følgen av dette er at man må dokumentere godt både hva som gjøres under et opphold, og bakgrunnen for det.¹⁸

Kravet om god dokumentasjon i journaler er også hjemlet i *lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven) § 40, som blant annet sier at journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, og at den skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Helseforetakene skal sørge for å sende data, dvs. opplysninger som er relevante for den behandlingen man har fått under det aktuelle oppholdet, til Norsk pasientregister.¹⁹ Dette innebærer et ansvar for at dataene som sendes inn, er korrekte.

Direktoratet for e-helse gir hvert år ut et regelverk og veiledning for bruk av de medisinske kodeverkene ICD-10, NCSP og NCMP (heretter: kodeveiledningen/kodeveileder).²⁰ Denne orienterer om gjeldende regler og retningslinjer for koding, registrering og rapportering. Det er forventet at retningslinjene for koding av diagnoser og prosedyrer følges lojalt ved sykehusene.²¹

Kodeveiledningen operasjonaliserer dokumentasjonskravet slik: Det skal gå fram av den skriftlige journaldokumentasjonen at alle tilstander som er tatt med, har hatt en reell betydning under oppholdet. Det generelle prinsippet er at kodingen skal gi så presis informasjon som mulig og så mye informasjon som nødvendig for formålet, men ikke mer. Definisjonen for valg av *andre tilstander* er en konsekvens av dette. I veiledningen understreker Direktoratet for e-helse at det er en umulig oppgave å i utgangspunktet vite sikkert hvilke tilstander som vil ha betydning for *andre tilstander* under et opphold. Dette må bli en skjønnsmessig vurdering, og denne vurderingen må være dokumentert i journalen.²²

Dette innebærer at ikke alt som feiler pasienten eller alle rutinemessige prosedyrer utført, skal rapporteres til Norsk pasientregister. For å akseptere rapportering av en tilstand, eller en prosedyre, har revisjonen i tråd med ovennevnte, lagt til grunn

- at tilstanden/prosedyren skal være formulert i fritekst i pasientens journal
- at det kommer fram vurderinger som begrunner at tilstanden har hatt reell betydning under oppholdet

15) *Regelverk IS-233. Innsatsstyrt finansiering 2015*, s. 22, Helsedirektoratet 2015. *Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister* (Norsk pasientregister-forskriften) § 2-1

16) *Forskrift om pasientjournal* (journalforskriften), § 8 bokstav f.

17) *Journalforskriften* § 8 med kommentarer.

18) *Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2016*, s. 16. Direktoratet for e-helse (2016)

19) *Forskrift om Norsk pasientregister* (Norsk pasientregister-forskriften) § 2-1 og merknad til § 1-6.

20) *Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten*.

21) St.prp. nr. 1 (2003–2004).

22) *Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2015*, s. 12. Helsedirektoratet, 2015.

Følgende regelverk er lagt til grunn i koderevisjonen:

- Helsedirektoratets *IS-2300 Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2015*
- Norsk versjon ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 10. versjon 2015 (FinnKode: ICD10 versjon 1 2015)
- NCMP og NCSP Klassifikasjon av medisinske prosedyrer og kirurgiske inngrep 2015 (FinnKode: NCMP/NCSP versjon 1 2015)
- WHO ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10. versjon, 2015.
- WHO ICD-10 International statistical Classification of Diseases and Related health problems 10. revisjon, bind 2 *Instruction manual*, 5. utgave
- Rapport A679 *Håndbok for journalgjennomgang*, NPR/Sintef 2006.

3.2 Krav til internkontroll i helseforetakene

Kontroll- og konstitusjonskomiteen²³ understreket i sin innstilling om Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene i 2006 at bedre kodekvalitet er avgjørende for både pasientstatistikk, forskning og styring av helseforetakene. Komiteen mente også at styrene og ledelsen i helseforetakene har ansvar for å etablere systemer som sørger for god kodekvalitet.

Styret skal sørge for at det etableres interne kontrollsystemer som sikrer betryggende kontroll med foretakets måloppnåelse, økonomi og ressursbruk,²⁴ og ledelsen i helseforetakene har et overordnet ansvar for oppfølging og kontroll med egen virksomhet. Det er også krav om at de ansvarlige for virksomheten skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet og om virksomhetens internkontroll.²⁵ God styring innebærer at helseforetakene har etablert en internkontroll som bidrar til at de fastsatte målene og resultatkravene oppnås.

Internkontrollen skal sikre at

- ressursbruken er effektiv
- forutsatte inntekter kommer inn
- virksomheten drives i samsvar med lover og regler
- virksomheten har tilstrekkelig styringsinformasjon og forsvarlig beslutningsgrunnlag²⁶

Helseforetakene har ansvar for å melde inn opplysningene som er listet opp i pasientregisterforskriften, inkludert prosedyrekoder og diagnosekoder, til Norsk pasientregister.²⁷ Avsenderen skal kontrollere at dataene som rapporteres, er komplette og kvalitetssikret i henhold til kravene for rapportering. Dette skal inngå som en del av virksomhetens internkontroll.²⁸

I vurderinger av om internkontrollen fungerer tilfredsstillende, vil COSOs rammeverk for internkontroll bli lagt til grunn. Helseforetaket må etablere en internkontroll som gir rimelig sikkerhet for at den medisinske kodingen er tilfredsstillende. Dette inkluderer overordnede risikovurderinger og holdninger på toppen, som integritet og etiske

23) Innst. S. nr. 198 (2005–2006) *Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen*.

24) Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven) § 28

25) *Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten* § 4.

26) *Reglement for økonomistyring i staten* § 5 og § 14 (kravene her gjelder ikke helseforetakene, men man bør likevel kunne forvente at en virksomhet av en slik art har dette på plass).

27) *Norsk pasientregister-forskriften* § 1.6.

28) Merknad til *Norsk pasientregister-forskriften* § 2-3.

verdier, og at ledelsen er opptatt av å utvikle kompetente medarbeidere, inkludert medarbeidere som har god kjennskap til medisinsk koding. I tillegg er det nødvendig med kontrollaktiviteter på alle nivåer og i ulike deler av kodeprosessen, og at disse bidrar til å nå målet om god kodekvalitet. Internkontroll inkluderer også hvordan ledelsen ved helseforetakene kommuniserer internt, deres oppfølgingsaktiviteter for å fastslå om internkontrollen fungerer og tiltak for å korrigere avvik.

3.3 Krav til de regionale helseforetakene

De regionale helseforetakene har et sørge-for-ansvar for spesialisthelsetjenester til befolkningen.²⁹ Dette innebærer at de regionale helseforetakene skal framskaffe likeverdige og best mulige helsetjenester innen de tildelte ressursene ut fra behovet i helseregionen.³⁰ God kvalitet på den medisinske kodingen er viktig for at de regionale helseforetakene skal kunne basere beslutninger om sørge for-ansvaret sitt på riktige premisser.

De regionale helseforetakene skal benytte midlene på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode,³¹ og har ansvar for å samordne virksomheten i de helseforetakene de eier, med mål om at ressursene samlet sett skal utnyttes på en hensiktsmessig og rasjonell måte.³² RHF-ene skal også sikre at medisinsk koding er faglig korrekt, og at kodingen ikke benyttes til å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.³³

De regionale helseforetakene har ansvar for at egne helseforetak rapporterer aktivitet i tråd med forutsetningene. Dette omfatter blant annet ansvar for at medisinsk koding blir gjort i tråd med den nasjonale kodeveiledningen og bestemmelser i regelverket, ansvar for kvalitetskontroll av data og ansvar for at rapporteringsfrister overholdes.³⁴

3.4 Krav til Direktoratet for e-helse

Direktoratet for e-helse har ansvar for styring, gjennomføring og forvaltning av nasjonale løsninger på e-helseområdet. Direktoratet skal ha ansvar for forvaltning og utvikling av kodeverk, terminologi og IKT-standarder.³⁵

Dette ansvaret omfatter også rådgivning og svar på spørsmål sektoren har om kodeverk.³⁶

Ved utvikling av nye tjenester skal Direktoratet for e-helse legge til rette for bruk av eksterne leverandører. Dialog og involvering av helse- og omsorgstjenesten og leverandører skal være et førende prinsipp for direktoratet i all utvikling av nasjonale IKT-løsninger.³⁷

29) Lov om spesialisthelsetjenesten § 2.1a første og sjette ledd.

30) Innst. O. nr. 118 (2000–2001) 1.2.10 jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m, punkt 8.12.

31) Oppdragsdokument 2015 fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet, 2015

32) Vedtekter for regionale helseforetak § 6.

33) Prop. 1 S (2014–2015) Helse- og omsorgsdepartementet.

34) Innsatsstyrt Finansiering 2015: Regelverk. Helsedirektoratet, 2015

35) Prop. 1 S (2015–2016) Helse- og omsorgsdepartementet, s. 28.

36) Styringsdokumentasjon for forbedring av forvaltning kodeverk, s.4. Direktoratet for e-helse, 2016

37) Prop. 1 S (2015–2016) Helse- og omsorgsdepartementet, s. 28.

3.5 Krav til Helsedirektoratet

Helsedirektoratets forvaltningsoppgaver innebærer myndighet til å anvende og fortolke lov og regelverk innenfor helsesektoren,³⁸ inkludert regelverk for ISF.^{39 40}

Direktoratet forvalter Norsk pasientregister, som er den sentrale kilden for styringsdata om spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet skal også sørge for at helseopplysninger som samles inn og behandles i Norsk pasientregister, er korrekte, relevante og nødvendige for formålene de samles inn for, som er å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester, herunder finansiering.⁴¹ Målet til NPR er å levere styringsinformasjon av god kvalitet til Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og kommunene.⁴²

Helsedirektoratet har ansvar for å beregne ISF i tråd med bestemmelsene i regelverket og skal sørge for nødvendige kontrollmekanismer for å sikre at utbetalingene gjennom ISF-ordningen gjenspeiler reell aktivitet og er i tråd med Stortingets forutsetninger for øvrig.⁴³

38) Prop 1 S (2015-2016), kap. 720 *Helsedirektoratet*.

39) I 2015 hadde Helsedirektoratet ansvar for å utvikle og forvalte regelverket for medisinsk koding.

40) *Innsatsstyrt finansiering – regelverk*, Helsedirektoratet 2015.

41) *Norsk pasientregister-forskriften*, § 1-2 og §2-4.

42) *Tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet for 2015*. Helse- og omsorgsdepartementet, 2015

43) *Innsatsstyrt finansiering – regelverk*. Helsedirektoratet, 2015.

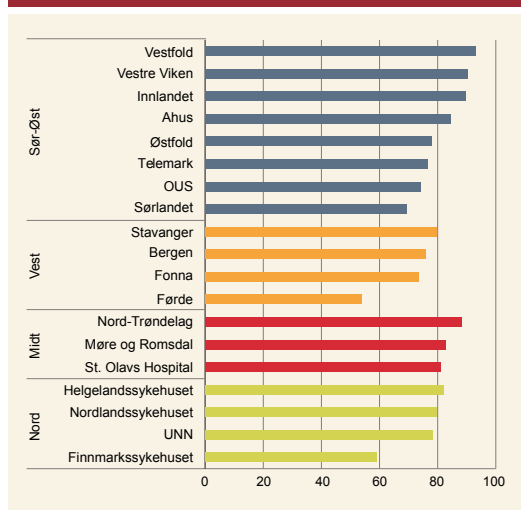
4 I hvilken grad er det samsvar mellom medisinske koder som er rapportert til Norsk pasientregister (NPR), og informasjonen i pasientjournaler?

4.1 Pasientgruppene i undersøkelsen

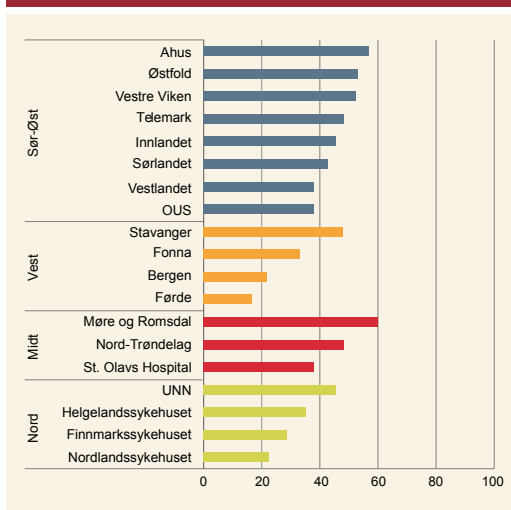
De to pasientgruppene som inngår i koderevisjonen er gruppert i DRG-par (faktaboks 1). Helseforetakene får høyere refusjon for pasienter som blir gruppert til en komplisert DRG enn til en ukomplisert DRG i samme DRG-par.

Når det gjelder pasienter med lungebetennelse (DRG-paret 89/90), viser nasjonale tall innhentet fra NPR for 1. og 2. tertial 2015 at 81 prosent av oppholdene ble gruppert i den kompliserte gruppen. Tilsvarende ble 39 prosent av oppholdene til hofteprotesepasienter (DRG-paret 209 D/E) gruppert i den kompliserte gruppen.⁴⁴

Figur 3 Pasienter med lungebetennelse. Andel opphold i komplisert gruppe DRG 89. 1. og 2. tertial 2015



Figur 4 Hofteprotesepasienter. Andel opphold i komplisert gruppe DRG 209 D. 1. og 2. tertial 2015



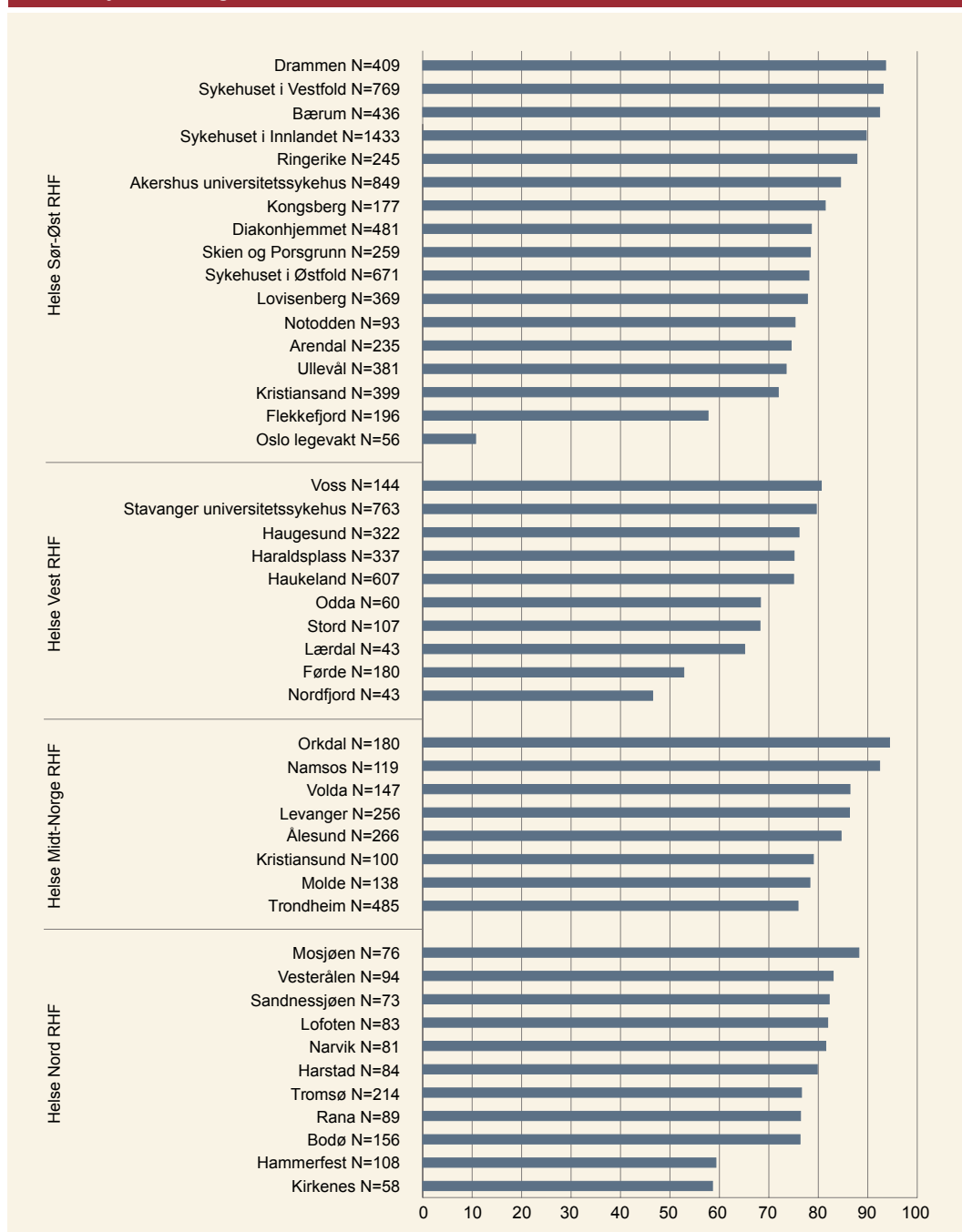
Kilde: Norsk pasientregister

Andelen opphold i den komplisert gruppen varierer mellom helseforetakene – fra 54 prosent til 93 prosent for lungepasientene og fra 17 prosent til 60 prosent for hofteprotesepasientene, jf. figur 3 og 4.

Mellom de fire regionale helseforetakene varierer andelen opphold i den kompliserte gruppen fra 74 prosent i Helse Vest til 83 prosent i Helse Midt-Norge for pasientene med lungebetennelse. Tilsvarende varierer andelen opphold i den kompliserte gruppen fra 30 prosent i Helse Vest til 48 prosent i Helse Midt-Norge for hofteprotesepasientene.

44) I beregningene inngår Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Martina Hansens Hospital og Haraldsplass Diakonale Sykehus.

Figur 5: Pasienter med lungebetennelse. Andel i komplisert DRG i DRG-paret 89/90, fordelt på RHF og sykehus. 1. og 2. tertial 2015.⁴⁵



Kilde: Norsk pasientregister

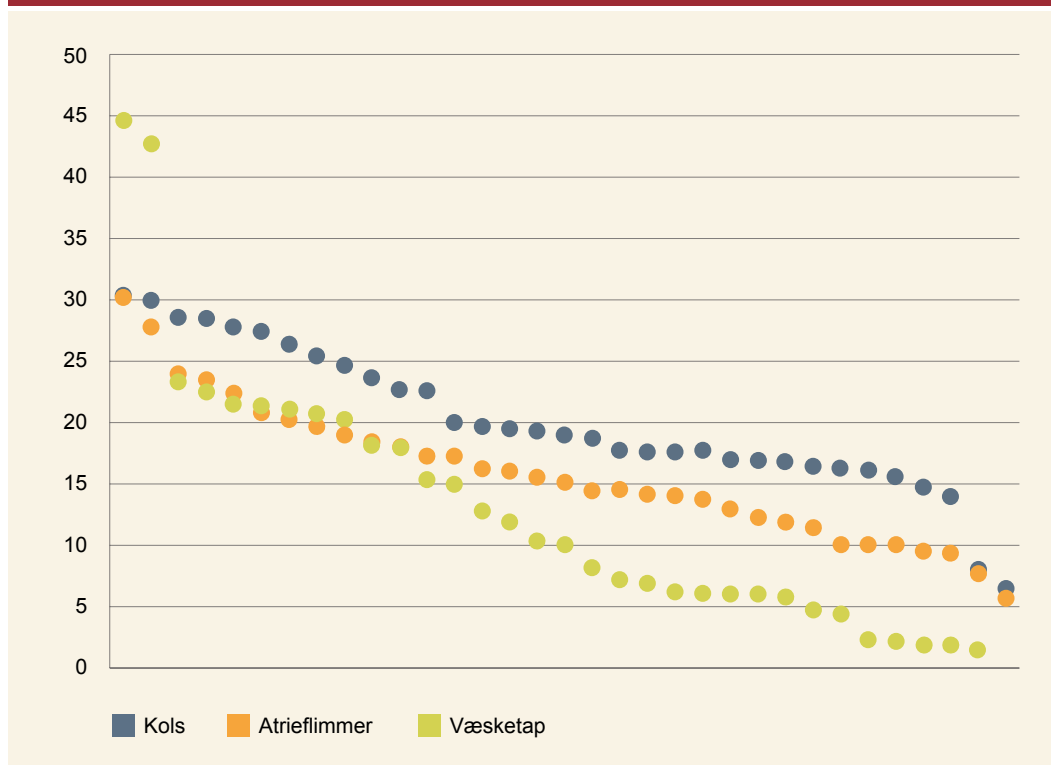
Innen samme helseregion varierer andelen opphold i den kompliserte gruppen mellom sykehusene for pasientene med lungebetennelse, jf. figur 5. Mellom de 46 sykehusene varierer andelen opphold i den kompliserte gruppen fra 11 prosent til 94 prosent. Det er også store variasjoner mellom sykehusene i andel opphold i den kompliserte gruppen for hofteprotesepasientene (se vedlegg 2).

45) Sykehusene som har hatt færre enn 30 opphold i DRG 89/90 i 1. og 2. tertial 2015, er utelatt fra figuren. Noen helseforetak rapporterer ikke per behandlingssted/sykehus.

En høy andel opphold i den kompliserte gruppen i et gitt DRG-par gir tilsynelatende uttrykk for at et helseforetak eller et sykehus har mange pasienter med flere sykdommer og lidelser samtidig. En høy andel opphold i den kompliserte gruppen kan ha flere forklaringer. Om pasientene som behandles innen et gitt DRG-par består av flere eldre pasienter ved et sykehus enn ved et annet, er det forventet at andelen opphold i den kompliserte gruppen vil være høyest ved sykehuset som har de eldste pasientene. Funksjonsfordeling mellom sykehus innad i et helseforetak eller i et RHF der de sykeste/kompliserte pasientene behandles på noen utvalgte sykehus kan være en annen forklaring. Terskel for innleggelse påvirker også andelen opphold i den kompliserte gruppen i DRG-paret. Om et sykehus har høyere terskel/strengere krav for å legge inn pasienter med f.eks. lungebetennelse enn et annet sykehus, vil dette på samme måte trekke i retning av en høyere andel opphold i den kompliserte gruppen i et gitt DRG-par enn det andre sykehuset.

Ulik andel opphold i den kompliserte gruppen i et DRG-par kan imidlertid også skyldes uensartet kodepraksis mellom sykehusene. Statistikk fra NPR indikerer at sykehusene har ulik praksis for å rapportere *andre tilstander til NPR*, noe som igjen naturlig nok påvirker andel kompliserte opphold.

Figur 6 Pasienter med lungebetennelse. Andel opphold i DRG 89/90 hvor kols, atrieflimmer og væsketap rapporteres som annen tilstand. 1. og 2. tertial 2015. Sykehus med over 100 opphold i DRG 89/90



Kilde: Norsk pasientregister

Data fra NPR viser at det er variasjon mellom sykehus i hvor stor andel av oppholdene med lungebetennelse som hovedtilstand som også har rapportert kols⁴⁶, atrieflimmer⁴⁷ eller væsketap⁴⁸ som *annen tilstand*, jf. figur 6. For eksempel rapporteres væsketap som *annen tilstand* når lungebetennelse er hovedtilstand for nær ingen opphold ved

46) J 44 Annen kronisk obstruktiv lungesykdom.

47) I 48 Atrieflimmer og atrieflutter.

48) E 86 Væsketap.

enkelte sykehus, til nær halvparten ved andre sykehus. Tilsvarende varierer det også for hofteprotesepasienter hvor ofte ulike *andre tilstander* rapporteres til NPR.

Ifølge fagrevisorene viser koderevisjonen at det er betydelig variasjon mellom avdelingene når det gjelder hvilke kriterier som legges til grunn for å *diagnostisere* enkelte hyppig forekommende *andre tilstander* som for eksempel væsketap. Videre finner fagrevisorene at det også varierer mye mellom avdelinger i når de oppfatter at disse *andre tilstandene* har hatt betydning for gjennomføringen av helsehjelpen under oppholdet, og dermed skal rapporteres til NPR.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at pasienter i DRG 89 og 90 utgjør bare 59 prosent av alle pasienter med lungebetennelse (pneumoni). Pasienter som er gruppert i andre DRG-er enn 89/90 kan også ha relevans når andelen opphold i den kompliserte gruppen i DRG-paret vurderes.⁴⁹

4.2 Koding av hovedtilstand

For alle opphold skal det rapporteres en hovedtilstand. Hovedtilstanden er den tilstanden som helsehjelpen hovedsakelig er gitt for under oppholdet eller konsultasjonen. Hvis mer enn én tilstand kan være aktuell som hovedtilstand, skal den som har krevd mest behandlingsressurser medisinsk sett velges.⁵⁰ Ikke alle endringene i hovedtilstand har like store konsekvenser for pasientstatistikken. Feilene som avdekkes i koderevisjonen kan deles inn i to hovedgrupper:

- feil hovedtilstand rapportert til NPR
- feil koding av korrekt rapportert hovedtilstand

Feil hovedtilstand rapportert til NPR

I gruppen feil hovedtilstand rapportert til NPR skilles det mellom opphold som får en helt ny hovedtilstand, og opphold som får endret klassifikasjon av hovedtilstand på tredjetegnsnivå – se faktaboks 2. Feil kode på tredjetegnsnivå innebærer at hovedtilstanden etter koderevisjonen beskriver en ganske annen klinisk tilstand enn den opprinnelig rapporterte, men at tilstanden som oftest er innen samme organsystem som opprinnelig rapportert. Begge typene feil kan påvirke grupperingen av oppholdet i DRG-systemet, og dermed også finansieringen av sykehusene. Dette fører til en «feil fortelling» i nasjonal statistikk (NPR) når det gjelder hvilken tilstand helsehjelpen primært har vært rettet inn mot under oppholdet.

Andelen opphold som er rapportert med feil hovedtilstand til NPR i koderevisjonen, er betydelig høyere for pasientene med lungebetennelse enn for hofteprotesepasientene.

For pasientene med lungebetennelse er mange av feilene som gjelder hovedtilstand, alvorlige for pasientstatistikken. Koderevisjonen viser at det er rapportert feil hovedtilstand til NPR for 41 prosent av disse oppholdene. Blant disse oppholdene skilles det mellom oppholdene som får en helt ny hovedtilstand (16 prosent), og opphold som endres på tredjetegnsnivå (25 prosent).

16 prosent av lungepasientene får en ny hovedtilstand etter koderevisjonen. Dette skyldes at journaldokumentasjonen beskriver en annen klinisk tilstand enn lungebetennelse som hovedtilstand. Noen av de feilaktig rapporterte hovedtilstandene er det grunnlag for å rapportere som *annen tilstand* under oppholdet. I de fleste tilfellene finner imidlertid ikke fagrevisorene i det hele tatt grunnlag i

49) Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Riksrevisjonen av 10. januar 2017.

50) *Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2015*, Helsedirektoratet 2015.

journaldokumentasjonen for å rapportere den opprinnelige valgte hovedtilstanden som håndtert under oppholdet, verken som hovedtilstand eller *annen tilstand*.

Videre får 25 prosent av oppholdene med lungebetennelse endret hovedtilstand på tredjetegnsnivå. For pasientene med lungebetennelse vil feil på tredjetegnsnivå primært være uttrykk for at det ikke er samsvar mellom den opprinnelig rapporterte koden og årsaken til pasientens lungebetennelse, slik den går fram av journalen. For disse oppholdene bidrar koderevisjonen til en mer presis fortelling om hvilken type lungebetennelse som har vært hovedproblemet under oppholdet. Revidert koding i tråd med journaldokumentasjon vil for eksempel endre beskrivelsen av oppholdet fra et opphold med lungebetennelse hvor ikke legen klarte å finne kliniske holdepunkter for å bestemme type mikrobiologisk agens (virus, bakterie, amøbe m.m.), til en beskrivelse av et opphold med bakteriell lungebetennelse.



16 prosent av lungepasientene får en ny hovedtilstand etter koderevisjonen. Foto: Pixabay

Koderevisjonen viser at det for hofteprotesepasientene er en lavere andel av oppholdene (5 prosent) som er rapportert med feil hovedtilstand til NPR.⁵¹ Ifølge fagrevisorene er dette ikke uventet, da utfordringene ved valg av hovedtilstand normalt er større for lungepasienter enn for pasienter som får satt inn hofteprotese. Mange av oppholdene hvor pasientene får satt inn hofteprotese, er planlagte inngrep på ellers relativt friske og noe yngre pasienter. Dette er i mindre grad tilfellet for pasientene med lungebetennelse. I den grad hoftepasientene har flere sykdommer samtidig, er disse tilstandene stort sett stabiliserte og under kontroll før operasjonen iverksettes, enten pasienten er lagt inn elektivt eller som øyeblikkelig hjelp. Tilstander som fører til innsetting av hofteproteser, er klinisk godt definerte og relativt enkle å diagnostisere, og det finnes ikke alternative koder på tredjetegnsnivå.

51) Samtlige av disse oppholdene fikk imidlertid en helt ny hovedtilstand. Dette innebærer at oppholdet opprinnelig var rapportert med en kode som beskriver en helt annen klinisk tilstand enn det journalen gir grunnlag for.

Faktaboks 2 Oppbygging av en kode

En tilstand (diagnose) kan i noen tilfeller kreve én eller flere koder fra ICD-10 for å bli riktig klassifisert. Motsatt vil noen koder i ICD-10 kunne være felles for flere tilstander (diagnoser). Koding av en tilstand medfører ofte noe tap av presisjon sammenlignet med legens fritt formulerte tilstandsbeskrivelse (diagnose). Til hver kode i ICD-10 er det knyttet en kodetekst som sier noe om hvilke tilstander som er omfattet av denne koden. Dette er en hjelpetekst til bruk for statistikere som ofte gir liten mening i en klinisk kontekst. I en epikrise⁵² bør ikke statistikerens kodetekst brukes, men erstattes med behandlerens presise kliniske formulering av hvilke tilstander (diagnoser) som har vært håndtert under oppholdet.

Byggesteinene i ICD er enkeltkoder på tre tegn – først en bokstav fra A til Z og deretter to sifre fra 0 til 9. Når man sammenligner koder for statistiske formål internasjonalt, brukes bare tretegnskodene. De fleste kodene er imidlertid underinndelt med et fjerde tegn etter et punktum. Der ICD-10 gir mulighet for å kode en tilstand med et fjerde tegn, er det obligatorisk å bruke firetegnskoder. Eksempler på koder er

- J15.1 Pneumoni som skyldes pseudomonas
- M16.0 Primær hofteleddsartrose, bilateral

Kilde: Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2016

Feil koding av korrekt rapportert hovedtilstand til NPR

Feil koding av korrekt rapportert hovedtilstand til NPR vil si at det er rapportert feil kode på fjerdetegnsnivå. Dette er et uttrykk for at den opprinnelige rapporterte koden for hovedtilstand er mindre spesifikk for den aktuelle tilstanden enn det journaldokumentasjonen gir grunnlag for. En endring av hovedtilstand på fjerdetegnsnivå innebærer som hovedregel ingen vesentlig endring i «fortellingen» om hvilken klinisk tilstand helsehjelpen primært har vært rettet inn mot under oppholdet, men gir en mer spesifikk beskrivelse av den kliniske tilstanden.

Fagrevisorene mener at feil koding av hovedtilstand på fjerdetegnsnivå er mindre alvorlig når det gjelder konsekvenser for nasjonal pasientstatistikk enn feil rapportert hovedtilstand. Videre påvirker feil koding av hovedtilstand på fjerdetegnsnivå vanligvis ikke DRG-grupperingen og dermed heller ikke finansieringen av sykehusene.

Koderevisjonen viser at kun ett opphold endret hovedtilstand på fjerdetegnsnivå blant pasientene med lungebetennelse. For hofteprotesepasientene gjelder imidlertid de fleste endringene av hovedtilstand på fjerdetegnsnivå. Til sammen får 14 prosent av oppholdene endret kode for hovedtilstand på fjerdetegnsnivå.

52) Ifølge *journalforskriften* § 9 og *helsepersonelloven* § 45 er en epikrise en sammenfatning av journalopplysninger som sendes til det helsepersonellet som trenger opplysninger for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging.

Typene feil per sykehus

Når det gjelder pasienter med lungebetennelse, viser tabell 2 at typene feil varierer mellom sykehus. Ved sykehuset i Tromsø får kun ett opphold en helt ny hovedtilstand i koderevisjonen, men dette sykehuset får imidlertid relativt mange opphold endret hovedtilstand på tredjetegnsnivå. Tre sykehus rapporterer feil hovedtilstand for minst halvparten av oppholdene. Sykehuset i Stavanger skiller seg positivt ut ved at det har få opphold som er rapportert med feil hovedtilstand til NPR.

Tabell 2: Hovedtilstand – typer feil i de enkelte sykehusene for pasienter med lungebetennelse.
Antall. N = 30 per sykehus.⁵³

Sykehus	Feil hovedtilstand rapportert til NPR			Feil koding av korrekt rapportert hovedtilstand til NPR
	Helt ny hovedtilstand	Hovedtilstand endret på tredjetegnsnivå	Sum	Hovedtilstand endret på fjerdetegnsnivå
Ålesund	5	13	18	0
Østfold	6	12	18	0
Stavanger	3	2	5	0
Bærum	5	4	9	0
Ahus	6	3	9	0
Gjøvik	4	4	8	0
Førde	6	5	11	0
Levanger	4	10	14	1
Bodø	7	8	15	0
Tromsø	1	13	14	0
Sum	47	74	121	1

Kilde: Koderevisjonen

Tabell 3: Hovedtilstand – typer feil i de enkelte sykehusene for pasienter med hofteprotese.
N = 30 per sykehus.

Sykehus	Feil hovedtilstand rapportert til NPR			Feil koding av korrekt rapportert hovedtilstand til NPR
	Helt ny hovedtilstand	Hovedtilstand endret på tredjetegnsnivå	Sum	Hovedtilstand endret på fjerdetegnsnivå
Ålesund	1	0	1	4
Østfold	1	0	1	7
Stavanger	0	0	0	1
Bærum	1	0	1	5
Ahus	6	0	6	2
Gjøvik	0	0	0	2
Førde	0	0	0	8
Levanger	0	0	0	0
Bodø	2	0	2	4
Tromsø	3	0	3	10
Sum	14	0	14	43

Kilde: Koderevisjonen

53) Ålesund (N = 29), Østfold (N = 29), Bærum (N = 29), Stavanger (N = 28).

Fire sykehus rapporterer alle de 30 oppholdene med riktig hovedtilstand til NPR for hofteprotesepasientene, jf. tabell 3. I ni av sykehusene er 90 prosent eller flere av oppholdene rapportert med riktig hovedtilstand til NPR. Sykehuset i Levanger skiller seg positivt ut ved at samtlige opphold både er rapportert med riktig hovedtilstand til NPR og med riktig koding av hovedtilstanden. Dette gjelder også 90 prosent av oppholdene ved sykehusene i Stavanger og på Gjøvik.⁵⁴

4.3 Koding av andre tilstander

Andre tilstander er tilstander som eksisterer samtidig med hovedtilstanden eller som utvikler seg i løpet av behandlingsperioden, og som blir gjenstand for undersøkelse og behandling, som det må tas hensyn til eller som får konsekvenser for behandlingen av pasienten. Legen som koder må også vurdere om det er *andre tilstander* enn hovedtilstanden som er relevante å rapportere til NPR. Alle tilstander som rapporteres, skal ha hatt en reell betydning under oppholdet, og dette skal gå fram av den skriftlige journaldokumentasjonen. Dette er en skjønnsmessig vurdering, og denne vurderingen skal være dokumentert i journalen.⁵⁵

Dokumentasjon av funn og tiltak alene gir ikke grunnlag for klassifikasjon. Det er behandlerens dokumenterte vurdering av funn og funnets konsekvens for helsehjelpen som ble gitt under oppholdet, som avgjør om en tilstand skal rapporteres eller ikke – se eksempelet i faktaboks 3.

Faktaboks 3 Dehydrering – operasjonalisering av dokumentasjonskravet

Dehydrering er en tilstand som inntreffer når kroppen har for lite væske, enten som følge av for lavt væskeinntak, høyt væsketap eller en kombinasjon. Sykdom, akutt eller kronisk, gir høyere risiko for dehydrering. Væskebehandling under et opphold iverksettes primært grunnet to forhold:

- Pasienten er dehydrert.
- Behandler vil forebygge at pasienten blir dehydrert.

I kodeveiledningen står det følgende:

«E86 Væsketap

Ved bruk av denne koden skal det være dokumentert i journalen at pasienten er klinisk dehydrert. Det er ikke tilstrekkelig at enkel intravenøs væsketilførsel er påført kurven. Fagrevisor har lagt til grunn følgende dokumentasjonskrav for å kunne rapportere tilstanden dehydrering som håndtert under oppholdet:

- Tilstanden må som minimum være formulert i pasientens journal under oppholdet som et uttrykk for en klinisk vurdering.
- Det fremkommer av journal under oppholdet at tilstanden har hatt en konsekvens for gjennomføring av helsehjelpen under oppholdet, for eksempel ytterligere utredninger, væskebehandling, forlenget opphold m.m.»

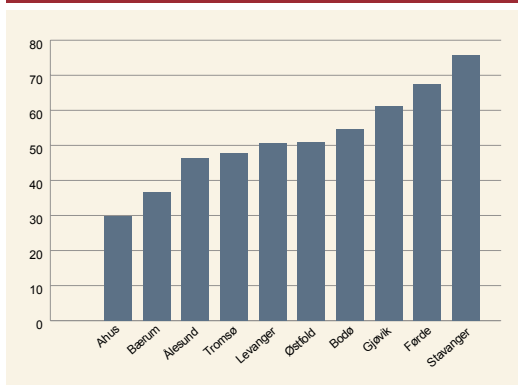
Kilde: Koderevisjonen og Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2016

54) Feil koding på fjerdetegnsnivå gjelder i all hovedsak feilrapportering ved unilateral eller bilateral hofteledsartrose og/eller hvorvidt hofteledsartrosen er på dysplastisk grunnlag eller ikke.

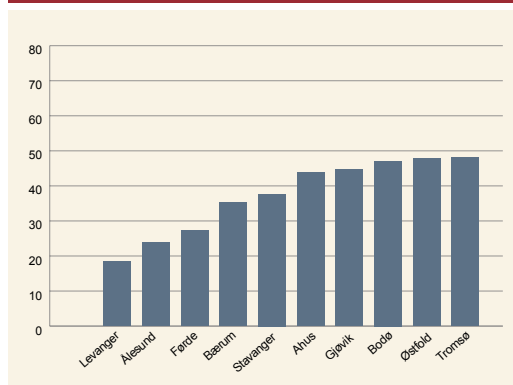
55) *Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2015*. Helsedirektoratet, 2015.

For alle sykehusene sett under ett finner fagrevisorene grunnlag i journaldokumentasjonen for at 51 prosent av kodene for *andre tilstander* er korrekt rapportert for pasientene med lungebetennelse og 36 prosent for hofteprotesepasientene.

Figur 7 Andel korrekt rapporterte andre tilstander. Pasienter med lungebetennelse



Figur 8 Andel korrekt rapporterte andre tilstander. Hofteprotesepasienter



Kilde: Koderevisjonen

For pasientene med lungebetennelse varierer andelen korrekt rapporterte koder for *andre tilstander* fra 30 prosent til 76 prosent, jf. figur 7. Sykehuset i Stavanger skiller seg positivt ut ved at tre av fire koder for *andre tilstander* er korrekt rapportert til NPR. Det vil si at tilstandene både er tilstrekkelig dokumentert i journalen og korrekt kodet. Tilsvarende varierer andelen korrekt rapporterte koder for *andre tilstander* for pasientene for hofteprotesepasientene, jf. figur 8, men for denne pasientgruppen er det ingen sykehus som koder mer enn halvparten av kodene for *andre tilstander* korrekt.

For mange rapporterte *andre tilstander* til NPR bidrar til en statistisk fortelling om et opphold hvor det er håndtert flere tilstander enn det er dokumentasjon for i pasientjournalen. For pasientene med lungebetennelse strykes 37 prosent av de *andre tilstandene* som var rapportert til NPR, i koderevisjonen. For hofteprotesepasientene er mer enn halvparten av de *andre tilstandene* strøket (58 prosent). Ifølge fagrevisorene er dette ikke nødvendigvis et uttrykk for at tilstandene ikke har påvirket helsehjelpen som er gitt under oppholdet. Flere av de slettede kodene kunne trolig blitt stående dersom legens vurdering av tilstandene var bedre dokumentert i journalen.

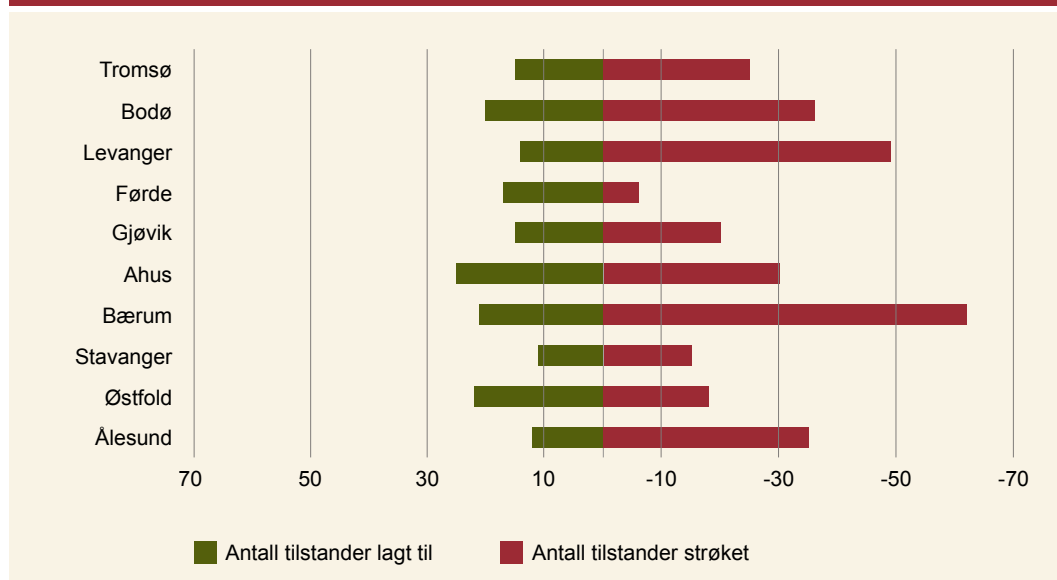
Fagrevisorene mener også at det store antall strøkne tilstander indikerer manglende eller mangelfull kjennskap til og praktisering av gjeldende retningslinjer for medisinsk koding ute i helseforetakene.

Fagrevisorenes inntrykk er at dokumentasjonen for *andre tilstander* som blir håndtert under oppholdet, gjennomgående er mer sparsom for hofteprotesepasientene enn for pasientene med lungebetennelse. Klinisk formulering av aktuell annen tilstand manglet oftere for hofteprotesepasientene enn for pasienter med lungebetennelse.

For pasientene med lungebetennelse varierer andelen av *andre tilstander* som strykes mellom sykehusene fra 18 prosent til 53 prosent. Ved sykehusene i Førde, Stavanger og Gjøvik strykes hver fjerde tilstand eller færre i koderevisjonen, mens for fire sykehus strykes mer enn 40 prosent av *andre tilstander*. For hofteprotesepasientene varierte andel av *andre tilstander* som strykes i koderevisjonen, fra 24 prosent til mer enn 70 prosent.

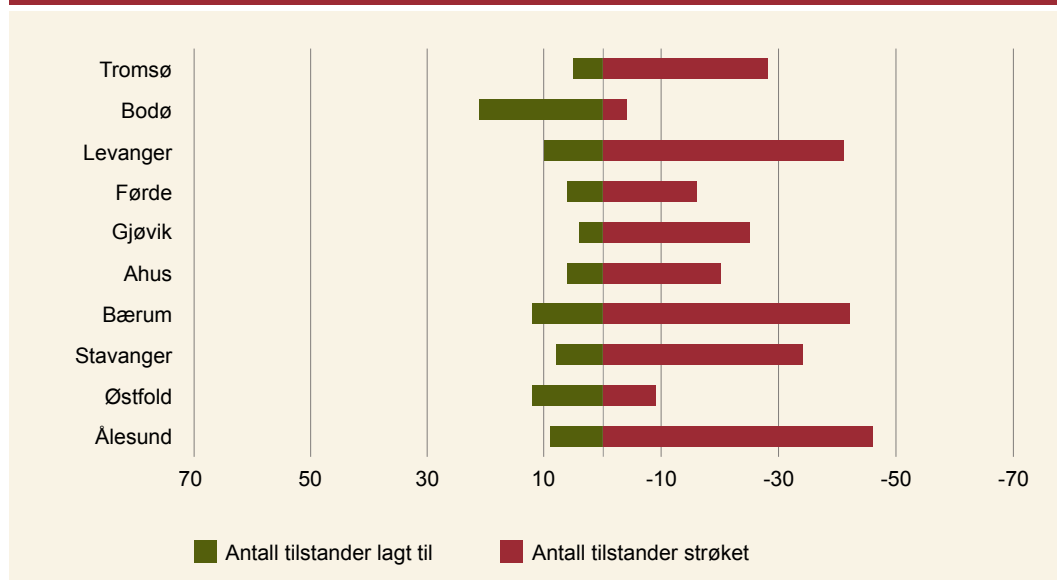
I journaldokumentasjonen har fagrevisorene funnet grunnlag for å tilføye 172 *andre tilstander* som ikke var rapportert til NPR for pasientene med lungebetennelse. Dette utgjør 26 prosent av totalt antall *andre tilstander* etter koderevisjonen. For hofteprotesepasientene er det lagt til relativt sett enda flere tilstander (32 prosent). Mangelfull rapportering av *andre tilstander* bidrar til en fortelling om et enklere opphold enn det dokumentasjonen i pasientjournalen gir grunnlag for.

Figur 9 Antall andre tilstander som er lagt til, og antall tilstander som er strøket, per sykehus for pasienter med lungebetennelse



Kilde: Koderevisjonen

Figur 10 Antall andre tilstander som er lagt til og antall tilstander som er strøket, per sykehus for hofteprotesepasienter



Kilde: Koderevisjonen

Med unntak av sykehusene i Førde og Østfold for pasienter med lungebetennelse og sykehusene i Bodø og Østfold for hofteprotesepasientene strykes det flere *andre tilstander* enn det legges til i koderevisjonen, jf. figur 9 og 10. Dette fører til at gjennomsnittlig antall *andre tilstander* per opphold er redusert fra 2,7 til 2,3 per opphold

etter koderevisjon for pasienter med lungebetennelse og fra 1,5 til 1,0 per opphold for hofteprotesepasientene. Tabell 4 viser endringer i antall *andre tilstander* per opphold før og etter koderevisjonen per sykehus for de to pasientgruppene.

Tabell 4 Gjennomsnittlig antall andre tilstander per opphold før og etter koderevisjon. Per sykehus. N = 595 – 30 opphold per sykehus.⁵⁶

	Pasienter med lungebetennelse		Hofteprotesepasienter	
	Før revisjon	Etter revisjon	Før revisjon	Etter revisjon
Bodø	3,3	2,8	0,6	1,1
Stavanger	2,6	2,4	2,0	1,2
Gjøvik	2,7	2,4	1,6	0,9
Levanger	3,6	2,5	1,8	0,8
Førde	1,1	1,6	0,7	0,4
Østfold	2,2	2,2	0,8	0,9
Ålesund	2,8	2,0	2,2	1,0
Bærum	4,0	2,6	2,4	1,4
Ahus	2,1	1,9	1,4	1,0
Tromsø	2,4	2,1	1,9	1,1
Samlet	2,7	2,3	1,5	1,0

Kilde: Koderevisjonen

Før koderevisjonen varierer antall *andre tilstander* per opphold som blir rapportert til NPR, fra 1,1 til 4,0 mellom sykehusene for pasienter med lungebetennelse. For hofteprotesepasientene er variasjonen fra 0,6 til 2,4, jf. tabell 4. For begge pasientgruppene innebærer dette at for de undersøkte oppholdene rapporterer ett sykehus nesten fire ganger så mange *andre tilstander* per opphold som det sykehuset som rapporterer færrest tilstander per opphold. Dette gir uttrykk for at noen sykehus har opphold hvor det tilsynelatende håndteres langt flere tilstander enn andre sykehus.

Etter koderevisjonen er spredningen mellom sykehusene med hensyn til antall *andre tilstander* per opphold redusert. Nå varierer antall *andre tilstander* per opphold henholdsvis fra 1,6 til 2,8 koder mellom sykehusene for pasientene med lungebetennelse og fra 0,4 til 1,4 tilstander per opphold for hofteprotesepasientene. Det er derfor mindre forskjeller mellom sykehusene når det gjelder hvor mange tilstander som er dokumentert håndtert i journalen under oppholdene, enn det nasjonal statistikk i NPR gir uttrykk for.

Koderevisjonen viser at det spesielt for pasientene med lungebetennelse er en tendens til at det for sykehusene som opprinnelig rapporterte det høyeste antallet *andre tilstander* per opphold til NPR, strykes relativt sett flest *andre tilstander* i koderevisjonen. Dette får også konsekvenser når oppholdene blir gruppert på nytt i DRG-systemet etter koderevisjonen, jf. kapittel 4.5.

4.4 Koding av prosedyrer

Prosedyrer som utføres, kan rapporteres ved hjelp av prosedyrekoder fra det medisinske (NCMP), det kirurgiske (NCSP) eller det radiologiske (NCRP) prosedyreverket.

56) Ålesund (N = 29), Østfold (N = 29), Bærum (N = 29), Stavanger (N = 28).

Hvert prosedyrekodeverk gir retningslinjer for når og hvordan prosedyrer skal rapporteres som utført under et opphold. En grunnleggende forutsetning for å kunne rapportere en prosedyre som utført under oppholdet er at det foreligger dokumentasjon i journalen på at prosedyren er utført. I tolkningen av resultatene for prosedyrer er det viktig å ta hensyn til at noen prosedyrekoder holdes utenfor analysen.⁵⁷

Relativt få kirurgiske prosedyrer strykes eller legges til i koderevisjonen. Ifølge fagrevisorene er dette forventet fordi kirurgiske prosedyrer er klart definerte – enten er de utført, eller så er de det ikke. Det lages alltid operasjonsnotat for kirurgiske inngrep. Følgelig er det svært sjelden at journaldokumentasjonen ikke gir grunnlag for å rapportere prosedyren. For begge pasientgruppene finner fagrevisorene grunnlag i journalen for å rapportere relativt mange medisinske prosedyrer som sykehuset ikke har tatt med i rapportering til NPR.

Faktaboks 4 Resultater i koderevisjonen av prosedyrekoder

Lungebetennelse

Medisinske prosedyrer (NCMP):

Oppsummert er det i koderevisjonen ikke grunnlag i journaldokumentasjonen for 7 av de 118 kodene for medisinske prosedyrer som er rapportert (6 prosent). Motsatt finner revisorene grunnlag i journalen for å rapportere 55 medisinske prosedyrer som ikke er rapportert til NPR.

Kirurgiske prosedyrer (NCSP):

Ifølge fagrevisorene er det forventet at det er rapportert få kirurgiske prosedyrer for disse pasientene. Bare 26 koder for kirurgiske prosedyrer er rapportert til NPR, og av disse mangler det grunnlag for å rapportere seks av dem. Motsatt er det grunnlag i journalen for å rapportere 12 koder som opprinnelig ikke er rapportert til NPR.

Innsetting av hofteproteser

Medisinske prosedyrer (NCMP):

9 av opprinnelig 172 koder for medisinske prosedyrer er slettet etter revisjon. Motsatt mangler 78 medisinske prosedyrer som det er grunnlag for å rapportere til NPR.

Kirurgiske prosedyrer (NCSP):

6 av totalt 520 (1 prosent) koder for kirurgiske prosedyrer slettes i alle foretak sett under ett. Motsatt mangler 17 av totalt 528 (3 prosent) koder som fagrevisorene finner grunnlag i journaldokumentasjonen for å rapportere til NPR.

Kilde: Koderevisjonen



Prosedyrer som utføres, rapporteres ved hjelp av prosedyrekoder fra det medisinske (NCMP), det kirurgiske (NCSP) eller det radiologiske (NCRP) prosedyreverket. Foto: Pixabay

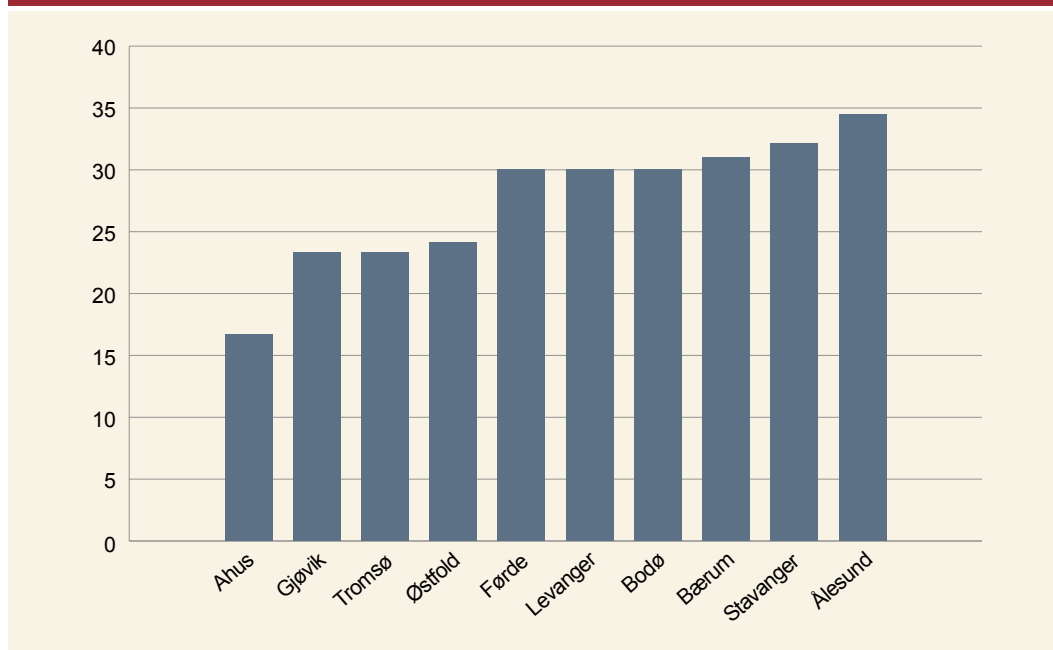
57) Dette gjelder følgende prosedyrekoder: OAALOO Strukturert kartlegging av kosthold og ernæringstilstand, OBAB00 Veiledet og instruert fysisk trening, OBAB00 Lungeterapi, TKC20 Blærekaterisering, KXFC00 Døgnmåling av urinvolum og KCDE41 Ekstern ultralydsundersøkelse av blære.

4.5 Konsekvenser for statistikk og finansiering etter at oppholdene blir regruppet i DRG-systemet etter koderevisjonen

4.5.1 Pasienter med lungebetennelse

Når det gjelder pasienter med lungebetennelse, er 81 opphold gruppert til en annen DRG etter koderevisjonen, dvs. hvert fjerde opphold (28 prosent). Dette innebærer at riktig koding ville gitt et annet refusjonsbeløp i ISF-ordningen for flere enn hvert fjerde undersøkte opphold.

Figur 11 Pasienter med lungebetennelse. Andelen opphold som endrer DRG. DRG 89/90



Kilde: Koderevisjonen

Figur 11 viser at andelen opphold som endrer DRG, varierer fra 17 til 35 prosent mellom sykehusene.

De 81 oppholdene som endrer DRG, fordeler seg på følgende måte etter koderevisjonen:

- 52 prosent av oppholdene er regruppet fra komplisert til ukomplisert DRG eller motsatt vei i DRG-paret.
- 33 prosent av oppholdene er regruppet til en annen DRG i hoveddiagnosegruppe 4, «Sykdommer i åndedretsorganene».
- 15 prosent av oppholdene er regruppet til en annen hoveddiagnosegruppe.⁵⁸

Oppholdene som er regruppet til en annen hoveddiagnosegruppe, ender etter revisjonen opp i nasjonal statistikk med en fortelling om at den primære tilstanden som ble håndtert under oppholdet, har vært i et helt annet organsystem enn det den opprinnelige rapporteringen til NPR ga uttrykk for.

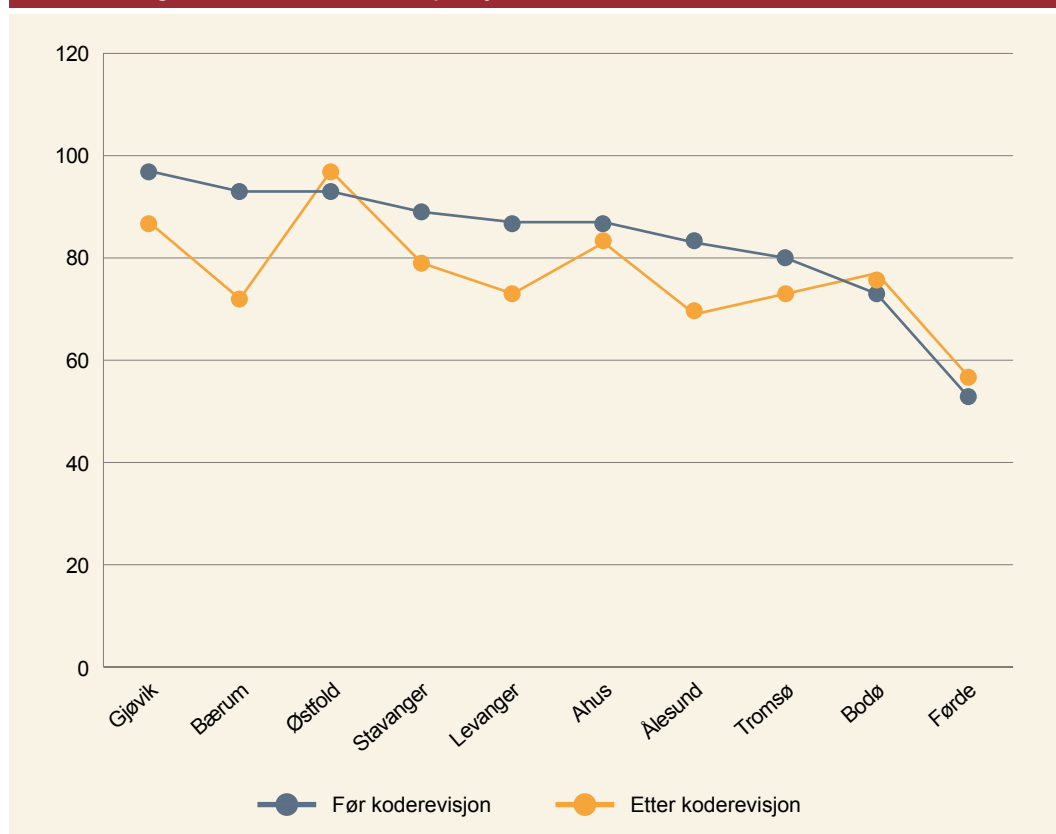
Omtrent halvparten av oppholdene som endrer DRG, går fra komplisert til ukomplisert DRG eller motsatt vei i DRG-paret. Flere endres fra komplisert til ukomplisert DRG enn

58) De mer enn 800 DRG-ene i DRG-systemet er gruppert i ca. 25 hoveddiagnosegrupper. Pasientene med lungebetennelse (DRG 89/90) er i gruppert i hoveddiagnosegruppe 4, «Sykdommer i åndedretsorganene».

motsatt. Opphold som endres fra komplisert til ukomplisert DRG, endrer ikke fortelling om hvilken tilstand det primært har vært jobbet med under oppholdene, men framstår etter revisjonen som mindre komplisert enn det opprinnelig koding til NPR ga uttrykk for. I tillegg gir en ukomplisert DRG mindre ISF-refusjon fra staten enn opphold i komplisert DRG. Figur 12 viser andelen opphold i den kompliserte gruppen før og etter at oppholdene ble regruppet i DRG-systemet etter koderevisjonen.

Andelen opphold i den kompliserte gruppen varierer fra 53 til 97 prosent mellom sykehusene før koderevisjonen. Dette gir uttrykk for at noen sykehus har opphold hvor det tilsynelatende håndteres flere tilstander enn ved andre sykehus.

Figur 12 Andel opphold i komplisert DRG før og etter koderevisjonen. Pasienter med lungebetennelse. N = 295 – 30 per sykehus.⁵⁹



Kilde: Koderevisjonen

Figur 12 viser at sju sykehus får en lavere andel opphold i komplisert DRG etter at oppholdene blir regruppet i DRG-systemet etter koderevisjonen, mens tre sykehus får en høyere andel. En endring fra ukomplisert til komplisert DRG er en konsekvens av at revisjonen finner grunnlag i journaldokumentasjonen for å legge til *andre tilstander* som opprinnelig ikke er rapportert til NPR. For disse oppholdene ville riktig medisinsk koding gitt en høyere refusjon i ISF-ordningen.

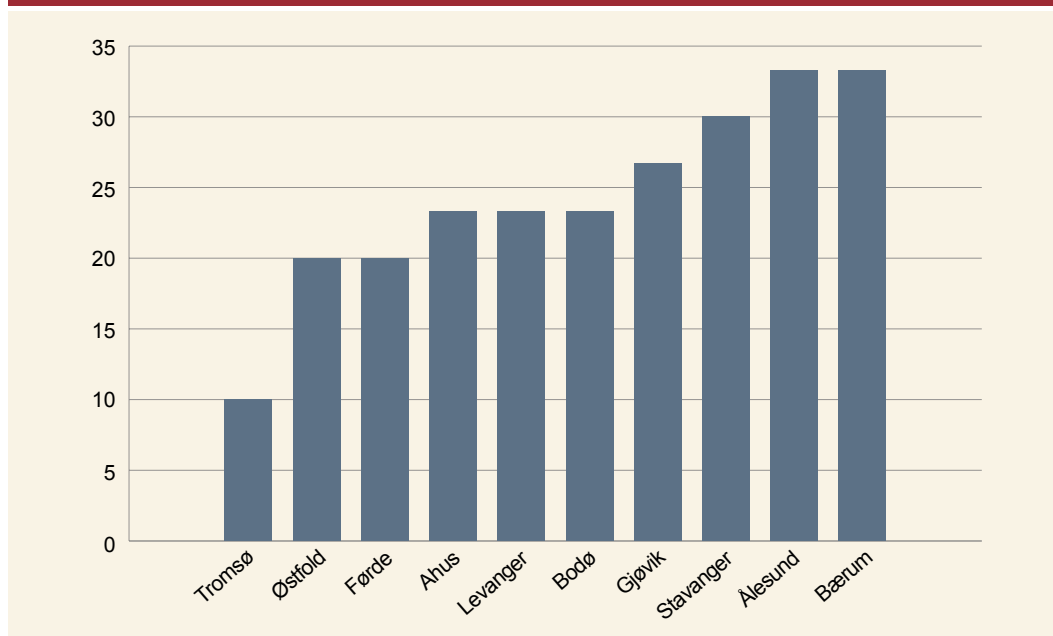
For de undersøkte oppholdene er det noe mindre variasjon i andelen opphold i komplisert DRG i DRG-paret etter koderevisjonen enn det nasjonal statistikk i NPR tilsynelatende gir uttrykk for.

59) Ålesund (N = 29), Østfold (N = 29), Bærum (N = 29) og Stavanger (N = 28).

4.5.2 Hofteprotesepasienter

Når det gjelder hofteprotesepasientene, er 73 opphold gruppert til en annen DRG etter koderevisjonen, dvs. omtrent hvert fjerde opphold (24 prosent). Dette innebærer at riktig koding ville gitt et annet refusjonsbeløp i ISF-ordningen for nesten hvert fjerde undersøkte opphold.

Figur 13 Andel ny DRG etter koderevisjon for hofteprotesepasienter



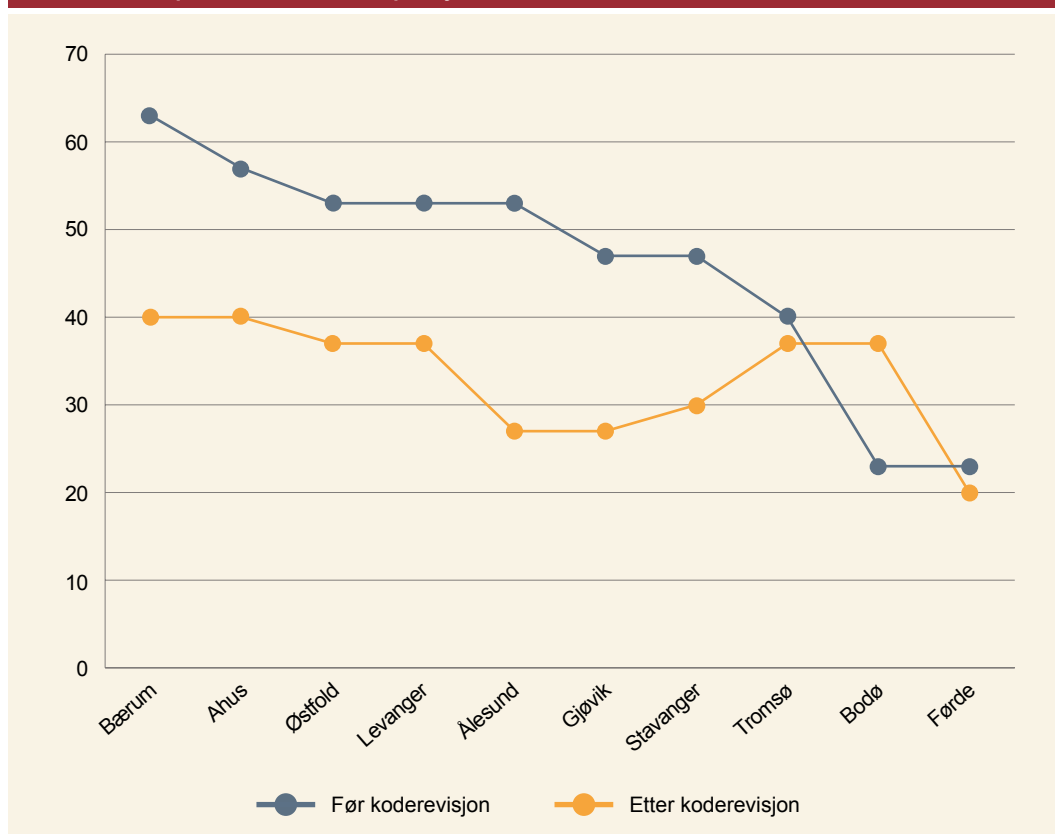
Kilde: Koderevisjonen

Figur 13 viser at andelen opphold som endrer DRG, varierer fra 10 til mer enn 30 prosent mellom sykehusene.

69 av de 73 oppholdene som endrer DRG, skyldes en endring fra komplisert DRG til ukomplisert DRG eller motsatt vei i DRG-paret. De fleste av disse endringene gjelder opphold som ble endret fra komplisert til ukomplisert DRG etter koderevisjonen. Figur 14 viser andelen opphold i komplisert og ukomplisert DRG før og etter at oppholdene ble regruppet i DRG-systemet etter koderevisjonen.

Andel opphold i komplisert DRG varierer fra 23 til 63 prosent mellom sykehusene før koderevisjonen. Dette gir uttrykk for at noen sykehus har opphold hvor det tilsynelatende håndteres flere tilstander enn andre sykehus.

Figur 14 Andel opphold i komplisert DRG før og etter koderevisjonen. Pasienter med innsetting av hofteprotese. N = 300 – 30 per sykehus



Kilde: Koderevisjonen

Figur 14 viser at ni sykehus får en lavere andel opphold i komplisert DRG etter at oppholdene ble regruppet i DRG-systemet etter koderevisjonen, mens ett sykehus får en høyere andel. For de undersøkte oppholdene er det noe mindre variasjon i andelen opphold i komplisert DRG i DRG-paret etter koderevisjonen enn det nasjonal statistikk i NPR tilsynelatende gir uttrykk for.

4.5.3 Endring i DRG-poeng etter revisjon

Det er de regionale helseforetakene som mottar refusjonen fra staten i ISF-ordningen. Verdien av 1 DRG-poeng i 2016 er 42 081 kroner.⁶⁰ De regionale helseforetakene mottar halvparten av denne verdien i refusjon gjennom ISF-ordningen og den resterende halvparten gjennom rammebevilgningen. De mottar derfor 21 040 kroner gjennom ISF-ordningen for hvert DRG-poeng helseforetakene rapporterer til NPR. De regionale helseforetakene står fritt i å beslutte om de skal viderefordre ISF-refusjonen til helseforetakene og eventuelt hvordan. Alle de fire regionale helseforetakene viderefordeler refusjonen.

Undersøkelsen viser at helseforetakene bruker antall DRG-poeng som et mål på aktiviteten i de kliniske avdelingene. De fleste helseforetakene viderefordeler også ISF-refusjonen til de kliniske avdelingene. Denne fordelingen skjer på ulike måter i helseforetakene, men felles er at klinikkene og mange avdelinger finansieres delvis av hvor mange DRG-poeng de genererer.

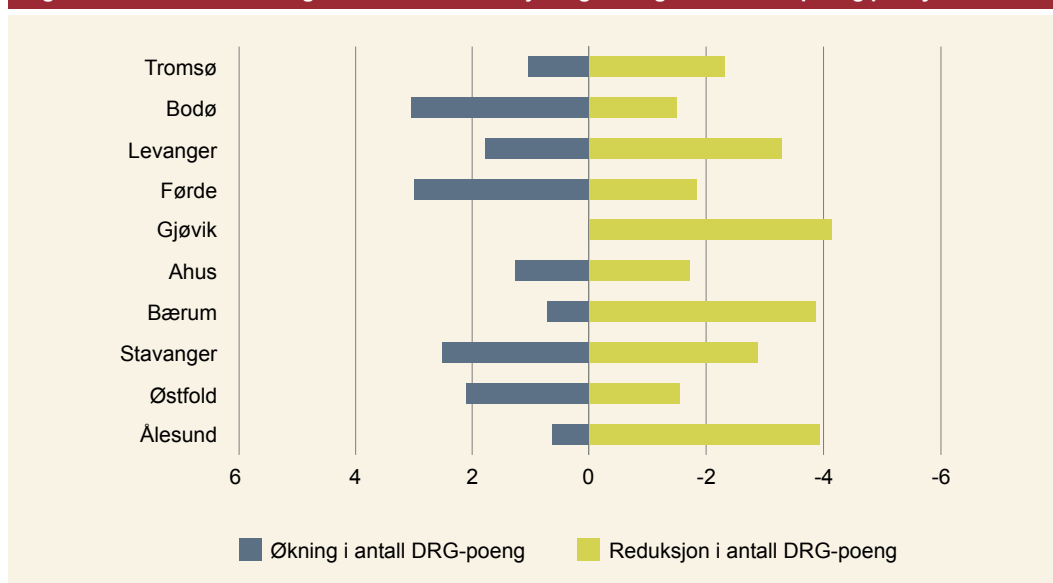
For begge pasientgruppene fører koderevisjonen til en netto reduksjon i antall DRG-poeng etter at oppholdene er regruppet i DRG-systemet etter koderevisjonen. Etter

60) I 2015 var verdien av 1 DRG-poeng 41 462 kroner.

revisjonen reduseres antall DRG-poeng med 2 prosent for de undersøkte oppholdene. For disse oppholdene ville riktig medisinsk koding gitt mindre refusjon fra staten i ISF-ordningen. 7 av 10 sykehus får en reduksjon i antall DRG-poeng etter at oppholdene med lungebetennelse ble regruppet i DRG-systemet etter koderevisjonen. For hofteprotesepasientene gjelder dette for 8 av 10 sykehus. En grunn til at så mange sykehus får en reduksjon i antall DRG-poeng, er at de fleste sykehusene har en relativt høy andel opphold i den kompliserte gruppen i DRG-paret i utvalget.

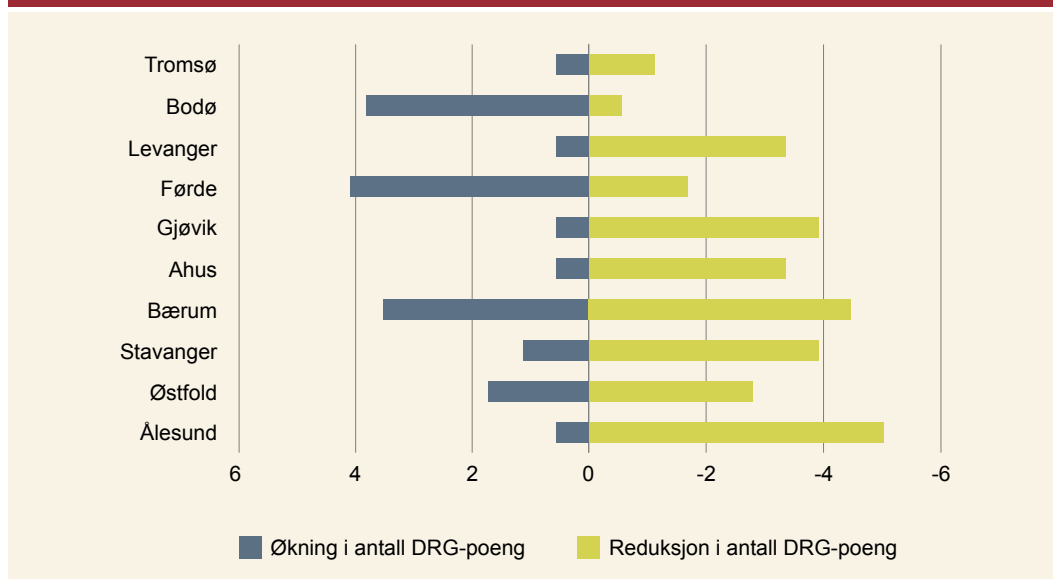
En økning i antall DRG-poeng er imidlertid like alvorlig for utbetalingsgrunnlaget i ISF-ordningen som en reduksjon i antall DRG-poeng. Begge deler gir uttrykk for at primærkodningen er feil ut fra journaldokumentasjonen. En liten endring i antall DRG-poeng før og etter koderevisjonen må derfor ikke tolkes som få feil, men kan like gjerne skyldes at mange feil «nuller hverandre ut». Dette gjelder for flere av sykehusene for de undersøkte oppholdene, jf. figur 15 og 16.

Figur 15 Pasienter med lungebetennelse. Reduksjon og økning i antall DRG-poeng per sykehus



Kilde: Koderevisjonen

Figur 16 Hofteprotesepasienter. Reduksjon og økning i antall DRG-poeng per sykehus



Kilde: Koderevisjonen

5 Hvordan sikrer helseforetakene god kodekvalitet?

For å undersøke hva som kan gi god kodekvalitet, er kodepraksisen ved seks av avdelingene som var gjenstand for koderevisjon, undersøkt nærmere gjennom en caseundersøkelse. Avdelingene i caseundersøkelsen organiserer arbeidet med medisinsk koding på ulike måter, men har alle relativt gode resultater i koderevisjonen langs noen dimensjoner. Alle de seks avdelingene har relativt høy andel riktig rapportert og kodet hovedtilstand. Ikke alle disse avdelingene har lyktes like godt i å dokumentere *andre tilstander* de har rapportert, og å velge riktig kode for disse.

Caseundersøkelsen viser at det særlig er tre faktorer som påvirker kodekvaliteten:

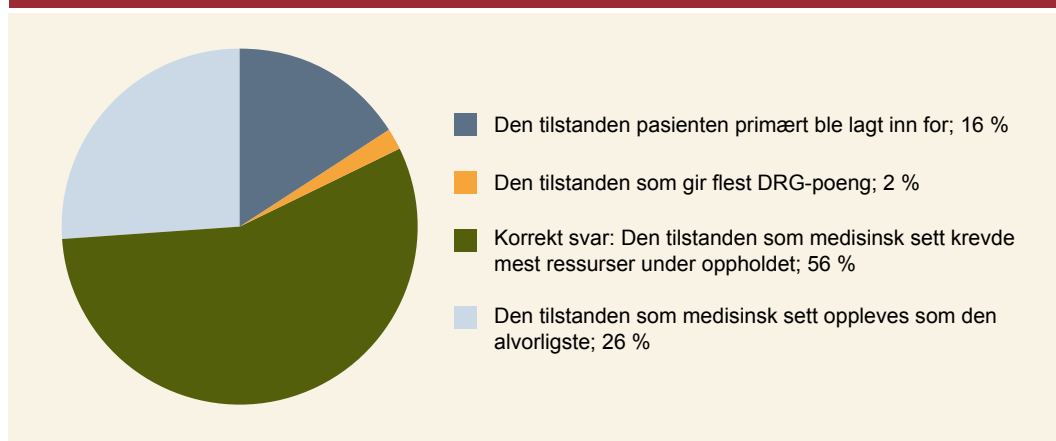
- Den første faktoren er hvorvidt legene har **kunnskap** om medisinsk koding.
- Den andre faktoren er hvorvidt helseforetakene har en god **kvalitetssikring** av kodene legene setter.
- Den tredje er hvorvidt avdelingen og helseforetaket har en **tydelig ledelse** som bidrar til holdninger blant de ansatte til at koding er viktig.

I tillegg gir spørreundersøkelsene svar på utbredelsen av relevante fenomen/faktorer.

5.1 Kunnskap om koding

85 prosent av legene svarer i spørreundersøkelsen ved alle landets sykehus at de har fått grunnleggende opplæring i prinsippene for koding. Samtidig indikerer både koderevisjonen og spørreundersøkelsen at mange leger trenger bedre kunnskap om medisinsk koding. I spørreundersøkelsen er legene stilt to spørsmål om hovedprinsippene for koding, ett om koding av hovedtilstand (figur 17) og ett om koding av *andre tilstander* (figur 18).

Figur 17 Svarfordeling på spørsmålet "Hva vektlegger du dersom flere tilstander framstår som likeverdige når du skal velge hovedtilstand?" Kun mulig å velge ett svaralternativ. Alternativet merket med grønt er riktig. N=635⁶¹

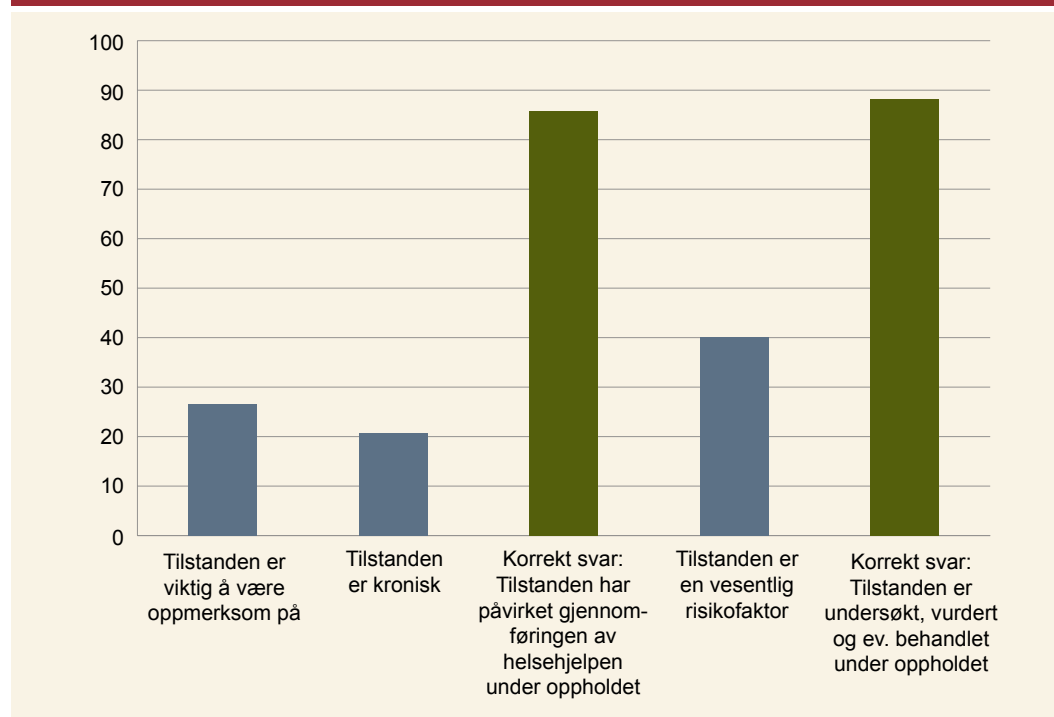


Kilde: Spørreundersøkelse til leger

61) Dette spørsmålet ble endret underveis i spørreundersøkelsen, se fotnote 11. Bare de som har svart på den nyeste versjonen er tatt med i svarfordelingen.

På spørsmålet om hovedtilstand velger 56 prosent korrekt svar (figur 17). Det betyr at halvparten velger tilstanden som medisinsk sett krevde mest ressurser under oppholdet. 26 prosent velger imidlertid den tilstanden som oppleves som den alvorligste og 16 prosent tilstanden pasienten primært ble lagt inn for.

Figur 18 Svarfordeling på spørsmålet “Hvordan begrunner du ditt valg av andre tilstander (bidiagnoser)? Med dette menes hvilke tilstander som eventuelt skal kodes som annen tilstand og dermed rapporteres til Norsk pasientregister?” Mulig å velge flere svaralternativ. N=632. Prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til leger

På spørsmålet om koding av *andre tilstander* velger også halvparten riktige alternativ. Riktig svar er at legen svarer minst et av de to alternativene markert i grønt i figur 18, men ikke noen av de andre alternativene.⁶² Tilstander som relaterer seg til tidligere eller kroniske sykdommer, og som ikke påvirker den aktuelle behandlingen, skal ikke tas med i rapporteringen til NPR.

I spørreundersøkelsen peker åtte av ti leger på manglende opplæring som en viktig årsak til feilkoding (tabell 5). I tillegg trekker flest leger fram manglende tid som en viktig årsak til feilkoding.

62) At omtrent halvparten har svart korrekt kommer av at det er mange som har krysset av for en av de grønne alternativene, samtidig som de krysser av for en av de blå, som er feil.

Tabell 5 Andel av legene som mener følgende momenter er viktige eller svært viktige årsaker dersom det avdekkes feilkoding ved deres avdeling. N=887.

De som koder har ikke tilstrekkelig opplæring i koding	79 %
De som koder har ikke nok tid til å finne riktig medisinsk kode	72 %
De som koder er ikke tilstrekkelig opptatt av å kode riktig	55 %
De som koder får ikke gode nok tilbakemeldinger på sin koding	54 %
Tilstander som kodes er ikke godt nok dokumentert i journalen	48 %
DIPS eller PAS er ikke brukervennlig nok	47 %
De som koder har ikke god nok tilgang til veiledning fra ressurspersoner på koding	41 %
Kvalitetssikringen av kodingen er ikke god nok	42 %
De elektroniske hjelpeverktøyene (f.eks. FinnKode) er ikke gode nok	30 %
Kortlister oppdateres ikke ofte nok	25 %
Talegjenkjenningsverktøy fungerer ikke godt nok	22 %
Kodeveilederen fra Helsedirektoratet er ikke god nok	19 %

Kilde: Spørreundersøkelse til leger

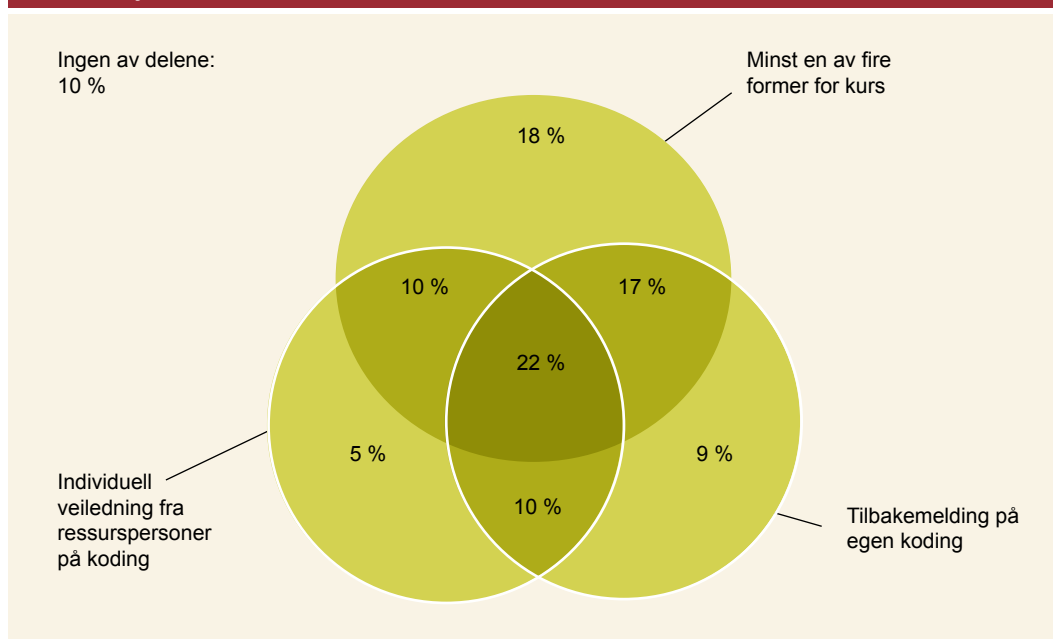
Mange leger mener også at mangelfulle tilbakemeldinger på koding og at de som koder ikke er tilstrekkelig opptatt av å kode, er viktige årsaker til feilkoding. De samme spørsmålene er stilt ledere og kodekontrollører, som legger vekt på de samme årsakene som legene, og da særlig manglende opplæring.

Mange av feilene i koderevisjonen skyldes at *andre tilstander* strykes, fordi det er manglende dokumentasjon i journalen for å kunne rapportere disse til NPR. Selv om tilstanden har påvirket helsehjelpen under oppholdet, er ikke dette tilstrekkelig dokumentert i journalen. Dette kan tyde på at mange leger ikke har god nok kunnskap om krav til dokumentasjon, jf. tabell 5.

Caseundersøkelsen har vist at det er særlig er tre faktorer som er viktig for å gi legene kunnskap om koding:

- For det første er *kursing* viktig for å gi leger og kodekontrollører kjennskap til grunnleggende prinsipper og helheten i kodeverket.
- For det andre kreves kontinuerlig *individuell oppfølging* og opplæring gjennom samtaler, veiledning og tilbakemeldinger på egen koding fra ressurspersoner på koding.
- For det tredje er det viktig at legene opplever at kodingen er *relevant* for dem.

Figur 19 På hvilken måte har du fått kunnskap om koding mens du har vært ansatt ved dette sykehuset? N=926.



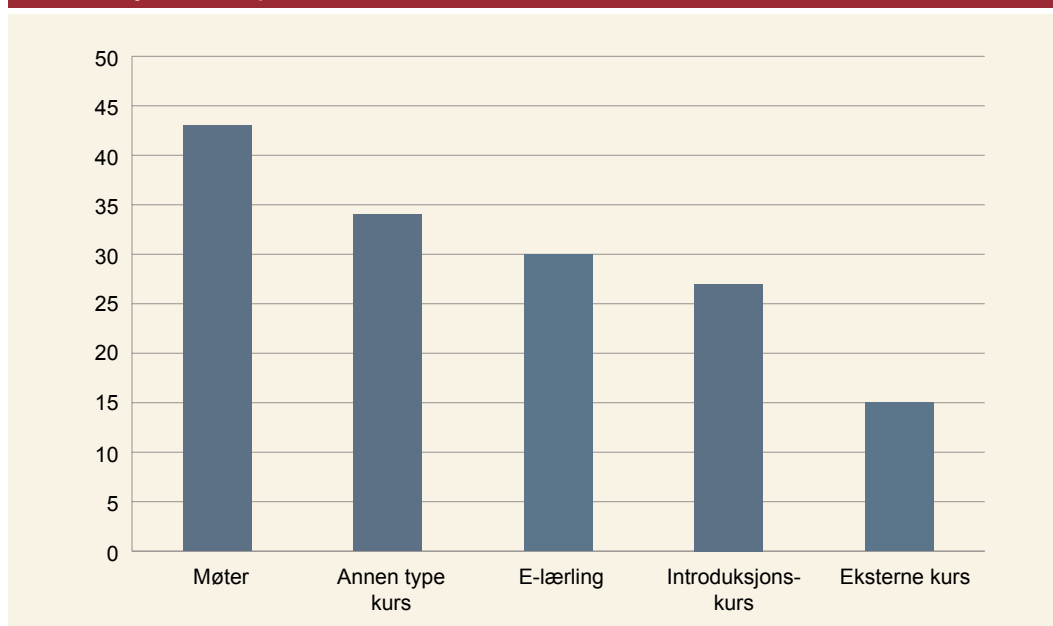
Kilde: Spørreundersøkelse til leger

22 prosent av legene svarer at de har fått kunnskap om koding gjennom *både* kursing, individuell veiledning fra ressurspersoner og tilbakemeldinger på egen koding, jf. figur 19. 10 prosent av legene har ikke fått kunnskap om koding på noen av disse måtene.

Noen av avdelingene i caseundersøkelsen har i større grad enn andre avdelinger lyktes i å gi legene kunnskap om koding. Disse avdelingene er kjennetegnet av at de legger til rette for en *kombinasjon* av de ulike virkemidlene.

5.1.1 Kursing i koding

Figur 20: På hvilken måte har du fått kunnskap om koding mens du har vært ansatt ved dette sykehuset? I prosent. N=926



Kilde: Spørreundersøkelse til leger

Spørreundersøkelsen viser at legene har fått kunnskap om koding gjennom ulike typer kurs (jf. figur 20). 67 prosent av legene sier at de har fått kunnskap gjennom minst ett av fire typer kurs, det være seg e-læringskurs, introduksjonskurs, eksterne kurs eller annen type kurs. Andelen øker til åtti prosent om man legger til dem som svarer at de har fått kunnskap gjennom møter. Det kan være flytende overganger mellom de ulike kategoriene. Eksempelvis kan avdelingsmøter som brukes til informasjon om koding, oppfattes både som kurs og møter.

Av dem som *ikke* har fått kunnskap gjennom kurs, svarer 74 prosent at de heller ikke har fått *tilbud* om noen av disse typene kurs. Samlet har altså 25 prosent av legene verken fått kunnskap gjennom kurs eller tilbud om kurs. Dette tyder på at manglende kursing i stor grad skyldes manglende tilbud fra avdelingene eller helseforetakenes side, eller at legene ikke er gjort oppmerksom på kursene som faktisk finnes. Uavhengig av hva helseforetakene tilbyr av egenproduserte kurs, så finnes det et e-læringskurs i koding som er tilgjengelig for alle via nettsidene til Direktoratet for e-helse.

Dokumentanalysen viser at de aller fleste helseforetak stiller krav til at legene skal gjennomføre kurs i medisinsk koding.⁶³ En typisk "opplæringspakke" ved helseforetakene, som er beskrivende for halvparten av helseforetakene, er at turnuskandidatene får en innføring i medisinsk koding under introduksjonsuken, i tillegg til at helseforetakene oppgir at e-læringskurs alt fra "tilbys" til at det er obligatorisk.

Ni av ti turnuskandidater svarer i spørreundersøkelsen at de har fått kunnskap om koding gjennom en form for kurs. Caseundersøkelsen viser at det er viktig at nye leger får en innføring i de grunnleggende prinsippene for koding og helheten i systemet, slik at de har knagger å henge den praktiske kodingen på. Flere av legene forteller imidlertid at kursene i koding i introduksjonsuken gikk "over hodet" på dem i en uke hvor de skulle settes inn i mange ulike temaer. Undersøkelsen viser at det derfor er viktig å følge opp med opplæring *utover* kursing i introduksjonsuken.

Det er imidlertid bare en håndfull helseforetak som tilbyr *både* en innføring i koding i introduksjonsuken og et klasseromsbasert opplærings/oppfriskningskurs etterpå (se eksempler i faktaboks 5). De fleste helseforetak tilbyr ikke denne type kursing utover introduksjonsuken og e-læringskurs. Samtidig har alle helseforetak kodekontrollører som har særskilt kompetanse på koding, og de fleste har kodeansvarlige leger. Fire av ti kontrollører svarer i spørreundersøkelsen at de tilbyr kursing på avdelingene. Dette indikerer at kompetansen til kodekontrollørene kunne blitt utnyttet bedre til intern kursing av legene.

63) Spørsmålet som ble stilt helseforetakene var: *Har helseforetaket et krav om at det skal gjennomføres obligatorisk grunnopplæring i koding for leger og merkantile med ansvar innen koding, og i så fall hvilke grupper rettes kravet mot?*

Eksempel 1:

Etter innføringen i koding i introduksjonsuken, må alle turnusleger ved medisinsk avdeling ved Stavanger HF gjennomføre et e-læringskurs⁶⁴ i koding. Ca 3–4 uker etter oppstart blir de så innkalt til et tretimers kurs som holdes av kodeansvarlig lege ved Stavanger HF. Kurset, kalt "kodeverksted", er obligatorisk for turnuskandidater, men mer erfarne leger er også velkomne. Her gjennomgås sentrale emner i medisinsk koding med pasienteksempler, og det legges stor vekt på krav til dokumentasjon og medisinsk klassifikasjon. Nyansatte leger får også innkalling til det samme kursopplegget (e-læringskurs og kodeverksted), som da holdes av kodekontrolløren ved medisinsk avdeling. Varianter av dette opplegget benyttes også ved Finnmark HF og Sørlandet HF.

Eksempel 2:

Ortopedisk avdeling ved Stavanger HF arrangerte i 2014 et halvdagskurs i medisinsk koding for alle leger, uavhengig av stilling.

Eksempel 3:

Ved St. Olav får avdelingene hver måned tilbud om et sekstimers kurs i medisinsk koding. Dette er spesielt myntet på nyansatte leger, men andre leger er også velkomne, og det er obligatorisk for alle leger å ha gjennomført kurset. I tillegg til kursing får avdelingene tilbud om lokale kurs spesielt tilpasset avdelingens respektive fagfelt. Kurset holdes av en lege med særskilt kodekompetanse.

Kilder: Stavanger universitetssykehus og St. Olavs Hospital

På spørsmålene i spørreundersøkelsen om prinsippene for koding (figur 17 og 18) svarer overleger omtrent like mye galt som mindre erfarne turnusleger. Dette indikerer at overleger ikke har bedre kunnskap om prinsipper for koding enn mindre erfarne leger. Samtidig har overleger vanligvis større ansvar for avdelingens koding enn LIS-leger og turnusleger, gjennom sin veilederrolle og ved å være ansvarlige for å kvalitetssikre mindre erfarne legers epikriser med tilhørende koder. Mange av helseforetakene innretter kursene mot nyansatte leger og turnusleger. Dette kan tyde på at helseforetakene ikke innretter opplæringen slik at også mer erfarne leger sikres god og oppdatert kodekunnskap.

5.1.2 Individuell og kollektiv oppfølging av kodingen

I spørreundersøkelsen svarer 47 prosent av legene at de har fått kunnskap om koding gjennom veiledning og 57 prosent gjennom individuelle tilbakemeldinger på egen koding. 72 prosent har fått kunnskap gjennom *enten* veiledning *eller* individuell tilbakemelding og 32 prosent gjennom begge deler (figur 19). Disse formene for opplæring er delvis overlappende - det noen vil kalle individuell tilbakemelding vil andre kalle veiledning, for eksempel der en kodeansvarlig lege og en LIS-lege diskuterer sistnevntes koding. 28 prosent av legene opplever altså ikke at de lærer om koding gjennom disse typene uformell opplæring.⁶⁵

Det er særlig når andre kvalitetssikrer legenes koding at de kan få individuelle tilbakemeldinger på egen koding; i forbindelse med at overleger kontrasierer epikrisene og deretter i forbindelse med kvalitetssikringen som gjøres av kodekontrollører.

Kontrasignering er en kontroll hvor en erfaren lege leser og signerer epikrisen satt av

64) Dette e-læringskurset er kurset til Analysesenteret og ikke e-læringskurset til Helsedirektoratet.

65) Dette resultatet kommer av 10% som svarer at de ikke har fått noen form for kunnskap og 18% som svarer at de har fått kunnskap kun gjennom kurs.



Spørreundersøkelsen viser at det ikke er vanlig at legene får løpende tilbakemelding på den medisinske kodingen. Leger som vanligvis får begrunnede tilbakemeldinger opplever i langt større grad at de lærer noe fra tilbakemeldingene enn dem som sjelden får vite årsaken til at koden bør endres. Foto: iStock

epikriseansvarlig lege. En av fire leger svarer i spørreundersøkelsen at de kontrasieres, typisk turnuskandidater og LIS-leger med kort erfaring.

Spørreundersøkelsen viser at det varierer i hvilken grad overlegene har oppmerksomhet på kodingen når de kontrasierer, og fire av ti leger blant de som blir kontrollert, får årlig eller sjeldnere tilbakemeldinger om kodingen gjennom denne kontrollen. Samtidig opplever de fleste leger at de lærer fra de tilbakemeldinger som faktisk gis fra den som kontrasierer, ifølge spørreundersøkelsen.

Omtrent halvparten av de som kontrasierer, velger feil svaralternativ på spørsmålene om hovedprinsipper for koding i spørreundersøkelsen. Dette kan tyde på at mange leger som kontrasierer, ikke har tilstrekkelig kunnskap om de grunnleggende prinsippene for koding til å veilede andre leger på dette området. Samlet sett viser både caseundersøkelsen og spørreundersøkelsen at kontrasiering er en nøkkelkontroll som i liten grad bidrar til at leger får kunnskap om koding.

Neste ledd i kvalitetssikringen er den kontrollen som utføres av kodekontrollører i avdelingene, eventuelt i samarbeid med kodeansvarlig lege. Spørreundersøkelsen viser at halvparten av legene får årlig eller sjeldnere tilbakemelding på at kodene de har satt er feil eller mangelfulle. Det er altså ikke vanlig at legene får *løpende* tilbakemelding på den medisinske kodingen. I mange helseforetak får legene derfor ikke kunnskap om koding i forbindelse med at *kodekontrollører* kvalitetssikrer legenes koding.

Av dem som får tilbakemeldinger, mener tre av ti at tilbakemeldingene i stor eller svært stor grad bidrar til læring. Spørreundersøkelsen viser videre at leger som

vanligvis får *begrunnede* tilbakemeldinger i langt større grad opplever at de lærer noe fra tilbakemeldingene enn dem som sjeldent får vite årsaken til at koden bør endres. Imidlertid får 34 prosent av legene sjelden eller aldri vite årsaken til at koden må endres.⁶⁶

Samlet sett får halvparten av legene enten ikke tilbakemeldinger i det hele tatt, eller de får sjelden begrunnede tilbakemeldinger på egen koding i forbindelse med kvalitetssikringen. Dette betyr at mange helseforetak i større grad kan legge til rette for en bedre læringssløyfe, slik at legene kan lære av egne feil. En forutsetning for å lære av tilbakemeldinger er uansett at legene faktisk leser disse og tar aktivt stilling til det som står. Flere leger nevner i intervju at de bare skriver "ok" til kodekontrollørenes spørsmål til deres koding, uten å se nærmere på tilbakemeldingen. Da går en mulighet for læring tapt.

De medisinske avdelingene ved Stavanger og Levanger sykehus er eksempler på avdelinger hvor spørreundersøkelsen viser at en relativt stor andel av legene opplever at de lærer om koding gjennom individuelle tilbakemeldinger på egen koding fra kodekontrollørene. I intervju framgår det at kodekontrollører går grundig gjennom epikrisene og gir legene individuelle tilbakemeldinger om det er koding de stiller spørsmål ved. Ved begge avdelingene får legene slike tilbakemeldinger fra kodekontrollører relativt ofte, både erfarne og mindre erfarne leger, og kodekontrollører oppgir *hvorfor* de foreslår endringer i kodene (jf. faktaboks 6).

Faktaboks 6 Eksempler på tilbakemeldinger

Eksempel 1:

Hei

I epikrisen er det beskrevet oppvekst av E-coli i ekspektorat, alternativ å bruke J15.5?

Endrer forslagsvis, vennligst gi tilbakemelding om du er uenig.

Eksempel 2:

Når det påvises pneumoni hos KOLS-pasient, skal pneumoni kodes som hovedtilstand, bytter derfor om på hoveddiagnose og bidiagnose og setter pneumoni som hoveddiagnose.

Viser til koderegler 2016, punkt 14.3.1, riktig koding av KOLS med akutt forverrelse (s. 105 i koderegelverket).

Kilder: Medisinsk avdeling i Stavanger og Levanger

Ved medisinsk avdeling i Stavanger, hvor legene får hyppige og begrunnede tilbakemeldinger fra kodekontrolløren, kan dette leses av på resultatene i koderevisjonen og svar i spørreundersøkelsen til legene (jf. figur 17 og 18). I koderevisjonen finner fagrevisorene få feil på kodingen på tredjetegnsnivå på pasienter med lungebetennelse.⁶⁷ Dette kan skyldes at kodekontrolløren konsekvent gir tilbakemeldinger til legene om hun finner denne typen feil, og intervjuene tyder på at legene har fått med seg hvordan dette skal kodes.

Når det gjelder *individuell veiledning*, er kirurgisk avdeling i Stavanger et godt eksempel. Her trekker flere fram hvor viktig en kodeansvarlig lege er for veiledning i

66) Spørsmålet lød: "Tenk på de situasjonene hvor du får tilbakemelding om at koden du har satt må endres: Hvor ofte får du også tilbakemelding om årsaken til at koden må endres? Vi ber deg her se bort fra eventuell tilbakemelding i forbindelse med kontrasignering. "Her svarte 35 prosent 1-3 på en skala fra 1 (aldri) til 7 (hver gang).

67) Endring på 3. tegnsnivå dreier seg i all hovedsak i denne revisjonen om at revisor har funnet grunnlag i journaldokumentasjon for å kode pasientens lungebetennelse mer presist mht. hvilken type mikroorganisme som er årsak til lungebetennelsen.

og opplæring av avdelingens leger i medisinsk koding. Denne legen har fått avsatt tid i stillingen til dette arbeidet og trekkes frem som en viktig ressurs av både ledere og leger. *Kollektiv veiledning* i koding kan gis i avdelingsmøter. Møter kan være et egnet sted å lære om koding. Fire av ti leger svarer i spørreundersøkelsen at de har fått kunnskap om koding gjennom møter. Halvparten av legene svarer at medisinsk koding er tema årlig (27 prosent) eller sjeldnere (24 prosent). Spørreundersøkelsen indikerer derfor at mange avdelinger i større grad kan bruke møter som læringsarena. Disse møtene kan for eksempel brukes til å repetere de mest sentrale kodereglene. Møtene kan også brukes til at kodeansvarlige eller kodekontrollører gir tilbakemeldinger på *avdelingens* koding, for eksempel ved å ta opp gjentakende kodefeil, eller ved å gjennomgå opphold som er særlig kompliserte å kode.

Et eksempel på en avdeling hvor legene lærer om koding fra møter, er medisinsk avdeling ved Gjøvik sykehus. I spørreundersøkelsen svarer mer enn syv av ti leger at de har lært om koding gjennom møter, mot fire av ti på landsbasis. Avdelingen har nedfelt i sin prosedyre for koding at koding skal være tema ved minst to avdelingsmøter årlig, og i intervju trekker legene fram disse møtene som en god læringsarena.

Undersøkelsen viser at det ikke er tilstrekkelig å tilby legene kurs for å sikre at legene har varig og oppdatert kunnskap om koding. Det kreves i tillegg en løpende oppfølging og opplæring gjennom samtaler, veiledning og tilbakemeldinger på legenes individuelle koding. Veiledning og tilbakemeldinger kan for eksempel komme fra leger med særskilt ansvar for koding eller fra kodekontrollører.

Slik kan legene vedlikeholde den kunnskapen de eventuelt har fått i kurs og relatere teoretisk kunnskap til egen koding og egne pasienter. Når den som gir tilbakemeldinger eller veileder legene selv har god kunnskap om koding, og faglig legitimitet blant legene, kan slik uformell opplæring til en viss grad kompensere for manglende kursing.

5.1.3 Praksis for å informere om endringer i kodereglene

Kodereglene endres hvert år. For å sikre riktig kodepraksis må derfor legene få informasjonen om endringene. 43 prosent av legene svarte i spørreundersøkelsen at de ikke hadde fått informasjon om endringene i regelverket da spørsmålet ble stilt i februar 2016. I 2016 var det store endringer i kodeverkene, særlig i prosedyrekodeverkene. Videre er 26 prosent helt eller delvis uenige i at avdelingen har gode rutiner for å oppdatere legene på endringer i kodereglene.

Dokumentanalysen viser at mange helseforetak mangler rutiner for implementering av endringer i reglene for koding. Videre viser spørreundersøkelsen at syv av ti ledere ikke har, eller vet ikke om de har slike rutiner. Samlet sett indikerer dette at flere helseforetak ikke har gode nok formelle rutiner eller praksis for å spre kunnskap om endringer i regelverket.

Et eksempel på en avdeling som har gode rutiner for å informere om endringer i regelverk er kirurgisk avdeling ved Stavanger HF. Her har nesten samtlige leger som besvarte spørreundersøkelsen mottatt informasjon om endringer, og tre av fire er helt eller delvis enig i at avdelingen har gode rutiner for oppdatering. Den kodeansvarlige sentralt ved helseforetaket sender informasjon om endringer i regelverket til lederne for klinikkene og til kodekontrollørene på hver avdeling. Deretter sender klinikklederne informasjonen videre til sine avdelinger. Regelverksendringer som er relevante for de ulike klinikkene blir uthevet. I tillegg blir det informert om regelendringer på møter i klinikken.

5.1.4 Legenes forståelse av koding

Åtte av ti leger i spørreundersøkelsen koder ukentlig eller oftere. Å fastsette koder er en del av en leges arbeidshverdag i forbindelse med utskriving av pasienter.

Både i intervju i caseundersøkelsen og i spørreundersøkelsen er det helt unntaksvis at leger beskriver koding i positive termer. Dette gjelder også leger som har særskilt ansvar for koding. Denne holdningen kan ha mange ulike årsaker. Caseundersøkelsen viser at legene oppfatter at ledelsen ønsker at det skal kodes korrekt. Samtidig oppfatter de fleste legene som blir intervjuet at det viktigste formålet med kodingen er å sikre helseforetaket rettmessige inntekter. Færre leger oppfatter at ledelsen vektlegger andre formål med kodingen, slik som grunnlag for statistikk og styring.

Ved medisinsk og kirurgisk avdeling i Stavanger uttrykker leger imidlertid i intervju at det ved foretaket/avdelinger legges stor vekt på at koding er viktig for å sikre god statistikk og forskning. Gjennom den løpende opplæringen og veiledningen er budskapet om korrekt koding for å sikre god statistikk formidlet til legene. En lege ved Stavanger HF sier følgende, om hvorfor det er viktig å kode riktig: *“For å få statistikken riktig, for å få forskning riktig, (...) ... det snakkes det mye om, det går det mye i.”* Ledelsen og andre nøkkelpersoner spiller en viktig rolle for at legene skal oppleve at kodingen er relevant for dem, noe som omtales i kapittel 5.3.2.

Både i intervju i caseundersøkelsen og i spørreundersøkelsen kommer det fram at mange leger ikke opplever at kodeverkene beskriver helsehjelpen de gir på en god måte og at det da gir mindre mening å bruke tid på å kode. En grunn til dette kan være at det viktigste kodeverket (ICD-10) forvaltes av Verdens helseorganisasjon (WHO) og er ikke laget spesielt for norske forhold (se kapittel 7). Når legene opplever at kodeverkene i begrenset grad gjenspeiler deres kliniske hverdag, kan det bli mindre motiverende å bruke tid på å lære om koding og på å kode.

En annen grunn til at en del leger ikke opplever at kodeverkene gjenspeiler deres kliniske hverdag, er at de blander begrepene “koding” og “diagnostisering”. De mener de har stilt en diagnose når de har satt en kode med tilhørende kodetekst. Det finnes imidlertid langt flere diagnoser enn koder, og informasjon og presisjon går tapt om kodeteksten erstatter en presist formulert diagnose. Kodeteksten fra kodeverkene er utarbeidet for å beskrive innholdet i den aktuelle statistiske kategorien, ikke for å beskrive den aktuelle pasientens helseproblem.⁶⁸ Leger som ikke har klart for seg at kodeteksten har et annet formål enn å gi en presis beskrivelse av en diagnose vil i større grad kunne oppleve kodeverkene som lite meningsfulle og koding som lite relevant.

Legene koder når de dikterer eller skriver en epikrise. I spørreundersøkelsen svarer halvparten av legene at de er uenige i at de har tilstrekkelig tid til medisinsk koding. Enda flere, seks av ti, mener kodingen tar for mye tid fra pasientbehandlingen. Syv av ti leger mener også at manglende tid til koding kan være en viktig årsak til lav kodekvalitet i egen avdeling. Noen leger forteller i intervju om stort tidspress, og hvordan det “koker” rundt dem når de skal skrive epikrise, gjerne i forbindelse med at pasienten skrives ut og helst skal ha epikrisen med i hånden.

Mange leger vil trolig alltid føle tidspress når de koder, så lenge dette gjøres når de skriver epikrise. Undersøkelsen viser imidlertid at dersom informasjon som er relevant for kodingen var lettere tilgjengelig kunne dette ha redusert noe av tidspresset.

68) Helsedirektoratet (2012): *Funksjonelle og tekniske krav til IT-støtte i medisinsk koding - rapport fra forprosjekt nasjonal kodingsmodul.*

Koderevisjonen viser at det ofte mangler en fritekstlig beskrivelse av, og begrunnelse for, hvilke tilstander som har hatt en reell betydning for helsehjelpen under oppholdet. Den løpende journalen fra legene kan være relativt omfattende, særlig ved opphold som strekker seg over flere døgn. I tillegg kommer annen dokumentasjon som bl.a. prøvesvar. Det gjør det tidkrevende å finne ut av hva som skal rapporteres som hovedtilstand og *andre tilstander*. Dette gjelder særlig i de tilfeller hvor legene skriver epikriser og setter koder for pasienter de ikke har vært involvert i behandlingen av. Spørreundersøkelsen viser at halvparten av legene svarer at de har vært involvert i mindre enn 75 prosent av oppholdene de koder.

Samlet sett viser undersøkelsen at det er fortsatt utfordringer hva gjelder tidspress og motivasjon for koding hos legene, slik også internrevisjonen i 2011 avdekket.⁶⁹

5.2 Kvalitetssikring av den medisinske kodingen

Kvalitetssikringen av kodingen består av flere ledd i løpet av kodeprosessen.



Kvalitetssikringen av den medisinske kodingen skjer i hovedsak gjennom tre nøkkelkontroller:

- *kontrasignering*, som er en kontroll hvor en erfaren lege leser epikrisen med tilhørende koder satt av epikriseansvarlig lege
- *løpende kvalitetssikring*, hvor kodekontrollører kvalitetssikrer at kodingen er fullstendig, korrekt og tilstrekkelig dokumentert i journalen, eventuelt i samarbeid med en kodeansvarlig lege i avdelingene
- *sentral kodekontroll*, som er kontroller som gjennomføres av ansatte utenfor den avdelingen/klinikken som blir kontrollert før helseforetakene rapporterer aktivitetsdata til NPR. Analyseverktøy brukes for å avdekke opphold med logiske feil og opphold med mulige feil.

Caseundersøkelsen viser at det er særlig tre faktorer som er viktig for å oppnå god kvalitetssikring:

- For det første er det viktig at kodekontrollører og eventuelle kodeansvarlige leger har tilstrekkelig kompetanse og tid til kvalitetssikring av kodingen.
- For det andre er det viktig at *kodeansvarlige leger* blir aktivt involvert i kvalitetssikring. Dette skaper legitimitet og bidrar til at legegruppen får større eierskap til kvaliteten på kodingen. Det er i den forbindelse viktig at oppgavene til kodeansvarlig og kodekontrollører er koordinerte og målrettede.
- For det tredje bør det kvalitetssikres om de rapporterte tilstandene er *tilstrekkelig dokumentert* i journalen.

69) Internrevisjonene i de regionale helseforetakene (2011): *Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis. Hovedrapport.*



Registrering av koder. Foto: Pixabay

Resultatene i koderevisjonen viser at det er mange feil som ikke identifiseres og endres gjennom kvalitetssikringen. Dette indikerer at kvalitetssikringen ikke er formålstjenlig innrettet. De avdelingene som synes å lykkes bedre enn andre, legger til rette for en kombinasjon av de ulike kvalitetssikringstiltakene ovenfor.

5.2.1 Kontrasignering av erfaren lege

Kontrasignering er det første trinnet i kvalitetssikringen av kodingen. Eventuelle svakheter i denne kontrollen kan fanges opp av kvalitetssikringen til kodekontrollørene. Samtidig svarer 41 prosent av kodekontrollørene i spørreundersøkelsen at ikke alle døgnopphold kvalitetssikres. I disse avdelingene vil kvalitetssikringen i forbindelse med kontrasignering bli spesielt viktig.

Undersøkelsen viser flere forhold ved denne kontrollen som kan bidra til å forklare at koderevisjonen finner at for mange *andre tilstander* blir rapportert til NPR ved enkelte foretak:

- Epikrisene til erfarne leger blir ikke kontrasignert, kodingen blir dermed heller ikke kvalitetssikret på dette nivået.
- De som kontrasignerer, har mindre oppmerksomhet på å kvalitetssikre kodene for *andre tilstander* enn koden for hovedtilstand.
- En del av legene som kontrasignerer, mangler kunnskap om grunnleggende prinsipper for koding (jf. kap. 5.1).

Dokumentanalysen av informasjon som er hentet inn fra helseforetakene, viser at kun fem helseforetak omtaler kontrollen *kontrasignering* i de felles overordnede prosedyrene. Flere av prosedyrene som er utarbeidet, beskriver heller ikke hvilke legegrupper som skal kontrasignerer, om kodingen skal kvalitetssikres ved kontrasignering, og hva som eventuelt bør kvalitetssikres i den forbindelse. I mange helseforetak synes det å være opptil den enkelte klinikkleder og/eller avdelingsleder å utforme rutiner for å oppnå god kvalitetssikring av kodingen i forbindelse med kontrasigneringen. Det gir en risiko for at det blir store forskjeller i kvaliteten på kontrollen som utføres av kodingen i forbindelse med kontrasignering.

5.2.2 Kvalitetssikring i avdelingen

Kvalitetssikring i avdelingen er den viktigste kontrollen for å sikre god kodekvalitet. Helseforetakene har delegert ansvaret for å sikre god kodekvalitet til lederne for de kliniske enhetene.

Dokumentanalysen viser at mange av de overordnede prosedyrene ikke definerer myndighet, ansvar og oppgaver for personalgruppene som er involvert i kvalitetssikringen av den medisinske kodingen på en entydig og presis måte. Dette gjelder viktige roller som leder, kodeansvarlig lege og kodekontrollør. I mange helseforetak er det derfor opp til hver leder i de kliniske avdelingene/enhetene å utarbeide rutiner for denne arbeidsdelingen. Disse lederne synes å ha en avgjørende innflytelse på hvordan kodearbeidet organiseres, og hvordan kodingen i avdelingen skal kvalitetssikres. Hvordan kvalitetssikringen gjennomføres, vil derfor påvirkes av ledernes kompetanse, interesse og motivasjon for koding. Dette kan forklare hvorfor det er ulik praksis mellom avdelinger ved det enkelte helseforetak med hensyn til hvordan oppgavene mellom kodeansvarlig lege og kodekontrollør fordeles.

Caseundersøkelsen viser imidlertid eksempler på at ulik praksis ikke nødvendigvis er et problem: To avdelinger ved samme sykehus i caseundersøkelsen oppnår begge relativt gode resultater i koderevisjonen, selv om de har organisert kvalitetssikringen på ulike måter. Samtidig viser spørreundersøkelsen at mange avdelinger i helseforetakene ikke har utarbeidet skriftlige rutiner for viktige prosesser i kvalitetssikringen. 37 prosent av kodekontrollørene svarer at de ikke har eller kjenner til skriftlige rutiner for kvalitetssikringen av kodingen. Videre svarer halvparten at de ikke har eller kjenner til skriftlige rutiner for fullmakter og ansvar ved endringer av kodingen som følge av kvalitetssikringen. Manglende skriftlige rutiner som definer oppgavene, ansvaret og fullmakter hos kodeansvarlige og kodekontrollør, kan innebære risiko for lite hensiktsmessig kvalitetssikring av kodingen.

Tilstrekkelig kompetanse og tid til kvalitetssikring er viktig for å oppnå god kodekvalitet

Spørreundersøkelsen viser at nær alle kodekontrollørene i helseforetakene har fått opplæring i medisinsk koding. Mange av kodekontrollørene tilknyttet avdeling/seksjon arbeider deltid. Fire av ti har under 60 prosent stilling. I tillegg bruker halvparten av kodekontrollørene tilknyttet avdeling/seksjon, mindre enn halvparten av sin arbeidstid på kvalitetssikring av kodingen. Den resterende tiden arbeider de med andre administrative oppgaver. Det er derfor indikasjoner på at kodekontrollørenes kompetanse ikke blir fullt utnyttet, siden mange av kodekontrollørene arbeider relativt få timer per uke med oppgaven medisinsk koding.

For de fleste av kodekontrollørene som ble intervjuet i caseundersøkelsen, utgjør kvalitetssikring av koding en stor del av deres stilling. Videre har de både kompetanse og bruker mye tid på å kvalitetssikre kodingen. Kodekontrollørene har fått grunnleggende opplæring i medisinsk koding, og de har fått mulighet til kompetanseheving og til å vedlikeholde eksisterende kompetanse. Ved noen av avdelingene blir kodekontrollørenes kompetanse også utnyttet ved at de brukes i opplæringen av legene. Dette skjer gjennom opplæring på kurs eller fellesmøter, og gjennom å gi legene begrunnende tilbakemeldinger i forbindelse med kvalitetssikringen. På den måten får helseforetakene i caseundersøkelsen stor nytte av de ressursene de har brukt på å skaffe og vedlikeholde kompetansen hos kodekontrollørene.

Spørreundersøkelsen viser at det er vanlig at klinikkene og/eller avdelingene i helseforetakene har en kodeansvarlig lege som er tillagt et særskilt ansvar for oppgaver vedrørende medisinsk koding. I spørreundersøkelsen svarer ca. 4 av 5 ledere at de

har en lege som er kodeansvarlig. Caseundersøkelsen viser at oppgavene til de kodeansvarlige legene varierer mellom avdelingene. Flere kodeansvarlige leger er involvert i prosessen når de medisinske kodene skal endres og/eller i selve kvalitetssikringen av primærkodingen. Noen kodeansvarlige leger har også ansvar for å gi de ansatte opplæring og å oppdatere dem på endringer i regelverket. Spørreundersøkelsene viser at blant de kodeansvarlige i alle helseforetakene, har et mindretall (3 av 10) fått avsatt tid i stillingen sin til arbeidet med medisinsk koding. Mange kodeansvarlige leger har ikke skjernet tid til denne oppgaven i stillingen sin. Dette indikerer at mange kodeansvarlige leger i helseforetakene kan ha utfordringer med å sette av nok tid til oppgaven.

I fire av de seks avdelingene i caseundersøkelsen er det en kodeansvarlig lege eller flere i avdelingene, mens to av avdelingene ikke har en kodeansvarlig lege. Et fellestrekk med de kodeansvarlige legene som ble intervjuet, er at de gir uttrykk for at de har fått skjernet tid til å kvalitetssikre kodingen.

Å skape legitimitet og involvere legegruppen kan være viktig for å oppnå god kodekvalitet

Caseundersøkelsen viser at et viktig suksesskriterium for å oppnå god kodekvalitet er at kodeansvarlige leger blir involvert i kvalitetssikringen av kodene. Dette skaper legitimitet i legegruppen for kodearbeidet. Både leger og kodekontrollører opplever at en leges tilbakemelding på koding kan ha en annen faglig tyngde enn når tilbakemeldingene kommer fra en kodekontrollør, fordi de kodeansvarlige har kjennskap til det kliniske, som de merkantile kontrollørene ikke har. I de to avdelingene i caseundersøkelsen som ikke har kodeansvarlig lege, gir kodekontrollørene uttrykk for at de savner klinikere å spille på.

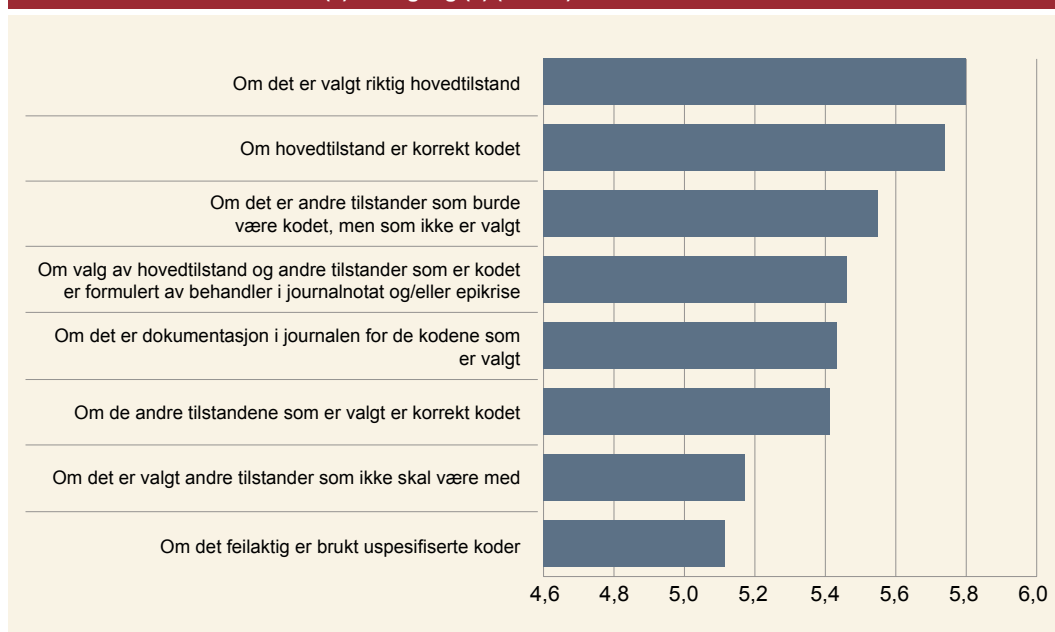
Caseundersøkelsen viser videre at det er viktig at oppgavene til kodeansvarlig og kodekontrollør er koordinert og målrettet. Et eksempel på dette er medisinsk avdeling ved Stavanger universitetssykehus. I denne avdelingen er det en systematisk arbeidsdeling mellom kodekontrollør og kodeansvarlig lege som bidrar til en komplementerende kvalitetskontroll av kodingen. Kodekontrollør går gjennom samtlige døgnopphold, hvor hun blant annet sikrer at alle tilstandene som skal rapporteres til NPR, er tilstrekkelig dokumentert i journalen. I tillegg går kodeansvarlig lege ved denne avdelingen gjennom all dokumentasjon for mange av oppholdene som er gruppert til ukomplisert DRG i DRG-par.⁷⁰ Et viktig formål med denne kontrollen er å sikre at alle tilstander som er dokumentert i journalen, og som er relevante for oppholdet, blir rapportert til NPR.

En kontroll av om tilstandene er tilstrekkelig dokumentert i journalen er viktig for å oppnå god kodekvalitet

I koderevisjonen strykes mange koder fordi tilstandene ikke er tilstrekkelig dokumentert i journalen. I spørreundersøkelsen blir kodekontrollørene i helseforetakene spurt om hva som er de vanligste grunnene til at kodene må korrigeres etter kvalitetssikringen. Etter deres vurdering er de to vanligste årsakene til dette: at de som koder, har glemt å ta med *andre tilstander*, eller at de har glemt å ta med *prosedyrer* som er relevante for oppholdet. Det er derfor mer vanlig å korrigere kodingen for de som har glemt å ta med *andre tilstander* som er relevante for oppholdet, enn å korrigere for *andre tilstander* som det er ikke grunnlag for i pasientjournalen. Dette indikerer at kontrollørene er for lite oppmerksomme på å kontrollere at det er tilstrekkelig dokumentasjon for tilstandene i journalen. Resultatene i koderevisjonen kan dermed dels forklares av hvordan mange av sykehusene har valgt å utforme rutineene for kvalitetssikring.

70) I tillegg kontrolleres utvalgte opphold på områder der det ofte gjøres feil, som er valgt ut gjennom standardiserte rapporter fra et analyseverktøy.

Figur 22 Hvor ofte kvalitetssikrer du ulike forhold når kodingen kvalitetssikres? Gjennomsnitt som kvalitetssikrer aldri (0) hver gang (6) (N=104)



Kilde: Spørreundersøkelsen til kodekontrollører

Spørreundersøkelsen viser at kodekontrollørene i helseforetakene kvalitetssikrer nesten alltid om det er rapportert riktig hovedtilstand til NPR, og om hovedtilstanden er korrekt kodet (jf. figur 22). Videre har kodekontrollørene i kvalitetssikringen større oppmerksomhet på å sikre «fullstendig» koding av tilstander som er dokumentert i journalen enn av om det er rapportert koder for *andre tilstander* som ikke skulle vært rapportert. Flere av kodekontrollørene i caseundersøkelsen peker spesielt på at opphold med lang liggetid og lav DRG-vekt undersøkes mer grundig. For disse oppholdene er det en risiko for at rapporteringen av *andre tilstander til NPR* ikke blir fullstendig. Dette kan forklare hvorfor kontrollørene i spørreundersøkelsen svarer at det legges til flere *andre tilstander* enn det strykes som følge av kvalitetssikringen.

I to av de seks avdelingene i caseundersøkelsen blir ikke alle døgnopphold kvalitetssikret av kodekontrollørene. Selv om målet er å kvalitetssikre alle oppholdene, rekker de ikke å kontrollere alle. I disse avdelingene brukes kontrollprogram som et hjelpemiddel for å identifisere opphold som skal kontrolleres. Kontrollprogrammet identifiserer blant annet opphold med sju eller flere *andre tilstander* per opphold, for at kodekontrollørene skal kunne kontrollere hvorvidt det er rapportert for mange *andre tilstander* for disse oppholdene. Sju *andre tilstander* per opphold er imidlertid langt flere enn gjennomsnittlig antall rapporterte *andre tilstander* for pasientgruppene i koderevisjonen.⁷¹ Det er derfor risiko for at opphold, hvor det er kodet med relativt mange *andre tilstander* som ikke har hatt betydning for helsehjelpen under oppholdet, eller som ikke er tilstrekkelig dokumentert i journalen, ikke blir fanget opp i denne kontrollen. Begge disse to avdelingene rapporterer relativt mange *andre tilstander* per opphold til NPR for de utvalgte pasientgruppene, og relativt mange av de rapporterte *andre tilstandene* strykes i koderevisjonen fordi tilstandene ikke er tilstrekkelig dokumentert i journalen.

I de fire andre avdelingene i caseundersøkelsen kontrolleres alle døgnopphold. Formålet er å kvalitetssikre at alle kodene som er rapportert til NPR, er dokumentert i

71) For pasientgruppene i koderevisjonen er gjennomsnittlig antall rapporterte *andre tilstander* per opphold henholdsvis 2,7 og 1,5.

journalen. I disse avdelingene brukes derfor kontrollprogram som hjelpemiddel for å identifisere opphold som krever en særlig grundig kontroll, for å sikre at alle koder er tatt med. I en slik grundig kontroll inngår for eksempel at kontrolløren sjekker de oppholdene hvor pasienten har ligget lenge på sykehuset og det er få kodede *andre tilstander*. I koderevisjonen strykes relativt færre *andre tilstander* i disse avdelingene enn ved de to avdelingene som ikke kvalitetssikrer alle opphold.

Caseundersøkelsen viser at kodekontrollørene har to ulike tilnærminger i gjennomgangen av journalene i kvalitetssikringen, også innad i samme sykehus:

- Innkostjournalen som utgangspunkt: Kontrolløren begynner med innkostjournalen for å få fullstendig oversikt over en pasients sykdom og avslutter med epikrisen.
- Epikrise som utgangspunkt: Kontrolløren begynner med epikrisen for å undersøke om det er tilstrekkelig dokumentasjon for de rapporterte kodene.

Den første tilnærmingen gir større oppmerksomhet på å sikre «fullstendig» koding av tilstander som er dokumentert i journalen, enn av om det er valgt *andre tilstander* som ikke burde vært rapportert. Denne tilnærmingen er imidlertid tidkrevende fordi kodekontrolløren må lese gjennom mye informasjon i flere typer dokumenter. Caseundersøkelsen viser eksempler på at denne tilnærmingen fører til at kodekontrollørene ikke har kapasitet til å kvalitetssikre alle opphold.

Ved den andre tilnærmingen tar kodekontrolløren utgangspunkt i epikrisen, men leter etter dokumentasjon i annen journaldokumentasjon ved behov, og dette er mindre tidkrevende. I en avdeling i caseundersøkelsen strykes få *andre tilstander* fordi kodekontrolløren har kapasitet til å undersøke om det er tilstrekkelig dokumentasjon for alle *andre tilstander* som er foreslått kodet.

To avdelinger ved sykehuset i Gjøvik inngår i caseundersøkelsen. I de to avdelingene mener flere av de som ble intervjuet, at det i møter diskuteres hva som er tilstrekkelig dokumentasjon for å rapportere tilstander til NPR. I tillegg har avdelingene rutiner for å fange opp *andre tilstander* som er dokumentert behandlet/gitt under oppholdet, men som ikke er kodet i første omgang. Denne praksisen kan være en av forklaringene på at relativt få *andre tilstander* strykes, og at få *andre tilstander* legges til i koderevisjonen ved en av disse avdelingene.

Caseundersøkelsen viser at det er ulike rutiner mellom avdelingene for om feil skal godkjennes av epikriseansvarlig lege, og eventuelt hvilke typer feil som skal godkjennes. I noen av avdelingene kan kodekontrolløren og/eller den kodeansvarlige selv korrigere koder, mens i andre avdelinger må alle endringene godkjennes av epikriseansvarlig lege. I en av avdelingene var mange av kodene som ble slettet i koderevisjonen, lagt til av en kodeansvarlig lege uten at epikriseansvarlig lege hadde godkjent dette.

I en av avdelingene som inngikk i caseundersøkelsen, skal legene godkjenne alle korrigeringer i kodene. For at helseforetaket ikke skal få urettmessige inntekter av oppholdet, blir det bare korrigert for *andre tilstander* som kodekontrolløren vet påvirker grupperingen til en komplisert eller ukomplisert DRG. Øvrige *andre tilstander* blir ikke alltid korrigert selv om det mangler dokumentasjon. Dette begrunnes med at dette vil ta for mye tid for legene, fordi de må godkjenne alle endringer.

En konsekvens av en slik praksis er at selv om kvalitetssikringssystemet ved sykehuset fanger opp *andre tilstander* som ikke er relevante for oppholdet og/eller ikke er tilstrekkelig dokumentert i journalen, blir tilstanden likevel rapportert til NPR, og fører til feil i statistikken. Denne avdelingen fikk slettet mange *andre tilstander* i koderevisjonen.

Flere kodekontrollører i caseundersøkelsen viser til at det er krevende å kvalitetssikre legenes koder fordi det ikke går klart fram av sluttnotatet eller i epikrisen hva som har vært hovedtilstanden, og eventuelt hvilke *andre tilstander* som er håndtert i det aktuelle oppholdet, og/eller som har hatt en reell påvirkning på helsehjelpen under oppholdet. Dette fører til at kodekontrollørene må bruke mye tid på å lete etter dokumentasjon andre steder i journalen. Etter fagrevisorenes vurdering ville det bedret kvaliteten på kodingen og redusert tidsbruken både for legen og for kodekontrolløren dersom det for legen var obligatorisk å fylle ut følgende i epikrisen:

- Hovedtilstand (hoveddiagnose) under oppholdet var: (legens fritt formulerte diagnose/tilstandsbeskrivelse)
- *Andre tilstander* som har vært håndtert, og/eller som har hatt en reell påvirkning på helsehjelpen under oppholdet er: (legens fritt formulerte diagnose[r]/tilstandsbeskrivelse[r])
- Prosedyrer som ble utført under oppholdet: (legens fritt formulerte angivelse av prosedyren[e] som ble utført)

5.2.3 Kvalitetssikring i stab

Dokumentanalysen viser at alle helseforetakene har kodekontrollører i stab som gjennomfører datastyrte kontroller av den medisinske kodingen. Disse kontrollene er innrettet for å kvalitetssikre rapporteringen til NPR. Gjennom datastyrte eller automatiserte kontroller identifiseres en del opphold hvor det kan være risiko for at kodingen ikke er i samsvar med regelverket. Det kontrolleres blant annet for manglende eller ufullstendig koding og ulogiske sammenhenger. Videre identifiseres opphold hvor det er risiko for at helseforetaket ikke oppnår rettmessige inntekter. For eksempel identifiseres opphold hvor pasienten har ligget lenge på sykehuset uten at det er kodet for *andre tilstander*. Undersøkelsen viser at i mange helseforetak bruker også kodekontrollører denne typen verktøy i kvalitetssikringen i avdelingene.

De datastyrte kontrollene vil imidlertid ikke identifisere mange av oppholdene hvor det ble funnet feil i koderevisjonen. En grunn til dette er at de fleste av feilene i koderevisjonen skyldes andre forhold enn ufullstendig koding og ulogiske sammenhenger. For å avdekke mange av feilene som ble funnet i koderevisjonen, kreves det at kodekontrollørene undersøker om det er samsvar mellom kodene som er fastsatt, og dokumentasjonen i pasientjournalen. For å fange opp disse feilene er helseforetakene avhengige av kompetansen til de som koder, og de som kvalitetssikrer kodingen i avdelingene. De datastyrte kontrollene kan derfor i begrenset grad kompensere for svak kvalitetssikring i avdelingene.

Dokumentanalysen viser at det er vanlig at det er økonomiavdelingen i stab som gjennomfører de datastyrte kontrollene. I de tre helseforetakene i caseundersøkelsen er disse medarbeiderne tilknyttet andre enheter i stab, som for eksempel medisinsk-faglig direktør. I intervju kommer det fram at sentrale aktører mener at det er positivt med denne organiseringen, fordi den bidrar til at medisinsk koding blir skilt fra spørsmål om økonomi.

5.3 Styring og ledelse av medisinsk koding i helseforetakene

Helseforetakene har ansvar for å styre og lede arbeidet med den medisinske kodingen. Undersøkelsen viser at en del foretak ikke har gode rutiner og systemer for å sikre god medisinsk koding. Noen av helseforetakene som har gode *skriftlige* rutiner og styringssystemer, har likevel utfordringer med å oppnå god kodekvalitet. Caseundersøkelsen viser at en tydelig ledelse som gir støtte til kodearbeidet, samt en utbredt holdning til at koding er viktig, kan kompensere for en svakere formell styring med få skriftlige rutiner og prosedyrer.

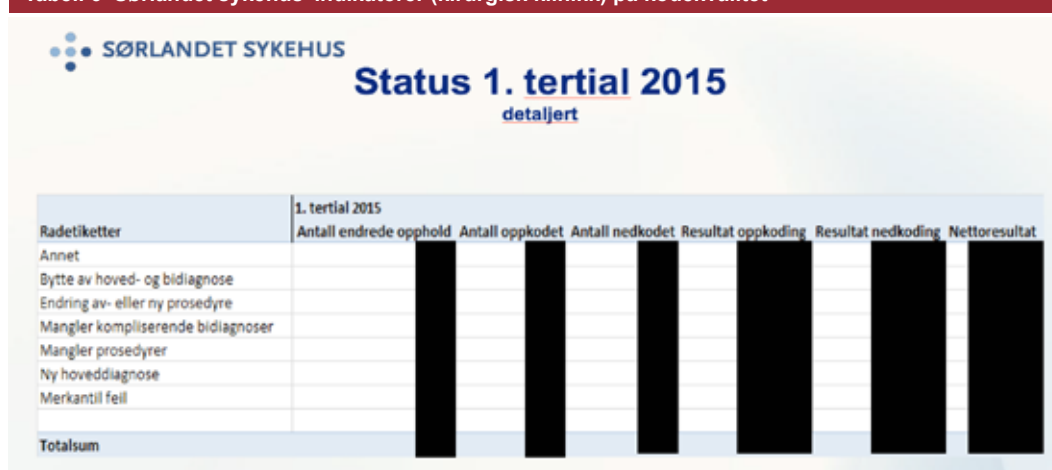
5.3.1 Styring

Dokumentanalysen viser at nesten alle helseforetak har nedfelt et mål om korrekt koding. Det fleste helseforetakene har i sine overordnede felles prosedyrer også beskrevet hva som er formålet med koding. De fleste helseforetakene beskriver i prosedyrene at et viktig formål med kodingen er å sikre helseforetaket fullstendige inntekter, mens færre prosedyrer viser til ikke-økonomiske formål med kodingen. Dette kan være blant annet helseovervåkning, planlegging og kvalitetssikring av helsetjenestene, og forskning.

Tidligere undersøkelser indikerer at det ikke er realistisk å oppnå helt korrekt koding.⁷² Det er derfor et urealistisk mål at kodingen skal være helt korrekt (dvs. 100 prosent riktig). Dokumentanalysen viser at ingen helseforetak har utviklet operasjonaliserte mål for hva som er en tilfredsstillende kodekvalitet.⁷³ Ledere som har ansvar for kodekvaliteten for sin enhet, har derfor ikke noe konkret krav om kvalitet å styre mot når de skal organisere arbeidet med kodingen.

Selv om ikke helseforetakene har satt konkrete resultatmål for kodingen, kan indikatorer brukes for å belyse kvalitetsutviklingen over tid. Dokumentanalysen viser at det med få unntak ikke er vanlig at det brukes slike indikatorer.⁷⁴ Indikatorene som brukes ved kirurgisk klinikk ved Sørlandet sykehus, er et av unntakene. Her mottar klinikkleder og avdelingsledere en rapport som viser omfang av gjennomgåtte og endrede opphold, økonomiske konsekvenser samt årsak til omkoding (jf. tabell 6).

Tabell 6 Sørlandet sykehus' indikatorer (kirurgisk klinikk) på kodekvalitet



Kilde: Sørlandet sykehus (kirurgisk klinikk)

Målet er at antall endrede opphold som følge av kvalitetssikringen skal reduseres over tid. Opplæringstiltakene og kvalitetssikringen kan dermed målrettes og korrigeres ved bruk av indikatorene.

DRG-indeks er et mål på pasienttyngde som beregnes ved å dividere totalt antall DRG-poeng med antall sykehusopphold. Flere helseforetak viser til at DRG-indeks er en indikator på kodekvalitet. Disse foretakene bruker DRG-indeks for å sammenligne nivået på denne indikatoren over tid, enten innen eget helseforetak eller også med andre helseforetak. En analyse av DRG-indeks mellom tre helseforetak viser at ulik-

72) Koderevisjoner som gjennomføres i helseforetakene, fører alltid til endringer i de opprinnelig registrerte kodene. Se for eksempel Dokument 3:2 (2004–2005), Dokument 3:7 (2005–2006) og Dokument 3:2 (2009–2010).

73) Med mulig unntak av kirurgisk avdeling ved Sørlandet sykehus HF, som har en målsetning om å redusere antall endrede opphold som følge av kvalitetssikringen.

74) I undersøkelsen ansees ikke styringsparameteren DRG indeks som et uttrykk for kodekvalitet.

heter i pasientpopulasjonen i for eksempel alder forklarer mye av forskjellene i DRG-indeksen mellom foretakene.⁷⁵ Dette viser at helseforetakene må være varsomme med å tolke forskjeller i nivået på indikatoren i DRG-indeksen som forskjeller i kodekvalitet. En lav DRG-indeks sammenlignet med et annet helseforetak betyr ikke nødvendigvis lavere kodekvalitet, men kan være uttrykk for blant annet ulik alders-, kjønns- og funksjonsfordeling.

Hver fjerde kodekontrollør svarer i spørreundersøkelsen at det lages statistikk eller tall på feil eller mangelfull medisinsk koding for enhetene de kvalitetssikrer. At de faktisk gjør dette, viser at det er et potensial for å i større grad bruke statistikk til mer systematisk å vurdere kodekvaliteten, både ved å bruke statistikken kodekontrollørene allerede fører, og ved at flere fører slik statistikk.

Omtrent halvparten av helseforetakene oppgir at de har gjennomført en form for risiko-vurdering. Dokumentanalysen viser imidlertid at langt færre foretak har gjennomført en systematisk evaluering av organiseringen av kodearbeidet som identifiserer hva som gir risiko for feilkoding underveis i kodeprosessen. Ved samtlige sykehus som inngår i koderevisjonen, er det svakere kodekvalitet blant de undersøkte oppholdene for pasienter med lungebetennelse enn for hofteprotesepasientene. Fagrevisorene mener at dette er forventet fordi det er mer krevende å kode opphold med lungebetennelse enn opphold for hofteprotese. De ulike resultatene i koderevisjonen mellom de to pasientgruppene indikerer at helseforetakene ikke har tilpasset organiseringen av kodearbeidet til de ulike risikoene for feilkoding hos de to pasientgruppene.

Dokumentanalysen viser videre at en del helseforetak tester kodekvaliteten ved å revidere et tilfeldig utvalg journaler i enkelte avdelinger. Slike revisjoner kan gi helseforetakene informasjon om i hvilken grad målet om korrekt koding nås. Utfordringene som belyses på enkelte fagområder i revisjonene, er ofte generelle og prinsipielle, og kunne gitt godt grunnlag for læring i andre avdelinger om de ble brukt. Caseundersøkelsen viser at helseforetakene i liten grad bruker koderevisjoner til læring, utenom i de avdelingene der revisjonen finner sted. Dermed kan en anledning til å forbedre kodearbeidet gå tapt.

Felles overordnede prosedyrer kan bidra til å sikre lik og hensiktsmessig praksis mellom avdelinger ved det enkelte helseforetak. Dokumentanalysen viser at 14 av 19 helseforetak har utviklet felles overordnede prosedyrer. Mange av prosedyrene varierer imidlertid i kvalitet og innhold. En del prosedyrer definerer ikke roller, ansvar og oppgaver i arbeidet med medisinsk koding på en entydig og presis måte. For eksempel er det mange prosedyrer som ikke beskriver ansvar for hvordan helseforetakene skal implementere endringer i regelverket for koding. Dokumentanalysen viser også at få av de felles overordnede prosedyrene stiller krav til lokale prosedyrer, blant annet når det gjelder innholdet i dem. Dette kan forklare hvorfor det kan være stor variasjon mellom avdelinger ved samme sykehus i hvordan medisinsk kodepraksis styres. Et flertall av helseforetakene opplyser til Riksrevisjonen at det ikke er utviklet skriftlige rutiner i de avdelingene som er berørt av undersøkelsen.

Ansvar for opplæring er i et flertall av helseforetakene beskrevet i felles prosedyrer, men flere av helseforetakene omtaler ikke hva ledernes ansvar for opplæring konkret innebærer. Det er også få helseforetak som har prosedyrer som avklarer hvilken tilbakemelding legene skal få fra dem som kontrollerer, hvordan de skal veiledes i koding, hvor ofte koding skal være tema på møter, osv. Dermed er det i praksis opp til hver klinikk og avdelingsleder å definere og ivareta opplæringsbehovet. Dette kan

75) Analysesenteret (2015): *Sammenlignede aktivitetsanalyser. Helse Stavanger HF, Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Vestfold HF.*

være en mulig forklaring på hvorfor det er ulik praksis mellom avdelinger ved det enkelte helseforetak i hvilken formell og uformell opplæring legene får.

Ved bare noen få helseforetak kan ledelsen dokumentere at de har oversikt over eller følger opp hvilke leger som har tatt kurs. Dette bekreftes av lederne i spørreundersøkelsen; bare 3 av 10 av ledere som svarer at e-læringskurs er obligatorisk, har oversikt over hvor mange ansatte ved avdelingen som har tatt et slikt kurs. Spørreundersøkelsen viser at et mindretall av legene har tatt e-læringskurs ved de fleste av helseforetakene hvor det oppgis at dette er obligatorisk. Flere av helseforetakene viser i sine svarbrev til at det kan være vanskelig å få legene til å ta kursene de tilbys eller pålegges. Samlet indikerer dette at selv om helseforetak har innført krav om at legene skal ta kurs i koding, er det utfordringer med å følge opp i praksis at legene gjennomfører slike kurs. Dette viser samtidig at toppledelsen har utfordringer med å følge opp at ledere på lavere nivå ivaretar sitt ansvar for å gi medarbeidere nødvendig kunnskap om koding.

5.3.2 Ledelsens rolle i medisinsk koding i helseforetakene

Undersøkelsen viser at ledelsens rolle i medisinsk koding er viktig i arbeidet med kodekvaliteten. I spørreundersøkelsen blir legene, kodekontrollørene og ledere på lavere koding bedt om å ta stilling til ulike påstander om ledelsen.

Figur 23 Andel som svarer helt eller delvis enig på diverse påstander om ledelsen ved respondentens enhet. N=797



Kilde: Spørreundersøkelse til leger

Flest leger er enig i påstanden om at lederne er tydelige på at det skal kodes riktig (jf. figur 23). Omtrent like mange leger er enig i at ledelsen er opptatt av at koding er viktig for å sikre inntekter. Færre leger er enig i at ledelsen er opptatt av betydningen kodene har for pasientstatistikk og forskning.

I de fleste foretak er det opp til avdelingene å styre kodearbeidet i praksis. De fleste helseforetakene viderefører ISF-refusjonen ned til avdelingene, og DRG-poeng blir derfor brukt både som et aktivitets- og inntektsmål i mange avdelinger. I avdelingene følges ledelsen opp på det økonomiske resultatet, noe som i mange avdelinger påvirkes av ISF-refusjonen. Caseundersøkelsen viser at selv om lederne sier at de

prøver å skjerme legene fra økonomispørsmål knyttet til koding, opplever legene ved de fleste avdelingene at ledelsen er opptatt av å sikre inntekter når koding er tema.

Caseundersøkelsen viser også betydningen av en tydelig ledelse som signaliserer at kodearbeidet er viktig utover å sikre inntekter, og som støtter arbeidet. Dette skaper holdninger om at koding er en viktig del av arbeidet og bidrar til god kodekvalitet. Et eksempel på tydelig ledelse er Stavanger universitetssykehus, hvor det er tydelig signalisert fra administrerende direktør (AD) og nedover om at det skal kodes korrekt, også om det ikke lønner seg økonomisk. Flere ansatte beskriver i intervjuer at administrerende direktør har vært krystallklar gang på gang på at det skal kodes korrekt.

På spørsmål om når AD formidler dette, sier den som blir intervjuet følgende: «AD sier det på ledermøter, på utvidede ledermøter ned til nivå 4, som inkluderer seksjonsoverleger og avdelingssykepleiere, og på fredagsmøte for alle med jevne mellomrom der koding er et tema.»

Det har vært vanskelig å få til denne endringen mot holdninger om at koding er viktig. Det viser betydningen av en tydelig og støttende ledelse på flere nivåer for å få til slike holdnings- og atferdsendringer i praksis:

«Når kodeansvarlig lege har sett på kodingen, har personen sett at praksisen ikke har vært korrekt og bedt legene om å endre praksis. Da blir det kanskje en betydelig inntektsnedgang og kodeansvarlig lege har måttet ta noen kamper [...] Vi har definitivt en AD som støtter oss da.»

Caseundersøkelsen viser også at der ledelsen gir tydelige signaler om viktigheten av korrekt koding, har de også sentrale aktører med dedikert ansvar for koding. Avsatte ressurser til koding er dermed en måte ledelsen viser i praksis at koding er viktig. Stavanger universitetssykehus er et godt eksempel på dette. Ved kirurgisk og medisinsk avdeling jobber disse sentrale aktørene for en positiv holdning til medisinsk koding og for å oppnå god kvalitet, og ledelsen legger til rette for at legene får gjennomført sin oppgave med medisinsk koding. Det er noe ulik organisering av dette arbeidet ved de to avdelingene. En avdeling har en overordnet kodeansvarlig lege og en annen avdeling har en gruppe med kodeansvarlige leger med ansvar for å kontrollere kodingen opp mot hva som er dokumentert i journalen.

Videre er det ett eksempel i caseundersøkelsen på at koding diskuteres på møter på ulike nivåer. Her formidler ledelsen at koding er viktig og den gjentar det til stadighet, for eksempel på legenes morgenmøter. Slik formidling bidrar til at legene også ser betydningen av kodingen for andre, ikke-økonomiske formål. Det er derfor en tydelig ledelse og gjennomgående holdning til at koding er viktig hos de ansatte: «De sier at det er mye lettere å gå tilbake og se hvor mange brudd vi har behandlet, hvorfor vi har gjort det, hvorvidt det har ført til komplikasjoner [...] Da forstår man mye mer verdien av koding».

Ledelsen bruker statistikk basert på koding til å planlegge driften. I avdelingene i caseundersøkelsen er det imidlertid ikke vanlig at leger får se pasientstatistikk basert på kodingen i avdelingen, selv der de er klar over at kodingen danner grunnlag for slik statistikk. Flere ga uttrykk for at de synes det hadde vært interessant å bli presentert for slik statistikk. Dette kunne trolig ha økt legenes oppmerksomhet på hvordan dataene brukes til andre formål enn å sikre inntekter, for eksempel kvalitetsforbedring, styring og forskning. I tillegg kan dette trolig bidra til å øke legenes egeninteresse for korrekt koding.

6 Hvordan bidrar de regionale helseforetakene til god kodekvalitet?

De regionale helseforetakene (RHF-ene) har overordnet ansvar for at medisinsk koding gjøres i tråd med den nasjonale kodeveiledningen og bestemmelser i regelverket, ansvar for kvalitetskontroll av data og ansvar for at rapporteringsfrister overholdes.⁷⁶

For å kunne vurdere hvorvidt deres sørge-for-ansvar ivaretas, har RHF-ene også selv stor interesse av gode statistiske beskrivelser av aktiviteten i sykehusene i sin region, for eksempel hvilke tilstander som behandles hvor. De regionale helseforetakene bruker data fra medisinsk koding blant annet for å

- vurdere og følge opp funksjonsfordeling mellom helseforetak
- rapportere til eget styre og til Helse- og omsorgsdepartementet om hvorvidt de når ulike mål og krav som er stilt
- følge opp helseforetakenes aktivitet og kvalitet på tjenestene
- følge opp prosjekter/strategier og regionale planer
- analysere forbruksmønstre, tilgjengelighet, tilbuds- og praksisvariasjon
- beregne behovet for framtidig helsepersonell i regionen



Koding brukes blant annet til å planlegge og sikre et likeverdig helsetilbud. Foto: Fredrik Nauman

⁷⁶) *Innsatsstyrt finansiering – regelverk*. Helsedirektoratet, 2015.

6.1 Oppfølging av internrevisjonen 2011

Det var særlig i forbindelse med den felles revisjonen av medisinsk kodepraksis at RHF-ene fulgte opp helseforetakenes arbeid med medisinsk koding.⁷⁷ Revisjonen ble gjennomført i 2011 av RHF-enes internrevisjoner, på initiativ fra Helsedirektoratet. Formålet med den felles revisjonen var å undersøke helseforetakenes kvalitetssikring av den medisinske kodingen.⁷⁸ I rapporten ble det foreslått en rekke tiltak som var rettet mot alle helseforetak, regionale helseforetak og mot det nasjonale nivået.⁷⁹

Alle helseforetak ble blant annet anbefalt å gjennomføre risikovurderinger av prosessen for koding, sikre læringssløyfe ved at det gis regelmessige tilbakemeldinger på egen kodepraksis til alle som koder, og utarbeide felles rutiner for medisinsk koding ved helseforetaket. I tillegg ble det rettet særskilte anbefalinger mot ni helseforetak hvor det ble gjort nærmere undersøkelser.

Samtlige RHF viser til at de styrebehandlet revisjonen og fikk tilbakemeldinger fra de til sammen ni foretakene hvor det ble gjort nærmere undersøkelser. Helse Sør-Øst viser i tillegg til at de har hatt egne møter med Ahus⁸⁰ og Telemark⁸¹ om medisinsk koding, hvor de har innhentet detaljert informasjon om organisering, gjennomføring og etablerte rutiner og prosedyrer for koding.

RHF-ene fulgte opp de ni helseforetakene som fikk *særskilte* anbefalinger, langt tettere enn de andre helseforetakene, selv om formålet med undersøkelsen og anbefalingene var å styrke intern styring og kontroll med kodekvaliteten for *alle* helseforetak.

Videre stilte RHF-ene krav om å legge til rette for korrekt koding i styringsdokumentene for alle sine helseforetak i 2012.⁸² Kravet fra tre av RHF-ene lød:

«All dokumentasjon av medisinsk aktivitet i foretakene skal gjøres på et helsefaglig grunnlag, og ikke etter hvilken inntekt som eventuelt genereres. Rutiner, prosesser, opplæring og IKT-systemer skal bidra til korrekt medisinsk koding.»

Helse Nord RHF hadde i tillegg et krav i oppdragsdokumentet for 2016⁸³ om å «bruke tilbakemeldingene fra NPR for aktivt å redusere feilkoding».

Styret i Helse Sør-Øst RHF har hatt en mer aktiv oppfølging av helseforetakene i sin region enn andre RHF ettersom konsernrevisjonen i 2016 gjennomførte en undersøkelse av hvordan oppfølgingen av den nasjonale revisjonen har vært. I tillegg viser RHF-et til at det som følge av styrets behandling av internrevisjonen i 2013 laget en utredning av kodearbeidet i Norge og i utvalgte land for å vurdere tiltak som kan sikre at medisinsk koding utføres av godt kvalifiserte kodere.⁸⁴

Etter internrevisjonen i 2011 anbefalte de regionale helseforetakenes konsernrevisjoner igjen RHF-ene å vurdere å stille krav til helseforetakene om obligatorisk opplæring i medisinsk koding for alle nye leger – et krav som tidligere hadde blitt anbefalt

77) Internrevisjonene i de regionale helseforetakene (2011) *Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis*. Hovedrapport.

78) *Nasjonal internrevisjon*.

79) *Nasjonal internrevisjon*.

80) 12. september 2012.

81) 29. april 2014.

82) Helse Vest, Nord og Sør-Øst RHF stilte dette kravet. Helse Midt-Norge RHF formulerte samme år dette målet i sine styringsdokumenter: «Det er sikret nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative systemer slik at helseforetaket sikrer korrekt og komplett registrering.»

83) Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Oppdragsdokument 2016 Helse Nord RHF*.

84) Helse Sør-Øst RHF (2013) *Medisinsk koding. Tiltak som kan sikre at medisinsk koding utføres av godt kvalifiserte kodere*.

som tiltak av Helsedirektoratet og RHF-ene selv, i 2008.⁸⁵ Ingen av de regionale helseforetakene har imidlertid stilt et slikt eksplisitt krav til helseforetakene. Men, som Helse Nord RHF skriver, med henvisning til kravet stilt i 2012 om korrekt koding: «For å ivareta dette kravet følger det at helseforetakene har ansvar for at helsepersonell ansvarlig for medisinsk koding har nødvendig kunnskap.»

6.2 Øvrig arbeid med medisinsk koding

På spørsmål om hvordan RHF-ene arbeider for å sikre at medisinsk koding ved helseforetakene er i tråd med gjeldende regelverk, viser Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF til at det er opprettet regionale nettverk for koding, hvor helseforetakene er representert.

Helse Sør-Øst RHF viser til at arbeidet med å sikre god kvalitet med medisinsk koding er sammensatt av flere elementer. RHF-et har utviklet e-læringskurset i koding som nå forvaltes av Direktoratet for e-helse, omtalt i kapittel 7.5, og informert helseforetakene om dette ved flere anledninger. Helse Sør-Øst RHF samarbeidet også med Helsedirektoratet om nasjonal kodingsmodul.⁸⁶ I tillegg har Helse Sør-Øst RHF sendt brev til Helsedirektoratet om endringer i mal for epikriser (se kapittel 8.3) og om behov for presiseringer i regelverk og krav til IT-løsninger.

Helse Vest RHF påpeker at deres arbeid for å sikre riktig kodepraksis må ses som del av det generelle forbedringsarbeidet i helseforetakene. Det regionale helseforetaket viser til sin deltakelse i arbeidet med utvikling av nasjonal kodingsmodul i 2012 gjennom å sitte i prosjektets referansegruppe som ga innspill til prosjektet. De andre RHF-ene var også representert i denne gruppen.⁸⁷

I kapittel 4.1 beskrives forskjeller mellom sykehusene i de ulike regionene i hvor stor andel av oppholdene som er i komplisert DRG for de undersøkte pasientgruppene. Noe av disse forskjellene kan skyldes uensartet kodepraksis. Ingen av RHF-ene oppgir at de analyserer NPR-data med det formål å analysere kodepraksis i regionen. Helse Sør-Øst RHF viser imidlertid til at de har en egen avdeling som arbeider med problemstillinger knyttet til å redusere variasjon i ventetid. Her vil variasjon og medisinsk koding bli tatt opp fortløpende på ordinære oppfølgingsmøter med helseforetakene.

85) *Bedre kvalitet på medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten. Rapport fra et samarbeidsprosjekt mellom de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet.* Rapport nr IS-1598. Helsedirektoratet, 2008.

86) Kodingsmodulen skulle gi legene IKT-støtte når de registrerte koder, for eksempel ved at gyldigheten til kodene som ble valgt, umiddelbart skulle bli kontrollert opp mot kodingsregler. Den som kodet, kunne underveis i kodingen få råd, påminnelser og advarsler. Modulen skulle dessuten gi bedre tilgang til oppdaterte kodeverk, kodeveiledninger og kodingsregler. Samlet skulle slik IKT-støtte bidra til riktigere koding i kodeprosessen og mer ensartet koding. Prosjektet kom ikke lenger enn til forprosjektstadiet og ble nedlagt i 2012 på grunn av kapasitetsproblemer.

87) *Funksjonelle og tekniske krav til IT-støtte i medisinsk koding – rapport fra forprosjekt nasjonal kodingsmodul.* Helsedirektoratet, 2012.

7 Hvordan bidrar Direktoratet for e-helse til god kodekvalitet?

Direktoratet for e-helses ansvar for forvaltning av nasjonale helsefaglige kodeverk inkluderer å revidere og publisere kodeverkene med tilhørende regelverk og veiledere, og å motta og besvare henvendelser om helsefaglige kodeverk.⁸⁸

Dette ansvaret ble overført fra Helsedirektoratet til Direktoratet for e-helse 1.

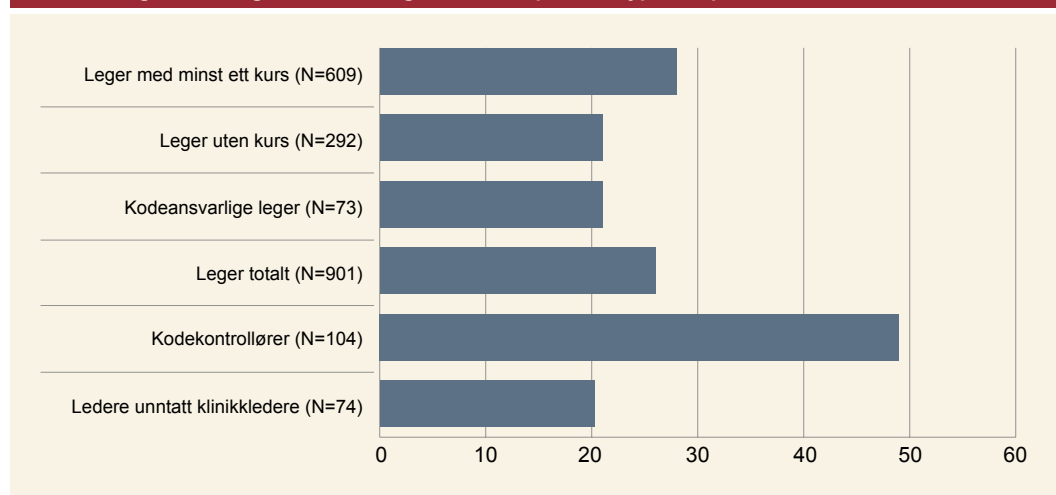
januar 2016, da direktoratet ble opprettet. Helsedirektoratet forvalter fortsatt Norsk pasientregister (NPR), hvor de medisinske kodene er sentrale variabler.

Med opprettelsen av det nye direktoratet ble to fagmiljøer som begge har oppgaver i forbindelse med medisinsk koding, splittet mellom to direktorater. Begge direktorat peker imidlertid på at de har tett og godt samarbeid om arbeidet rundt kodeverkene etter omorganiseringen. Samarbeidet er formalisert i en egen samarbeidsavtale⁸⁹ og inkluderer i praksis blant annet jevnlig møter mellom Helsedirektoratets DRG-team og kodeverksteamet i Direktoratet for e-helse (E-helse) der blant annet spørsmål om korrekt koding og observert kodepraksis er tema.

7.1 Regelverket for koding

Direktoratet for e-helse skal lage regler for og veilede sektoren i hvordan kodeverkene skal forstås og anvendes. ICD-10, som klassifiserer sykdommer, er et internasjonalt kodeverk som forvaltes av WHO. Direktoratet for e-helse har derfor begrensede muligheter til å gjøre endringer.⁹⁰ E-helse kan imidlertid selv bestemme innholdet i prosedyrekodeverkene.

Figur 24 Andel som er helt eller delvis enig i påstanden "Regelverket for medisinsk koding er enkelt og oversiktlig å forholde seg til", fordelt på ulike typer respondenter



Kilde: Spørreundersøkelser til leger, kodekontrollører og ledere

88) Samarbeidsavtale mellom Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse, 2016.

89) Samarbeidsavtale mellom Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse.

90) Norske tilpasninger må gjøres på femtetegetsnivå (se faktaboks 2 for forklaring). Dette kan være tilpasninger som gjøres for finansieringsformål eller for statistikkformål. Et eksempel på en slik «nasjonal særkode» på femtetegetsnivå er koden som angir at palliativ behandling er gitt ved et palliativt senter. Palliativ behandling er lindrende behandling som gis til pasienter der man ikke kan fjerne eller stoppe sykdommen.

Et mindretall ledere og leger oppfatter regelverket for koding som enkelt og oversiktlig å forholde seg til. Det gjelder leger med og uten kodekurs, og også leger med særskilt kodeansvar (jf. figur 24). Det er noen flere kodekontrollører som finner regelverket enkelt å forholde seg til, men fortsatt opplever halvparten regelverket som vanskelig.

I caseundersøkelsen og i kommentarfeltene i spørreundersøkelsen kommer det fram en del frustrasjon over kodeverkene. Blant annet trekkes det fram at kodeverkene på en del områder ikke er «logiske» og ikke speiler legenes «kliniske hverdag» eller «daglige drift». Enkelte trekker fram at dette fører til manglende motivasjon for å kode.

Direktoratet peker på at manglende involvering av kliniske referansegrupper kan gi en risiko for at kodeverkene ikke er relevante eller brukervennlige.⁹¹ Til nå har kliniske fagmiljøer vært involvert ved store revisjonsarbeider, i tillegg til at en fast referansegruppe har møttes årlig i forbindelse med revisjonene av kodeverkene.⁹² Deltakelse fra sektoren på disse møtene har vært frivillig, og det har ifølge direktoratet vært utfordrende å få klinikere til å møte.

7.2 FinnKode og IKT-støtte

For å gjøre det lettere for dem som koder å forholde seg til kodeverkene, finne fram i dem og finne riktige koder for diagnosene de har satt, har direktoratet utviklet søkeverktøyet FinnKode.

Bruken av FinnKode er utstrakt blant legene, og et stort flertall av legene mener at FinnKode gjør det lett å finne fram til riktig kode og går raskt å søke i. Både gjennom spørreundersøkelsen og i caseundersøkelsen gir imidlertid flere uttrykk for at synonym-funksjonen ikke fungerer godt nok, noe som oppleves som et problem når de skal kode. Et sitat fra spørreundersøkelsen illustrerer dette:

«For ofte finner man ikke noe som passer til den tilstanden/prosedyren man ønsker å kode. Man må gjerne vite nøyaktig hvilken ordlyd programmet responderer på, og må prøve mange flere ordkombinasjoner før man får napp. Dette blir tidkrevende og upresist, det tar for lang tid, og man blir noen ganger usikker på om man koder riktig.»

Gjennom FinnKode er det mulig å melde inn forslag til synonymer. Utviklingen av verktøyets søkefunksjon er derfor dels avhengig av innspill fra sektoren. Ifølge Direktoratet for e-helse kommer det «en håndfull» innspill årlig. I tillegg oppdaterer direktoratet selv FinnKode når de ser et synonym som mangler. I alt har direktoratet lagt til om lag 10 000 synonymer etter at FinnKode ble opprettet i 2006.

Gjennom spørreundersøkelsen gir flere uttrykk for at de ikke bruker FinnKode fordi de har dårlig tilgang til internett og/eller datamaskiner. Flere har også kommentert at det bør legges bedre til rette for bruk av FinnKode via mobiltelefon/nettbrett, for eksempel som en app. I dag er ikke FinnKode tilgjengelig via app, og søkeverktøyet er heller ikke tilpasset små skjermer. Selv vurderer Direktoratet for e-helse det slik at FinnKode ikke dekker dagens funksjonelle eller tekniske behov⁹³, mangler tilstrekkelig innhold⁹⁴, og at plattformen med stor sannsynlighet ikke er egnet å satse videre på.⁹⁵ Direktoratet for e-helse oppgir også i intervju at det er kjent med at klinikerne opplever utfordringer med synonymer.

91) *Risikoanalyse i forhold til dagens forvaltning av helsefaglige kodeverk*, Direktoratet for e-helse, 2016.

92) Ifølge Direktoratet for e-helse har de alltid hatt en referansegruppe.

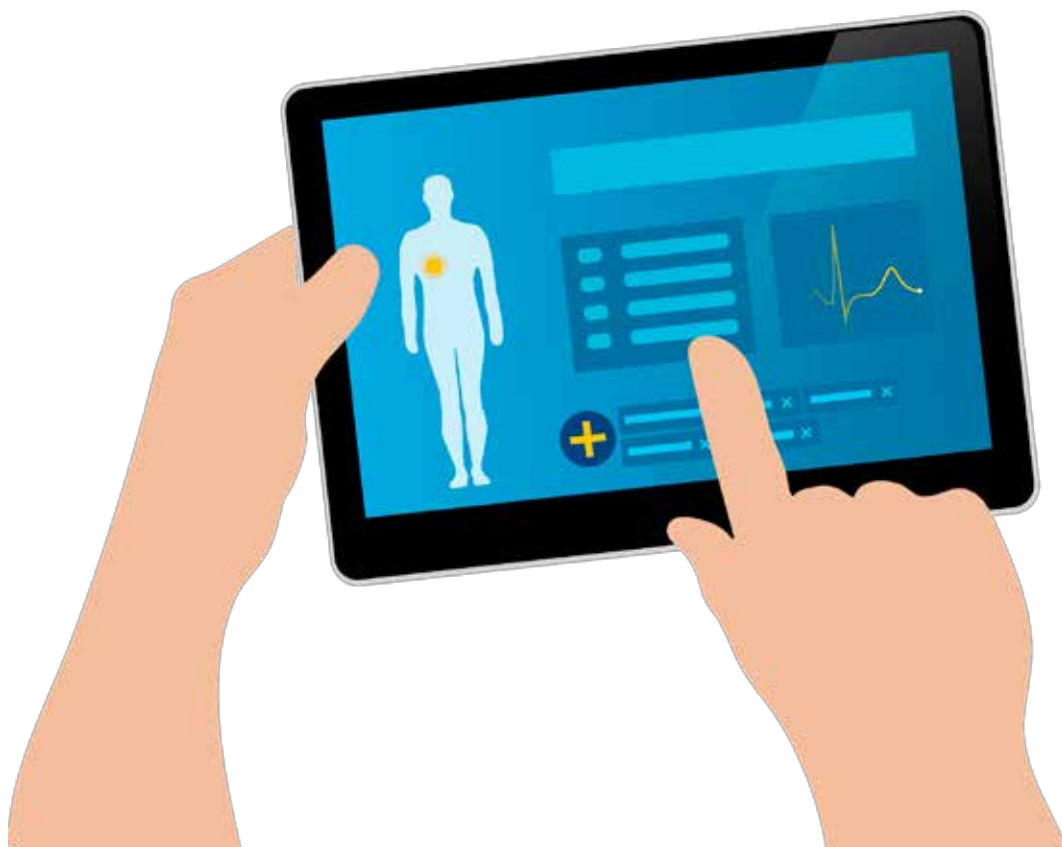
93) *Program for kodeverk og terminologi/informasjonsstruktur. Fase 1: Plan*, s. 65. Helsedirektoratet, 2015.

94) *Program for terminologi og kodeverk. Fasesammendrag Fase 2: Planlegge*, s. 26. Helsedirektoratet, 2015.

95) *Program for terminologi og kodeverk. Fasesammendrag Fase 1 Plan*, s. 65. Direktoratet for e-helse, 2015.

Direktoratet for e-helse peker selv på at IKT-systemene må støtte opp om kodeprosessen for å oppnå tilfredsstillende kodekvalitet. I intervju og spørreundersøkelsen kommer det fram frustrasjon rundt manglende funksjonalitet for medisinsk koding i de pasient-administrative systemene. Blant annet er det ingen automatiske kvalitetskontroller i IKT-systemene i forbindelse med registreringen av kodingen. For eksempel er det ingen sjekk av ulogiske koder.

Det er helseforetakene som har bestilleransvar overfor dataleverandørene, men disse har krav til å levere systemer som er i henhold til standarder som er hjemlet i forskrift. Direktoratet for e-helse angir hva som skal være obligatoriske IKT-standarder, dvs. hjemlet i forskrift, eller anbefalte standarder i helse- og omsorgssektoren, gjennom referansekatalogen for IKT-standarder. I denne referansekatalogen står det, ifølge Direktoratet for e-helse, ingenting om standarder for å støtte korrekt medisinsk koding. For eksempel kunne Direktoratet for e-helse ha lagt inn et krav om at det ikke skal være mulig å registrere ugyldige koder. Dette krever ifølge direktoratet en forskriftsendring. Referansekatalogen er med andre ord ikke brukt som et virkemiddel for å støtte korrekt koding i den grad det er mulig.



Elektroniske verktøy er viktig for kodingen. Foto: Pixabay

7.3 Informasjon om endringer i kodeverkene

Direktoratet for e-helse oppdaterer kodeverkene og den tilhørende veiledningen hvert år. For eksempel kommer nye koder til eller eksisterende koder slettes eller spesifiseres ytterligere. For at sektoren skal kunne implementere de nye reglene og kode riktig, må informasjonen E-helse gir om endringene, komme tidsnok og være god nok.

2016 var et år med store endringer i kodeverkene. Direktoratet for e-helse gjennomførte da en stor revisjon av de tre prosedyrekodeverkene for spesialisthelsetjenesten, en endring som til sammen omfattet rundt 1850 koder. Revisjonen medførte, i tillegg til kodeendringer, at disse fra 1. januar 2016 skulle forstås som et samlet felles sett av prosedyrekoder.

Noen av endringene krevde tilpasninger i de pasientadministrative systemene.⁹⁶ Det er helseforetakene som har ansvar for å bestille endringer i sine datasystemer hos systemleverandørene. Dataleverandørene må ha bestilling av større endringer minst ni måneder før endringene skal tas i bruk. Informasjonen foretakene fikk fra direktoratet om endringene som skulle gjelde fra 1. januar 2016, kom for sent til at foretakene kunne bestille endringer tidnok hos sine leverandører.⁹⁷

Direktoratet for e-helse innrømmer at informasjonen til sektoren i prosessen med koordinering av prosedyrekodeverkene ikke var så god som ønskelig i 2015. Rutinene rundt oppdateringen av kodeverkene inngår ikke i en forutsigbar prosess med fast årshjul. Ifølge Direktoratet for e-helse har flere aktører meldt behov for en mer transparent prosess, inkludert et forutsigbart årshjul med faste frister, beslutningspunkter eller publiseringsstidspunkter.⁹⁸ Tidspunkt for informasjon om endringer har variert fra år til år, og informasjonen har kommet i alt fra juni til desember.

Direktoratet for e-helse peker selv på at risikoen er svært høy for at aktørene ikke får tilstrekkelig varsel om endringene i kodeverket. Mangel på årshjul og en dokumentert prosess pekes på som en av flere mulige årsaker til dette. Direktoratet vurderer konsekvensen som alvorlig, blant annet fordi det kan føre til omdømmetap, fordi sektoren vil måtte bruke utdaterte koder, og at det ikke blir tilstrekkelig tid til å implementere endringene.⁹⁹ Videre peker direktoratet på at feil i kodeverkene som publiseres, kan føre til ineffektivitet fordi det vil gå mye tid til kvalitetssikring, og det vil få konsekvenser for kvaliteten på registerområdet og for nasjonal statistikk.

Spørreundersøkelsen viser at seks av ti kodekontrollører mener at informasjonen om endringer i regelverket ikke kommer tidnok. Samtidig er mer enn seks av ti enige i at informasjonen om endringer i regelverket er god nok. Direktoratet for e-helse har selv gjennomført en risikoanalyse hvor de vurderte prosessen rundt implementering av endringer, og har erkjent behovet for en bedre prosess med sektoren.

7.4 Kodeveilederen

Kodeveilederen gir grunnleggende informasjon om medisinsk koding. Veilederen gir innføring i hva medisinsk koding er, hva formålet med koding er, hovedprinsipper for valg av hovedtilstand og *andre tilstander*, og mer detaljert informasjon om oppbygning og prinsipper for bruk av hvert av de aktuelle kodeverkene. Ifølge direktoratet inneholder veilederen informasjon som alle som har med koding å gjøre, må ha kjennskap til. Særlig er god kjennskap til den grunnleggende informasjonen først i veilederen helt nødvendig for alle som utfører medisinsk koding.¹⁰⁰ Denne grunnleggende informasjonen utgjør fem sider.

96) De pasientadministrative systemene måtte tilrettelegges slik at det ville være mulig å registrere en prosedyre utført ved en radiologisk enhet med kode fra radiologikodeverket.

97) Sektoren fikk offisiell informasjon om endringene gjennom brev fra Helsedirektoratet, sendt i starten av november 2015, og gjennom informasjon på direktoratets hjemmesider i desember 2015.

98) *Fasesammendrag: Program for kodeverk og terminologi/informasjonsstruktur. Styringsdokument fase 2: planlegging*, s. 26. Helsedirektoratet, 2015.

99) *Risikoanalyse i forhold til dagens forvaltning av helsefaglige kodeverk*. Direktoratet for e-helse, 2016.

100) *Regelverk og veiledning i bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2016*. Direktoratet for e-helse, 2016.

Før den første kodeveilederen kom i 2010, var sektoren henvist til regelverk for ISF, hvor det sto noe informasjon om koding, og det var noe spredt informasjon på Helse- direktoratets hjemmesider. Kodeveilederen samlet og foredlet denne informasjonen.

Tabell 7 Svarfordeling på påstanden "Kodeveilederen til Helsedirektoratet gir god nok veiledning i medisinsk koding." i prosent.

	Helt/delvis enig	Verken enig eller uenig	Helt/delvis uenig	Ingen oppfatning	N
Ledere (unntatt klinikkledere)	41	22	31	7	74
Kodekontrollører	56	13	29	3	104
Leger (totalt)	22	25	23	30	901
Leger som er helt/enig de har god kjennskap til veilederen	35	24	21	21	487
Kodeansvarlige leger	29	25	36	11	73

Kilde: Spørreundersøkelser til leger, kodekontrollører og ledere

Kjennskapen til veilederen varierer, og veilederen brukes sjelden når legene er usikre på hvordan de skal kode. Den brukes imidlertid relativt hyppig av kodekontrollørene.

Meningene er delte om hvorvidt kodeveilederen gir god nok veiledning i medisinsk koding (se tabell 7). At mellom 21 og 36 prosent i de ulike gruppene i tabell 7 er uenige i påstanden om at veilederen gir god veiledning, indikerer at det er rom for forbedringer. De som mener veilederen ikke gir god nok veiledning, fikk i spørreundersøkelsen anledning til å beskrive på hvilken måte kodeveilederen kan forbedres. Innspillene handler oppsummert om følgende:

- Veilederen revideres for ofte, og det som er lov ett år, er ikke lov et annet.
- Den er for omfattende, komplisert og uoversiktlig.
- Den er ikke konkret nok, bør inneholde bedre og flere konkrete eksempler.
- Det er for mye rom for tolkninger og misforståelser.
- Den er tungvint å slå opp og søke i.

Direktoratet for E-helse (den gang Helsedirektoratet) vurderte i 2015 selv at det er risiko for at kodereglene ikke følges opp blant annet fordi reglene er for kompliserte. Det ble pekt på at dette kan gi ulik tolkning av reglene og ulik praksis, skape «kreativitet i handlingsrommet» til rapporterende enheter (helseforetak) og gi inkonsistente data.¹⁰¹

Også i internrevisjonen i 2011 ble kompleksiteten i regelverket tatt opp som et problem, og en anbefaling rettet mot nasjonale myndigheter var å «se på kompleksiteten i gjeldende regelverk».¹⁰² Ifølge Direktoratet for e-helse har det vært et mål at det ikke skal være avvik mellom kodeveilederen og kodereglene, som står i et eget kapittel i ISF-regelverket. I dette regelverket omtales spesielle koderegler på områder som har særskilt betydning for å beregne ISF. Et eksempel er koding av dialysebehandling. I kodeveilederen kan ikke Direktoratet for e-helse forenkle unntak og koderegler som er gitt i ISF-regelverket, og dette bidrar ifølge direktoratet til kompleksiteten i kodeveilederen.

101) Prosjektbeskrivelse for Helsedirektoratets tilbud til opplæring i medisinsk koding. Vurdering av behov og nye tiltak. Fase 1, s. 17. Helsedirektoratet, 2015.

102) Internrevisjonene i de regionale helseforetakene (2011) Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis. Hovedrapport.



Helsedirektoratets regelverk for innsatsstyrt finansiering (til venstre) og Direktoratet for e-helses regelverk og regelverk for kliniske kodeverk

Direktoratet for e-helse gjør ikke selv analyser av NPR-data som kan belyse variasjon og avdekke hvor det særlig er behov for mer veiledning overfor sektoren for å sikre mer ensartet koding. All kvalitetskontroll og statistiske analyser av NPR-data gjøres i Helsedirektoratet. Direktoratet for e-helse peker på at det er problematisk at de ikke har enkel tilgang til data, men må søke NPR om å få utlevert data gjennom Altinn. Kommentarer i spørreundersøkelsene viser at en del ønsker seg mer *konkretisering* og *eksemplifisering* i kodeveilederen. Avregningsutvalget, som blant annet skal gi Helsedirektoratet råd i spørsmål knyttet til medisinsk kodepraksis, har også etterlyst kriterier for bruk av koder, for eksempel i årsrapporten fra 2014: «Utvalget anbefaler at Helsedirektoratet tydeliggjør retningslinjer for koding av postoperativ anemi».¹⁰³

Kodeveilederen gir få kliniske eksempler på når det er riktig å rapportere helsehjelp knyttet til en diagnose. Direktoratet ser det ikke som hensiktsmessig å legge inn flere slike eksempler i kodeveilederen ettersom den allerede er et omfattende dokument, men viser til at de nye e-læringsmodulene vil inneholde eksempler på når man kan rapportere *andre tilstander*.

På spørsmål om hva Direktoratet for e-helse selv gjør for å sikre lik terskel for rapportering av *andre tilstander*, viser direktoratet til at regler for hva som skal registreres som *annen tilstand*, bestemmes av WHO.¹⁰⁴ Her er det noe tolkningsrom, som det er direktoratets ansvar å avklare. Ifølge E-helse er kravet til dokumentasjon i journal for å kunne rapportere *annen tilstand* til juridisk vurdering internt i Helsedirektoratet, som forvalter journalforskriften.

7.5 E-læringskurs og kodehjelpen

Helsedirektoratet omtalte i 2015 «manglende kompetanse for riktig registrering av kodet informasjon i fagsystem» som en hovedrisiko mot «overordnet mål om at det skal være tilstrekkelig høy kvalitet på registrert informasjon».¹⁰⁵

Direktoratet for e-helse forvalter et e-læringskurs i koding, som sist ble oppdatert i 2012. E-helse forvalter også en «selvtest» i koding, som sist ble oppdatert i 2013.¹⁰⁶

¹⁰³ Avregningsutvalget (2014) Avregningsutvalgets årsrapport 2014. Arbeid med Aktivitetsbasert finansiering for 2013, s. 21.

¹⁰⁴ WHO (2015) WHO ICD-10 International statistical Classification of Diseases and Related health problems 10. revision, volume 2 Instruction manual, fifth edition.

¹⁰⁵ Program for terminologi og kodeverk/informasjonsstruktur. Fasesammendrag Fase 2: Planlegge. Direktoratet for e-helse, 2016.

¹⁰⁶ Prosjektbeskrivelse for Helsedirektoratets tilbud til opplæring i medisinsk koding. Vurdering av behov og nye tiltak. Fase 1, s. 15-16. Helsedirektoratet, 2015

Dokumentanalysen viser at mange helseforetak baserer opplæringen av legene på dette e-læringskurset, gjerne sammen med en innføring i koding i turnuskandidatenes introduksjonsuke. Ifølge E-helse selv er deler av kurset utdatert.

Direktoratet for e-helse veileder også sektoren i medisinsk koding ved å besvare spørsmål om temaet gjennom den såkalte kodehjelpen. Spørreundersøkelsen viser at kodehjelpen er godt kjent blant kodekontrollører og kodeansvarlige leger, men mindre kjent blant leger som ikke er kodeansvarlige og ledere.

Helsedirektoratet omtalte i 2015 "manglende kompetanse for riktig registrering av kodet informasjon i fagsystem" som en hovedrisiko mot "overordnet mål om at det skal være tilstrekkelig høy kvalitet på registrert informasjon".¹⁰⁷

Tabell 8 Oversikt over reelle henvendelser til kodehjelp 2014 og 2015, Direktoratet for e-helse¹⁰⁸

	2014	2015
Antall reelle henvendelser	683	738
Median responstid (dager)	5,0	5,3
Andel med 0-30 dagers responstid	69 %	77 %
Andel med 31-90 dagers responstid	16 %	12 %
Andel med 91-180 dagers responstid	11 %	7 %
Andel med over 180 dagers responstid	3 %	4 %

Kilde: Direktoratet for e-helse

Tabell 8 viser at Direktoratet for e-helse (den gang Helsedirektoratet) besvarte henvendelser de fikk i 2014, noe raskere enn i 2015, og at antallet henvendelser økte. En av fire henvendelser hadde lenger enn 30 dagers svartid i 2015. En konsekvens av at spørsmål besvares sent, kan være at en spesifikk kodepraksis ved et sykehus som ikke er i tråd med regelverket, fortsetter over lengre tid uten at det blir korrigert. Det kan videre føre til feil i pasientstatistikken. Direktoratet for e-helse skriver selv i april 2016 at lang svartid på besvarelser gir lav forutsigbarhet for sektoren.¹⁰⁹

I intervju forteller kodekontrollører at de har måttet komme fram til enighet med kolleger på sykehuset dersom det tar lang tid å få svar fra direktoratet. Det har også hendt at praksisen de da har blitt enige om, ikke samsvarer med svaret som etter hvert kommer fra direktoratet.

Svarene på spørsmål til kodehjelpen sendes ikke ut til andre interessenter i sektoren, og svarene gjøres heller ikke tilgjengelig på direktoratets internettsider. Det er heller ikke mulig å abonnere på nyhetsbrev eller automatisk få melding dersom det kommer ny informasjon på relevante internettsider hos direktoratet. I spørreundersøkelsen svarer 9 av 10 kodekontrollører at de gjerne skulle hatt en spørsmål-og-svar-tjeneste på nettsiden til Direktoratet for e-helse.

107) Program for terminologi og kodeverk/informasjonsstruktur. Fasesammendrag Fase 2: Planlegging. Direktoratet for e-helse

108) Begrepet reelle henvendelser benyttes her. Dette fordi ikke alle henvendelser som åpnes er slike som skal besvares eller videreføres. Eksempler på slike er søppelpost, en del kopisaker fra Avdeling finansiering og DRG i Helsedirektoratet, eposter med takk for mottatt svar og saker som gjenåpnes av automatisk svarassistent i Outlook. Slike saker blir bare lukket uten videre behandling. Forskjell i antall åpne og lukkede henvendelser per kalenderår skyldes overliggende henvendelser fra ett år til neste.

109) Styringsdokumentasjon (BP3 og BP4) for forbedring av forvaltning kodeverk, s. 4. Direktoratet for e-helse, 2016.

7.6 Program for kodeverk og terminologi

Program for kodeverk og terminologi er en samling prosjekter og tiltak som blant annet skal sikre standardiserte kodeverk og terminologier. En forventet gevinst er bedre kvalitet på den medisinske kodingen.¹¹⁰ Noen av prosjektene er i en planleggingsfase, mens andre er gjennomført. Blant annet er følgende tiltak og prosjekter omfattet av programmet:

- sammenslåing av prosedyrekodeverkene
- oppdatering og videreutvikling av e-læringskurset
- forbedring av FinnKode
- utvikling av en abonnementsordning på nyheter om koding fra E-helse
- nye faglige referansegrupper for kodeverkene, som i større grad skal være forankret i sektoren enn det referansegruppene er i dag, fordi RHF-ene selv skal peke ut deltakere. Disse gruppene skal gi faglige råd ved den årlige revisjonen av kodeverkene og bidra med avklaringer og råd om terminologi og begreper. Mer involvering av fagmiljøene skal ifølge Direktoratet for e-helse sikre at kodeverkene er relevante og brukervennlige.¹¹¹

Felles for disse tiltakene er at de ikke er ferdig innført per i dag.

110) Direktoratet for e-helse (2016): *Program for kodeverk og terminologi*. <https://ehelse.no/nasjonale-prosjekter/program-for-kodeverk-og-terminologi>, lesedato: 10. oktober 2016.

111) *Høring – Mandat faglige referansegrupper for nasjonale helsefaglige kodeverk*. Direktoratet for e-helse, 2016.

8 Hvordan bidrar Helsedirektoratet til god kodekvalitet?

Helsedirektoratet forvalter regelverk for ISF og Norsk pasientregister (NPR), som er den sentrale kilden for styringsdata om spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet skal sørge for at helseopplysninger som innsamles og behandles i Norsk pasientregister, er korrekte, relevante og nødvendige for det formålet de samles inn for, som er å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester. Dataene brukes imidlertid også til blant annet nasjonal og internasjonal statistikk, forskning, kvalitetsindikatorer mv.

8.1 Helsedirektoratets kontroll av data

Helseforetakene rapporterer aktivitetsdata, inkludert tilstands- og prosedyrekoder, til NPR hvert tertial. NPR kontrollerer de innrapporterte dataene gjennom å kjøre 153 kontroller, som angir for hvilke sykehusopphold det kan være feil i rapporteringen, for eksempel:

- opphold med mer enn 20 registrerte tilstandskoder eller prosedyrekoder
- opphold med ugyldige eller utgåtte tilstands- eller prosedyrekoder

Helseforetakene får resultatene av kontrollene i retur og skal så rette opp eventuelle feil før endelige data publiseres. Kontrollene sikrer imidlertid ikke at aktivitetsdata som rapporteres fra helseforetakene, forteller en presis og riktig historie om pasientene sykehuset behandler. En del feilkoding, for eksempel i valg av hovedtilstand eller om *andre tilstander* er godt nok dokumentert, er vanskelig å kontrollere teknisk, og vil kreve journalgjennomgang. Den tekniske kontrollen ville dessuten ikke plukket ut noen av de 600 oppholdene som ble gjennomgått i koderevisjonen basert på spørringen som identifiserer opphold med mer enn 20 tilstands- eller prosedyrekoder.¹¹² Samtidig strøk fagrevisorene 37 prosent av *andre tilstander* som var rapportert for pasientene med lungebetennelse, og 58 prosent for hofteprotesepasientene.

Når kontrollene avdekker problemstillinger knyttet til medisinsk koding, oversendes saken i de fleste tilfeller til Avregningsutvalget. Avregningsutvalget gjør ytterligere analyser av pasientdata for å belyse de konkrete sakene og henvender seg til helseforetakene for å få forklaringer på hvorfor tallene er som de er. I alle saker hvor det konkluderes med at feil koding har påvirket grunnlaget for ISF-beregninger i vesentlig grad, blir det korrigert i endelig ISF-avregning. Hvis det avdekkes uklarheter eller mangler i ISF-regelverket av vesentlig betydning, hender det at Helsedirektoratet sender brev til de regionale helseforetakene (RHF-ene) for å begrense omfanget av feil koding i inneværende år. Slike brev med presisering av regelverket blir i tillegg publisert på Helsedirektoratets hjemmesider.¹¹³

Alle saker som avdekkes av kontrollene, og som Helsedirektoratet prioriterer å følge opp, følges opp med analyser påfølgende år for å vurdere om tiltak som avregning eller endringer i regelverket har hatt effekt.

112) Maksimalt antall koder blant de 600 oppholdene i koderevisjonen var 16 for tilstands-koder, 18 for medisinske prosedyrekoder og 15 for kirurgiske prosedyrekoder. Svært få opphold hadde så mange koder.

113) Helsedirektoratet sendte ut ni slike brev med presiseringer i 2016 og fire i 2015. De ligger tilgjengelig her: <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf#helsedirektoratets-uttalelser-om-regelverket-m.m.>

Avregningsutvalgets arbeid er med andre ord et virkemiddel Helsedirektoratet har for å legge til rette for bedre koding, både gjennom utvalgets kontakt med helseforetak som mottar henvendelser om mulig feilpraktisering av regelverket, og ved at utvalget gir innspill til kodeverkene.

I tillegg til kontrollene som gjøres for å sikre riktige utbetalinger til RHF-ene, gjøres det, ifølge Helsedirektoratet, egne kontrollhandlinger når data fra NPR brukes til analyser, til beregning av kvalitetsindikatorer og til forvaltning av ISF-ordningen.

Videre gjennomfører NPR såkalte dokumentkontroller. De sammenligner da de innsendte opplysningene med avsenderens dokumentasjon, for eksempel pasientjournal og sykepleierapporter, på samme måte som det er gjort i denne undersøkelsen. Slike kontroller er utført syv ganger i perioden 2008–2015.

8.2 Bruk av statistikk i klinikken

Ved å gjøre aktivitetsdata tilgjengelig på internett, legger Helsedirektoratet til rette for at helseforetakene skal kunne sammenligne egen aktivitet med andre foretak. Gjennom prosjektet «klinisk relevante tilbakemeldinger» er det imidlertid avdekket behov for et mer detaljert og presist nivå for bruk av aktivitetsdata i klinikken helt ned på avdelingsnivå.¹¹⁴ Dette prosjektet skal etter formålet dekke dette behovet ved å gjøre det enklere å bruke NPR-data for å følge egen enhets utvikling over tid, sammenligne egen praksis med andre og kvalitetssikre og videreutvikle tjenestene. Ved å gjøre data mer tilgjengelige forventer Helsedirektoratet å avdekke varierende praksis og ressursbruk, og stimulere til bedre kodekvalitet ved å avdekke feil.¹¹⁵

I publiseringsløsningen kan brukeren få rapporter fordelt på fire ulike tema: pasienten, behandlingen, resultater og forløp. Løsningen er tilpasset de ulike fagområdene og med ulike valg av diagnosegrupper og prosedyrer, og man kan sammenligne ulike regioner og enheter.¹¹⁶

Da behovet for klinisk relevant tilbakemelding ble utredet, ble det ytre ønske om større åpenhet rundt hva som skjer med dataene hos NPR, inkludert oversikt over hvilke data som mangler etter gjennomførte feilsjekker.¹¹⁷ Dette ønsket planlegger direktoratet å etterkomme gjennom å gi helseforetakene mer informasjon om mangler og feil som avdekkes i kvalitetssikringsprosessen fram mot produksjonen av nasjonale tall.

Som en del av prosjektet har Helsedirektoratet utviklet 20 kvalitetsindikatorer for medisinsk koding¹¹⁸. Eksempler på slike indikatorer er

- gjennomsnittlig antall ICD-10-koder som er rapportert per opphold for behandlingsstedet
- andel av tilstander, henholdsvis prosedyrer, som inneholder ugyldige koder
- andel av opphold som har en uspesifikk kode som kode for hovedtilstand

Helsedirektoratet utarbeider statistikk basert på indikatorene, men statistikken er så langt ikke offentlig publisert eller gjort tilgjengelig for foretakene.

114) *Klinisk relevant tilbakemelding fra Norsk pasientregister*. Forprosjekt. Helsedirektoratet, 2014.

115) *Klinisk relevant tilbakemelding fra Norsk pasientregister oppsummert juni 2015*. Helsedirektoratet, 2015.

116) *Klinisk relevant tilbakemelding fra Norsk pasientregister oppsummert juni 2015*. Helsedirektoratet, 2015.

117) *Klinisk relevant tilbakemelding fra Norsk pasientregister*. Forprosjekt, s. 7. Helsedirektoratet, 2014.

118) *Kvalitetsindikatorer for medisinsk koding i NPR-data*. Versjon 13. Notat sendt Direktoratet for e-helse til Helsedirektoratet 11. juli 2016. Direktoratet for e-helse, 2016.

Direktoratet påpeker selv at indikatorene for kodekvalitet ikke avdekker om riktig tilstand er valgt som hovedtilstand, eller om det er for få eller for mange tilstander som er tatt med som *andre tilstander*.¹¹⁹ For å avdekke dette må det gjennomføres en koderevisjon, slik det er gjort i denne revisjonen.

8.3 Oppfølging av anbefalingen å skille epikrise fra koder

Medisinske koder som brukes i spesialisthelsetjenesten, er ikke relevant informasjon i det videre behandlingsforløpet av pasienter for andre deler av helsetjenesten eller fastlegen. Likevel står det i epikrisemalen fra 2002 at epikriser *skal* inneholde tilstands- og prosedyrekoder.¹²⁰ I dag må en lege derfor i dagens epikrisemal legge inn medisinske koder for å kunne fullføre epikrisen. Det er et mål at epikrisen skal følge pasienten.¹²¹ Det betyr at epikrisen skal være klar ved utskrivning – eventuelt bør den sendes ut innen en uke.

Om kodingen skal skilles fra epikrisen, har de siste årene vært drøftet i ulike fagmiljøer og fora både regionalt og nasjonalt.¹²² Internrevisjonen i 2011 anbefalte nasjonale myndigheter å vurdere å ta ut koder fra epikrisene fordi dette kunne gi mindre tidspress rundt kodingen og dermed mindre risiko for feil.

Helse Sør-Øst RHF mener at å innføre et tydelig skille mellom klinisk diagnosesetting og koding til statistiske formål er et viktig kvalitetstiltak.¹²³ RHF-et viser til at de flere ganger har tatt initiativ til å skille koder fra epikrisen, blant annet gjennom et forslag de sendte til Helsedirektoratet om ny epikrisemal uten medisinske koder i 2012. Helse Sør-Øst RHF har aldri fått tilbakemelding på forslaget.

Ingen nasjonale myndigheter har gjort noe med anbefalingen om å skille epikriser og koding. Ifølge Direktoratet for e-helse bør ansvaret ligge hos divisjon for spesialisthelsetjenester i Helsedirektoratet. Direktoratet for e-helse skriver at ansvaret vil bli adressert i et av samarbeidsmøtene som gjennomføres. Helsedirektoratet viser på sin side til at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har gitt direktoratet i oppdrag å lage ny epikriseveileder, men at de vil ta opp igjen dialogen med departementet om en slik veileder.

119) *Klinisk relevant tilbakemelding fra Norsk pasientregister*. Forprosjekt, s. 17. Helsedirektoratet, 2014.

120) *Medisinsk-faglig innhold i epikriser – «Den gode epikrise»*. Helsedirektoratet, 2002.

121) Helsenorge.no, [https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/tilbakemelding-\(epikrise\)-sendt-innen-syv-dager](https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/tilbakemelding-(epikrise)-sendt-innen-syv-dager)

122) Brev til Riksrevisjonen fra Helse Sør-Øst RHF, s. 3.

123) Helse Sør-Øst RHF (2011) *Styresak nr. 081/2011: Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene – resultat og oppfølging*.

9 Vurderinger

9.1 Det er svak kvalitet på den medisinske kodingen

Helseforetakene har ansvar for å sende inn opplysninger som er korrekte og relevante for den behandlingen pasienten har fått under det aktuelle oppholdet til Norsk pasientregister (NPR). Alle tilstander som rapporteres, skal ha hatt en reell betydning for helsehjelpen som er gitt under oppholdet og være dokumentert i journalen. Undersøkelsen viser at for de 600 undersøkte oppholdene er det for store avvik mellom medisinske koder for tilstander som er rapportert til NPR og informasjonen i pasientjournalene. Dette svekker kvaliteten på pasientstatistikken.

Et viktig formål med medisinsk koding er å få oversikt over sykdommer i befolkningen, og hvordan forekomsten av sykdommer varierer med sted og tid. Videre danner kodene grunnlag for administrasjon, finansiering, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester i hele beslutningskjeden, fra Helse- og omsorgsdepartementet og ned til de ulike avdelingene ved sykehusene.

Helseforetakene skal kode og rapportere *hovedtilstand* og eventuelt *andre tilstander* til NPR etter et sykehusopphold. Byggesteinene i kodeverket er enkeltkoder på tre tegn som blant annet brukes internasjonalt når man sammenligner forekomst av sykdommer. De fleste kodene er også underinndelt med et fjerde tegn. Feil på første- og andretegnsnivå vil i de aller fleste tilfeller føre til endringer i DRG-grupperingen som brukes til å finansiere helseforetakene (jf. kapittel 9.2). Ofte vil også feil på tredjetegnsnivå føre til slike endringer. Videre fører slike feil til en «feil fortelling» i nasjonal statistikk i spørsmålet om hvilken tilstand helsehjelpen primært har vært rettet mot under oppholdet. Feil på fjerdetegnsnivå er mindre alvorlig for pasientstatistikken og påvirker sjelden DRG-grupperingen.

Undersøkelsen viser at 16 prosent av pasientene med lungebetennelse får en helt ny hovedtilstand etter koderevisjonen. Dette betyr at journaldokumentasjonen beskriver en helt annen klinisk tilstand enn lungebetennelse som hovedtilstand. Tilsvarende får fem prosent av pasientene med innsetting av hofteprotese en helt ny hovedtilstand etter koderevisjonen.

Videre får 25 prosent av pasientene med lungebetennelse endret hovedtilstand på tredjetegnsnivå. Journaldokumentasjonen viser at det er lungebetennelse som er hovedtilstand, men koden som er brukt gir feil bilde av *årsaken* til pasientens lungebetennelse, for eksempel om den skyldes bakterie eller virus. Koderevisjonen har ikke avdekket feil på tredjetegnsnivå på hofteprotesepasienter.

I tillegg viser undersøkelsen at for 14 prosent av hofteprotesepasientene er hovedtilstanden kodet feil på fjerdetegnsnivå. Dette betyr at det ikke blir rapportert i henhold til regelverket og det medfører en mindre presis beskrivelse av hovedtilstanden i pasientstatistikken enn det journaldokumentasjonen gir grunnlag for.

Legen som koder, gjør også en skjønnsmessig vurdering av om det er *andre tilstander* enn hovedtilstanden som har blitt behandlet eller på en annen måte har hatt betydning for oppholdet. Den skjønnsmessige vurderingen av tilstander som rapporteres til NPR skal dokumenteres i journalen. Tilstander som relaterer seg til tidligere eller kroniske sykdommer, og som ikke har innvirkning på den aktuelle behandlingen, skal ikke tas med i rapporteringen til NPR. Alle helseforetakene i undersøkelsen rapporterer *andre*

tilstander til NPR som det ikke er grunnlag for i journalen. Dette omfatter 58 prosent av *andre tilstander* hos hofteprotesepasientene og 37 prosent hos pasientene med lungebetennelse. Noen av disse tilstandene kan ha hatt betydning for helsehjelpen som er gitt under oppholdet, men legens vurdering er ikke godt nok dokumentert i journalen til at det er grunnlag for å rapportere disse. Disse oppholdene framstår dermed som mer kompliserte i nasjonal statistikk enn det som er dokumentert i journalen.

For en del opphold er derimot situasjonen omvendt ved at det er grunnlag i journalen for å rapportere flere *andre tilstander*. Disse framstår følgelig som mindre kompliserte i nasjonal statistikk enn det som er dokumentert i journalen. Både underrapportering og overrapportering av *andre tilstander* til NPR har konsekvenser for pasientstatistikken og dermed også for styring og finansiering i spesialisthelsetjenesten. I utvalget er det imidlertid mindre vanlig å underrapportere enn å overrapportere.

Kodekvaliteten varierer mellom avdelingene. For de undersøkte oppholdene med lungebetennelse rapporterte 3 av 10 avdelinger feil hovedtilstand for mer enn halvparten av oppholdene. Medisinsk avdeling ved Stavanger universitetssykehus rapporterte imidlertid 80 prosent av oppholdene med riktig hovedtilstand. Dette viser at noen avdelinger lykkes bedre enn andre i å få god kodepraksis.

I noen avdelinger mangler det grunnlag i journalen for 70 prosent av *andre tilstander* som er rapportert til NPR, mens det i andre avdelinger mangler grunnlag for mindre enn 20 prosent. Undersøkelsen viser at det er en tendens til at de avdelingene som rapporterer mange *andre tilstander* til NPR, er de samme som har en stor andel *andre tilstander* som det ikke er grunnlag i journalen for å rapportere. Dette innebærer at nasjonal statistikk i NPR gir inntrykk av at det er større forskjeller mellom de avdelingene har rapportert inn av *andre tilstander*, enn det som går fram av informasjonen i journalene.

For mange av de 600 undersøkte oppholdene er det ikke samsvar mellom kodene helseforetakene har rapportert til NPR, og informasjonen i pasientjournalene. Etter revisjonens vurdering er det for svak kvalitet på de medisinske kodene som helseforetakene har ansvar for å rapportere til NPR. Tidligere undersøkelser gjennomført av Riksrevisjonen viser også at helseforetakene ikke har god nok kodekvalitet. Utvalget i denne koderevisjonen er begrenset og gir isolert sett ikke grunnlag for å kunne trekke generelle konklusjoner om kodekvaliteten ved helseforetakene, men undersøkelsen tar utgangspunkt i pasientgrupper som blir undersøkt og behandlet på de fleste sykehus. Når undersøkelsen i tillegg viser at internkontrollen er svak (jf. kapittel 9.3), er det grunn til å anta at kodekvaliteten er svak også på andre sykehus og for andre pasientgrupper.

9.2 Svak kodekvalitet har negative konsekvenser for styring og finansiering av spesialisthelsetjenesten

Aktører både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå bruker data fra de medisinske kodene i et stort og økende omfang – enten informasjon hentet direkte fra kodeverkene eller indirekte gjennom informasjon fra DRG-systemet. Det er derfor viktig at vurderinger og beslutninger som tas på bakgrunn av fastsatte koder, er basert på riktige premisser.

Helse- og omsorgsdepartementet bruker antall DRG-poeng som et mål på aktivitet og til å finansiere helseforetakene gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF). ISF-tilskuddet utgjør om lag 30 mrd. kroner, og ordningens viktigste formål er å støtte sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene og stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling. Utbetalingene gjennom ISF-systemet skal avspeile reell behandlingsaktivitet, og dette forutsetter god kvalitet på den medisinske kodingen.

Omtrent hvert fjerde undersøkte opphold ble endret til en ny DRG da oppholdene ble gruppert på nytt i DRG-systemet etter koderevisjonen. Dette har betydning for ISF-refusjonen. Et flertall av avdelingene fikk en samlet reduksjon i antall DRG-poeng for de undersøkte oppholdene etter koderevisjonen. Dette skyldes at flertallet av oppholdene ble regruppet fra en komplisert DRG til en ukomplisert DRG. Et opphold i en komplisert DRG gir høyere refusjon fra staten enn et opphold i en ukomplisert DRG. Noen få avdelinger fikk en samlet økning i antall DRG-poeng. Dette er like alvorlig for utbetalingsgrunnlaget i ISF-ordningen som en reduksjon. Begge deler gir uttrykk for at primærkodingen ikke er i samsvar med journaldokumentasjonen, noe som i mange tilfeller medfører at heller ikke refusjonen er i samsvar med den helsehjelpen som ble gitt under oppholdet.

Undersøkelsen viser at helseforetakene bruker antall DRG-poeng som et mål på aktivitet i de kliniske enhetene. De fleste helseforetakene viderefordeler også ISF-refusjonen til de kliniske enhetene. Dette gjør at de fleste klinikkene og mange avdelinger delvis finansieres av hvor mange DRG-poeng de genererer, selv om Helsedirektoratet mener at DRG-systemet ikke er robust nok til å bli brukt til dette formålet. Undersøkelsen viser at varierende og svak kodekvalitet vil kunne påvirke grunnlaget for riktig og rettferdig fordeling lokalt. Undersøkelsen gir imidlertid ikke grunnlag for å vurdere om den samlede utbetalingen gjennom ISF-ordningen er korrekt.

Svak kodekvalitet vil gi styringsinformasjon som gjør det vanskelig å vurdere hvor stor del av en aktivitetsendring som er reell, og hvor stor del av aktivitetsendringen som skyldes endringer i kodepraksis. Bedre kodekvalitet vil derfor gi ledelsen på alle nivåer i helseforetakene et bedre grunnlag for å vurdere pasientaktiviteten ved foretakets kliniske enheter. En rekke beslutninger som påvirker driften i helseforetakene, tas på bakgrunn av informasjon fra DRG-systemet. Dersom helseforetakene etablerer systemer som sikrer god kodekvalitet og dermed et bedre beslutningsgrunnlag, kan de oppnå bedre kostnadskontroll og ressursutnyttelse.

Gode og ensartede data om blant annet aktivitet og ventetider er en forutsetning for at de regionale helseforetakene skal kunne vurdere i hvilken grad de ivaretar sørge-for-ansvaret. De regionale helseforetakene bruker statistikk basert på koding til å analysere forbruksmønstre, tilgjengelighet, variasjon i tilbud og praksis og kvalitet i egen helseregion. Data brukes også av de regionale helseforetakene for å planlegge og følge opp funksjonsfordelingen mellom helseforetakene, utarbeide prosjekter/strategier og regionale planer, og for å beregne behovet for helsepersonell. Undersøkelsen avdekker at det er uensartet kodepraksis, noe som viser et behov for

at de regionale helseforetakene i større grad må være pådrivere for å sikre ensartet og god medisinsk koding for helseforetakene i sin region. De regionale helseforetakene kan dermed få et bedre grunnlag for å beregne behovet og å planlegge tilbudet og funksjonsfordelingen innad i regionen.

Helse- og omsorgsdepartementet bruker informasjon fra medisinske koder for å planlegge spesialisthelsetjenesten og til å vurdere om mål for helsetjenesten nås. Dette gjøres blant annet gjennom de 73 nasjonale kvalitetsindikatorene som er basert på informasjon fra de medisinske kodene. Disse skal være et hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten. Andre sentrale kunnskapsleverandører til helsesektoren, som Folkehelseinstituttet, Statistisk sentralbyrå og forskningsmiljøer, bruker også data fra NPR basert på medisinske koder.

Svak kodekvalitet kan bidra til å redusere tilliten til at pasientstatistikken kan brukes som grunnlag for planlegging, styring, oppfølging og evaluering av helsetjenestene lokalt, regionalt og nasjonalt. Videre begrenses muligheten til å bruke pasientstatistikken til medisinsk forskning. Undersøkelsen viser at det derfor er viktig at alle aktører med ansvar for medisinsk koding bidrar til å sikre god kvalitet på statistikken.

9.3 Helseforetakene følger ikke godt nok opp kodekvaliteten for å sikre god pasientstatistikk

Det er styret og ledelsen som har ansvar for å etablere systemer som bidrar til god kodekvalitet. Selv om helseforetakene har gjennomført en del tiltak de siste årene for å bedre kodekvaliteten, viser undersøkelsen at mange foretak fortsatt har svak styring av kodearbeidet.

Gjennom undersøkelsen er det identifisert tre faktorer som i stor grad påvirker kodekvaliteten:

- om legene har kunnskap om medisinsk koding
- om helseforetakene har en god kvalitetssikring av kodene legene setter
- om avdelingen og helseforetaket har en tydelig ledelse som bidrar til gode holdninger til koding hos de ansatte, og som legger til rette for god koding i praksis.

9.3.1 Mangel på kunnskap om koding er en viktig årsak til svak kodekvalitet

Ledelsen i helseforetakene har ansvar for å sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgaven med medisinsk koding. Undersøkelsen viser at mange leger – både nyutdannede og mer erfarne – har ikke god nok kunnskap om grunnleggende prinsipper i medisinsk koding. I tillegg har mange for lite kunnskap om kravene som stilles til dokumentasjon i journalen for å kunne rapportere tilstanden til NPR.

En kombinasjon av ulike virkemidler gjør at enkelte helseforetak og avdelinger synes å ha lyktes bedre enn andre med å gi legene kunnskap om koding og holde denne kunnskapen ved like. Det er særlig viktig at legene får *både* kursing, individuell oppfølging og begrunnede tilbakemeldinger på egen koding og en opplevelse av at kodingen er relevant for dem. Dette er imidlertid ikke vanlig ved de fleste sykehus. Bare 22 prosent av legene oppgir i spørreundersøkelsen å ha fått kunnskap om koding gjennom både kursing, individuell veiledning og gjennom tilbakemelding på egen koding.

De fleste helseforetakene opplyser at de tilbyr, eller stiller krav til opplæring i koding. Spørreundersøkelsen viser likevel at hver tredje lege har ikke fått kunnskap om koding

gjennom kurs. De fleste av disse har heller ikke fått et slikt tilbud. Samlet sett tyder undersøkelsen på at helseforetakene har et mangelfullt tilbud om kurs i medisinsk koding. En grunn til dette er at opplæringen i mange helseforetak er typisk rettet mot turnusleger og eventuelt nyansatte leger.

Videre er det mange leger som får lite påfyll av kunnskap om koding utover eventuelle kurs i starten av karrieren. Spørreundersøkelsen viser at halvparten av legene får enten ingen individuelle tilbakemeldinger på sin koding, eller de får ubegrunnede tilbakemeldinger som er lite egnet til læring. Videre oppgir de fleste legene at koding sjelden er tema på møter. Opplæring i form av kurs som ikke følges opp løpende i ettertid, gjør at kunnskapen om koding kan bli glemt eller utdatert.

Undersøkelsen viser også at mange leger ikke skiller mellom det å stille diagnose og det å sette en kode. Kodeteksten fra kodeverkene er utarbeidet for å beskrive innholdet i den aktuelle statistiske kategorien, ikke for å beskrive den aktuelle pasientens helseproblem. Leger som ikke har klart for seg at kodeteksten har et annet formål enn å gi en presis beskrivelse av en diagnose, vil i større grad kunne oppleve kodeverkene som lite meningsfulle og koding som lite relevant. Det er derfor viktig at helseforetakene gjør det tydelig at legene må skille mellom det å beskrive en diagnose med sine egne, presise ord og det å oversette diagnosen til en kode med tilhørende kodetekst.

Samlet viser undersøkelsen at kursingen og den løpende opplæringen ikke er god nok og i for liten grad er innrettet etter behovene for kodekunnskap. Et sentralt tiltak for å forbedre kodekvaliteten i helseforetakene er å øke kunnskapen om koding hos de involverte aktørene. Legene, kodekontrollørene og lederne er alle enige i at dette er det viktigste tiltaket, viser undersøkelsen. Undersøkelsen viser at også erfarne leger må sikres god og oppdatert kunnskap om koding, slik at de både kan kode riktig og veilede mindre erfarne kolleger i riktig koding.

9.3.2 Kvalitetssikringen er ikke godt nok innrettet for å sikre god pasientstatistikk

Kvalitetssikring av koder innebærer at noen kontrollerer at det er grunnlag i journalen for kodene som legen har lagt inn i epikrisen, og at alle relevante tilstander er rapportert. Resultatene i koderevisjonen viser at det er mange feil som ikke identifiseres og endres gjennom kvalitetssikringen, og dette indikerer at kvalitetssikringen ikke er innrettet slik at den oppfyller formålet sitt.

Alle helseforetakene har kodekontrollører i stab som gjennomfører datastyrte kontroller av den medisinske kodingen. Disse kontrollene har som formål å kvalitetssikre rapporteringen til NPR. Gjennom datastyrte eller automatiserte kontroller identifiseres en del opphold hvor det kan være risiko for at kodingen ikke er i samsvar med regelverket. Det kontrolleres blant annet for manglende eller ufullstendig koding og ulogiske sammenhenger. Videre identifiseres opphold hvor det er risiko for at helseforetaket ikke oppnår rettmessige inntekter. De datastyrte kontrollene er imidlertid ikke innrettet for å kunne identifisere mange av de feilene som ble funnet i koderevisjonen. For å avdekke mange av disse feilene kreves det at kodekontrollørene undersøker om det er samsvar mellom kodene som er fastsatt og dokumentasjonen i pasientjournalen. For å fange opp slike feil er helseforetakene avhengig av kompetansen til de som kvalitetssikrer kodingen i avdelingene.

I koderevisjonen ble det funnet mange koder for *andre tilstander* som det ikke var grunnlag for i journalen. Dette kan skyldes at kvalitetssikringen i mange avdelinger er mer innrettet mot å sikre helseforetakene rettmessige inntekter enn å sikre korrekt pasientstatistikk. Andre årsaker kan være at alle opphold ikke blir kvalitetssikret og at det er usikkerhet om hvilke krav som stilles til dokumentasjon i journalen for å kode.

Kodekontrollen i avdelingene gjennomføres av kodekontrollører, eventuelt i samarbeid med kodeansvarlige leger. Både leger og kodekontrollører opplever at det er viktig at kodeansvarlig lege er involvert i tilbakemeldinger på koding til legegruppen. Dette skyldes at de kodeansvarlige legene har en faglig tyngde gjennom sin kjennskap til det kliniske som de merkantile kontrollørene ikke har. Kirurgisk og medisinsk avdeling ved Stavanger universitetssykehus er eksempler på avdelinger hvor både kodeansvarlige leger og kodekontrollører bidrar til kunnskapsoverføring til andre leger og de oppnår gode resultater i koderevisjonen.

Pasientstatistikk basert på koder blir mye brukt både til styring og finansiering av spesialisthelsetjenesten. Samlet sett er kvalitetssikringen av kodingen ved helseforetakene ikke godt nok innrettet for å sikre god kodekvalitet. Dette forsterkes av at heller ikke Helsedirektoratets datastyrte kontroller av kodingen har muligheter for å avdekke mange av de typene feil som ble funnet i koderevisjonen.

9.3.3 Helseforetakene har for lite styring og oppfølging av kodekvaliteten

Alle helseforetakene har et mål om å kode korrekt, men undersøkelsen viser at helseforetakene ikke har utviklet konkrete og realistiske mål for kodekvaliteten som gir ledere noe å strekke seg etter, for eksempel et mål om en positiv utvikling i andel korrekte koder. Ledere som har ansvar for kodekvaliteten for sin enhet, har derfor ikke noe konkret krav om kvalitet å styre mot når de skal organisere arbeidet med kodingen. Det kan gjøre det vanskelig for en leder å prioritere arbeidet med kodekvalitet. Det generelle inntrykket fra revisjonen er at helseforetakene heller ikke på en systematisk måte har vurdert hvor i kodeprosessen det er størst risiko for å gjøre feil. Dette gjør det også vanskelig å sette inn målrettede tiltak som kan sikre god kodekvalitet.

Ledelsen har et overordnet ansvar for å overvåke om kodekvaliteten er god nok. Med få unntak måler ikke helseforetakene utviklingen i kodekvaliteten over tid. Det finnes imidlertid eksempler på ledere som hver måned får tilbakemelding på omfang og årsaker til endringer som skjer som følge av kvalitetssikringen. På den måten kan de kliniske enhetene innrette kontrollen av den medisinske kodingen mer presist mot feilene som avdekkes.

De fleste helseforetakene har utviklet felles overordnede prosedyrer for koding. Dette kan bidra å sikre lik og hensiktsmessig praksis mellom avdelingene i hvert enkelt helseforetak. Mange av prosedyrene varierer imidlertid i kvalitet og innhold. Få prosedyrer stiller krav til hvordan avdelinger og klinikker skal ivareta ansvaret for kodingen, noe som gir stor frihet til lavere nivåer for styringen av kodearbeidet. Det er i tillegg få skriftlige prosedyrer på avdelingsnivå. Avdelingsledelsens frihet til å styre og organisere kodearbeidet kan gi en risiko for at kodekvaliteten i stor grad blir avhengig av avdelingsledelsens kompetanse, interesse, motivasjon og holdninger til koding.

Styring og ledelse uten skriftlige prosedyrer gir risiko for ulik kodepraksis og sårbarhet ved endringer i ledelse og ressursituasjonen. Skriftlige rutiner for medisinsk koding kan bidra til at aktørene tydeligere oppfatter sitt ansvar og sine roller og oppgaver knyttet til koding.

Tydelig ledelse kan kompensere for svake skriftlige rutiner og styringssystemer. Undersøkelsen viser at en tydelig ledelse som er opptatt av korrekt koding er minst like viktig som skriftlige rutiner og styringssystemer. Det er viktig for kodekvaliteten at ledelsen har kompetanse, interesse og motivasjon for medisinsk koding. Ledelse som gir tydelige signaler om at korrekt koding er viktig, også for andre formål enn bare å sikre inntekter til foretaket, bidrar til god kodekvalitet. Det er også viktig at ledelsen legger til rette for å gi legene god kodekunnskap og sørger for god kvalitetssikring. Dette fører igjen til holdninger blant de ansatte som kan fremme god kodekvalitet.

Kirurgisk og medisinsk avdeling ved Stavanger universitetssykehus er eksempler på involvert og tydelig ledelse av kodearbeidet. Ved disse avdelingene har ledelsen satt av ressurser til opplæring og kvalitetssikring av kodingen og sentrale aktører jobber for en positiv holdning til kodingen.

Undersøkelsen viser at ledere bruker pasientstatistikk basert på de medisinske kodene til å planlegge og styre den kliniske virksomheten. Ledere bruker derfor i stor grad data fra medisinsk koding primært til andre formål enn å sikre avdelingenes inntekter. Få ledere presenterer denne statistikken for legene. Dette kan være en mulig forklaring til at mange leger oppfatter at ledelsen i større grad er opptatt av å sikre sykehusets inntekter enn betydningen kodene har for pasientstatistikk, styring og forskning. Undersøkelsen viser derfor et potensial for at legene kan få større eierskap til den medisinske kodingen om de får et større innblikk i det store bruksområdet kodene har, utover å finansiere helseforetakene.

Samlet sett, viser undersøkelsen at helseforetakene har for lite styring og oppfølging av kodekvaliteten. For å oppnå god internkontroll og risikostyring av kodekvaliteten er det viktig å finne fram til svakheter i kontrollmiljøet og sette i verk relevante tiltak.

9.4 Direktoratet for e-helses veiledning og verktøy støtter ikke godt nok opp under helseforetakenes kodearbeid

Direktoratet for e-helse har ansvar for å forvalte de helsefaglige kodeverkene. Dette omfatter revisjon av kodeverkene og at sektoren får veiledning i hvordan de skal praktisere regelverket for medisinsk koding.

Direktoratet har flere virkemidler og verktøy for å veilede sektoren i praktisering av kodereglene, blant annet søkeverktøyet FinnKode, en veileder i kodeverk, et e-læringskurs og spørsmål-og-svartjenesten kodehjelpen. FinnKode er det mest brukte av verktøyene både blant legene og kodekontrollørene. Et stort flertall av dem mener at FinnKode gjør det enkelt å finne fram til riktig kode og er raskt å søke i. Kodeveilederen brukes hyppig av kodekontrollørene, men sjelden av legene når de er usikre på hvordan de skal kode. Legenes kjennskap til kodeveilederen varierer også.

Undersøkelsen viser at det er svakheter både ved FinnKode og e-læringskurset i koding. FinnKode dekker ikke dagens funksjonelle og tekniske behov, blant annet fordi søkeverktøyet ikke har en god nok synonymfunksjon, og fordi det ikke er tilpasset små skjermer eller tilgjengelig via app. E-læringskurset er ikke oppdatert etter 2012 og er delvis utdatert. Siden sektoren har behov for både et søkeverktøy og læringsmateriell, er det etter revisjonens vurdering viktig at Direktoratet for e-helse utvikler og vedlikeholder gode verktøy. Dette vil kunne bidra til å heve legenes kunnskap og motivasjon for koding.

Direktoratet for e-helse har ansvar for å informere sektoren om regelverksendringer i tide. I 2015 kom informasjonen om de store endringene i regelverket for 2016 for sent til at en del endringer kunne legges inn i helseforetakenes datasystemer. Det er nødvendig at direktoratet sikrer at informasjonen kommer ut til rett tid, og at dette er knyttet til en dokumentert, tydelig og åpen prosess med faste tidspunkter for informasjon. Dette vil skape forutsigbarhet for helseforetakene når de skal planlegge hvordan endringene skal innføres i organisasjonen.

Undersøkelsen viser at det er ulike oppfatninger og praksis i avdelingene om når *andre tilstander* skal rapporteres til NPR, eller ikke. Dette viser at Direktoratet for e-helse bør avklare hvor tersklene for koding av *andre tilstander* bør ligge. Det er også viktig at Direktoratet for e-helse i større grad involverer fagmiljøene i arbeidet med å avklare når det er riktig å rapportere *andre tilstander* til NPR enn i dag. En bedre forankring i fagmiljøene kan bidra til en mer enhetlig rapportering av *andre tilstander*, og dermed bedre kvalitet på pasientstatistikken.

Det er også ulike oppfatninger i sektoren om når en rapportert tilstand er godt nok dokumentert. Direktoratet for e-helse bør avklare hva som ligger i dokumentasjonskravet, og sektoren bør få god informasjon om dette.

Direktoratet arbeider for tiden med ulike prosjekter og tiltak under paraplyen «Program for kodeverk og terminologi», og et forventet resultat av programmet er bedre kodekvalitet. Flere av tiltakene har som formål å bøte på utfordringer revisjonen har pekt på, som at det er behov for å oppdatere og forbedre e-læringskurset og FinnKode, og å involvere og forankre kliniske faggrupper mer i forvaltningen av kodeverket. Disse tiltakene er viktige å få på plass for at sektoren skal kunne oppnå bedre kodekvalitet.

10 Referanseliste

Intervjuer

Det er gjennomført intervju med representanter fra følgende aktører:

- Direktoratet for e-helse
- Sykehuset Innlandet, Gjøvik
- Helse Nord-Trøndelag HF, Levanger
- Helse Stavanger HF, Stavanger

Brev, oppdragsdokument og notater

- Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Oppdragsdokument 2015 Helse Nord RHF, Oppdragsdokument 2015 Helse Midt-Norge RHF, Oppdragsdokument 2015 Helse Sør-øst RHF, Oppdragsdokument 2015 Helse Vest RHF.*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Oppdragsdokument 2016 Helse Nord RHF.*
- Helse Sør Øst RHF (2011) *Styresak nr 081 - 2011; Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene - resultat og oppfølging.*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet for 2015.*

Internettsider

- Direktoratet for e-helse (2016): Program for kodeverk og terminologi <<https://ehelse.no/nasjonale-prosjekter/program-for-kodeverk-og-terminologi>> [hentet 15.mars 2016]
- Helsedirektoratet (udatert): Innsatsstyrt finansiering <<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf#helsedirektoratets-uttalelser-om-regelverket-m.m.>> [hentet 10. februar 2016]
- Helsenorge.no (2017): Utsendelse av epikrise i somatisk helsetjeneste. <[https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/tilbakemelding-\(epikrise\)-sendt-innen-syv-dager](https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/tilbakemelding-(epikrise)-sendt-innen-syv-dager)> [hentet 23.januar 2017]

Retningslinjer og veiledere

- *Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2015, Helsedirektoratet 2015*
- *NCMP og NCSP Klassifikasjon av medisinske prosedyrer og kirurgiske inngrep 2015 (FinnKode NCMP/NCSP versjon 1 2015), Helsedirektoratet 2015*
- *ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision version 2015, WHO 2015*
- *ICD-10 International statistical Classification of Diseases and Related health problems 10th revision Volume 2 Instruction manual fifth edition, WHO 201*
- *Nomesco Classification of Surgical Procedures): Norsk fortolkning av nordisk prosedyrekodeverk, Helsedirektoratet 2015*
- *NCMP og NSCP (Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrer og kirurgiske inngrep), Helsedirektoratet 2015*
- *Rapport A679 Håndbok for journalgjennomgang, NPR/Sintef 2006*

Rapporter

- Dokument 3:2 (2004-2005) *Riksrevisjonens kontroll med statsrådets (departementets) forvaltning av statens interesser i selskaper, banker, mv for 2003*
- Dokument 3:7 (2005-2006) *Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene*
- Dokument 3:2 (2009-2010) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2008*
- *Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis. Hovedrapport, Internrevisjonene i de regionale helseforetakene 2011*
- *Sammenlignede aktivitetsanalyser. Helse Stavanger HF, Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Vestfold HF, Analysesenteret 2015*
- *Medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten. Koderevisjon 10 foretak. Rapport til Riksrevisjonen, Analysesenteret 2016*
- *Funksjonelle og tekniske krav til IT-støtte i medisinsk koding - rapport fra forprosjekt nasjonal kodingsmodul, Helsedirektoratet 2012*
- *Medisinsk koding. Tiltak som kan sikre at medisinsk koding utføres av godt kvalifiserte kodere, Helse Sør-Øst RHF 2013*
- «Bedre kvalitet på medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten. Rapport fra et samarbeidsprosjekt mellom de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Rapport nr IS-1598, Helsedirektoratet 2008
- *Avregningsutvalgets årsrapport 2014. Arbeid med Aktivitetsbasert finansiering for 2013, Avregningsutvalget 2014*

Regelverk (lover og forskrifter)

- *Lov om helseforetak mm. av 15.juni 2001 (helseforetaksloven),*
- *Lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999 (spesialisthelsetjenesteloven)*
- *Lov om helsepersonell mv. av 7.februar 1999 (helsepersonelloven)*
- *Forskrift om internkontroll i helse - og omsorgstjenesten av 20.desember 2002 (internkontrollforskrift i helsetjenesten)*
- *Forskrift om pasientjournal 2000 av 21. desember 2000 (forskrift om pasientjournal)*
- *Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister av 7. desember 2007 (Norsk pasientregisterforskriften)*
- *Regelverk IS-233. Innsatsstyrt finansiering 2015. Helsedirektoratet 2015*
- *Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2016. Direktoratet for e-helse (2016)*

Stortingsdokumenter

Proposisjoner til Stortinget

- Prop 1S (2015-2016) (2014-2015) *Helse- og omsorgsdepartementet*
- St.prp. nr. 1 (2003–2004)
- Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak*

Stortingsmeldinger

- St. meld nr. 11 (2015-2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019*
- St. meld nr. 12 (2015-2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*

Innstillinger

- Innst. O. nr. 118 (2000–2001) *Innstilling til Stortinget fra sosialkomiteen om lov om helseforetak m.m.*
- Innst. S. nr. 198 (2005 - 06) *Innstilling til Stortinget fra kontroll - og konstitusjonskomiteen*
- Innst. O. nr. 65 (1998–99), jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten*
- Innst. S. nr. 198 (2005-06) *Innstilling til Stortinget fra kontroll - og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene*

Øvrige referanser

- Samarbeidsavtale mellom Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse, 2016
- Risikoanalyse i forhold til dagens forvaltning av helsefaglige kodeverk. Direktoratet for e-helse, 2016
- Prosjektbeskrivelse for Helsedirektoratets tilbud til opplæring i medisinsk koding. Vurdering av behov og nye tiltak. Fase 1. Helsedirektoratet, 2015
- Program for kodeverk og terminologi/informasjonsstruktur. Fase 1. Helsedirektoratet, 2015
- Program for terminologi og kodeverk/informasjonsstruktur. Fasesammendrag Fase 2: Planlegge. Direktoratet for e-helse, 2016
- Styringsdokumentasjon (BP3 og BP4) for forbedring av forvaltning kodeverk. Direktoratet for e-helse, 2016
- Høring - Mandat faglige referansegrupper for nasjonale helsefaglige kodeverk. Direktoratet for e-helse, 2016
- Klinisk relevant tilbakemelding fra Norsk Pasientregister. Forprosjekt. Helsedirektoratet, 2014
- Klinisk relevant tilbakemelding fra Norsk Pasientregister oppsummert juni 2015. Helsedirektoratet, 2015
- Medisinsk-faglig innhold i epikriser - "Den gode epikrise". Helsedirektoratet, 2002

11 Vedlegg

Vedlegg 1

Alle helseforetak som ble valgt ut til koderevisjon fikk følgende beskrivelse av hvordan journaldokumentasjonen skulle leveres:

Beskrivelse av leveranse av journaldokumentasjon til koderevisjon

For at fagrevisor skal kunne gjennomføre en koderevisjon kreves det at all relevant journaldokumentasjon for det aktuelle oppholdet er tilgjengelig. Videre er anonymisering av den oversendte journaldokumentasjon for oppholdet en forutsetning for å sikre personvernet samt en objektiv vurdering. I det påfølgende følger en nærmere veiledning mht. anonymisering, hvilken journalinformasjon som skal oversendes, samt rekkefølge og format på leveransen.

Utgangspunkt for leveransen er tilsendt liste fra Riksrevisjonen over avdelingsopphold som er trukket ut for revisjon. For hvert enkelt avdelingsopphold gjelder følgende mht. leveranse av journalinformasjon:

Anonymisering

All journalinformasjon (alle ark) som oversendes skal være anonymisert. Pasientnummer skal erstattes med det referansenummeret Riksrevisjonen har gitt det aktuelle oppholdet.

Anonymisering innebærer følgende må være fjernet/sladdet fra ALLE ark og tekster:

- Pasientens navn, fødselsdato, personnummer og hjemmeadresse
- Navn, adresse og telefonnummer til foretaket/sykehuset
- Navn på behandlere/helsepersonell (der kun initialer er brukt behøver en ikke fjerne/sladd disse)
- Navn, adresse og telefonnummer til henvisende instans/lege og annet samarbeidende personell i primærhelsetjeneste eller pasientens hjemkommune

Journaldokumentasjon som skal oversendes

Følgende journaldokumentasjon skal oversendes for hvert enkelt avdelingsopphold:

1. Epikrise
2. Fortløpende legejournal fra innkomst til utskrivelse (dvs. innkomstjournal*, fortløpende journalnotat inkl. intensivnotater, tilsynsnotat, notat fra intern poliklinikk under avdelingsoppholdet, sluttnotat/overflyttingsnotat mm.
3. Fortløpende sykepleiejournal fra innkomst til utskrivelse (dvs. innkomstnotat*, daglige notater, behandlingsplan, avsluttende oppsummering fra sykepleier f.eks. sluttnotat, sykepleieepikrise, overflyttingsnotat, behandlingsskjema o.l.)
4. Kurveark
5. Fortløpende journal for andre involverte helsefaggrupper (f.eks. fysioterapeut, ergoterapeut, klinisk ernæringsfysiolog, sosionom eller andre) fra innkomst til utskrivelse samt evt. egne epikriser, oppsummeringer, behandlingsplaner fra disse helsefaggruppene.
6. Prøvesvar: Klinisk-kjemisk**
7. Prøvesvar: Mikrobiologi**
8. Prøvesvar: Cytologi **
9. Prøvesvar: Histologi**
10. Beskrivelse av alle radiologiske undersøkelser (inkludert evt. scintigrafi og bentetthetsmåling/osteometri) og intervensjoner utført under oppholdet

11. Beskrivelse(r) av alle diagnostiske og behandlende prosedyrer f.eks. skopier, intervensjoner, alle typer organfunksjonsundersøkelser (f.eks. EKKO, A-EKG, Spirometri mm) utført under oppholdet
12. Preoperative vurderinger*
13. Operasjonsbeskrivelse(r) der operasjon(er) er gjennomført under oppholdet
14. Operasjonsnotat/-skjema operasjonssykepleier
15. Anestesiskjema
16. Intensivskjema (både for kortvarige postoperative opphold og for lengre intensivopphold)

* Dersom journalopptak, preoperative vurderinger og evt. andre operasjonsforberedende tiltak er gjort i forbindelse med poliklinisk(e) konsultasjon(er) i forkant av en elektiv innleggelse til operasjon, oversendes også alle notat og evt. skjema fra denne/disse konsultasjonene.

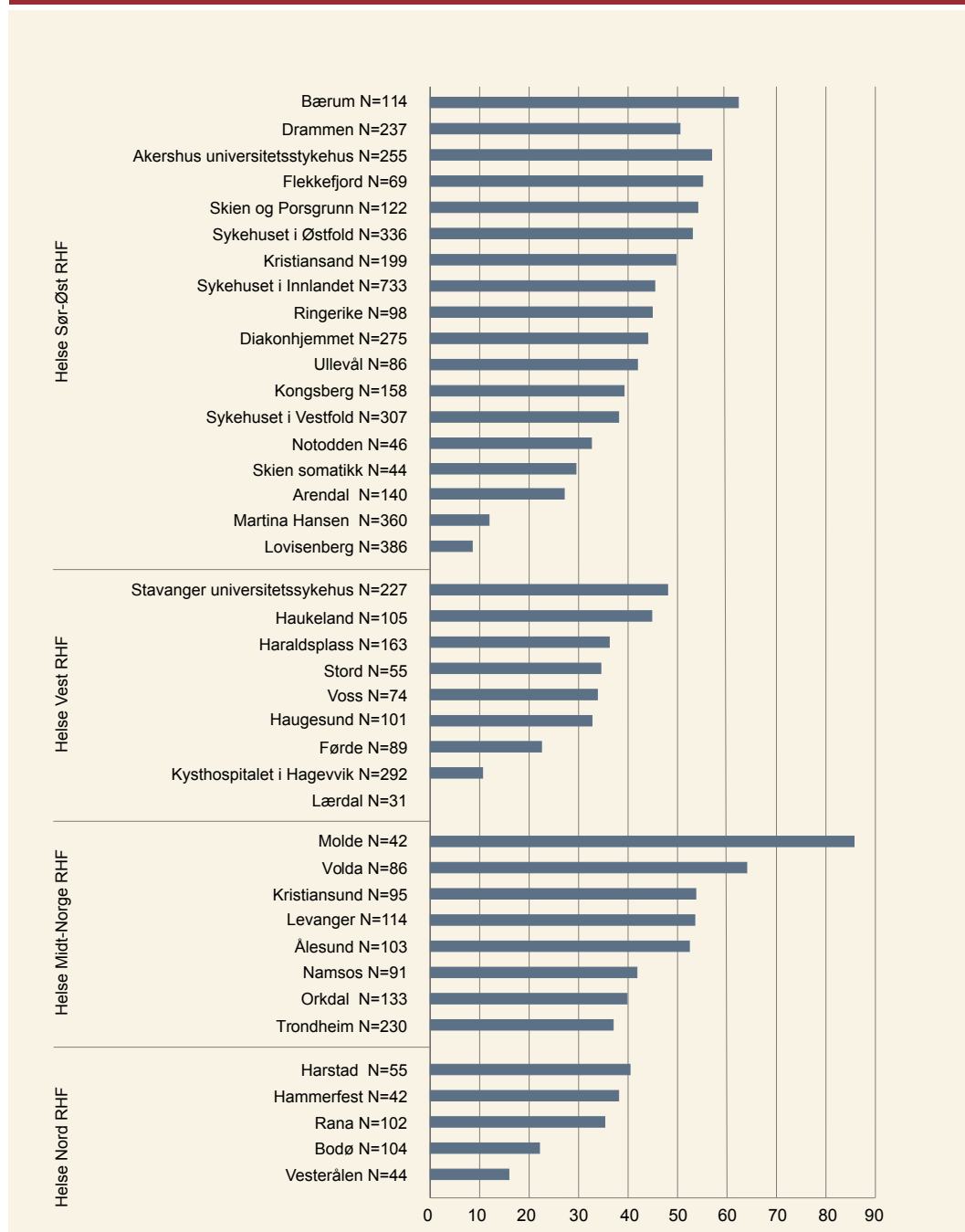
** Alle svar på **prøver tatt under avdelingsoppholdet** selv om svar først forelå etter utskrivelse.

Pkt. 12-15 er kun aktuelle der det er gjennomført et kirurgisk inngrep under oppholdet.

Pkt. 16 er kun aktuelt der det har vært et intensivopphold under oppholdet. I tillegg til opphold på intensivavdeling regnes her også med opphold på spesialiserte overvåkningsavdelinger f.eks. postoperativ, hjerterovervåkning mm.

Vedlegg 2

Hofteprotesepasienter. Andel i komplisert DRG i DRG-paret 209D/209E, fordelt på RHF og sykehus. 1. og 2. tertial 2015.¹²⁴



124) Sykehusene som har hatt færre enn 30 opphold i DRG 89/90 i 1. og 2. tertial 2015, er utelatt fra figuren. Noen helseforetak rapporterer ikke per behandlingssted/sykehus.

23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 22 751 200



Trykk: Flisa Trykkeri AS 2017



Riksrevisjonen
Storgata 16
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

Sentralbord 22 24 10 00
Telefaks 22 24 10 01
postmottak@riksrevisjonen.no

www.riksrevisjonen.no

37 564 597 2 090 45 332 889 821 527 4 707 -421 -8 572 87 4 543 651