

Internrevisjonene i
de regionale helseforetakene

Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis

Hovedrapport

Oktober 2011

HELSE  SØR-ØST

HELSE  VEST

HELSE  MIDT-NORGE

HELSE  NORD

Sammendrag

Om revisjonen:

Internrevisjonene i de fire helseregionene har gjennomført en felles revisjon av området medisinsk kodepraksis i helseforetak med somatisk virksomhet. Formålet med revisjonsprosjektet har vært å kartlegge og vurdere medisinsk kodepraksis i helseforetakene. Hensikten har vært å avklare om det er etablert god intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for korrekt koding.

Mandatet for revisjonen er utarbeidet av internrevisjonene i samråd med Helsedirektoratet. KPMG AS har vært engasjert for å bistå med den praktiske gjennomføringen av prosjektet.

Revisjonen er gjennomført i to faser med felles rapportering. Fase 1 som nasjonal elektronisk spørreundersøkelse til utvalgte personer i alle landets helseforetak med somatisk virksomhet. Fase 2 som nærmere undersøkelser ved 9 utvalgte helseforetak fordelt mellom alle helseregionene. Her inngikk dybdeintervjuer og en gjennomgang av dokumentasjon fra helseforetakene. Resultater og konklusjoner i denne rapporten bygger på datagrunnlaget fra begge fasene i prosjektet. For å kunne konkludere klart på faktisk etterlevelse av rutiner og regelverk for medisinsk koding ville det imidlertid ha vært nødvendig å gjennomføre testing av journalmateriale. Dette har ikke vært en del av prosjektets mandat.

Rapportens hovedkonklusjoner er:

- Det er lav risiko for større omfang av bevisst feilkoding med sikte på økonomisk vinning.
- Det er gjennomgående ikke etablert tilstrekkelig intern styring og kontroll for å oppnå rimelig sikkerhet for korrekt koding.

Anbefalinger i rapporten:

Det fremmes i rapporten forslag til tiltak for å styrke intern styring og kontroll på området både på helseforetaksnivå og regionalt nivå. Videre vises det til mulige tiltak som eventuelt må løses på nasjonalt nivå.

Helseforetakene:

- Det bør gjennomføres regelmessige og dokumenterte risikovurderinger av prosessen for koding.
- Det bør gjennomføres en vurdering av de IT-systemer som benyttes for medisinsk koding.
- De enkelte helseforetak bør sikre en positiv læringsløype ved at det gis regelmessige tilbakemelding på egen kodepraksis til alle som koder.
- For å sikre lik og hensiktsmessig praksis mellom avdelinger/lokasjoner ved det enkelte helseforetak bør det så langt det er hensiktsmessig utarbeides felles rutiner for medisinsk koding ved helseforetaket.
- For i større grad å legge til rette for at de ansatte melder fra om eventuell bevisst feilkoding eller andre kritikkverdige forhold, bør det vurderes om eksisterende melderutiner sikrer tilstrekkelig vern om den som melder fra om slike forhold.

De regionale helseforetakene:

- De regionale helseforetakene bør vurdere dagens organisering av kontroll og kvalitetssikring av medisinsk kodepraksis ved de enkelte helseforetak i sin region.
- De regionale helseforetakene bør vurdere å stille krav til helseforetakene om obligatorisk opplæring i medisinsk koding for alle nye leger.

Nasjonalt nivå:

- Vurdere dagens kobling mellom medisinsk koding og utsending av epikrise.
- Vurdere tiltak for å styrke egeninteressen av kodingen for andre formål enn økonomi i foretakene.
- Se på kompleksiteten i gjeldende regelverk.

Leserveiledning

Kapittel 1 omhandler bakgrunn, mandat og metode. Kapittel 2 gjengir funn fra begge fasene i revisjonsprosjektet. Her er det lagt inn vurderinger for hvert tema som gjennomgås. Til slutt i kapittel 3 oppsummerer vi funn og drøftinger og gir nærmere begrunnelser for de anbefalinger som fremmes.

Innhold

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for revisjonen	1
1.2	Formål (mandat)	1
1.3	Tidligere revisjoner og undersøkelser	2
1.4	Prosess og metode	3
1.5	Mottakere av rapporten	6
2	Funn og vurderinger	7
2.1	Styrings- og kontrollmiljø	7
2.2	Målsettinger og risikovurderinger	22
2.3	Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis	24
2.4	Oppfølging av medisinsk kodepraksis	28
3	Oppsummering av funn, konklusjoner og anbefalinger	30
3.1	Oppsummering av funn	30
3.2	Hva forteller funnene oss?	33
3.3	Konklusjoner	34
3.4	Anbefalinger	34
3.5	Mulige tiltak av nasjonal art	36
4	Vedlegg	38
Vedlegg 1	Om internrevisjon	i
Vedlegg 2	Metode for utvalg og vekting av spørreundersøkelse	ii
Vedlegg 3	Spørsmål fra spørreundersøkelsen	xi
Vedlegg 4	Dokumentforespørsel til HF-ene	xix

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for revisjonen

Dette revisjonsprosjektet er kommet i stand etter initiativ fra Helsedirektoratet. Direktoratets begrunnelse for å anmode om en gjennomgang av kodepraksis i helseregionene, har blant annet vært risikoen for at kodingen kan bli påvirket av økonomiske betraktninger, og at det kan finne sted kodeendringer som er i strid med regelverket.

I begrunnelsen heter det også at Helsedirektoratet har hørt gjentatte påstander om at helsepersonell er blitt presset til å kode "økonomisk gunstig" selv om dette er i strid med medisinsk korrekt koding.

I møte mellom de administrerende direktørene i helseregionene 14.6.2010 (sak 287-10) ble det uttrykt enighet med direktoratet om at det kan være nyttig å skaffe mer informasjon om forholdene rundt medisinsk koding i helseforetakene. Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst ble satt opp som kontaktpunkt for en mulig gjennomføring av dette som et internrevisjonsprosjekt.

Revisjonskomiteene i de regionale foretakene ga sin tilslutning til prosjektet.

Mandatet for revisjonen er utarbeidet av internrevisjonene i de fire helseregionene i samråd med Helsedirektoratet. Internrevisjonen er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon som faglig rapporterer til styret. Se nærmere beskrivelse i Vedlegg 1.

Planlegging og operasjonalisering av mandat og problemstillinger for revisjonen er gjennomført av en prosjektgruppe bestående av representanter for internrevisjonene i de regionale helseforetakene, KPMG AS, og deres underleverandør Exonor AS.

1.2 Formål (mandat)

Formålet med revisjonsprosjektet har vært å kartlegge og vurdere medisinsk kodepraksis i helseforetakene.

Hensikten har vært å avklare om det er etablert god intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for korrekt koding.

For å oppnå formålet med internrevisjonen er det, med utgangspunkt i anerkjente rammeverk for internkontroll og risikostyring, fokusert på faktorer knyttet til helseforetakenes:

1. Styrings- og kontrollmiljø
2. Målsettinger og risikovurderinger
3. Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis
4. Oppfølging av medisinsk kodepraksis

Disse fire temaområdene er brutt ned i delområder med tilhørende problemstillinger. Kapitlene 2.1 – 2.4 omhandler de fire temaområdene. I innledningen til hvert kapittel beskrives dette temaområdets problemstillinger. Temainndelingen er dermed gjennomgripende for prosjektet, og er også benyttet for å strukturere funn og analyser i rapportene.

Det er gjort to sentrale avgrensninger i prosjektet: a) Prosjektet har ikke omfattet testing av journalmateriale, og b) prosjektet har omfattet kun somatisk virksomhet.

1.3 Tidligere revisjoner og undersøkelser

Nedenfor presenteres et utvalg tidligere rapporter vedrørende medisinsk koding.

Kvalitet på medisinsk koding og ISF-refusjoner (SINTEF, 2005) viser sammenhengen mellom journalinformasjon og koding, samt i hvilken grad journalgjennomgang kan anvendes for å si noe om statens utbetalinger av ISF¹-refusjoner til de regionale helseforetakene. Undersøkelsen viser et

“relativt dårlig samsvar mellom hva som dokumenteres i journalen og hvordan dette uttrykkes gjennom kodeverk. (...) Dette kan være ett uttrykk for dårlig journalføring og / eller manglende kjennskap til kodeverk og koblingen mellom klinisk diagnosesetting og hvordan dette uttrykkes i statistiske kategorier (kodeverk)” (s.3).

Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene (Dokument nr. 3:7 (2005–2006)). Konklusjonene fra denne gjennomgangen er at helseforetakene ikke har en tilstrekkelig systematisk styring av kodekvaliteten, mangler retningslinjer for hvordan regelverket skal etterleves, ikke gir legene tilstrekkelig opplæring i gjeldende regelverk for koding, at mange leger dermed ikke kjenner godt nok til regelverket for medisinsk koding, og at kvalitetssikring av kodingen ikke er tilstrekkelig integrert i driften.

Bedre kvalitet på medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2008) konkluderer med at kvaliteten på medisinsk koding må bli bedre. Videre presenteres et opplæringsprogram for å sikre god medisinsk koding som blant annet skal øke kjennskapet til regelverket og øke legers og andre koderes kompetanse.

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2008 (Dokument 3:2 (2009–2010)), viser at

“feilkodingen fortsatt er betydelig, og at feilkodingen av hoveddiagnoser fortsatt er på tilnærmet samme nivå som i 2003. I 2008 ble hoveddiagnose feilkodet i 36,2 prosent av oppholdene som inngikk i undersøkelsen, mot 37,8 prosent i 2003”(s.18).

Det fremgår av rapporten at Helse- og omsorgsdepartementet har jobbet med tiltak på dette området gjennom flere år, men ut ifra resultatene i undersøkelsen stiller Riksrevisjonen spørsmål ved om arbeidet har hatt tilstrekkelig progresjon og prioritet. Riksrevisjonen påpeker også at dette har konsekvenser for kvaliteten på pasientstatistikken.

Tidligere rapporter har i hovedsak beskrevet undersøkelser hvor man har testet kvaliteten på kodingen direkte. Rapportene fra Helsedirektoratet (2008) og Riksrevisjonen (2006) viser at man også har undersøkt årsaker til feilkodingen. Dermed bidrar denne internrevisjonsrapporten til å komplettere problemstillinger tatt opp i ovennevnte rapporter, spesielt ved å belyse opplevelsen av kodepraksis hos personell som er direkte involvert i koding og kodekontroll.

¹ Innsatsstyrt Finansiering

1.4 Prosess og metode

Revisjonen er gjennomført i to faser. Fase 1 var en elektronisk spørreundersøkelse i 21 helseforetak med somatisk virksomhet. Fase 2 var nærmere undersøkelser ved 9 utvalgte helseforetak fordelt på alle helseregionene.

Resultatene fra begge fasene utgjør grunnlaget for de resultater og vurderinger som presenteres i denne rapporten.

1.4.1 Fase 1 – Nasjonal elektronisk spørreundersøkelse

Den nasjonale spørreundersøkelsen ble utformet med utgangspunkt i mandatet. Undersøkelsen fokuserte på temaer som holdninger til medisinsk korrekt kodepraksis, de ansattes opplevelse av opplæring, IT-systemer og regelverk, trygghet ved egen kodebruk og trygghet ved varsling om mistanke om bevisste brudd på regelverk. Samtlige spørsmål fra spørreundersøkelsen finnes i Vedlegg 3.

Hver enkelt respondent besvarte spørsmål tilpasset deres stillingskategori og rolle basert på hva respondenten oppga tidlig i undersøkelsen. Dersom det likevel ble stilt spørsmål som respondenten følte var utenfor hva han/hun kunne svare på, var det i de fleste tilfeller svaralternativ "Vet ikke" og/eller "Ikke aktuelt". Dersom ikke annet er oppgitt er disse besvarelsene trukket fra før analyse av det enkelte spørsmål i rapporten.

Utvalg av respondenter

For å plukke utvalget av respondenter til deltakelse i spørreundersøkelsen ble hvert helseforetak bedt om å sende lister over ansatte med stillinger knyttet til medisinsk kodepraksis. Det ble etterspurt helhetlige lister over ansatte i tre grupper, beskrevet i Tabell 1. Totalt inneholdt listene 16 279 navn hvorav 9 286² ble plukket ut til deltakelse.

² Avviket mellom dette tallet og utvalgstallet i Tabell 1 skyldes at den oppgitte e-postadressen var ugyldig hos 297 individer i utvalget.

Tabell 1: Populasjonsstørrelse, utvalgsstørrelse og svarprosent i spørreundersøkelsen

	Populasjon	Utvalg	Antall svar	Svarprosent
Totalt	16 279	8 989	3 653	40,6 %
Gruppe 1 Helsepersonell som selv setter medisinske koder ³	11 962	5 511	2 141	38,8 %
Gruppe 2 Stab- og støttepersonell som arbeider med føring eller kontroll av medisinske koder	3 488	2 676	1 058	39,5 %
Gruppe 3 Ledelse på nivå 1, 2 og 3 ⁴	829	802	451	56,2 %

Som det fremgår av Tabell 1 var det 3 653 som besvarte undersøkelsen, hvilket gir en svarprosent på 40,6 %. Svarprosenten for helseforetakene varierer mellom 20 % og 57 %. De fleste har imidlertid svarprosenter rundt gjennomsnittet på 40 %. På grunnlag av tilbakemeldinger mottatt mens undersøkelsen var aktiv antas det at en årsak til den generelt lave svarprosenten kan være at listene har inkludert ansatte med perifere roller i arbeidet med medisinsk koding. Nærmere beskrivelse av metoden for plukking av utvalg og svarfordelinger på HF-nivå finnes i Vedlegg 2

Svarantallet er likevel tilstrekkelig høyt for å indikere tendenser med god nøyaktighet og trekke konklusjoner på nasjonalt nivå. Også på HF-nivå er svarantallet tilstrekkelig høyt for å indikere tendenser og trekke konklusjoner, men de faktiske forholdene kan avvike noe fra resultatene i spørreundersøkelsen.

I tolkningen av det muntlige kildemateriale denne undersøkelsen i stor grad bygger på, både intervjuer og spørreundersøkelsen, må det også tas forbehold om at det kan være utenforliggende forhold som kan påvirke hvem som responderer, og hva de svarer.

Gjennomføring av spørreundersøkelsen

De som inngikk i utvalget mottok invitasjon til deltakelse i spørreundersøkelsen på e-post 27. april. Undersøkelsen var aktiv frem til 11. mai. I løpet av perioden ble det sendt tre purringer. En representant fra KPMG var tilgjengelig for å besvare spørsmål om undersøkelsen per e-post og telefon.

Statistisk analyse

Spørreundersøkelsen er ikke å regne som en vitenskapelig undersøkelse. Den er ment for å indikere tendenser på nasjonalt nivå og antyde forskjeller mellom ulike helseforetak. Av denne grunn er det ikke foretatt signifikanstesting av besvarelsene. Konsekvensen av dette er at man ikke med sikkerhet kan si at det er en reell forskjell mellom helseforetak der forskjellen på resultatene er små.

Det er variasjon i populasjonsstørrelser, utvalgsstørrelser og svarprosent mellom helseforetakene og de ulike gruppene. Ved presentasjon av nasjonale resultater har det derfor vært nødvendig å vekte svarene i forhold til antall svar for å gjenspeile de reelle forholdene. I Tabell 2 er de tre benyttede vektingsmodeller beskrevet. Nærmere beskrivelse av metoden for vektning er presentert i Vedlegg 2.

³ 1714 av respondentene i denne gruppen oppga at de selv setter medisinske koder. At ikke alle i gruppen oppgir at de selv setter koder kan være forårsaket av at det har vært helsepersonell som ikke er tilknyttet koding på populasjonslistene og/eller helsepersonell som sjelden setter koder og har oppgitt at de ikke selv setter koder. Enkelte turnusleger og LIS-leger kan også ha oppgitt at de ikke setter koder selv dersom ikke selv er ansvarlig for kodesetting.

⁴ Nivå 1: Foretaksledelse, Nivå 2: Klinikksjefer/stabssjefer, Nivå 3: Avdelingsledelse.

Tabell 2: Beskrivelse av modeller for vekting av spørreundersøkelsesresultater

Vektmodell	Beskrivelse
HF-vekting	Besvarelsene fra hvert HF teller like mye uavhengig av størrelsen på HF-et og svarantallet. Resultaterer i at svar fra hver respondent fra mindre HF blir vektet opp og svar fra respondenter ved større HF vektes ned.
Individvekting	Det vektet slik at resultatene blir direkte representative for populasjonen. Svar fra respondenter ved HF med lav svarprosent i forhold til populasjonen er vektet opp, mens det er vektet ned ved høy svarprosent i forhold til populasjonen.
Justert vekting	Gjennomsnittet mellom HF-vekting og individvekting. Dette medfører at små HF vil påvirke totalresultatene mer enn størrelsen skulle tilsi, men ikke i like stor grad som store HF.

Hvilken vektingsmodell som er brukt er beskrevet i fotnoter under analysene eller i figurene. Det er hovedsakelig brukt justert vekting.

For å antyde sammenheng mellom resultatene på ulike spørsmål er det regnet ut korrelasjonstall⁵ der dette er aktuelt.

1.4.2 Fase 2 – Revisjonsbesøk og dokumentgjennomgang

Fase 2 av revisjonen ble gjennomført ved revisjonsbesøk med dybdeintervjuer og dokumentgjennomgang ved ni utvalgte helseforetak. Der det, ved omtale av intervjuer eller dokumentgjennomgang, henvises til et gitt antall HF, er tallet i forhold til de ni utvalgte foretakene.

Utvalg

Utvalget av helseforetak er foretatt av internrevisjonene. Helseforetakene er valgt for å oppnå representativitet for landets helseforetak. I tre regioner er det plukket ut ett større og ett mindre helseforetak. I Helse Sør-Øst er det plukket ett stort foretak og to mindre med geografisk spredning. Denne utvalgsmetoden bidrar til representativitet både i forhold til størrelse og lokasjon.

Tabell 3: Helseforetakene som var en del av fase 2 i revisjonen

Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord
Akershus Universitetssykehus HF	Helse Bergen HF (Haukeland)	St. Olavs Hospital HF (Trondheim)	Universitetssykehuset Nord-Norge HF (Tromsø)
Sykehuset Telemark HF (Skien og Notodden)	Helse Fonna HF (Haugesund sykehus)	Helse Nord-Trøndelag HF (Levanger)	Helgelandssykehuset HF (Sandnessjøen)
Sykehuset Østfold HF (Fredrikstad)			

Gjennomføring av dokumentanalyse

I forkant av revisjonsbesøkene ble det sendt en dokumentforespørsel til helseforetakene. Det ble etterspurt dokumenter som beskriver kodepraksisen ved helseforetaket, herunder prosedyrer og rutiner, styringsplaner, rapporter, dokumentasjon på gjennomført opplæring mv. En komplett liste over etterspurte dokumenter finnes i Vedlegg 4. Det varierte mellom helseforetakene hvilke

⁵ Korrelasjonstallet beskriver sammenhengen mellom resultater på ulike spørsmål. Korrelasjonstallet varierer fra 0 til 1, der 0 tilsier ingen sammenheng, mens 1 tilsier at resultatene er nøyaktig like.

dokumenter som ble oversendt. Det er i rapporten lagt til grunn at etterspurte dokumenter som ikke er oversendt ikke eksisterer med mindre annen informasjon har fremkommet senere.

Dokumentene ble gjennomgått og analysert ved hjelp av en mal for dokumentanalyse. Denne ble brukt for å sikre lik analyse og sammenliknbarhet på tvers av helseforetakene. Analysen omhandlet blant annet eksistens av rutinebeskrivelser og dokumentasjon på gjennomført opplæring og kontroll. Innholdet i dokumentene ble også vurdert.

Gjennomføring og analyse av intervjuer

Ved hvert helseforetak ble det gjennomført et prosesskartleggingsmøte, intervjuer med LIS-leger/turnusleger, overleger, klinikkjefer og kodekontrollere, samt en samtale med administrerende direktør og/eller fagdirektør. Revisjonsbesøkene ble gjennomført i løpet av to dager ved hvert HF i tidsperioden 19. mai – 21. juni 2011. Besøkene fant sted ved én lokasjon ved hvert foretak, med representanter fra lokasjonen(e) angitt i parentes i Tabell 3. Til stede under intervjuene var en representant fra internrevisjonen ved det aktuelle RHF-et, medisinskfaglig kompetanse fra konsultentselskapet Exonor AS samt en representant fra konsultentselskapet KPMG AS.

I prosesskartleggingsmøtet ble prosessen for medisinsk koding ved det enkelte HF kartlagt ut fra et generelt prosesskart beskrevet i kapittel 2.1.1. Det ble også kartlagt risikomomenter tilknyttet kodepraksisen.

Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i en intervjuguide som inneholdt temaområder hentet fra mandatet og tilpasset hver stillingskategori. En semistrukturert⁶ tilnærming ble lagt til grunn der intervjupersonene kunne snakke fritt rundt hvert tema.

Funn fra intervjuene ble strukturert og til slutt sammenliknet på tvers av stillingskategoriene, og med resultatene fra spørreundersøkelsen der det var aktuelt.

1.5 Mottakere av rapporten

Det er utarbeidet egne rapporter for de ni helseforetakene som inngikk i fase 2 av revisjonen.

I samsvar med instruksene for internrevisjonene i de enkelte regionene oversendes denne rapporten til styret og ledelsen i de regionale helseforetakene og de enkelte helseforetak.

Som initiativtaker til revisjonen, mottar Helsedirektoratet rapporten.

⁶ Intervjuguiden inneholdt noen direkte spørsmål samt mer generelle temaer til diskusjon.

2 Funn og vurderinger

2.1 Styrings- og kontrollmiljø

Følgende problemstillinger fra mandatet inngår i temaområdet:

- Hvor ligger ansvaret for den medisinske kodingen og hvordan er arbeidet organisert?
- Hvilke krav stilles til ledere, klinikere og annet personell som har ansvar for kodearbeidet?
- Hvordan formuleres, kommuniseres og forankres kravene i foretakene, herunder hvordan oppfattes kodingens formål av ledere, klinikere og annet personell som arbeider med koding?
- Hvilke prinsipper legges til grunn ved eventuell konflikt mellom "det medisinske" og "det økonomiske" aspektet ved kodingen?
- Hvilke krav til kompetanse stilles til personell som utfører medisinsk koding og hvilken opplæring gis til disse?

I tillegg er andre problemstillinger knyttet til styrings- og kontrollmiljø trukket inn der disse har vist seg som relevante.

Resultatene fra spørreundersøkelsen og gjennomførte intervjuer samt dokumentanalyse er slått sammen for å besvare problemstillingene.

2.1.1 Roller, ansvar og organisering

Roller, ansvarsfordeling og organisering av arbeidet relatert til medisinsk koding ble kartlagt gjennom fase 2 av revisjonsprosjektet.

Hovedtrekkene var stort sett felles for foretakene, mens det var forskjeller både mellom foretak og internt i enkelte foretak i organiseringen av arbeidet på operativt nivå.

Det overordnede ansvaret for medisinsk kodepraksis ligger hos foretakets administrerende direktør. Klinikksjefene (ledernivå 2) har et overordnet ansvar for kodepraksis i egen klinikk, og avdelingslederne (ledernivå 3) har tilsvarende ansvar for sin avdeling. De fleste HF-ene har en sentral stabsfunksjon med ansvar for sentral kontroll og kvalitetssikring av kodingen og til dels organisering av opplæring innen medisinsk koding.

Ved noen helseforetak er det opprettet egne utvalg som har oppgaver knyttet til sentral oppfølging av kodepraksis. Dette gjelder eksempelvis i Helgelandssykehuset HF hvor det siden 2004 har eksistert et DRG-utvalg bestående av ISF-leder, medisinsk direktør, to avdelingssjefer og en overlege. Utvalget følger opp kodepraksisen ved foretaket, organiserer opplæring og informerer om endringer i regelverk.

Rollefordelingen tilknyttet det operative kodearbeidet ved foretakene kan generelt oppsummeres slik

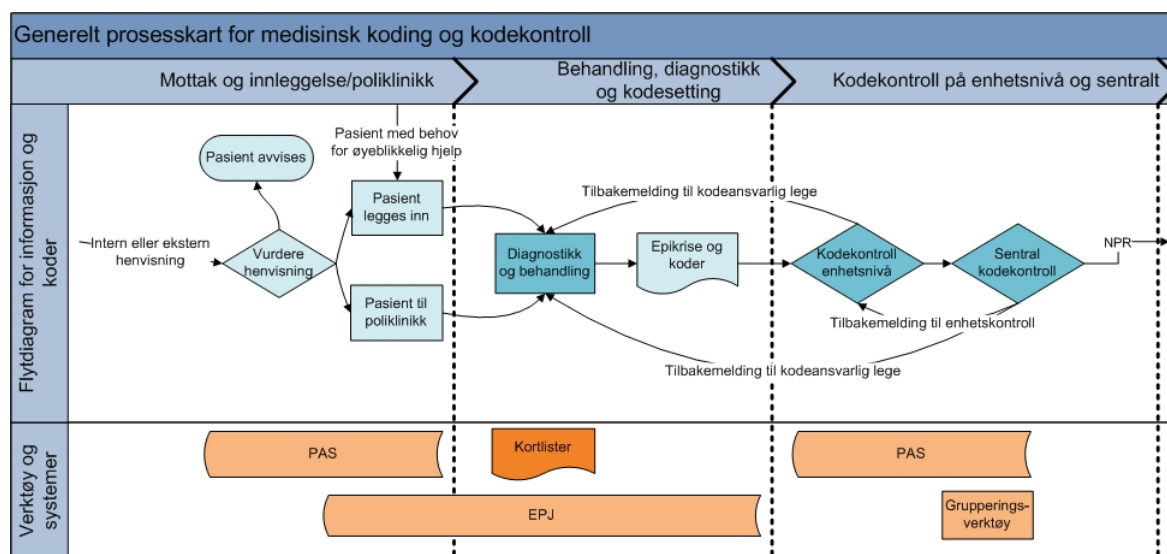
- LIS-leger og turnusleger dikterer (eventuelt skriver) epikriser og tilhørende medisinske koder.
- Helsesekretærer fører kodene i PAS/EPJ og skriver/ferdigstiller epikrisene.
- Overleger (noen steder spesifisert til kodeansvarlig lege) skriver, kontrollerer og kontraserer epikriser/koding.
- Kodekontrollere (helsesekretærer/merkantilt personell) kvalitetssikrer diagnose- og prosedyrekoder i den enkelte avdeling (gjelder ikke alle HF).

- Kodeansvarlig lege samarbeider med kodekontroller og godkjenner endring av koder.

Ved noen HF ble det i intervju uttalt at sentralisering av helsesekretærer de senere år har medført at den enkelte helsesekretærs kunnskap om spesifikke fagområder har blitt redusert. Dermed har også helsesekretærenes forutsetninger for å avdekke kodefeil i forbindelse med føring av koder og epikriser blitt dårligere. Dette ble oppfattet som konsekvenser av en organisering som innebærer større rotasjon og/eller avstand til det medisinske fagmiljøet enn tidligere.

Figur 1 viser et prosesskart for prosessen med kodesetting og kodekontroll. Foretakene har bekreftet at dette generelle kartet er en tilfredsstillende beskrivelse av den generiske prosessen. Nedenfor gis en kort beskrivelse av prosessen basert på dette kartet.

Figur 1: Prosesskart for medisinsk koding og kodekontroll



Mottak og innleggelse/poliklinikk

Prosessten starter med intern eller ekstern henvisning av pasient. Opplysninger om pasienten føres inn i PAS-systemet⁷. Henvisningen vurderes, og pasientens rett til/behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten besluttes. Dersom pasienten får tilbud om helsehjelp settes en frist for oppstart av helsehjelpen, eller pasienten settes opp til time for innleggelse eller poliklinisk behandling.

Øyeblikkelig hjelp-pasienter legges direkte inn, eller sendes hjem etter poliklinisk vurdering/behandling.

Ved noen helseforetak/klinikker/avdelinger blir det satt tentative diagnosekoder basert på opplysninger i henvisningen. I intervjuene ble det antydnet at tentative diagnosekoder ved mottak bidrar til fullstendighet i koding av hoveddiagnoser, men medfører risiko for at det blir registrert feil hoveddiagnose ved utskrivelse dersom hoveddiagnosen endrer seg i løpet av behandlingsforløpet.

Behandling, diagnostikk og kodesetting

Det er observert to hovedmodeller for kodesetting ved poliklinisk behandling. Den ene er at helseforetaket har skjemaer med aktuelle koder som fylles ut i forbindelse med behandlingen og leveres til helsesekretærer som fører kodene inn i IT-systemet. Den andre modellen er at behandelende lege fyller inn koder i IT-systemet direkte i løpet av konsultasjonen.

⁷ Pasientadministrativt system

For inneliggende pasienter blir koder som regel satt i forbindelse med utskriving av pasienten. I hovedsak er det utskrivende/behandlende lege som dikterer epikrise og setter tilhørende koder. Ved en del foretak benyttes talegjenkjenningsverktøy som skriver epikrise og koder basert på legens diktat. Det kom frem i flere intervjuer at dette systemet medfører risiko for feiltolkninger av talegjenkjenningen, noe som forsterkes av at dikteringen tidvis skjer i miljøer med mye støy.

Kodekontroll

Kodekontroll er som regel organisert i tre nivåer: kodekontroll gjennom kontrasignering, kodekontroll på enhetsnivå og sentral kodekontroll. Omfang og fokus i de ulike kontrolleddene varierer mye mellom foretakene. Nærmere beskrivelse av kodekontroll gis i kapittel 2.3.2 Nøkkelkontroller.

2.1.2 Opplæring og krav til kompetanse

I spørreundersøkelsen ble de ansatte spurt om de har fått formell opplæring (på kurs, avdelingsmøte eller en-til-en opplæring) i medisinsk koding det siste året. 31 %⁸ av respondentene i gruppe 1 som selv setter koder svarer at de har fått slik opplæring. Denne andelen varierer imidlertid fra 9 % til 73 % mellom helseforetakene. Blant respondenter fra gruppe 2 som oppgir at de er administrativt personell som arbeider med kontroll av medisinsk koding oppgir 54 %⁸ at de har fått formell opplæring det siste året. Her varierer andelen fra 0 % til 100 %.

De ansatte ble i spørreundersøkelsen også spurt om de mener de har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk. Resultater for gruppe 1 er presentert i Figur 2. Ved 14 av de 21 helseforetakene oppgir minst 40 % av respondentene fra gruppe 1 at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring⁹. Kun ved ett helseforetak var denne andelen mindre enn 20 %.

Bildet er annerledes for administrativt personell som arbeider med kontroll av medisinsk koding (Figur 3). Kun ved 3 av 21 HF oppgir minst 40 % av respondentene at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring⁹.

⁸ Det er brukt HF-vekting på resultatene.

⁹ Det vil si oppgir skår 1-3.

Figur 2: Opplevd grad av opplæring

Spørsmål

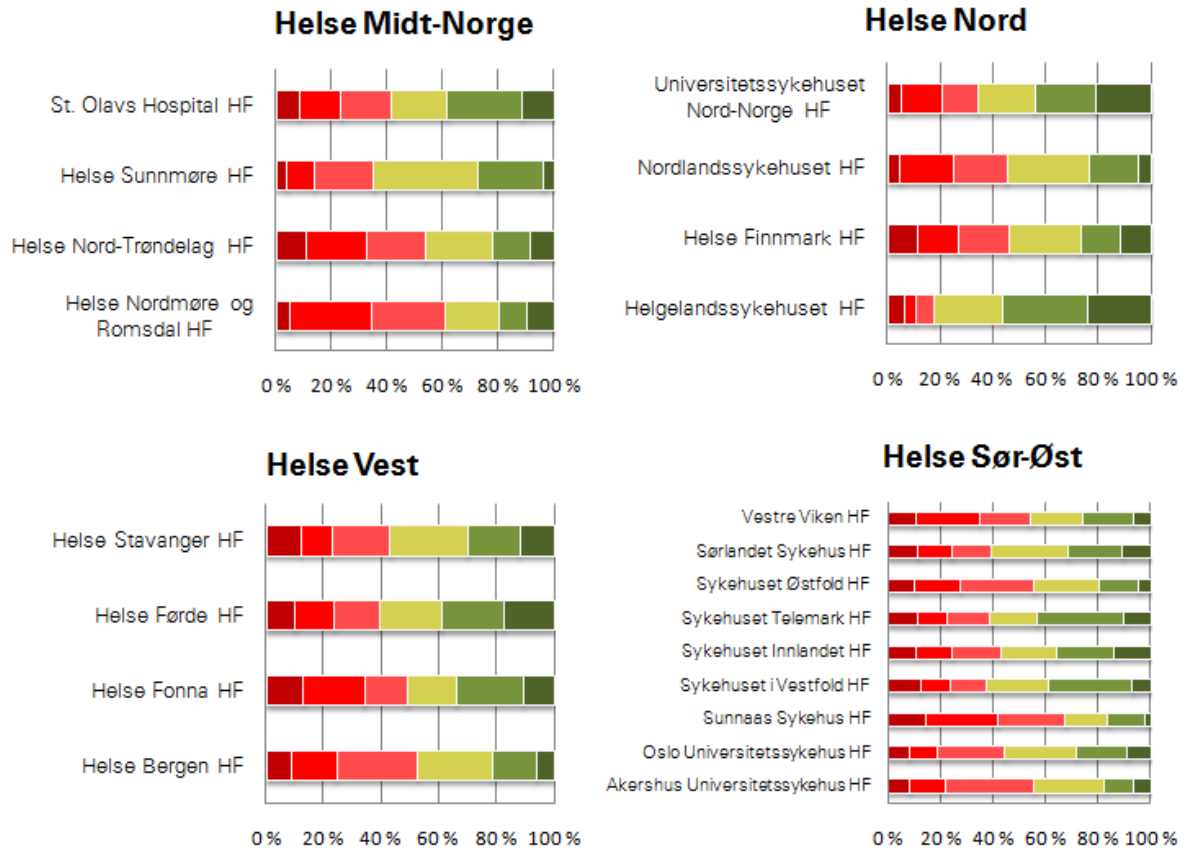
“Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk”

Svarskala

1 Helt uenig ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 Helt enig ■

Gruppe og filter

Gruppe 1, respondenter som har oppgitt at de selv setter medisinske koder



Figur 3: Opplevd grad av opplæring hos kontrollpersonell

Spørsmål

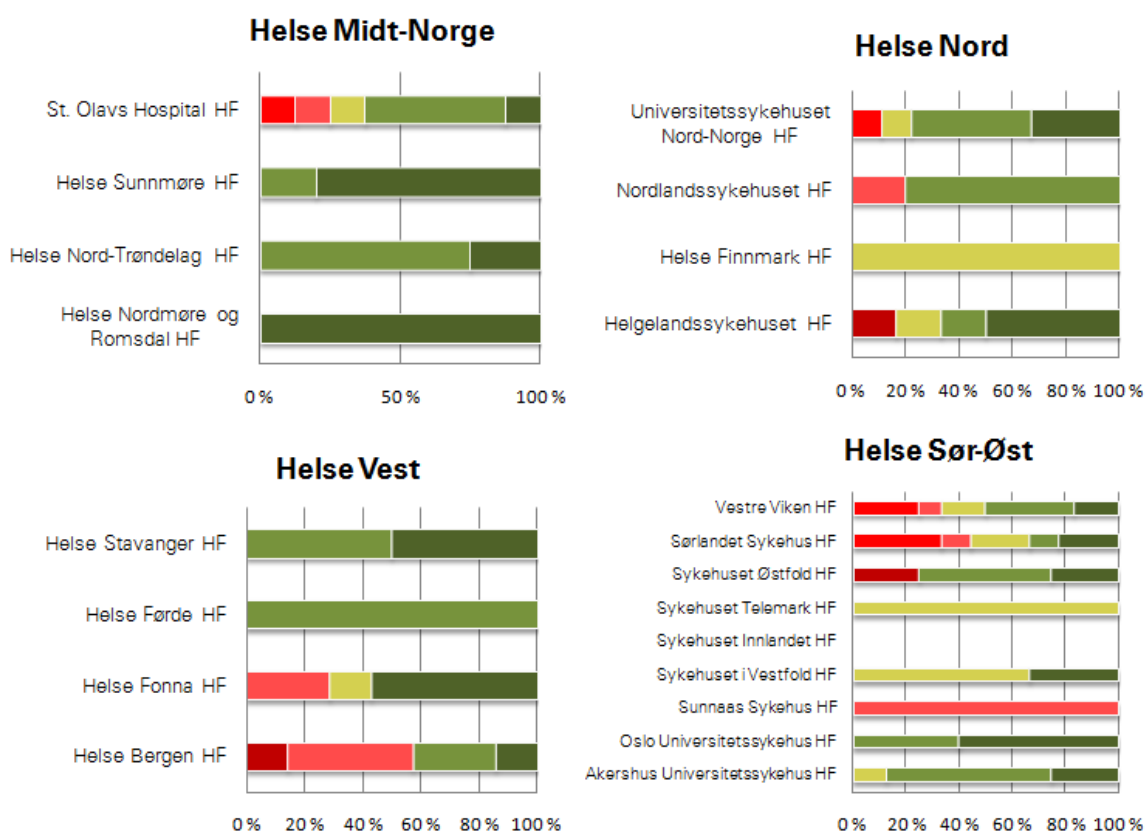
“Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk”

Svarskala

1 Helt uenig ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 Helt enig ■

Gruppe og filter

Gruppe 2, kun administrativt personell som arbeider med kontroll av medisinsk koding¹⁰



På spørsmål om de føler seg trygge på at de bruker riktige medisinske koder, gir totalt 49 % i gruppe 1 klart uttrykk for at de er trygge på at de gjør dette.¹¹ Som Figur 4 viser er det en viss variasjon i opplevd kodetrygghet mellom helseforetakene, men i alle helseforetak er det over 40 % som ikke gir klart uttrykk¹² for at de er trygge på at de koder medisinsk korrekt.

Det er også kartlagt at det er en sammenheng mellom de ansattes opplevde kodetrygghet og i hvilken grad de mener at de har fått tilstrekkelig opplæring¹³. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at de som oppgir at de har fått tilstrekkelig opplæring, er mer trygge på at de koder riktig enn ansatte som svarer at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring.

¹⁰ Ingen av respondentene ved Sykehuset Innlandet HF oppga at de er administrativt personell som arbeider med kontroll av medisinsk koding.

¹¹ Det vil si oppgir skår 5-6. Det er brukt justert vektning på resultatet.

¹² Det vil si oppgir skår 1-4.

¹³ Korrelasjonskoeffisienten mellom de ansattes opplevelse av om de har fått tilstrekkelig opplæring i koding og deres kodetrygghet er 0,54 (Pearson's R). (Se også fotnote om korrelasjonstall i avsnitt 1.4.1.)

Figur 4: Trygghet ved egen kodebruk

Spørsmål

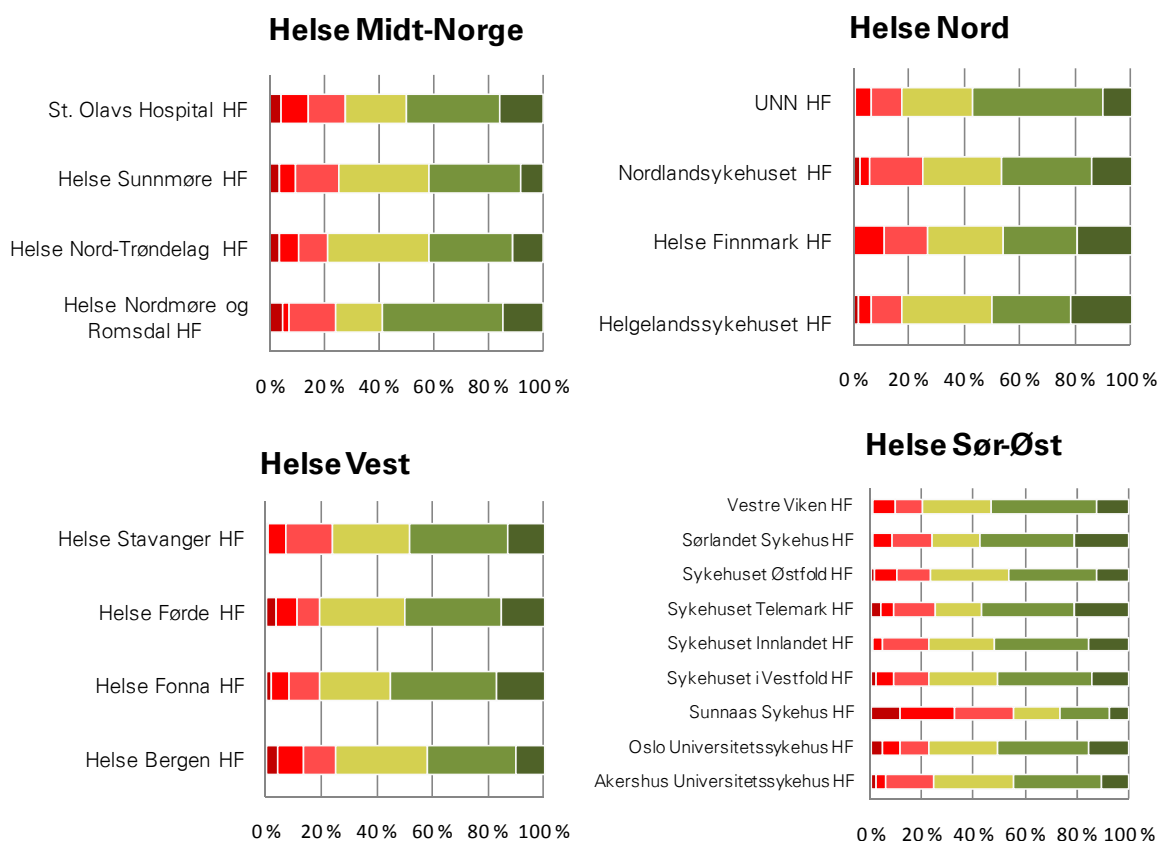
”Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinsk koder”

Svarskala

1 Helt uenig ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 Helt enig ■

Gruppe og filter

Gruppe 1, respondenter som har oppgitt at de selv setter medisinske koder



At helsepersonell som setter medisinske koder opplever deres opplæring som utilstrekkelig bekreftes også gjennom intervjuene. De fleste representanter fra denne gruppen mente de ikke hadde fått tilstrekkelig opplæring. Også i intervjuer med ledere og kontrollpersonell ble det påpekt at de opplevde opplæringen av helsepersonell som setter medisinske koder som utilstrekkelig.

Kontrollpersonellets oppfatning av egen opplæring var varierende. Noen var tilfreds med den, mens andre kunne fortelle at de hadde behov for ytterligere opplæring. Ved flere HF hadde kontrollpersonell deltatt på Nirvaco-kurs¹⁴, og mente de hadde stor nytte av dette.

Resultatene fra revisjonsbesøkene, inklusiv mottatt dokumentasjon, viser at det i liten grad er stilt konkrete kompetansekrav innen medisinsk koding ved de ni helseforetakene. Ved de fleste foretakene var det imidlertid opplevd en forventning om at den enkelte skal tilegne seg den kompetansen som er nødvendig for å gjennomføre sine arbeidsoppgaver tilknyttet koding. Ved to foretak var kravene nedfelt i stillingsinstruksene for kodekontrollere, kliniksjefer og/eller overleger.

Ved seks av ni helseforetak er det et krav om at turnusleger skal ha gjennomført kodeopplæring som en del av introduksjonskurs. Ved to av de ni helseforetakene er det stilt krav om at alle leger skal ha gjennomført opplæring innen koding. Dette kravet omfatter at alle leger skal gjennomføre

¹⁴ Grunnkurs i medisinsk klassifikasjon (kodekurs) for ikke-medisinere.

e-læringskurs med tilhørende selvtest. Ved ett av disse HF-ene er det i tillegg krav om at selvtesten skal gjennomføres årlig.

Alle helseforetakene har tilgang til det samme e-læringskurset. Ved de fleste var det kommunisert en anbefaling om å gjennomføre kurset, men de opplevde at det var svært få leger som prioriterte å gjennomføre det.

2.1.3 Holdninger til medisinsk korrekt koding

De signaler om medisinsk koding, som ledelsen sender ut kan påvirke de ansattes holdninger. Det har derfor blitt kartlagt hvordan de ansatte oppfatter ledelsen på dette området. I spørreundersøkelsen ble de ansatte stilt spørsmål om de opplever at egen HF-ledelse og avdelingsledelse er opptatt av korrekt medisinsk koding og om de tydelig kommuniserer at kodingen skal være medisinsk korrekt. Resultatene er presentert i Tabell 4.

Tabell 4: HF-ledelsens og avdelingsledelsens kommunikasjon om medisinsk korrekt koding¹⁵

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3, kun Ledernivå 3
<i>Jeg opplever at ledelsen for det HF jeg tilhører er opptatt av korrekt medisinsk koding</i>	82,6 %	89,8 %	90,1 %
<i>Jeg opplever at ledelsen for det HF jeg tilhører tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt</i>	73,3 %	82,9 %	86,3 %
<i>Jeg opplever at ledelsen ved min avdeling er opptatt av korrekt medisinsk koding i egen enhet</i>	87,1 %	90,6 %	-
<i>Jeg opplever at ledelsen ved min avdeling tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt</i>	81,2 %	85,8 %	-

Et generelt inntrykk fra intervjuene ved de ni helseforetakene er at personellet er opptatt av at det skal kodes medisinsk korrekt. Det ble også uttalt ved flere HF at de opplever at fokuset har endret seg i løpet av de siste fem årene, og at man i dag er mer opptatt av medisinsk korrekt koding og at dette vil gi de inntekter man har krav på.

Selv om det i intervjuer fremkom at man også var bevisst på kodingens funksjon for medisinsk statistikk, uttalte noen leger at de likevel oppfattet kodingen som "å skrive faktura". Enkelte ga også uttrykk for en betydelig skepsis til bruk av registrerte koder for andre formål, for eksempel som grunnlag for kvalitetsindikatorer eller forskning.

2.1.4 De ansattes oppfatninger av regelverket for medisinsk koding

Med regelverket menes i denne sammenheng ISF-regelverket utgitt av Helsedirektoratet, med tilhørende nasjonal kodeveileder og kodeverkene som benyttes ved registrering av pasientbehandling og ved rapportering til NPR¹⁶: ICD-10¹⁷ for koding av tilstander/diagnoser, klinisk prosedyrekodeverk, nasjonale særkoder og ATC¹⁸-koder for koding av legemidler.

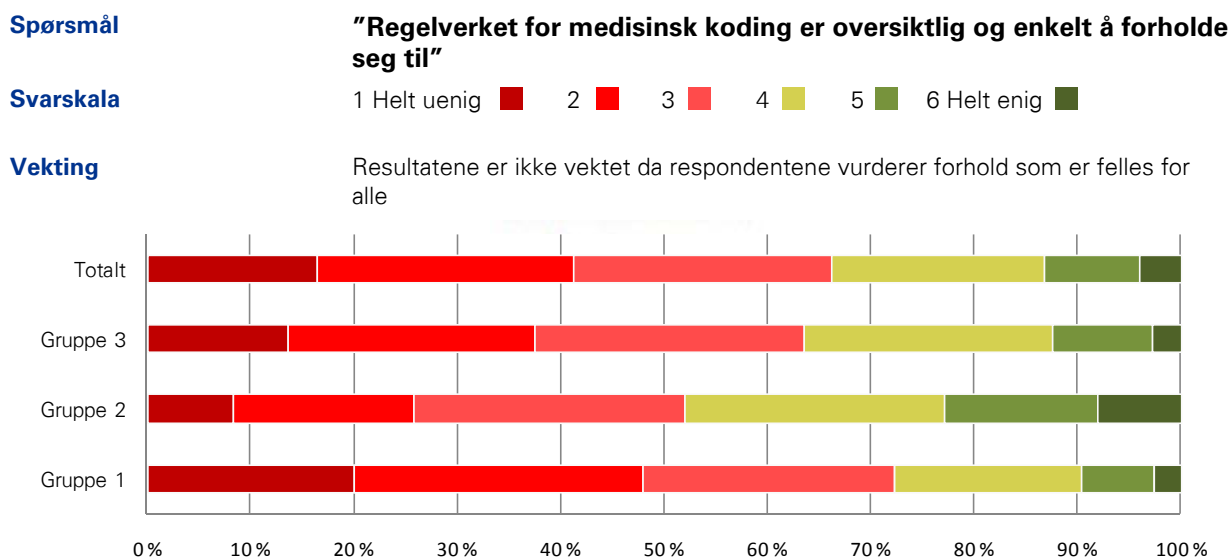
¹⁵ Viser andel av respondenter oppgir skår 4-6 på spørsmålet. Det er brukt HF-vekting på resultatene.

¹⁶ Norsk Pasientregister

¹⁷ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision

¹⁸ Anatomical Therapeutic Chemical Classification System

Figur 5: Opplevelse av regelverket for medisinsk koding



I spørreundersøkelsen ble alle grupper bedt om å vurdere om regelverket for medisinsk koding er oversiktlig og enkelt å forholde seg til. Figur 5 viser at resultatene varierer på tvers av gruppene og at totalt 66 % av respondentene oppgir at de er uenig¹⁹ i denne påstanden. Minst enighet i påstanden er det hos gruppe 1, størst hos gruppe 2.

Utfordringer ved regelverket var også et gjennomgående tema i intervjuene. Mange klinikere ga uttrykk for at regelverket er komplisert, ofte kan oppleves som ulogisk og ikke alltid sammenhengende med medisinske vurderinger. Det ble også gitt uttrykk for at DRG-vekten ikke alltid gjenspeiler de faktiske ressursbehovene tilknyttet behandlingen. I ett intervju ble det vist til en foreleser på DRG-forum²⁰ som hadde vist eksempler der flere ulike måter å kode på, som alle var medisinsk korrekt, ga betydelig forskjellig refusjon.

2.1.5 IT-systemer brukt til koding

IT-systemene ved helseforetakene er viktige i arbeidet med medisinsk koding. Koder registreres i journalsystemet og blir videre rapportert til NPR. For å bidra til god kodekvalitet er det viktig at IT-systemene er tilpasset brukerne og har nødvendig funksjonalitet og brukervennlighet for å unngå feilregistrering og -rapportering.

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å vurdere en påstand om at IT-systemet som er brukt til å registrere medisinske koder er enkelt å bruke. Det er stor forskjell mellom gruppene på dette spørsmålet.

I gruppe 1 fremgår det at 52 %²¹ av respondentene er uenig²² i at IT-systemet er enkelt å bruke. Fordelingen av svarene varierer mellom HF-ene, men ved 12 av 21 HF oppgir mer enn halvparten av respondentene at de er uenig i påstanden, se Figur 6.

¹⁹ Det vil si oppga skår 1-3.

²⁰ Et uavhengig og frittstående forum for personer, institusjoner og firmaer som er interesserte i å arbeide med problemstillinger knyttet til DRG-klassifisering og ISF-ordningen.

²¹ Det er brukt justert vektning på resultatene.

I gruppe 2 er det til sammenlikning kun 21 % som er uenig. Ved 12 av 21 HF er det over 80 % fra gruppe 2 som er enig²³ i at IT-systemet er enkelt å bruke, se Figur 7.

Figur 6: Opplevelse av IT-systemet hos Gruppe 1

Spørsmål

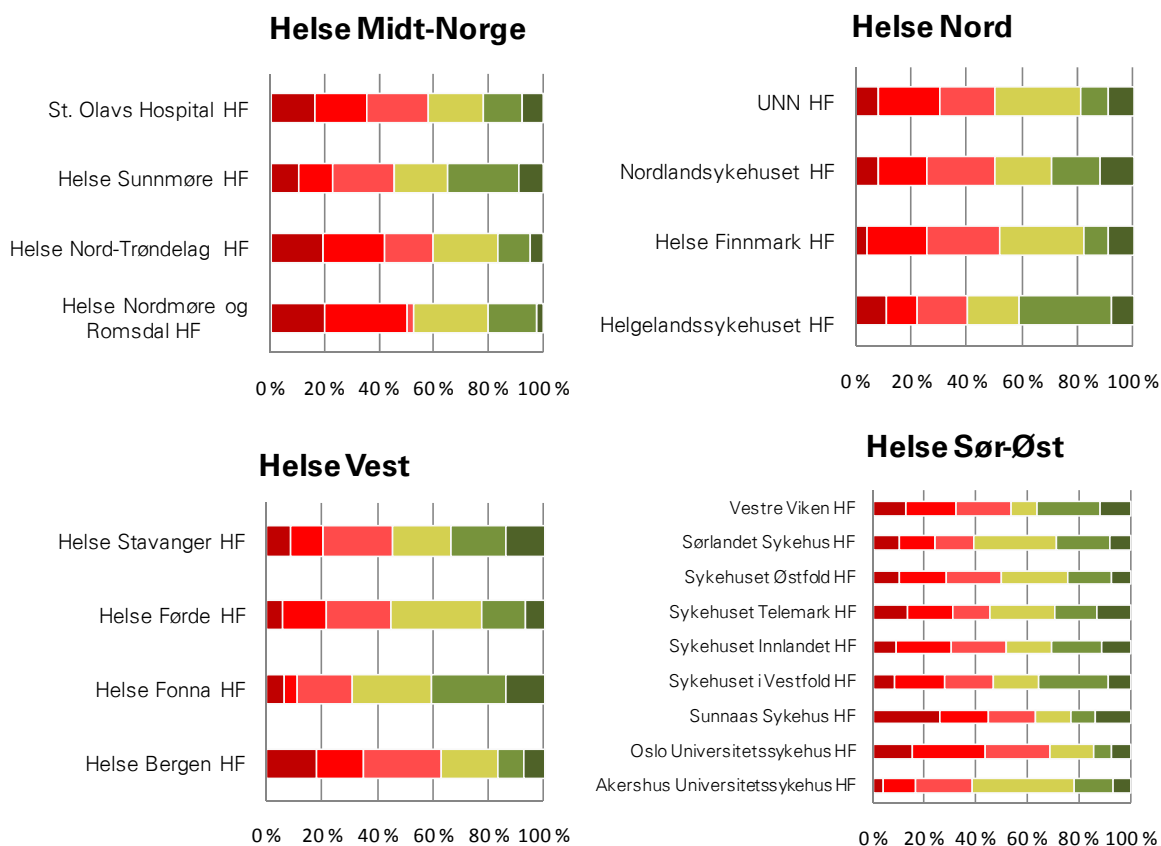
“Jeg mener it-systemet (PAS/EPJ/Annet) som jeg benytter til å registrere medisinsk koding i er enkelt å bruke”

Svarskala

1 Helt uenig ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 Helt enig ■

Gruppe

Gruppe 1



²² Det vil si oppgir skår 1-3.

²³ Det vil si oppgår skår 4-6.

Figur 7: Opplevelse av IT-systemet hos Gruppe 2

Spørsmål

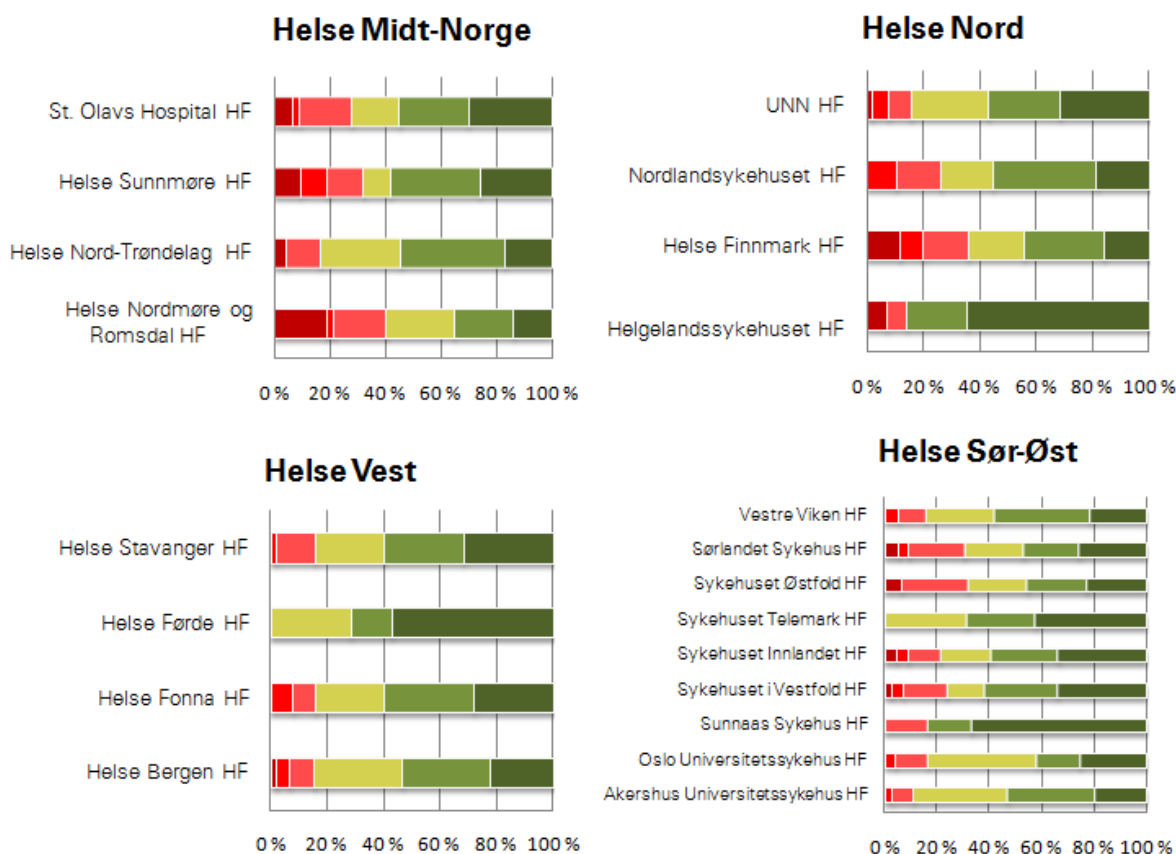
”Jeg mener it-systemet (PAS/EPJ/annet) som jeg benytter til å registrere medisinsk koding i er enkelt å bruke”

Svarskala

1 Helt uenig ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 Helt enig ■

Gruppe

Gruppe 2



I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å evaluere hva som er relevante feilkilder til eventuell feilkoding. Ett av svaralternativene var at dataverktøyene (PAS/EPJ) som benyttes ikke er gode nok. 61 % av de som selv setter medisinske koder i gruppe 1 er enige²⁴ i denne påstanden.²⁵

Gjennom intervjuene ble det gitt uttrykk for at opplevelsen av IT-systemene varierte mellom HF-ene, selv der de hadde samme systemer. Opplevelsen varierte også innad i HF-ene. Generelle trekk var at stabspersonell hadde bedre opplevelse av systemene enn personell i klinisk virksomhet, og at de med mer erfaring fra systemene hadde bedre opplevelse enn de som nylig hadde tatt systemene i bruk.

To eksempler på forhold som bidro til dårlig opplevelse ble trukket fram: for dårlige søkefunksjoner for oppslag i kodeverk og/eller manglende integrering av egnede søkeverktøy, og at skjermbildene er for lite tilpasset rollen til brukeren.

Av andre forhold som representerer en risiko for kodekvaliteten ble det nevnt trege datamaskiner og dårlig funksjonalitet ved talegjenkjenningsverktøy.

²⁴ Det vil si oppgir skår 4-6.

²⁵ Se Figur 9 i 2.1.7 for svaroversikt på dette spørsmålet. Det er brukt justert vektning på resultatene.

En tilbakevendende problemstilling i foretakene som var med i fase 2 var at det finnes flere uavhengige IT-systemer i bruk, gjerne spesifikke for avdelinger eller fagområder. Det fremkom i intervjuene at der disse ikke er integrert mot journalsystemet, vil dette kunne medføre en risiko for at kodene ikke blir overført på riktig måte og dermed ikke rapportert til NPR, eller at kodene blir rapportert to ganger. Noen steder var det utarbeidet rutiner for å forsøke å sikre denne overføringen, men i hovedsak var disse rutinene ikke formalisert/dokumentert.

Det finnes dataverktøy som, automatisk eller via menyvalg, kan utføre DRG-gruppering og få ut DRG-informasjon. Etter gruppering vises beregning av DRG-poeng, DRG-vekt eller refusjonsbeløp i kroner for oppholdet. Noen varianter av slike grupperingsverktøy kan også brukes til simulere seg fram til den koderekkefølgen som gir mest økonomisk uttelling. Bruk av denne funksjonaliteten er blitt vurdert som en risiko for misbruk.

Bruk av slike verktøy ble diskutert i intervjuene. Det ble fortalt at grupperingsverktøy brukes hovedsakelig i forbindelse med analyse av datamateriale før NPR-rapportering. I noen tilfeller ble også grupperingsverktøy brukt i forbindelse med planlegging av ny aktivitet ved foretakene, for å vurdere lønnsomheten av den planlagte aktiviteten. Det ble gjennom intervjuene understreket at grupperingsverktøy ikke blir brukt av kodesettere for å bestemme koderekkefølge med hensikt å øke refusjonsbeløpet.

2.1.6 Tilgjengelig tid til koding

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å svare på om de opplever å ha tilstrekkelig tid til koding. Svarene varierer, men i hovedsak opplever gruppe 1 at de har for liten tid til å finne/sette riktig medisinsk kode. Ved 19 av 21 HF oppgir over 50 % at de ikke har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig kode.²⁶ Resultatene vises i Figur 8.

²⁶ Det vil si oppgir skår 1-3.

Figur 8: Tid til koding

Spørsmål

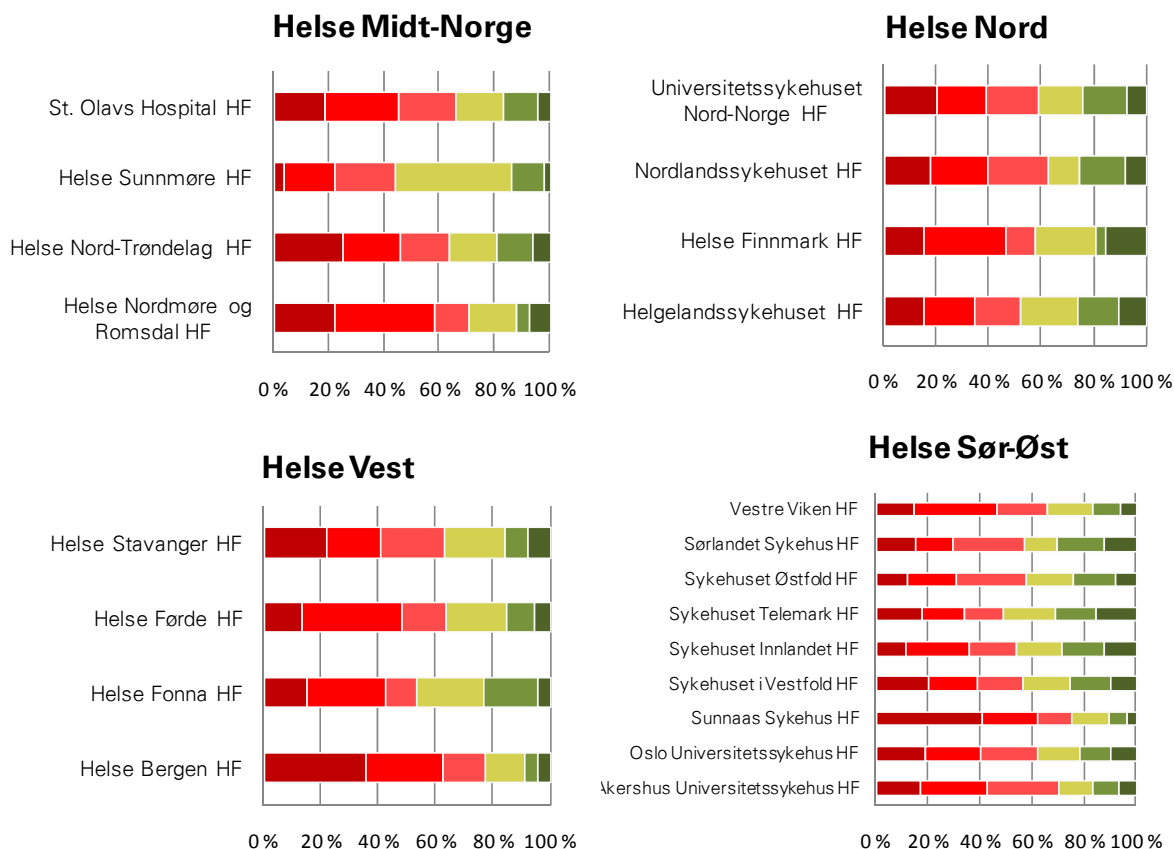
“Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig medisinsk kode”

Svarskala

1 Helt uenig 2 3 4 5 6 Helt enig

Gruppe

Gruppe 1, respondenter som har oppgitt at de selv setter medisinske koder.



I intervjuene ble tidsutfordringene spesielt trukket frem i forbindelse med poliklinisk behandling. Ved flere HF er det slik at legene selv skal sette koder og legge disse inn i IT-systemet fortløpende. Legene opplevde at dette var for tidkrevende og at det gikk ut over tiden med pasientene, som allerede oppleves som knapp. Denne utfordringen ble ikke omtalt ved HF-ene der det fortsatt er helsesekretærer som legger kodene inn i IT-systemet basert på kortliste/skjema utfyllt av legen og levert av pasienten.

Det er et nasjonalt krav at epikrise skal sendes senest en uke etter utskrivelse. I flere intervjuer framkom det at dette ofte medførte opphoping av uferdige epikriser, og at legene dermed har en stor bunke med epikriser som skal kodes samtidig. Flere av de som ble intervjuet mener at kravet om epikrise innen en uke medfører at de ikke kan ta seg tilstrekkelig tid til å finne den beste koden/kodekombinasjonen, noe som resulterer i at det for ofte benyttes en samlekode (Z-kode) eller en kode som ikke fullstendig beskriver tilstanden til pasienten.

Enkelte foretak opererer med at pasienten skal få epikrisen "i hånda" ved utskrivelse. Det ble ved disse foretakene fortalt at kodesettingen ble hastearbeid med følgende risiko for dårlig kodekvalitet.

Ved mange avdelinger er det utarbeidet hjelpeverktøy som kan bidra til å redusere tidsbruken til koding. Det vanligste eksempelet er kortlister der de mest brukte kodene for fagfeltet er samlet. Av

respondentene i Gruppe 1 er det 84 % ²⁷ som svarer ja på at enheten/avdelingen de jobber i har utarbeidet kortlister over de mest brukte medisinske koder/prosedyrer. 5 % av Gruppe 1 vet ikke om slike lister finnes i deres enhet/avdeling.

I intervjuene ble det gitt uttrykk for at kortlister er gode verktøy for å redusere tidsbruken og sikre et visst nivå på kodekvaliteten. På den annen side ble det fortalt at i de tilfellene der korrekt kode ikke står på kortlisten velges ofte den mest representative koden tilgjengelig på listen, eller en samlekode. Dette ble uttrykt som en risiko for kodekvaliteten.

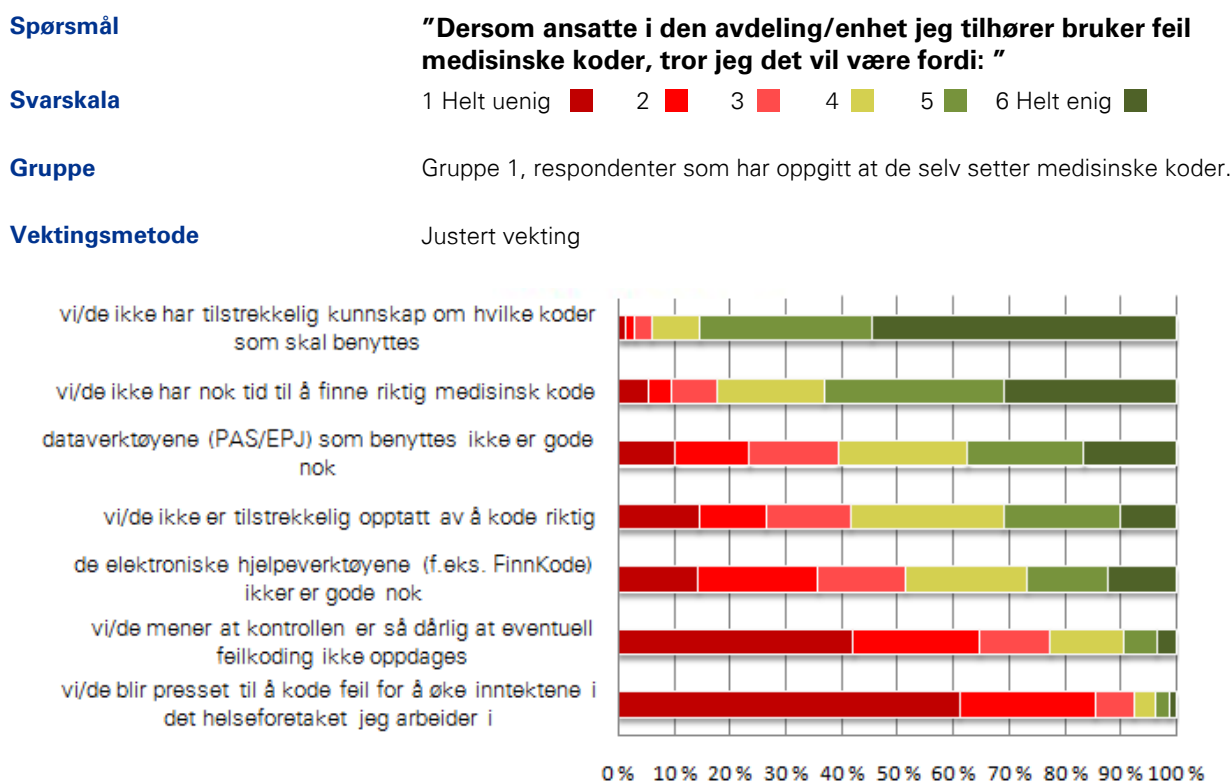
2.1.7 Årsaker til feilkoding

I tidligere revisjoner/undersøkelser omtalt i kapittel 1.3 har det fremkommet at kodekvaliteten har vært for dårlig og at det er stor grad av feilkoding i foretakene.

I denne revisjonen ble de ansatte, i spørreundersøkelsen, bedt om å vurdere relevansen av ulike kilder til eventuell feilkoding i egen avdeling/enhet. Svarene viste at de tre viktigste er "vi/de har ikke tilstrekkelig kunnskap om hvilke koder som skal benyttes", "vi/de har ikke nok tid til å finne riktig medisinsk kode", og "dataverktøyene (PAS/EPJ) som benyttes er ikke gode nok", se Figur 9. Opplevelsen av å bli presset til å kode feil for å øke inntektene i helseforetaket er vurdert som den minst relevante feilkilden.

Manglende kunnskap om hvilke koder som skal benyttes, lite tid til koding og misnøye med it-systemene som benyttes i koding, ble også i intervjuene beskrevet som sentrale årsaker til risiko for feilkoding i egen enhet, sammen med manglende motivasjon til kodesetting hos leger.

Figur 9: Opplevde årsaker til feilkoding



²⁷ Filtrert for de i gruppe 1 som oppgir at de selv setter medisinske koder. Det er brukt HF-vekting på resultatet.

2.1.8 Varsling og bevisste brudd på koderegelverket

De ansatte ble i spørreundersøkelsen stilt spørsmål knyttet til bevisste brudd på koderegelverket i form av feilkoding eller valg av ikke-optimal behandling for å øke refusjonsbeløpet. Resultatene er HF-vektet og presentert i Tabell 5.

Tabell 5: Kjennskap til brudd på koderegelverket

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3, kun Ledernivå 3
<i>Jeg har det siste året fått kjennskap til at ansatte eller ledere i mitt HF med overlegg har brukt gal medisinsk kode for å øke refusjonsbeløpet</i>	2,2 %	1,1 %	1,6 %
<i>Jeg har det siste året fått kjennskap til at ansatte eller ledere i mitt HF har valgt en annen behandling enn det som er medisinsk optimalt for å øke refusjonsbeløpet</i>	1,1 %	0,9 %	2,5 %

Det er tre HF der ingen har oppgitt kjennskap til bevisst brudd av feil medisinsk kode for å øke refusjonsbeløpet. I fem HF har ingen oppgitt kjennskap til valg av ikke-optimal behandling for å øke refusjonsbeløpet.

Antall ansatte som har oppgitt kjennskap til brudd på koderegelverket er lavt ved alle helseforetakene unntatt ett. Ved dette foretaket har 17 % av gruppe 1 og 26 % av gruppe 3 oppgitt kjennskap til bevisst feilkoding, og 17 % av gruppe 3 har oppgitt kjennskap til ikke-optimal behandling.

I kapittel 2.1.7, Figur 9 presenteres gruppe 1 sin vurdering av relevansen av ulike feilkilder til koding. 8 % av de som selv setter medisinske koder i gruppe 1 anser press til å kode feil for å øke inntektene som en relevant feilkilde.²⁸ Andelen som oppgir dette varierer fra 0 % til 17 % mellom helseforetakene, med de fleste foretakene rundt gjennomsnittet. Et hovedinntrykk fra de gjennomførte intervjuene er også at det medisinske personellet i liten grad opplever et press for å kode bevisst feil for å øke den økonomiske refusjonen.

De ansatte ble spurt om de vil velge å melde fra til ledelse eller andre aktuelle parter ved kjennskap til, eller sterk mistanke om, bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF. Av respondentene i gruppe 1 oppgir 76 % at de vil velge å melde fra. 3 % svarer at de ikke vil melde fra, mens de øvrige 21 % har svart "vet ikke".²⁹ I gruppe 2 er det 83 % som vil melde fra, 16 % som er usikre og 1 % som ikke ville melde fra.²⁹ Det er gjennomgående en høy andel ansatte i alle helseforetak som svarer at de vil velge å melde fra.

For å redusere risikoen for at bevisst feilkoding og andre kritikkverdige forhold ikke blir meldt fra om, er det viktig at de ansatte føler seg trygge på at de vil bli behandlet på en forsvarlig måte dersom de ønsker å melde fra om slike forhold. I spørreundersøkelsen ble derfor respondentene bedt om å vurdere ulike aspekter i forbindelse med varsling av brudd på reglene for koding. Det er stor enighet blant respondentene om at å varsle er det riktige å gjøre og at det forventes av dem, men det fremkommer en usikkerhet rundt konsekvenser for varsleren. For eksempel oppgir 20 % at de ikke er trygge på at de vil bli behandlet anonymt i en varslingssituasjon, og 32 % svarer "vet ikke".³⁰ Se for øvrig Figur 10 for flere resultater.

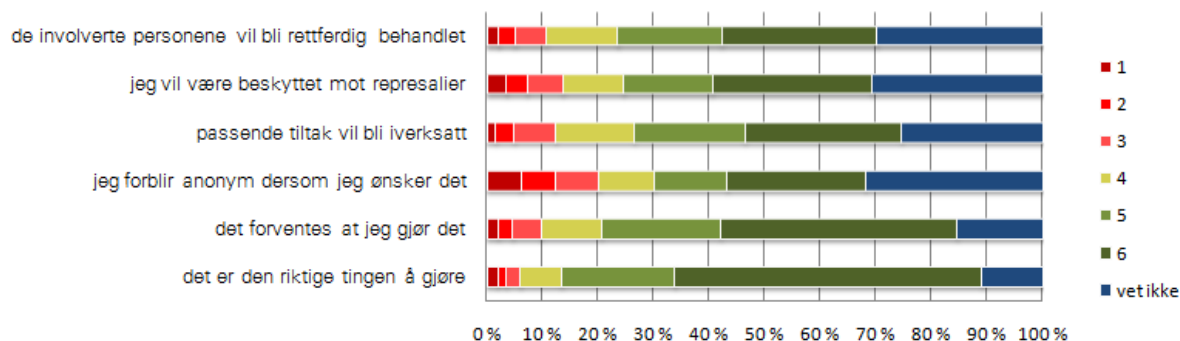
²⁸ Det vil si oppgir skår 4-6. Det er brukt justert vektning på resultatet.

²⁹ Det er brukt HF-vektning på resultatene.

³⁰ Det vil si oppgir skår 1-3. Det er brukt justert vektning.

Figur 10: Opplevde konsekvenser av å melde fra om brudd på reglene for koding

Spørsmål	”Hvis jeg melder fra til egen ledelse om et alvorlig brudd (dvs. systematisk kreativ koding med økonomisk vinning som mål) på reglene for koding, vil jeg føle meg trygg på at...”
Svarskala	1 Helt uenig ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 Helt enig ■
Gruppe og filter	Gruppe 1
Vekting	Justert vekting



2.1.9 Samlet vurdering av styrings- og kontrollmiljø

Et godt styrings- og kontrollmiljø vil være avhengig av en god organisering med klare roller og ansvarsforhold for medisinsk koding og tydelig forankring av kontrollfunksjonene.

Hovedtrekkene for roller, ansvarsfordeling og organisering av arbeidet relatert til medisinsk koding er stort sett felles for foretakene, og etter internrevisjonens vurdering etablert med en hensiktsmessig rollefordeling på overordnet nivå. På operativt nivå er det imidlertid forskjeller både internt i det enkelte helseforetak og mellom foretakene. Dette gjelder for eksempel oppgavefordeling mellom leger og helsesekretærer, rutiner for kontrasignering av epikriser og hvilke kontrollfunksjoner som er etablert. Disse forskjellene gir ulikheter i kvaliteten på arbeidet med å sikre riktig koding.

Undersøkelsen viser at det er tydelig kommunisert fra ledelsen at kodingen skal være medisinsk korrekt. Dette er også oppfattet nedover i organisasjonen og ser ut til å ha positiv innvirkning på holdningene hos øvrige ansatte. Internrevisjonen oppfatter dette som svært viktig for å forebygge kreativ koding. Internrevisjonens vurdering er likevel at det i hovedsak er det økonomiske formålet som er drivkraften for korrekt koding – men da i forhold til at enheten får de inntekter den har krav på. Egeninteressen for korrekt koding for andre formål er lite framtrødende. Enkelte ga uttrykk for en betydelig skepsis til bruk av registrerte koder for andre formål, for eksempel som grunnlag for kvalitetsindikatorer eller forskning. Vi oppfatter dette som manglende tillit til kvaliteten av registrerte data for annet enn økonomiske formål.

Vi vil også trekke fram som en risiko at mange kodesettere opplever koderegelverket som uoversiktlig og vanskelig å forholde seg til. Dette kan medføre frustrasjon og manglende motivasjon til god kodepraksis.

Internrevisjonen har observert at det kun i få tilfeller er stilt formelle krav til kodekompetanse og obligatorisk opplæring hos kodesettere og -kontrollere. Både i spørreundersøkelsen og i intervjuene fremkom det at en stor andel av de som selv setter koder opplever opplæringen som utilstrekkelig, samtidig som manglende kunnskap hos kodesettere oppfattes som den største risikoen for

feilkoding i foretakene. Sammen med kompleksiteten i koderegelverket og varierende kvalitet på kontrollfunksjonene vurderes dette som en betydelig risiko for feilkoding.

Manglende tid til koding er også påpekt som en risiko for feilkoding. Internrevisjonens forståelse er at denne opplevelsen av tidspress i stor grad er koplet mot de tidsfrister som gjelder for utsending av epikrise. Opplevelse av tidspress gjelder også ved de poliklinikker der det forventes at behandler skal journalføre koder fortløpende direkte i EPJ/PAS i forbindelse med konsultasjon av den enkelte pasient. Disse problemstillingene vil bli nærmere drøftet i kapittel 3.5.

Gjennom denne revisjonen har det ikke framkommet holdepunkter for at IT-systemer benyttes til å endre koderekkefølgen med sikte på å maksimere inntjening. Derimot har det framkommet enkelte eksempler på at det benyttes grupperingsverktøy for å vurdere potensiell inntjening i forbindelse med planlegging og oppstart av ny aktivitet.

En stor andel av respondentene har i spørreundersøkelsen oppgitt "at PAS/EPJ-systemene ikke er gode nok" som en potensiell kilde til feilkoding. Basert på dette, sammen med opplysninger i intervjuene, er internrevisjonens vurdering at ytterligere satsing på utvikling av brukervennlighet og integrasjon av de verktøy som benyttes vil kunne bidra både til mindre feilkoding og til reduksjon av medgått tid til koding.

Resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjuene antyder at bevisste brudd på koderegelverket for å øke refusjonsbeløpet kan forekomme i liten grad. Internrevisjonens oppfatning er at kodesettere generelt ønsker å finne riktig kode, men at kompleksiteten i systemet gjør riktig koding krevende. Ved en eventuell varslig av feilkoding internt i organisasjonen viser spørreundersøkelsen at en del er usikre på hvordan varslene vil behandles. Dette kan medføre risiko for at det ikke meldes fra om det skulle oppdages regelbrudd.

Vurderingen samlet sett er at styrings- og kontrollmiljøet i foretakene på området medisinsk kodepraksis bør forbedres.

2.2 Målsettinger og risikovurderinger

Følgende problemstillinger fra mandatet inngår i temaområdet:

- Har foretakene fastsatt målsettinger for arbeidet med medisinsk koding?
- Gjennomfører foretakene risikovurderinger på området?

Resultatene fra spørreundersøkelsen og gjennomførte intervjuer samt dokumentanalyse er slått sammen for å besvare problemstillingene.

2.2.1 Målsettinger

For å kunne vurdere og håndtere risiko forbundet med et område eller en prosess er det nødvendig at det er etablert målsettinger for området, enten kvantitative, kvalitative eller en kombinasjon av disse. Uklare eller manglende mål bidrar i seg selv ofte til styringsmessige utfordringer. Revisjonen har i begge faser kartlagt om det er etablert formelle målsettinger for medisinsk koding i helseforetakenes styringsdokumenter.

Ved de ni helseforetakene som inngikk i fase 2 er det ikke etablert skriftlige målsettinger for arbeidet med medisinsk koding, bortsett fra at det er fastsatt mål for produksjon av DRG-poeng.

Foretaksledelsen³¹ i helseforetakene ble i undersøkelsen spurt om deres helseforetak har egne mål for arbeidet med medisinsk koding (for eksempel om økt inntjening som følge av mer komplett koding, om reduksjon i feilkoding, evt. annet). Dette ledernivået var representert blant respondentene i 19 av totalt 21 helseforetak i spørreundersøkelsen, og representanter fra 18 av helseforetakene oppgir at det er etablert slike målsettinger. Det som oppgis som målsetting er først og fremst at det skal kodes medisinsk korrekt. Ingen av de ni helseforetakene som inngikk i fase 2 av revisjonen hadde imidlertid definert slike mål i skriftlig form. De målsettingene for kodearbeidet som øverste ledelse oppga i spørreundersøkelsen antas derfor i stor grad å være målsettinger som ikke er nedfelt i formelle styringsdokumenter

2.2.2 Risikovurderinger

Formaliserte risikovurderinger på området medisinsk kodepraksis skal bidra til at vesentlige risikoer på området identifiseres, og at nødvendige kontrolltiltak og øvrige tilpasninger for å redusere risikoen for bevisst og ubevisst feilkoding blir iverksatt.

Foretaksledelsen fikk derfor spørsmål om det har vært foretatt risikovurderinger vedrørende medisinsk koding ved eget HF/sykehus de to siste årene. Ved 15 av 19 HF er det minst én respondent som har oppgitt at risikovurderinger har vært gjennomført.

Ledernivå 2 og 3 ble i spørreundersøkelsen spurt om det har vært gjennomført risikovurderinger av medisinsk kodepraksis ved deres divisjon/klinikk/avdeling de siste årene. Ved alle HF med unntak av to er det minst én som har oppgitt at risikovurderinger har vært gjennomført. Andelen er imidlertid liten og varierer mellom 0 % og 38 %. Totalt har 13 % svart at dette har vært gjennomført, 55 % har svart at det ikke har vært gjennomført og 32 % har svart at de ikke vet.³²

Selv om enkelte oppgir at det er foretatt risikovurderinger er det sannsynlig at dette i liten grad er dokumentert, da det ikke har vært gjennomført skriftlige/dokumenterte risikovurderinger ved noen av de ni helseforetakene som inngikk i fase 2 av revisjonen.

2.2.3 Samlet vurdering av målsettinger og risikovurderinger

Undersøkelsen viser tydelig at ledelsen ved helseforetakene signaliserer krav til riktig medisinsk koding i organisasjonen og at dette er den rådende holdning. Samtidig er dette kravet i liten grad formalisert gjennom skriftlige målsettinger for kodekvalitet. Som en stadfestelse av holdningen til riktig kodekvalitet bør det vurderes å formalisere krav til kodekvalitet som en målsetting i forbindelse med kodearbeidet.

Det er mange utfordringer knyttet til å oppnå rimelig sikkerhet for at den medisinske kodingen blir korrekt, det viser både denne revisjonen og tidligere revisjoner/gjennomganger. Internrevisjonen mener at gode og dokumenterte risikovurderinger vil være en effektiv fremgangsmåte for å avdekke og evaluere slike utfordringer. De gir samtidig foretaket et godt grunnlag for å velge fornuftig organisering og gode kontroller. Undersøkelsen viser at få, om noen, helseforetak har benyttet dokumenterte risikovurderinger som verktøy i denne forbindelse. En større grad av systematikk her ville gitt et godt grunnlag for forbedringsarbeid.

³¹ De som i spørreundersøkelsen har oppgitt at de tilhører Ledernivå 1 – foretaksledelse.

³² Det er brukt HF-vekting på resultatene.

2.3 Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis

Følgende problemstillinger fra mandatet inngår i temaområdet:

- Er det etablert rutiner eller retningslinjer som definerer roller, ansvar og oppgaver i arbeidet med medisinsk koding?
- I hvilken grad er arbeidsrutinene hensiktsmessige og dekkende, herunder hvordan dokumenteres vurderinger/beslutninger om kodeendringer i EPJ/PAS?
- Hvilke nøkkelkontroller er etablert for å gi rimelig sikkerhet for at kodingen gjennomføres i tråd med gjeldende regelverk?

Hvordan vurderinger/beslutninger om kodeendringer dokumenteres i EPJ/PAS er ikke kartlagt.

Resultatene fra spørreundersøkelsen og gjennomførte intervjuer samt dokumentanalyse er slått sammen for å besvare problemstillingene.

2.3.1 Dokumenterte arbeidsrutiner

Ett av flere virkemidler for å sikre korrekt medisinsk koding, er å ha rutiner som:

- Definerer hvilke roller og ansvar knyttet til koding og kodekontroll de enkelte funksjoner/stillinger skal ha
- Beskriver konkret hvilke kodeoppgaver og tilhørende kontrollopgaver som skal gjennomføres

De ansatte fikk i spørreundersøkelsen spørsmål om det foreligger skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding i deres avdeling/enhet³³, som definerer roller, ansvar og oppgaver. Resultatene viser at gruppe 1 i varierende grad mener det er etablert skriftlige arbeidsrutiner, se Figur 11. Resultatene fra øvrige grupper avviker ikke vesentlig fra dette.

³³ Av hensyn til respondentenes anonymitet, ble det ikke stilt spørsmål om hvilken avdeling/enhet de ansatte tilhører.

Figur 11: Oppfatning av eksistens av arbeidsrutiner

Spørsmål

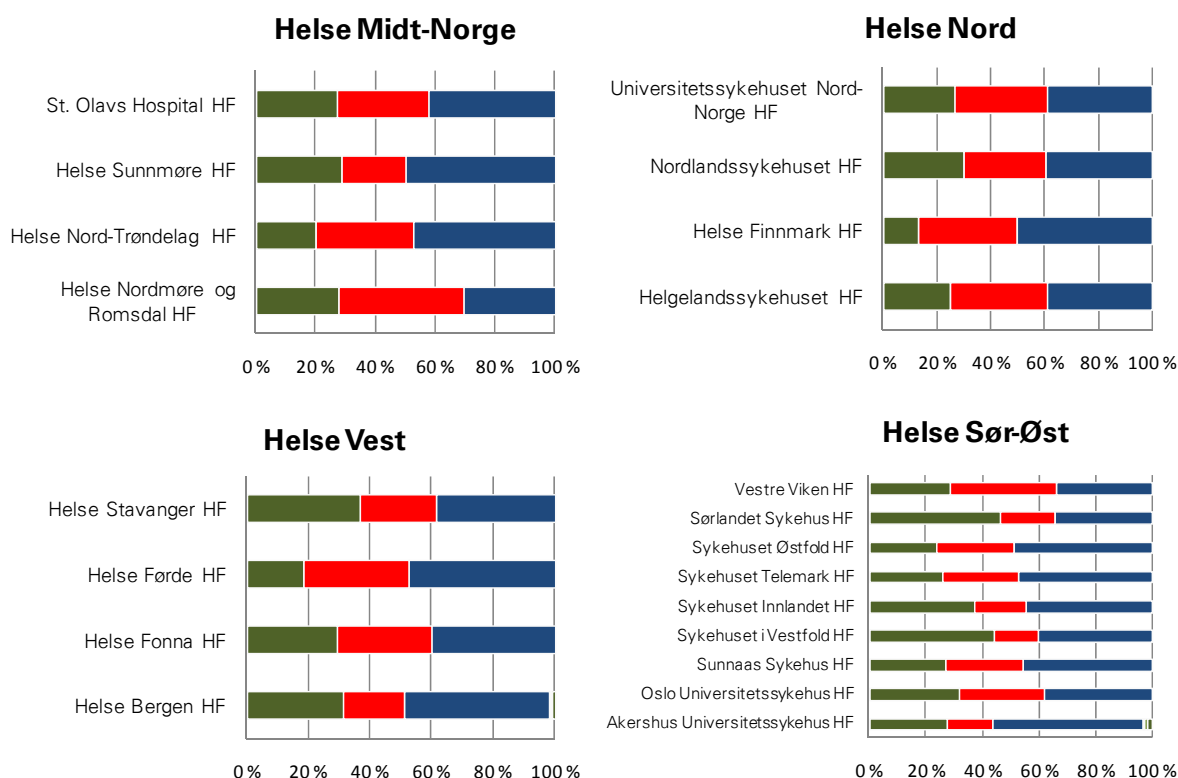
"Har din avdeling/enhet etablert skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?"

Svarskala

■ Ja ■ Nei ■ Vet ikke

Gruppe og filtrering

Gruppe 1



Ved de ni helseforetakene som inngikk i fase 2 av revisjonsprosjektet, ble eksistens og innhold av dokumenterte arbeidsrutiner kartlagt nærmere. Dokumentkartleggingen viser at helseforetakene i varierende grad har utarbeidet slike. Fire av HF-ene har overordnede rutiner på foretaks- og sykehusnivå. Åtte av HF-ene har dokumenterte arbeidsrutiner ved noen av de kontrollerte avdelingene, mens det niende HF-et ikke har slike rutiner ved noen av avdelingene som er kontrollert.

Et gjennomgående inntrykk fra intervjuene ved de ni helseforetakene er at selv i de enheter som har beskrevet rutiner på dette området, er de lite kjent blant andre enn ledelsen og i noen tilfeller kodekontrollere at beskrivelsene foreligger.

Resultatene fra undersøkelsen tyder altså på at det er lav kjennskap til, og varierende eksistens av, dokumenterte arbeidsrutiner som definerer roller og ansvar. Likevel ble det i intervjuene stort sett gitt uttrykk for at de ansatte opplever sin rolle i forbindelse med medisinsk koding som tydelig. Et unntak har vært at kodekontrollere noen steder opplever sin rolle som flytende og at det ikke er klart definert hva som skal kontrolleres.

2.3.2 Nøkkelkontroller

Det er identifisert tre hovednivåer knyttet til kodekontroll: kontroll ved kontrasignering, kontroll på enhetsnivå og kontroll på sentralt nivå. Her redegjøres det for hvordan disse kontrollene gjennomføres og fungerer i helseforetakene.

Kodekontroll gjennom kontrasignering

Kontrasignering innebærer at en overlege leser epikrise med tilhørende koder satt av epikriseskrivende lege, og kontrasignerer dersom dette godkjennes.

Felles for de ni helseforetakene er krav om at alle epikriser utarbeidet av turnusleger skal kontrasignes av overlege. Når det gjelder kontrasignering for LIS-leger er det imidlertid varierende praksis. Den vanligste modellen er at det kontrasignes for uerfarne LIS-leger, ofte definert som LIS-leger med mindre enn ett års erfaring.

Ved noen HF ble det uttalt at epikriser til tider blir kontrasignert uten å bli nøye kontrollert grunnet tidspress hos overlegene. Ved ett helseforetak ble det opplyst at grunnet tidspress ble ikke alle epikriser som skulle vært det kontrasignert.

Dersom overlegen ikke godkjenner epikrise eller koder, må epikriseskrivende lege utføre rettelser basert på overlegens tilbakemelding. Det er varierende praksis i om overlegen lager konkrete forslag til endringer eller kun sender en melding om feil tilbake til behandlende lege. Etter at endringen er gjort blir epikrise og koder igjen sendt overlegen for kontrasignatur.

Det fremkom i intervjuene at feilkoding hyppig oppdages og korrigeres gjennom denne kontrollen, men det ble gitt få konkrete anslag på omfanget

Kodekontroll på enhetsnivå

Før det foretas sentrale kontroller er det som regel en form for kodekontroll på enhetsnivå, innenfor hver avdeling eller hver klinikk. Dette er oftest organisert ved at enheten har dedikerte kodekontrollere som, i samarbeid med en kodeansvarlig overlege, gjennomgår epikriser og koding for å kontrollere at kodingen er fullstendig og korrekt. Det varierer imidlertid både internt og mellom helseforetakene i hvilken grad slike kontrollroller er etablert, og hvor omfattende kontrollene er. Noen steder var slik kontroll nærmest fraværende, mens ved andre enheter ble samtlige epikriser og koder kontrollert.

Det er ulik praksis rundt håndtering av feil som avdekkes gjennom kodekontrollen. Epikriseskrivende lege orienteres ikke alltid om rettinger som foretas.

I intervjuene ble det oppgitt at det ved enkelte avdelinger blir funnet og korrigert kodefeil i inntil 50 % av epikrisene gjennom denne kontrollen. Det ble uttrykt bekymring rundt at slike kontroller ikke forekommer ved alle avdelinger, noe som medfører at mange kodefeil ikke blir oppdaget og dermed ikke korrigert.

Sentral kodekontroll

Med sentral kodekontroll menes her kontroller som foretas av enheter utenfor den avdelingen som blir kontrollert. Vanligvis er det økonomienheten eller andre interne stabsenheter som gjennomfører disse kontrollene. Det hender også at kontrollene blir utført av eksterne leverandører, hovedsakelig av Analysesenteret AS.

Den sentrale kodekontrollen er i hovedsak innrettet for å kvalitetssikre rapporteringene til NPR, og fokuserer på kodefeil som kan oppdages ved analyse av datagrunnlaget. Disse analysene

gjennomføres ved hjelp av lister over mulige feil og spesifikke spørringer i Nimes³⁴ eller tilsvarende programvare. Det kontrolleres blant annet for manglende og ufullstendig koding (DRG 470) og ulogiske sammenhenger, for eksempel pasienter som har vært inneliggende lengre enn normalt uten at dette gjenspeiles gjennom kodingen. Kun dersom slike analyser gir grunnlag for nærmere undersøkelser sammenliknes kodingen med informasjonen i epikriser og eventuelt andre journalldokumenter.

Det varierer mellom foretakene om denne sentrale kontrollen gjennomføres med hovedfokus på medisinsk korrekt koding eller økonomi. Der hvor fokuset er på økonomi prioriteres analyser som finner kodefeil der rettelser medfører økt refusjon, mens analyser som ikke vil påvirke refusjonen direkte vil nedprioriteres.

Internrevisjonen har registrert at den sentrale kontrollfunksjonen ved ett foretak har utarbeidet egen sjekkliste for kontrollhandlinger som skal gjennomføres på måneds- eller tertialbasis. Den enkelte avdeling må signere på listen for gjennomførte kontroller og sende utfylt skjema til sentral funksjon i foretaket.

Ved flere foretak utfører den sentrale kontrollenheten også andre former for kodekontroll. Dette kan for eksempel være detaljerte gjennomganger av samtlige epikriser ved en gitt enhet innenfor en avgrenset produksjonstid. Ved denne type kontroller vektlegges aspekter ved kodingen som ikke blir hensyntatt i kontrollen som gjøres før NPR-rapportering. Fokuset kan ligge på om det er valgt riktig hoveddiagnose, og om bidiagnoser og operasjonskoder er korrekt og fullstendig kodet. Her sammenliknes koding og epikriser.

Ved ett av helseforetakene ble det opplyst at man ved disse kontrollene finner og korrigerer kodefeil i sammenheng med 30-50 % av epikrisene.

I intervjuene fremkom det at ansatte i alle stillingskategorier opplever etablerte kontrolltiltak som gode, men ikke tilstrekkelige.

2.3.3 Samlet vurdering av tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis

I foretakene er det i varierende grad utarbeidet skriftlige rutiner eller retningslinjer for medisinsk koding som definerer roller, ansvar og oppgaver. Dersom det er etablert felles rutiner som er dekkende for alle underliggende enheter kan dette være en hensiktsmessig løsning. I motsatt fall bør det være etablert prosedyrer og rutiner lokalt ved avdelinger/enheter. Selv om de ansatte i hovedsak oppfatter sine roller og oppgaver knyttet til koding som tilstrekkelig tydelige, kan manglende rutiner på området innebære økt risiko for ulik og lite hensiktsmessig praksis for koding og kodekontroll.

Den etablerte praksisen i helseforetakene om overlegers kontrasignering av epikriser utarbeidet av mindre erfarne leger er et viktig tiltak for å sikre god kodekvalitet. Det varierer dog i hvilken grad kontrasigneringen gjennomføres, og kvaliteten på arbeidet er også variabelt. Det er viktig at dette arbeidet prioriteres.

Det er stor variasjon i omfanget av øvrige kontroller i de enkelte avdelinger/klinikker ved foretakene. En mulig forklaring på dette kan være at det i relativt liten grad er utarbeidet sentrale føringer for kodekontroll i helseforetakene. Vår vurdering er at denne variasjonen i kontroll ikke nødvendigvis gjenspeiler ulikheter i den faktiske risikoen for feilkoding ved de respektive avdelingene.

På sentralt nivå er helseforetakenes kontroll av DRG-dataene i forbindelse med NPR-rapportering viktige tiltak for å oppdage feilkoding og manglende koding. Det er imidlertid ikke alle former for

³⁴Software som brukes for å trekke ut rapporter om koding, utviklet av Nirvaco Medisinske Systemer

feilkoding som dekkes opp av denne kontrollen. Innretningen varierer mellom helseforetakene. Noen steder har den sentrale kontrollen primært et økonomisk formål. I andre tilfeller er medisinsk korrekt koding hovedfokus for disse kontrollene. Internrevisjonens vurdering er at den sentrale kontrollen bør dekke begge aspekter. Dette for å sikre riktig refusjon samt å bidra til at kodene som rapporteres til NPR gir en korrekt gjengivelse av faktisk produksjon med sikte på senere bruk av data.

Internrevisjonen konstaterer at det ved foretakene er varierende, og ofte for liten, grad av utarbeidede/dokumenterte arbeidsrutiner, samt varierende grad av, og ofte utilstrekkelige, etablerte kontrolltiltak. Samlet sett vurderes derfor helseforetakenes tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis som ikke tilstrekkelige.

2.4 Oppfølging av medisinsk kodepraksis

Følgende problemstillinger fra mandatet inngår i temaområdet:

- Har foretakene etablert prosedyrer for å følge opp medisinsk kodepraksis?
- Er prosedyrene en integrert del av foretakenes systemer for oppfølging og rapportering?
- Gjennomfører foretakene frittstående evalueringer/revisjoner av kodepraksis?
- Hvordan håndterer foretakene evt. avvik innenfor medisinsk kodepraksis?

I tillegg er andre problemstillinger knyttet til oppfølging av medisinsk kodepraksis trukket inn der disse har vist seg som relevante.

Hvordan foretakene håndterer eventuelle avvik innenfor medisinsk kodepraksis er ikke eksplisitt dekket.

Problemstillingene i dette kapittelet er besvart med utgangspunkt i det innsamlede datamaterialet fra fase 2 av revisjonen, det vil si utdypende intervjuer og dokumentanalyse ved ni helseforetak.

2.4.1 Løpende oppfølging

Med løpende oppfølging menes i denne rapporten ledelsens og kontrollpersonnellets oppfølging av arbeidet i forbindelse med kodesetting og -kontroll, inkludert tilbakemeldinger og informasjonsflyt med sikte på læring og forbedring.

Oppfølging på enhetsnivå

Som nevnt i kapittel 2.3.2 er praksis i alle ni helseforetak at epikriser utarbeidet av turnusleger og uerfarne LIS-leger blir kontrollert og kontrasignert av overleger. Ingen av de ni helseforetakene har skriftlige prosedyrer for hvordan tilbakemelding på eventuell feilkoding fra kontrasignerende overlege til underordnede leger skal foregå. Det eksisterer likevel udokumenterte oppfølgingsprosedyrer som omfatter blant annet ordinær veiledning fra overordnet lege gjennom "mester-svenn"-prinsippet, tilbakemeldinger etter gjennomført kodekontroll og diskusjoner om kodepraksis i avdelingsmøter. Gjennomgangen ved de ni helseforetakene viser imidlertid at praksis på dette området varierer betydelig, både mellom helseforetakene og innad i disse.

Når det gjelder tilbakemelding fra kontrollfunksjoner på enhetsnivå (vanligvis kodeansvarlig lege, DRG-sekretærer og/eller kodekontrollere) er praksis ved de fleste helseforetak at det gis tilbakemelding til epikriseskrivende lege eller overordnet lege. Tilbakemeldingen gis enten som "gul lapp" i DIPS (eller tilsvarende i andre IT-systemer), melding i posthyllen eller som muntlig tilbakemelding. Med unntak av for ett helseforetak, er heller ikke disse rutineformalisert.

Ved flere HF ble det i intervjuene trukket fram at avdelingsmøter med varierende mellomrom benyttet som arena for oppfølging av medisinsk kodepraksis. Spesielt benyttet slike møter til å belyse problemstillinger som gjennomgående, eller gjentakende feilkoding, samt til å informere om endringer i regelverket.

Til tross for at det er etablert flere kanaler for oppfølging på enhetsnivå framkom det gjennom intervjuene at mange som setter koder opplever relativt lite oppfølging, tilbakemeldinger eller annen kommunikasjon rundt egen kodepraksis, og at det er lite fokus på koding i den kliniske hverdagen. Ikke alle enheter har etablert en fungerende læringsløype der epikriseskrivende leger får tilbakemelding på egen kodepraksis.

Oppfølging på sentralt nivå

Den løpende oppfølging av kodepraksis på foretaksnivå skjer ofte gjennom stabsenhet med sentral kontrollfunksjon. Det er innarbeidet praksis at det ved sentrale kodekontroller gis tilbakemelding om eventuell feilkoding. Det varierer imidlertid om det kun gis tilbakemelding til kodeansvarlig lege/eller annen kontaktperson i avdelingen, eller om kodesettende lege også får tilbakemelding om dette. Ved enkelte foretak er det utarbeidet rutiner som angir hvordan slike tilbakemeldinger skal foretas.

I forbindelse med tilleggskontroller utført av sentrale kontrollorganer gis tilbakemelding stort sett i form av en rapport med resultatene fra kontrollen.

2.4.2 Frittstående evalueringer av kodepraksis

Ved tre helseforetak som inngikk i revisjonens fase 2 er det gjennomført egeninitierte revisjoner av kodekvaliteten i løpet av de to siste årene. To av disse revisjonene er gjennomført av den eksterne leverandøren Analysesenteret AS. Ved de seks øvrige helseforetakene er vi ikke blitt informert om at det er gjennomført frittstående evalueringer av kodepraksis de siste to årene.

2.4.3 Samlet vurdering av oppfølging av medisinsk kodepraksis

Som det framgår av kapittel 2.3 og 2.4.1 gjennomføres det ulike kontroller av medisinsk koding ved helseforetakene. Oppfølgingen av feil og mangler som avdekkes ved disse kontrollene varierer imidlertid, spesielt gjelder dette for feil og mangler som avdekkes gjennom kontrasingering.

Det er i liten grad etablert prosedyrer som beskriver hvordan gjennomførte kontroller skal følges opp for å bidra til en hensiktsmessig læringsløype. Ufullstendige læringsløyper kan innebære at erfaringene fra kontrollene som gjennomføres ikke blir benyttet systematisk til forbedring.

Det er i liten grad gjennomført frittstående evalueringer/revisjoner av medisinsk kodepraksis. Konsekvensen av dette kan være at helseforetakene ikke får nyttig informasjon om den medisinske kodekvaliteten i eget helseforetak.

3 Oppsummering av funn, konklusjoner og anbefalinger

Dette kapittelet oppsummerer funnene fra internrevisjonen. Deretter følger samlet konklusjon og anbefalinger til tiltak for å styrke det medisinske kodearbeidet. Anbefalingene er kategorisert med forslag til tiltak på foretaksnivå og regionalt nivå. Anbefalingene tar utgangspunkt i dagens rammebetingelser. Imidlertid er det forhold her som kan tenkes å kunne endres på lengre sikt. Derfor trekkes det til slutt opp noen gjennomgående utfordringer hvor mulige tiltak av nasjonal art kan vurderes.

3.1 Oppsummering av funn

Oppsummeringen av funn er organisert rundt hovedtemaene for internrevisjonen.

1. Styrings- og kontrollmiljø
2. Målsettinger og risikovurderinger
3. Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis
4. Oppfølging av medisinsk kodepraksis

1. Styrings- og kontrollmiljø

Et godt styrings- og kontrollmiljø forutsetter hensiktsmessig organisering med klare roller og ansvarsforhold for medisinsk koding og tydelig forankring av kontrollfunksjoner for å sikre at den medisinske kodingen blir korrekt. Videre, at ledelsen har gode holdninger til betydningen av å kode medisinsk korrekt, og at det tydelig kommuniseres at bevisst uriktig koding ikke er akseptabelt. Et godt styrings- og kontrollmiljø forutsetter også at det sørges for nødvendig opplæring i koderegelverket og datasystemene som kodene skal registreres i, slik at involvert personell i alle involverte funksjoner har nødvendig kompetanse for å ivareta kodearbeidet på en god måte. Til slutt, at det er tilstrekkelige ressurser som gjør det tidsmessig mulig å utføre den medisinske kodingen med tilstrekkelig kvalitet.

■ **Organisering, roller og ansvarsforhold innenfor medisinsk kodearbeid**

Internrevisjonen har vist at roller, ansvarsfordeling og organisering av arbeidet relatert til medisinsk koding er stort sett felles for foretakene, og etter internrevisjonens vurdering etablert med en hensiktsmessig rollefordeling på overordnet nivå.

På operativt nivå er det imidlertid forskjeller både internt i det enkelte helseforetak og mellom foretakene. For eksempel gjelder dette oppgavefordeling mellom lege og helsesekretær, rutiner for kontrasignering av epikriser og hvilke kontrollfunksjoner som er etablert. Dette innebærer risiko for ulik kvalitet på arbeidet med å sikre riktig koding.

■ **Holdninger til medisinsk koding**

Internrevisjonen har vist at gjennomgående er det i alle helseforetak tydelig kommunisert fra ledelsen at kodingen skal være medisinsk korrekt. Dette er også oppfattet nedover i organisasjonen og ser ut til å ha positiv innvirkning på holdningene hos involvert personell.

Internrevisjonen oppfatter dette som svært viktig for å forebygge kreativ koding. Internrevisjonens vurdering er likevel at det i hovedsak er det økonomiske formålet som er drivkraften for korrekt koding – forstått slik at enheten får de inntekter den har krav på.

Egeninteressen for korrekt koding for andre formål er lite framtredd hos kodesettere. Enkelte ga uttrykk for en betydelig skepsis til, og manglende tillit til, bruk av registrerte koder for andre formål, for eksempel som grunnlag for kvalitetsindikatorer eller forskning.

■ **Bruk av IT-systemer**

Internrevisjonen har vist at det ikke er holdepunkter for at IT-systemer benyttes til å endre koderekkefølgen med sikte på å maksimere inntjening. Det har imidlertid fremkommet enkelte eksempler på at det benyttes grupperingsverktøy for å vurdere økonomiske konsekvenser i forbindelse med planlegging og oppstart av ny aktivitet.

En stor andel av respondentene har i spørreundersøkelsen oppgitt at PAS/EPJ-systemene ikke er "gode nok" og kan utgjøre en potensiell kilde til feilkoding. Basert på dette, sammen med opplysninger i intervjuene, er internrevisjonens vurdering at ytterligere satsing på utvikling av brukervennlighet og integrasjon av de verktøy som benyttes, vil kunne bidra både til mindre feilkoding og til reduksjon av medgått tid til koding. Resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjuene tyder på at brudd på koderegelverket for å øke refusjonsbeløpet kan forekomme, men at omfanget av dette sannsynligvis er lavt. Internrevisjonens oppfatning er at kodesettere generelt ønsker å kode riktig, men at kompleksiteten i systemet gjør riktig koding krevende.

■ **Kompetansekrav og opplæring hos kodesettere og -kontrollere**

Internrevisjonen har vist at det er kun i få tilfeller er stilt formelle krav til kodekompetanse og obligatorisk opplæring hos kodesettere og -kontrollere.

Både i spørreundersøkelsen og i intervjuene fremkom det at en stor andel av dem som selv setter koder opplever opplæringen som utilstrekkelig, samtidig som manglende kunnskap hos kodesettere oppfattes som den største risikoen for feilkoding i foretakene.

■ **Tid til å utføre kodearbeidet**

Internrevisjonen har vist at de fleste som arbeider med å utføre medisinsk koding opplever å ha manglende tid til oppgaven.

Manglende tid til koding er påpekt som en risiko for feilkoding. Internrevisjonens forståelse er at denne opplevelsen av tidspress i stor grad er koplet mot de tidsfrister som gjelder for utsending av epikrise. Opplevelse av tidspress gjelder også ved de poliklinikker der det forventes at behandler skal journalføre koder fortløpende direkte i EPJ/PAS i forbindelse med konsultasjon av den enkelte pasient.

■ **Varsling om regelbrudd**

Ved en eventuell varsling av feilkoding internt i organisasjonen viser spørreundersøkelsen at en del er usikre på hvordan varslene vil behandles. Dette kan medføre risiko for at det ikke meldes fra om det skulle oppdages regelbrudd

2. Målsettinger og risikovurderinger

For å kunne vurdere og håndtere risiko forbundet med et område eller en prosess er det nødvendig at det er etablert målsettinger for området, enten kvantitative, kvalitative eller en kombinasjon av disse. Uklare eller manglende mål bidrar i seg selv ofte til styringsmessige utfordringer. Formaliserte risikovurderinger på området medisinsk kodepraksis skal bidra til at vesentlige risikoer på området identifiseres, og at nødvendige kontrolltiltak og øvrige tilpasninger for å redusere risikoen for bevisst og ubevisst feilkoding blir iverksatt.

■ **Målsettinger for medisinsk kodearbeid**

Internrevisjonen har vist at ledelsen ved helseforetakene signaliserer tydelige krav til riktig medisinsk koding i organisasjonen og at dette er den rådende holdning. Dette kravet i liten grad formalisert gjennom skriftlige målsettinger for kodekvalitet.

Internrevisjonen har også vist at kun en liten andel av helseforetakene benytter dokumenterte risikovurderinger som verktøy for å finne frem til risikoene som kan hindre medisinsk korrekt koding, samt hvilke tiltak som vil være mest hensiktsmessige å sette i verk for å redusere risiko. En større grad av systematikk her ville gitt et godt grunnlag for forbedringsarbeid.

3. Tiltak for å ha styring og kontroll med medisinsk kodepraksis

For å ha betryggende styring og kontroll med at det medisinske kodearbeidet gjennomføres på en måte som sikrer korrekt koding, må helseforetakene ha utarbeidet og satt i verk tilstrekkelige og hensiktsmessige tiltak som understøtter krav og målsettinger som er satt for arbeidet. Tiltakene bør tilpasses slik at de forebygger, fanger opp og evt. korrigerer feil, svakheter og mangler innenfor kodearbeidet.

■ **Skriftlige rutiner eller retningslinjer**

Internrevisjonen har vist at foretakene i varierende grad har utarbeidet skriftlige rutiner eller retningslinjer for medisinsk koding som definerer roller, ansvar og oppgaver.

Dersom det er etablert felles rutiner som er dekkende for alle underliggende enheter kan dette være en hensiktsmessig løsning. I motsatt fall bør det være etablert prosedyrer og rutiner lokalt ved avdelinger/enheter. Selv om de ansatte i hovedsak oppfatter sine roller og oppgaver knyttet til koding som tilstrekkelig tydelige, kan manglende skriftlige rutiner på området innebære økt risiko for ulik og lite hensiktsmessig praksis for koding og kodekontroll.

■ **Kontrasignering av epikriser**

Internrevisjonen har vist at den etablerte praksisen i helseforetakene om overlegers kontrasignering av epikriser utarbeidet av mindre erfarne leger er et viktig tiltak for å sikre god kodekvalitet.

Det varierer dog i hvilken grad kontrasigneringen gjennomføres, og kvaliteten på arbeidet er også variabel. Det er viktig at dette arbeidet prioriteres.

■ **Øvrige kontroller**

Internrevisjonen har vist at det er stor variasjon i omfanget av øvrige kontroller i de enkelte avdelinger/klinikker ved foretakene. En mulig forklaring på dette kan være at det i relativt liten grad er utarbeidet sentrale føringer for kodekontroll i helseforetakene.

På sentralt nivå er helseforetakenes kontroll av DRG-dataene i forbindelse med NPR-rapporteringen et viktig tiltak for å oppdage feilkoding og manglende koding. Vi har sett dokumentasjon og fått anslag som viser feil i både hoveddiagnoser og bidiagnoser på 30 – 50 %. Det er imidlertid ikke alle former for feilkoding som dekkes opp av denne kontrollen. Innretningen varierer mellom helseforetakene. Noen steder har den sentrale kontrollen primært et økonomisk formål. I andre tilfeller er medisinsk korrekt koding hovedfokus for disse kontrollene.

Internrevisjonens vurdering er at den sentrale kontrollen bør være dekkende for begge aspekter. Dette for å sikre riktig refusjon samt å bidra til at kodene som rapporteres til NPR gir en korrekt gjengivelse av faktisk produksjon med sikte på senere bruk av data.

4. *Oppfølging av medisinsk kodepraksis*

Oppfølgingen skal sikre at kvalitet på det medisinske kodearbeidet og resultatene av dette blir rapportert løpende til personell som koder og ledelse på ulike nivåer. Oppfølgingen kan også ved særlige behov skje i form av frittstående vurderinger som rapporteres særskilt til ledelsen i tillegg til løpende ledelsesrapportering.

■ **Oppfølging av feil og mangler som avdekkes gjennom etablerte kontroller**

Internrevisjonen har vist at oppfølgingen av feil og mangler som avdekkes ved de kontroller som gjennomføres varierer. Spesielt gjelder dette for feil og mangler som avdekkes gjennom kontrasignering.

Det er i liten grad etablert prosedyrer som beskriver hvordan gjennomførte kontrollene skal følges opp for å bidra til en hensiktsmessig læringsløype. Ufullstendige læringsløyper kan innebære at erfaringene fra de ulike kontrollene som gjennomføres ikke benyttes systematisk til forbedring.

■ **Frittstående evalueringer/revisjoner av medisinsk kodepraksis**

Internrevisjonen har vist at det i liten grad er gjennomført frittstående evalueringer/revisjoner av medisinsk kodepraksis. Konsekvensen av dette kan være at helseforetakene ikke får tilstrekkelig informasjon om den medisinske kodekvaliteten i eget helseforetak.

3.2 **Hva forteller funnene oss?**

Resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjuene antyder at bevisste brudd på koderegelverket for å øke refusjonsbeløpet forekommer i liten grad. De ansatte gir i all hovedsak uttrykk for at de er opptatt av å kode medisinsk korrekt. Samtidig er det viktig å være klar over at opplegget for intern styring og kontroll ikke vil kunne hindre at enkeltstående tilfeller av regelbrudd kan forekomme.

Undersøkelsen viser at regelverket for medisinsk koding oppfattes som komplisert blant en stor andel helsepersonell. Den iboende kompleksiteten i kodearbeidet tilsier at det er behov for gode kontrollsystemer. Et godt grunnlag for tilpassing av et kontrollsystem vil være risikovurderinger av området. Vi finner ikke at det er gjennomført dokumenterte risikovurderinger av kodepraksisen.

Sett opp imot kompleksiteten i koderegelverket gir undersøkelsen klare indikasjoner på at det gis for lite opplæring innen medisinsk koding i de ulike helseforetakene. Det er kun et fåtall helseforetak som har satt opplæringen innenfor området i et formelt system med krav til opplæring av ulike stillingskategorier. Det er også i varierende, og for liten, grad etablert skriftlige rutiner og prosedyrer for medisinsk koding ved de reviderte helseforetakene. Legene uttrykker også at de har for lite tid til å sette koder. I sum er dette medvirkende årsaker til at under halvparten av de som selv setter medisinske koder i spørreundersøkelsen gir uttrykk for at de er trygge på at de bruker riktige medisinske koder.

Det fremkommer i intervjuene også signaler på manglende motivasjon for kodearbeidet hos kodesettere. Den opplevde egen nytten av kodingen, for eksempel til bruk i forbedringsarbeid, planlegging eller forskning, synes lav, noe som forklares med manglende tillit til avgitte data. Den fremste motivasjon til kodearbeidet synes å ligge i å få sikret et korrekt inntektsgrunnlag, ikke å sikre korrekt gjengivelse av faktisk produksjon med sikte på senere bruk av data.

Flere av helseforetakene gjennomfører kontroller i form av epikrisegjennomganger på enhetsnivå og foretaksnivå. Resultatene fra disse kontrollene viser her et betydelig antall feil både i hoveddiagnoser og bidiagnoser, anslagsvis opp mot 30 – 50 %. Disse feilene rettes i ettertid. Dette indikerer at kodesettingen i første instans (epikriseskrivende lege) og første kontrollinstans

(kontrasignerende overlege), ikke er tilfredsstillende. Det er ikke grunn til tro at en slik feilmengde forekommer kun i de avdelinger som foretar slike dokumenterte gjennomganger.

På samme måte ser vi også at omfanget av sentral kodekontroll (tredje instans) varierer mellom helseforetakene. Denne kontrollen har noen steder et økonomisk fokus, slik at det primært kontrolleres for, og korrigeres ved feil, koder som gir økonomiske utslag.

Undersøkelsen viser også at det er behov for styrket oppfølging av kodesettere. Først og fremst gjennom bedre tilbakemeldinger fra overlege til epikriseskrivende lege, og ved økt utarbeidelse og bruk av formaliserte/dokumenterte prosedyrer på området. For å sikre at kodingen skal bli mest mulig "riktig første gang" er det viktig at det for gjennomførte kontroller er etablert bedre læringsløyper som sikrer tilbakemelding til de som setter koder og andre som er involvert i kodearbeidet.

Ved kjennskap til, eller mistanke om, brudd på koderegelverket er det behov for varsling av dette. Det er i stor grad en bevisst holdning til varsling, men en del er usikre på hvordan de vil bli behandlet dersom de varsler om brudd på kodereglene. Dette kan medføre risiko for at det ikke meldes fra om det skulle oppdages regelbrudd.

Undersøkelsen har vist mangler i opplæring, rutiner og kontroller innenfor området. Funnene gir ikke indikasjoner på at det foregår bevisst feilkoding i et betydelig omfang i helseforetakene. Undersøkelsen viser imidlertid at den interne styring og kontroll ikke er tilstrekkelig til å sikre korrekt koding i helseforetakene.

3.3 Konklusjoner

På bakgrunn av internrevisjonens kartlegging og vurdering av medisinsk kodepraksis i helseforetakene er konklusjonene som følger:

- Det er lav risiko for større omfang av bevisst feilkoding med sikte på økonomisk vinning.
- Det er gjennomgående ikke etablert tilstrekkelig intern styring og kontroll for å oppnå rimelig sikkerhet for korrekt koding.

Det bør settes i verk tiltak for å styrke intern styring og kontroll på området både på helseforetaksnivå og regionalt nivå. Det kan i tillegg være hensiktsmessig å vurdere eventuelle tiltak på nasjonalt nivå.

3.4 Anbefalinger

Anbefalinger rettet til helseforetakene

De ni helseforetakene som var omfattet av internrevisjonens del 2, har mottatt egne rapporter med anbefalinger til tiltak. Når vi ser disse rapportene i sammenheng og kobler det med hva som framkommer i denne rapporten, er det fem forhold vi særlig vil peke på som fellesnevnerne. Dette er forhold vi mener alle helseforetakene bør gjøres oppmerksomme på, og vurdere i tilknytning til sitt eget utviklingsarbeid.

- **Det bør gjennomføres regelmessige og dokumenterte risikovurderinger av prosessen for koding.**

Risikovurderingene bør oppdateres ved vesentlige endringer i rutiner eller systemer. Risikovurderingene kan inngå som grunnlag for å vurdere omfang og innretning av oppfølging og kontroll.

- **Det bør gjennomføres en vurdering av de IT-systemer som benyttes for medisinsk koding.**

Dette gjelder spesielt integrasjonen mellom systemene, og risiko forbundet med manuell overføring av koder fra ulike fagsystemer til PAS/EPJ. Der det mangler integrasjon mellom systemene bør det etableres en formell rutine for denne manuelle overføringen av koder, slik at fullstendighet og kvalitet i størst mulig grad sikres.

- De enkelte helseforetak bør sikre en positiv læringsløype ved at det gis regelmessige tilbakemelding på egen kodepraksis til alle som koder.

Dette kan gjennomføres ved avdelingsvise møter kombinert med tilbakemelding til den enkelte.

- **For å sikre lik og hensiktsmessig praksis mellom avdelinger/lokasjoner ved det enkelte helseforetak bør det så langt det er hensiktsmessig utarbeides felles rutiner for medisinsk koding ved helseforetaket.**

Behov for avdelings-/lokasjonsvise rutiner bør vurderes ut fra lokale behov.

- **For i større grad å legge til rette for at de ansatte melder fra om eventuell bevisst feilkoding eller andre kritikkverdige forhold, bør det vurderes om eksisterende melderutiner sikrer tilstrekkelig vern om den som melder fra om slike forhold.**

Det bør også vurderes å gjennomføre interne informasjonstiltak for å skape større trygghet blant de ansatte for å melde fra om kritikkverdige forhold.

Anbefalinger rettet til de regionale helseforetakene:

De regionale helseforetakene har ikke blitt revidert i dette prosjektet. Derimot er det enkelte utfordringer som vi tror med fordel kan løftes opp på regionalt nivå.

- **De regionale helseforetakene bør vurdere dagens organisering av kontroll og kvalitetssikring av medisinsk kodepraksis ved de enkelte helseforetak i sin region.**

Et virkemiddel kan være å stille visse minstekrav til organisering av medisinsk koding; styring, kontroll og oppfølging. Aktuelle områder for vurdering kan være krav til medisinsk faglig kvalitetssikring av koding ved avdelinger og seksjoner herunder konkrete krav om kodeansvarlige leger ved alle avdelinger. Med hensyn til sentral kodekontroll ved helseforetakene bør de regionale helseforetakene vurdere hvordan dagens kontroll er organisert innen foretaksgruppen og om de etablerte ordningene er tilstrekkelige for å sikre medisinsk korrekt koding. Et annet aktuelt virkemiddel kan være regelmessige stikkprøvekontroller av epikriser med medisinske fagrevisorer.

- **De regionale helseforetakene bør vurdere å stille krav til helseforetakene om obligatorisk opplæring i medisinsk koding for alle nye leger.**

Noen av helseforetakene som har inngått i revisjonen har allerede innført slike opplæringskrav. Dette kan gjøres som en del av introduksjonsprogram for nyansatte og senere vedlikeholdsprogrammer. Her foreligger det allerede et tilgjengelig e-læringsprogram. Bruk av IT-systemene bør inngå i opplæringen. Opplæringen bør inkludere begrunnelsen for kravene om registrering og rapportering av aktivitetsdata, herunder medisinske koder, samt egenverdien av korrekt koding som grunnlag for styring og kvalitetsforbedring. Opplæring for andre grupper av medisinsk og administrativt personell bør også vurderes, herunder om det bør utvikles et helhetlig opplæringsprogram for medisinsk koding tilpasset de ulike gruppenes behov.

3.5 Mulige tiltak av nasjonal art

Som det framgår av tidligere revisjoner og gjennomganger, har det over flere år vært kjente utfordringer knyttet til kodekvalitet. Funnene ved denne revisjonen viser at utfordringene er vedvarende. Det bør derfor vurderes om det fra nasjonalt ståsted kan gjøres tilpasninger som kan bidra til forbedring av kodekvaliteten. Basert på denne revisjonens funn vil vi her trekke fram tre gjennomgående utfordringer som vi mener bør vurderes i et slikt perspektiv:

1. Dagens kobling mellom medisinsk koding og utsending av epikrise.
2. Svak egeninteresse i foretakene for kodingen for andre formål enn økonomi.
3. Regelverket for medisinsk koding oppleves av mange som skal sette koder som vanskelig å forholde seg til.

Utfordring 1: Dagens kobling mellom koding og utsending av epikrise

I samtlige helseforetak der prosesskartlegging har vært gjennomført som del av denne revisjonen (ni helseforetak) er det etablert praksis at diagnoser og gjennomførte prosedyrer kodes i forbindelse med at epikrise utarbeides, ved eller etter utskrivning av pasient. Kodene framgår av epikrisen ved utsending. I dag er det krav om at epikrise skal sendes ut senest en uke etter utskrivelse. Dette kravet har blitt innskjerpet i løpet av de siste par årene. Noen helseforetak krever at epikrisen skal foreligge ved utskrivning av pasienten.

Manglende tid til koding er i denne internrevisjonen påpekt som en stor risiko for feil. Ved 19 av 21 helseforetak oppga over 50 % av respondentene som selv setter medisinske koder at de opplever å ha liten tid til å sette koder. I intervju framkom at opplevelsen av manglende tid i stor grad knyttes mot kravene om utsending av epikrise.

Det synes som om det kan være hensiktsmessig at det på nasjonalt nivå vurderes om denne koblingen er nødvendig for å ivareta enten formålet med epikrisen eller formålet med den medisinske kodingen.

I denne sammenheng kan alternative prosesser for kodesetting vurderes. Her nevnes noen alternativer som diskuteres i enkelte fagmiljø i dag, og som framkom i forbindelse med revisjonsbesøk.

- Unnta medisinske koder fra innholdet i epikrisen. Behandler (forfatter av epikrisen) fokuserer på det tekstlige innholdet for å sikre god informasjon. Medisinske koder registreres i PAS/EPJ basert på opplysninger i pasientjournalen i etterkant av at epikrise er sendt ut. Slik koderegistrering må gjøres av kompetent personell med detaljert kjennskap til kodeverket for et avgrenset fagområde. Dette kan trolig være andre enn lege/behandler.

- Kontinuerlig koding i løpet av sykehusoppholdet. Koder registreres løpende som del av journalnotatene. Legevisitten trekkes fram som eksempel på arena for kodesetting. Ved utskrivningstidspunkt kan da koderegistreringen være så godt som fullført, og kodene eksporteres eventuelt over i riktig felt i epikrisen. Ved en slik prosess vil koding kunne utvikles til en mer integrert og naturlig del av behandlers løpende journalføring.

En slik løsning vil trolig kreve noe tilrettelegging i PAS/EPJ-systemene. For eksempel vil det nok være hensiktsmessig å legge inn felt for medisinske koder i alle aktuelle notatmaler etc. Det må også tilrettelegges slik at verktøy (datamaskin eller tilsvarende) for å registrere koder er tilgjengelig ved alle lokasjoner der det kan være behov for å registrere koder.

Utfordring 2: Svak egeninteresse i foretakene for kodingen for andre formål enn økonomi

Vår vurdering er at det i helseforetakene i hovedsak er det økonomiske formålet som er drivkraften for målsettinger om medisinsk korrekt koding. Egeninteressen for korrekt koding i fagmiljøer og hos kodesettere for andre formål er lite framtreddende. Dette oppfatter vi som en utfordring for korrekt koding.

For å forsterke foretakenes, og den enkelte behandlers, egeninteresse for korrekt koding kan det vurderes å fokusere mer på hvordan de registrerte dataene benyttes for formål av ikke-økonomisk karakter, for eksempel for kvalitetsforbedring, styring og planlegging.

Utfordring 3: Regelverket for medisinsk koding oppleves av mange som skal sette koder som vanskelig å forholde seg til

Denne internrevisjonen har vist at mange kodesettere opplever koderegelverket som uoversiktlig og vanskelig å forholde seg til. Dette kan medføre frustrasjon og manglende motivasjon for god kodepraksis. Muligheter for forenkling bør derfor vurderes.

Samtidig har det framkommet at manglende kunnskap hos kodesettere oppfattes som den største risikoen for feilkoding i foretakene, og at en stor andel av de som selv setter koder opplever opplæringen de har fått som utilstrekkelig. Dette stiller store krav til den opplæringen som må gis ved det enkelte helseforetak. Det er potensial for forbedringer av opplæringen ved flere foretak. I tillegg kan det være hensiktsmessig at det ved alle aktuelle profesjonsstudier gis en introduksjon til medisinsk koding som grunnlag for forståelse av kodeverkene og dets betydning. Ut fra de opplysninger internrevisjonen har mottatt gjøres dette i svært lite omfang per i dag.

4 Vedlegg

Vedlegg 1 Om internrevisjon

Det har fra 2005 vært etablert internrevisjoner i alle landets regionale helseforetak (RHF). Internrevisjonene rapporterer faglig til styrene i de fire regionale helseforetakene, ved revisjonskomiteene. Internrevisjonene skal på vegne av styrene overvåke og bidra til forbedringer i foretaksgruppene sin virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll. Internrevisjonene har et godt samarbeid seg i mellom i utviklingen av fagfeltet. Felles er at alle baserer arbeidet på [NIRF/IIA](#)¹ sine internasjonale standarder for profesjonell utøvelse av internrevisjon. Alle enhetene har informasjonssider på nettet, under de respektive RHF-er, hvor bl.a. alle rapportene blir publisert.

Internrevisjonsfunksjonen defineres slik:

“Internrevisjon er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon som har til hensikt å tilføre merverdi og forbedre organisasjonens drift. Den bidrar til at organisasjonen oppnår sine målsettinger ved å benytte en systematisk og strukturert metode for å evaluere og forbedre effektiviteten og hensiktsmessigheten av organisasjonens prosesser for risikostyring, og kontroll og governance.”

¹ <http://ia.no>

Vedlegg 2 Metode for utvalg og vekting av spørreundersøkelse

Populasjon og utvalg

Populasjonen i spørreundersøkelsen er ansatte, ved norske helseforetak med somatisk virksomhet, som tilhører en av følgende klassifiseringsgrupper med tilhørende kriterier:

- Gruppe 1:** Leger og annet helsepersonell som setter medisinske koder
- Gruppe 2:** Stab- og støttepersonell som har oppgaver relatert til føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ og/eller har roller knyttet til kontroll av den medisinske kodingen.
- Gruppe 3:** Ledernivå 1, 2 og 3 ved helseforetakene. Dvs. foretaksledelse (1), klinikkssjefer/stabssjefer (2), avdelingsledere (3).

Kontaktpersoner ved alle helseforetakene utarbeidet lister over ansatte som inngikk i gruppene ved helseforetaket. Listene ble oversendt KPMG som plukket et utvalg av personer som mottok invitasjon til spørreundersøkelsen.

Populasjonen fordeles utover et antall sub-populasjoner i flere nivåer:

Nivå 1: Hele populasjonen

Nivå 2: Helseregioner

Nivå 3: Helseforetak innen hver helseregion

Nivå 4: Klassifiseringsgrupper innen hvert helseforetak

Tabell i Populasjonsfordeling

	Totalt	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Helse Sør-Øst				
Akershus Universitetssykehus HF	857	673	157	27
Oslo Universitetssykehus HF	3023	2462	492	69
Sunnaas Sykehus HF	317	263	24	30
Sykehuset i Vestfold HF	746	517	203	26
Sykehuset Innlandet HF	1267	836	376	55
Sykehuset Telemark HF	421	299	93	29
Sykehuset Østfold HF	518	429	64	25
Sørlandet Sykehus HF	995	720	228	47
Vestre Viken HF	635	490	98	47
Helse Vest				
Helse Bergen HF	410	373	18	19
Helse Fonna HF	1806	1162	541	103
Helse Førde HF	362	247	82	33
Helse Stavanger HF	810	621	151	38
Helse Midt-Norge				
Helse Nordmøre og Romsdal HF	548	409	111	28
Helse Nord-Trøndelag HF	318	198	104	16
Helse Sunnmøre HF	1372	983	293	96
St. Olavs Hospital HF	423	295	108	20

	Totalt	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Helse Nord				
Helgelandssykehuset HF	123	57	45	21
Helse Finnmark HF	758	564	143	51
Nordlandssykehuset HF	372	235	107	30
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	198	129	50	19

For å sikre tilstrekkelig svarantall og representativitet innen hver gruppe er det plukket separate utvalg for hver sub-populasjon på nivå 4. Det totale utvalget blir dermed de kumulerte utvalgene for alle gruppene.

Ved plukking av utvalg ble følgende kriterier vektlagt:

- Representativitet innenfor hver enkelt gruppe
- Tilstrekkelig antall i utvalget for å sikre troverdige resultater ved mulig lav svarprosent

Følgende formler er brukt for å plukke utvalg fra den enkelte sub-populasjon:

$$utvalgsstørrelse_1 = \frac{Z^2 * p * (1 - p)}{c^2}$$

Hvor $Z = 1,96$ (Z-verdien for 95 % konfidensnivå)

$p = 0,5$ (sannsynligheten for et gitt utfall. 0,5 gir høyest sikkerhet)

$c = 0,1$ (konfidensintervall på 10 %.)

Denne formelen gir utvalgsstørrelse for en uendelig stor populasjon for gitt konfidensintervall og konfidensnivå. For å justere for endelig populasjonsstørrelse er følgende formel brukt:

$$utvalgsstørrelse_2 = \frac{utvalgsstørrelse_1}{1 + \frac{utvalgsstørrelse_1 - 1}{populasjonsstørrelse}}$$

Utvalgsstørrelsen her er antall svar som trengs fra sub-populasjonen for å oppnå 10 % konfidensintervall med 95 % konfidensnivå. For å oppnå ønsket sikkerhet på resultatene er utvalgsstørrelsen videre justert for å ta høyde for en svarprosent på 40 %. Dette var basert på erfaringer om at det sjelden oppnås høy svarprosent i denne typen spørreundersøkelse.

$$utvalgsstørrelse_3 = \frac{utvalgsstørrelse_2}{0,4}$$

For å bidra til ekstra sikkerhet rundt representativitet innenfor sub-populasjonene er utvalgsstørrelsene ytterligere oppjustert i enkelte tilfeller. Der hvor populasjonsstørrelsen er på 300 individer eller mindre er hele populasjonen tatt med i utvalget da utvalgsstørrelsen er nærme populasjonsstørrelsen. I de tilfellene der populasjonsstørrelsen er på 600 individer eller mer er også utvalgsstørrelsen oppjustert til 25 % - 30 % av populasjonsstørrelsen.

For å sikre representativitet er utvalget trukket tilfeldig fra de sub-populasjonene der ikke hele populasjonen inngår i utvalget.

Tabell ii Utvalg i spørreundersøkelsen

	Gruppe 1			Gruppe 2			Gruppe 3		
	Populasjon	Utvalg	Utvalsandel	Populasjon	Utvalg	Utvalsandel	Populasjon	Utvalg	Utvalsandel
Totalt	11962	5693	48 %	3488	2764	79 %	829	829	100 %
Helse Sør-Øst	6689	2827	42 %	1735	1312	76 %	355	355	100 %
Akershus Universitetssykehus HF	673	280	42 %	157	157	100 %	27	27	100 %
Oslo Universitetssykehus HF	2462	700	28 %	492	235	48 %	69	69	100 %
Sunnaas Sykehus HF	263	263	100 %	24	24	100 %	30	30	100 %
Sykehuset i Vestfold HF	517	240	46 %	203	203	100 %	26	26	100 %
Sykehuset Innlandet HF	836	300	36 %	376	210	56 %	55	55	100 %
Sykehuset Telemark HF	299	299	100 %	93	93	100 %	29	29	100 %
Sykehuset Østfold HF	429	220	51 %	64	64	100 %	25	25	100 %
Sørlandet Sykehus HF	720	290	40 %	228	228	100 %	47	47	100 %
Vestre Viken HF	490	235	48 %	98	98	100 %	47	47	100 %
Helse Vest	2403	1137	47 %	792	491	62 %	193	193	100 %
Helse Bergen HF	1162	410	35 %	541	240	44 %	103	103	100 %
Helse Fonna HF	247	247	100 %	82	82	100 %	33	33	100 %
Helse Førde HF	373	210	56 %	18	18	100 %	19	19	100 %
Helse Stavanger HF	621	270	43 %	151	151	100 %	38	38	100 %
Helse Midt-Norge	1885	1058	56 %	616	616	100 %	160	160	100 %
Helse Nordmøre og Romsdal HF	198	198	100 %	104	104	100 %	16	16	100 %
Helse Nord-Trøndelag HF	295	295	100 %	108	108	100 %	20	20	100 %
Helse Sunnmøre HF	409	215	53 %	111	111	100 %	28	28	100 %
St. Olavs Hospital HF	983	350	36 %	293	293	100 %	96	96	100 %
Helse Nord	985	671	68 %	345	345	100 %	121	121	100 %
Helgelandssykehus et HF	129	129	100 %	50	50	100 %	19	19	100 %
Helse Finnmark HF	57	57	100 %	45	45	100 %	21	21	100 %
Nordlands-sykehuset HF	235	235	100 %	107	107	100 %	30	30	100 %
Universitets-sykehuset Nord-Norge HF	564	250	44 %	143	143	100 %	51	51	100 %

Vekting

Forskjellene i populasjonsstørrelse, utvalgsstørrelse og svarprosent medfører at fordelingen av svar er ujevn i forhold til størrelsen på sub-populasjonene. Konsekvensen av dette er at svar fra ulike HF vil ha ulik vekt i resultater presentert på høyere nivåer enn nivå 4. I de tilfellene der disse tallene skal brukes i analyser bør de vektas for å representere virkeligheten på best mulig måte.

Det er ulike metoder for å vekte resultatene, avhengig av hva man ønsker å beskrive (Tabell iii). Eksempelvis vil det være ønskelig at alle HF skal ha lik vekt i spørsmål som kartlegger eksistens av rutiner ved helseforetakene, mens i spørsmål som omhandler problemstillinger som er like for alle respondentene er det ikke nødvendig å vekte resultatene. I rapporten er det hovedsakelig brukt justert vekting ved holdnings- og kvalitetsspørsmål og HF-vekting ved kartleggingsspørsmål.

Tabell iii Ulike modeller for vekting

Vektmodell	Beskrivelse
HF-vekting	Besvarelsene fra hvert HF teller like mye uavhengig av størrelsen på HF-et og svarantallet. Det resulterer i at svar fra hver respondent fra mindre HF blir vektet opp og svar fra respondenter ved større HF vektas ned.
Individvekting	Det vektas slik at resultatene blir direkte representative for populasjonen. Svar fra respondenter ved HF med lav svarprosent i forhold til populasjonen er vektet opp, mens svarene fra HF med høy svarprosent i forhold til populasjonen er vektet ned.
Justert vekting	Gjennomsnittet mellom HF-vekting og individvekting brukes. Dette medfører at små HF vil påvirke totalresultatene mer enn størrelsen vil tilsi, men ikke like mye som de store HF-ene.

For å vekte besvarelsene tildeles hvert HF et vekttall for hver gruppe. Dette vekttallet multipliseres med antall svar på hvert svaralternativ for alle sub-populasjoner. Deretter summeres de vektete svarantallene fra alle HF-ene.

Utrekning av vekttall i de tre vektingsmetodene:

HF-vekting

$$HF - \text{Vektfaktor}_{HF} = \frac{\text{Gjennomsnittlig andel svar}}{\text{Andel svar}_{HF}}$$

Individvekting

$$\text{Individvektfaktor}_{HF} = \frac{\text{Gjennomsnittlig svarprosent ift populasjon}}{\text{Svarprosent i forhold til populasjon}_{HF}}$$

Justert vekting

$$\text{Justert vektfaktor}_{HF} = \frac{(HF - \text{vektfaktor}_{HF} + \text{Individvektfaktor}_{HF})}{2}$$

I Tabell iv, Tabell v og Tabell vi presentert informasjon om populasjon, utvalg, svarprosent og ulike vekt faktorer for henholdsvis gruppe 1, gruppe 2 og gruppe 3.

Tabell iv Gruppe 1: Populasjon, utvalg, svarprosent og vektfactorer

	Populasjon	Utvalg	Utvalgsandel	Antall svar	Svarprosent ift utvalg	Svarprosent ift populasjon	Svarvekt	Populasjonsvekt	Reell Vekt per HF	Vektfactor ved individvektning	Vektfactor ved HF-vektning	Justert vektfactor
Totalt	11962	5693	48 %	2141	38 %	18 %						
Helse Sør-Øst	6689	2827	42 %	1036	37 %	15 %						
Akershus Universitetssykehus HF	673	280	42 %	102	36 %	15 %	4,8 %	5,6 %	0,8	1,18	1,00	1,09
Oslo Universitetssykehus HF	2462	700	28 %	165	24 %	7 %	7,7 %	20,6 %	0,4	2,67	0,62	1,64
Sunnaas Sykehus HF	263	263	100 %	88	33 %	33 %	4,1 %	2,2 %	1,9	0,53	1,16	0,85
Sykehuset i Vestfold HF	517	240	46 %	121	50 %	23 %	5,7 %	4,3 %	1,3	0,76	0,84	0,80
Sykehuset Innlandet HF	836	300	36 %	126	42 %	15 %	5,9 %	7,0 %	0,8	1,19	0,81	1,00
Sykehuset Telemark HF	299	299	100 %	111	37 %	37 %	5,2 %	2,5 %	2,1	0,48	0,92	0,70
Sykehuset Østfold HF	429	220	51 %	91	41 %	21 %	4,3 %	3,6 %	1,2	0,84	1,12	0,98
Sørlandet Sykehus HF	720	290	40 %	118	41 %	16 %	5,5 %	6,0 %	0,9	1,09	0,86	0,98
Vestre Viken HF	490	235	48 %	114	49 %	23 %	5,3 %	4,1 %	1,3	0,77	0,89	0,83
Helse Vest	2403	1137	47 %	435	38 %	18 %						
Helse Bergen HF	1162	410	35 %	168	41 %	14 %	7,8 %	9,7 %	0,8	1,24	0,61	0,92
Helse Fonna HF	247	247	100 %	58	23 %	23 %	2,7 %	2,1 %	1,3	0,76	1,76	1,26
Helse Førde HF	373	210	56 %	70	33 %	19 %	3,3 %	3,1 %	1,0	0,95	1,46	1,21
Helse Stavanger HF	621	270	43 %	139	51 %	22 %	6,5 %	5,2 %	1,3	0,80	0,73	0,77
Helse Midt-Norge	1885	1058	56 %	393	37 %	21 %						
Helse Nordmøre og Romsdal HF	198	198	100 %	43	22 %	22 %	2,0 %	1,7 %	1,2	0,82	2,37	1,60
Helse Nord-Trøndelag HF	295	295	100 %	108	37 %	37 %	5,0 %	2,5 %	2,0	0,49	0,94	0,72
Helse Sunnmøre HF	409	215	53 %	76	35 %	19 %	3,5 %	3,4 %	1,0	0,96	1,34	1,15
St. Olavs Hospital HF	983	350	36 %	166	47 %	17 %	7,8 %	8,2 %	0,9	1,06	0,61	0,84

	Populasjon	Utvalg	Utvalgsandel	Antall svar	Svarprosent ift utvalg	Svarprosent ift populasjon	Svarvekt	Populasjonsvekt	Reell Vekt per HF	Vektfaktor ved individvekt	Vektfaktor ved HF-vekt	Justert vektfaktor
Helse Nord	985	671	68 %	277	41 %	28 %						
Helgelandssykehuset HF	129	129	100 %	52	40 %	40 %	2,4 %	1,1 %	2,3	0,44	1,96	1,20
Helse Finnmark HF	57	57	100 %	30	53 %	53 %	1,4 %	0,5 %	2,9	0,34	3,40	1,87
Nordlandssykehuset HF	235	235	100 %	102	43 %	43 %	4,8 %	2,0 %	2,4	0,41	1,00	0,71
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	564	250	44 %	93	37 %	16 %	4,3 %	4,7 %	0,9	1,09	1,10	1,10

Tabell v Gruppe 2: Populasjon, utvalg, svarprosent og vektfactorer

	Populasjon	Utvalg	Utvalgsandel	Antall svar	Svarprosent ift utvalg	Svarprosent ift populasjon	Svarvekt	Populasjonsvekt	Reell Vekt per HF	Vektfaktor ved individvekt	Vektfaktor ved HF-vekt	Justert vektfaktor
Totalt	3488	2764	79 %	1058	38 %	30 %						
Helse Sør-Øst	1735	1312	76 %	475	36 %	27 %						
Akershus Universitetssykehus HF	157	157	100 %	51	32 %	32 %	4,8 %	4,5 %	1,1	0,93	0,99	0,96
Oslo Universitetssykehus HF	492	235	48 %	26	11 %	5 %	2,5 %	14,1 %	0,2	5,74	1,94	3,84
Sunnaas Sykehus HF	24	24	100 %	8	33 %	33 %	0,8 %	0,7 %	1,1	0,91	6,30	3,60
Sykehuset i Vestfold HF	203	203	100 %	101	50 %	50 %	9,5 %	5,8 %	1,6	0,61	0,50	0,55
Sykehuset Innlandet HF	376	210	56 %	85	40 %	23 %	8,0 %	10,8 %	0,7	1,34	0,59	0,97
Sykehuset Telemark HF	93	93	100 %	22	24 %	24 %	2,1 %	2,7 %	0,8	1,28	2,29	1,79
Sykehuset Østfold HF	64	64	100 %	36	56 %	56 %	3,4 %	1,8 %	1,9	0,54	1,40	0,97

	Populasjon	Utvalg	Utvalgsandel	Antall svar	Svarprosent ift utvalg	Svarprosent ift populasjon	Svarvekt	Populasjonsvekt	Reell Vekt per HF	Vektfaktor ved individvektning	Vektfaktor ved HF-vektning	Justert vektfaktor
Sørlandet Sykehus HF	228	228	100 %	101	44 %	44 %	9,5 %	6,5 %	1,5	0,68	0,50	0,59
Vestre Viken HF	98	98	100 %	45	46 %	46 %	4,3 %	2,8 %	1,5	0,66	1,12	0,89
Helse Vest	792	491	62 %	199	41 %	25 %						
Helse Bergen HF	541	240	44 %	81	34 %	15 %	7,7 %	15,5 %	0,5	2,03	0,62	1,32
Helse Fonna HF	82	82	100 %	30	37 %	37 %	2,8 %	2,4 %	1,2	0,83	1,68	1,25
Helse Førde HF	18	18	100 %	12	67 %	67 %	1,1 %	0,5 %	2,2	0,45	4,20	2,33
Helse Stavanger HF	151	151	100 %	76	50 %	50 %	7,2 %	4,3 %	1,7	0,60	0,66	0,63
Helse Midt-Norge	616	616	100 %	232	38 %	38 %						
Helse Nordmøre og Romsdal HF	104	104	100 %	39	38 %	38 %	3,7 %	3,0 %	1,2	0,81	1,29	1,05
Helse Nord-Trøndelag HF	108	108	100 %	25	23 %	23 %	2,4 %	3,1 %	0,8	1,31	2,02	1,66
Helse Sunnmøre HF	111	111	100 %	33	30 %	30 %	3,1 %	3,2 %	1,0	1,02	1,53	1,27
St. Olavs Hospital HF	293	293	100 %	135	46 %	46 %	12,8 %	8,4 %	1,5	0,66	0,37	0,52
Helse Nord	345	345	100 %	152	44 %	44 %						
Helgelandssykehuset HF	50	50	100 %	20	40 %	40 %	1,9 %	1,4 %	1,3	0,76	2,52	1,64
Helse Finnmark HF	45	45	100 %	29	64 %	64 %	2,7 %	1,3 %	2,1	0,47	1,74	1,10
Nordlandssykehuset HF	107	107	100 %	48	45 %	45 %	4,5 %	3,1 %	1,5	0,68	1,05	0,86
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	143	143	100 %	55	38 %	38 %	5,2 %	4,1 %	1,3	0,79	0,92	0,85

Tabell vi Gruppe 3: Populasjon, utvalg, svarprosent og vektfactorer

	Populasjon	Utvalg	Utvalgsandel	Antall svar	Svarprosent ift utvalg	Svarprosent ift populasjon	Svarvekt	Populasjonsvekt	Reell Vekt per HF	Vektfactor ved individvektning	Vektfactor ved HF-vektning	Justert vektfactor
Totalt	829	829	100 %	451	54 %	54 %						
Helse Sør-Øst	355	355	100 %	190	54 %	54 %						
Akershus Universitetssykehus HF	27	27	100 %	18	67 %	67 %	4,0 %	3,3 %	1,2	0,82	1,19	1,00
Oslo Universitetssykehus HF	69	69	100 %	8	12 %	12 %	1,8 %	8,3 %	0,2	4,69	2,68	3,69
Sunnaas Sykehus HF	30	30	100 %	14	47 %	47 %	3,1 %	3,6 %	0,9	1,17	1,53	1,35
Sykehuset i Vestfold HF	26	26	100 %	10	38 %	38 %	2,2 %	3,1 %	0,7	1,41	2,15	1,78
Sykehuset innlandet HF	55	55	100 %	47	85 %	85 %	10,4 %	6,6 %	1,6	0,64	0,46	0,55
Sykehuset Telemark HF	29	29	100 %	32	110 %	110 %	7,1 %	3,5 %	2,0	0,49	0,67	0,58
Sykehuset Østfold HF	25	25	100 %	14	56 %	56 %	3,1 %	3,0 %	1,0	0,97	1,53	1,25
Sørlandet Sykehus HF	47	47	100 %	28	60 %	60 %	6,2 %	5,7 %	1,1	0,91	0,77	0,84
Vestre Viken HF	47	47	100 %	19	40 %	40 %	4,2 %	5,7 %	0,7	1,35	1,13	1,24
Helse Vest	193	193	100 %	110	57 %	57 %						
Helse Bergen HF	103	103	100 %	52	50 %	50 %	11,5 %	12,4 %	0,9	1,08	0,41	0,75
Helse Fonna HF	33	33	100 %	16	48 %	48 %	3,5 %	4,0 %	0,9	1,12	1,34	1,23
Helse Førde HF	19	19	100 %	20	105 %	105 %	4,4 %	2,3 %	1,9	0,52	1,07	0,80
Helse Stavanger HF	38	38	100 %	22	58 %	58 %	4,9 %	4,6 %	1,1	0,94	0,98	0,96
Helse Midt-Norge	160	160	100 %	84	53 %	53 %						
Helse Nordmøre og Romsdal HF	16	16	100 %	12	75 %	75 %	2,7 %	1,9 %	1,4	0,73	1,79	1,26
Helse Nord-Trøndelag HF	20	20	100 %	13	65 %	65 %	2,9 %	2,4 %	1,2	0,84	1,65	1,24

Helse Sunnmøre HF	28	28	100 %	19	68 %	68 %	4,2 %	3,4 %	1,2	0,80	1,13	0,97
St. Olavs Hospital HF	96	96	100 %	40	42 %	42 %	8,9 %	11,6 %	0,8	1,31	0,54	0,92
Helse Nord	121	121	100 %	67	55 %	55 %						
Helgelandssykehuset HF	19	19	100 %	13	68 %	68 %	2,9 %	2,3 %	1,3	0,80	1,65	1,22
Helse Finnmark HF	21	21	100 %	11	52 %	52 %	2,4 %	2,5 %	1,0	1,04	1,95	1,50
Nordlandssykehuset HF	30	30	100 %	16	53 %	53 %	3,5 %	3,6 %	1,0	1,02	1,34	1,18
UNN HF	51	51	100 %	27	53 %	53 %	6,0 %	6,2 %	1,0	1,03	0,80	0,91

Vedlegg 3 Spørsmål fra spørreundersøkelsen

Spørsmål	Routing	Svaralternativer
1: Hvilken helseregion tilhører du?	Alle	
2: Hvilket helseforetak arbeider du i?	Alle	Svaralternativer avhengig av svar på spm 1
3: Hvilket sykehus/geografisk enhet arbeider du i?	Alle	Svaralternativer avhengig av svar på spm 2
4: Hvilket fagområde arbeider du innenfor? (Velg det fagområdet du hovedsakelig arbeider innenfor hvis du arbeider både innen medisin og kirurgi)	Alle	Medisin Kirurgi Annet
5: Jeg tilhører følgende stillingsnivå/gruppe:	Alle	Ledernivå 1 - Foretaksledelse Ledernivå 2 - Klinikksjef/divisjonsdirektør og er medlem av foretakets ledergruppe Ledernivå 2 - Klinikksjef/divisjonsdirektør og er ikke medlem av foretakets ledergruppe Ledernivå 2 - Stabsdirektør som inngår i foretakets ledergruppe Lederenivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege LIS-lege/annen assistentlege Turnuslege Sykepleier Annet helsefaglig personale Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ
6: Arbeider du i/er tilknyttet en analysegruppe, det vil si en gruppe som gjennomfører kvalitetssjekker av den medisinske kodekvaliteten ved det helseforetaket/sykehuset du tilhører?	Alle	Ja/Nei
7: Setter du selv medisinske koder i ditt arbeid (det vil si, beslutter du selv hvilke medisinske koder som skal benyttes)?	Alle	Ja/Nei
8: Hvor gammel er du?	Alle	under 30 30-39 40-49 50-59 60 +
9: Kjønn:	Alle	Mann/Kvinne
<i>Spørsmålene nedenfor handler om din kjennskap til regelverk og veiledere for medisinsk koding.</i>		
10: I hvilken grad kjenner du til innholdet i regelverket for finansieringsordningen innsatsstyrt finansiering som er relevant for din stilling?	Alle	Skala 1-6 1 = Helt ukjent og 6 = Har detaljert kunnskap

Spørsmål	Routing	Svaralternativer
11: I hvilken grad kjenner du til innholdet i kodeveiledningen fra Helsedirektoratet og KITH som er relevant for din stilling?	Alle	Skala 1-6 1 = Helt ukjent og 6 = Har detaljert kunnskap
<i>Spørsmålene nedenfor handler om hvilke verktøy og rutiner som benyttes i forbindelse med medisinsk koding ved din avdeling/enhet.</i>		
12: Har din avdeling/enhet tilgang til elektroniske hjelpeverktøy (oppslagsverk) for å søke opp riktig kode? (FinnKode eller tilsvarende)	De som har oppgitt ledernivå 3 eller lavere i spm 5	Ja/Nei/Vet ikke
13: Benytter du slike elektroniske hjelpeverktøy (oppslagsverk) for å søke opp riktig kode?	De som har oppgitt ledernivå 3 eller lavere i spm 5	Ja/Nei/Vet ikke
14: Bruker du manuelle hjelpeverktøy (som kodeveiledningen fra Helsedirektoratet/KITH) for å søke opp riktig kode?	De som har oppgitt ledernivå 3 eller lavere i spm 5	Ja/Nei/Vet ikke
15: Har din avdeling/enhet arbeidslister ("kortlister") over de mest brukte medisinske koder/prosedyrer?	De som har oppgitt ledernivå 3 eller lavere i spm 5	Ja/Nei/Vet ikke
15: Har din avdeling/enhet etablert skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?	De som har oppgitt ledernivå 3 eller lavere i spm 5	Ja/Nei/Vet ikke
16: Kjenner du til om det er utarbeidet en nivå 1 instruks (sykehusomfattende) for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?	De som har svart "Vet ikke" eller "Nei" på spm 15	Ja, jeg kjenner til en slik sykehusomfattende instruks Nei
17: Kjenner du til om denne instruksen er lagt inn i sykehusets elektroniske kvalitetssystem/tilgjengelig på intranett?	Ja på spm 16	Ja, denne instruksen er lagt inn i sykehusets elektroniske kvalitetssystem/tilgjengelig på intranett Nei
18: I hvilken grad mener du denne instruksen bidrar til å sikre at den medisinske kodingen gjennomføres i tråd med gjeldende regelverk?	Ja på spm 16	Skala 1-6 1 = i ubetydelig grad og 6 = i meget stor grad
19: Er disse arbeidsrutinene lagt inn i sykehusets elektroniske kvalitetssystem/tilgjengelig på intranett?	Ja på spm 15.	Ja/Nei
20: I hvilken grad mener du disse arbeidsrutinene bidrar til å sikre at den medisinske kodingen gjennomføres i tråd med gjeldende regelverk?	Ja på spm 15	Skala 1-6 1 = i ubetydelig grad og 6 = i meget stor grad
21: Elektroniske grupperingsverktøy kan være nyttige i planlegging av aktivitet. Bruker din avdeling/enhet DRG-grupperingsverktøy ("Grouper") i forbindelse med planlegging/prioritering av medisinsk aktivitet?	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7) pluss Ledernivå 2 & 3	Ja/Nei/Vet ikke

Spørsmål	Routing	Svaralternativer
22: Har det vært gjennomført frittstående (dvs. foretatt av uavhengige aktører) evalueringer/revisjoner av medisinsk kodepraksis ved din divisjon/klinikk/avdeling de siste to årene?	Ledernivå 2 & 3	Ja/Nei/Vet ikke
23: Har det vært gjennomført frittstående (dvs. foretatt av uavhengige aktører) evalueringer/revisjoner av medisinsk kodepraksis ved ditt HF/sykehus de siste to årene?	Ledernivå 1 & 2	Ja/Nei/Vet ikke
24: Har det vært gjennomført risikovurderinger av medisinsk kodepraksis ved din divisjon/klinikk/avdeling de siste to årene?	Ledernivå 2 & 3	Ja/Nei/Vet ikke
25: Har det vært gjennomført risikovurderinger av medisinsk kodepraksis ved det HF/sykehus du tilhører de siste to årene?	Ledernivå 1	Ja/Nei/Vet ikke
26: Har ditt foretak egne mål for arbeidet med medisinsk koding (for eksempel om økt inntjening som følge av mer komplett koding, om reduksjon i feilkoding, evt. annet)?	Ledernivå 1	Ja/Nei
27: Hvilke mål for arbeidet med medisinsk koding har helseforetaket?	Ja på 26	Fritekst
<i>Ta stilling til følgende påstander om medisinsk kodebruk som angår deg og din avdeling:</i>		
28: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
29: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i it-systemet (PAS/EPJ/annet) som brukes til koding i min avdeling	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
30: Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
31: Jeg er trygg på at de ansatte i min avdeling bruker riktige medisinske koder	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
32: Det er enkelt å få hjelp hvis jeg er usikker på hvilken medisinsk kode som skal benyttes	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
33: Jeg mener it-systemet (PAS/EPJ/annet) som jeg benytter til å registrere medisinsk koding i er enkelt å bruke	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
34: Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig medisinsk kode	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Spørsmål	Routing	Svaralternativer
35: Regelverket for medisinsk koding er oversiktlig og enkelt å forholde seg til	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
36: Dersom det finnes flere alternative diagnosekoder, er det da riktig å velge koden som gir høyest refusjonsbeløp?	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
<i>Ta stilling til følgende påstander om medisinsk kodebruk:</i>		
37: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk	Ledernivå 1 & 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
38: Jeg mener it-systemet (PAS/EPJ/annet) som benyttes til å registrere medisinsk koding i er enkelt å bruke	Ledernivå 1 & 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
39: Regelverket for medisinsk koding er oversiktlig og enkelt å forholde seg til	Ledernivå 1 & 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
40: Dersom det finnes flere alternative diagnosekoder, er det da riktig å velge koden som gir høyest refusjonsbeløp?	Ledernivå 1 & 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
41: Ta stilling til følgende påstand: Jeg opplever at medisinsk personell i min divisjon/klinikk/avdeling har tilstrekkelig tid til å finne riktig medisinsk kode	Ledernivå 2 & 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
42: Hvor ofte arbeider du med kontroll av medisinsk koding eller føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ?	Gruppe 2	Aldri Månedlig eller sjeldnere 2-3 ganger i måneden Ukentlig 2-4 gang i uken Daglig
43: Jeg oppdager medisinsk feilkoding	Gruppe 2	Aldri Månedlig eller sjeldnere 2-3 ganger i måneden Ukentlig 2-4 gang i uken Daglig
44: Jeg har det siste året fått kjennskap til at ikke-medisinsk personale retter koder som er satt av leger /annet helsepersonell uten å ha konsultert den aktuelle legen/helsepersonellet først	Gruppe 2	Aldri Månedlig eller sjeldnere 2-3 ganger i måneden Ukentlig 2-4 gang i uken Daglig
45: Ved den avdeling/enhet jeg tilhører er det egne personer som gjennomfører medisinsk kvalitetssikring av kodingen.	Ledernivå 3	Ja/Nei/Vet ikke
46: Har du fått formell opplæring (på kurs, avdelingsmøter eller en-til-en opplæring) i medisinsk koding det siste året?	Alle	Ja/Nei/Vet ikke

Spørsmål	Routing	Svaralternativer
47: Dersom jeg er usikker på hvilke medisinske koder jeg skal benytte, bruker jeg følgende informasjonskilder:	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7)	
47-1: Kollegene mine	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7)	Skala 1-6 1 = Aldri og 6 = Alltid
47-2: Min nærmeste overordnede	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7)	Skala 1-6 1 = Aldri og 6 = Alltid
47-3: Egenproduserte "kortlister", dvs. en oversikt over de mest brukte kodene ved min avdeling	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7)	Skala 1-6 1 = Aldri og 6 = Alltid
47-4: "Kortlister" utarbeidet av kommersielle aktører	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7)	Skala 1-6 1 = Aldri og 6 = Alltid
47-5: Smarttelefon (Android, iPhone eller tilsvarende)	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7)	Skala 1-6 1 = Aldri og 6 = Alltid
47-6: FinnKode eller tilsvarende søkeverktøy	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7)	Skala 1-6 1 = Aldri og 6 = Alltid
47-7: Helsedirektoratets nettsider	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7)	Skala 1-6 1 = Aldri og 6 = Alltid
47-8: Annet	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7)	Skala 1-6 1 = Aldri og 6 = Alltid
48: Dersom du svarte at du bruker en annen/andre informasjonskilde(r) enn de som er nevnt over, vennligst oppgi hvilken/hvilke du bruker:	Setter koder	Fritekst
Påstandene nedenfor handler om din vurdering av kodekompetansen hos ansatte ved ditt HF/sykehus. Ta stilling til følgende påstander:	De som har oppgitt at de er med i en analysegruppe (svart ja på spm 6)	
49: Kodekompetansen blant det medisinske personalet som setter koder i mitt HF er god.	De som har oppgitt at de er med i en analysegruppe (svart ja på spm 6)	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
50: Kunnskapen om og forståelsen for medisinsk koding blant avdelingslederne/seksjonslederne (ledernivå 3) i mitt HF er god	De som har oppgitt at de er med i en analysegruppe (svart ja på spm 6)	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
51: Kunnskapen om, og forståelsen for, medisinsk koding blant kliniksjefer/områdesjefer eller tilsvarende i mitt HF er god.	De som har oppgitt at de er med i en analysegruppe (svart ja på spm 6)	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
I spørsmålene nedenfor ber vi deg vurdere egen HF-ledelse.	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	
Jeg opplever at ledelsen for det HF jeg tilhører:		
52-1: er opptatt av korrekt medisinsk koding	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
52-2: tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Spørsmål	Routing	Svaralternativer
52-3: er godt kjent med holdningene til medisinsk koding blant de ansatte i eget HF	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
52-4: er godt kjent med hvilken medisinsk kodekompetanse de ansatte har i eget HF	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
52-5: er åpne for å diskutere problemstillinger knyttet til medisinsk koding	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
52-6: reagerer på en hensiktsmessig måte når de får kjennskap til feil medisinsk koding	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
52-7: har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
52-8: er opptatt av at ønsket om høyere økonomisk refusjon ikke skal påvirke hvilke medisinske koder som skal benyttes	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
52-9: ikke lar ønsket om høy økonomisk refusjon påvirke prioriteringen av pasienter	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
52-10: ikke lar ønsket om høyere økonomisk refusjon påvirke den behandling/prosedyre som tilbys pasienten	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
<i>Jeg opplever at ledelsen ved min avdeling</i>	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	
53-1: er opptatt av korrekt medisinsk koding i egen enhet	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
53-2: tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
53-3: er godt kjent med holdningene til medisinsk koding blant de ansatte i egen enhet	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
53-4: er godt kjent hvilken medisinsk kodekompetanse de ansatte i egen enhet har	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
53-5: er åpne for å diskutere problemstillinger knyttet til medisinsk koding	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
53-6: reagerer på en hensiktsmessig måte når de får kjennskap til feil medisinsk koding	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
53-7: har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
53-8: er opptatt av at ønsket om høyere økonomisk refusjon ikke skal påvirke hvilke medisinske koder som skal benyttes	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
53-9: ikke lar ønsket om høy økonomisk refusjon påvirke prioriteringen av pasienter	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Spørsmål	Routing	Svaralternativer
53-10: ikke lar ønsket om høyere økonomisk refusjon påvirke den behandling/prosedyre som tilbys pasienten	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
54: Hvis jeg får kjennskap til eller fatter sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF vil jeg velge å melde fra om dette til nærmeste leder eller andre aktuelle parter	Alle	Ja/Nei/Vet ikke
<i>Hvis jeg melder fra til egen ledelse om et alvorlig brudd (dvs. systematisk kreativ koding med økonomisk vinning som mål) på reglene for koding, vil jeg føle meg trygg på at</i>	Alle	
55-1: det er den riktige tingen å gjøre	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
55-2: det forventes at jeg gjør det	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
55-3: jeg forblir anonym dersom jeg ønsker det	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
55-4: passende tiltak vil bli iverksatt	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
55-5: jeg vil være beskyttet mot represalier	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
55-6: de involverte personene vil bli rettferdig behandlet	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
<i>Spørsmålene nedenfor handler om hvorvidt du har kjennskap til bevisst feilkoding.</i>	Alle	
<i>Jeg har det siste året fått kjennskap til at ansatte eller ledere i mitt HF</i>		
56: med overlegg har brukt gal medisinsk kode for å øke refusjonsbeløpet	Alle	Ja/Nei
57: har valgt enn annen behandling enn det som er medisinsk optimalt for å øke refusjonsbeløpet	Alle	Ja/Nei
<i>Dersom ansatte i den avdeling/enhet jeg tilhører bruker feil medisinske koder, tror jeg det vil være fordi</i>	Alle	
58-1: vi/de ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvilke koder som skal benyttes	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
58-2: vi/de blir presset til å kode feil for å øke inntektene i det helseforetaket jeg arbeider i	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
58-3: vi/de ikke har nok tid til å finne riktig medisinsk kode	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Spørsmål	Routing	Svaralternativer
58-4: vi/de mener at kontrollen er så dårlig at eventuell feilkoding ikke oppdages	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
58-5: dataverktøyene (PAS/EPJ) som benyttes ikke er gode nok	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
58-6: de elektroniske hjelpeverktøyene (f.eks. FinnKode) ikke er gode nok	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
58-7: vi/de ikke er tilstrekkelig opptatt av å kode riktig	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
<i>Endring av medisinsk kode kan være nødvendig av ulike årsaker. Vi ønsker her å vite hvor ofte dette skjer uavhengig av årsak.</i>		
59: Hvor ofte endres den medisinske kodingen fra den første satte kode til innsending av NPR-rapportering i din avdeling?	Alle som koder selv (svart ja på spm 5), overleger, ledernivå 3 og medlemmer av analysegrupper (svart ja på spm 6)	Skala 0 % - 100 % i 5 % intervaller, og "Vet ikke"
60: Dersom kodeendringen skjer etter at epikrise er sendt ut, hvor ofte tror du denne blir korrigert og ny korrigert epikrise sendt ut i din avdeling?	Alle som koder selv (svart ja på spm 5), overleger, ledernivå 3 og medlemmer av analysegrupper (svart ja på spm 6)	Skala 0 % - 100 % i 5 % intervaller, og "Vet ikke"
61: Eventuelle kommentarer eller synspunkter:	Alle	Fritekst

Vedlegg 4 Dokumentforespørsel til HF-ene

Vi ber om følgende dokumentasjon/opplysninger:

- Organisasjonskart for helseforetaket og evt. sykehuset.
- En kortfattet overordnet beskrivelse av hvordan arbeidet med medisinsk koding foregår innenfor somatisk virksomhet i helseforetaket OG evt. sykehuset (i de tilfeller hvor vi kun gjennomfører intervjuer ved ett sykehus i helseforetak som består av flere sykehus) hvor følgende opplysninger fremkommer:
 - Beskrivelse av oppgaver og ansvarsforhold i forbindelse med koding, registrering og kontroll av aktivitetsdata
 - Om helsepersonellet koder direkte i PAS/EPJ (eller tilsvarende systemer), eller om utskrivningsskjema/kodeskjema benyttes
 - Hvilke kontroller man har på avdelings-, klinikk-, sykehus og foretaksnivå for å kvalitetssikre kodingen
 - Hvordan feilkoding håndteres på sykehuset/foretaket

Dersom de etterspurte opplysningene ovenfor kommer tydelig fram i helseforetakets/sykehusets skriftlige retningslinjer for medisinsk koding, er det ikke nødvendig å gi en slik overordnet beskrivelse.

- Prosedyrer/interne retningslinjer for medisinsk koding for det enkelte helseforetak og evt. sykehus, herunder:
 - Prosedyrer for praktisk gjennomføring av medisinsk koding
 - Prosedyrer for oppfølging/kontroll av medisinsk koding
 - Prosedyrer for håndtering av avvik (feilkoding)
 - Eksempler på utskrivningsskjemaer/kodeskjemaer og eventuelle sjekklister til bruk i kodeprosessen
 - Opplæringsplaner på området medisinsk koding
 - Prosedyrer for dokumentasjon av gjennomført opplæring på området
- Interne styringsdokumenter for det enkelte helseforetak og evt. sykehus som beskriver roller og ansvar for alt medisinsk og administrativt personell som er involvert i medisinsk koding (for eksempel stillingsinstrukser og lederavtaler).
- Siste års handlingsplaner og/eller virksomhetsplaner for det enkelte helseforetak og evt. sykehus (eller tilsvarende plandokumenter) dersom eventuelle planlagte tiltak knyttet til medisinsk koding framkommer i disse dokumentene.
- Eksempler på månedsrapporter/tertialrapporter fra siste halvår (eller tilsvarende dokumenter) dersom eventuelle gjennomførte tiltak på området medisinsk koding framkommer i disse dokumentene.
- Dokumentasjon på gjennomførte risikovurderinger vedrørende medisinsk koding på HF-, sykehus-, klinikk- og avdelingsnivå de siste to årene.
- Rapporter fra gjennomførte revisjoner, evalueringer eller tilsvarende (eks: Riksrevisjonen, Helsetilsynet, internrevisjonen, forskningsrapporter) på området medisinsk koding de siste to årene.
- Dokumentasjon på gjennomført opplæring innen medisinsk koding (for eksempel introduksjonskurs, e-læringskurs, oppfriskningskurs og annen opplæring innen koding). Vi ber også om eventuelle opplæringsplaner på området.

■ DRG-utvalg

- Oversikt over medlemmer i DRG-utvalg eller tilsvarende utvalg
- Mandat for DRG-utvalget eller tilsvarende utvalg

Referat fra møter i DRG-utvalget eller tilsvarende utvalg fra 2010 til i dag