

Rapport 10/2011

Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene - Akershus universitetssykehus HF

Rapport nr.	10/2011
Revisjonsperiode	April – august 2011
Virksomhet	Akershus universitetssykehus HF
Rapportmottaker	Administrerende direktør Akershus universitetssykehus HF
Kopi (av endelig rapport)	Styreleder Akershus universitetssykehus HF Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonskomiteen Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF v/revisjonskomiteen
Revisor	Sturla Rising (Exonor), Sven Richard Tønnesen (KPMG), Sverre Lunde (KPMG) og Karl-Helge Storhaug (konsernrevisjonen Helse Sør-Øst)

Innholdsfortegnelse

FIGURLISTE	3
TABELLISTE.....	3
SAMMENDRAG	4
1 INNLEDNING.....	5
1.1 BAKGRUNN FOR REVISJONSPROSJEKTET	5
1.2 FORMÅL MED REVISJONEN (MANDATET).....	5
1.3 RAPPORTSTRUKTUR	6
1.4 PROSESS OG METODE	6
2 RESULTATER OG VURDERINGER	9
2.1 BESKRIVELSE AV MEDISINSK KODEPRAKSIS VED ÅHUS	9
2.2 STYRINGS- OG KONTROLLMILJØ.....	12
2.3 MÅLSETTINGER FOR MEDISINSK KODEPRAKSIS OG RISIKOVURDERINGER	17
2.4 TILTAK FOR Å HA STYRING OG KONTROLL MED KODEPRAKSIS	18
2.5 OPPFØLGING AV MEDISINSK KODEPRAKSIS	20
3 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	27
4 SAKSGANG OG RAPPORTBEHANDLING.....	29
5 VEDLEGG	30
5.1 VEDLEGG 1 – MANDATETS TEMAOMRÅDER OG PROBLEMSTILLINGER	30
5.2 VEDLEGG 2 – PROSESS OG METODE	32
5.3 VEDLEGG 3 – OM AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF.....	37
5.4 VEDLEGG 4 – DOKUMENTFORESPØRSEL	38
5.5 VEDLEGG 5 – RUTINEBESKRIVELSE	40
5.6 VEDLEGG 6 – YTTERLIGERE RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN.....	41

Figurliste

Figur 2-1: Prosesskart for koding og kodekontroll ved Akershus Universitetssykehus HF	11
Figur 2-2 - Kjennskap til kodeveiledningen fra Helsedirektoratet og KITH.....	13
Figur 2-3 - Opplæring i medisinsk kodebruk	14
Figur 2-4 - Trygghet ved koding	15
Figur 2-5 - Tid til koding	16
Figur 2-6 – Kjennskap til skriftlige arbeidsrutiner	19
Figur 2-7 – Opplevelse av ledelse ved egen avdeling.....	22
Figur 2-8 – Opplevelse av HF ledelsen	22
Figur 2-9 - Opplevd trygghet ved varsling	23
Figur 2-10 - Frekvens av oppdaget medisinsk feilkoding	23
Figur 2-11 - Endring av medisinske koder	24
Figur 2-12 - Kjennskap til retting av medisinske koder uten konsultasjon av helsepersonell	24
Figur 5-1 – Generelt prosesskart for medisinsk koding og kodekontroll	35

Tabelliste

Tabell 1-1: Helseforetak der det er foretatt revisjon som Del 2 av prosjektet	6
Tabell 1-2: Beskrivelse av gruppene i utvalget for spørreundersøkelsen	7
Tabell 1-3: Populasjon, utvalg og svarprosent for Akershus Universitetssykehus HF	7
Tabell 5-1: Helseforetak der det er foretatt revisjoner som Del 2 av revisjonsprosjektet.....	32
Tabell 5-2: Populasjon, utvalg og svarprosent for den nasjonale spørreundersøkelsen	33

Sammendrag

Det er gjennomført en felles revisjon i samtlige helseregioner. Formålet med revisjonen 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.

Revisjonen har bestått av to deler: Del 1 - nasjonal elektronisk spørreundersøkelse til utvalgte personer i samtlige helseforetak. Del 2 – gjennomgang av rutiner og intervjuer ved 9 utvalgte helseforetak fordelt mellom alle helseregionene.

Resultater og konklusjoner i denne delrapporten bygger på resultater fra den nasjonale spørreundersøkelsen samt revisjonen ved Akershus universitetssykehus HF (Ahus). Svar på spørsmål som er stilt i undersøkelsen og i intervjuene gir indikasjoner på om rutiner og regelverk etterleves. For å kunne konkludere klart på faktisk etterlevelse av rutiner og regelverk for medisinsk koding ville det imidlertid vært nødvendig å gjennomføre testing av et representativt utvalg epikriser. Dette har ikke vært en del av prosjektets mandat.

Ahus har etablert en overordnet rutinebeskrivelse for god medisinsk kodepraksis. Denne rutinen legger etter vårt syn et grunnlag for en tilstrekkelig kontroll og kvalitetssikring. I rutinen er roller og ansvar for medisinsk koding klart definert for administrerende direktør, avdelingssjefer og personale som har definerte roller innen kontroll av medisinsk koding. Våre intervjuer indikerer at roller og ansvar også i praksis er etablert i henhold til rutinen. Det kan synes som om rutinebeskrivelsen er lite kjent utenfor gruppene som har ansvar for kontroll. De fleste ansatte oppgir å ha tillit til at HF-ledelsen og egen avdelingsledelse er opptatt av korrekt medisinsk koding, og at ledelsen tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt.

Alle intervjuede grupper oppgir at det gis for lite opplæring i medisinsk koding ved Ahus, og at dette gjelder spesielt for LIS- leger/assistentleger. For spørsmål i spørreundersøkelsen knyttet til kjennskap til relevante regelverk og veiledere om medisinsk koding samt hensyn til opplevd egen kompetanse har Ahus noe lavere resultater enn landsgjennomsnittet. For lav kompetanse om kodesystemet hos behandlende leger kan medvirke til en høyere feilfrekvens. Prinsippet om at kodingen skal gjennomføres ”riktig første gang” kan dermed bli vanskelig å etterleve og medfører at det blir nødvendig med opprettinger i ettertid. LIS- legene gir uttrykk for at de savner en klarere medisinsk begrunnelse for kodesystemet, og at de oppfatter systemet primært som økonomisk motivert. IT- systemer som benyttes for koding oppleves også som tungvinne å bruke, samt at fysiske arbeidsforhold og systemet for talegjenkjenning beskrives som ikke optimale.

Totalt sett er det likevel sannsynlig at Ahus har en tilfredsstillende kontroll med kodekvaliteten. Det er sannsynligvis mulig å effektivisere kodeprosessen og kontrollen ved bedre opplæring av helsepersonell som koder og ved å forankre forståelsen av systemet bedre.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for revisjonsprosjektet

Dette revisjonsprosjektet kom i stand etter initiativ fra Helsedirektoratet. Direktoratets begrunnelse for å anmode om en gjennomgang av kodepraksis i helseregionene, var blant annet 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 het 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 regionene 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.

I et møte med Helsedirektoratet 25.10.10 påtok konsernrevisjonen Helse Sør-Øst seg å utarbeide en plan for gjennomføring av nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis i alle helseregioner.

Revisjonskomiteen i Helse Sør-Øst RHF, som er konsernrevisjonens oppdragsgiver, har behandlet saken og gitt sin tilslutning til at konsernrevisjonen Helse Sør-Øst påtar seg ansvaret for å planlegge en nasjonal revisjon innenfor området Medisinsk kodepraksis, samt gjennomføre slik revisjon i egen foretaksgruppe. Revisjonskomiteene i de andre regionene har, med visse presiseringer/forutsetninger, gitt sin tilslutning til prosjektet.

Mandatet for revisjonen er utarbeidet av konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst i samråd med Helsedirektoratet og internrevisjonene i Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF.

KPMG AS ble etter anbudskonkurranse engasjert for å bistå med den praktiske gjennomføringen av revisjonsprosjektet.

Prosjektteamet har bestått av representanter for internrevisjonene i de regionale helseforetakene og ressurser fra KPMG AS, samt fra underleverandøren Exonor AS.

Planlegging og operasjonalisering av mandat og problemstillinger for revisjonen er gjennomført av prosjektteamet i fellesskap.

1.2 Formål med revisjonen (mandatet)

Formålet med revisjonen 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 har det med utgangspunkt i anerkjente rammeverk for internkontroll og risikostyring vært fokusert på faktorer knyttet til helseforetakenes:

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

De fire delområdene ovenfor er brutt ned i delproblemstillinger med tilhørende spørsmål. Bruken av disse fire områdene har dermed gjennomgripende for prosjektet og de er også benyttet for å strukturere funn og analyser i rapportene.

En tabell med liste over mandatets delproblemstillinger og henvisninger til hvor disse besvares i rapporten finnes i 5.1 Vedlegg 1.

1.3 Rapportstruktur

Denne rapporten er delt inn i 3 hoveddeler; innledning, resultater og vurderinger, og konklusjon og anbefalinger.

Del 1 beskriver bakgrunn for revisjonen, formålet og hvordan data er innhentet. Del 2 beskriver først hvordan prosessen med medisinsk koding ved Akershus universitetssykehus er, deretter er resultater for hvert tema presentert. Temaene er gitt av mandatet og er presentert under formål med revisjonen. Våre vurderinger av resultatene for hvert tema er presentert til slutt i hvert delkapittel. Del 3 oppsummerer denne rapporten og gir noen generelle anbefalinger basert på resultatene og vurderingene i del 2.

1.4 Prosess og metode

Revisjonen har bestått av to deler: Del 1 - nasjonal elektronisk spørreundersøkelse til utvalgte personer i samtlige helseforetak. Del 2 – gjennomgang av rutiner og intervjuer ved 9 utvalgte helseforetak fordelt mellom alle helseregionene. Helseforetakene er valgt ut av internrevisjonene i de fire helseregionene etter innspill fra Helsedirektoratet.

Tabell 1-1: Helseforetak der det er foretatt revisjon som Del 2 av prosjektet

Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt RHF	Helse Nord RHF
Akershus universitetssykehus HF	Helse Bergen HF	St. Olavs Hospital HF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Sykehuset Telemark HF	Helse Fonna HF	Helse Nord-Trøndelag HF	Helgelandssykehuset HF
Sykehuset Østfold HF			

For en mer detaljert gjennomgang av metodene brukt i prosjektet henviser vi til 5.2 Vedlegg 2.

1.4.1 Nasjonal elektronisk spørreundersøkelse

Et utvalg av ansatte ved Akershus Universitetssykehus mottok 27. april invitasjon til deltakelse i den nasjonale spørreundersøkelsen av medisinsk kodepraksis med svarfrist 11. mai. Utvalget ble plukket fra en liste over ansatte med oppgaver knyttet til medisinsk koding, produsert av kontaktpersoner ved helseforetaket. Deltakerne i spørreundersøkelsen besvarte spørsmål tilpasset deres stillingsnivå og rolle i forhold til medisinsk koding. Utvalget er delt inn i tre grupper avhengig av stillingsnivå, vist i Tabell1-2.

Tabell 1-2: Beskrivelse av gruppene i utvalget for spørreundersøkelsen

Gruppe 1	Medisinsk personell som setter medisinske koder.
Gruppe 2	Stabspersonell som arbeider med føring eller kontroll av medisinske koder.
Gruppe 3	Ledelse på nivå 1, 2 og 3.

Ut fra Tabell1-3 fremgår det at svarprosenten for Akershus Universitetssykehus er 37 %. Dette er noe under landsgjennomsnittet på 41 %. Spesielt er svarprosenten for gruppe 2 lav med kun 32 %. En hovedårsak til den lave svarprosenten tenkes å være at det har vært for mange ansatte på listene, hvorav en viss andel ikke har stillinger knyttet til medisinsk koding. Denne vurderingen er gjort på grunnlag av tilbakemeldinger mottatt mens undersøkelsen var aktiv. Svarantallet er imidlertid tilstrekkelig stort for å vise tendenser og trekke konklusjoner, men under analyse av besvarelsene må de tas hensyn til at gjennomsnittstallene kan avvike noe (+/- 11 %) fra det reelle gjennomsnittet.

Tabell 1-3: Populasjon, utvalg og svarprosent for Akershus Universitetssykehus HF

	Populasjon	Utvalg	Antall svar	Svarprosent i forhold til utvalget
Totalt for Ahus	853	460	171	37 %
Gruppe 1	673	280	102	36 %
Gruppe 2	157	157	51	32 %
Gruppe 3	23	23	18	78 %

1.4.2 Revisjonsbesøk ved Ahus

Revisjonen av Ahus ble gjennomført i løpet av et besøk på to dager, 19. og 20. mai 2011. Fra prosjektgruppen deltok Karl-Helge Stjernen Storhaug (konsernrevisjonen ved Helse Sør-Øst RHF), Sverre Lunde (KPMG AS), Sturla Rising (Exonor AS) på hele revisjonen mens Sven Richard Tønnessen (KPMG AS) deltok dag 2.

I løpet av de to dagene ble det gjennomført et arbeidsmøte med kartlegging av kodeprosessen ved helseforetaket, gruppeintervjuer med personell i stillingsnivåer fra LIS-leger til kliniksjefer og en samtale med administrerende direktør. Fra alle møtene ble det skrevet referat som er brukt som utgangspunkt for diskusjonene i kapittel 2.

Arbeidsmøtet ble avholdt med nøkkelpersonell innen kodearbeidet. Et generelt prosesskart ble brukt som utgangspunkt. Dette ble tilpasset lokale variasjoner ved helseforetaket. Videre ble det kartlagt prosesser, rutiner, verktøy og systemer i bruk gjennom prosessen samt risikofaktorer som kan medføre feilaktig koding. Prosesskartet for Akershus Universitetssykehus er beskrevet i Figur 5-1 i kapittel 5.2 Vedlegg 2.

Gruppeintervjuene ble gjennomført semi-strukturert med utgangspunkt i en intervjuguide tilpasset for hvert stillingsnivå. Spørsmål er utarbeidet for å sikre helhet og sammenlikningsgrunnlag på tvers av stillingsnivåer og helseforetak.

1.4.3 Dokumentanalyse

I forbindelse med revisjonen ble det forespurt dokumentasjon av prosesser og rutiner ved helseforetaket (liste over forespurte dokumenter i 5.4 Vedlegg 4). Dokumentasjonen ble gjennomgått og danner sammen med resultatene fra spørreundersøkelsen, arbeidsmøtet og intervjuene grunnlaget for diskusjoner og vurderinger i denne rapporten.

2 Resultater og vurderinger

2.1 Beskrivelse av medisinsk kodepraksis ved Ahus

I Figur 2-1 (side 11) er prosessen for medisinsk koding ved Ahus illustrert ved et prosesskart. Der det er relevant vil vi referere til prosesskartet i vurdering og analyser i kapittel 2.

Den øverste banen i prosesskartet viser informasjonsflyt og kodesetting. Banene nedenfor viser verktøy og systemer som benyttes i kodearbeidet. Nederst har vi beskrevet risikofaktorer knyttet til medisinsk koding ved Ahus som ble identifisert i arbeidsmøtet. Det varierer noe på tvers av divisjoner/avdelinger hvordan dette gjennomføres, i figuren er prosessen skissert i en generell form.

Mottak og innleggelse/poliklinikk

Prosessflyten starter med intern eller ekstern henvisning av pasient. Pasienten vil deretter enten bli henvist videre til vurdering på Ahus, eller avvist/sendt tilbake til fastlege/henvisende lege. Dersom pasienten henvises til videre behandling på Ahus er dette snakk om enten en innleggelse eller henvisning til poliklinisk behandling. Øyeblikkelig hjelp-pasienter legges direkte inn, eller sendes hjem etter poliklinisk behandling. Ved mottak og vurdering av henvisningen føres opplysninger inn i PAS-systemet.

Behandling, diagnostikk og kodesetting

Pasienten vil etter innleggelse/mottakelse på poliklinikk bli undersøkt og diagnostisert. Det er behandlende lege som setter koder første gang. Kode kan her bli registrert med en gang, alternativt bli disse først satt ved utskrivning/epikrise. Kodingen settes av leger gjennom diktering i det digitale talegjennkjenningssystemet. Leger som ikke bruker dette koder i DIPS enten direkte i kodefeltet eller på "gule lapper" i DIPS, merkantilt personale legger deretter kodene inn i DIPS. Kontrasignerende overlege ved avdelingen foretar gjennomgang av epikrise før denne sendes til kodekontoret for kvalitetssikring. Kodeansvarlig lege mottar forslag fra kodekontoret om rettinger og komplettering av manglende koder og vurderer og godkjenner evt forslagene fra kodekontoret.

Kodekontroll på enhetsnivå og sentralt

Kodekonsulent gjennomgår alle epikriser for inneliggende pasienter og kontrollerer for fullstendighet og eventuelle feilkoder. Det er ikke samme fullstendighet i kontrollen for polikliniske pasienter. Deretter vil forslag til retting/og eller komplettering bli sendt tilbake til kodeansvarlig lege som tar stilling til forslagene. I de fleste tilfeller vil endringene registreres som et tilleggsnotat til epikrisen signert av kodeansvarlig lege. Dersom endringene er av større medisinsk betydning blir epikrisen endret og sendt ut på nytt. Kodekonsulentene har all samhandling med sine avdelinger når det gjelder koding.

Analyseavdelingen foretar logiske kontroller av kodingen samt analyser og samarbeider med økonomiavdelingen med hensyn til kvalitetssikring ved Norsk Pasient Register (NPR) rapportering. Analyseavdelingen gjennomfører også benchmark av Ahus kodepraksis opp mot andre sykehus ved hjelp av anonymiserte NPR- data. Faglig ansvar på dette området tilligger medisinsk kodeansvarlig i Analyseavdelingen. Informasjon fra analyseavdelingen følges opp av kodekonsulentene i forhold til avdelingene. Kodekontrollerne bestiller ukentlig rapporter i analyseavdelingen og følger opp dette ut i avdelingene. Analyseavdelingen endrer ikke koder selv,

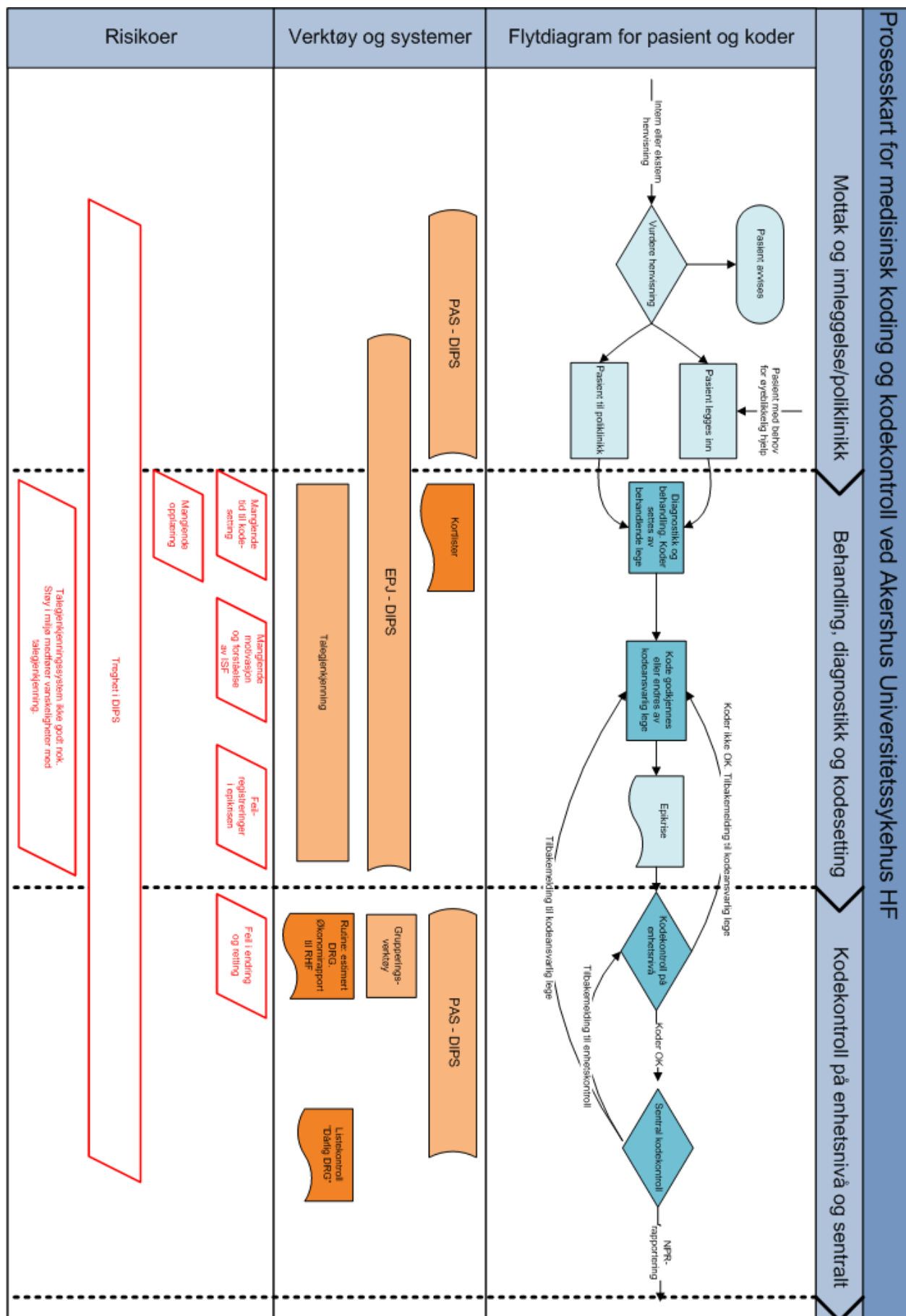
men følger opp kodepraksis og foreslår endringer i praksis basert på resultater av sammenligninger og analyser.

Risikofaktorer som ble identifisert i prosessen:

I arbeidsmøtet ble deltakerne bedt om å identifisere risikofaktorer som kunne påvirke kodekvaliteten negativt. Dette var møtedeltagernes egen oppfatning av hvilke faktorer som hadde størst betydning for eventuelle feil i medisinsk koding. Faktorene ble ikke prioritert eller rangert.

- Manglende tid til å sette riktig kode – Ved opplevd tidspress velges ofte generiske samlekode fremfor en mer korrekt spesifikk kode.
- Feilregistreringer i epikrisen
- Manglende opplæring i medisinsk koding – Mangel på opplæring og dermed mangel på kunnskap kan medføre feil valg av koder eller valg av generiske samlekode.
- Feil endring eller retting av koder
- Treghet i datasystemet DIPS – Uttrykt at datasystemet er tregt og tungvint. Dette kan medføre valg av generiske samlekode/unøyaktig koding og mulig feilkoding.
- Svak funksjonalitet i talegjenkjenningssystem – Kan medføre manglende koder på grunn av at talegjenkjenningssystemet ikke tar med alt som blir lest inn.
- Støy i kontorlandskap vanskeliggjør kodearbeid og innlesing av informasjon for talegjenkjenning

Figur 2-1: Prosesskart for koding og kodekontroll ved Akershus Universitetssykehus HF



2.2 Styrings- og kontrollmiljø

2.2.1 Roller, ansvar og organisering

Overordnet ansvar for kvaliteten i medisinsk koding ligger hos administrerende direktør. Det varierer i hvilken grad klinikkssjefene involverer seg i kvalitetssikring av koding. Klinikksjefen på Kvinneklinikken sjekker all koding i sin klinikk, mens to andre ikke var direkte involvert i koding. Vi har ikke opplysninger om at klinikkssjefer er tillagt spesifikt ansvar på området utover det som følger av generelt lederansvar på eget område, inkludert ansvar for økonomistyring og budsjett.

Avdelingssjef har ansvar for medisinsk koding på sitt ansvarsområde, men kan delegere arbeidsoppgaver knyttet til kontroll med medisinsk koding. Avdelingssjefene som ble intervjuet ga uttrykk for at roller og ansvar for koding ble oppfattet som klart.

Alle avdelinger på Ahus har kodeansvarlig lege. Dette er en definert rolle hvor hovedoppgaven er å kontrollere kodekvaliteten og eventuelt foreta suppleringer og rettinger i kodingen som foretas av andre leger. Det er her et tett samspill med kodekonsulentene/kodekontoret, som gjennomgår epikrisene og kommer med forslag på retting og suppleringer til kodeansvarlig lege.

De kodeansvarlige leger og kodekonsulenter som er intervjuet gir uttrykk for at de oppfatter sin rolle som klart definert.

For helsepersonell som koder, inkludert LIS- leger/ass.leger gir disse uttrykk for at de oppfatter sin rolle til å være å kode medisinsk korrekt og skrive epikriser, og at de for øvrig ikke kjenner til hvordan systemet rundt koding er bygget opp.

Med hensyn til overleger som ikke var avdelings- eller seksjonsledere var inntrykket at roller og ansvar var tilsvarende som for LIS- legene. Det vil si at ansvaret er å sette koder for egne pasienter og skrive epikriser. I tillegg kommer kvalitetssikring av koding som del av oppfølging og veiledning av underordnede leger.

Analyseavdelingen har overordnet ansvar og kvalitetssikrer kodingen i rapporter og ved benchmarking mot andre sykehus for å se egen kodepraksis i forhold til den i andre helseforetak. Disse opplever rapportene i DIPS som uryddige og systemet tregt og forholder seg til XML - uttrekket til NPR i sitt arbeid. Tilsynelatende like rapporter i DIPS gir ulike svar og fører til feil når dette brukes.

Kodekonsulentene gir inntrykk av å være godt fornøyd med sin arbeidssituasjon i relasjon til koding. De sitter samlet og har et bra arbeidsmiljø med kollegaer å diskutere med. En nevnt ulempe med dette er at de sitter lenger unna avdelingene.

Se også kapittel 2.1 for beskrivelse av informasjonsflyt og koding, og kapittel 2.4.1 for beskrivelse av arbeidsrutiner for koding ved Ahus.

2.2.2 Opplæring og krav til kompetanse

Kjennskap til kodeveiledningen fra Helsedirektoratet/KITH

Kodeveiledningen fra Helsedirektoratet/KITH er sentral kilde til opplysninger om riktig medisinsk koding. Derfor er alle deltakere i spørreundersøkelsen spurt om i hvilken grad de har kjennskap til det innholdet veilederen som er relevant for deres stilling. Det er også stilt spørsmål om kjennskap til veilederen i intervjuene.

Spørreundersøkelsen viser at 50 % blant LIS- legene oppgir å ha liten kjennskap til de deler av kodeveiledningen som er relevant for deres stilling (skår 1 eller 2), og 42 % oppgir skår 3 (på en skala fra 1-6). Totalt er dette 92 % som oppgir under middels kjennskap.

Blant avdelingsoverleger/seksjonsoverleger/overleger er det 25 % som oppgir å ha liten kjennskap til veiledningen, mens 42 % oppgir karakteren 3.

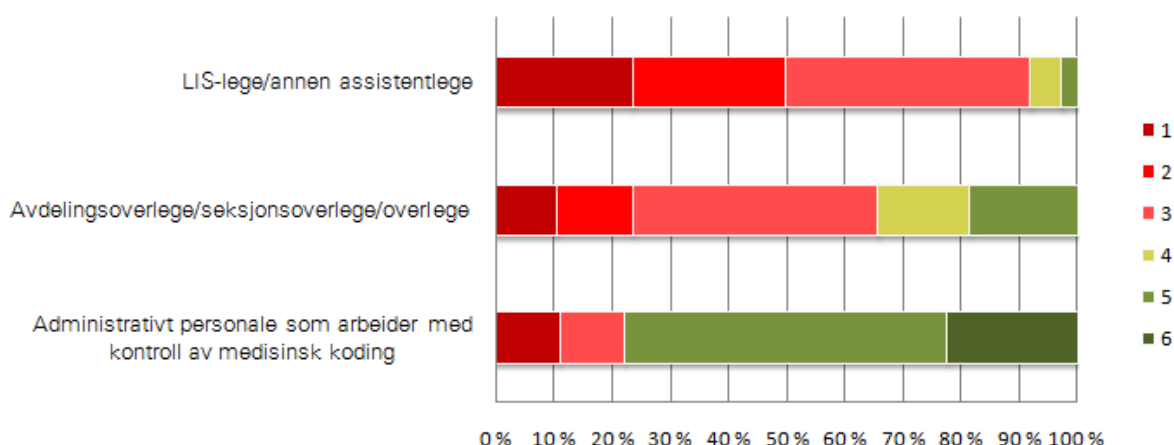
Blant administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk kodinger det en relativt lav andel som oppgir å ha liten kjennskap (22 % skår 1-3).

Det nasjonale resultatet for kjennskap til kodeveiledningen er til sammenlikning 63 % skår 3 eller lavere for LIS-leger, 43 % for avdelingsoverleger/seksjonsoverleger/overleger og 18 % for administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk kodinger

Intervjuene understøtter inntrykket fra spørreundersøkelsen og indikerer at det er liten kjennskap til veilederen hos LIS- leger. Når det gjelder administrativt personell har vi kun intervjuet kodekonsulenter og ledere ved Ahus. Disse oppgir å ha god kjennskap til veilederen. Klinikksjefene oppgir også at de har god kjennskap til kodeveiledningen.

I hvilken grad kjenner du til innholdet i kodeveiledningen fra Helsedirektoratet og KITH som er relevant for din stilling?

1 = Helt ukjent og 6 = har detaljert kunnskap

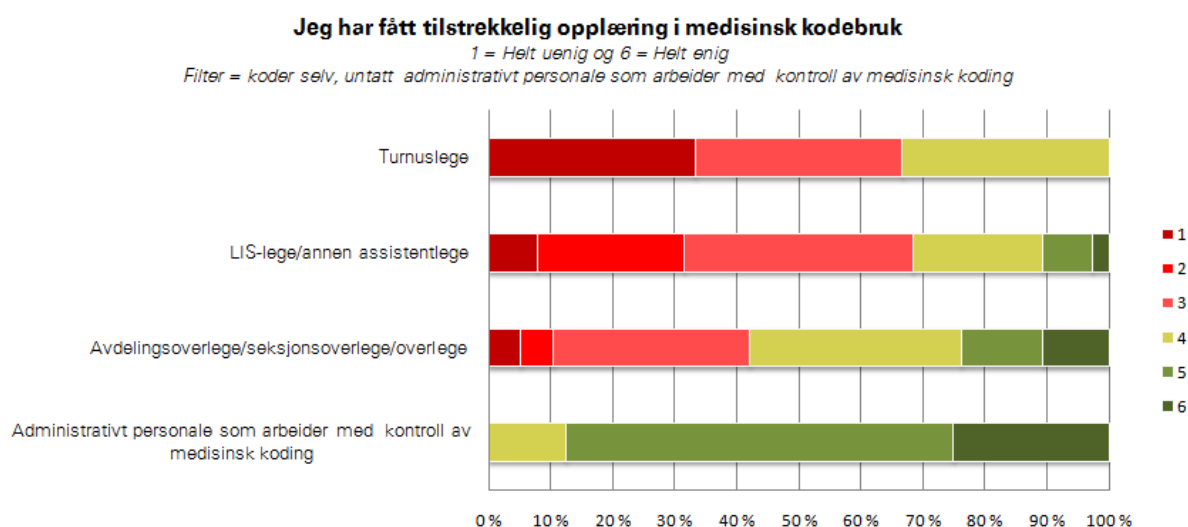


Figur 2-2 - Kjennskap til kodeveiledningen fra Helsedirektoratet og KITH

Opplæring

Intervjupersonene oppgir at det er gjennomført opplæringstiltak for legene og annet personale i de fleste avdelinger og divisjoner, men at det ikke stilles direkte eller obligatoriske krav til å gjennomføre opplæring. Enkelte avdelinger har så langt ikke gjennomført opplæring av leger. Andre avdelinger har regelmessig undervisning – to ganger i året. Det vanligste er opplæring på jobben – ”mester - svenn” prinsippet.

Spørreundersøkelsen viser at en relativt høy andel blant overleger gir uttrykk for at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk (42 % oppgir skår 3 eller lavere). Særlig LIS-leger oppgir å ikke ha fått tilstrekkelig opplæring (68 % oppgir skår 3 eller lavere). Ingen av andelen administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding gir uttrykk for dette. Nasjonale gjennomsnittstall for spørreundersøkelsen viser til sammenligning følgende tall for skår 3 eller lavere: 39 % (overleger), 19 % (kontrollpersonell) og 48 % (LIS-leger).



Figur 2-3 - Opplæring i medisinsk kodebruk

68 % blant LIS-legene svarer også at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring i IT-systemet som brukes til koding (skår 3 eller lavere). Blant avdelingsoverleger/seksjonsoverleger/overleger er den tilsvarende andelen 47 %.

Kodekonsulentene er kurset med Nirvaco kodekurs. De oppgir bedre kjennskap til kodeveiledningen og oppgir høyere grad av opplæring i spørreundersøkelsen. Alle kodekonsulentene oppgir nivå 4 eller høyere på om de har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk og 75% oppgir nivå 4 eller høyere på tilstrekkelig opplæring i IT-systemet.

Samlet sett er inntrykket en uensartet praksis på tvers av avdelingene. Inntrykket som gis fra ledere på alle nivåer er at det er fokus på å kode medisinsk korrekt og at dette formidles til de ansatte. Dette skjer blant annet gjennom avdelingsmøter med deltakelse fra kodekonsulent. Inntrykket blir bekreftet av LIS-legene, overlegene og sekretærene. Utover dette er det ikke stilt bestemte krav til kompetanse eller opplæring, noe som reflekteres i spørreundersøkelsen under spørsmål om kjennskap til kodeveiledningen som er relevant for den enkeltes stilling (Figur 2-2). Alle grupper som er intervjuet gir uttrykk for at det er behov for å heve kompetansen på medisinsk koding hos legene og at det bør gjennomføres mer opplæring. Spesielt gjelder dette

opplæringen av underordnede leger – LIS-leger. Dette funnet støttes klart av resultatene av spørreundersøkelsen med hensyn til vurdering av egen kompetanse og opplæringsstatus samt kjennskap til relevante dokumenter som eks. KITH veiledningen.

2.2.3 Praktisk gjennomføring av prosess for koding

Formidling av krav til koding

Ansatte på ledernivå gir tydelig uttrykk for at det kommuniseres klart at fokus er på korrekt medisinsk koding og at dette er det som formidles til de ansatte i foretaket. Det er ikke etablert formelle rutinebeskrivelser lokalt som forankrer kravene til koding nedover i organisasjonen. Imidlertid er DRG et av elementene hvor det er satt mål- og resultatkrav til divisjoner og avdelinger. Dette er da snakk om oppnåelse av fastsatte DRG poeng med tilhørende refusjon.

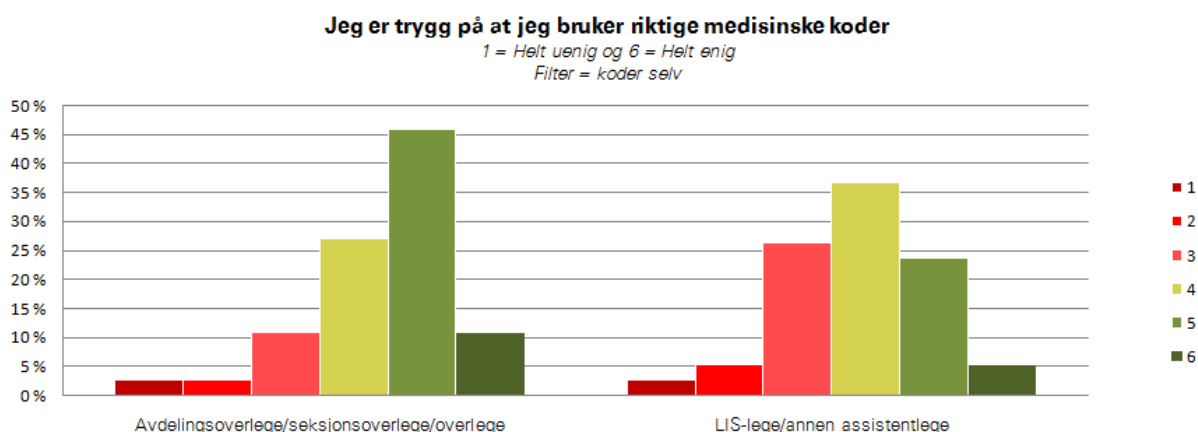
Klinikere på lavere nivå (LIS- leger) gir uttrykk for at de oppfatter kodesystemet først og fremst som økonomisk motivert, og at de til dels oppfatter det som frustrerende at de må bruke relativt mye av sin arbeidstid til det de oppfatter som rene administrative oppgaver. De gir uttrykk for at de fleste kolleger er negative til ISF- systemet og at det medisinske formålet med systemet er underkommunisert. De er heller ikke kjent med roller og ansvar for koding utover at de er klar over eget ansvar når de skriver epikriser. De er heller ikke kjent med hvordan kontroll med kodepraksis fungerer ved Ahus.

For ansatte med lederansvar og for de med dedikerte kontrolloppgaver innen medisinsk koding er inntrykket klart at formålet oppfattes som korrekt medisinsk koding.

Opplevd trygghet ved koding

Når det gjelder trygghet for at man selv setter riktige koder er tall for Ahus tilnærmet likt landsgjennomsnittet, noe som er noe overraskende når skår for opplæring er vesentlig lavere ved Ahus.

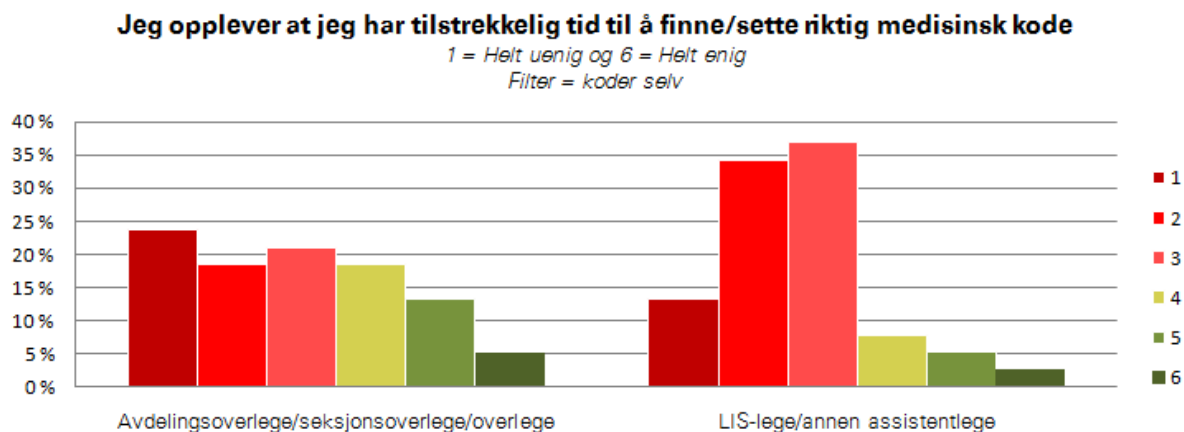
De fleste som koder oppgir at de er relativt trygge på at de koder riktig (skår fire og høyere). Imidlertid svarer om lag 25 % at de er usikre på om de koder riktig (skår tre og lavere). Disse tallene er nesten identiske med landsgjennomsnittet.



Figur 2-4 - Trygghet ved koding

Tid til koding

Et klart flertall blant koderne gir uttrykk for at de ikke har tilstrekkelig tid til koding (63 % blant avdelingsoverleger/seksjonsoverleger/overleger og 84 % blant LIS-leger). Intervjuene bekrefter også dette.



Figur 2-5 - Tid til koding

LIS-legene uttrykte betydelig frustrasjon over arbeids/tidspress og over talegjenkjenning som de opplever gir opphav til feil og merarbeid. Frustrasjonen over talegjenkjenningen beror dels på funksjonalitet, men også over situasjonen hvor de måtte diktere med mye støy og annen aktivitet.

Systemet ble av flere betegnet som lite hensiktsmessig. Ordningen med kontorfelleskap ble anført å gjøre konsentrert arbeid vanskelig og sammen med talegjenkjenning førte dette til problemer. I forbindelse med talegjenkjenning som brukes for å skrive epikrise må legene finne / søke opp riktig diagnose med tilhørende kode, diktere dette inn i systemet og enten taste dette i DIPS eller skrive på en ”elektronisk gul lapp” til sekretær som senere taster dette inn.

2.2.4 Samlet vurdering av styrings- og kontrollmiljø

Vårt inntrykk er at ansvar, roller og organisering er etablert på en hensiktsmessig måte og at dette fungerer godt. Spesielt gjelder dette for organiseringen av kvalitetssikring og kontroll med kodekvaliteten gjennom kodeansvarlig leger, kodekonsulenter og analyseavdelingen.

At en høy andel av respondentene gir uttrykk for at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk og i IT-systemet for koding, og ikke har tilstrekkelig tid til å kode, indikerer imidlertid at det er risiko for feilkoding, til tross for at et flertall mener de setter riktige koder.

For spørsmål om man har fått tilstrekkelig opplæring har Ahus svakere skår enn landsgjennomsnittet på spørreundersøkelsen, eksempelvis oppgir 68 % av LIS legene skår 3 eller lavere, mot 48 % for landsgjennomsnittet. Manglende kjennskap til relevante dokumenter som KITH-veiledningen henger trolig sammen med at det gjennomføres for lite opplæring. Samtlige intervjugrupper gir også uttrykk for at det er nødvendig å styrke kompetansen i medisinsk koding gjennom mer opplæring.

Forankringen av medisinsk koding synes ikke tilstrekkelig. LIS- legene oppgir at inntrykket er at ISF- ordningen primært er økonomisk motivert, og at den medisinske hensikten med systemet er

underkommunisert. Når flere fra denne gruppen også oppgir at arbeidet med koding vanskeliggjøres av fysiske arbeidsforhold og tungvinte systemer er det en risiko for lav motivasjon for å oppnå høy kodekvalitet. Til tross for dette oppgir intervjupersonene at man forsøker å kode så medisinsk korrekt som mulig.

Et hovedinntrykk fra intervjuene er at det er relativt høy usikkerhet om det kodes riktig, kanskje noe høyere enn hva resultatene fra spørreundersøkelsen for øvrig skulle tilsi. Hovedårsakene som oppgis er at de opplever regelverket for koding for komplisert og et betydelig tidspress. Dette kan også ha andre årsaker. Resultatene fra spørreundersøkelsen har et representativt utvalg, mens det er kun et fåtall ansatte i ulike kategorier som er intervjuet. En annen aktuell faktor kan være at det i liten grad gis tilbakemelding til behandlende lege, slik at man ikke praksis ikke nødvendigvis kjenner kvaliteten i egen kodepraksis. En annen faktor som kan påvirke svaret er tilbøyelighet til ikke å innrømme feil eller manglende kvalitet på eget arbeid.

Samlet sett tyder vårt datamateriale på at de ansatte, inklusiv ledelsen er opptatt av å kode medisinsk korrekt. Våre funn fra spørreundersøkelsen kan dessuten tyde på at det i liten grad er kultur for bevisst feilkoding eller valg av annen behandling for å øke refusjonsbeløpet. Samtidig kan resultatene tyde på at dette i enkelte tilfeller forekommer. Ahus har ikke hatt avkortning av sin DRG- refusjon siden 2007 hvor dette forekom i et tilfelle.

Totalt sett er vår vurdering innenfor styrings- og kontrollmiljø av det er forhold som bør forbedres. Dette gjelder spesielt for opplæring av leger og forankring av forståelse for medisinsk koding. Se kapittel 3 for konkrete anbefalinger.

2.3 Målsettinger for medisinsk kodepraksis og risikovurderinger

2.3.1 Beskrivelse

I forkant av revisjonsbesøket på Ahus ble det oversendt en liste over ønsket dokumentasjon. På rapporteringstidspunktet hadde vi ikke mottatt annet enn den overordnede rutinebeskrivelsen for medisinsk koding.

Vi har følgelig ikke fått dokumentasjon om gjennomførte risikovurderinger, evalueringer eller mål på området. Vi har ikke opplysninger om at slike vurderinger og analyser er gjennomført fra intervjuer og dokumentanalyse. Vi oppfattet det slik at mål for DRG er gjeldende på divisjon/klinikk og videre ned på seksjons/avdelingsnivå. Heller ikke i spørreundersøkelsen fremkommer det at det har vært gjennomført risikovurderinger av medisinsk kodepraksis ved foretaket.

2.3.2 Samlet vurdering målsettinger og risikovurderinger

Det er ikke etablert spesifikke målsettinger for medisinsk koding utover krav nedfelt i overordnet rutinebeskrivelse og i målsettinger for DRG på divisjon/klinikk/seksjons/avdelingsnivå. Vi har ikke fått dokumentasjon på at det er gjennomført risikovurderinger og/evalueringer på området.

Gjennom den organisering og struktur som er etablert for kontroll med medisinsk koding evalueres imidlertid kodepraksis løpende. Dette gjelder bl.a. den analytiske kontroll og benchmarking mot andre sykehus som gjennomføres av Analyseenheten.

Vår samlede vurdering av området mål- og risikovurderinger at det er forhold som bør forbedres. Dette gjelder spesielt for området risikovurderinger. For konkrete anbefalinger se kapittel 3

2.4 Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis

2.4.1 Arbeidsrutiner

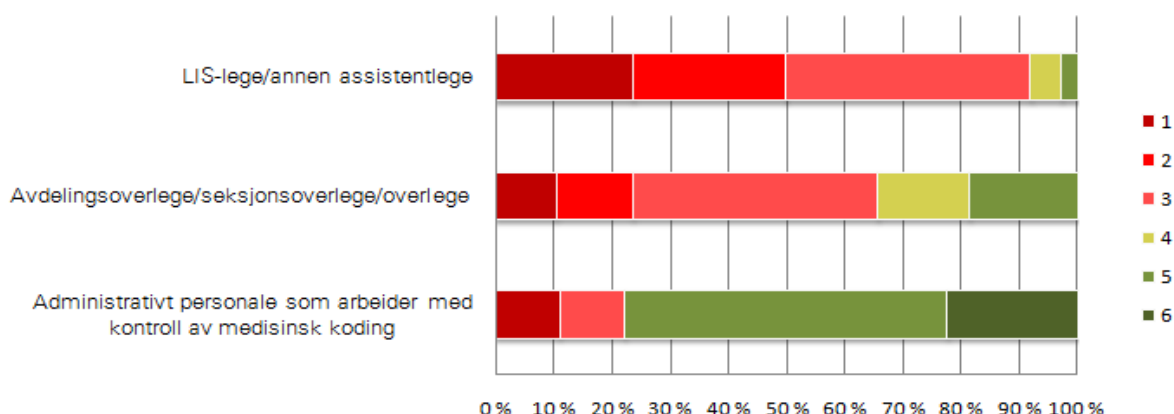
Ahus har en overordnet rutinebeskrivelse for medisinsk kodepraksis som ligger i kvalitets-systemet; *"Rutiner for sikring av god medisinsk kodepraksis på Akershus Universitetssykehus HF - Fordeling av ansvar og myndighet for impliserte faggrupper"*. I denne rutinebeskrivelsen er det overordnede ansvaret for god kodekvalitet lagt til administrerende direktør. Det operative ansvaret for medisinsk koding er lagt til avdelingssjef, og det fremgår at ansvaret ikke kan delegeres, men utførelsen av oppgaver og kontrollhandlinger kan delegeres. Det fremgår videre av retningslinjen at alle avdelinger skal ha en kodeansvarlig lege og en kodekonsulent.

Utover den overordnede rutinebeskrivelse for Ahus har vi ikke fått opplyst at det er etablert lokale rutinebeskrivelser. Praksis ved henholdsvis Medisin og Kirurgi er noe ulik mht hvem som utfører de ulike kontrolloppgavene. Imidlertid synes de grunnleggende roller, oppgaver og kontroll å være etablert i henhold til rutinebeskrivelsen. Gjennom den overordnede rutinebeskrivelsen er det gitt krav til leger, ledere og personale med dedikerte roller og fagansvar for koding, inkludert kodesekretærene. Det fremgår av rutinebeskrivelsen at leger skal kode medisinsk korrekt og i tråd med ICD 10, gjeldene prosedyrekodeverk og ISF-regelverket. Kodingen skal gjennomføres slik at Ahus får de inntekter de har krav på og innen de frister som gjelder slik at sykehuset ikke taper inntekter. Inntrykket fra intervjuene er at det utover dette ikke stilles bestemte krav til leger eller annet personale.

Ut fra intervjuene og arbeidsmøtet virker den overordnede rutinebeskrivelsen ikke kjent for klinikkjefer, avdelingssjefer eller LIS- legene. Inntrykket er at dokumentet er lite kjent for andre enn personer med dedikerte roller og ansvar for kvalitetssikring av koding. Spørreundersøkelsen underbygger dette og bidrar til ytterligere indikasjoner på at det ikke eksisterer lokale rutinebeskrivelser i avdelingene.

I hvilken grad kjenner du til innholdet i kodeveiledningen fra Helsedirektoratet og KITH som er relevant for din stilling?

1 = Helt ukjent og 6 = har detaljert kunnskap



Figur 2-6 – Kjennskap til skriftlige arbeidsrutiner

Vi ser her at det er stor bevissthet rundt rutinene blant administrativt personale (78% kjenner til rutiner) som kontrollerer koding samt ledernivå 3 (60% kjenner til rutiner). Ellers i organisasjonen er kjennskapet til rutiner langt lavere. Av avdelingsoverleger kjenner 34% til rutiner mens 39% ikke vet om de eksisterer og hos LIS-leger har kun 8% kjennskap til rutiner mens 82% ikke vet. Til sammenlikning er landsgjennomsnittet for kjennskap til rutiner 34% for avdelingsoverleger og 23% for LIS-leger.

Utover rutineskrivet som beskriver roller og ansvar er det utarbeidet kortlister ved enkelte avdelinger for å bistå behandlende lege med valg av diagnosekoder og prosedyrekoder. Disse listene er ikke oversendt prosjektteamet fra helseforetaket, men det ble nevnt under intervjuene at kortlistene var til stor hjelp. En risiko knyttet til kortlistene var bruken av dem i kompliserte pasienttilfeller, eksempelvis langtidssyke med kompliserte diagnoser. I disse tilfellene forekommer det at riktig kode ikke er i kortlisten men at det blir valgt det beste alternativet fra listen. Dette kan medføre risiko for medisinsk ufullstendig registrering og mulig økonomisk tap. Vi har i brev fra Ahus av 29.juni 2011 fått opplyst at kortlistene kun gjelder på poliklinikk hvor det ikke er lang liggetid og kompliserende pasienter og at det eventuelle økonomiske tap anses som lite/intet. Til tross for manglende skriftlige rutiner ble det avdekket i intervjuene at det eksisterer uformelle rutiner på de fleste avdelinger ved at roller og ansvar er tydelig definert og kjent internt.

2.4.2 Nøkkelkontroller knyttet til kodearbeidet

Det er etablert flere nivåer av kontroller med kodingen. Det første nivået er at alle epikriser fra LIS-leger kontrolleres for innhold og koding av en overlege før kontrasingering.

Den neste kontrollen foregår ved at kodekonsulent for angjeldende avdeling leser gjennom alle epikriser og gir tilbakemelding til kodeansvarlig lege på avdelingen med forslag til kodeforbedring. Kodeansvarlig melder tilbake til kodekonsulenten sin vurdering og det lages eget notat når det foretas endringer. Ved større endringer i kode, som for eksempel endring av hoveddiagnose så sendes det ut ny epikrise. Kodekonsulentene er også ansvarlige for å formidle nye regler, endringer osv i koderegelverket ut til "sin avdeling". Tilbakemeldinger fra analysegruppe går gjennom disse og ut til kodeansvarlig lege til avdelingen. Flyten i kontrollene er vist i prosesskartet, Figur 2-1.

Hver avdeling skal ha kodeansvarlig lege som er ansvarlig for koding og oppfølging av denne samt opplæring av andre leger i koding.

Analysegruppen driver analyser på et overordnet nivå og leverer rapporter og lister til kodeansvarlig for retting og vurdering av endringer.

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

Inntrykket er at roller, ansvar og rutiner er etablert i foretaket henhold til den overordnede rutinebeskrivelsen. Det er ikke utarbeidet delrutiner eller prosedyrer som forankrer prinsippene på lavere nivå i organisasjonen. Den overordnede rutinebeskrivelsen beskriver i liten grad hvilket ansvar den enkelte helsearbeider har i forhold til koding, men har dekkende beskrivelser for de ansatte som har dedikert ansvar for kontroll og kvalitetssikring av kodepraksis ved foretaket. Vår vurdering er at tiltak for å ha styring og kontroll med medisinsk kodepraksis synes tilfredsstillende. Se likevel kapittel 3 for anbefalinger.

2.5 Oppfølging av medisinsk kodepraksis

2.5.1 Prosedyrer for oppfølging

Oppfølgingen av kodepraksis med kodekonsulenter, kodeansvarlig lege og analysegruppens overordnede kvalitetskontroll sikrer kodekvaliteten på en rimelig måte. Den rutinen vi har fått tilgang til beskriver roller og ansvar for disse grupper på en adekvat måte. Vi har ikke fått kjennskap til noen skriftelige avdelingsvise rutiner eller noen som beskriver roller og ansvar for andre grupper enn de som er nevnt.

LIS-legene som ble intervjuet opplever at deres rolle er noe uklar og angir at rollen består i å skrive epikrisen. Disse har heller ikke mottatt noen oppfølging i form av organisert opplæring i å kode, og kjenner heller ikke til verken lokale eller sentrale retningslinjer. De er også ukjente med hvordan kodekontrollen foregår. På en avdeling vet de at avdelingsoverlegen går gjennom alle epikriser og de går ut fra at den overlegen som mottar deres epikriser sjekker alt. De har ikke fått noen tilbakemeling på egen koding. Men de kan se av egne epikriser at de har blitt endret uten at de får noen tilbakemelding om dette. Om noe blir rettet så fører det til et notat i journalen, gjerne av en kollega fra en annen seksjon. Kodepraksis er ikke noe tema i møter, men er gjenstand for mye frustrasjon i kontorlandskapet. Dette kommer spesielt frem i forbindelse med økonomigjennomganger.

Kjennskapet til regelverket hos LIS- legene oppgis å være til dels mangelfull og det oppleves som vanskelig. Systemene som brukes oppleves av legene som tungvinte når det gjelder søking på koder i DIPS. De må lukke og åpne mange ulike skjermbilder, noe som tar lang tid og er frustrerende.

Kodekonsulentene opplever å ha fått adekvat og nyttig opplæring gjennom organisert kurs. De lærer også gjennom samspill med kodeansvarlig lege og av hverandre, men oppgir at de ønsker økt kunnskap/opplæring for å få bedre medisinsk forståelse. De oppfatter den generelle

kunnskapen om koding som ikke god nok og det trengs mer kunnskap om både koding og om hvordan dette registreres i DIPS. Problemet er blitt større med mange nye leger.

Kodekonsulentene gir sine tilbakemeldinger til kodeansvarlige leger. Kun ved gjentatte feil blir det gitt tilbakemelding til enkelt leger. Kodekonsulentene retter på egen hånd åpenbare feil og hvor det er klart at koder er glemt. Omfanget av retting oppgis til å være på 10 til 30 % avhengig av avdeling (se også Figur 2-11 - Endring av medisinske koder). De opplever at det har vært en økning etter omorganiseringen. Kodekonsulentene opplever kodeverket som forvirrende og vanskelig å tolke. De opplever mangel på logikk i DRG-satsene. KITH brukes mye for hjelp, men ofte baseres det på skjønn i valget mellom flere alternativer. DIPS oppleves som greit, men lite hensiktsmessig at epikriser og koder ikke er samlet. Dette medfører ofte merarbeid dersom det ikke gjøres riktig fra starten. De oppgir at de tror legene sliter mer med systemet og ser behov for mer opplæring både i DIPS og i koding. Kodekonsulentene ønsker seg bedre tid for å kunne følge opp legene bedre.

2.5.2 Oppfølging i praksis

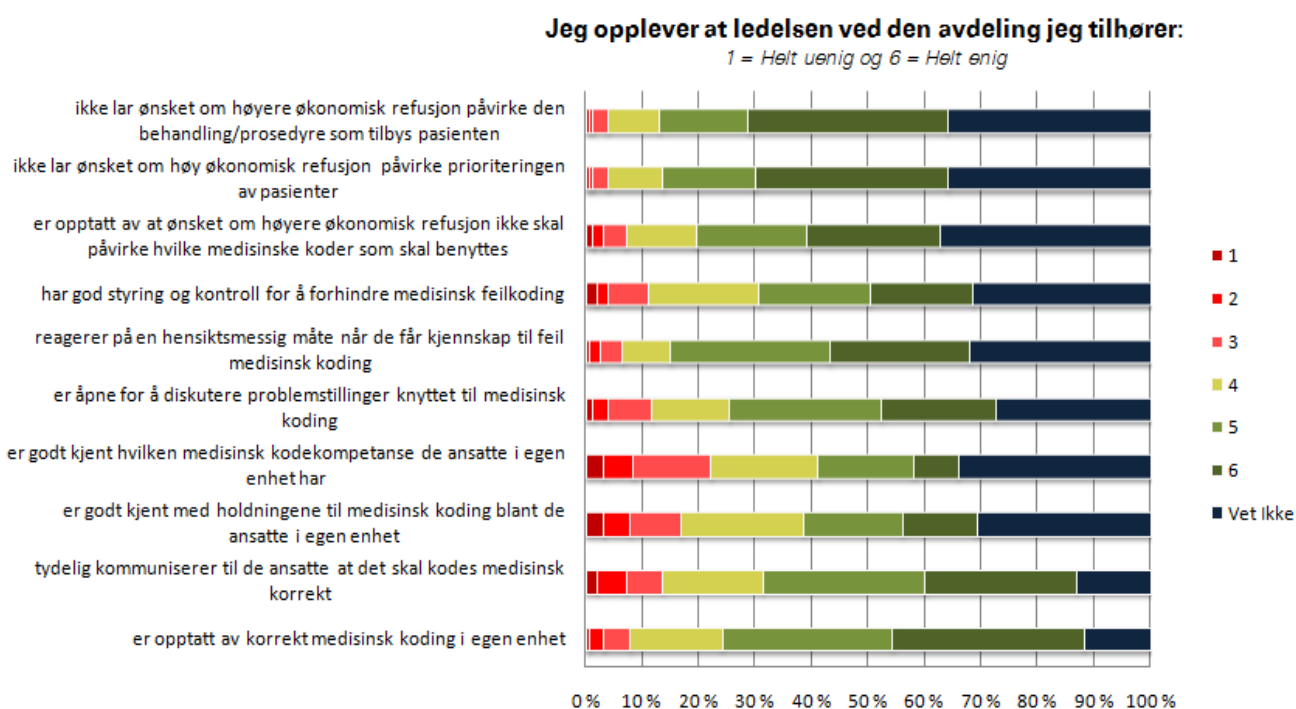
I intervjuene fikk vi opplyst at det i liten grad gis tilbakemelding til LIS- lege/ass. lege fra kodeansvarlig lege, kodekontoret eller Analyseenheten. Det er dermed ikke en fungerende læringsløype tilbake til den enkelte koder på kvalitet i egen kodepraksis. I noen tilfeller gir kodekonsulent tilbakemelding ved systematiske feil. Dette er imidlertid ikke systematisert tilbakemelding, men mer opp til den enkelte kodekonsulent.

Bevisst feilkoding

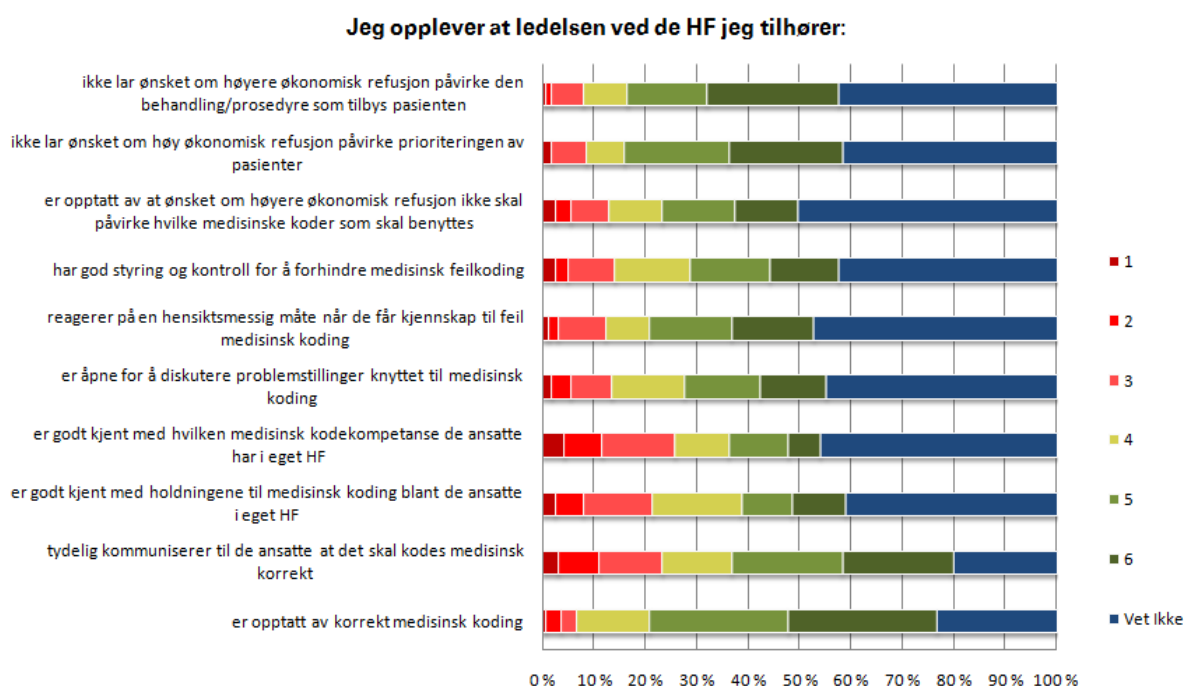
Samtlige ansatte ble spurt om de har fått kjennskap til at ansatte eller ledere med overlegg har brukt gal kode for å øke refusjonsbeløpet. Kun én person oppga å ha fått kjennskap til dette. Det er også få som oppgir å ha fått kjennskap til at ansatte eller ledere med overlegg har valgt en annen behandling enn det som er medisinsk optimalt for å øke refusjonsbeløpet. Totalt er det tre personer som oppgir dette.

De ansattes vurdering av holdninger og kompetanse til medisinsk koding blant HF-ledelsen og egen avdelingsledelse (Tone at the top)

De fleste oppgir å ha tillit til at HF-ledelsen og egen avdelingsledelse er opptatt av korrekt medisinsk koding, og at ledelsen tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt. Det oppgis imidlertid litt svake resultater når det gjelder ledelsens kjennskap til kodekompetansen hos de ansatte og deres holdninger til medisinsk kodepraksis.



Figur 2-7 – Opplevelse av ledelse ved egen avdeling

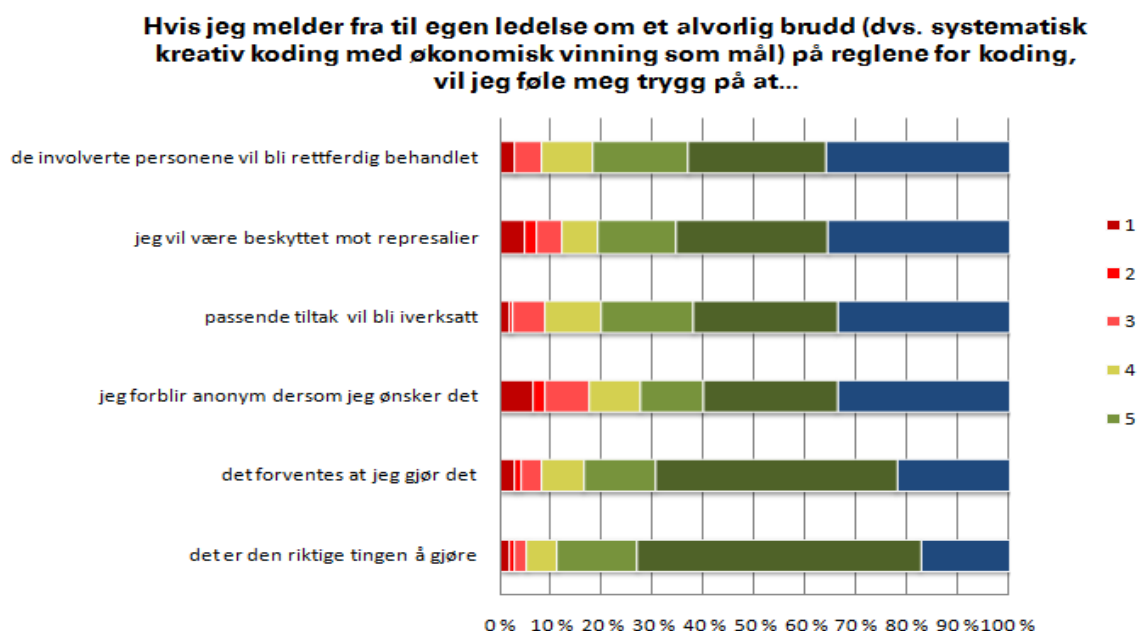


Figur 2-8 – Opplevelse av HF ledelsen

Intervjuene indikerer at dette budskapet er oppfattet av ledere på alle nivåer og det administrative personalet. Når det gjelder LIS- leger er inntrykket at det medisinske formålet med kodingen ikke er forankret, og at man oppfatter ISF- systemet som primært økonomisk motivert. LIS- legene har imidlertid oppfattet at de skal kode medisinsk korrekt, og gir uttrykk for at de gjør sitt beste for å kode riktig.

Opplevd trygghet ved varsling av kritikkverdige forhold

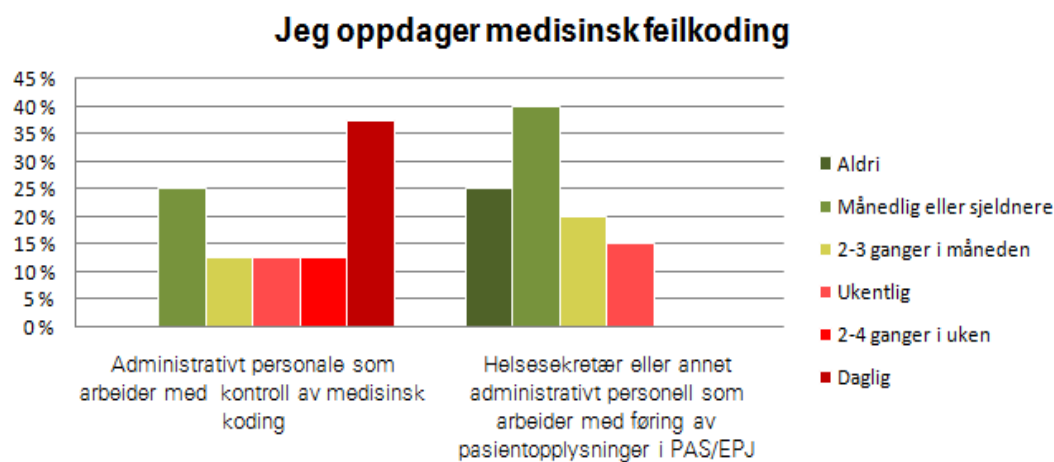
Spørreundersøkelsen viser at 78 % av de ansatte oppgir at de ville ha meldt fra ved kjennskap til eller sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF. 21,5% oppgir at de ikke vet hva de ville gjort mens kun 0,5 % oppgir at de ikke ville meldt fra.



Figur 2-9 - Opplevd trygghet ved varsling

For å kartlegge de ansattes opplevde trygghet og holdning til det å eventuelt melde fra om systematisk kreativ koding med økonomisk vinning som mål, har vi stilt seks spørsmål om dette temaet. Figur 2-9 viser at de aller fleste oppgir at de opplever at dette er den riktige tingen å gjøre og at det forventes at det gjør det. Derimot er det en relativt høy andel som er usikre på om de forblir anonym dersom de skulle varsle om slike forhold, om passende tiltak vil bli iverksatt, om de vil være beskyttet mot represalier, og om de involverte personene vil bli rettferdig behandlet.

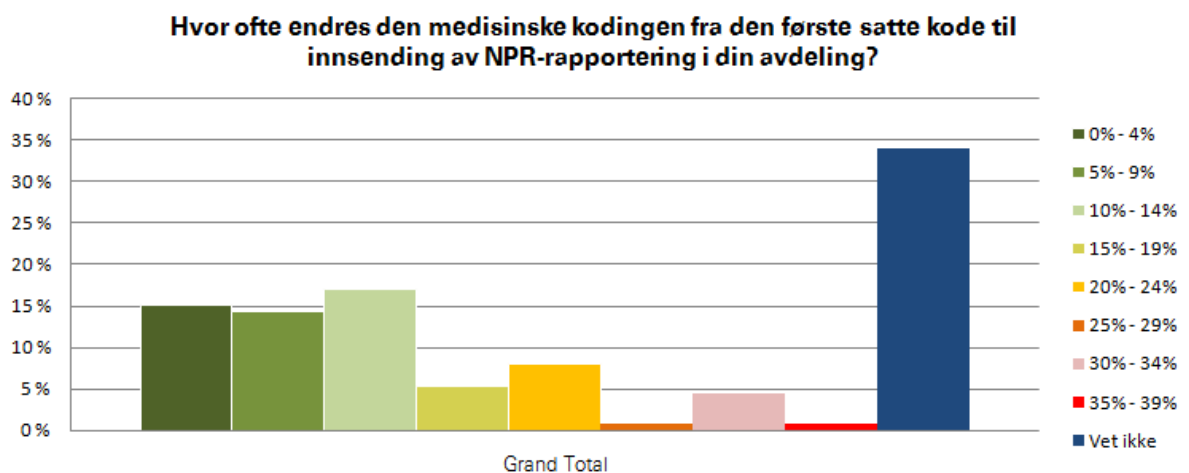
Avdekking av feilkoding blant administrativt personale



Figur 2-10 - Frekvens av oppdaget medisinsk feilkoding

I spørreundersøkelsen ble administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding og helsesekretærer og annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ spurt om de oppdager feilkoding. Diagrammet ovenfor viser at 3 av 9 i den førstnevnte gruppen oppgir at de daglig oppdager feilkoding, og at blant personale som arbeider med føring av pasientopplysninger oppdages feilkoding relativt sjelden.

Intervjuene med kodekonsulentene indikerer en relativt høy feilfrekvens. Det ble anslått 10-15 % feil i epikrisene fra Medisinsk avdeling, og opp mot 30 % feil på Kirurgisk. Feilfrekvensen ble oppgitt å ha økt i forbindelse med overføring av mange nye ansatte til Ahus i forbindelse med etableringen av Oslo Universitetssykehus. Resultatene fra spørreundersøkelsen indikerer at de fleste opplever en lavere feilfrekvens enn den oppgitt av kodekonsulentene (Figur 2-11). Likevel er det stor spredning i svarene, noe som kan tyde på stor variasjon mellom avdelingene.



Figur 2-11 - Endring av medisinske koder

Diagrammet nedenfor viser at få blant det administrative personalet oppgir at de kjenner til at ikke-medisinsk personale retter koder som er satt av leger/annet helsepersonell uten å ha konsultert den aktuelle legen/helsepersonellet først. Tre personer oppgir imidlertid at dette forekommer.



Figur 2-12 - Kjennskap til retting av medisinske koder uten konsultasjon av helsepersonell

Kodekonsulentene oppgir i intervjuene at de retter åpenbare skrivefeil og rutinemessige mangler uten å konferere med lege. Ved alle betydelige forhold kontaktes kodeansvarlig lege. Det ble ved besøket på Ahus ikke presisert hvilke kriterier som var satt for betydelige vs. rutinemessige forhold. Vi har i brev fra Ahus av 29. juni fått opplyst at kriteriene er tastefeil på 4- siffer i diagnose, feil mellom kjønn/alder/diagnose og diagnose som ikke kan brukes som hoveddiagnose.

Intervjuinformasjonen kan her synes å stemme overens med spørreundersøkelsen mht antall personer i denne kategorien.

Intervjupersonene på ledernivå gir uttrykk for at det er medisinsk korrekt koding som vektlegges. Analyseenheten gjennomfører logiske kontroller samt benchmark mot andre sykehus ved hjelp av anonymiserte NPR- data. Dersom det viser seg at praksis avviker mot andre sykehus vil de foreslå eventuelle endringer i kodepraksis, slik at Ahus får de inntekter de har krav på etter regelverket.

2.5.3 Frittstående evalueringer av kodepraksis

Vi er ikke gjort kjent med at det er gjennomført frittstående evalueringer av kodepraksis ved Ahus.

2.5.4 Samlet vurdering av oppfølging av medisinsk kodepraksis

Vårt inntrykk er at de rutiner som er etablert for oppfølging og kontroll er hensiktsmessig og bidrar til god kodekvalitet ved Ahus.

Det er imidlertid i liten grad oppfølging av LIS- lege/ass. lege fra kodeansvarlig lege, kodekontoret eller Analyseenheten. Det er dermed ikke en fungerende læringsløype tilbake til den enkelte koder på kvalitet i egen kodepraksis. Kodekonsulentene ønsker seg mere tid for å kunne følge opp legene bedre.

Samtlige ansatte ble spurt om de har fått kjennskap til at ansatte eller ledere med overlegg har brukt gal kode for å øke refusjonsbeløpet. Kun én person oppga å ha fått kjennskap til dette. Det er også få som oppgir å ha fått kjennskap til at ansatte eller ledere med overlegg har valgt en annen behandling enn det som er medisinsk optimalt for å øke refusjonsbeløpet.

Spørreundersøkelsen viser videre at et klart flertall av de ansatte oppgir at de ville ha meldt fra ved kjennskap til eller sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF.

Svarene kan imidlertid tyde på at det er relativt mange som ikke er trygge på at den som eventuelt melder fra om slike forhold og de involverte vil bli behandlet på en forsvarlig måte. Dette kan innebære økt risiko for at det denne typen kritikkverdige forhold ikke blir meldt fra om dersom de inntreffer.

Svarene på spørreundersøkelsen indikerer at ledelsen kommuniserer riktige signaler i forhold til korrekt medisinsk koding. Intervjuene indikerer at det er behov for å forankre forståelsen og begrunnelsen for medisinsk koding bedre blant LIS- legene.

Vår vurdering er at oppfølging og kontroll med medisinsk kodepraksis bør forbedres. Spesielt gjelder det manglende tilbakemelding til LIS- legene. Se kapittel 3 for anbefalinger.

3 Konklusjon og anbefalinger

Vår hovedkonklusjon er at det er etablert en tilfredsstillende kontroll med medisinsk kodepraksis ved Ahus gjennom den overordnede rutinen. Denne organiseringen innebærer at medisinsk koding kontrolleres gjennom fire ulike ledd. Totalt sett er det derfor sannsynlig at Ahus har en tilfredsstillende kontroll med kodekvaliteten.

De fleste ansatte oppgir å ha tillit til at HF-ledelsen og egen avdelingsledelse er opptatt av korrekt medisinsk koding, og at ledelsen tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt.

Samtlige ansatte ble spurt om de har fått kjennskap til at ansatte eller ledere med overlegg har brukt feil kode for å øke refusjonsbeløpet. Kun én person oppga å ha fått kjennskap til dette. Det er også få som oppgir å ha fått kjennskap til at ansatte eller ledere med overlegg har valgt en annen behandling enn det som er medisinsk optimalt for å øke refusjonsbeløpet.

Spørreundersøkelsen viser videre at et klart flertall av de ansatte oppgir at de ville ha meldt fra ved kjennskap til eller sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF. Svarene kan imidlertid tyde på at det er relativt mange som ikke er trygge på at den som eventuelt melder fra om slike forhold og de involverte vil bli behandlet på en forsvarlig måte. Dette kan innebære økt risiko for at det denne typen kritikkverdige forhold ikke blir meldt fra om dersom de inntreffer.

Kodekonsulentene anslår i intervjuer at omfanget av retting til å være på 10 til 30 % av epikrisene avhengig av avdeling. I intervjuene fikk vi opplyst at det i liten grad gis tilbakemelding til LIS-lege/ass. lege fra kodeansvarlig lege, kodekontoret eller Analyseenheten. Det er dermed ikke en fungerende læringsløype tilbake til den enkelte koder på kvalitet i egen kodepraksis. I noen tilfeller gir kodekonsulent tilbakemelding ved systematiske feil. Dette er imidlertid ikke systematisert tilbakemelding, men mer opp til den enkelte kodekonsulent.

Funksjonen med kodeansvarlig lege på hver avdeling sikrer at kontroll og oppretting er forankret i det enkelte fagmiljø, og kodekonsulenter og analyseavdelingen bidrar med systematisk kontroll og analyser i etterkant.

Alle intervjuede grupper oppgir at det gis for lite opplæring i medisinsk koding ved Ahus, og at dette gjelder spesielt for LIS- leger/assistentleger. For spørsmål i spørreundersøkelsen knyttet til kjennskap til relevante regelverk og veiledere om medisinsk koding samt hensyn til opplevd egen kompetanse har Ahus noe lavere resultater enn landsgjennomsnittet. For lav kompetanse om kodesystemet hos behandlende leger kan medvirke til en høyere feilfrekvens. Prinsippet om at kodingen skal gjennomføres ”riktig første gang” kan dermed bli vanskelig å etterleve og medfører at det blir nødvendig med opprettinger i ettertid. LIS- legene gir uttrykk for at de savner en klarere medisinsk begrunnelse for kodesystemet, og at de oppfatter systemet primært som økonomisk motivert. IT- systemer som benyttes for koding oppleves også som tungvinne å bruke, samt at fysiske arbeidsforhold og systemet for tategjenkjenning beskrives som ikke optimale.

Vårt inntrykk fra arbeidsmøtet er at spørsmålet om kontroll kontra opplæring ble løpende diskutert i Analyseavdelingen. Spørsmålet er hvor ressursene for kvalitetssikring bør settes inn.

Det er krevende å drive tilstrekkelig kompetanseheving i førstelinjen (LIS- leger). Dette skyldes blant annet hyppig utskiftning av dette personalet, samt stort tidspress. Disse forholdene forsterkes av omorganiseringer og overføring av nye leger i forbindelse med OUS- prosessen. Konklusjonen har derfor vært at det er nødvendig å etablere en robust kontroll i etterkant, slik at kodekvaliteten blir tilstrekkelig og ikke er avhengig av den enkelte koder i førstelinjen.

Etter vår oppfatning er det sannsynligvis likevel mulig å effektivisere kodeprosessen og kontrollen ved bedre opplæring av helsepersonell som koder og ved å forankre forståelsen av systemet bedre.

Vi har følgende anbefalinger:

- Det bør gjennomføres obligatorisk opplæring i medisinsk koding for alle nye leger. Dette kan gjøres som en del av introduksjonsprogram for nyansatte, evt. som e-læring. Bruk av IT- systemene bør inngå i opplæringen. Opplæringen bør inkludere logikken bak og begrunnelsen for medisinsk koding. Dette gjelder både den medisinske og økonomiske funksjonen systemet har.
- Ahus bør vurdere opplæring også for andre grupper av medisinsk og administrativt personell, og om det bør utvikles et helhetlig opplæringsprogram for medisinsk koding tilpasset de ulike gruppenes behov.
- Det bør gjennomføres en vurdering av de IT- systemer som benyttes for medisinsk koding for å se om det eksisterer muligheter for å forbedre funksjonaliteten og/eller brukerdokumentasjonen.
- Det bør gis regelmessige tilbakemelding på egen kodepraksis til alle leger. Dette kan gjennomføres ved avdelingsvise møter kombinert med tilbakemelding til den enkelte, eksempelvis i medarbeidersamtaler. Dermed sikres læringsløyfen.
- Det bør gjennomføres en formell metodisk risikovurdering av prosessen for koding. Gjennomgående risikoer for feil og risikoreduserende tiltak kan innlemmes som del av det overordnede rutinedokumentet. Denne risikovurderingen bør oppdateres ved vesentlige endringer i rutiner eller systemer.

4 Saksgang og rapportbehandling

Saksgang	Mottaker	Dato
Utsendelse av rapportutkast	Avdelingssjef Sølvi Andresen Akershus universitetssykehus HF	06.06.2011
Svar på utkast	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst	29.06.2011
Utsendelse av endelig rapport for oppfølging og styrebehandling	- Administrerende direktør Hulda Gunnlaugsdottir Akershus universitetssykehus HF Kopi til: - Styreleder Peder Olsen Akershus universitetssykehus HF - Administrerende direktør for Helse Sør-Øst RHF Bente Mikkelsen	20.10.2011
Styrebehandling	Styret for Akershus universitetssykehus HF	25.11.2011
Orientering til revisjonskomiteen for Helse Sør-Øst RHF	Revisjonskomiteen Helse Sør-Øst RHF	Ikke fastsatt

5 Vedlegg

5.1 Vedlegg 1 – Mandatets temaområder og problemstillinger

<i>Temaområde fra mandatet</i>	<i>Besvares i kapittel</i>
1. Styrings- og kontrollmiljø	
Hvor ligger <i>ansvaret</i> for den medisinske kodingen og hvordan er arbeidet <i>organisert</i> ?	2.2.1, 2.4.1
Hvilke <i>krav</i> stilles til ledere, klinikere og annet personell som har ansvar for kodearbeidet?	2.2.3, 2.4.1
Hvordan <i>formuleres, kommuniseres og forankres</i> kravene i foretakene, herunder hvordan oppfattes <i>kodingens formål</i> av ledere, klinikere og annet personell som arbeider med koding?	2.2.3
Hvilke prinsipper legges til grunn ved <i>eventuell konflikt</i> mellom ”det medisinske” og ”det økonomiske” aspektet ved kodingen	2.2.3
Hvilke krav til <i>kompetanse</i> stilles til personell som utfører medisinsk koding og hvilken <i>opplæring</i> gis til disse?	2.2.2
2. Målsettinger for medisinsk kodepraksis og risikovurderinger	
Har foretakene fastsatt målsettinger for arbeidet med medisinsk koding?	2.3
Gjennomfører foretakene risikovurderinger på området?	2.3
3. Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis	
Er det etablert <i>arbeidsrutiner</i> som definerer roller, ansvar og oppgaver i arbeidet med medisinsk koding? I hvilken grad er arbeidsrutinene <i>hensiktsmessige og dekkende</i> , herunder hvordan dokumenteres vurderinger/beslutninger om kodeendringer i EPJ/PAS?	2.4.1

Hvilke <i>nøkkelkontroller</i> er etablert for å gi rimelig sikkerhet for at kodingen gjennomføres i tråd med gjeldende regelverk?	2.4.2
4. Oppfølging av medisinsk kodepraksis	
Har foretakene etablert prosedyrer for å følge opp medisinsk kodepraksis?	2.5.1
Er prosedyrene en integrert del av foretakenes systemer for oppfølging og rapportering?	2.5.1
Gjennomfører foretakene frittstående evalueringer/revisjoner av kodepraksis?	2.5.3
Hvordan håndterer foretakene evt. avvik innenfor medisinsk kodepraksis?	2.5.2

5.2 Vedlegg 2 – Prosess og metode

Revisjonen er gjennomført i to deler med felles rapportering. Del 1 som nasjonal elektronisk spørreundersøkelse. Del 2 er gjennomført som en revisjon ved 9 utvalgte helseforetak fordelt mellom alle helseregionene. Helseforetakene er valgt ut av internrevisjonene i de fire helseregionene etter innspill fra Helsedirektoratet.

Tabell 5-1: Helseforetak der det er foretatt revisjoner som Del 2 av revisjonsprosjektet

Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt RHF	Helse Nord RHF
Akershus universitetssykehus HF	Helse Bergen HF	St. Olavs Hospital HF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Sykehuset Telemark HF	Helse Fonna HF	Helse Nord-Trøndelag HF	Helgelandssykehuset HF
Sykehuset Østfold HF			

Metode for spørreundersøkelse

Utarbeidelse av spørsmålsliste

Spørreundersøkelsen er utarbeidet for å kartlegge de ansattes holdninger til medisinsk kodepraksis ved alle helseforetakene i Norge. KPMGs egenutviklede verktøy Etikkbarometeret er benyttet som utgangspunkt for utforming av spørreundersøkelsen. Etikkbarometeret er et godt utprøvd og svært fleksibelt verktøy og har vært i bruk for kartlegging av holdninger i offentlig virksomheter tidligere.

I samarbeid med internrevisjonene ved de regionale helseforetakene er Etikkbarometeret blitt tilpasset problemstillingene som søkes besvart i mandatet. Det har vært engasjert medisinsk kompetanse for å kvalitetssikre spørsmålsformuleringer opp mot helsepersonell. I tillegg er spørreundersøkelsen kvalitetssikret spørreundersøkelsesteknisk av representanter fra Questback.

Etter utarbeidelse av utkast til spørreundersøkelse ble det gjennomført en pilotundersøkelse. Pilotundersøkelsen ble sendt til et utvalg på 29 personer av representanter fra internrevisjonene, Helsedirektoratet og leger. Tilbakemeldingene ble innarbeidet i undersøkelsen og godkjent av prosjektteamet før ferdigstillelse.

Utvalg

Målgruppen for spørreundersøkelsen er delt inn i tre grupper:

- Gruppe 1: Medisinsk personell som setter medisinske koder.
- Gruppe 2: Stabspersonell som arbeider med føring eller kontroll av medisinske koder.
- Gruppe 3: Ledelse på nivå 1, 2 og 3.

Det ble valgt ut en populasjon ved å innhente lister over ansatte i målgruppen fra hvert enkelt HF. Det er kontaktpersoner ved helseforetakene som har valgt ut populasjonen. Da populasjonen er svært stor ble det plukket ut et utvalg fra populasjonen ved hjelp av statistiske og spørreundersøkelsesfaglige metoder. Utvalget ble plukket slik at det er representativt på tvers av populasjonsgruppene ved hvert HF og slik at det er tilstrekkelig stort for å oppnå ønsket nøyaktighet i svarene ved en relativt lav svarprosent.

Tabell 5-2: Populasjon, utvalg og svarprosent for den nasjonale spørreundersøkelsen

	Populasjon	Utvalg	Antall svar	Svarprosent
Totalt	16279	8989	3653	40,6 %
Gruppe 1	11962	5511	2141	38,8 %
Gruppe 2	3488	2676	1058	39,5 %
Gruppe 3	829	802	451	56,2 %

Ut fra Tabell 5.2 fremgår det at svarprosenten er 40,6 %. Dette er lavere enn forventet, men så vidt høyere enn 40 % som var svarprosenten som ble antatt da utvalget ble plukket. En hovedårsak til den lave svarprosenten tenkes å være at det har vært for mange ansatte på listene, hvorav en stor andel ikke har stillinger knyttet til medisinsk koding. Denne vurderingen er gjort på grunnlag av tilbakemeldinger mottatt mens undersøkelsen var aktiv. Svarantallet er tilstrekkelig stort for å vise tendenser og trekke konklusjoner, men under analyse av besvarelsene må de tas hensyn til at gjennomsnittstallene kan avvike noe fra det reelle gjennomsnittet.

Gjennomføring

Informasjon om spørreundersøkelsen ble lagt ut på intranettene ved alle helseforetakene og invitasjoner med link til spørreundersøkelsen ble sendt per e-post til alle personer i utvalget.

Invitasjonen ble sendt onsdag 27 mars med svarfrist onsdag 11 mai. Det ble sendt påminnelser på e-post ved jevne mellomrom for å sikre høyest mulig svarprosent. En representant fra KPMG var tilgjengelig under hele tiden spørreundersøkelsen var aktiv for å besvare henvendelser per e-post og telefon.

Metode for revisjoner

Revisjonene av helseforetakene har blitt gjennomført i løpet av besøk på to dager i perioden 19.mai – 21.juni 2011. Fra prosjektgruppen har det deltatt en representant fra internrevisjonen ved det respektive RHF, Sturla Rising fra Exonor samt en ressurs fra KPMG.

I løpet av de to dagene ble det gjennomført en prosesskartleggingsworkshop, fem gruppeintervjuer og en samtale med administrerende direktør og/eller fagdirektør ved helseforetaket. Fra alle møtene ble det skrevet referat som er brukt som utgangspunkt for diskusjonene i rapportene. I forkant av besøkene ble det sendt en forespørsel om dokumentasjon av prosesser og rutiner. Dokumentasjonen ble gjennomgått og ble brukt til å tilpasse møteplanene i forkant av besøket samt analysert slik beskrevet nedenfor.

Metode for dokumentanalyse

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 legger hovedvekt på eksistens av rutiner og dokumentasjon på gjennomført opplæring og kontroll. Kvaliteten av dokumentene er også vurdert.

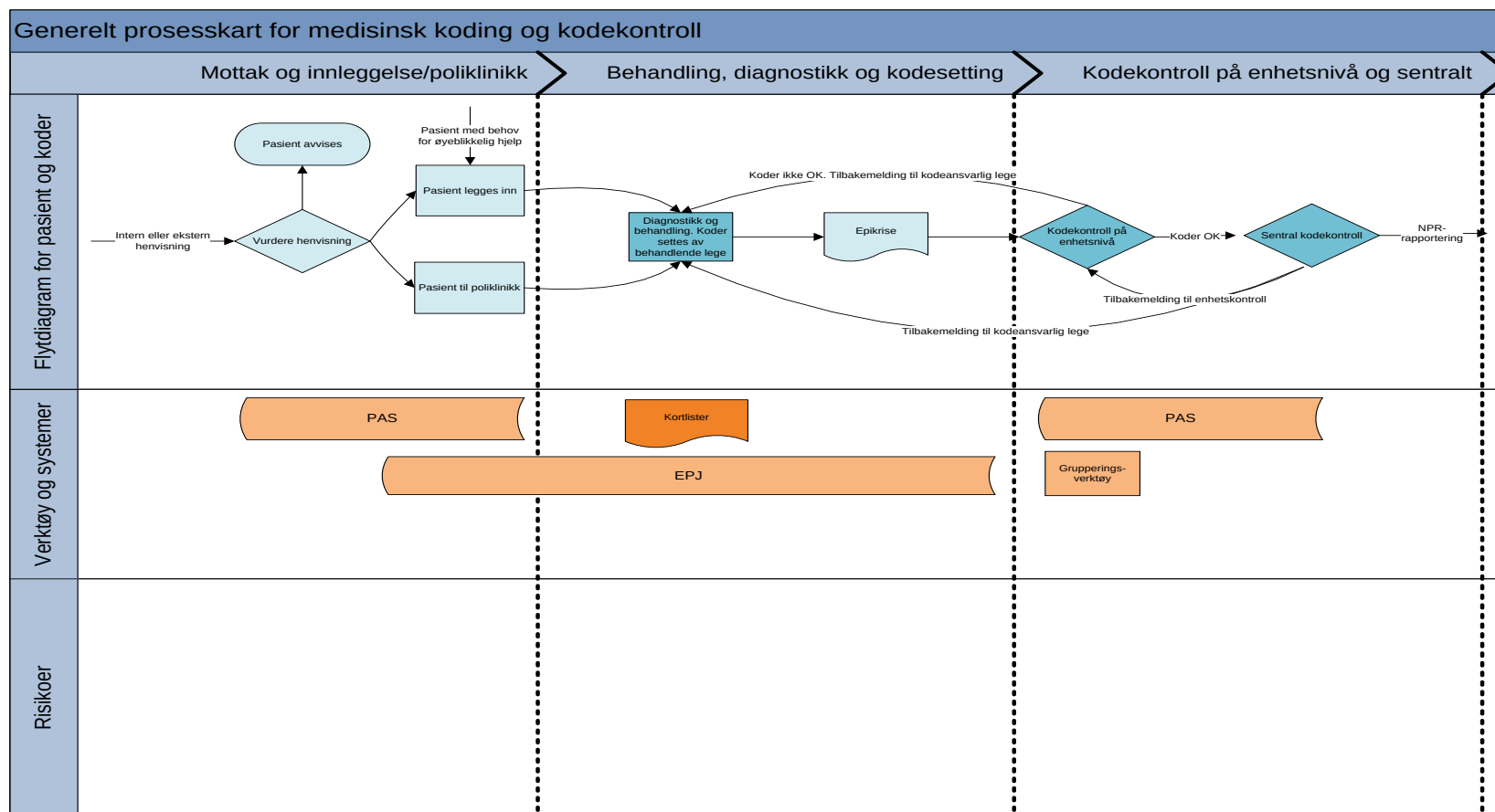
Utvalg

Deltakere fra helseforetaket i revisjonen er plukket av kontaktpersoner ved helseforetaket med utgangspunkt i liste utarbeidet av KPMG (Vedlegg 4 – Dokumentforespørsel). Utvalget er

bestemt for å belyse problemstillingene i mandatet sett fra flere sider ved å intervju ansatte på ulike stillingsnivåer.

Prosesskartlegging/prosessverifikasjon

For å kartlegge kodeprosessen ved helseforetaket er det utarbeidet et overordnet og generalisert prosesskart som beskriver flyten for kodesetting fra det mottas en henvisning til kodene rapporteres til NPR (Figur 5-1). Dette prosesskartet ble brukt som utgangspunkt i workshopene og tilpasset til lokale variasjoner ved helseforetaket. Videre i workshopene ble det kartlagt prosesser, rutiner, verktøy og systemer i bruk gjennom prosessen samt risikofaktorer som kan medføre feilaktig koding.



Figur 5-1 – Generelt prosesskart for medisinsk koding og kodekontroll

Dybdeintervjuer

Dybdeintervjuene ble gjennomført som gruppeintervjuer på én time med de forskjellige gruppene beskrevet i avsnittet om utvalg. For å sikre god medisinsk forståelse og kommunikasjon ble disse møtene ledet av Sturla Rising, med bistand fra ressursene fra KPMG og internrevisjonene.

Intervjuene tok utgangspunkt i en intervjuguide utarbeidet med grunnlag i mandatet.

Intervjuguiden er tilpasset de ulike stillingsnivåene og ytterligere justert på grunnlag av informasjon kartlagt gjennom dokumentanalyse og prosesskartleggingsworkshopen. En semi-strukturert tilnærming er lagt til grunn, det vil si at hovedvekten ligger på spørsmålene i intervjuguiden, men det tillates at respondentene avviker fra spørsmålene, noe som kan føre til interessante opplysninger og ytterligere funn.

Analyse av intervjuer

I etterkant av intervjuene ble det diskutert internt for å samle inntrykk for skape en felles forståelse før notater ble skrevet inn i en referatmal. Bruk av malen sikrer lik struktur på alle referatene og tillater enkel sammenlikning og entydighet i analysene. Funn fra intervjuene er til slutt sammenliknet på tvers av stillingsnivåene og med resultatene fra spørreundersøkelsen der det var aktuelt.

5.3 Vedlegg 3 – Om Akershus Universitetssykehus HF

Helseforetaket eies av Helse Sør-Øst RHF og ble stiftet 05.12.2001. Som lokal- og sentralsykehus skal det nye universitetssykehuset i Akershus levere helsetjenester til 460.000 mennesker. Sykehusets hovedoppgaver er pasientbehandling, forskning og undervisning. Helseforetaket har spesialiteter for somatiske sentralsykehus og leverer spesialhelsetjenester innen psykisk helsevern og rus. Det er over 6200 ansatte ved sykehuset.

Akershus universitetssykehus består av sykehuset på Nordbyhagen, Lillestrøm sykehus, Stensby sykehus (Eidsvoll), Ski sykehus, avdelinger for Psykisk helsevern ved Skytta i Nittedal, Gaustad i Oslo og Bråten og Lurud i Skedsmo, distriktpsikiatriske sentre, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og ruspoliklinikker i Jessheim, Lillestrøm, Grorud, Furuset og Ski. Sykehuset har også, i samarbeid med kommunene, en korttidsenhet på Romsås, en på Nordbyhagen og en lindrende enhet på Skedsmotun.

Nøkkeltall for Akershus Universitetssykehus HF:

Somatisk innlagte pasienter (2009) 69 750

Somatiske polikliniske konsultasjoner (2009) 164 122

Voksenpsykiatriske døgn- og dagopphold (2009) 79 724

Voksenpsykiatriske polikliniske konsultasjoner (2009) 68 298

Barne- og ungdomspsykiatriske polikliniske behandlinger (2009) 42 660

Barne- og ungdomspsykiatriske behandlingdøgn (2009) 5 659

Rus - poliklinisk konsultasjon (2009) 15 908

Rus - behandlingsdøgn (2009) 8 466

Barn født (2009) 4 680

Budsjett (2011) ca. 6,4 milliarder NOK

Kilde: Årsberetningen for 2009

5.4 Vedlegg 4 – Dokumentforespørsel

Vi ba 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/tertiarapporter 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

5.5 Vedlegg 5 – Rutinebeskrivelse

Kodeansvarlig lege har følgende oppgaver:

- Være avdelingens (seksjonens) ressursperson vedrørende koding av inneliggende polikliniske pasienter.
- Utforme kortlister for diagnosekoder og prosedyrekoder hvis dette er blitt vurdert som hensiktsmessig i avdelingen.
- Bistå i opplæring av avdelingens (seksjonens) leger.
- Foreta kvalitetsgjennomgang av kodingen av epikriser, samt sørge for at evt. feil og mangler blir korrigert på en forsvarlig måte.

Kodekonsulenten har følgende oppgaver:

- Foreta kvalitetsgjennomgang av kodingen av registrerte epikriser, samt på oppdrag av kodeansvarlig lege se til at evt. feil og mangler blir korrigert på en forsvarlig måte.
- Bistå avdelingsledelsen slik at kodene er registrert i det pasientadministrative systemet innen de tidsfrister som fastsettes internt i foretaket.
- Skal delta på regelmessige samarbeidsmøter med analyseavdelingen.
- Skal hvis mulig bistå i kodekvalitetsarbeidet ved poliklinikkene.
- Skal hvis mulig bistå i opplæring vedr. koding.

Akershus Universitetssykehus HF har etablert en egen Analyseavdeling som bl.a. har fagansvaret for medisinsk koding ved foretaket. Medisinsk kodeansvarlig i analyseavdelingen har følgende oppgaver:

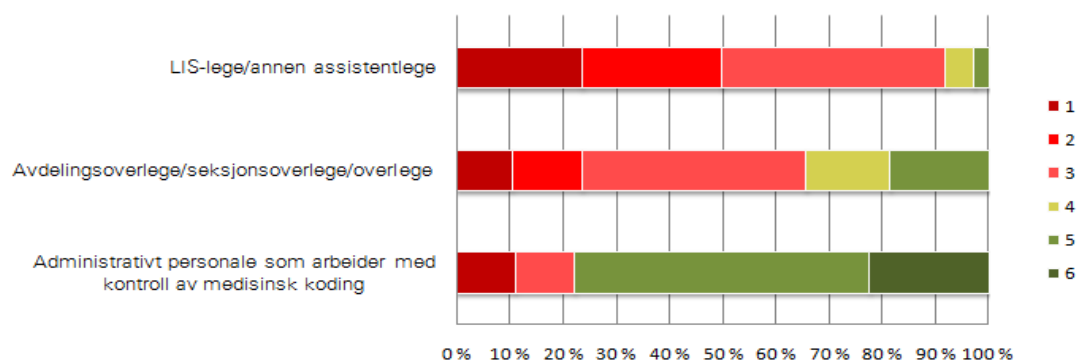
- Skal være oppdatert med hensyn på siste nytt i ISF-regelverket og er ansvarlig for at denne informasjonen kommer ut i organisasjonen.
- Har rådgiverfunksjon for sykehusledelsen i medisinske kodespørsmål.
- Har sekretærfunksjon i forhold til faste (tertiarvise) kodemøter mellom analyseavdelingen og administrerende direktør, virksomhetsdirektører somatikk og økonomidirektør.
- Skal etterstrebe enhetlig medisinsk kodepraksis blant foretakets kodeansvarlige leger og kodekonsulentene.
- Har controllerfunksjon ovenfor sykehusledelsen med tanke på sikring av inntektene kommuniserer direkte til økonomidirektøren i disse sakene.
- Skal ha en koordinerende rolle i forhold til kodekonsulentene, herunder lede fellesmøtene med kodekonsulentene.

Har controllerfunksjon ovenfor avdelingslederne med hensyn på å påse at personellressursene på kodekontoret forvaltes hensiktsmessig.

5.6 Vedlegg 6 – Ytterligere resultater fra spørreundersøkelsen

Filtrert for Ahus:

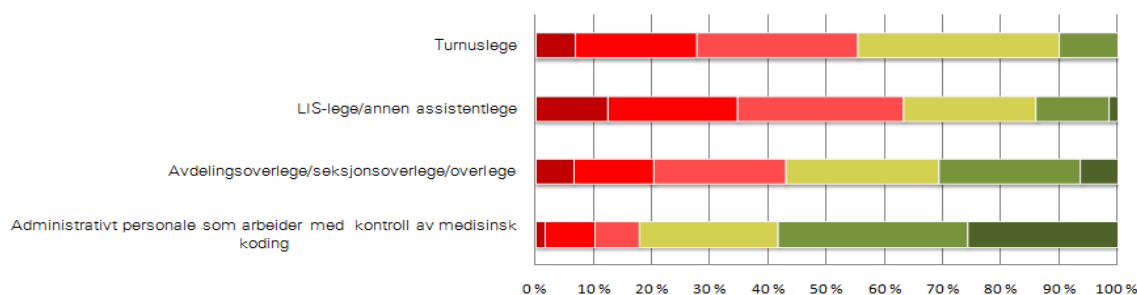
I hvilken grad kjenner du til innholdet i kodeveiledningen fra Helsedirektoratet og KITH som er relevant for din stilling?
1 = Helt ukjent og 6 = har detaljert kunnskap



Count of 32: I hvilken grad kjenner du til innholdet i kodeveiledningen fra Helsedirektoratet og KITH som er relevant for din stilling?								
Row Labels	Column Labels						Grand Total	Grand Total
	1	2	3	4	5	6		
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	11,11 %	0,00 %	11,11 %	0,00 %	55,56 %	22,22 %	100,00 %	9
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	10,53 %	13,16 %	42,11 %	15,79 %	18,42 %	0,00 %	100,00 %	38
LIS-lege/annen assistentlege	23,68 %	26,32 %	42,11 %	5,26 %	2,63 %	0,00 %	100,00 %	38
Grand Total	26,77 %	19,69 %	30,71 %	8,66 %	11,81 %	2,36 %	100,00 %	127

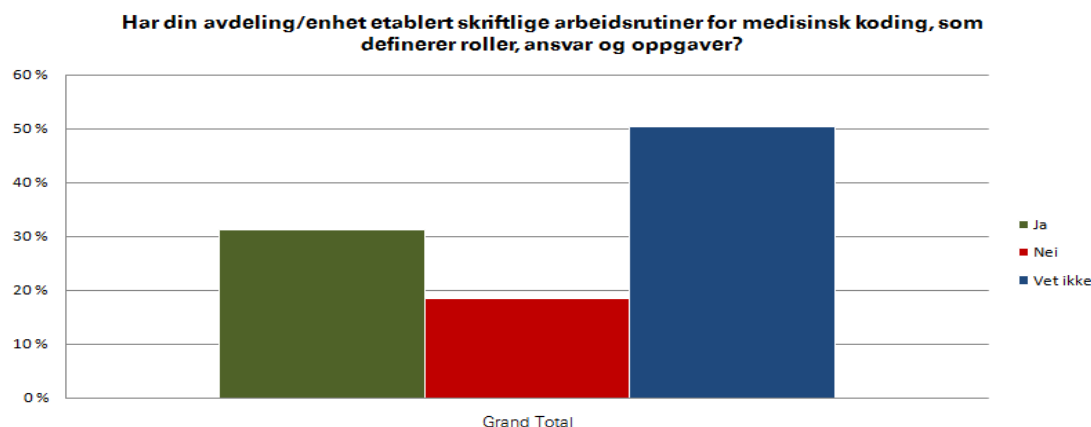
Nasjonalt resultat:

I hvilken grad kjenner du til innholdet i kodeveiledningen fra Helsedirektoratet og KITH som er relevant for din stilling?
1 = Helt ukjent og 6 = har detaljert kunnskap



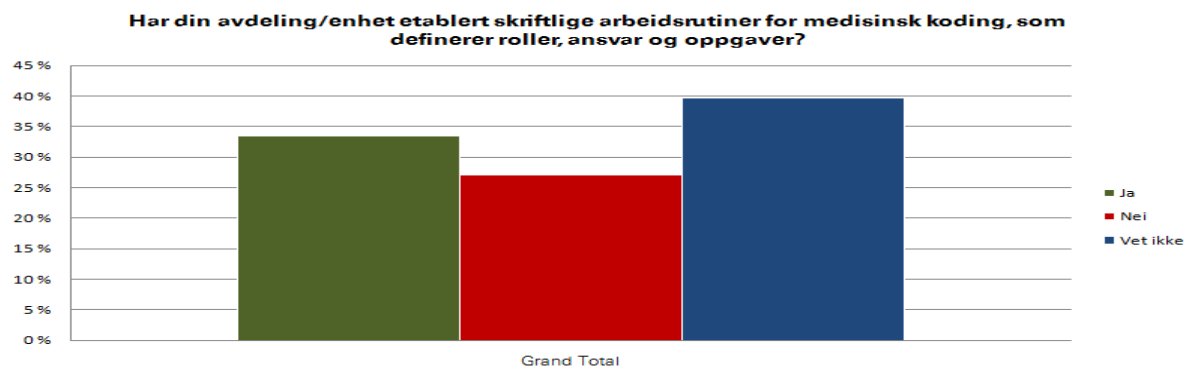
Count of 32: I hvilken grad kjenner du til innholdet i kodeveiledningen fra Helsedirektoratet og KITH som er relevant for din stilling?								
Row Labels	Column Labels						Grand Total	Grand Total
	1	2	3	4	5	6		
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	1,71 %	8,55 %	7,69 %	23,93 %	32,48 %	25,64 %	100,00 %	117
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	6,66 %	13,80 %	22,64 %	26,27 %	24,46 %	6,17 %	100,00 %	826
LIS-lege/annen assistentlege	12,45 %	22,33 %	28,66 %	22,73 %	12,65 %	1,19 %	100,00 %	506
Turnuslege	6,93 %	20,79 %	27,72 %	34,65 %	9,90 %	0,00 %	100,00 %	101
Grand Total	15,13 %	18,87 %	24,09 %	21,84 %	15,70 %	4,38 %	100,00 %	2491

Filtrert for Ahus:



Count of 33: Har din avdeling/enhet etablert skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?					
Row Labels	Column Labels			Grand Total	Grand Total
	Ja	Nei	Vet ikke		
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	77,78 %	22,22 %	0,00 %	100,00 %	9
Annet helsefaglig personale	62,50 %	12,50 %	25,00 %	100,00 %	8
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	34,21 %	26,32 %	39,47 %	100,00 %	38
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	21,43 %	16,67 %	61,90 %	100,00 %	42
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	60,00 %	40,00 %	0,00 %	100,00 %	10
LIS-lege/annen assistentlege	7,89 %	10,53 %	81,58 %	100,00 %	38
Sykepleier	46,67 %	13,33 %	40,00 %	100,00 %	15
Turnuslege	33,33 %	0,00 %	66,67 %	100,00 %	3
Grand Total	31,29 %	18,40 %	50,31 %	100,00 %	163

Nasjonalt resultat:



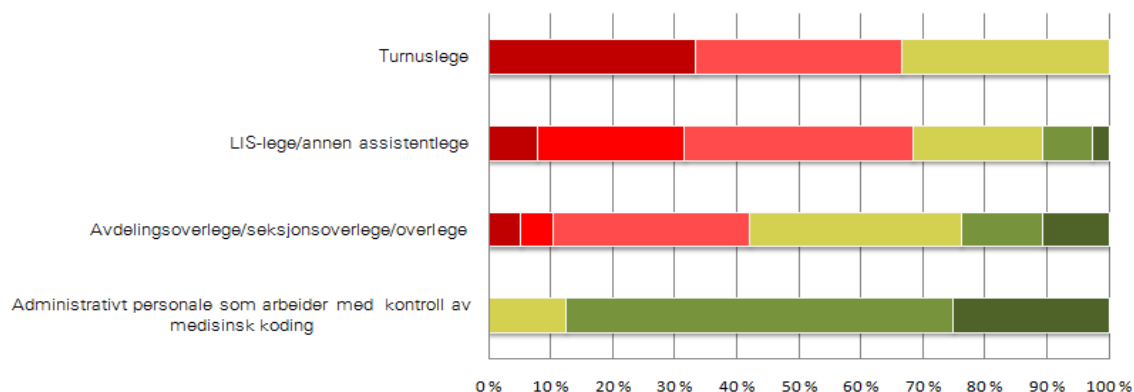
Count of 33: Har din avdeling/enhet etablert skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?					
Row Labels	Column Labels			Grand Total	Grand Total
	Ja	Nei	Vet ikke		
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	58,12 %	29,91 %	11,97 %	100,00 %	117
Annet helsefaglig personale	34,00 %	26,80 %	39,21 %	100,00 %	403
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	33,66 %	34,99 %	31,36 %	100,00 %	826
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	32,20 %	22,42 %	45,38 %	100,00 %	941
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	48,72 %	41,76 %	9,52 %	100,00 %	273
LIS-lege/annen assistentlege	23,12 %	20,75 %	56,13 %	100,00 %	506
Sykepleier	33,77 %	19,02 %	47,21 %	100,00 %	305
Turnuslege	19,80 %	17,82 %	62,38 %	100,00 %	101
Grand Total	33,38 %	27,02 %	39,60 %	100,00 %	3472

Filtrert for Ahus:

Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Filter = koder selv, untatt administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding



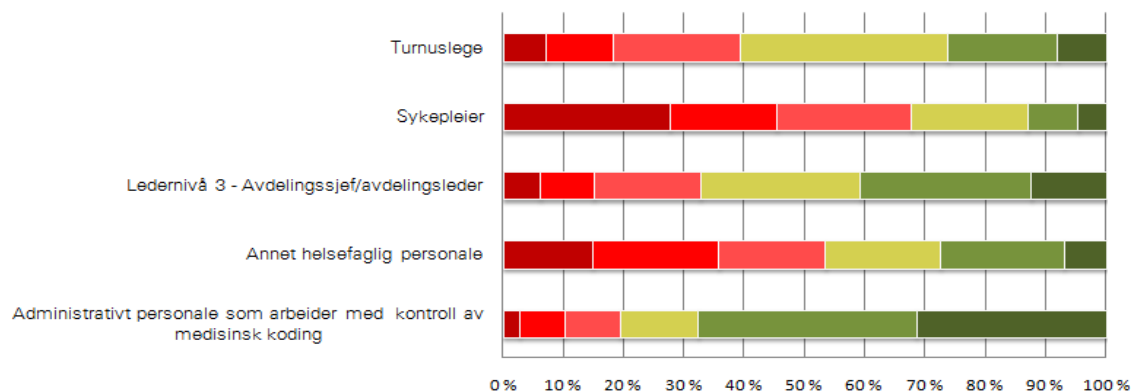
Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk								
Column Labels								
Row Labels	1	2	3	4	5	6	Grand Total	
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0,00 %	0,00 %	0,00 %	12,50 %	62,50 %	25,00 %	100,00 %	8
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	5,26 %	5,26 %	31,58 %	34,21 %	13,16 %	10,53 %	100,00 %	38
LIS-lege/annen assistentlege	7,89 %	23,68 %	36,84 %	21,05 %	7,89 %	2,63 %	100,00 %	38
Turnuslege	33,33 %	0,00 %	33,33 %	33,33 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %	3
Grand Total								87

Nasjonalt resultat:

Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk

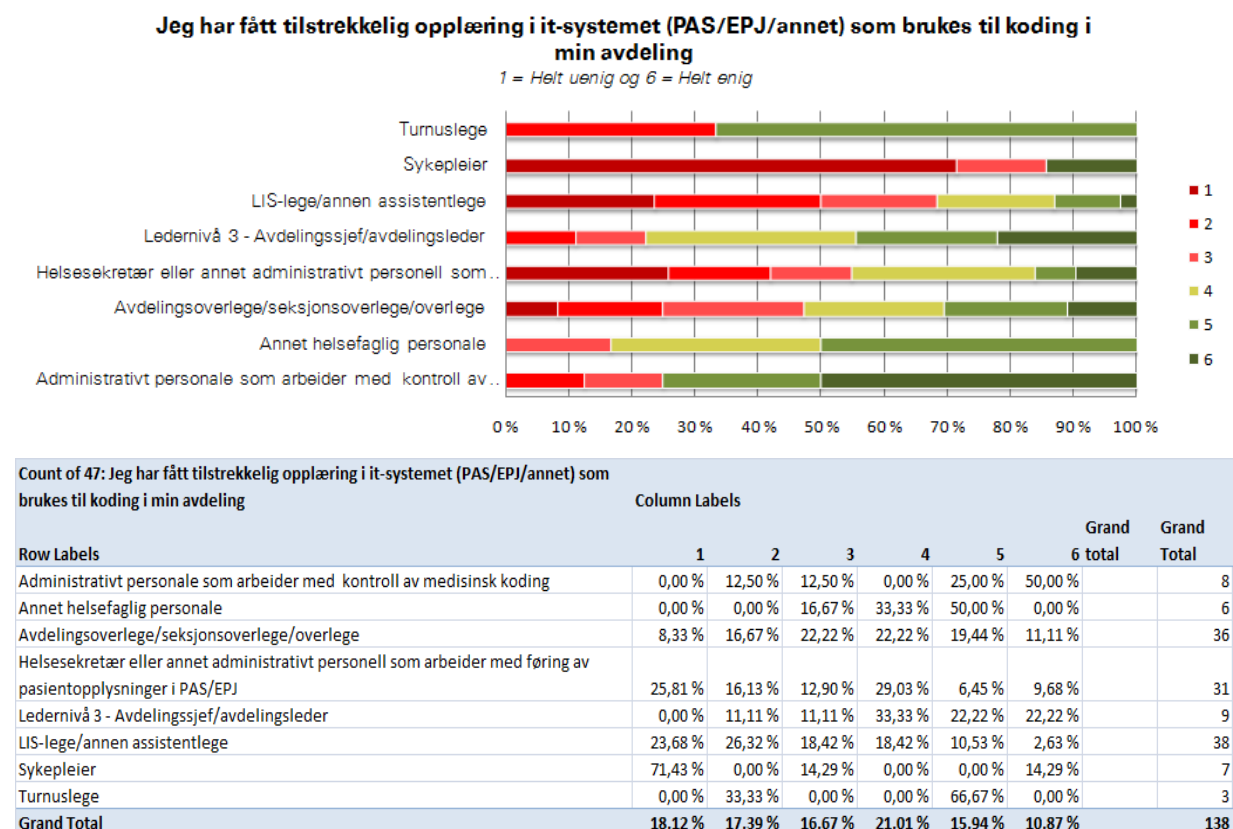
1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Filter = koder selv, untatt administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding

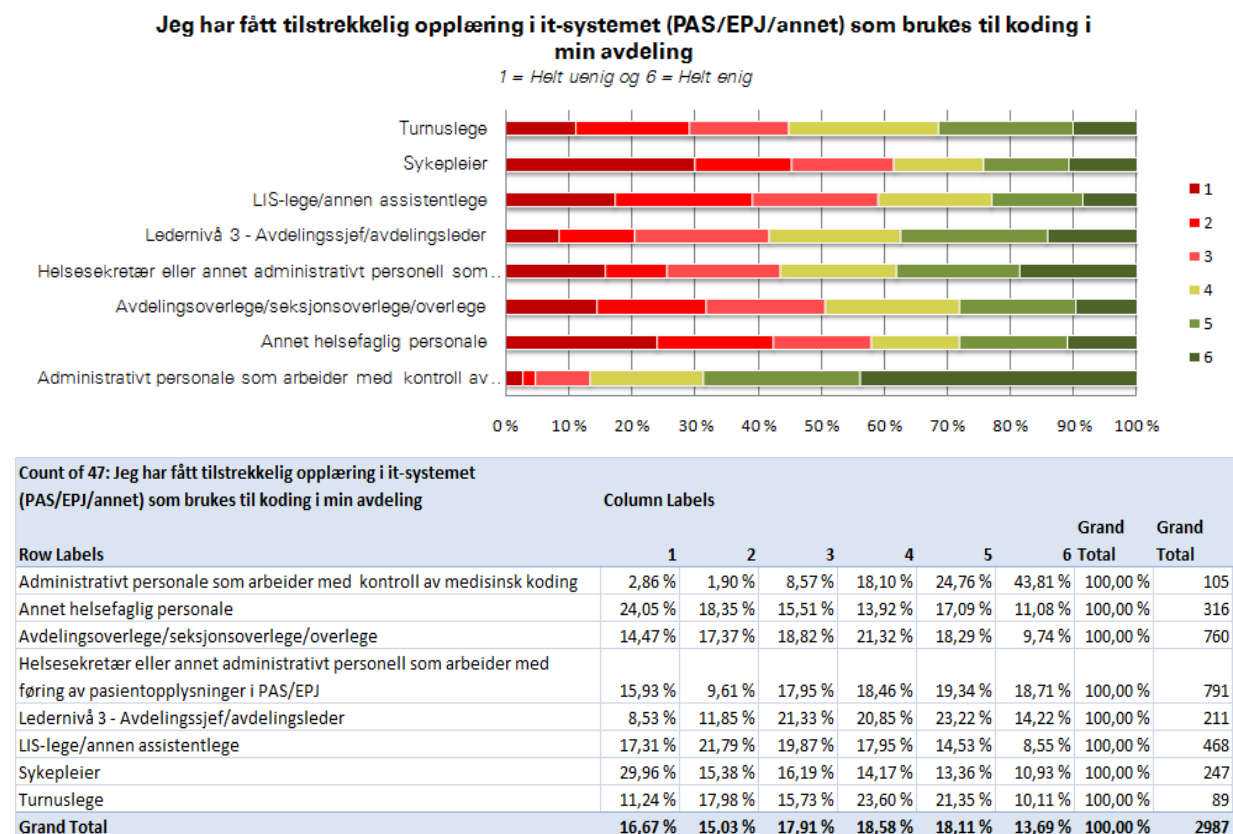


Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk								
Column Labels								
Row Labels	1	2	3	4	5	6	Grand Total	Grand Total
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	2,78 %	7,41 %	9,26 %	12,96 %	36,11 %	31,48 %	100,00 %	108
Annet helsefaglig personale	14,88 %	20,93 %	17,67 %	19,07 %	20,47 %	6,98 %	100,00 %	215
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	6,19 %	8,85 %	17,70 %	26,55 %	28,32 %	12,39 %	100,00 %	113
Sykepleier	27,69 %	17,69 %	22,31 %	19,23 %	8,46 %	4,62 %	100,00 %	130
Turnuslege	7,07 %	11,11 %	21,21 %	34,34 %	18,18 %	8,08 %	100,00 %	99
Grand Total								665

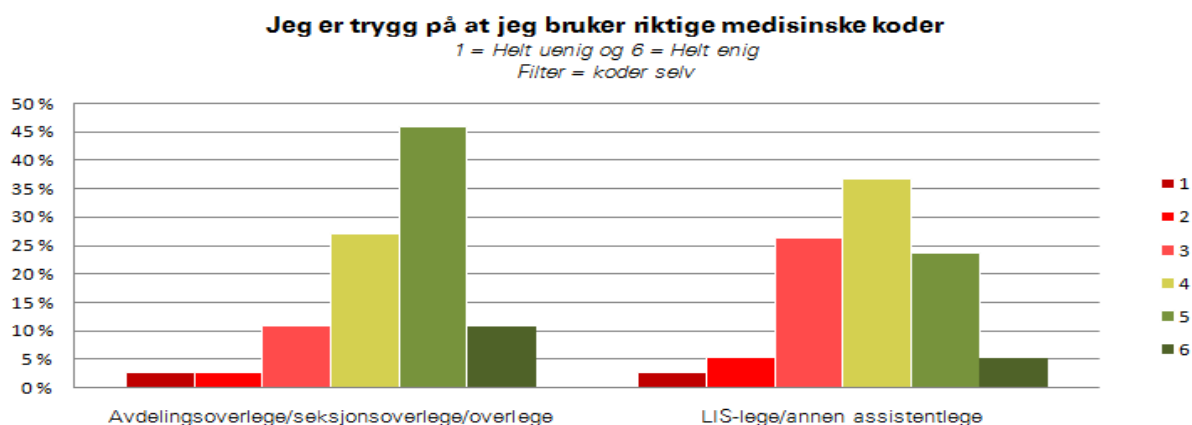
Filtrert for Ahus:



Nasjonalt resultat:

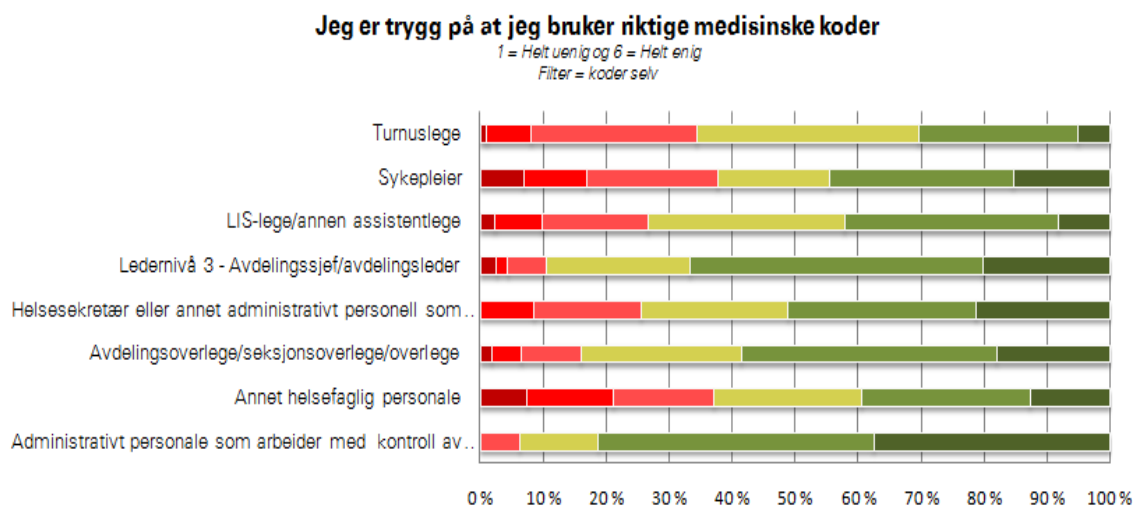


Filtrert for Ahus:



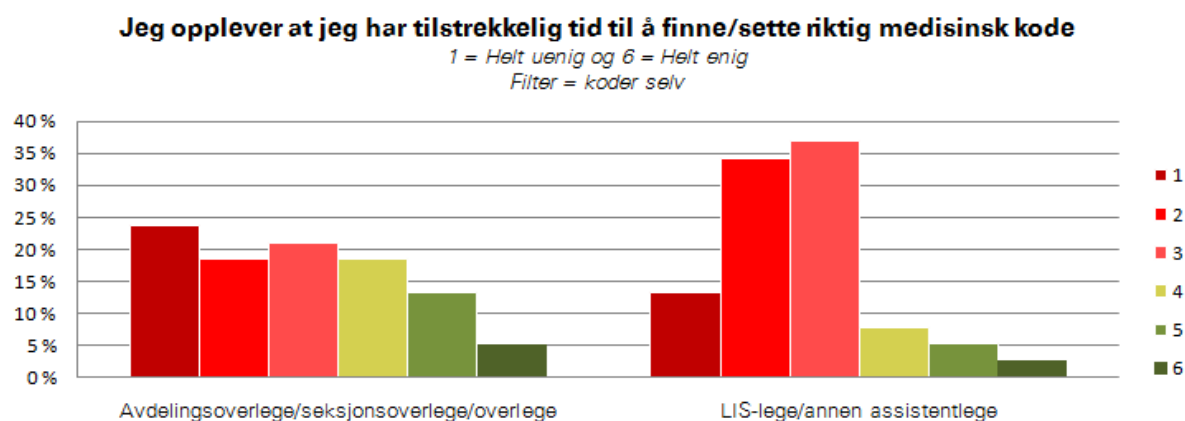
Count of 47: Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder							Column Labels	
Row Labels	1	2	3	4	5	6	Total	Grand Total
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	2,70 %	2,70 %	10,81 %	27,03 %	45,95 %	10,81 %	100,00 %	37
LIS-lege/annen assistentlege	2,63 %	5,26 %	26,32 %	36,84 %	23,68 %	5,26 %	100,00 %	38
Grand Total	2,67 %	4,00 %	18,67 %	32,00 %	34,67 %	8,00 %	100,00 %	75

Nasjonalt resultat:



Count of 47: Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder							Column Labels	
Row Labels	1	2	3	4	5	6	Total	Grand Total
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0,00 %	0,00 %	6,25 %	12,50 %	43,75 %	37,50 %	100,00 %	16
Annet helsefaglig personale	7,51 %	13,62 %	15,96 %	23,47 %	26,76 %	12,68 %	100,00 %	213
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	1,80 %	4,76 %	9,40 %	25,48 %	40,54 %	18,02 %	100,00 %	777
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	0,00 %	8,51 %	17,02 %	23,40 %	29,79 %	21,28 %	100,00 %	94
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	2,63 %	1,75 %	6,14 %	22,81 %	46,49 %	20,18 %	100,00 %	114
LIS-lege/annen assistentlege	2,31 %	7,55 %	16,77 %	31,24 %	33,96 %	8,18 %	100,00 %	477
Sykepleier	6,92 %	10,00 %	20,77 %	17,69 %	29,23 %	15,38 %	100,00 %	130
Turnuslege	1,01 %	7,07 %	26,26 %	35,35 %	25,25 %	5,05 %	100,00 %	99
Grand Total	2,81 %	6,88 %	13,75 %	26,30 %	35,68 %	14,58 %	100,00 %	1920

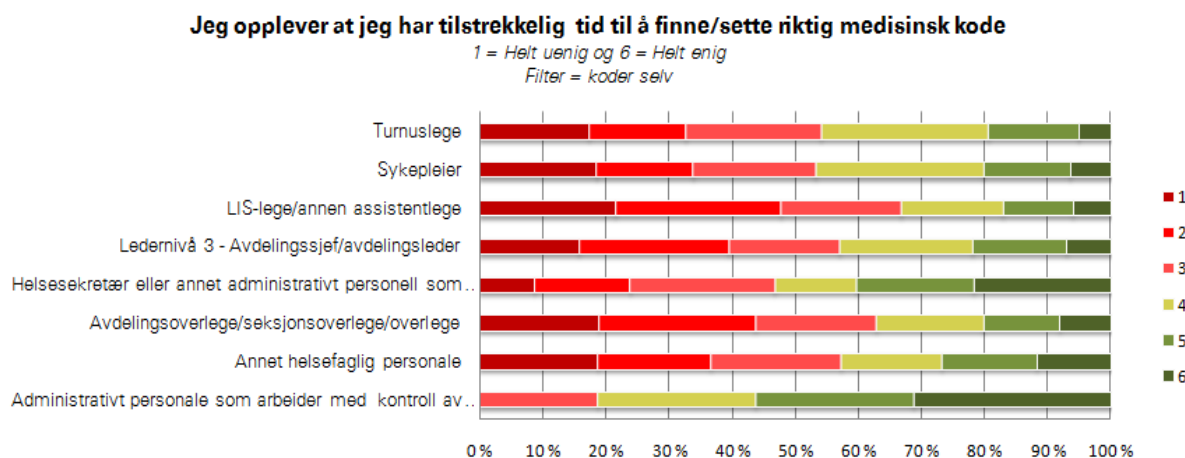
Filtrert for Ahus:



Count of 47: Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig medisinsk kode

Row Labels	1	2	3	4	5	6	Grand Total	Grand Total
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	23,68 %	18,42 %	21,05 %	18,42 %	13,16 %	5,26 %	100,00 %	38
LIS-lege/annen assistentlege	13,16 %	34,21 %	36,84 %	7,89 %	5,26 %	2,63 %	100,00 %	38
Grand Total	18,42 %	26,32 %	28,95 %	13,16 %	9,21 %	3,95 %	100,00 %	76

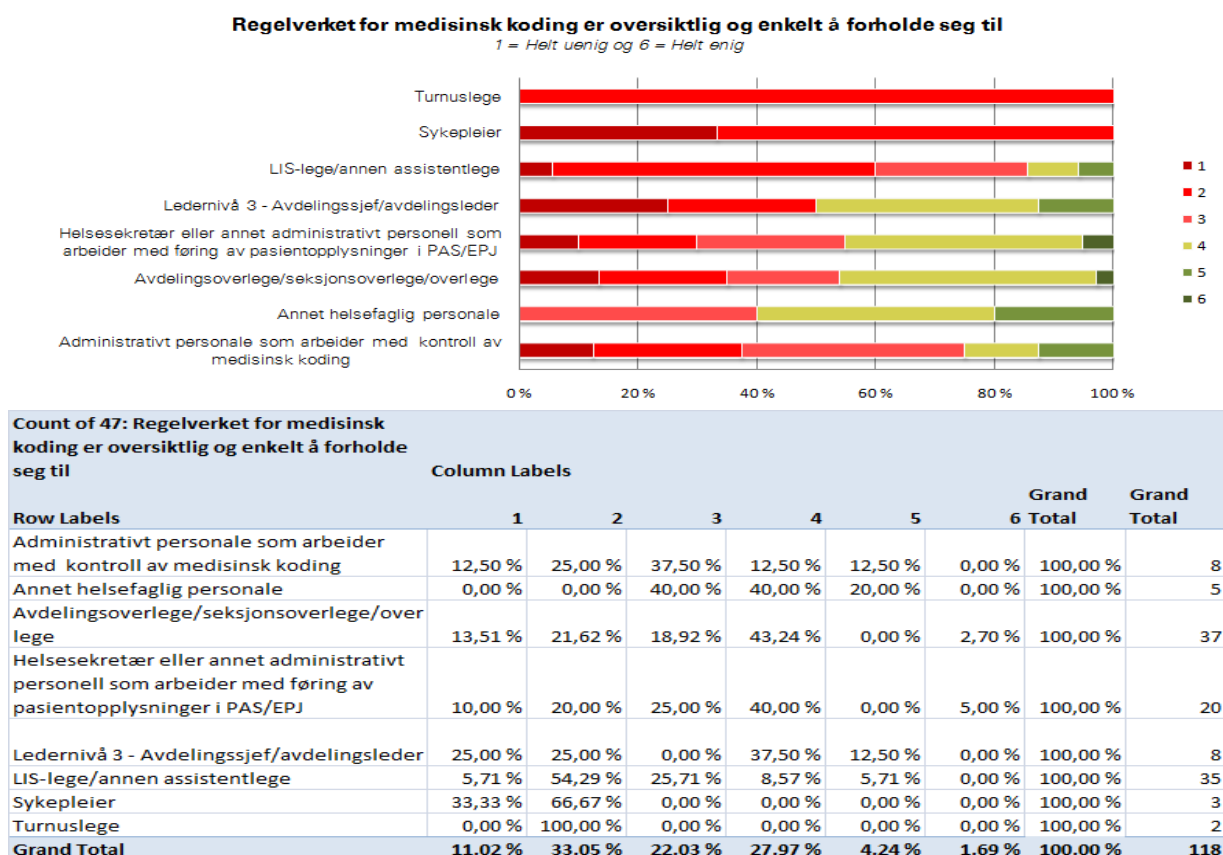
Nasjonalt resultat:



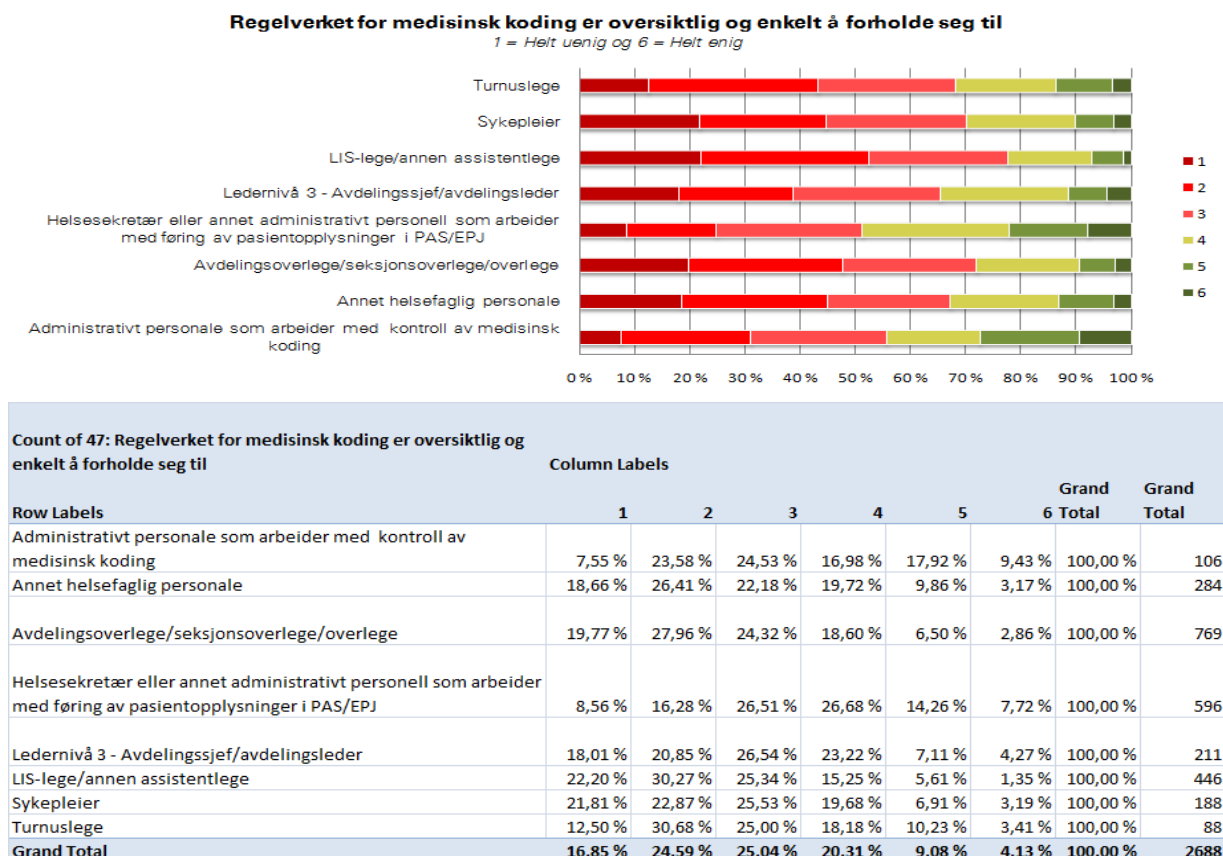
Count of 47: Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig medisinsk kode

Row Labels	1	2	3	4	5	6	Grand Total	Grand Total
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0,00 %	0,00 %	18,75 %	25,00 %	25,00 %	31,25 %	100,00 %	16
Annet helsefaglig personale	18,78 %	17,84 %	20,66 %	15,96 %	15,02 %	11,74 %	100,00 %	213
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	18,94 %	24,74 %	19,20 %	16,88 %	12,11 %	8,12 %	100,00 %	776
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	8,70 %	15,22 %	22,83 %	13,04 %	18,48 %	21,74 %	100,00 %	92
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	15,79 %	23,68 %	17,54 %	21,05 %	14,91 %	7,02 %	100,00 %	114
LIS-lege/annen assistentlege	21,50 %	26,30 %	19,00 %	16,08 %	11,06 %	6,05 %	100,00 %	479
Sykepleier	18,55 %	15,32 %	19,35 %	26,61 %	13,71 %	6,45 %	100,00 %	124
Turnuslege	17,35 %	15,31 %	21,43 %	26,53 %	14,29 %	5,10 %	100,00 %	98
Grand Total	18,62 %	22,54 %	19,51 %	17,83 %	12,97 %	8,53 %	100,00 %	1912

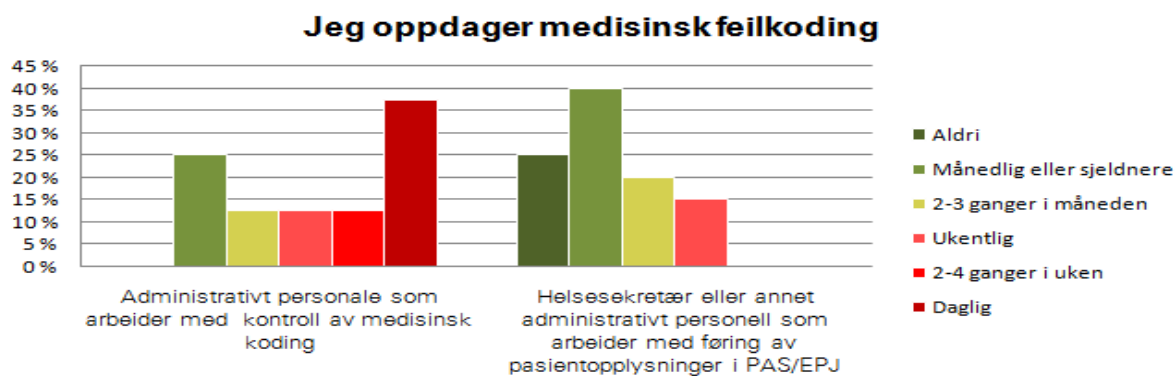
Filtrert for Ahus:



Nasjonalt resultat:

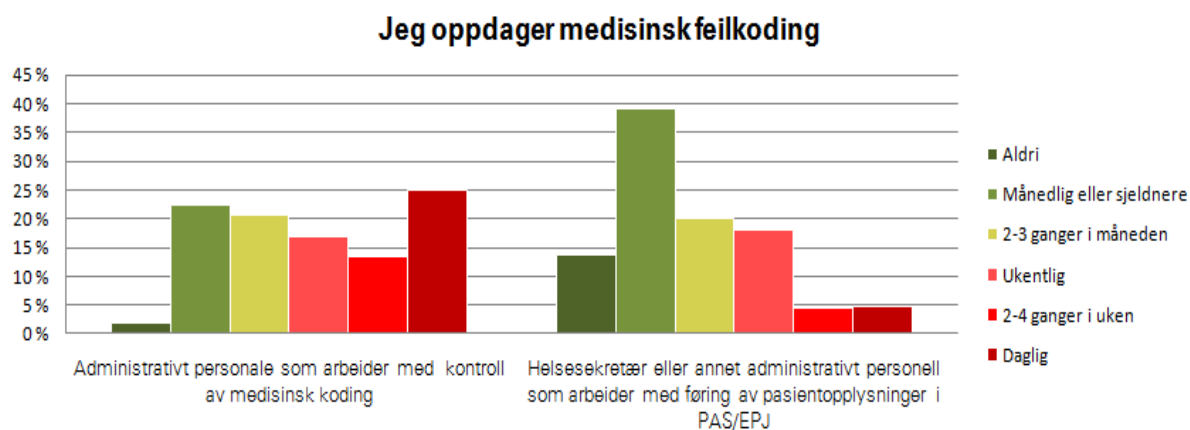


Filtrert for Ahus:



Count of 50: Jeg oppdager medisinsk feilkoding								
Row Labels	Column Labels						Grand total	Grand Total
	Aldri	Månedlig eller sjeldnere	2-3 ganger i måneden	Ukentlig	2-4 ganger i uken	Daglig		
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0,00 %	25,00 %	12,50 %	12,50 %	12,50 %	37,50 %	100,00 %	0
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	25,00 %	40,00 %	20,00 %	15,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %	0
Grand Total	17,86 %	10,71 %	35,71 %	14,29 %	3,57 %	0,00 %	100,00 %	0

Nasjonalt resultat:



Count of 50: Jeg oppdager medisinsk feilkoding								
Row Labels	Column Labels						Grand Total	Grand Total
	Aldri	Månedlig eller sjeldnere	2-3 ganger i måneden	Ukentlig	2-4 ganger i uken	Daglig		
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	1,79 %	22,32 %	20,54 %	16,96 %	13,39 %	25,00 %	100,00 %	112
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	13,79 %	39,03 %	20,06 %	18,03 %	4,39 %	4,70 %	100,00 %	638
Grand Total	12,00 %	36,53 %	20,13 %	17,87 %	5,73 %	7,73 %	100,00 %	750

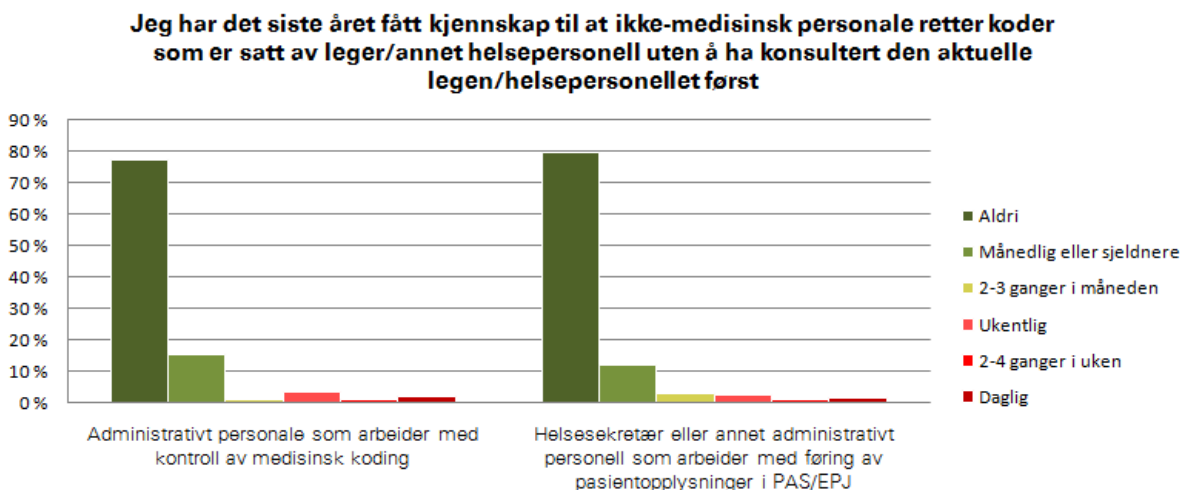
Filtrert for Ahus:



Count of 50: 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

Row Labels	Aldri	Månedlig eller sjeldnere	2-3 ganger i måneden	Ukentlig	2-4 ganger i uken	Daglig	Grand Total	Total
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	87,50 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	12,50 %	100,00 %	8
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	88,24 %	11,76 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %	17
Grand Total	8,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	4,00 %	0,00 %	100,00 %	25

Nasjonalt resultat:



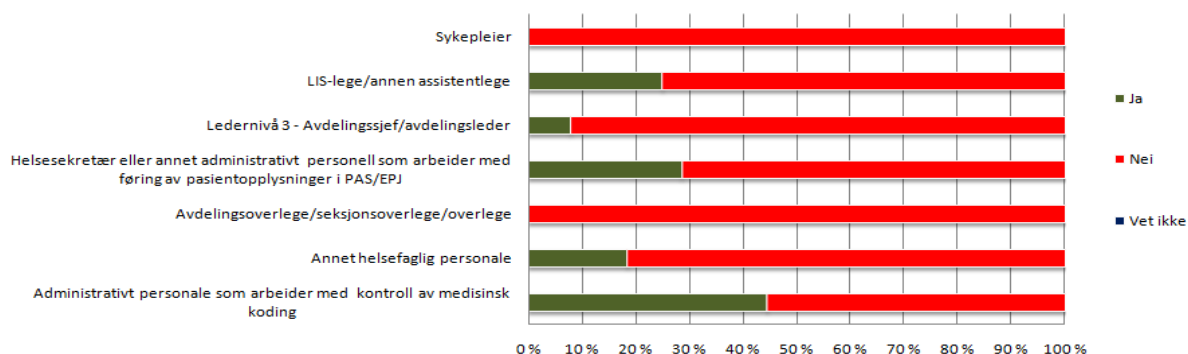
Count of 50: Jeg har det siste året fått kjennskap til at ikke-medisinsk personale retter koder som er satt av leger /annet helsepersonell uten å ha konsultert den aktuelle legen/helsepersonellet først

Row Labels	Aldri	Månedlig eller sjeldnere	2-3 ganger i måneden	Ukentlig	2-4 ganger i uken	Daglig	Grand Total	Grand Total
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	77,17 %	15,22 %	1,09 %	3,26 %	1,09 %	2,17 %	100,00 %	92
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	79,47 %	12,04 %	3,19 %	2,65 %	1,24 %	1,42 %	100,00 %	565
Grand Total	79,15 %	12,48 %	2,89 %	2,74 %	1,22 %	1,52 %	100,00 %	657

Filtrert for Ahus:

Har du fått formell opplæring (på kurs, avdelingsmøter eller en-til-en opplæring) i medisinsk koding det siste året?

Filter = koder selv, untatt administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding

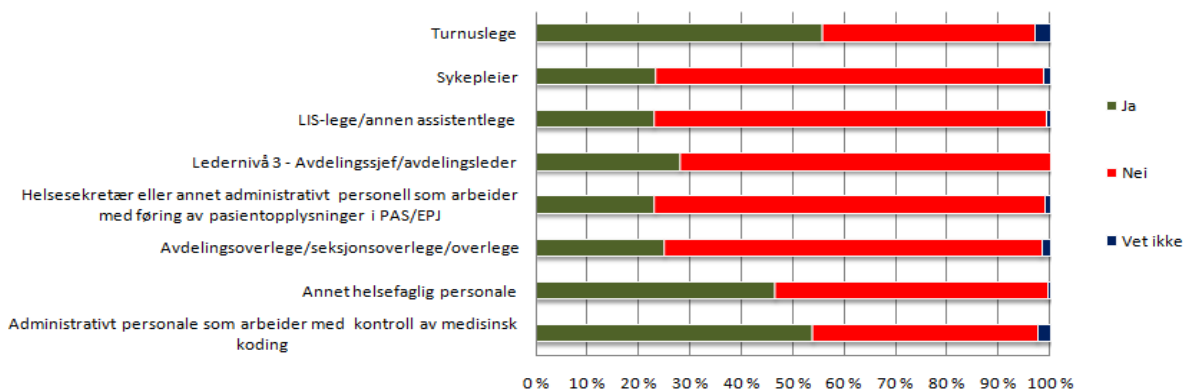


Count of 52: Har du fått formell opplæring (på kurs, avdelingsmøter eller en-til-en opplæring) i medisinsk koding det siste året?					
		Column Labels			
Row Labels		Ja	Nei	Vet ikke	Grand Total
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding		44,44 %	55,56 %	0,00 %	100,0 %
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege		18,42 %	81,58 %	0,00 %	100,0 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ		0,00 %	100,00 %	0,00 %	100,0 %
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder		28,57 %	71,43 %	0,00 %	100,0 %
LIS-lege/annen assistentlege		7,89 %	92,11 %	0,00 %	100,0 %
Sykepleier		25,00 %	75,00 %	0,00 %	100,0 %
Turnuslege		0,00 %	100,00 %	0,00 %	100,0 %
Grand Total					92

Nasjonalt resultat:

Har du fått formell opplæring (på kurs, avdelingsmøter eller en-til-en opplæring) i medisinsk koding det siste året?

Filter = koder selv, untatt administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding

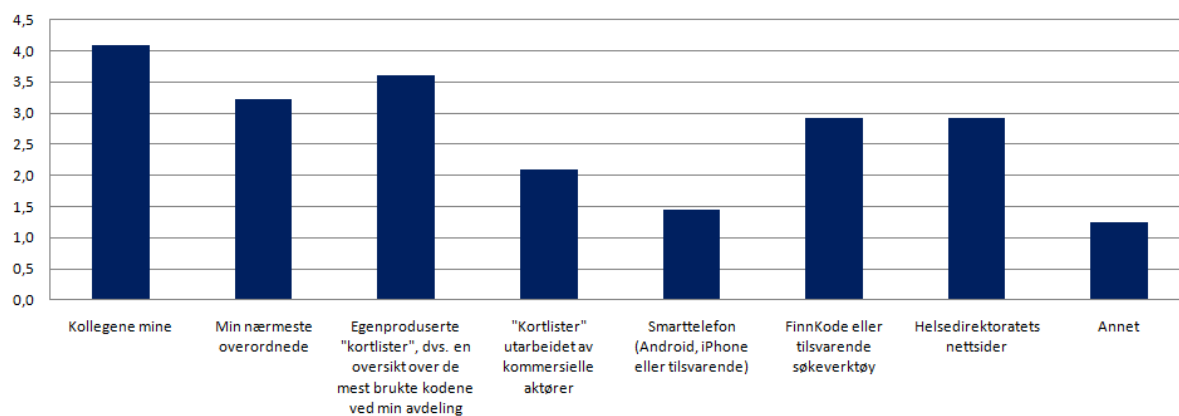


Count of 52: Har du fått formell opplæring (på kurs, avdelingsmøter eller en-til-en opplæring) i medisinsk koding det siste året?					
		Column Labels			
Row Labels		Ja	Nei	Vet ikke	Grand Total
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding		53,85 %	43,59 %	2,56 %	100,00 %
Annet helsefaglig personale		46,54 %	53,00 %	0,46 %	100,00 %
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege		24,97 %	73,25 %	1,78 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ		23,16 %	75,79 %	1,05 %	100,00 %
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder		28,07 %	71,93 %	0,00 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege		22,92 %	76,25 %	0,83 %	100,00 %
Sykepleier		23,31 %	75,19 %	1,50 %	100,00 %
Turnuslege		55,56 %	41,41 %	3,03 %	100,00 %
Grand Total					2040

Filtrert for Åhus:

Dersom jeg er usikker på hvilke medisinske koder jeg skal benytte, bruker jeg følgende informasjonskilder:

Filter = koder selv

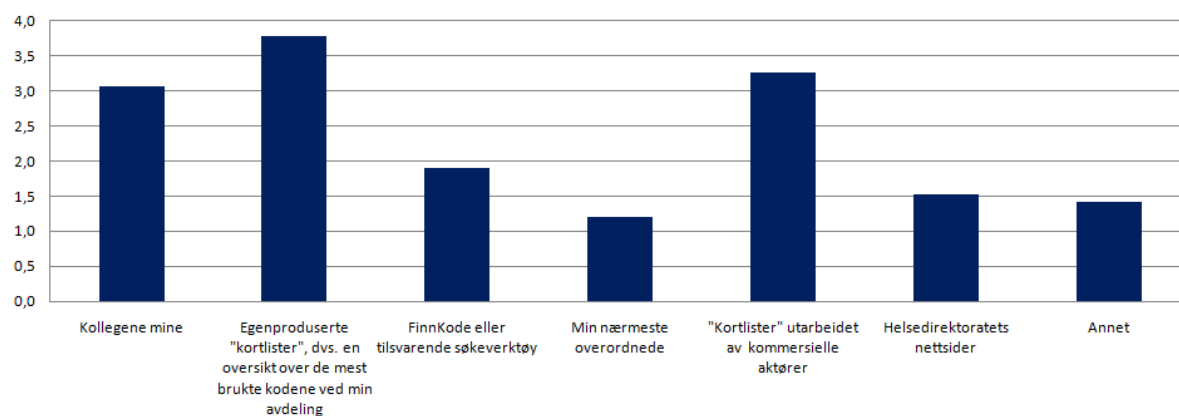


Dersom jeg er usikker på hvilke medisinske koder jeg skal benytte, bruker jeg følgende informasjonskilder:	1	2	3	4	5	6	Vet ikke/ikke aktuelt	Sum	Vektet gjennomsnitt
Kollegene mine	4	12	11	16	40	10	1	94	4,10
Egenproduserte "kortlister", dvs. en oversikt over de mest brukte kodene ved min avdeling	17	16	13	19	23	4	2	94	3,22
FinnKode eller tilsvarende søkeverktøy	18	5	8	20	28	11	4	94	3,60
Min nærmeste overordnede	48	15	5	6	10	5	5	94	2,10
"Kortlister" utarbeidet av kommersielle aktører	71	6	5	3	4	1	4	94	1,45
Smarttelefon (Android, iPhone eller tilsvarende)	35	6	5	12	22	9	5	94	2,91
Helsedirektoratets nettsider	75	12	0	2	2	0	3	94	2,91
Annet	43	8	2	9	7	3	22	94	1,24

Nasjonalt resultat:

Dersom jeg er usikker på hvilke medisinske koder jeg skal benytte, bruker jeg følgende informasjonskilder:

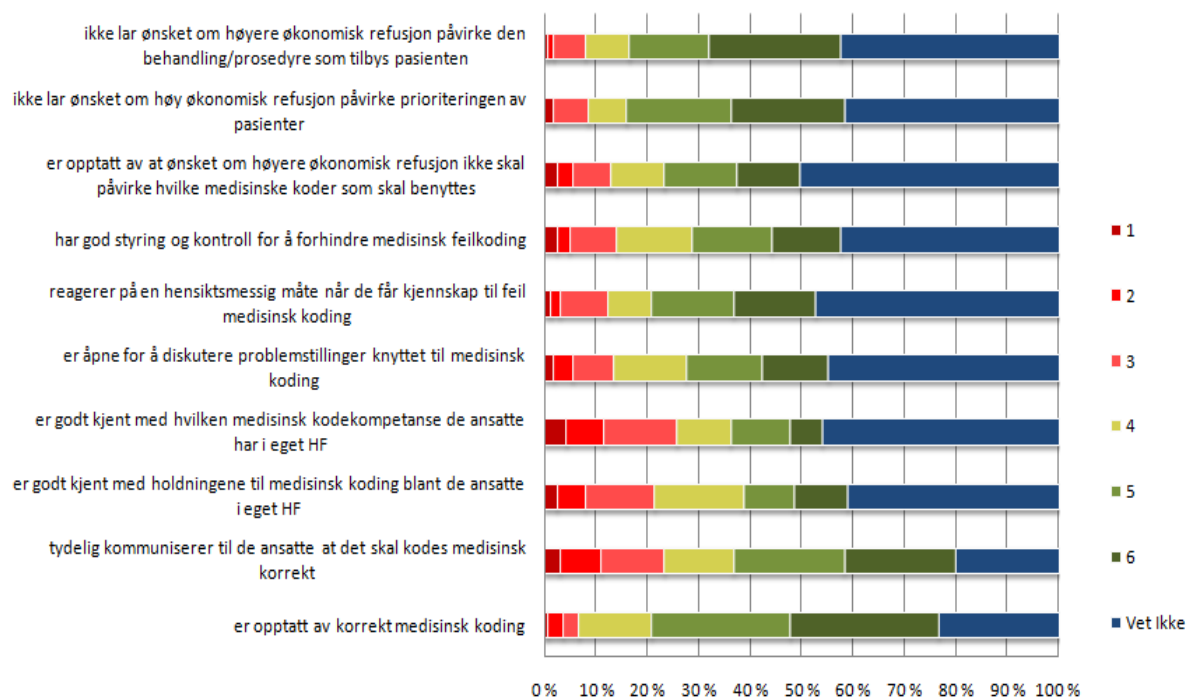
Filter = koder selv



Dersom jeg er usikker på hvilke medisinske koder jeg skal benytte, bruker jeg følgende informasjonskilder:	1	2	3	4	5	6	Vet ikke/ikke aktuelt	Sum	Vektet gjennomsnitt
Kollegene mine	426	310	246	311	386	141	77	1897	3,06
Egenproduserte "kortlister", dvs. en oversikt over de mest brukte kodene ved min avdeling	287	162	170	304	586	320	68	1897	3,79
FinnKode eller tilsvarende søkeverktøy	1021	242	133	140	162	54	145	1897	1,90
Min nærmeste overordnede	1531	113	40	42	34	10	127	1897	1,20
"Kortlister" utarbeidet av kommersielle aktører	579	120	118	189	464	326	101	1897	3,27
Helsedirektoratets nettsider	1296	228	109	92	62	22	88	1897	1,52
Annet	1012	78	58	77	122	71	479	1897	1,42

Filtrert for Ahus:

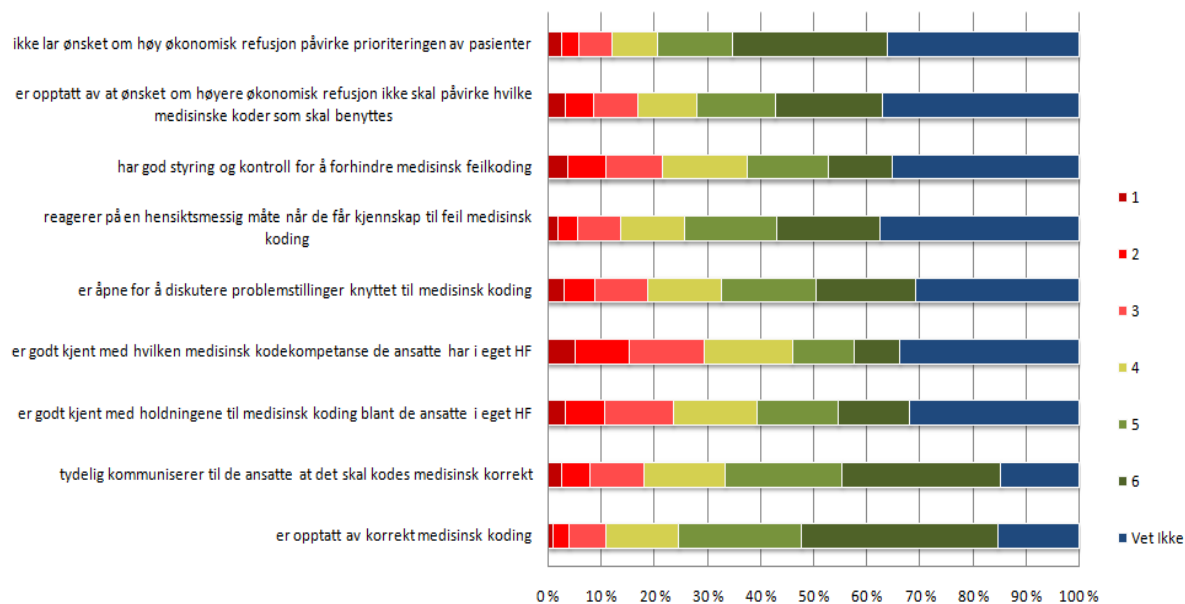
Jeg opplever at ledelsen ved de HF jeg tilhører:



Jeg opplever at ledelsen for det HF jeg tilhører:	1	2	3	4	5	6	Vet Ikke
er opptatt av korrekt medisinsk koding	1 %	3 %	3 %	14 %	27 %	29 %	23 %
tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt	3 %	8 %	12 %	13 %	21 %	21 %	20 %
er godt kjent med holdningene til medisinsk koding blant de ansatte i eget HF	2 %	6 %	13 %	17 %	10 %	10 %	41 %
er godt kjent med hvilken medisinsk kodekompetanse de ansatte har i eget HF	4 %	7 %	14 %	10 %	12 %	6 %	46 %
er åpne for å diskutere problemstillinger knyttet til medisinsk koding	2 %	4 %	8 %	14 %	15 %	13 %	45 %
reagerer på en hensiktsmessig måte når de får kjennskap til feil medisinsk koding	1 %	2 %	9 %	9 %	16 %	16 %	47 %
har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding	2 %	2 %	9 %	15 %	15 %	13 %	42 %
er opptatt av at ønsket om høyere økonomisk refusjon ikke skal påvirke hvilke medisinske koder som skal benyttes	2 %	3 %	7 %	10 %	14 %	12 %	50 %
ikke lar ønsket om høy økonomisk refusjon påvirke prioriteringen av pasienter	2 %	0 %	7 %	7 %	20 %	22 %	42 %
ikke lar ønsket om høyere økonomisk refusjon påvirke den behandling/prosedyre som tilbys pasienten	1 %	1 %	6 %	9 %	15 %	26 %	42 %

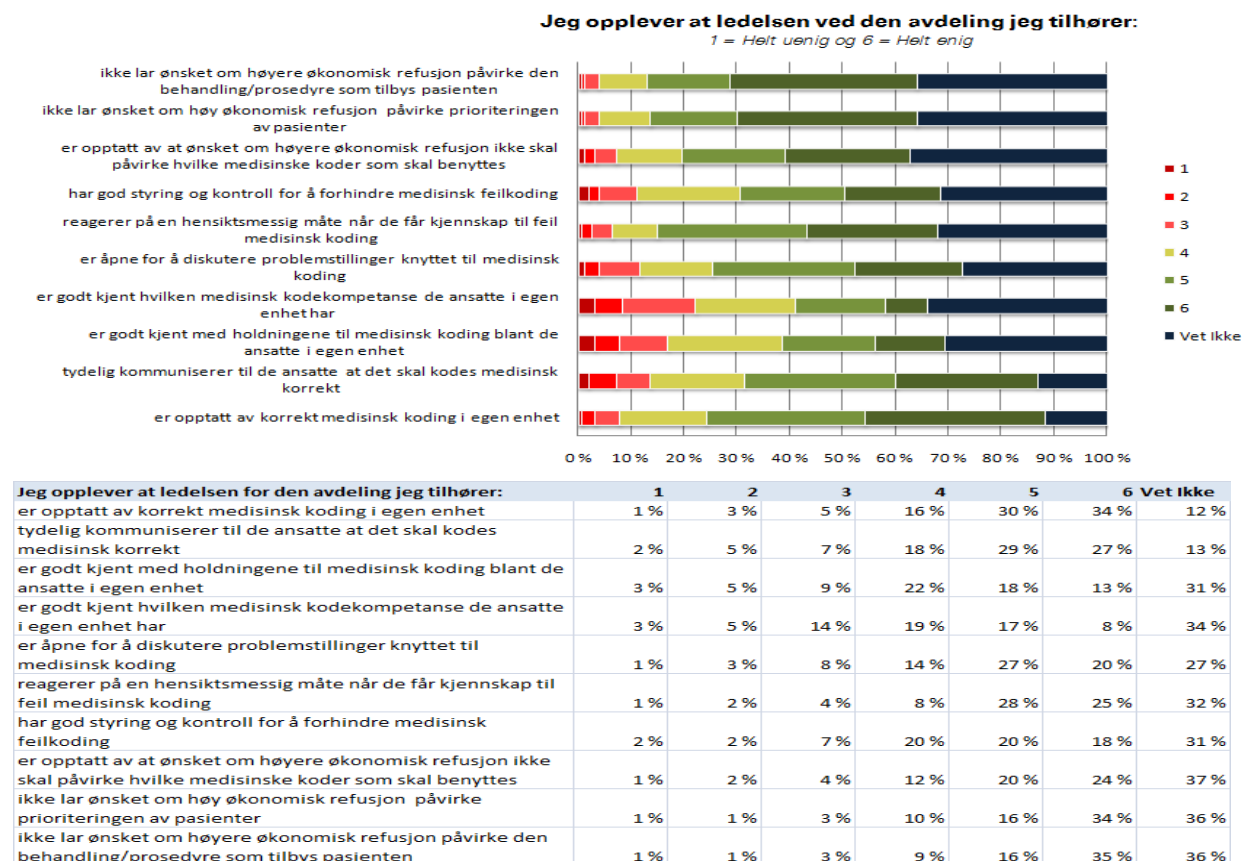
Nasjonalt resultat:

Jeg opplever at ledelsen ved de HF jeg tilhører:

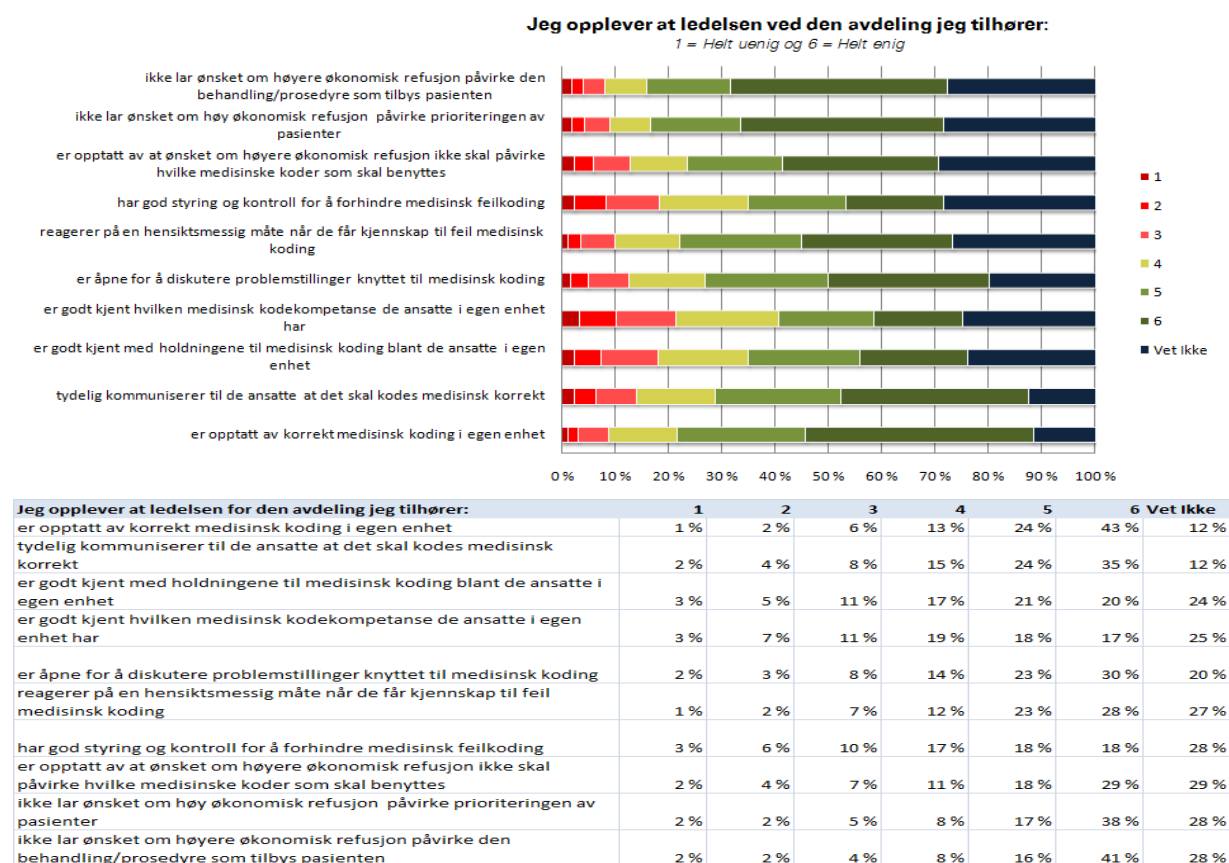


Jeg opplever at ledelsen for det HF jeg tilhører:	1	2	3	4	5	6	Vet ikke
er opptatt av korrekt medisinsk koding	1 %	3 %	7 %	14 %	23 %	37 %	15 %
tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt	3 %	5 %	10 %	15 %	22 %	30 %	15 %
er godt kjent med holdningene til medisinsk koding blant de ansatte i eget HF	3 %	7 %	13 %	16 %	15 %	13 %	32 %
er godt kjent med hvilken medisinsk kodekompetanse de ansatte har i eget HF	5 %	10 %	14 %	17 %	12 %	9 %	34 %
er åpne for å diskutere problemstillinger knyttet til medisinsk koding	3 %	6 %	10 %	14 %	18 %	19 %	31 %
reagerer på en hensiktsmessig måte når de får kjennskap til feil medisinsk koding	2 %	4 %	8 %	12 %	17 %	20 %	37 %
har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding	4 %	7 %	11 %	16 %	15 %	12 %	35 %
er opptatt av at ønsket om høyere økonomisk refusjon ikke skal påvirke hvilke medisinske koder som skal benyttes	3 %	5 %	8 %	11 %	15 %	20 %	37 %
ikke lar ønsket om høy økonomisk refusjon påvirke prioriteringen av pasienter	3 %	3 %	6 %	8 %	14 %	29 %	36 %

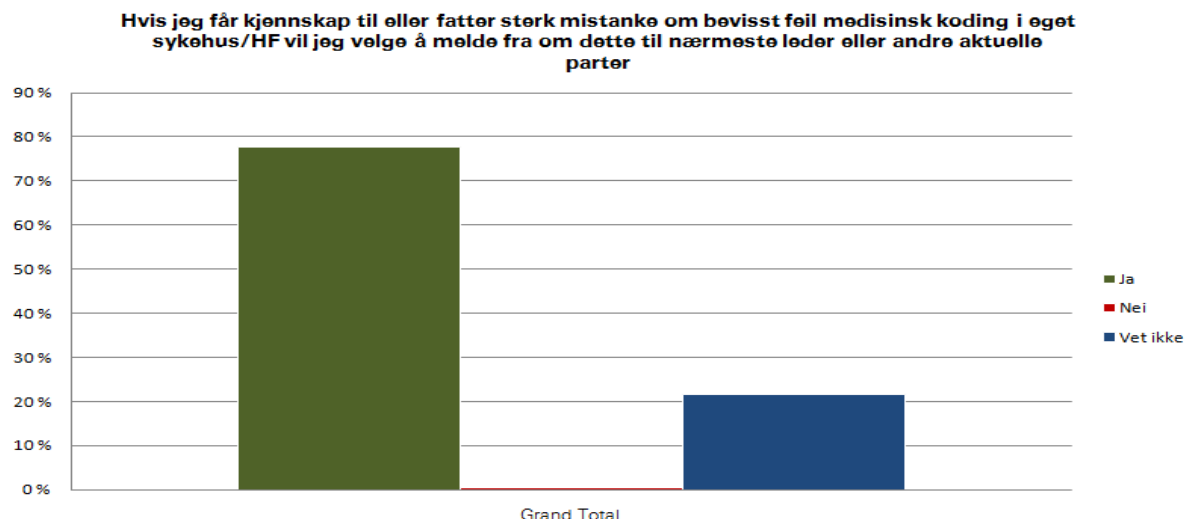
Filtrert for Ahus:



Nasjonalt resultat:



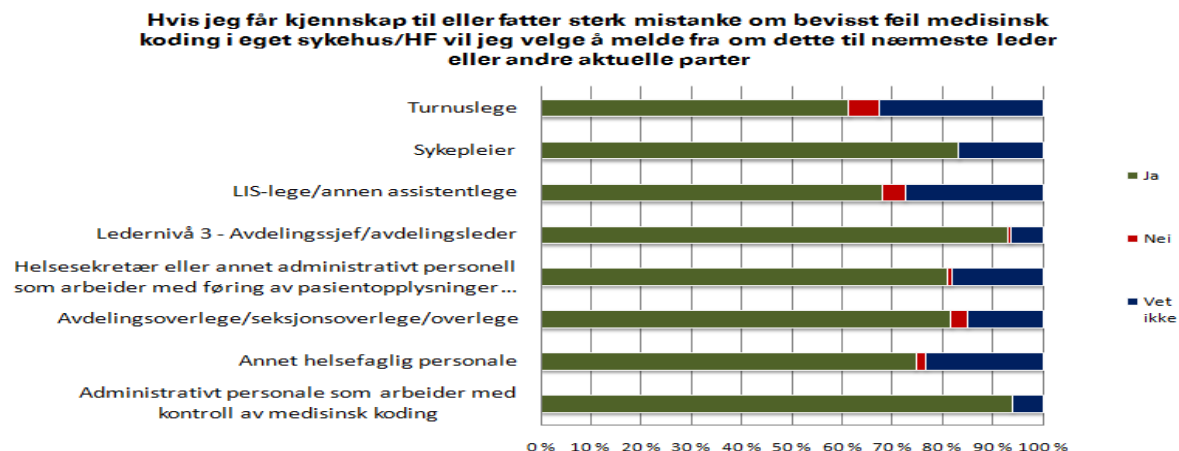
Filtrert for Ahus:



Count of 58: 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

Column Labels			
Row Labels	Ja	Nei	Vet ikke
Grand Total	77,78 %	0,58 %	21,64 %

Nasjonalt resultat:

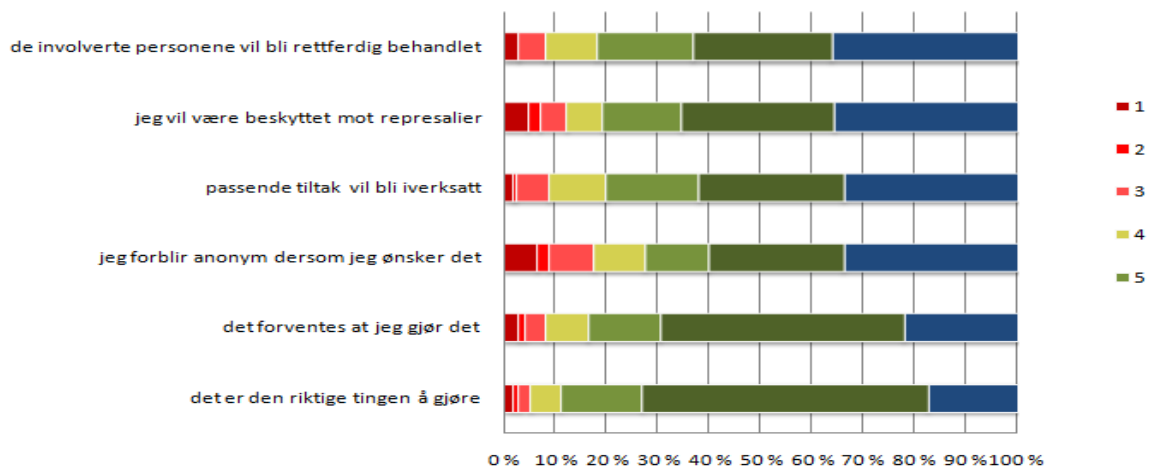


Count of 58: Hvis jeg får kjennskap til eller fatter sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF vil jeg velge å melde fra om dette til nærmeste leder eller andre aktuelle parter

Column Labels				Grand	
Row Labels	Ja	Nei	Vet ikke	Grand Total	Total
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	94,02 %	0,00 %	5,98 %	100,00 %	117
Annet helsefaglig personale	74,69 %	1,99 %	23,33 %	100,00 %	403
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	81,72 %	3,27 %	15,01 %	100,00 %	826
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	80,98 %	0,85 %	18,17 %	100,00 %	941
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	93,04 %	0,73 %	6,23 %	100,00 %	273
LIS-lege/annen assistentlege	68,18 %	4,35 %	27,47 %	100,00 %	506
Sykepleier	83,28 %	0,00 %	16,72 %	100,00 %	305
Turnuslege	61,39 %	5,94 %	32,67 %	100,00 %	101
Grand Total	79,58 %	2,10 %	18,32 %	100,00 %	3472

Filterert Ahus:

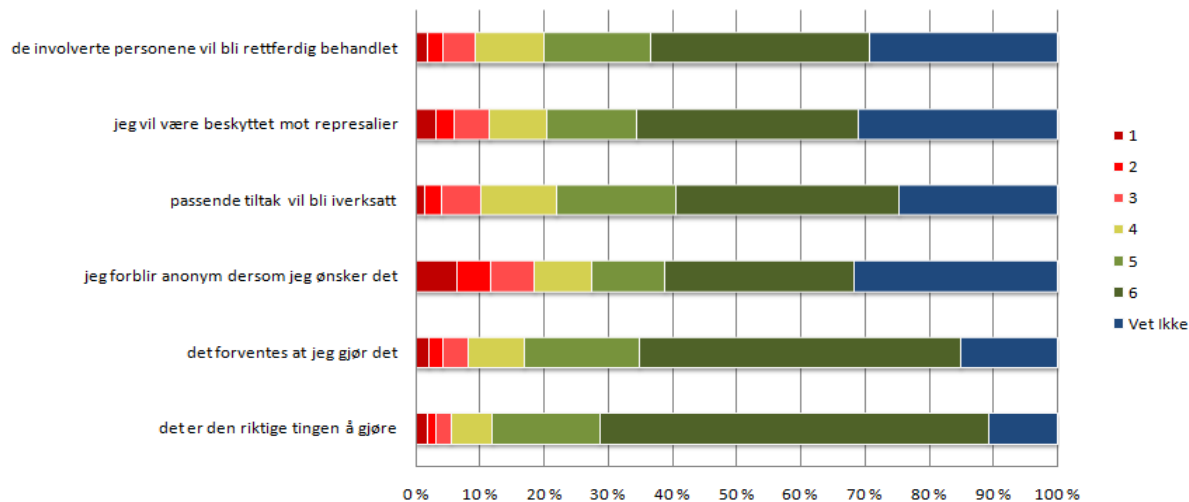
Hvis jeg melder fra til egen ledelse om et alvorlig brudd (dvs. systematisk kreativ koding med økonomisk vinning som mål) på reglene for koding, vil jeg føle meg trygg på at...



Hvis jeg melder fra..	1	2	3	4	5	6 Vet Ikke	Sum
det er den riktige tingen å gjøre	2 %	1 %	2 %	6 %	16 %	56 %	171
det forventes at jeg gjør det	3 %	1 %	4 %	8 %	14 %	47 %	171
jeg forblir anonym dersom jeg ønsker det	6 %	2 %	9 %	10 %	12 %	26 %	171
passende tiltak vil bli iverksatt	2 %	1 %	6 %	11 %	18 %	28 %	171
jeg vil være beskyttet mot represalier	5 %	2 %	5 %	7 %	15 %	30 %	171
de involverte personene vil bli rettferdig behandlet	3 %	0 %	5 %	10 %	19 %	27 %	171

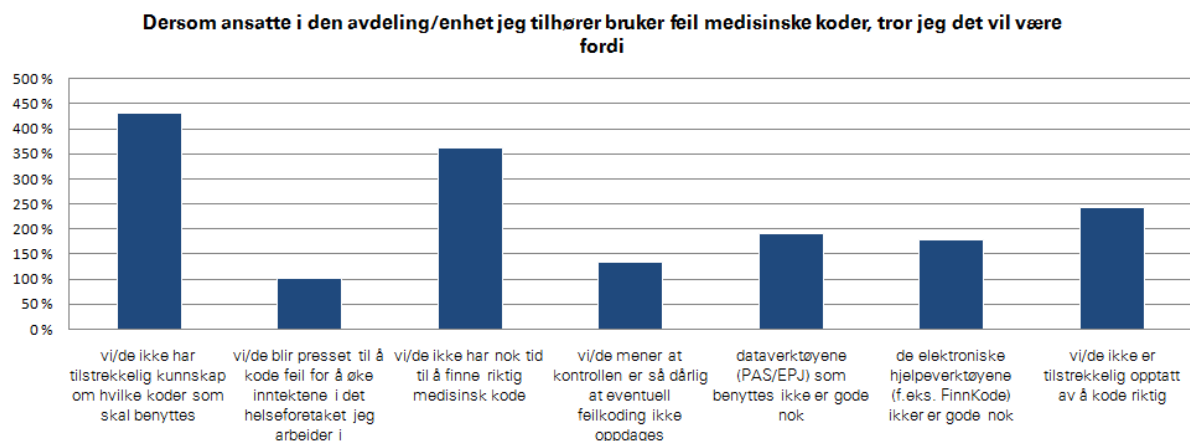
Nasjonalt resultat:

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...



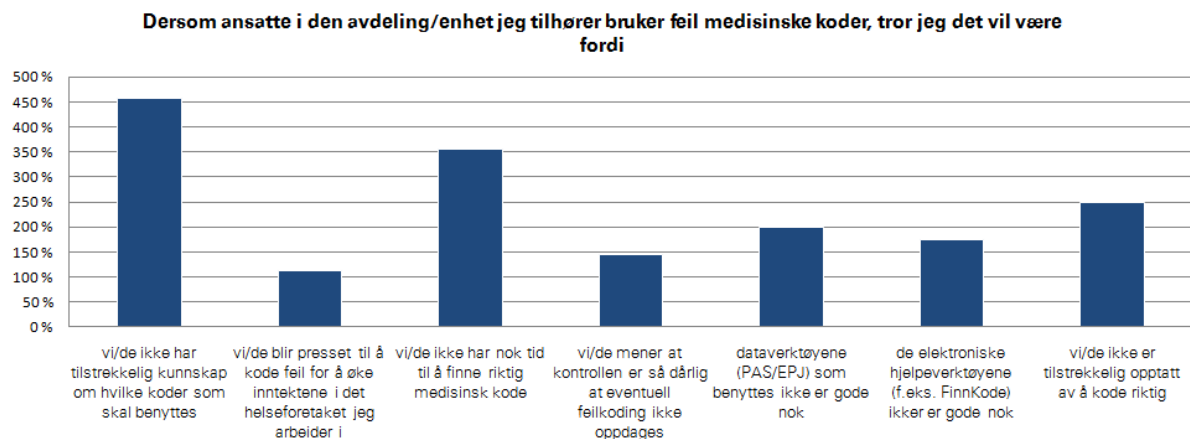
Hvis jeg melder fra..	1	2	3	4	5	6 Vet Ikke	Sum
det er den riktige tingen å gjøre	2 %	1 %	2 %	6 %	17 %	61 %	3540
det forventes at jeg gjør det	2 %	2 %	4 %	9 %	18 %	50 %	3540
jeg forblir anonym dersom jeg ønsker det	6 %	5 %	7 %	9 %	11 %	30 %	3540
passende tiltak vil bli iverksatt	2 %	3 %	6 %	12 %	19 %	35 %	3540
jeg vil være beskyttet mot represalier	3 %	3 %	5 %	9 %	14 %	35 %	3540
de involverte personene vil bli rettferdig behandlet	2 %	2 %	5 %	11 %	17 %	34 %	3540

Filtrert for Ahus:



Dersom ansatte i den avdeling/enhet jeg tilhører bruker feil medisinske koder, tror jeg det vil være fordi	1	2	3	4	5	6	Ingen formening	Sum
61: vi/de ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvilke koder som skal benyttes	1 %	2 %	2 %	5 %	25 %	46 %	19 %	100 %
61: vi/de blir presset til å kode feil for å øke inntektene i det helseforetaket jeg arbeider i	49 %	21 %	2 %	2 %	2 %	1 %	23 %	100 %
61: vi/de ikke har nok tid til å finne riktig medisinsk kode	5 %	5 %	9 %	16 %	26 %	22 %	18 %	100 %
61: vi/de mener at kontrollen er så dårlig at eventuell feilkoding ikke oppdages	38 %	15 %	8 %	6 %	4 %	2 %	27 %	100 %
61: dataverktøyene (PAS/EPJ) som benyttes ikke er gode nok	9 %	13 %	8 %	14 %	10 %	6 %	40 %	100 %
61: de elektroniske hjelpeverktøyene (f.eks. FinnKode) ikke er gode nok	10 %	10 %	8 %	11 %	9 %	8 %	45 %	100 %
61: vi/de ikke er tilstrekkelig opptatt av å kode riktig	18 %	10 %	10 %	19 %	15 %	5 %	22 %	100 %

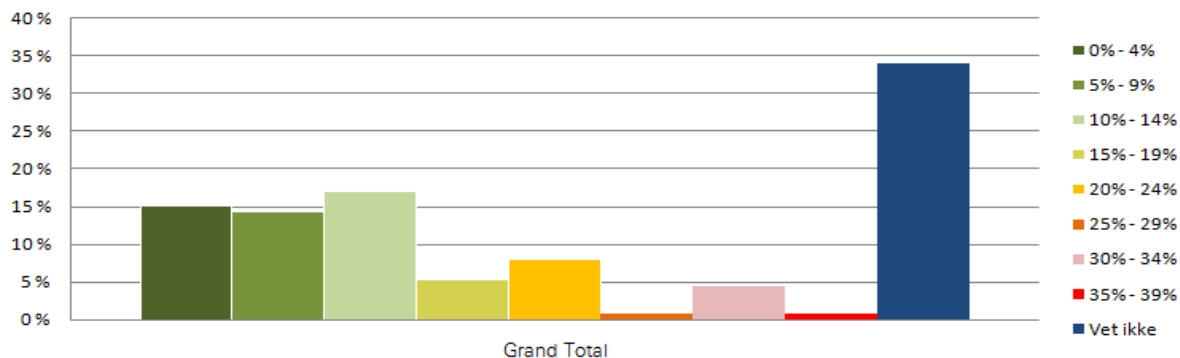
Nasjonalt resultat:



Dersom ansatte i den avdeling/enhet jeg tilhører bruker feil medisinske koder, tror jeg det vil være fordi	1	2	3	4	5	6	Ingen formening	Sum
61: vi/de ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvilke koder som skal benyttes	1,81 %	1,38 %	2,60 %	7,91 %	24,01 %	49,18 %	13,11 %	100,00 %
61: vi/de blir presset til å kode feil for å øke inntektene i det helseforetaket jeg arbeider i	55,56 %	16,07 %	4,86 %	2,94 %	1,84 %	1,02 %	17,71 %	100,00 %
61: vi/de ikke har nok tid til å finne riktig medisinsk kode	8,05 %	4,58 %	9,12 %	17,49 %	24,63 %	20,48 %	15,65 %	100,00 %
61: vi/de mener at kontrollen er så dårlig at eventuell feilkoding ikke oppdages	39,63 %	14,92 %	8,45 %	7,88 %	3,73 %	2,29 %	23,11 %	100,00 %
61: dataverktøyene (PAS/EPJ) som benyttes ikke er gode nok	11,81 %	9,27 %	10,23 %	13,81 %	10,06 %	6,92 %	37,91 %	100,00 %
61: de elektroniske hjelpeverktøyene (f.eks. FinnKode) ikke er gode nok	12,66 %	12,57 %	9,58 %	12,57 %	7,63 %	5,45 %	39,55 %	100,00 %
61: vi/de ikke er tilstrekkelig opptatt av å kode riktig	19,77 %	10,62 %	10,65 %	18,67 %	14,35 %	6,53 %	19,41 %	100,00 %

Filtrert for Ahus:

Hvor ofte endres den medisinske kodingen fra den første satte kode til innsending av NPR-rapportering i din avdeling?



Column Labels	0% - 4%	5% - 9%	10% - 14%	15% - 19%	20% - 24%	25% - 29%	30% - 34%	35% - 39%	40% - 44%	45% - 49%	50% - 54%	55% - 59%	60% - 64%	65% - 69%	70% - 74%	75% - 79%	80% - 84%	85% - 89%	90% - 94%	Vet ikke	Grand Tot Total
Count of 63: Hvor ofte endres den medisinske kodingen fra den første satte kode til innsending av NPR-rapportering i din avdeling?																					
Grand Total	15,18 %	14,29 %	16,96 %	5,36 %	8,04 %	0,89 %	4,46 %	0,89 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	33,93 %	

Nasjonalt resultat:

Hvor ofte endres den medisinske kodingen fra den første satte kode til innsending av NPR-rapportering i din avdeling?

