

Rapport 9/2011

Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene - Sykehuset Telemark HF

Rapport nr.	9/2011
Revisjonsperiode	April – august 2011
Virksomhet	Sykehuset Telemark HF
Rapportmottaker	Administrerende direktør Sykehuset Telemark HF
Kopi (av endelig rapport)	Styreleder Sykehuset Telemark 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

TABELLISTE	3
FIGURLISTE	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 SYKEHUSET TELEMAR HF	9
2.2 STYRINGS- OG KONTROLLMILJØ.....	11
2.3 MÅLSETTINGER FOR MEDISINSK KODEPRAKSIS OG RISIKOVURDERINGER	19
2.4 TILTAK FOR Å HA STYRING OG KONTROLL MED KODEPRAKSIS	20
2.5 OPPFØLGING AV MEDISINSK KODEPRAKSIS	22
3 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	26
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 SYKEHUSET TELEMAR HF	38
5.4 VEDLEGG 4 – YTTERLIGERE RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN.....	39

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 Sykehuset Telemark 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
Tabell 5-3: Dokumentasjonsforespørsel.....	34

Figurliste

Figur 2-1: Prosesskart for medisinsk kodepraksis ved Sykehuset Telemark HF	11
Figur 2-2: Opplæring i medisinsk kodebruk.....	13
Figur 2-3: Kjennskap til kodeveiledningen.....	14
Figur 2-4: Opplevd tillit til ledelsen i helseforetaket	15
Figur 2-5: Opplevd tillit til ledelsen i avdelingen	16
Figur 2-6: Tid til koding	17
Figur 2-7: Opplevd trygghet ved medisinsk koding	17
Figur 2-8: Kjennskap til skriftlige arbeidsrutiner	20
Figur 2-9: Frekvens av oppdaget medisinsk feilkoding	21
Figur 2-10: Kjennskap til retting av medisinske koder uten konsultasjon av helsepersonell	22
Figur 2-11: Opplevd trygghet ved varsling.....	24
Figur 5-1: Generelt prosesskart for medisinsk koding og kodekontroll	36

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 Sykehuset Telemark HF. Resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjuene gir samlet et inntrykk av hvordan prosessene rundt koding fungerer i sykehuset og hvorvidt det eksisterer rutiner på dette området som er kjent av brukerne. 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.

Ved intervjuene deltok ansatte fra lokalisasjonene både på Notodden og i Skien. Det fremkom at det var vesentlige ulikheter både i praktisk håndtering og oppfølging av kodepraksis på de to stedene og at det for Notoddens del var utarbeidet en rekke prosedyrer for området, noe som i liten grad var etablert i Skien. Notodden ser ut til å ha tilfredsstillende kontroll og oversikt, mens det i Skien har vært en desentralisering av ansvaret og det var mangel både på prosedyrer og en sentral kontroll og kvalitetssikring av kodepraksis. Notodden/Rjukan er en betraktelig mindre enhet enn Porsgrunn/Skien og dette gjør det enklere å etablere god oversikt og kontroll. Likevel bør det etter vår oppfatning være god mulighet for å overføre prinsipper og systemer for oppfølging fra Notodden/Rjukan til resten av helseforetaket.

Alle intervjuede grupper oppgir at det burde vært gitt bedre opplæring i koding og at mangel på tid er en mulig årsak for feilkoding. Noen intervjupersoner ga uttrykk for at de opplever et press på å kode slik at det blir best økonomi. Eksempelvis fikk vi oppgitt at ved flere bruddskader på samme pasient brukes grouper/programvare for å finne den koden som gir best betalt, deretter velges denne som hoveddiagnosekode. Det forekommer relativt hyppig at koder legges inn i løpet av oppholdet uten at disse godkjennes av behandlende lege. Dette bidrar til at man ikke kan være sikker på at taktisk koding ikke forekommer. Svakheter i kontrollen med kodepraksis kan imidlertid også gi ufullstendighet slik at foretaket samlet sett ikke får de inntekter det har krav på. Totalt sett er det sannsynlig at Sykehuset Telemark HF ikke har en tilfredsstillende kontroll med kodekvaliteten. Det bør etableres rutiner og systemer for kontroll og kvalitetssikring av medisinsk koding lokalt og sentralt ved helseforetaket som i større grad sikrer medisinsk korrekt koding.

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 skal det med utgangspunkt i anerkjente rammeverk for internkontroll og risikostyring fokuseres 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 er 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 kapittel 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 Sykehuset Telemark HF er, deretter er resultater for hvert tema presentert. Temaene er gitt av mandatet og er presentert under formål med revisjonen (over). 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 Sykehuset Telemark HF mottok 27. mars 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. For Sykehuset Telemark HF var populasjonsstørrelsen tilstrekkelig liten til at utvalget inkluderer hele populasjonen. Deltakerne i spørreundersøkelsen besvarte spørsmål tilpasset deres stillingsnivå og rolle i forhold til medisinsk koding. Utvalget ble delt inn i tre grupper avhengig av stillingsnivå, vist i Tabell 1-2..

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 Tabell 1-3 fremgår det at svarprosenten for Sykehuset Telemark er 39 %. Dette er noe under landsgjennomsnittet på 41 %. Spesielt er svarprosenten for gruppe 2 lav med kun 24 %. Et generelt inntrykk er at det har vært vanskelig å fremskaffe e-postadresser til de personer som arbeider med koding og at populasjonen er blitt for stor med en del personer som ikke er engasjert i koding. Dette er en sannsynlig forklaring på den relativt lave svarprosenten. Denne vurderingen er gjort på grunnlag av tilbakemeldinger mottatt mens undersøkelsen var aktiv. Det er også flere som har oppgitt lederstillinger enn hva som fremgikk av listen over respondenter, noe som igjen tyder på at listen ikke har vært av tilfredsstillende kvalitet.

Svarantallet er totalt sett stort nok for å kunne si noe om tilstanden ved helseforetaket, men for gruppe 2 alene vil resultatene fra spørreundersøkelsen være noe usikre.

Resultatene fra spørreundersøkelsen er ment til å antyde tendenser ved helseforetaket og det er derfor ikke gjennomført signifikanstesting ved sammenlikning av resultater.

Tabell 1-3: Populasjon, utvalg og svarprosent for Sykehuset Telemark HF

	Populasjon	Utvalg	Antall svar	Svarprosent i forhold til utvalget
Totalt for Sykehuset Telemark HF	421	421	165	39 %
Gruppe 1	299	299	111	37 %
Gruppe 2	93	93	22	24 %
Gruppe 3	29	29	32	110 %

1.4.2 Revisjonsbesøk ved Sykehuset Telemark HF

Revisjonen av Sykehuset Telemark HF ble gjennomført i løpet av et besøk på to dager, 23. og 24. mai 2011. Fra prosjektgruppen deltok Karl-Helge Stjernen Storhaug (konsernrevisjonen Helse Sør-Øst), Sverre Lunde (KPMG), Sturla Rising (Exonor) på hele revisjonen mens Sven Richard Tønnessen (K PMG) deltok første dag.

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 klinikksejere og en avslutningssamtale med økonomidirektør Ståle Langvik Christiansen, personal- og organisasjonsdirektør Hans Evju og fagdirektør Hallfrid Persdatter Waage. Fra alle intervjuene ble det skrevet referat som er brukt som utgangspunkt for diskusjonene i kapittel 2.

Arbeidsmøtet ble avholdt med nøkkelpersonell innen kodearbeidet. Et generelt prosesskart (se Figur 5-1, Vedlegg 2) 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 Sykehuset Telemark HF er beskrevet i Figur 2-1 i kapittel 2.

Gruppeintervjuene ble gjennomført semistrukturert med utgangspunkt i en intervjuguide tilpasset for hvert stillingsnivå. Spørsmålene 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 fremgår av kapittel 5). 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 Sykehuset Telemark HF

På side 11 er prosessen for medisinsk koding ved Sykehuset Telemark HF illustrert ved et prosesskart. Der det er relevant vil vi referere til prosesskartet i vurdering og analyser.

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 Sykehuset Telemark HF som ble identifisert i workshopen. Det varierer noe på tvers av divisjoner/avdelinger hvordan dette gjennomføres. I kapittel 5 er prosessen skissert i en generell form.

Mottak henvisning og innleggelse/poliklinikk

Prosessflyten starter med intern eller eksternt henvisning av en pasient. Henvisningen blir deretter vurdert. Resultatet av vurderingen kan være at pasienten kan ha behov for innleggelse eller poliklinisk vurdering/behandling. I noen tilfeller kan henvisning bli avvist eller ytterligere informasjon innhentet før vurdering/Informasjon om henvisningen og vurderingen registreres i PAS-systemet. Øyeblikkelig hjelp-pasienter legges direkte inn eller vurderes i akuttmottak.

Behandling, diagnostikk og kodesetting

Pasienten vil etter innleggelse eller mottakelse på poliklinikk bli undersøkt og diagnostisert. Diagnosekode for aktuell kontakt registres for poliklinikk på "kodeskjema" som pasienten etter poliklinikkbesøket hos legen leverer i ekspedisjonen. Informasjon om kontakten blir da registrert av merkantilt personell i PAS-systemet.

I de tilfeller der pasienten ble lagt inn ble koder som regel diktert av epikriseskrivende lege i forbindelse med utskrivning. Epikrisen blir til gjennom talegjenkjenning av diktatet. Kodene blir deretter registrert i PAS-systemet av merkantilt personell. I noen tilfeller ble det også lagt inn koder allerede tidlig i oppholdet. Dette gjelder medisinsk klinikk i Porsgrunn/Skien. Disse kodene blir stående som gyldige koder ved utskrivelse dersom de ikke aktivt endres. Underordnede leger ga inntrykk av at de oppfattet at det var disse kodene de skulle benytte.

Det er ikke etablert noen rutine for kontrasignering av epikriser skrevet av turnuskandidater og LIS-leger ved Porsgrunn/Skien. I den grad en kontroll foregår er den sporadisk og med liten tilbakemelding til epikriseskrivende lege.

Alle helseforetak har som krav at minst fire av fem epikriser skal utsendes fra sykehuset innen sju dager fra utskrivning. Både kirurgisk og medisinsk klinikk tilstreber derfor rask utsendelse av epikriser. For medisinsk klinikk betyr dette at pasienten skal ha epikrise med seg når de forlater sykehuset. Kirurgisk avdeling sender også ut epikrise før alle resultater foreligger.

Kodekontroll på enhetsnivå og sentralt

Klinikken på Notodden har en klart definert kontroll av kodingen ved kodeansvarlig lege. Sykehuset Telemark, Porsgrunn/Skien, har en organisasjonsmodell med utstrakt delegering av

ansvar og myndighet. Denne løsningen med tydelig delegert ansvar for klinikk/avdelingssjefer er en bevisst valgt modell ved Sykehuset Telemark HF. Dette prinsippet gjelder også medisinsk koding og det er avdelingene som har ansvaret for kvaliteten på kodearbeidet.

Det er et felles dokumentasjonssenter ved foretaket som registrerer kodene i Infomedix og utøver en form for enhetskontroll. Tidligere var det sekretærer ved den enkelte avdeling som gjennomførte dette. Noen avdelinger har kodekontrollere som leser gjennom en stor del av avdelingens epikriser for å sikre kodingen. Det er liten kontroll av epikriser og koder i forhold til poliklinikk, samtidig brukes det codeskjemaer med mulighet for avkrysning av relevante diagnosekoder og prosedyrekoder, noe som reduserer kontrollbehovet. Noen kontrollere retter opplagte feil på egenhånd. Dette er eksempelvis feil hvor det i teksten i epikrisen er beskrevet en tilstand men hvor denne ikke er kodet. Ellers sendes melding til kodeansvarlig lege for bekreftelse av endring. Ved mindre endringer i koder som ikke endrer epikrisens faglige innhold skrives det ikke ut ny epikrise. Dersom endringene er av større medisinsk betydning, eksempelvis hvis det er endringer i diagnoser som har konsekvens for behandling, blir epikrisen endret og sendt ut på nytt.

Det er en sekretær ved Porsgrunn/Skien som gjennomfører en sentral kontroll. Hun kjører ut feillister fra Datavarehuset ASL-LIS og leverer dette til kodekontrollerne i avdelingene. Det foregår lite benchmarking i forhold til andre sykehus ut over det man får i Datavarehuset.

IT-systemer

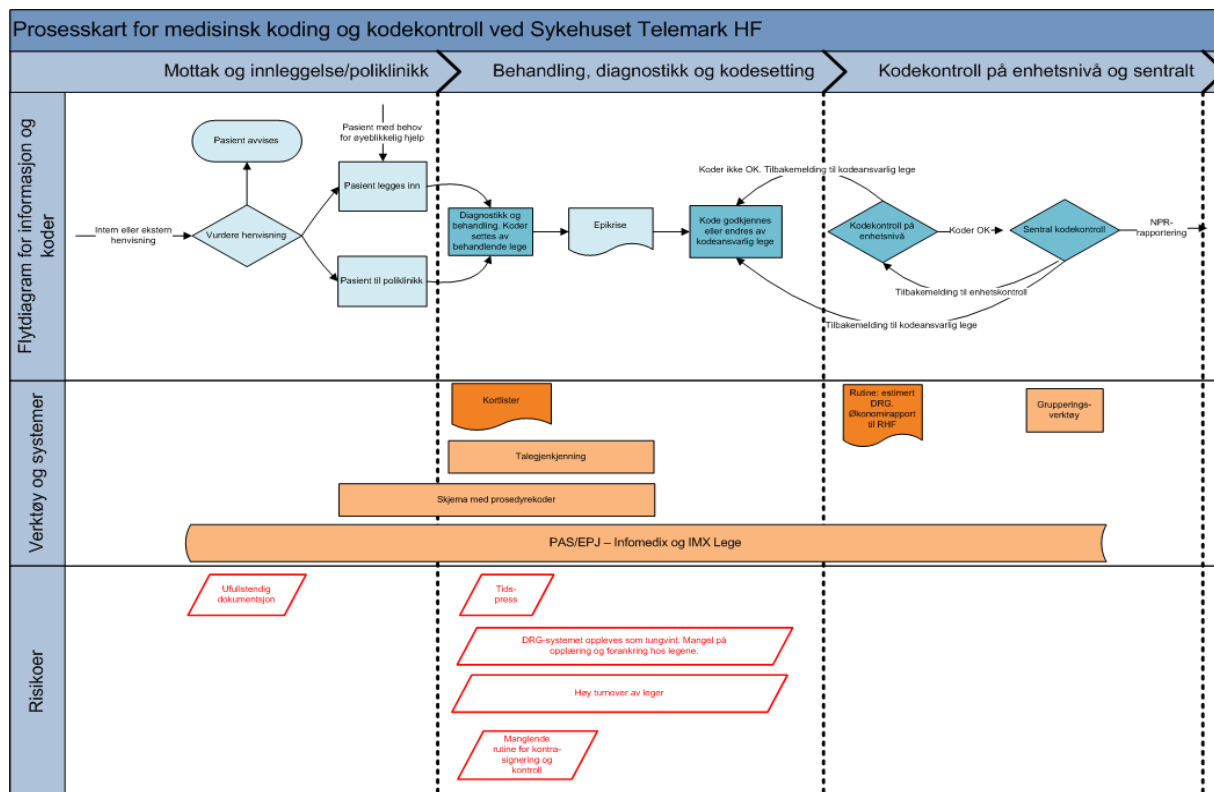
Sykehuset bruker det pasientadministrative systemet Infomedix og journalsystemet IMX Lege. Begge systemene er gamle og har slik vi fikk høre svært begrensede mulighet for kommunikasjon mot andre systemer. I tillegg til disse systemene har også fødeavdelingen et eget IT- system - Partus, og radiologisk avdeling har sine radiologisystem, hvor det kodes eller koder genereres. Det utføres i Telemark, som på de fleste sykehus, en rekke prosedyrer på radiologisk avdeling som skal kodes inn i Infomedix. Ingen av fagsystemene nevnt ovenfor er integrert med Infomedix. Koder som legges inn i disse systemene må derfor overføres manuelt. Det er ikke utarbeidet sentrale prosedyrer for hvordan denne innleggingen skal gjennomføres. Andre systemer som benyttes i kodekontroll er Datavarehuset ASL-LIS og grouper program fra Analysesenteret AS.

Risikofaktorer som ble identifisert i prosessen

Gjennom prosesskartleggingen og intervju ble det identifisert flere risikoer:

- 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
- Gammelt PAS system og EPJ med begrensede integrasjonsmuligheter.
- Stort tidspress og svak kontroll / gjennomlesing av epikrise, denne lages av legen ved bruk av talegjenkjenning, før denne sendes til ferdigstillelse. Fører til avvik mellom diktert og skrevet kode og kan føre til feil i epikrise
- Ingen rutine for kontrasingering og kontroll av epikriser og koder fra turnuskandidater og Lis-leger ved Porsgrunn/Skien.
- Risiko for at koder som er registrert i fagsystemene ikke overføres til Infomedix, slik at kodingen blir ufullstendig.
- Høy turnover av leger.

Figur 2-1: Prosesskart for medisinsk kodepraksis ved Sykehuset Telemark HF



2.2 Styrings- og kontrollmiljø

2.2.1 Roller, ansvar og organisering

Overordnet ansvar for kvaliteten i medisinsk koding ligger hos administrerende direktør. Avdelingssjef har ansvar for medisinsk koding på sitt ansvarsområde, men kan delegere arbeidsoppgaver knyttet til kontroll med medisinsk koding.

Det varierer i hvilken grad klinikkssjefene involverer seg i kvalitetssikring av koding. En av klinikkssjefene legger inn koder på pasienter under oppholdet, 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.

På Sykehuset Telemark HF er det seksjonsoverlegene eller spesielt definerte overleger som er kodeansvarlige leger. På Notodden er det en overlege på medisinsk seksjon som har denne funksjonen og går gjennom epikriser for turnuskandidater og LIS-leger.

Det gis uttrykk for at overlegene kjenner sin rolle inn i kodeprosessen og opplever denne som klart definert.

Andre som koder, inkludert LIS-leger/assisterende leger, ga uttrykk for at de oppfatter sin rolle til å kode medisinsk korrekt. Likevel opplyses det om at det til tider oppleves som at fokuset er på økonomi.

En sekretær som er felles for kirurgi og medisin i Porsgrunn/Skien har ansvar for å utføre en kvalitetssikring på overordnet nivå ved å kjøre rapporter i Datavarehuset som gir oversikter over manglende diagnosekoder eller andre opphold med mulig feilkoding.

Se også kapittel 2.1 for beskrivelse av informasjonsflyt og koding, og kapittel 2.4.1 for beskrivelse av arbeidsrutiner for koding ved Sykehuset Telemark HF.

2.2.2 Opplæring og krav til kompetanse

Det stilles forventninger til kunnskap hos kodeansvarlige leger og kodekontrollere, men disse forventningene er verken formaliserte eller uttrykt som krav. Vi ble ikke opplyst om at det stilles formelle krav til kompetanse for noen yrkesgrupper i forhold til koding.

Ansatte på ledernivå gir uttrykk for at det kommuniseres fra HF-ledelsen at fokus er på korrekt medisinsk koding og at dette er det som formidles til de ansatte i foretaket. Gjennom intervjuene av ansatte på lavere nivåer er det vårt inntrykk at dette budskapet ikke er tydelig oppfattet og enkelte opplever til tider at det primært er det økonomiske aspektet ved kodingen som vektlegges.

Resultatene fra spørreundersøkelsen støtter opp om dette. Det er en større andel av avdelings-overleger og ledernivå 3 som svarer at de opplever at egen HF- ledelse tydelig kommuniserer at det skal kodes medisinsk korrekt enn av LIS-leger (henholdsvis 72 % og 64 % oppgir skår 4 eller høyere på spørsmålet).

Opplæring

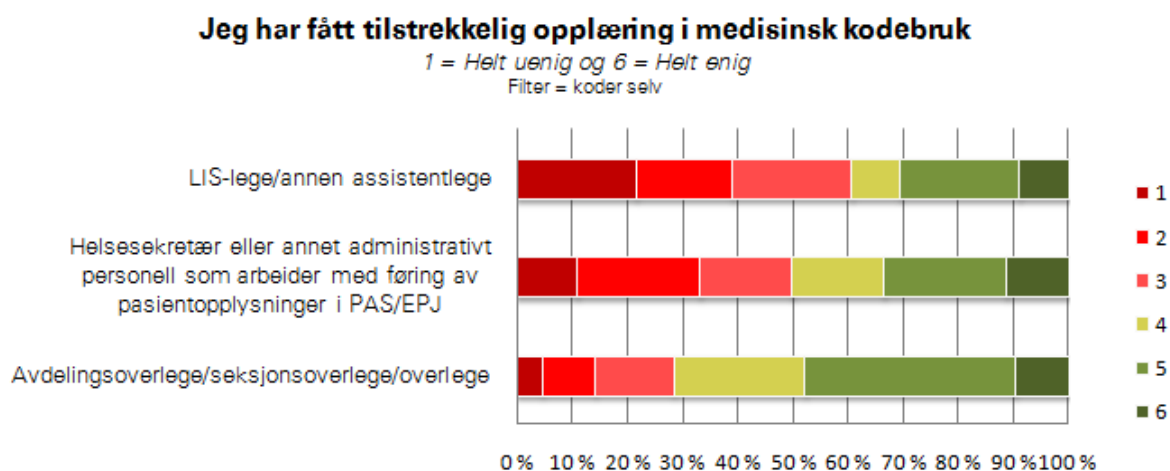
Intervjupersonene oppgir at det er betydelig forskjell mellom klinikken på Notodden og klinikkene i Porsgrunn/Skien. På Notodden er det etablert et opplæringstilbud for turnuskandidater og nye LIS- leger. I Porsgrunn/Skien er det ikke er noen sentral plan for opplæring og at det heller ikke er noen fast opplæring av nye leger/medarbeidere i koding. Flere av de intervjuede legene kjente heller ikke til e-læringsprogrammet fra det regionale helseforetaket. Inntrykket er også at koding oftere er tema på avdelingsmøter og lignende ved Notodden enn ved Porsgrunn/Skien. Slike gjennomganger kan fungere som løpende opplæring og oppdatering med hensyn til medisinsk koding. Flere av de intervjuede legene oppgir at det gis opplæring i form av veiledning av overordnet lege – ”mester – svenn”-prinsippet.

Noen kodekontrollere har gjennomgått Nirvaco grunnkurs i medisinsk koding. Tilbakemeldingen fra denne gruppen var at de var godt fornøyd med dette kurset.

En relativt høy andel ansatte ved Sykehuset Telemark HF mener de ikke har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk og i IT-systemene som brukes til koding (hhv 44 % og 58 %). Diagrammet nedenfor viser at det særlig er LIS-leger/assistentleger og personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ som i stor grad oppgir at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk. Blant LIS-legene er det 61 % som oppgir å ha fått lite opplæring på området. Nasjonale gjennomsnittstall for spørreundersøkelsen viser til sammenligning følgende tall for skår 3 eller lavere: 39 % (overleger), 48 % (helsesekretærer) og 48 % (LIS-leger).

Det er også en relativt høy andel som gir uttrykk for at de har fått for lite opplæring i IT-systemene som brukes til koding. Blant LIS-legene oppgir 85 % at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring i IT-systemet som brukes til koding. Den tilsvarende andelen blant overlegene er også høy (56 %). Helsesekretærer oppgir i større grad at de har fått tilstrekkelig opplæring i IT-systemet med 39 % på negativ side av skalaen. Nasjonale gjennomsnittstall er 64 % for LIS-leger, 57 % for overleger og 48 % for helsesekretærer.

Blant de ansatte som selv setter medisinske koder oppgir 24 % at de har fått formell opplæring i medisinsk koding det siste året. På landsbasis er tilsvarende tall 29 %. Formell opplæring det siste året varierer mellom 13 % og 72 % ved de forskjellige foretakene.



Figur 2-2: Opplæring i medisinsk kodebruk

Kjennskap til kodeveiledningen fra Helsedirektoratet/KITH

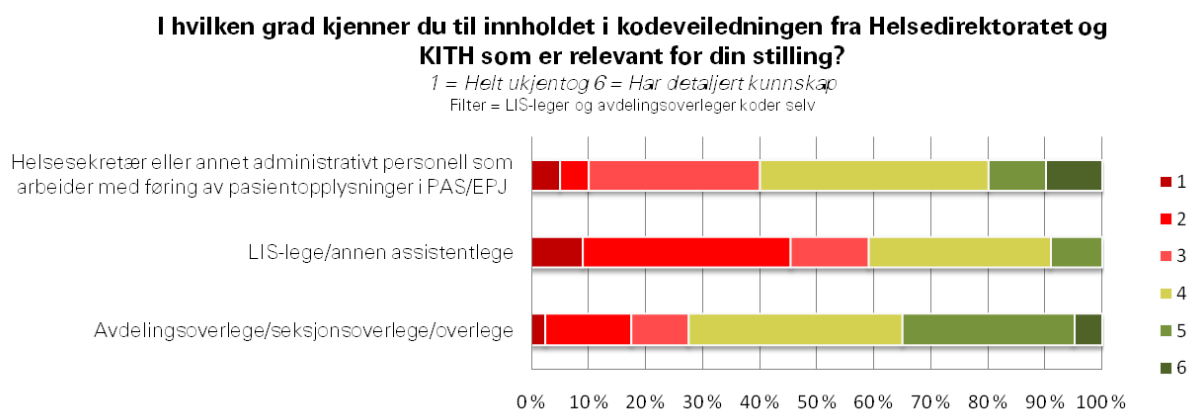
Kodeveiledningen fra Helsedirektoratet/KITH er sentral kilde til opplysninger om riktig medisinsk koding. Derfor er alle deltakere i spørreundersøkelsen spurt om i hvilken grad de har kjennskap til det innholdet veilederen som er relevant for deres stilling. Det er også stilt spørsmål om kjennskap til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

Spørreundersøkelsen viser at litt over halvparten av de ansatte ved Sykehuset Telemark HF mener at de har tilstrekkelig kunnskap om innholdet i kodeveiledningen fra KITH som er relevant for deres stilling (59 % oppgir skår 4 eller høyere).

Imidlertid oppgir 59 % av LIS- legene som koder å ha liten kjennskap til innholdet i kodeveiledningen som er relevant for deres stilling (skår 3 eller lavere) Blant overleger som koder er det 27 % som oppgir å ha liten kjennskap til kodeveiledningen, og blant helsesekretærer og annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ er den tilsvarende andelen 40 %.

Det nasjonale resultatet for kjennskap til kodeveiledningen er til sammenlikning 70 % skår 3 eller lavere for LIS-leger, 46 % for avdelingsoverleger/seksjonsoverleger/overleger og 74 % for helsesekretærer og annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ. Den oppgitte kjennskapen til kodeveiledningen blant LIS-legene ved Telemark HF er lav, men altså noe høyere enn for landsgjennomsnittet. Tilsvarende er den høyere enn landsgjennomsnittet også for de andre stillingsgruppene.

Intervjuene understøtter inntrykket fra spørreundersøkelsen og indikerer at det er liten kjennskap til veilederen hos LIS- leger, noe som viser seg å gjelde generelt på landsbasis også. Når det gjelder administrativt personell oppgir ledere, sekretærer og kodekontrollere å ha god kjennskap til veilederen. Klinikksjefene oppgir også at de har god kjennskap til kodeveiledningen.



Figur 2-3: Kjennskap til kodeveiledningen

2.2.3 Praktisk gjennomføring og prosess for koding

Intervjuene viser at Sykehuset Telemark HF synes å ha en ulik kodepraksis både i henhold til lokasjon (Notodden/Rjukan vs Porsgrunn/Skien) og i henhold til avdelinger (medisin vs kirurgi). Der det er bestemte forskjeller er dette nevnt i teksten, ellers gjelder observasjonene på foretaksnivå.

Sykepleiere og LIS- leger gir uttrykk for at regelverket for medisinsk koding oppfattes som komplisert, og krevende å sette seg inn i. Overlegene gir uttrykk for at regelverket oppfattes om greit å forholde seg til, men at det kan være vanskelig å få med seg de årlige endringene i kodeverket. Det er også en utfordring at disse kommer sent på året.

IT- systemet Infomedix oppleves som greit å arbeide i, men at det har svak integrasjon mot andre systemer og kunne hatt bedre funksjonalitet. Det er enklere å bruke med hensyn til prosedyre-koder enn for diagnosekoder.

Leger bruker talegjenkjenning som verktøy for å lage epikrise. Her tales teksten og koder inn og systemet lager tekst. Talegjenkjenningen er slik at småord og tall lett kan bli feil og høyt tidspress gjør at sekretærene får mange epikriser med mye feil til ferdigstillelse. Ferdigstillelse innebærer inntasting av koder i Infomedix og utsendelse av epikriser, kontrolltimer osv. Opplevelsen er at det er mange som leser dårlig korrektur på det som er diktet og at det er mange feil og misforhold mellom diktet og skrevet innhold. Systemet for talegjenkjenning oppleves som vanskelig av sekretærene. Det er mange feil. Leger leser i liten grad igjennom innleste data før de sender videre til skriving.

Som nevnt i kapittel 2.1, er det et krav ved foretaket at 4 av 5 epikriser skal sendes ut innen en uke. Dette medfører mindre tid til koding og det blir viktig med en kodeansvarlig som kan kontrollere epikriser og koder i ettertid. Korte frister for å sende ut epikriser medfører også at kontrasignering av epikrise blir svært vanskelig i praksis. Vi fikk opplyst i intervjuene at tidspresset fører til korte og tidels upresise epikriser med manglende overensstemmelse mellom det som er

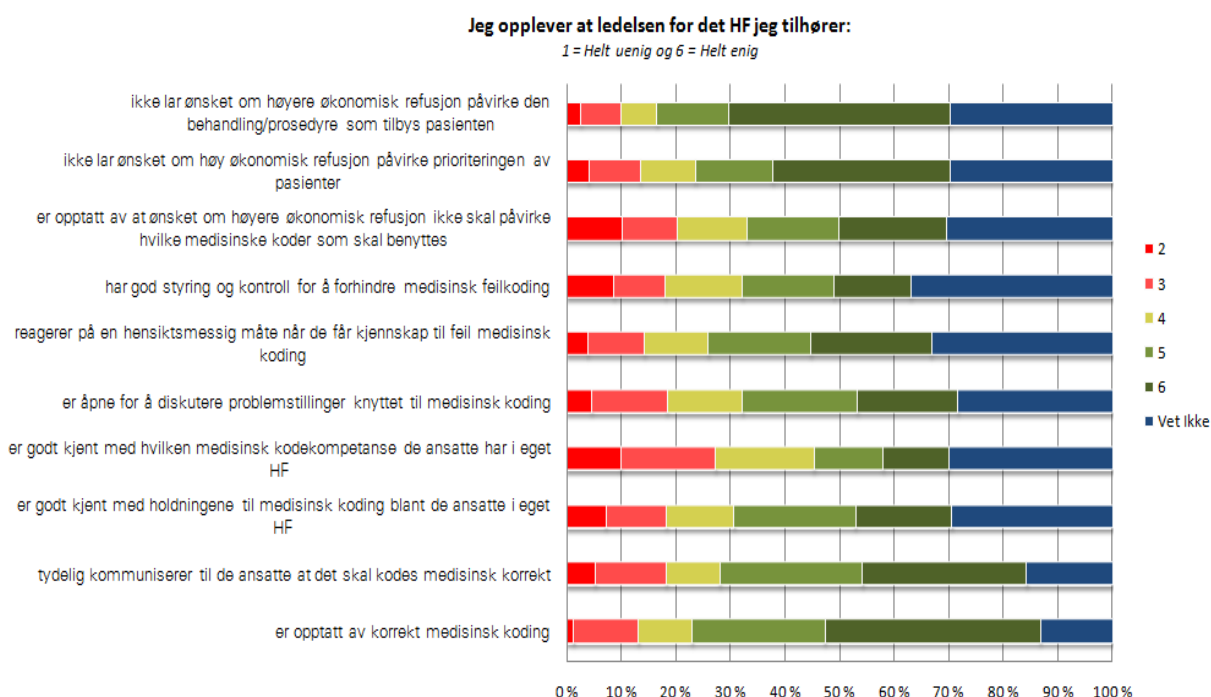
skrevet og diktert når det gjelder koding. Stor turnover av leger og manglende opplæring i kodearbeid og IT-systemene forsterker dette problemet.

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. LIS- legene er 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 Sykehuset Telemark HF. LIS-legene, men også overleger og avdelingsledere gir uttrykk for at mange leger er negative til ISF- systemet.

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

De ansattes opplevelse av ledelsen ("Tone at the top")

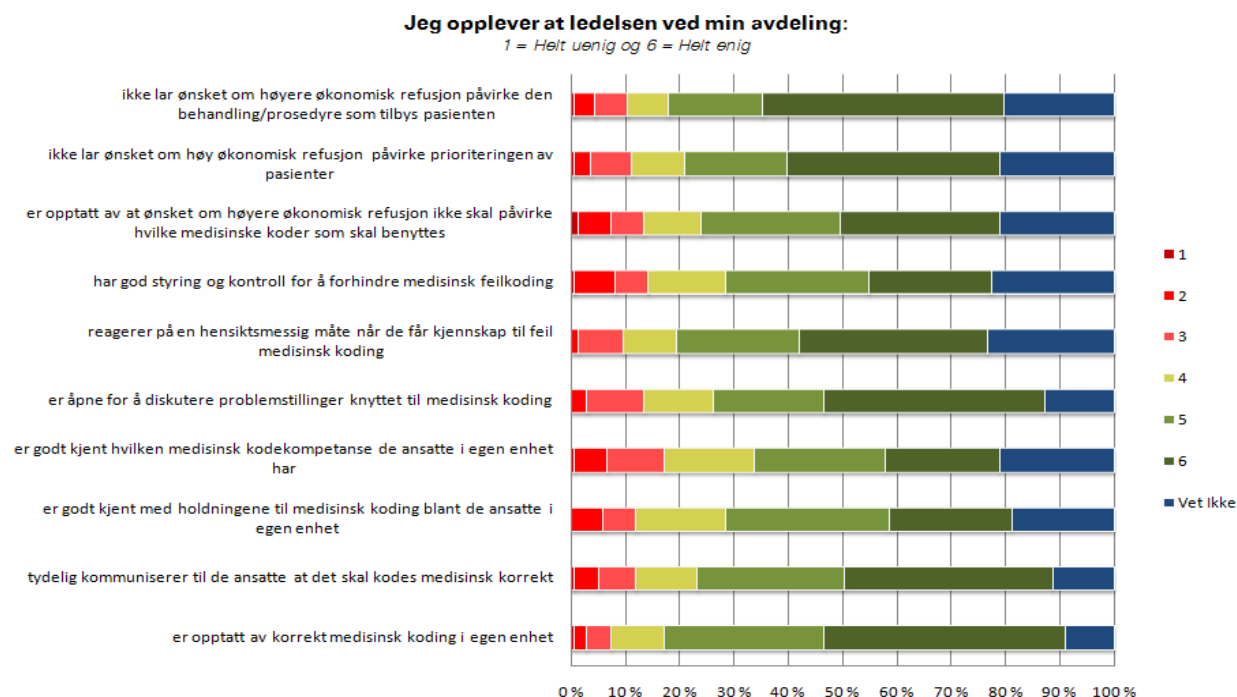
Figur 2-4 viser de ansattes oppfattelse av HF-ledelsens holdninger til medisinsk kodepraksis. En stor andel er usikker på spørsmålene, spesielt på om HF-ledelsen har god styring og kontroll for å forhindre feilkoding. Dette kan tyde på at ledelsens holdninger ikke blir kommunisert godt nok ned i organisasjonen, noe vi også fikk opplyst i intervjuene.



Figur 2-4: Opplevd tillit til ledelsen i helseforetaket

Nærmere 30 % (41 % etter fratrekk av 'Vet ikke') mener at HF-ledelsen ikke er godt kjent med kodekompetansen hos de ansatte. Til sammenlikning er gjennomsnittresultatet på landsbasis 30 %, 45 % etter fratrekk av 'Vet ikke'. Dette tyder på at de ansatte ikke opplever særlig grad av oppfølging av eget kodearbeid, men at dette ikke er et område der Sykehuset Telemark HF skiller seg nevneverdig ut.

19 % (22 % etter fratrekk av 'Vet ikke') på landsbasis oppgir skår 3 eller lavere på spørsmålet om HF-ledelsen kommuniserer tydelig at det skal kodes medisinsk korrekt. Disse resultatene er identiske med resultatene fra Sykehuset Telemark HF.



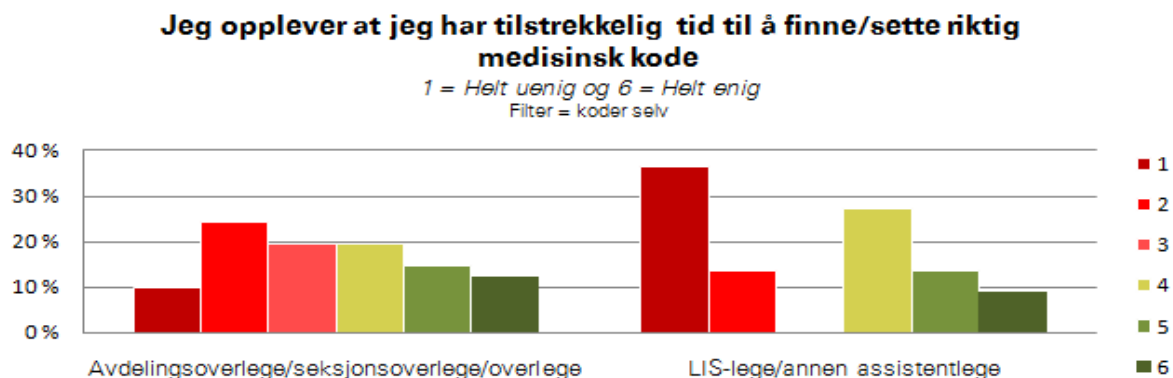
Figur 2-5: Opplevd tillit til ledelsen i avdelingen

Figur 2-5 viser de samme spørsmålene stilt om avdelingsledelsen. Det er jevnt over bedre resultater her, noe som tyder på høyere tillitt til avdelingsledelsen enn HF-ledelsen blant de ansatte. Det er også færre som svarer 'Vet ikke', noe som virker naturlig da det er tettere oppfølging fra avdelingsledelsen. Det er også et relativt vanlig resultat at avdelingsledelse kommer bedre ut enn toppledelse på slike spørsmål, da egen ledelse er nærmere og bedre kjent enn toppledelsen for de fleste ansatte. Det vil likevel være variasjoner i resultat basert på toppledelsens grad av synlighet og tydelighet i virksomheten.

Tid til koding

Et flertall (56 %) blant overleger gir uttrykk for at de ikke har tilstrekkelig tid til å kode. Også blant LIS-legene er det en høy andel som svarer at de ikke har tilstrekkelig tid til å kode (50 %).

Dette inntrykket gis også gjennom intervjuene. Generelt er det ofte et stort tidspress som oppleves krevende i forhold til korrekt og fullstendig koding. Kravet til epikrisetid bidrar ytterligere til dette tidspresset. Dette gir utfordringer både for selve epikriseskrivingen og kodingen. Tidspresset påvirker også den kontrollen overleger skal ha ved kontrasignatur for turnusleger og LIS- leger.



Figur 2-6: Tid til koding

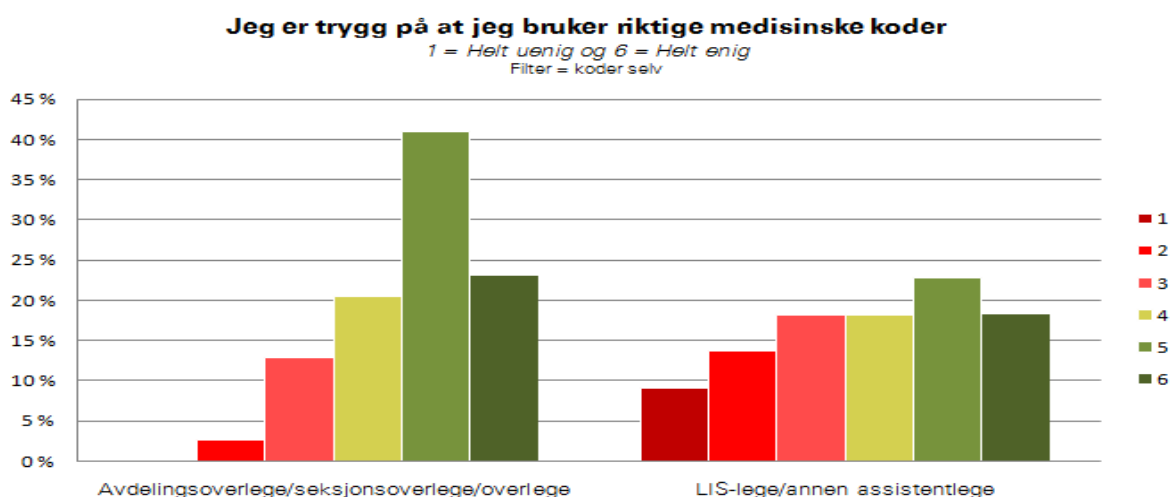
Opplevd trygghet ved koding

75 % av de som selv setter medisinske koder gir uttrykk for at de er trygge på at de setter riktige koder (skår 4 eller høyere). Blant LIS- legene som koder er det imidlertid 41 % som gir uttrykk for at de ikke er sikre på at de setter riktige koder. Dette er også den gruppen som i størst grad gir uttrykk for at de har fått for lite opplæring.

Tilsvarende tall på landsbasis er 23 % blant alle som setter medisinsk koding og 27% hos LIS-leger.

I intervjuene oppgir LIS-legene at de er usikre på kvaliteten i eget kodearbeid, da de i liten grad får tilbakemelding på egen kodepraksis. Ved Porsgrunn/Skien gis slike tilbakemeldinger som regel bare ved vesentlige og vedvarende feil. Tilbakemelding gis da til den enkelte, eventuelt ved avdelingsmøter hvis det berører flere.

Inntrykket som gis gjennom intervjuene avviker her noe fra svarene på spørreundersøkelsen med hensyn til trygghet ved egen koding.



Figur 2-7: Opplevd trygghet ved medisinsk koding

2.2.4 Samlet vurdering av styrings- og kontrollmiljø

Det er her en vesentlig forskjell mellom Notodden og Porsgrunn/Skien. På Notodden er roller og ansvar for koding klart definert. Det er også utarbeidet opplæringssystem og det er innført opplæring av nye leger i koding. Vårt inntrykk er her at ansvar, roller og organisering er etablert på en hensiktsmessig måte og at dette fungerer godt.

For Porsgrunn/Skien er roller og ansvar for koding og kodekontroll ikke klart definert, men følger av etablert praksis, krav til ulike kategorier av personale, og med betydelige variasjoner på tvers av avdelinger og enheter. Løsningen med utstrakt delegering av ansvar gjelder også medisinsk koding og det er avdelingene som har ansvaret for kvaliteten på kodearbeidet.

For spørsmål om man har fått tilstrekkelig opplæring har Telemark svakere skår enn landsgjennomsnittet på spørreundersøkelsen. Også gjennom intervjuene ble det oppgitt utilstrekkelig opplæring. Manglende kjennskap til relevante dokumenter som KITH veiledningen henger trolig sammen med at det gjennomføres for lite opplæring, spesielt ved Porsgrunn/Skien. Samtlige intervjugrupper gir også uttrykk for at det er nødvendig å styrke kompetansen i medisinsk koding gjennom mer opplæring.

Et hovedinntrykk fra intervjuene er at det er relativt høy usikkerhet om det kodes riktig, høyere enn hva resultatene fra spørreundersøkelsen skulle tilsi. Hovedårsakene som oppgis til eventuell feilkoding er mangel på kunnskap om medisinsk koding og et betydelig tidspress. Forskjellen på inntrykket fra intervjuene og spørreundersøkelsen kan ha flere 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 nødvendigvis kjenner kvaliteten i egen kodepraksis.

Fra lederhold ble det understreket at fokus var å kode medisinsk korrekt, men dette kunne ikke verifiseres ved intervju fra ansatte på lavere nivå i organisasjonen. Deres oppfatning var at det fokuset som var på koding var i forhold til økonomi. Forankringen og forståelsen av medisinsk koding i foretaket synes derfor ikke tilstrekkelig.

Svarene på spørreundersøkelsen kan tyde på at foretaksledelsen ikke i tilstrekkelig grad kommuniserer riktige signaler i forhold til korrekt medisinsk koding. En stor andel er usikre på spørsmålene knyttet til ledelsens oppfølging, spesielt på om HF-ledelsen har god styring og kontroll for å forhindre feilkoding. Dette styrker inntrykket fra intervjuene om at ledelsens holdninger ikke blir kommunisert godt nok ned i organisasjonen.

Vår samlede vurdering av styrings- og kontrollmiljøet er at det er forhold som bør forbedres. Dette gjelder spesielt for opplæring av leger og forankring av forståelse for medisinsk koding, samt fordeling av roller og ansvar for medisinsk koding ved Porsgrunn/Skien. Se kapittel 3 for konkrete anbefalinger.

2.3 Målsettinger for medisinsk kodepraksis og risikovurderinger

2.3.1 Beskrivelse

I forkant av revisjonsbesøket på Sykehuset Telemark HF ble det oversendt en liste over ønsket dokumentasjon (se kapittel 5). På rapporteringstidspunktet hadde vi mottatt en rekke dokumenter fra Notodden som omhandler kodesetting og kontroll. Fra Porsgrunn/Skien mottok vi en Retningslinje for utsendelse av dokumenter og en prosedyre for generell avvikshåndtering. Mal for lederavtaler inneholder blant annet fastsatte mål for det antall DRG- poeng som lederen forplikter seg til. Seksjonsledere og klinikkjefer måles på DRG- produksjon som et av måleparametrene.

Det er ulik oppfatning av hva som er målsettingen med kodingen på ulikt stillingsnivå; ledere uttrykker at kodingen skal være medisinsk korrekt, mens de som jobber på lavere nivåer opplever at økonomi påvirker kodingen – og i noen tilfeller behandlingen som tilbys. Et eksempel på dette var at man i noen tilfeller valgte å legge inn pasienter i stedet for å velge poliklinisk behandling, da dette ga seg store utslag i DRG- refusjon.

I et av intervjuene ble holdningen uttrykt som ”Skal ha maksimal uttelling innenfor det regelverket tillater”.

Vi har for øvrig 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. Heller ikke i spørreundersøkelsen ble det oppgitt informasjon om målsetninger eller risikovurderinger. Vi oppfattet det slik at mål for DRG er gjeldende på divisjon/klinikk og videre ned på seksjons/avdelingsnivå.

2.3.2 Samlet vurdering målsettinger og risikovurderinger

Ledere har fastsatte mål for DRG på avdelings- og klinikk nivå. Utover dette er vi ikke blitt gjort kjent med at det foreligger målsettinger eller risikovurderinger relatert til kodepraksis i Sykehuset Telemark HF.

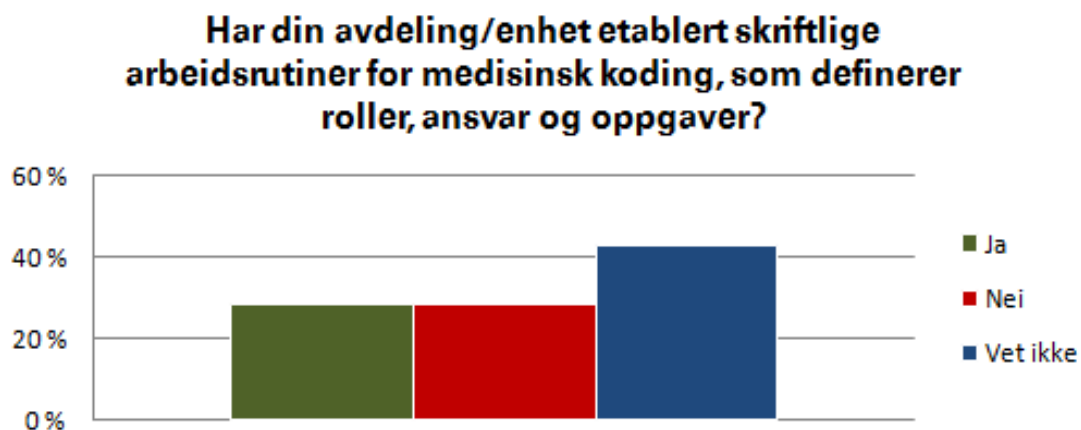
Vår samlede vurdering av området mål- og risikovurderinger er at det er forhold som bør forbedres. Se kapittel 3 for konkrete anbefalinger.

2.4 Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis

2.4.1 Arbeidsrutiner

I Sykehuset Telemark HF har klinikken på Notodden etablert rutiner for koding av diagnoser og prosedyrekoder som også definerer roller og ansvar. Disse er lagt inn i kvalitetssystemet. Slike er fraværende i Porsgrunn/Skien. Roller er i en viss grad definert og oppfattet gjennom den praksis som er etablert. Men det er betydelige ulikheter mellom avdelingene i hvordan kodearbeidet er organisert.

Av Figur 2-8 fremkommer det at det er lav kjennskap til om det er etablert skriftlige arbeidsrutiner.



Figur 2-8: Kjennskap til skriftlige arbeidsrutiner

Det er ikke etablert formelle rutinebeskrivelser lokalt som forankrer kravene til koding nedover i organisasjonen ved Porsgrunn/Skien. For Notodden er slike rutiner etablert. 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.

2.4.2 Nøkkelkontroller knyttet til kodearbeidet

På Notodden kontrolleres epikriser av kodeansvarlig lege. I Porsgrunn/Skien er inntrykket at det er ulike rutiner for kontrasignering og kontroll mellom de ulike avdelinger.

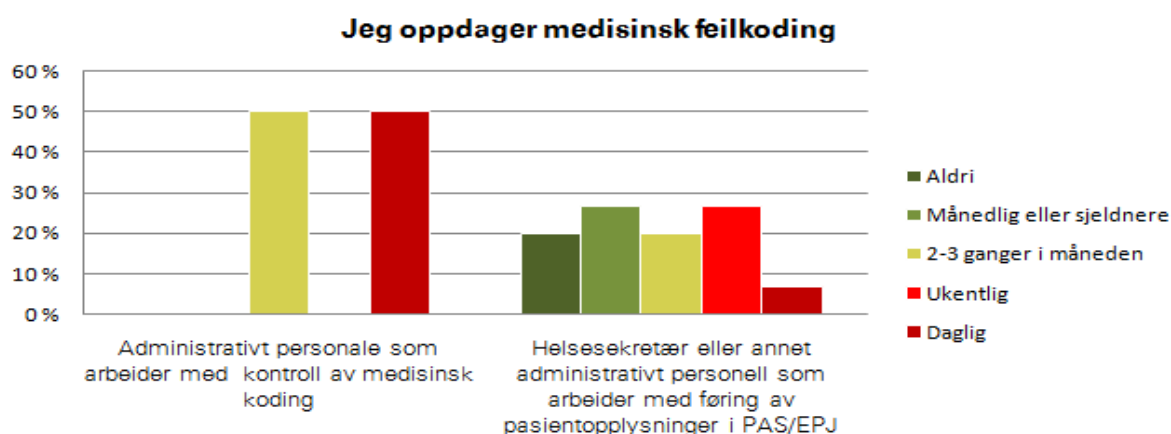
Det oppgis at kontrollen fokuseres mot de pasientgrupper og behandlinger hvor det erfaringsmessig er lett å miste inntekter ved manglende koding.

I en større klinikk er det ingen kontrasignering av epikriser fra turnuskandidater og LIS-leger. Det skjer en noe sporadisk kontroll med epikriser av overlege men det gis uttrykk for at dette er lite systematisert og det gis liten eller ingen tilbakemelding på koding til epikriseskrivende lege.

I Skien er det en sekretær som har ansvar for å kjøre rapporter i Datavarehuset og leverer lister til kodekontrollere i klinikkene i Porsgrunn/Skien. Kodesekretærer på avdelingene foretar kontroller i et visst omfang og retter delvis etter å ha konferert med kodeansvarlig lege og i en del tilfelle på eget initiativ. Det mangler rutiner for tilbakemeling til forfatter av epikrise om rettinger som er foretatt. Det er dermed ingen etablert læringsløype som kunne sikret en bedre kvalitet på kodingen. Flere intervjupersoner oppgir at etableringen av et felles dokumentasjonssenter for mye av skrivingen har svekket sekretærenes første kontroll med den dikterte epikrisen og kodingen. Disse har ikke lenger samme avdelingstilhørighet og nære kjennskap til avdelingspasienter og rutiner.

Controller ved økonomistaben sentralt ved HFet gjennomfører analyser ved hjelp av grupper og basert på NPR- rapport. Ut fra dette sendes feillister ut til avdelinger og seksjoner til oppfølging, eksempelvis DRG 470 – manglende koder.

De ulike avdelinger har sine egne rutiner og det er ulikt hvor mye den sentrale kontrolleren er involvert i oppfølging på de ulike avdelingene.

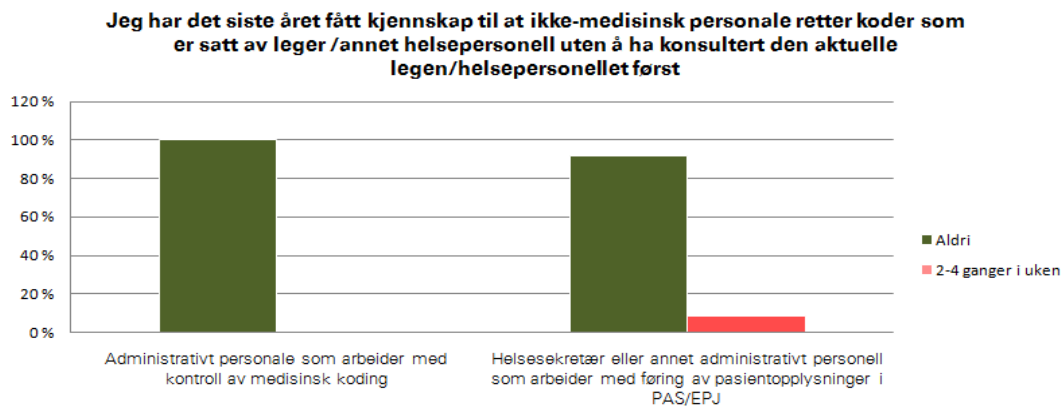


Figur 2-9: Frekvens av oppdaget medisinsk feilkoding

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 (Figur 2-9). Figuren viser at blant personale som arbeider med føring av pasientopplysninger oppdages feilkoding relativt sjelden. Det er kun to respondenter fra gruppen administrativt personale som arbeider med kontroll. Begge disse oppgir at de oppdager feilkoding, dog med ulik frekvens. Som nevnt under avsnitt 1.4.1, er det er relativt få som har svart i Gruppe 2 ved Sykehuset Telemark HF. Sammen med intervjudata er datagrunnlaget likevel tilstrekkelig til å vurdere tendensen på området.

Intervjuene med sekretærene indikerer en relativt høy feilfrekvens, men det ble ikke gitt konkrete anslag. Gruppene LIS-leger, sykepleiere og sekretærer ga inntrykk for at de mener det er for høy feilfrekvens, og at resultatet totalt sett sannsynligvis er underkoding og tapte inntekter.

Tilsvarende at det er behov for mer systematisk opplæring og kontroll. Intervjuene indikerer også at feil og ufullstendig koding rettes opp ved hjelp av grupper og bruk av feillister som sendes til avdelingene for oppfølging. Vi har på spørsmål i intervjuene ikke fått oppgitt anslag over hvor store økonomiske utslag korreksjonene har på årsbasis eller for den enkelte lokasjon.



Figur 2-10: Kjennskap til retting av medisinske koder uten konsultasjon av helsepersonell

Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding og helsesekretærer og annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ ble spurt om hvor ofte de har fått kjennskap til at administrativt personale retter koder uten å konsultere lege først. Det er kun én av de 14 som har svart på dette spørsmålet som mener at dette forekommer. Inntrykket fra intervjuene er at rettinger hovedsakelig skjer etter konsultasjon med lege, men at det for opplagte feil og mangler rettes uten slik godkjenning.

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

Etter det som har fremkommet i intervjuer og tilsendt dokumentasjon synes Notodden å ha rutiner og retningslinjer på plass for å sikre styring og kontroll av kodepraksis. I Porsgrunn/Skien finnes det ingen sentrale prosedyrer og vi har heller ikke blitt gjort kjent med lokale prosedyrer bortsett fra en om dokumenthåndtering. Det fremkommer en svært ulik praksis mellom ulike klinikker og avdelinger. Porsgrunn/Skien kan derfor ikke sies å ha tiltak som sikrer tilfredsstillende styring og kontroll med medisinsk kodepraksis.

Det fremkommer at det ofte oppdages feilkoding av sekretærer og analysesenteret. Kontrollfunksjonen er blitt svekket etter overgang til felles skrivesenter, noe som medfører økt risiko for at feilkoding ikke oppdages.

Vår samlede vurdering av området tiltak for å ha styring og kontroll med medisinsk kodepraksis er at tilstanden på dette området ikke er tilfredsstillende. Dette gjelder for Porsgrunn/Skien. Se kapittel 3 for konkrete anbefalinger.

2.5 Oppfølging av medisinsk kodepraksis

Med oppfølging av medisinsk kodepraksis menes ledelsens oppfølging av de ansatte i forbindelse med kodesetting og kontroll inkludert tilbakemeldinger, informasjonsflyt og kommunikasjon av holdninger til kodepraksisen. Det diskuteres også kodekontrolleres oppfølging av kodesettere.

2.5.1 Prosedyrer for oppfølging

Vi er ikke gjort kjent med at det foreligger skriftlige prosedyrer for oppfølging av kodepraksis ved foretaket. Det er likevel etablert uformelle oppfølgingsprosedyrer i form av kodediskusjoner på avdelingsmøter. Det er stor grad av variasjon i frekvensen på denne oppfølgingen. For Notodden er det etablert system for oppfølging ved kodeansvarlig lege/medisinsk rådgiver. I stillingsbeskrivelsen for denne stillingen står det at rådgiver skal delta i avviksbehandling på medisinsk-faglige områder.

2.5.2 Oppfølging i praksis

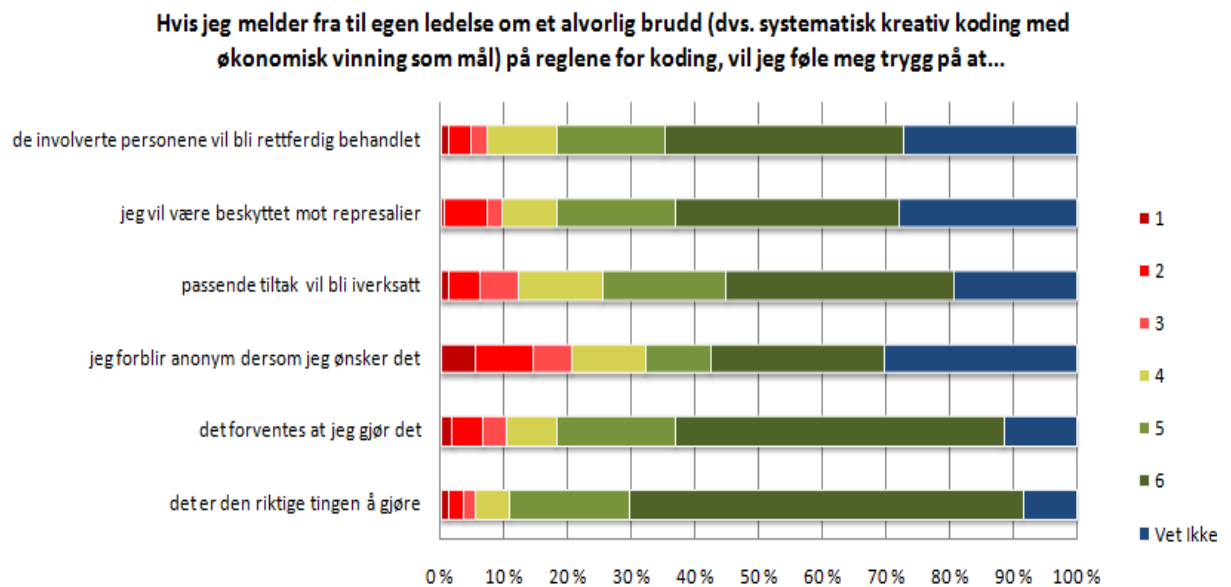
Det ble opplyst om at de ansatte opplever oppfølging fra kodeansvarlige leger som ved gjentatt feilkoding tar opp problematikken på avdelingsmøter. Dette gjøres ved vurdert behov og er dermed uregelmessig og varierer stort mellom avdelingene. Det ble opplyst om at dette gjøres hyppigere ved Notodden/Rjukan enn ved Skien/Porsgrunn. Det ble gitt uttrykk for at det har vært mindre av denne typen oppfølging i det siste. Utover dette ble det ikke avdekket andre former for oppfølging enn den som blir gitt uformelt gjennom ”mester-svenn”-prinsippet.

Bevisst feilkoding og varsling av kritikkverdige forhold

I spørreundersøkelsen ble det spurt om respondentene det siste året har fått kjennskap til at ansatte eller ledere i eget HF har med overlegg har brukt gal medisinsk kode for å øke refusjonsbeløpet eller har valgt en annen behandling enn det som er medisinsk optimalt for å øke refusjonsbeløpet. 7 av 165 svarte at de har fått kjennskap til at gal medisinsk kode er med overlegg brukt for å øke refusjonsbeløpet mens 3 av 165 har fått kjennskap til at det er blitt valgt en annen behandling for å øke refusjonsbeløpet.

For å best mulig sikre at bevisst feilkoding ikke forekommer er det viktig at det meldes fra dersom noe slikt skulle forekomme. I spørreundersøkelsen oppgir 72 % at de ville valgt å melde fra dersom de fikk kjennskap til eller fattet sterk mistanke om bevisst feilkoding i eget helseforetak. 25 % oppgir ’Vet ikke’ som svar på spørsmålet mens resterende 3 % oppgir at de ikke ville varslet om et slikt tilfelle. Tilsvarende tall for landsgjennomsnittet er 80 % som ville valgt å melde fra, 2 % som ikke ville meldt fra mens 18% er usikre. Sykehuset Telemark HF er det helseforetaket i landet med lavest andel som ville valgt å melde fra.

Gjennom spørreundersøkelsen er de ansattes oppfatninger rundt varslingsprosessen kartlagt og vist i Figur 2-11. Det fremkommer at de fleste mener at varsling er den riktige tingen å gjøre og at det forventes at det blir gjort. Det er imidlertid en viss usikkerhet rundt anonymiteten til den som varsler.



Figur 2-11: Opplevd trygghet ved varsling

2.5.3 Frittstående evalueringer av kodepraksis

Vi er ikke blitt gjort kjent med noen frittstående evalueringer ved av kodepraksis ved Sykehuset Telemark HF.

I forbindelse med dokumentforespørselen i forkant av besøket fikk vi opplyst at det ble initiert en intern evaluering av kodepraksis i 2009. Dette ble besluttet på ledergruppemøte 15.01.09. Ledermøtesaken hadde tittelen ”Bedre kvalitet på medisinsk koding ved STHF”. Evalueringen ble initiert på grunnlag av hypotesen ”Kvaliteten på medisinsk koding ved sykehuset kan bli bedre, og dette kan øke sykehusets økonomiske resultater.” Under intervjuene fikk vi opplyst at denne evalueringen ble avbrutt etter kort tid basert på informasjon om at foretakets økonomiske resultater ikke skilte seg nevneverdig fra sammenliknbare foretak. Det ble også opprettet fagnettverk for medisinsk koding, men dette er ikke blitt videreført.

2.5.4 Samlet vurdering av oppfølging av medisinsk kodepraksis

Vårt inntrykk er at oppfølging av kodepraksis ved Notodden/Rjukan er hensiktsmessig og bidrar til god kodekvalitet for denne lokasjonen.

For Porsgrunn/Skien er inntrykket imidlertid at det ikke er etablert tilfredsstillende rutiner for oppfølging. Da disse lokasjonene utgjør hovedtyngden av foretakets virksomhet blir dette også vurdering av Sykehuset Telemark HF som helhet.

Ved Porsgrunn/Skien er det liten grad oppfølging av LIS- lege/ass. lege fra kodeansvarlig lege, kodekontrollere eller annen instans ved foretaket. Det er dermed ikke en fungerende læringsløype tilbake til den enkelte koder på kvalitet i egen kodepraksis.

Spørreundersøkelsen indikerer at bevisst feilkoding i noen tilfeller kan ha forekommet. Dette inntrykket ble også forsterket gjennom intervjuene hvor det også ble vist til eksempler på at dette i enkelte tilfeller forekommer.

For spørsmålene knyttet til trygghet ved varsling kan svarene tyde på at det er relativt mange som ikke er trygge på at den som eventuelt melder fra om bevisst feilkoding og de involverte vil bli behandlet på en forsvarlig måte. Sykehuset Telemark HF er det helseforetaket i landet med lavest andel som ville valgt å melde fra, noe som medfører økt risiko for bevisst feilkoding i foretaket. Vårt inntrykk er at den oppfølgingen som skjer sentralt har fokus på økonomiaspektet ved kodingen. Dette er i motsetning til det som blir uttalt om at fokuset skal være på medisinsk korrekt koding.

Vår vurdering er at oppfølging av medisinsk kodepraksis ikke er tilfredsstillende. Spesielt gjelder det manglende sentrale retningslinjer og sentral oppfølging. Se kapittel 3 for anbefalinger.

3 Konklusjon og anbefalinger

Vår vurdering er at det ved klinikken på Notodden er etablert tilfredsstillende styrings- og kontrollmiljø samt kontroll og oppfølging av kodepraksis for å unngå at taktisk koding eller annen feilkoding forekommer. Rutiner er hensiktsmessige og kjent hos de ansatte. Det er et formalisert opplæringstilbud og kontrollrutiner.

Ved Skien/Porsgrunn er styrings- og kontrollmiljøet er ikke tilstrekkelig tydelig og definert med roller, ansvar og tilhørende opplæring. Det mangler i stor grad rutiner og prosedyrer som beskriver god kodepraksis. Det gjennomføres heller ikke tilstrekkelige kontroller av kodingen eller oppfølging av kodepraksisen. I sum anser vi kodepraksisen som ikke tilfredsstillende.

Grunnet at Skien/Porsgrunn er betydelig større enn Notodden vil Skien/Porsgrunn være toneangivende for vurderingen helseforetaket som helhet. Også resultatene fra spørreundersøkelsen gjenspeiler tilstanden i Skien/Porsgrunn i større grad grunnet langt høyere antall svar herfra.

Spørreundersøkelsen viste at kun litt over halvparten av de ansatte mener de har tilstrekkelig kunnskap om kodeveiledningen fra KITH. Det er for avdelingene i Porsgrunn/Skien ingen skriftlige prosedyrer for koding eller kontroll med kodepraksis og det er ikke etablert noe system for opplæring av nye leger i koding. Intervjuene bekreftet at det er liten kjennskap både til koding og regelverk. En enda større del mente de ikke hadde fått tilstrekkelig opplæring i kodebruk og i IT-systemene som brukes i forhold til koding. Til tross for dette angir flertallet at de er trygge på egen kodebruk.

Intervjuene bekreftet spørreundersøkelsen som viste at 50 % er på negativ side av skalaen på spørsmål om de har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig medisinsk kode. Mangel på tid og kunnskap angis som de hyppigste årsakene til feilkoding.

Kunnskapen og bevissthet om hensikten med koding oppfattes som lav på grunnplanet i organisasjonen. Ledere uttrykker ved intervjuene at kodingen skal være medisinsk korrekt. Lavere nivåer opplever at økonomi påvirker kodingen og i noen tilfeller behandlingen som tilbys, og oppfatter systemet som primært økonomisk motivert.

Det er ikke etablert noen overordnet prosedyre på HF-nivå og vi er heller ikke blitt gjort kjent med noen skriftlige rutiner under vår evaluering. Praksis og rutiner fungerer ulikt fra avdeling til avdeling. Noen avdelinger får oppfølging fra sentral kodesekretær, andre ikke.

I intervjuene fikk vi opplyst at det i liten grad gis tilbakemelding til LIS- lege/ass. lege fra kodeansvarlig lege, kodekontrollere eller fra foretaket sentralt. Det ble opplyst om at de ansatte opplever oppfølging fra kodeansvarlige leger som ved gjentatte feilkoding tar opp problematikken på avdelingsmøtene. Dette gjøres ved vurdert behov og er dermed uregelmessig og varierer stort mellom avdelingene. Det er dermed ikke en fungerende læringsløype tilbake til den enkelte koder på kvalitet i egen kodepraksis.

Spørreundersøkelsen indikerer at bevisst feilkoding i noen tilfeller kan ha forekommet ved Sykehuset Telemark HF. Dette inntrykket ble også forsterket gjennom intervjuene hvor det også ble vist til eksempler på at dette i enkelte tilfeller forekommer.

For spørsmålene knyttet til trygghet ved varsling er Sykehuset Telemark HF det helseforetaket i landet med lavest andel som ville valgt å melde fra om kritikkverdige forhold knyttet til medisinsk koding. Dette medfører økt risiko for bevisst feilkoding i foretaket.

Mangel på ensartet praksis og kontroll gjør det vanskelig for Sykehuset Telemark HF å vite hvordan kodekvaliteten er og om den er korrekt. Ledelsen har i liten grad mulighet for å sikre seg mot at enkelte avdelinger velger økonomisk mest gunstige koder i motsetning koder som er medisinsk korrekte.

Svak oppfølging og kontroll og uensartet praksis kan på den annen side føre til feil eller ufullstendig koding totalt sett, slik at foretaket ikke får de inntekter det har krav på.

Vår hovedkonklusjon er at medisinsk kodepraksis ved Sykehuset Telemark HF ikke er tilfredsstillende. Unntaket er klinikken på Notodden som fremstår med gode rutiner for koding, kontroll og oppfølging og ikke minst et organisert utdanningsprogram.

Vi er kjent med at dagens organisering av kodearbeidet er under vurdering, og at det er ansatt en medisinsk fagdirektør. Medisinsk fagavdeling sentralt ved foretaket skal etter hva vi fikk opplyst få ansvar for medisinsk koding, herunder oppfølging og kontroll på foretaksnivå.

Vi har følgende anbefalinger:

- Det bør etableres rutiner og systemer som sikrer tilstrekkelig oppfølging og kontroll med medisinsk kodepraksis lokalt og sentralt ved Sykehuset Telemark HF. Notodden/Rjukan er en betraktelig mindre enhet enn Porsgrunn/Skien og dette gjør det enklere å etablere god oversikt og kontroll. Likevel bør det etter vår oppfatning være god mulighet for å overføre prinsipper og systemer for oppfølging fra Notodden/Rjukan til resten av helseforetaket.
- Det bør gjennomføres en formell metodisk risikovurdering av prosessen for koding. Denne risikovurderingen bør oppdateres ved vesentlige endringer i rutiner eller systemer. Denne risikovurderingen kan inngå som grunnlag for å vurdere omfang og innretning av systemet for oppfølging og kontroll.
- 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.
- Sykehuset Telemark HF 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. Dette gjelder spesielt integrasjonen mot andre systemer, og risiko forbundet med manuell overføring av

koder fra ulike fagsystemer til Infomedix. Det bør etableres en formell rutine for denne manuelle overføringen av koder, slik at fullstendighet og kvalitet i størst mulig grad sikres.

- Det bør gjennomføres tiltak som sikrer bedre kontroll av kodingen ved dokumentasjonssenteret. Eksempelvis kan det gis avdelingsspesifikk opplæring til visse sekretærer.
- 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.

Sykehuset Telemark HF bør gjennomføre en evaluering av sin varslingsordning, og om denne ordningen i tilstrekkelig grad er kjent og forankret.

4 Saksgang og rapportbehandling

Saksgang	Mottaker	Dato
Utsendelse av rapportutkast	Kvalitetssjef Elisabeth Hessen Sykehuset Telemark HF	06.06.2011
Svar på utkast	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst	29.06.2011
Utsendelse av endelig rapport for oppfølging og styrebehandling	- Administrerende direktør Bess Frøyshov Sykehuset Telemark HF Kopi til: - Styreleder Elisabeth Nilsen Sykehuset Telemark HF - Administrerende direktør for Helse Sør-Øst RHF Bente Mikkelsen	20.10.2011
Styrebehandling	Styret for Telemark sykehus HF	2.11.2011
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> ?	2.1, 2.2.1, 2.2.3, 2.4.1
Hvilke <i>krav</i> stilles til ledere, klinikere og annet personell som har ansvar for kodearbeidet?	2.2.2
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?	2.2.2, 2.5.2
Hvilke prinsipper legges til grunn ved <i>eventuell konflikt</i> mellom ”det medisinske” og ”det økonomiske” aspektet ved kodingen	2.4.2, 2.5.2
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</i> og <i>dekkende</i> , herunder hvordan dokumenteres vurderinger/beslutninger om kodeendringer i EPJ/PAS?	2.4.1, 2.4.3

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

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 intervjuene ble det skrevet referat som er brukt som utgangspunkt for diskusjonene i rapportene. Direktørmøtene ble hovedsakelig benyttet til å opplyse om foreløpige observasjoner.

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.

Tabell 5-3: Dokumentasjonsforespørsel

Vi ber om følgende dokumentasjon/opplysninger:

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

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

- Prosedyrer/interne retningslinjer for medisinsk koding for det enkelte helseforetak og evt. sykehus, herunder:
 - Prosedyrer for praktisk gjennomføring av medisinsk koding
 - Prosedyrer for oppfølging/kontroll av medisinsk koding
 - Prosedyrer for håndtering av avvik (feilkoding)
 - Eksempler på utskrivningsskjemaer/kodeskjemaer og eventuelle sjekklister til bruk i kodeprosessen
 - Opplæringsplaner på området medisinsk koding
 - Prosedyrer for dokumentasjon av gjennomført opplæring på området
- Interne styringsdokumenter for det enkelte helseforetak og evt. sykehus som beskriver roller og ansvar for alt medisinsk og administrativt personell som er involvert i medisinsk koding (for eksempel stillingsinstrukser og lederavtaler).
- Siste års handlingsplaner og/eller virksomhetsplaner for det enkelte helseforetak og evt. sykehus (eller tilsvarende plandokumenter) dersom eventuelle planlagte tiltak knyttet til medisinsk koding framkommer i disse dokumentene.
- Eksempler på månedsrapporter/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

Metode for dokumentanalyse

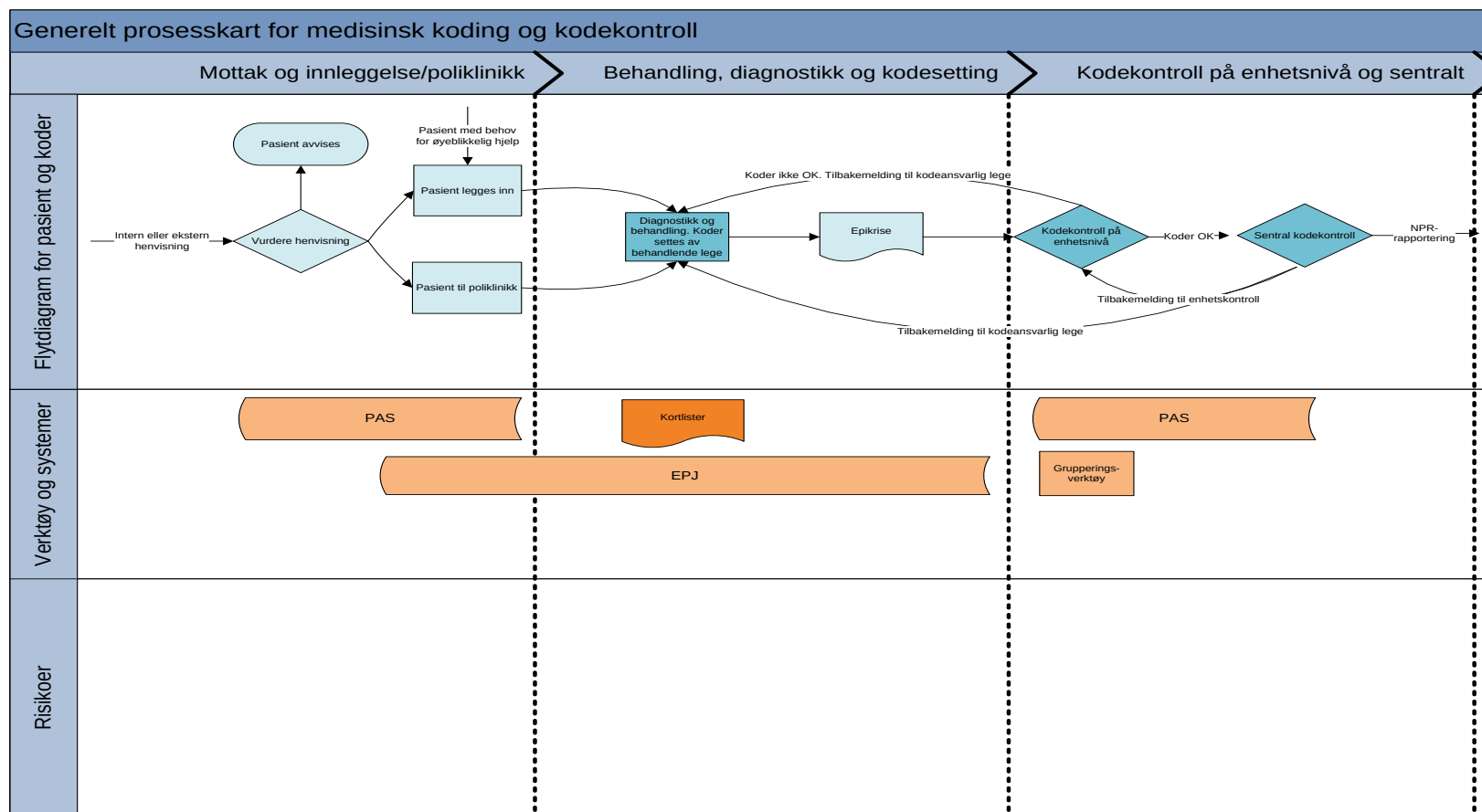
Dokumentene ble gjennomgått og analysert ved hjelp av en mal for dokumentanalyse. Denne ble brukt for å sikre lik analyse og sammenliknbarhet på tvers av helseforetakene. Analysen legger hovedvekt på eksistens av rutiner og dokumentasjon på gjennomført opplæring og kontroll. Kvaliteten av dokumentene er også vurdert.

Utvalg

Deltakere fra helseforetaket i revisjonen er plukket av kontaktpersoner ved helseforetaket med utgangspunkt i liste utarbeidet av KPMG. 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. 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 prosesskartleggingsworkshopene. 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 Sykehuset Telemark HF

Fakta¹

Eget helseforetak fra 1. januar 2002. Fra 1. juni 2007 et helseforetak under foretaksgruppen Helse Sør-Øst.

Sykehuset Telemark (ST), som er et allsidig akutttsykehus, er lokalisert i 8 kommuner - med hovedsete i Skien:

Kragerø

somatikk- Kragerø - somatikk og DPS Vestmar - som er en del av DPS Porsgrunn og Vestmar.

Nome

psykiatri - voksenhabilitering

Notodden

somatikk og psykiatri - Klinikk Notodden/Rjukan

Porsgrunn

somatikk (planlagt) og psykiatri

Tinn

Klinikk Notodden/Rjukan

Seljord

DPS Notodden/Seljord - distriktpsikiatrisk senter

Sauherad kommune

Telemark rehabiliteringssenter

Skien

psykiatri og somatikk (akutt)

Fra og med 1.juli 2009 ble Sykehuset Telemark fusjonert med deler av tidligere Blefjell sykehus - Notodden, Rjukan og Seljord (psykiatri), samt Telemark rehabiliteringssenter.

ST er organisert med 9 klinikker samt serviceklinikken (kjøkken, renhold, elektro, bygg m.m.), økonomiavdelingen, personal- og organisasjonsavdelingen og adm. direktør.

Sykehuset har regionfunksjon i plastikkirurgi, arbeidsmedisin og assistert befruktning. Det bør også nevnes at ST har en palliativ (lindrende) enhet for alvorlig syke og døende.

Ca. 4.000 personer er ansatt ved sykehuset.

¹ Kilde: <http://www.sthf.no/omST/>

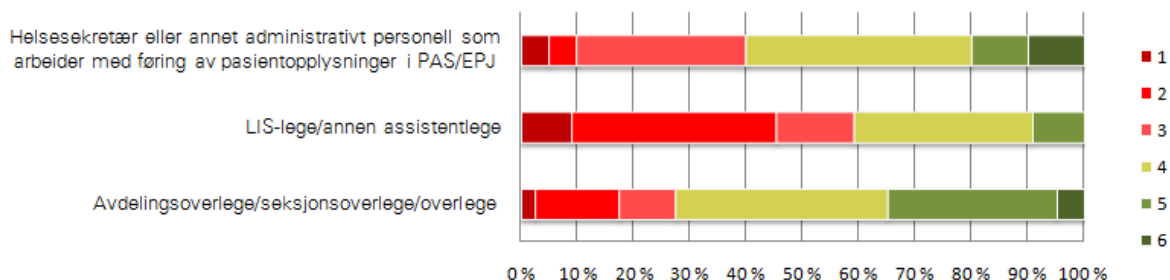
5.4 Vedlegg 4 – Ytterligere resultater fra spørreundersøkelsen

Filtrert for Telemark:

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

1 = Helt ukjentog 6 = Har detaljert kunnskap

Filter = LIS-leger og avdelingsoverleger koder selv



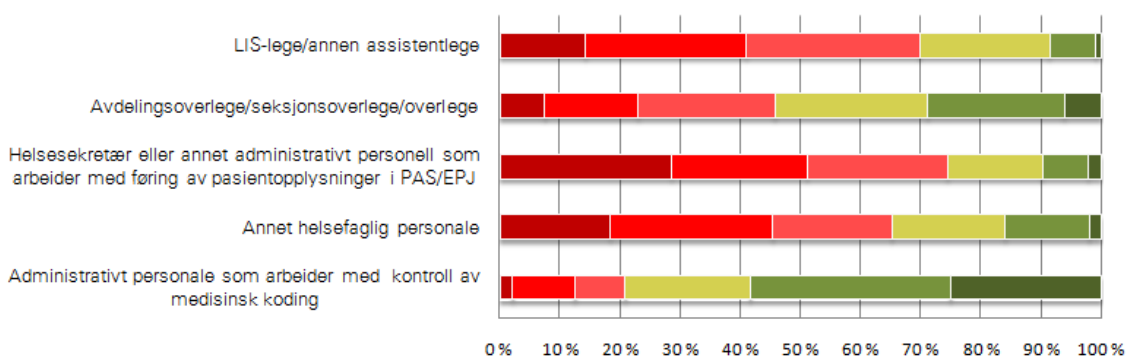
Count of 32: I hvilken grad kjenner du til innholdet i kodeveiledningen fra Helsedirektoratet og KITH som er relevant for din stilling?

Row Labels	1	2	3	4	5	6	Grand Tot
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	2,50 %	15,00 %	10,00 %	37,50 %	30,00 %	5,00 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	9,09 %	36,36 %	13,64 %	31,82 %	9,09 %	0,00 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring	5,00 %	5,00 %	30,00 %	40,00 %	10,00 %	10,00 %	100,00 %

Nasjonalt resultat:

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

1 = Helt ukjentog 6 = har detaljert kunnskap

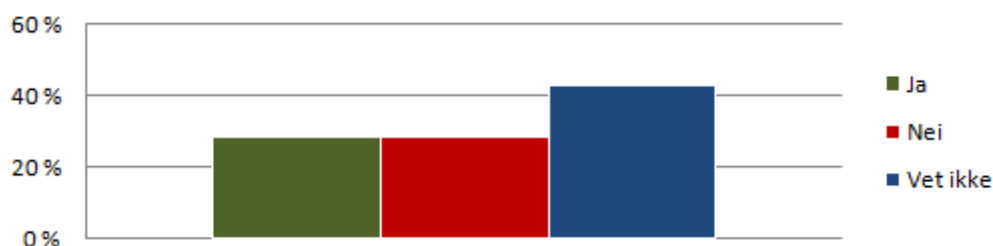


Count of 32: I hvilken grad kjenner du til innholdet i kodeveiledningen fra Helsedirektoratet og KITH som er relevant for din stilling?

Row Labels	1	2	3	4	5	6	Grand Tot
Administrativt personale som arbeider me	2,08 %	10,42 %	8,33 %	20,83 %	33,33 %	25,00 %	100,00 %
Annet helsefaglig personale	18,36 %	27,05 %	19,81 %	18,84 %	14,01 %	1,93 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt p	28,57 %	22,48 %	23,42 %	15,69 %	7,73 %	2,11 %	100,00 %
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/over	7,49 %	15,51 %	22,73 %	25,40 %	22,73 %	6,15 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	14,22 %	26,72 %	28,88 %	21,55 %	7,76 %	0,86 %	100,00 %

Filtrert for Telemark:

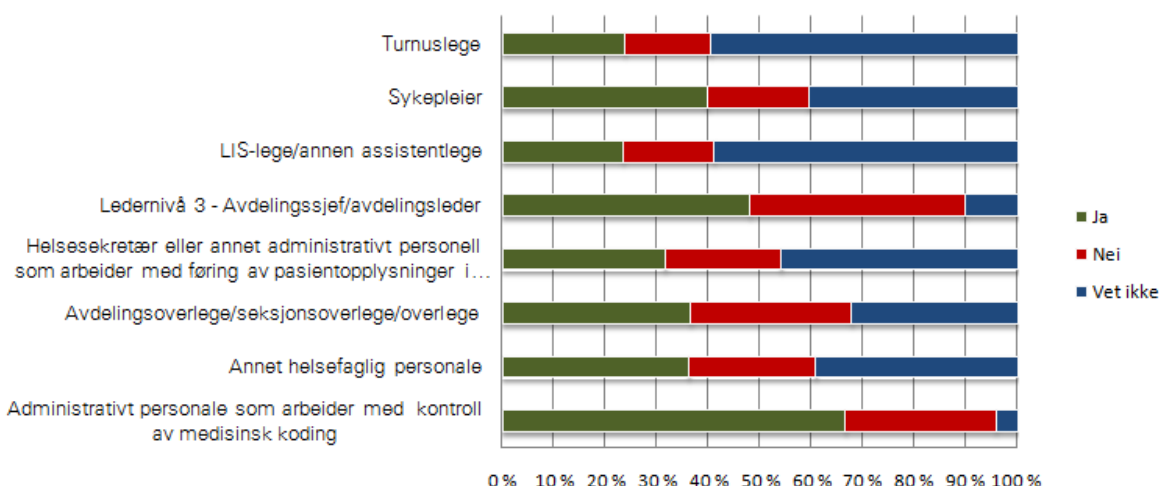
Har din avdeling/enhet etablert skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?



	Ja	Nei	Vet ikke	Grand Tot
Count of 33: Har din avdeling/enhet etablert skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?	28,57 %	28,57 %	42,86 %	100,00 %

Nasjonalt resultat:

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



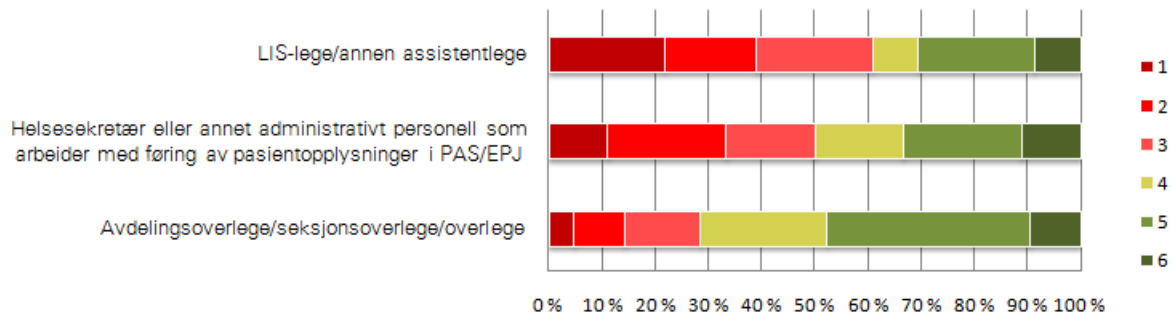
Count of 33: Har din avdeling/enhet etablert skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?				
Row Labels	Column Labels			Grand Tot
	Ja	Nei	Vet ikke	
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	66,67 %	29,17 %	4,17 %	100,00 %
Annet helsefaglig personale	36,23 %	24,64 %	39,13 %	100,00 %
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	36,66 %	31,17 %	32,17 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i...	31,62 %	22,48 %	45,90 %	100,00 %
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	48,03 %	41,73 %	10,24 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	23,46 %	17,70 %	58,85 %	100,00 %
Sykepleier	39,86 %	19,58 %	40,56 %	100,00 %
Turnuslege	23,81 %	16,67 %	59,52 %	100,00 %
Grand Total	35,04 %	25,46 %	39,50 %	100,00 %

Filtrert for Telemark:

Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk

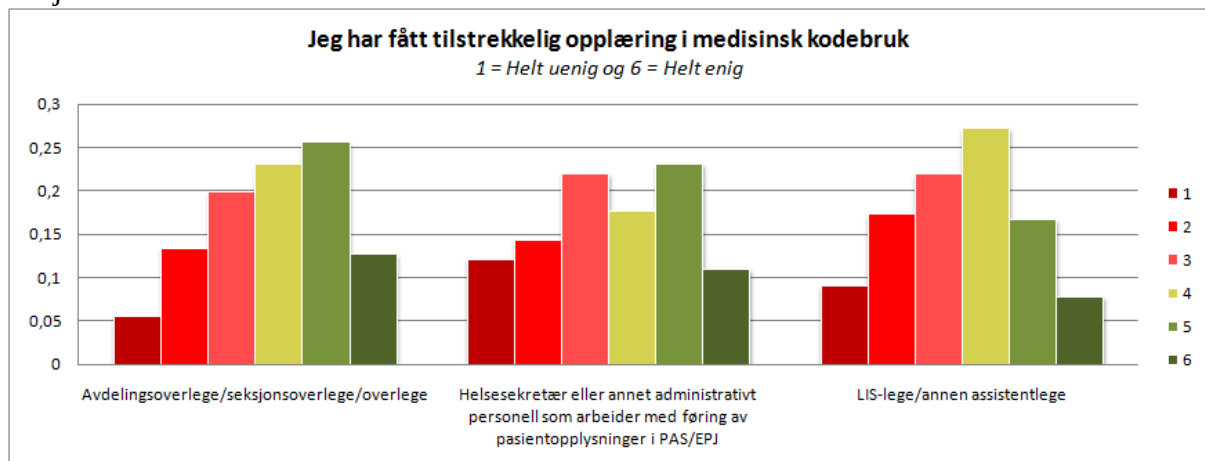
1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Filter = koder selv



Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk							
Row Labels	Column Labels						Grand Total
	1	2	3	4	5	6	
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	4,76 %	9,52 %	14,29 %	23,81 %	38,10 %	9,52 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	11,11 %	22,22 %	16,67 %	16,67 %	22,22 %	11,11 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	21,74 %	17,39 %	21,74 %	8,70 %	21,74 %	8,70 %	100,00 %
Grand Total	10,84 %	14,46 %	16,87 %	18,07 %	30,12 %	9,64 %	100,00 %

Nasjonalt resultat:

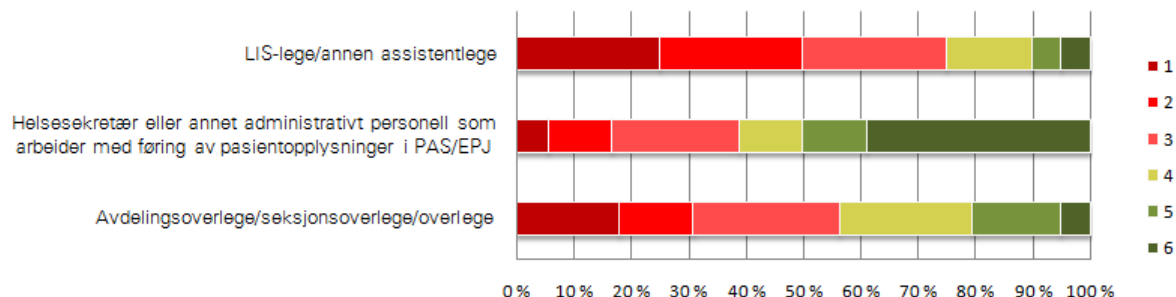


Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk							
Row Labels	Column Labels						Grand Total
	1	2	3	4	5	6	
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	5,55 %	13,29 %	19,87 %	23,10 %	25,55 %	12,65 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	12,09 %	14,29 %	21,98 %	17,58 %	23,08 %	10,99 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	9,07 %	17,30 %	21,94 %	27,22 %	16,67 %	7,81 %	100,00 %
Grand Total	7,24 %	14,78 %	20,75 %	24,18 %	22,24 %	10,82 %	100,00 %

Filtret for Telemark:

Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i it-systemet (PAS/EPJ/annet) som brukes til koding i min avdeling

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

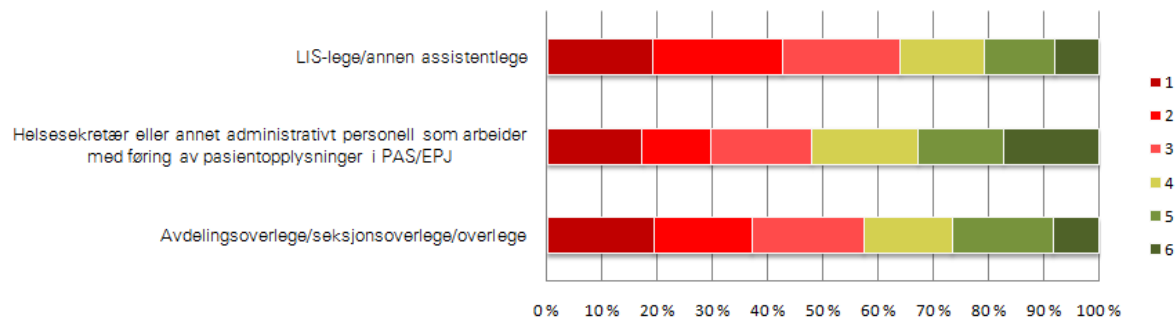


Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i it-systemet (PAS/EPJ/annet) som brukes til koding i min avdeling							
Row Labels	Column Labels						
	1	2	3	4	5	6	Grand Tot
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	17,95 %	12,82 %	25,64 %	23,08 %	15,38 %	5,13 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	5,56 %	11,11 %	22,22 %	11,11 %	11,11 %	38,89 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	25,00 %	25,00 %	25,00 %	15,00 %	5,00 %	5,00 %	100,00 %
Grand Total	16,88 %	15,58 %	24,68 %	18,18 %	11,69 %	12,99 %	100,00 %

Nasjonalt resultat:

Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i it-systemet (PAS/EPJ/annet) som brukes til koding i min avdeling

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig



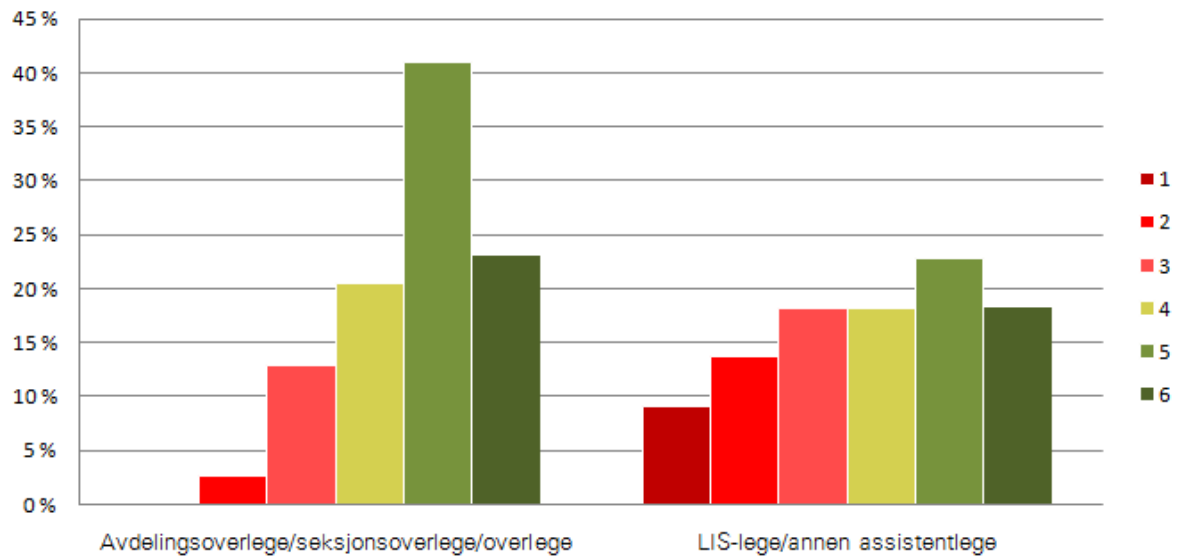
Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i it-systemet (PAS/EPJ/annet) som brukes til koding i min avdeling							
Row Labels	Column Labels						
	1	2	3	4	5	6	Grand Tot
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	19,39 %	17,73 %	20,22 %	16,07 %	18,28 %	8,31 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring	17,23 %	12,43 %	18,36 %	19,21 %	15,54 %	17,23 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	19,11 %	23,56 %	21,33 %	15,11 %	12,89 %	8,00 %	100,00 %
Grand Total	18,51 %	17,13 %	19,79 %	17,02 %	15,96 %	11,60 %	100,00 %

Filtrert for Telemark:

Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Filter = koder selv

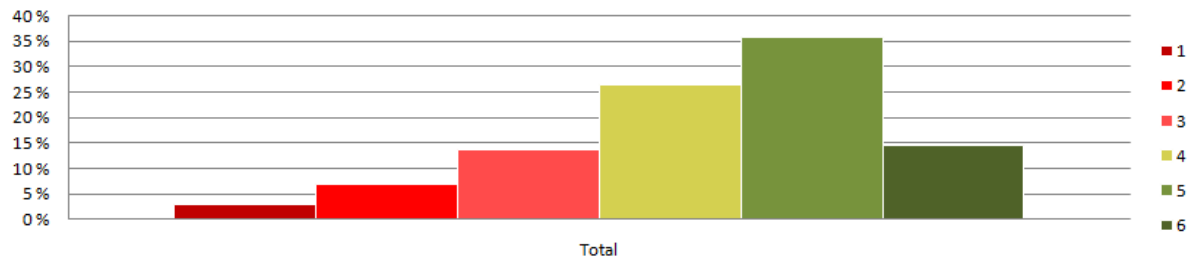


Count of 47: Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder							
Row Labels	Column Labels						Grand Tot
	1	2	3	4	5	6	
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	0,00 %	2,56 %	12,82 %	20,51 %	41,03 %	23,08 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	9,09 %	13,64 %	18,18 %	18,18 %	22,73 %	18,18 %	100,00 %
Grand Total	3,28 %	6,56 %	14,75 %	19,67 %	34,43 %	21,31 %	100,00 %

Nasjonalt resultat:

Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

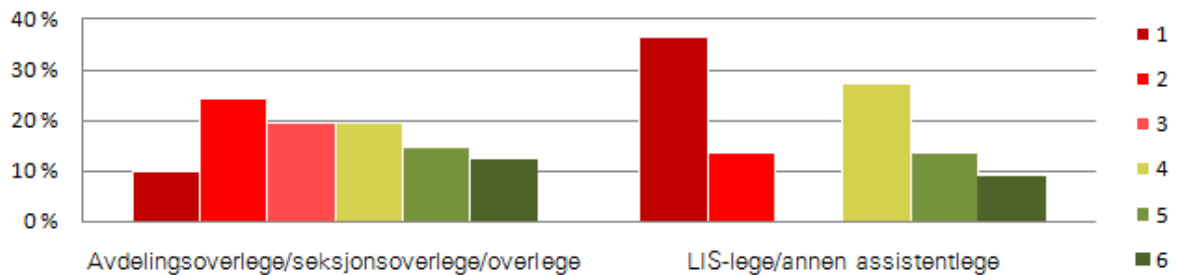


Count of 47: Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder							
Row Labels	Column Labels						Grand Total
	1	2	3	4	5	6	
Count of 47: Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder	2,81 %	6,88 %	13,75 %	26,30 %	35,68 %	14,58 %	100,00 %

Filtrert for Telemark:

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

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
Filter = koder selv

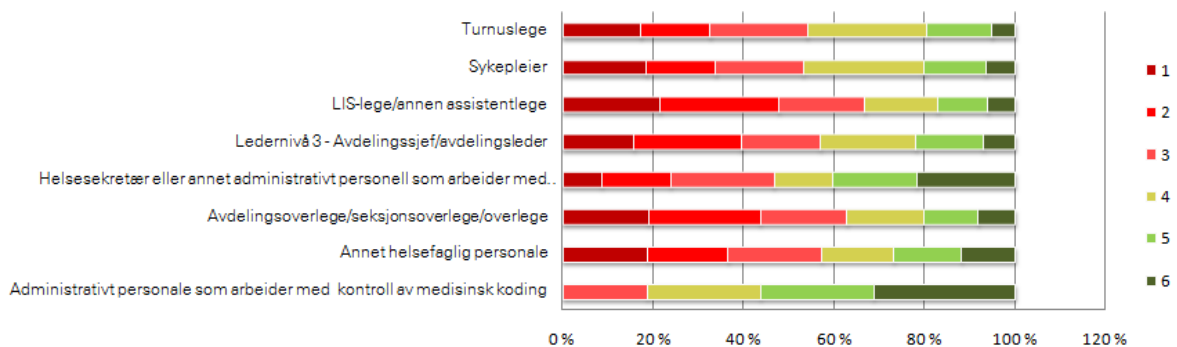


Count of 47: Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig medisinsk kode							
Row Labels	Column Labels						
	1	2	3	4	5	6	Grand Total
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	10,26 %	25,64 %	17,95 %	17,95 %	15,38 %	12,82 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	36,36 %	13,64 %	0,00 %	27,27 %	13,64 %	9,09 %	100,00 %
Grand Total	19,67 %	21,31 %	11,48 %	21,31 %	14,75 %	11,48 %	100,00 %

Nasjonalt resultat:

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

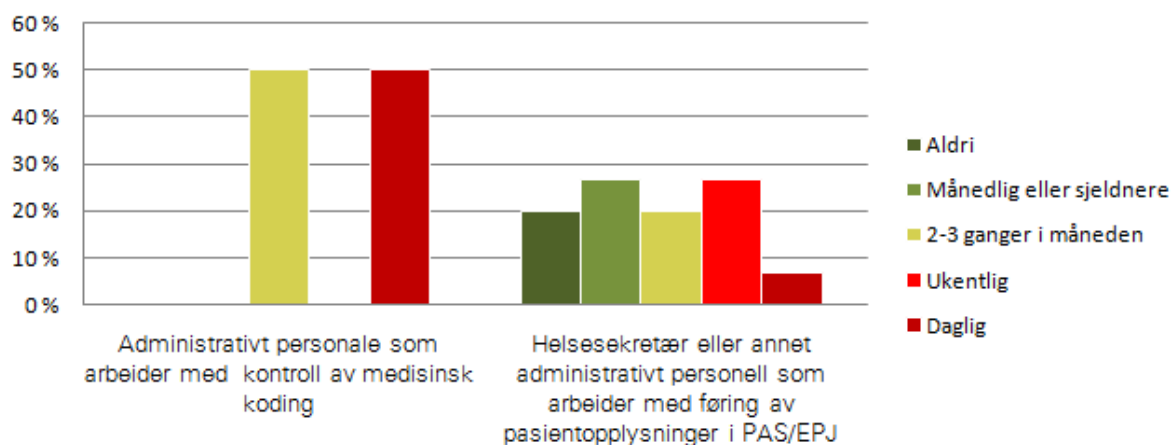
1 = Helt uenig og 6 = Helt enig



Count of 47: Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig medisinsk kode							
Row Labels	Column Labels						
	1	2	3	4	5	6	Grand Tot
Administrativt personale som arbeider med kontroll av	0,00 %	0,00 %	18,75 %	25,00 %	25,00 %	31,25 %	100,00 %
Annet helsefaglig personale	18,78 %	17,84 %	20,66 %	15,96 %	15,02 %	11,74 %	100,00 %
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	18,94 %	24,74 %	19,20 %	16,88 %	12,11 %	8,12 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell son	8,70 %	15,22 %	22,83 %	13,04 %	18,48 %	21,74 %	100,00 %
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	15,79 %	23,68 %	17,54 %	21,05 %	14,91 %	7,02 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	21,50 %	26,30 %	19,00 %	16,08 %	11,06 %	6,05 %	100,00 %
Sykepleier	18,55 %	15,32 %	19,35 %	26,61 %	13,71 %	6,45 %	100,00 %
Turnuslege	17,35 %	15,31 %	21,43 %	26,53 %	14,29 %	5,10 %	100,00 %
Grand Total	18,62 %	22,54 %	19,51 %	17,83 %	12,97 %	8,53 %	100,00 %

Filtrert for Telemark:

Jeg oppdager medisinsk feilkoding

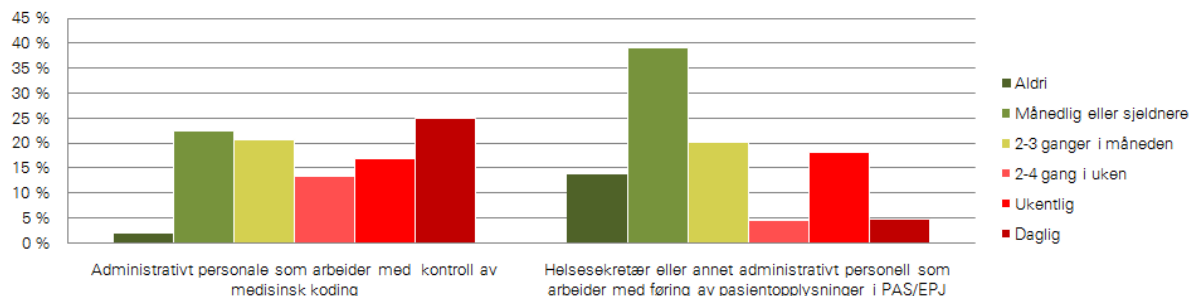


Count of 50: Jeg oppdager medisinsk feilkoding Column Labels

Row Labels	2-3 gange	Aldri	Daglig	Månedlig	Ukentlig	Grand Tot
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	50,00 %	0,00 %	50,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	20,00 %	20,00 %	6,67 %	26,67 %	26,67 %	100,00 %
Grand Total	23,53 %	17,65 %	11,76 %	23,53 %	23,53 %	100,00 %

Nasjonalt resultat:

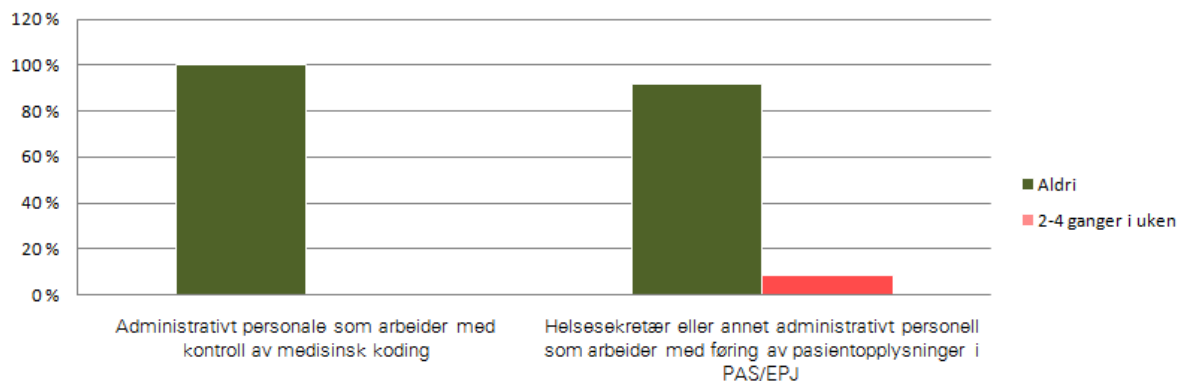
Jeg oppdager medisinsk feilkoding



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

Filtrert for Telemark:

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

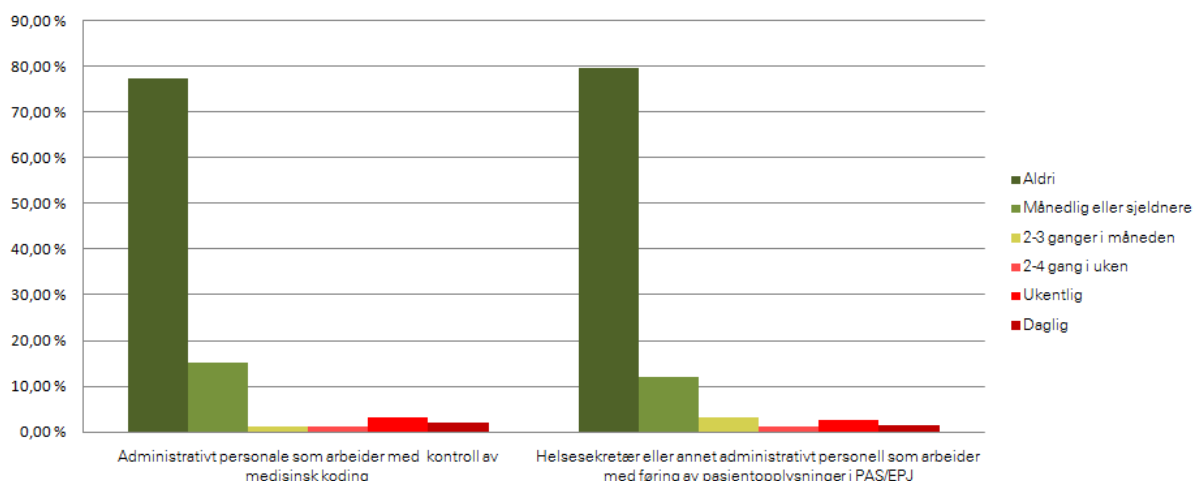


Count of 50: Jeg har det siste året fått kjennskap til at ikke-medisinsk personale retter koder som er satt av leger /annet helsepersonell uten å ha konsultert den aktuelle legen/helsepersonellet først

Row Labels	Column Labels		Grand Tot
	2-4 gang i	Aldri	
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0,00 %	100,00 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	8,33 %	91,67 %	100,00 %
Grand Total	7,14 %	92,86 %	100,00 %

Nasjonalt resultat:

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



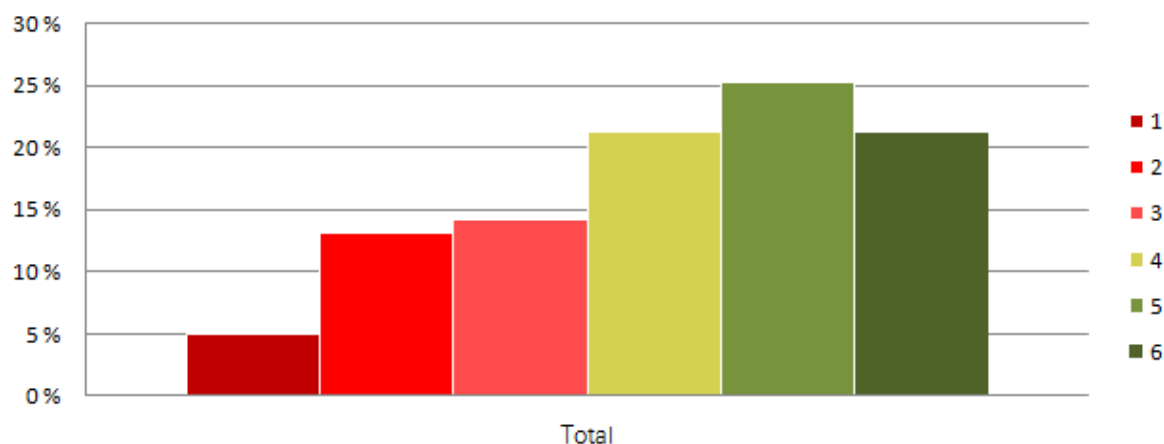
Count of 50: Jeg har det siste året fått kjennskap til at ikke-medisinsk personale retter koder som er satt av leger /annet helsepersonell uten å ha konsultert den aktuelle legen/helsepersonellet først

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

Filtrert for Telemark:

Jeg opplever at ledelsen ved det HF jeg tilhører har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

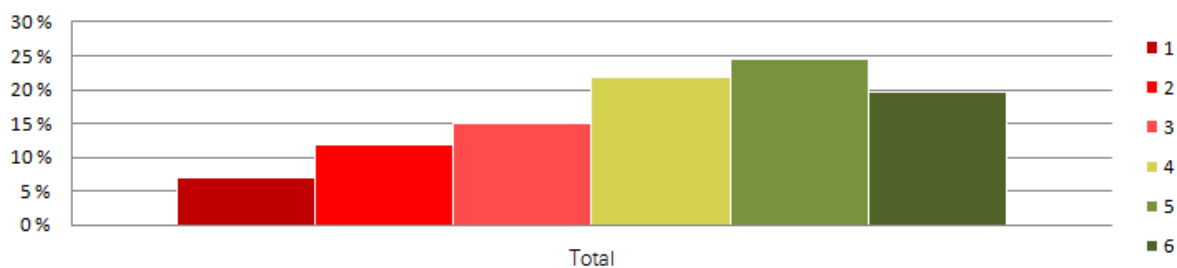


Column Labels						
	1	2	3	4	5	6 Grand Tot
Count of 56: har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding	5,05 %	13,13 %	14,14 %	21,21 %	25,25 %	21,21 % 100,00 %

Nasjonalt resultat:

Jeg opplever at ledelsen i det HF jeg tilhører har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding

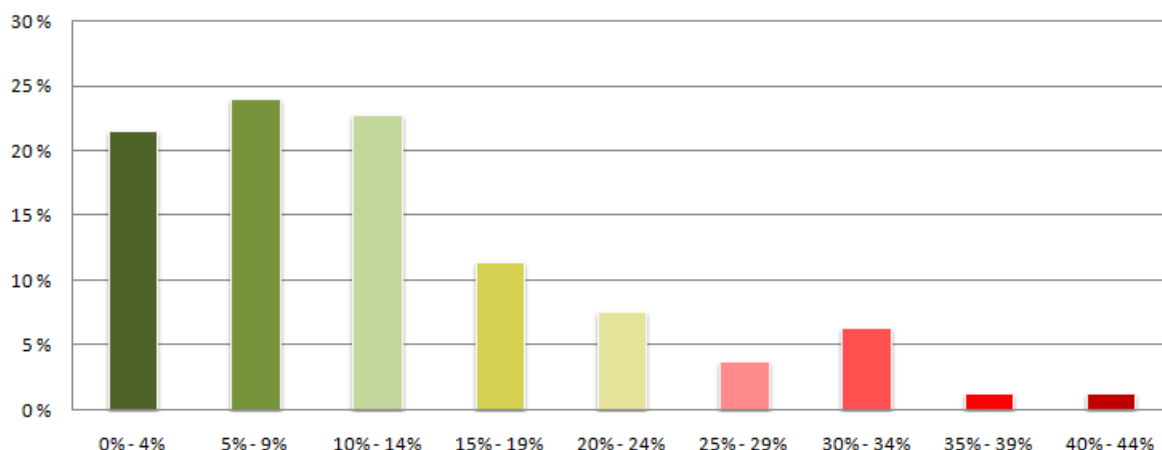
1 = Helt uenig og 6 = Helt enig



Column Labels						
	1	2	3	4	5	6 Grand Tot
Count of 56: har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding	6,92 %	11,94 %	15,05 %	21,87 %	24,57 %	19,66 % 100,00 %

Filtrert for Telemark:

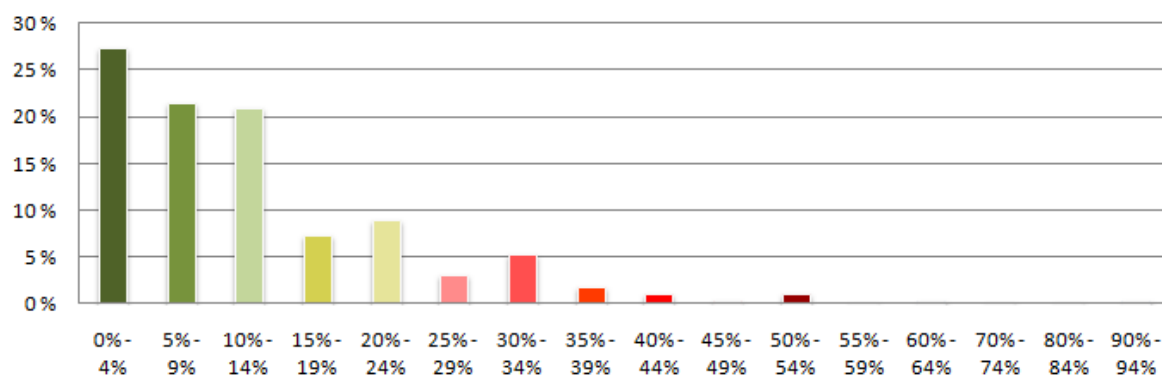
Hvor ofte endres den medisinske kodingen fra den første satte kode til innsending av NPR-rapportering i din avdeling?



Count of 63: Hvor ofte endres den medisinske kodingen fra den første satte kode til innsending av NPR-rapportering i din avdeling?										
	Column Labels									
Row Labels	0% - 4%	5% - 9%	10% - 14%	15% - 19%	20% - 24%	25% - 29%	30% - 34%	35% - 39%	40% - 44%	Grand Tot
Grand Total	21,52 %	24,05 %	22,78 %	11,39 %	7,59 %	3,80 %	6,33 %	1,27 %	1,27 %	100,00 %

Nasjonalt resultat:

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

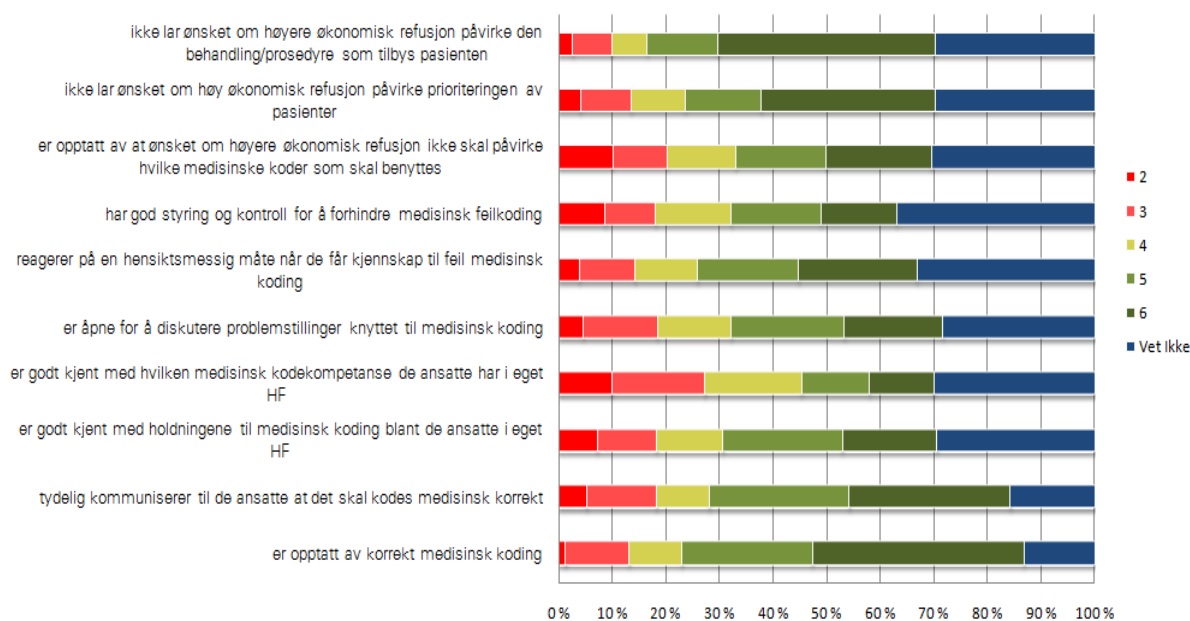


	0% - 4%	5% - 9%	10% - 14%	15% - 19%	20% - 24%	25% - 29%	30% - 34%	35% - 39%	40% - 44%	45% - 49%	50% - 54%	55% - 59%	60% - 64%	65% - 69%	70% - 74%	75% - 79%	80% - 84%	85% - 89%	90% - 94%	Grand Tot
Count of 63: Hvor ofte endres den medisinske kodingen fra den første satte kode til innsending av NPR-rapportering i din avdeling?	27,30 %	21,59 %	20,95 %	7,30 %	9,05 %	3,17 %	5,24 %	1,75 %	1,11 %	0,32 %	1,11 %	0,16 %	0,32 %	0,16 %	0,16 %	0,16 %	0,32 %	0,32 %	0,32 %	100,00 %

Filtrert for Telemark:

Jeg opplever at ledelsen for det HF jeg tilhører:

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

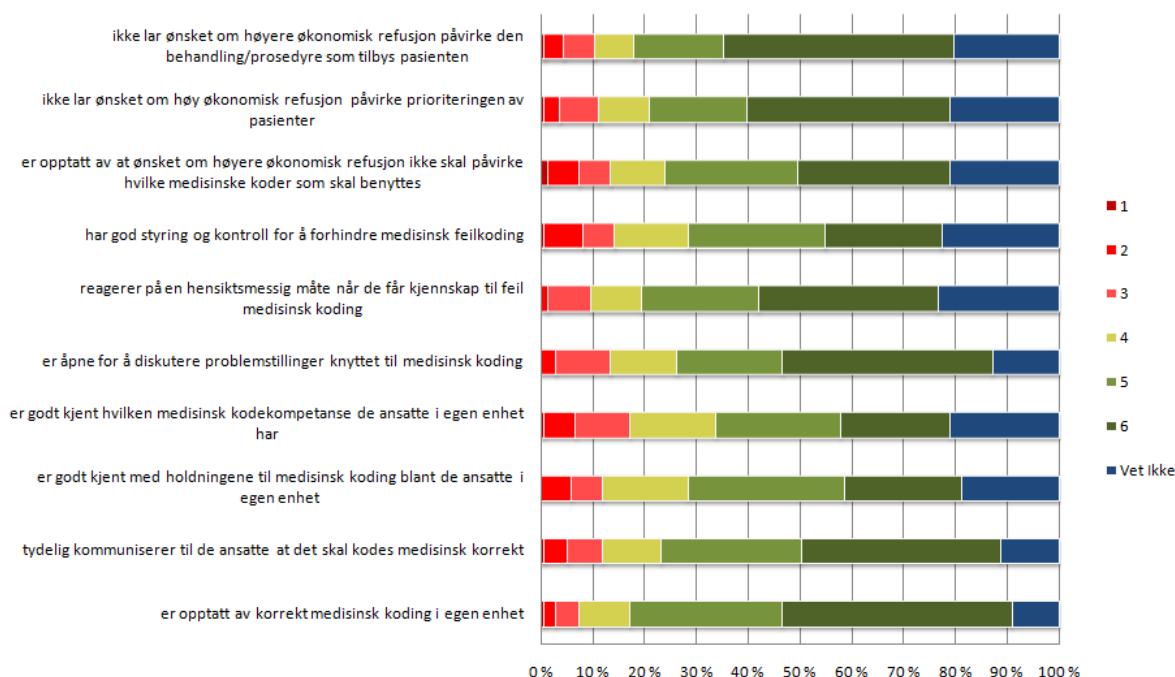


Jeg opplever at ledelsen ved det HF jeg tilhører	1	2	3	4	5	6	Vet Ikke	Sum
er opptatt av korrekt medisinsk koding	1 %	1 %	12 %	10 %	24 %	39 %	13 %	100 %
tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk	1 %	5 %	13 %	10 %	26 %	30 %	16 %	100 %
er godt kjent med holdningene til medisinsk koding blant de a	1 %	7 %	11 %	12 %	22 %	18 %	29 %	100 %
er godt kjent med hvilken medisinsk kodekompetanse de ans	3 %	10 %	17 %	18 %	12 %	12 %	29 %	100 %
er åpne for å diskutere problemstillinger knyttet til medisinsk	1 %	5 %	14 %	14 %	21 %	18 %	28 %	100 %
reagerer på en hensiktsmessig måte når de får kjennskap til fe	0 %	4 %	10 %	12 %	19 %	22 %	33 %	100 %
har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding	3 %	8 %	9 %	14 %	16 %	14 %	36 %	100 %
er opptatt av at ønsket om høyere økonomisk refusjon ikke ska	4 %	10 %	10 %	12 %	16 %	19 %	29 %	100 %
ikke lar ønsket om høy økonomisk refusjon påvirke prioriterin	4 %	4 %	9 %	10 %	14 %	31 %	29 %	100 %
ikke lar ønsket om høyere økonomisk refusjon påvirke den be	2 %	3 %	7 %	6 %	13 %	40 %	29 %	100 %

Filtrert for Telemark:

Jeg opplever at ledelsen ved min avdeling:

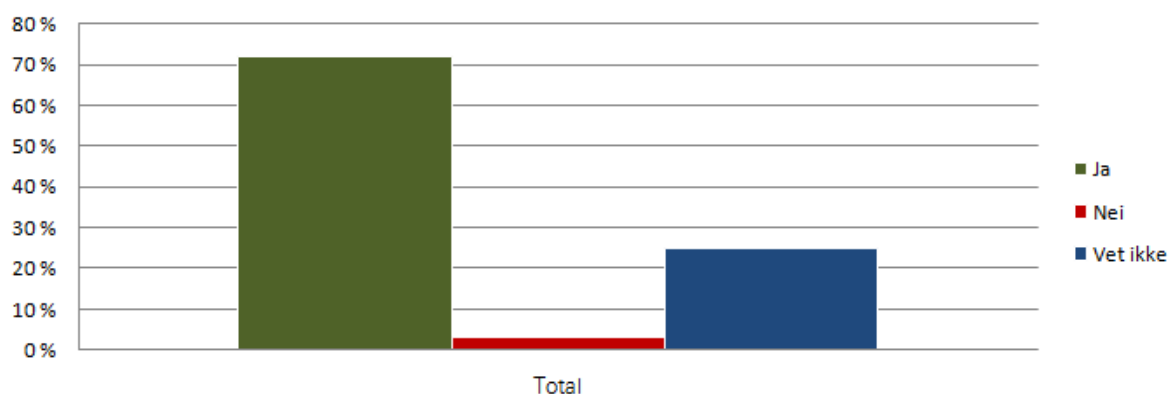
1 = Helt uenig og 6 = Helt enig



Jeg opplever at ledelsen ved den avdelingen jeg tilhører	1	2	3	4	5	6	Vet Ikke	
er opptatt av korrekt medisinsk koding i egen enhet	0,8 %	2,3 %	4,5 %	9,8 %	29,3 %	44,4 %	9,0 %	100,0 %
tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt	0,8 %	4,5 %	6,8 %	11,3 %	27,1 %	38,3 %	11,3 %	100,0 %
er godt kjent med holdningene til medisinsk koding blant de ansatte i egen enhet	0,0 %	6,0 %	6,0 %	16,5 %	30,1 %	22,6 %	18,8 %	100,0 %
er godt kjent hvilken medisinsk kodekompetanse de ansatte i egen enhet har	0,8 %	6,0 %	10,5 %	16,5 %	24,1 %	21,1 %	21,1 %	100,0 %
er åpne for å diskutere problemstillinger knyttet til medisinsk koding	0,0 %	3,0 %	10,5 %	12,8 %	20,3 %	40,6 %	12,8 %	100,0 %
reagerer på en hensiktsmessig måte når de får kjennskap til feil medisinsk koding	0,0 %	1,5 %	8,3 %	9,8 %	22,6 %	34,6 %	23,3 %	100,0 %
har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding	0,8 %	7,5 %	6,0 %	14,3 %	26,3 %	22,6 %	22,6 %	100,0 %
er opptatt av at ønsket om høyere økonomisk refusjon ikke skal påvirke hvilke medisinske koder som skal benyttes	1,5 %	6,0 %	6,0 %	10,5 %	25,6 %	29,3 %	21,1 %	100,0 %
ikke lar ønsket om høy økonomisk refusjon påvirke prioriteringen av pasienter	0,8 %	3,0 %	7,5 %	9,8 %	18,8 %	39,1 %	21,1 %	100,0 %
ikke lar ønsket om høyere økonomisk refusjon påvirke de	1 %	4 %	6 %	8 %	17 %	44 %	20 %	100,0 %

Filtrert for Telemark:

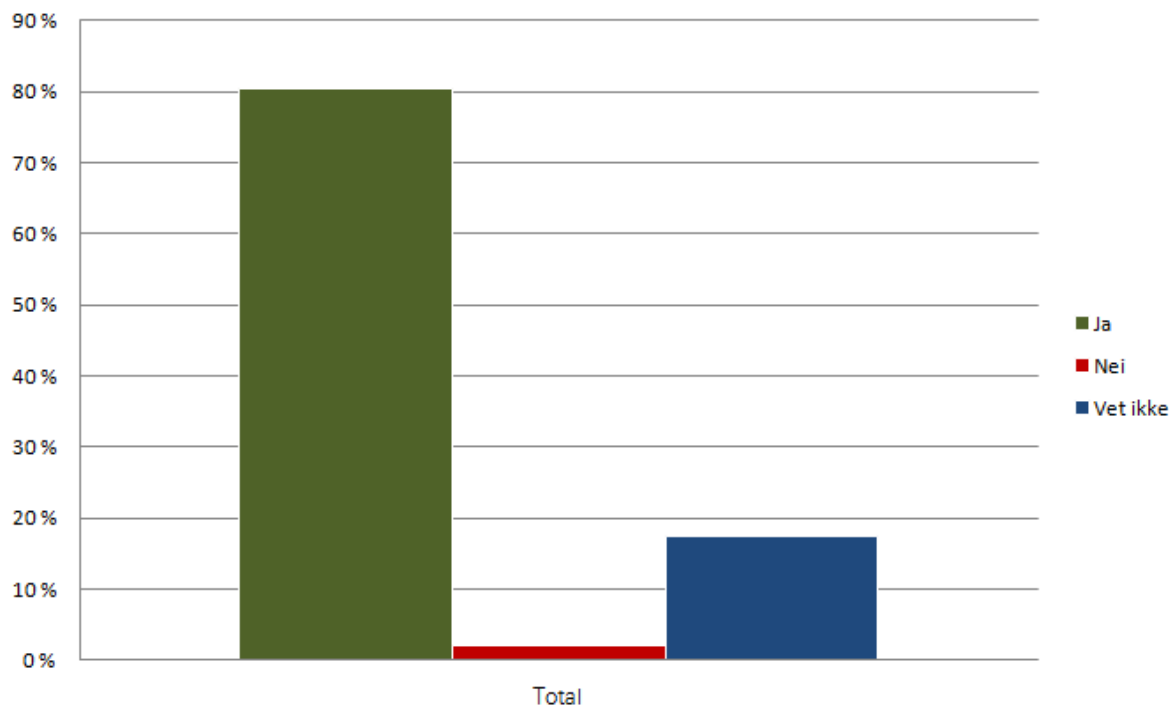
Hvis jeg får kjennskap til eller fatter sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF vil jeg velge å melde fra om dette til nærmeste leder eller andre aktuelle parter



	Ja	Nei	Vet ikke	Grand Tot
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	72,12 %	3,03 %	24,85 %	100,00 %

Nasjonalt resultat:

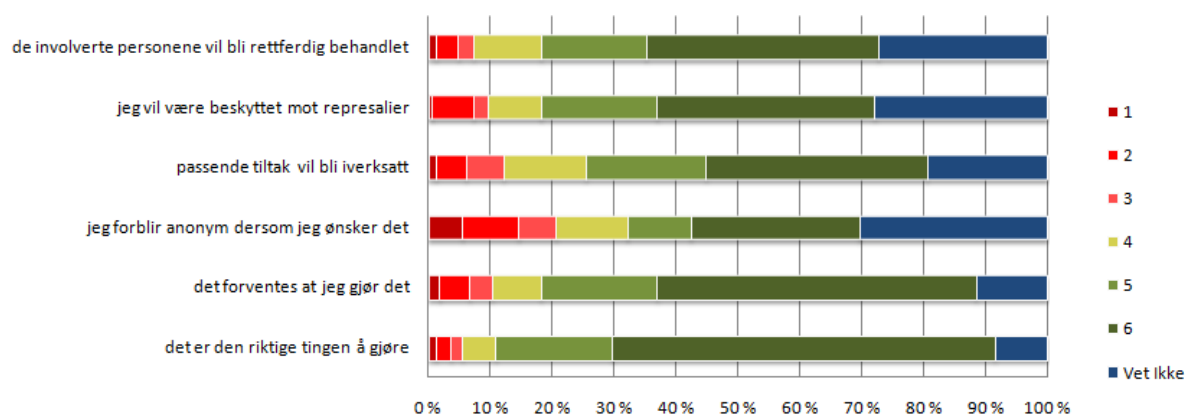
Hvis jeg får kjennskap til eller fatter sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF vil jeg velge å melde fra om dette til nærmeste leder eller andre aktuelle parter



	Column Labels			Grand Tot
	Ja	Nei	Vet ikke	
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	80,49 %	2,00 %	17,51 %	100,00 %

Filtrert for Telemark:

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 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	1	2	3	4	5	6	Vet Ikke
det er den riktige tingen å gjøre	1 %	2 %	2 %	5 %	19 %	62 %	8 %
det forventes at jeg gjør det	2 %	5 %	4 %	8 %	19 %	52 %	12 %
jeg forblir anonym dersom jeg ønsker det	5 %	9 %	6 %	12 %	10 %	27 %	30 %
passende tiltak vil bli iverksatt	1 %	5 %	6 %	13 %	19 %	36 %	19 %
jeg vil være beskyttet mot represalier	1 %	7 %	2 %	8 %	19 %	35 %	28 %
de involverte personene vil bli rettferdig behandlet	1 %	4 %	2 %	11 %	17 %	38 %	27 %