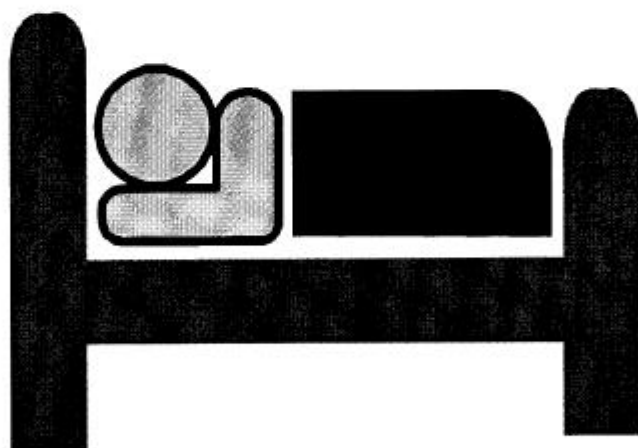




Sør-Trøndelag fylkeskommune
Fylkesrevisjonen

Innsatsstyrt finansiering - kodepraksis



Forvaltningsrevisjonsrapport 2000

Innholdsfortegnelse

1. SAMMENDRAG.....	3
2. INNLEDNING.....	4
2.1 BAKGRUNN.....	4
2.2 INNSATSSTYRT FINANSIERING.....	5
3. MÅLSTRUKTUR.....	6
3.1 FORMÅL.....	6
3.2 MÅLSETTINGER.....	6
4. DATAINNSAMLING OG METODE.....	7
4.1 EKSTERN BISTAND.....	7
4.2 AVGRENŚING.....	8
5. OPPLÆRING - FAKTA OG VURDERINGER.....	9
5.1 VURDERINGSKRITERIER.....	9
5.2 REGIONSYKEHUSET I TRONDHEIM (RiT).....	10
5.3 ORKDAL SANITETSFØRENINGS SJUKEHUS (OSS).....	12
5.4 FYLKESREVISJONENS VURDERINGER.....	13
6. KVALITETSSIKRING - FAKTA OG VURDERINGER.....	14
6.1 VURDERINGSKRITERIER.....	14
6.2 REGIONSYKEHUSET I TRONDHEIM (RiT).....	15
6.3 ORKDAL SANITETSFØRENINGS SJUKEHUS (OSS).....	18
6.4 FYLKESREVISJONENS VURDERINGER.....	19
7. KVALITETEN PÅ MEDISINSK KODING - FAKTA OG VURDERINGER.....	21
7.1 VURDERINGSKRITERIER.....	21
7.2 VALG AV DATASETT FOR GJENNOMGANG.....	22
7.3 RESULTATER FRA UNDERSØKELSEN.....	23
7.4 FYLKESREVISJONENS VURDERINGER.....	30
8. GENERELLE UTTALELSER TIL ORDNINGEN - FAKTA OG VURDERINGER.....	32
8.1 REGIONSYKEHUSET I TRONDHEIM.....	32
8.2 ORKDAL SANITETSFØRENINGS SJUKEHUS.....	33
8.3 FYLKESREVISJONENS VURDERINGER.....	33
9. INNKOMNE HØRINGSUTTALELSER.....	35
10. KONKLUSJONER.....	37
10.1 OPPLÆRING.....	37
10.2 KVALITETSSIKRING.....	37
10.3 KVALITET PÅ MEDISINSK KODING.....	38
10.4 GENERELLE UTTALELSER TIL ORDNINGEN MED ISF.....	39
11. FORSLAG TIL TILTAK.....	40
12. VEDLEGG.....	41

1. SAMMENDRAG

Fylkesrevisjonen har sommeren og høsten 2000 gjennomført et forvaltningsrevisjonsprosjekt som fokuserer på ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF). Formålet med prosjektet er å bidra til en kodepraksis ved de somatiske sykehusene som er i samsvar med gjeldende regelverk og sikrer sykehusene korrekt ISF-refusjon. Foruten å foreta en begrenset undersøkelse av selve kvaliteten på den medisinske kodingen som danner grunnlag for ISF-utbetalingene har fylkesrevisjonen søkt å kartlegge og vurdere sykehusenes opplæringstiltak innenfor ISF-ordningen og sykehusenes egen kvalitetssikring av koding.

Opplæring knyttet til ISF-ordningen har generelt sett vært begrenset i norske sykehus. ISF-ordningen og det medisinske kodeverket er relativt komplisert, noe som krever god opplæring og oppfølging fra sykehusene sin side. Dette gjelder både for å skape bevissthet om ordningen og spesifikk opplæring i medisinsk koding innen de ulike medisinske spesialitetene. Etter fylkesrevisjonens oppfatning kan både RiT og OSS ha fordel av å utvikle sine opplæringstiltak. Opplærings-tiltakene som er gjennomført, fokuserer i første rekke på ISF-ordningen generelt og gir således ikke tilstrekkelig opplæring i spesifikk medisinsk koding innenfor de forskjellige fagområdene.

Kvalitetssikring internt i sykehusene er en viktig faktor for å sikre at grunnlaget for ISF-utbetalingene blir så korrekt som mulig. Etter fylkesrevisjonens oppfatning er det ved sykehusene tildels lagt et godt grunnlag for kvalitetssikring av ISF-inntektene, men systemene kan vidreutvikles til å dekke det samlede behovet for kontroll og oppfølging. Systemene for kvalitetssikring bør definere omfang, hyppighet og dokumentasjon av kontrolltiltak, samt arbeidsdelingen mellom avdelingene og sykehuset sentralt. For sykehusene er det viktig å finne et hensiktsmessig nivå på kvalitetssikrings-tiltakene ut fra nytten ved kontrollene målt i økte inntekter og mer riktig medisinsk informasjon målt opp i mot merutgiftene ved kontrollene.

En del avdelinger ved sykehusene bruker såkalte kortlister for å lette arbeidet med den medisinske kodingen. Basert på faglige uttalelser og undersøkelser av kodingen stiller fylkesrevisjonen spørsmål ved om bruken av slike lister gir god nok kvalitet på kodingen.

Fylkesrevisjonen gjennomførte ved bruk av ekstern kompetanse en undersøkelse av kvaliteten den medisinske kodingen som danner grunnlag for ISF-utbetalingene ved RiT. Undersøkelsen viser betydelige avvik både i fastsetting av hoveddiagnose, bidiagnoser, årsakskoder og koding av prosedyrer. Avvikene påvirker også grunnlaget for ISF-refusjon. Med bakgrunn i tilsvarende undersøkelser gjort ved andre sykehus er det imidlertid lite som tyder på at RiT har en dårligere kodepraksis enn andre sykehus. Undersøkelsen synliggjør imidlertid et betydelig forbedringspotensiale.

Fylkesrevisjonen har ikke funnet tegn på at innføring av ISF har ført til omprioritering av pasientbehandlingen i strid med intensjonene for ordningen. Derimot kan ordningen i en del tilfeller ha økt avdelingenes fokus på produksjon. Sykehusene mangler imidlertid god styringsinformasjon så lenge man ikke har full oversikt over kostnadene knyttet til ulike typer behandling som genererer ISF-inntekter. Dette arbeidet bør prioriteres fremover.

2. INNLEDNING

2.1 Bakgrunn

I henhold til Kommunelovens bestemmelser (§ 60, nr. 7) skal fylkesrevisjonen kontrollere at den økonomiske forvaltning foregår i samsvar med gjeldende bestemmelser og vedtak, og foreta en systematisk vurdering av bruk og forvaltning av de kommunale midler med utgangspunkt i oppgaver, ressursbruk og oppnådde resultater.

Som revisor for virksomhetene i Sør-Trøndelag fylkeskommune skal fylkesrevisjonen foruten å påse at regnskapsføringen er i orden, også se til at det er etablert en betryggende intern administrativ kontroll og påse at fylkeskommunens midler forvaltes på en betryggende måte.

En betydelig del av fylkeskommunens inntekter skriver seg fra innsatsstyrt finansiering. For 1999 ble det i regnskapene for RiT og OSS inntektsført henholdsvis 541 og 75 millioner kroner i innsatsstyrt finansiering. God kvalitet i registreringen av data er av avgjørende betydning for å oppnå sikkerhet for at fylkeskommunen mottar de inntektene som man har krav på.

Fylkesrevisjonen gjennomførte i 1999 forvaltningsrevisjonsprosjektet "Inntekter og kapasitetsutnyttelse ved RiT" der blant annet ordningen med innsatsstyrt finansiering ble tatt opp og gjennomgått. Fjorårets prosjektgruppe anbefalte en videreføring av prosjektet i 2000 og da sette fokus på den kodingen som danner grunnlag for ISF-refusjon.

Det er gjennomført få undersøkelser av kvaliteten på registreringen av de dataene som danner grunnlag for de aktivitetsbaserte inntektene til sykehusene i Norge. Med bakgrunn i de undersøkelsene som er gjort, er det avdekket en god del feil i den medisinske kodingen. Tilsvarende konklusjoner foreligger fra undersøkelser i Sverige.

På en annen side er det imidlertid i mange tilfeller vanskelig å sette riktig diagnose, og legene kan komme i situasjoner der de kan velge mellom ulike diagnoser. I og med at det er knyttet økonomiske virkninger til diagnosesettingen, kan man teoretisk falle for fristelsen til å velge koder som gir best økonomisk uttelling. Dette vil være uheldig, både på grunn av at sykehuset oppnår urettmessige inntekter og at pasienten får feil diagnose, noe som også bidrar til feil i medisinsk statistikk. Ordningen kan også medføre at pasientgrupper som gir god økonomi for sykehusene, kan bli prioritert foran pasienter som gir dårligere økonomisk uttelling.

Det er derfor mange grunner for fylkesrevisjonen til å gå nærmere inn i ordningen med innsatsstyrt finansiering, og vi håper at dette prosjektet både kan sette fokus på betydningen av riktig medisinsk koding og samtidig gi svar på en del av de spørsmålene som er drøftet ovenfor.

2.2 Innsatsstyrt finansiering

De viktigste prinsippene for innsatsstyrt finansiering ble lagt frem for Stortinget i St.meld. nr. 44 (1995 - 1996). Innsatsstyrt finansiering er en blandingsmodell hvor et element av stykkpris supplerer rammetilskuddet. Stykkprisrefusjonene baseres på DRG-systemet som innebærer en klassifisering av sykehusopphold i diagnoserelaterte grupper (DRG). For hver DRG er det fastsatt en normert kostnad som danner grunnlag for ISF-refusjon. Refusjonssatsen er for 2000 satt til 50 % av normert kostnad. Den øvrige delen finansieres gjennom rammetilskudd og av fylkeskommunen.

Da Stortinget vedtok innføringen av innsatsstyrt finansiering var det først og fremst for å gi et incentiv til å øke antall behandlede pasienter. Dette skulle skje gjennom at en større del av sykehusets inntekter skulle knyttes opp mot aktiviteten. Refusjonen gis i første omgang til fylkeskommunen og ikke til sykehusene direkte. I Sør-Trøndelag fylkeskommune fordeles refusjonen direkte til sykehusene. Intensjonen med å kanalisere ISF-inntektene til fylkeskommunene var fra statens side å underbygge styringsansvaret som fylkeskommunen har, og dermed muliggjøre tilpasninger fra fylkeskommunene i forhold til det enkelte sykehus.

Evaluerings av ISF-ordningen

Etter at ordningen med innsatsstyrt finansiering var startet opp ble det i regi av Sosial- og helsedepartementet gjennomført en evaluering av ordningen. Fokus ble satt på mulige effekter i kodepraksis, tilgjengelighet, pasientflyt, medisinsk praksis og kvalitet i behandlingen. Analysene viser markerte endringer i diagnosesetting der mer spesifikke diagnoser blir brukt og der bidiagnoser blir påført i større grad. Det er ikke påvist at ordningen har ført til endringer i pasientflyten ved sykehusene. Når det gjelder medisinsk praksis og klinisk kvalitet, har departementet ikke fått indikasjoner på endringer fra 1996 til 1998.

Begrensninger i ISF-refusjon

DRG-indeks er et mål på behandlingstygden av de pasienter som har vært til behandling ved et sykehus i en gitt periode. Dess høyere DRG-indeks dess mer komplisert behandling har det vært gitt. Siden DRG registreringen er grunnlaget for ISF-refusjon, vil registreringen ha direkte økonomisk innvirkning for sykehusene.

Økningen i DRG-indeks skyldes vanligvis tre forhold:

- reell økning i pasienttygden
- tidligere underregistrering av medisinsk informasjon som bidiagnoser og prosedyrekoder
- sykehusopphold kodes tyngre enn hva det er medisinsk grunnlag for

Sistnevnte forhold blir i faglitteraturen betegnet som "DRG-kryp". Sosial- og helsedepartementet har imidlertid kommet frem til at det er vanskelig å skille ut hva som er årsaken til endring av DRG-indeks og betegner dermed all vekst i DRG-indeksen som DRG-kryp.

3. Målstruktur

3.1 Formål

Formålet med forvaltningsrevisjonsprosjektet "Innsatsstyrt finansiering - kodepraksis" kan uttrykkes slik:

Prosjektet har som formål å bidra til at Regionsykehuset i Trondheim og Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus har en kodepraksis i tilknytning til ISF-ordningen som er i samsvar med bestemmelsene gitt av sentrale myndigheter, og som sikrer sykehusene korrekt refusjon.

3.2 Målsettinger

Ut fra formålet gjelder følgende målsettinger for prosjektet:

- 1. Vurdere sykehusenes opplæringstiltak for ISF-ordningen**
 - a)-vurdering av sykehusadministrasjonens opplæringstiltak
 - b)-vurdering av sykehusavdelingenes opplæringstiltak
- 2. Vurdere sykehusenes kvalitetssikring av koding**
 - a)-vurdering av sykehusadministrasjonens kvalitetssikring
 - b)-vurdering av sykehusavdelingenes kvalitetssikring
- 3. Vurdere kvaliteten på dagens koding**

Vi har valgt å formulere tre målsettinger for å oppfylle formålet med prosjektet. I tillegg til en direkte vurdering av selve kodingen ønsker vi å fokusere på opplæring og intern kvalitetskontroll av kodingen siden dette vil ha betydning for kvaliteten på den kodingen som danner grunnlaget for ISF-refusjonen. Vi vil samtidig sette søkelyset på betydningen av opplæring og intern kvalitetssikring. Dette er viktig for å spre kunnskap, skape forståelse for ordningen og gjøre avdelingene mindre avhengige av enkeltpersoner i nøkkelstillinger.

4. Datainnsamling og metode

Prosjektgruppen har i første rekke prioritert Regionsykehuset i Trondheim (RiT) i prosjektgjennomføringen, men har også i et begrenset omfang sett nærmere på opplæring og kvalitetssikring ved Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus (OSS).

Fylkesrevisjonen har gjennomført forvaltningsrevisjonsprosjektet “Innsatsstyrt finansiering – kodepraksis” i perioden juni til november 2000. Til grunn for våre faktabeskrivelser, konklusjoner og anbefalinger legger vi følgende:

- gjennomgang av dokumenter og rapporter knyttet til ISF-ordningen
- gjennomgang av utgitt materiale og artikler om ISF-ordningen i ulike tidsskrifter
- regnskapsdata knyttet til innsatsstyrt finansiering
- formelle og uformelle møter / intervjuer med utvalgte personer ved RiT og OSS
- undersøkelse av medisinsk koding ved gjennomgang av 102 pasientjournaler utført i samarbeid med Kompetansesenter for IT i helsevesenet AS (KITH)

Fylkesrevisjonen vil gi honnør til RiT som i vesentlig grad har bidratt til at undersøkelsen ble gjennomført som forutsatt innenfor en stram tidsramme. Forholdene ved sykehuset ble meget godt tilrettelagt i samband med undersøkelsen, der særlig IT-avdelingen og journalarkivet effektivt bidro til en grei gjennomføring av undersøkelsen gjennom en betydelig ekstrainsats, både på forhånd og under gjennomføringen. Nødvendige avklaringer med Norsk pasientregister (NPR) var også preget av god service og innsats.

4.1 Ekstern bistand

Undersøkelsen krever både medisinsk kompetanse, inngående kjennskap til medisinsk koding og ISF-ordningen i sin helhet. Fylkesrevisjonen fant det derfor i denne delen av prosjektet hensiktsmessig å leie inn ekstern kompetanse. Valget av konsulent falt etterhvert på Kompetansesenter for IT i helsevesenet AS (KITH) som er et oppdragsfinansiert, offentlig eid aksjeselskap med god kompetanse innen medisinsk koding, DRG og ISF-ordningen. Selskapet har jobbet med utvikling, vedlikehold og brukerstøtte knyttet til helsefaglige kode- og klassifikasjonssystemer og begrepskataloger. KITH arbeider med samordning av arbeidet med de store kodeverkene (ICD-10 og NCSP) i spesialisthelsetjenesten, og firmaet har bygd opp et faglig og teknisk støtteapparat, herunder informasjons og opplæringsvirksomhet i tilknytning til disse kodeverkene som er en forutsetning for det innsatsbaserte finansieringssystemet for somatiske sykehus. KITH har også deltatt i nasjonalt og nordisk samarbeid omkring tilrettelegging og videreutvikling av DRG-systemet.

Sør-Trøndelag fylkeskommune eier 30% av aksjekapitalen i selskapet. De øvrige eierne er Kommunenes Sentralforbund (30%) og Staten ved Sosial og helsedepartementet (40%). KITH har forretningsadresse i Trondheim.

Omfanget av bistanden

Avtalen om undersøkelsen av kvaliteten på registrering av pasientdata ble inngått mellom Fylkesrevisjonen i Sør-Trøndelag og KITH i september 2000. Bistanden omfattet en granskning av et utvalg på 102 pasientjournaler ved RiT, dernest en analyse og tolkning av funnene. Resultatene fra undersøkelsen foreligger i form av en intern rapport fra KITH.

4.2 Avgrensing

Fylkesrevisjonen har avgrenset prosjektet til å omfatte en undersøkelse av kodepraksis i tilknytning til ISF-ordningen. Gjennomgangen av opplæringstiltakene knyttet til ISF-ordningen og den sykehusinterne kvalitetskontrollen av den medisinske kodingen er først og fremst gjennomført ved RiT. Fylkesrevisjonen har foretatt en begrenset kartlegging av opplæringstiltak og kvalitetssikring av medisinsk koding ved OSS, og vi vil derfor gi en begrenset vurdering av dette.

På grunn av knappe ressurser har fylkesrevisjonen bare foretatt en begrenset gjennomgang av pasientjournaler ved RiT. Vi har ikke hatt mulighet til å foreta tilsvarende undersøkelse ved OSS, men vi antar at OSS kan ha nytte av å gjennomgå resultatene fra undersøkelsen ved RiT.

Diagnostikk og behandling er ikke vurdert. I undersøkelsen er det tatt utgangspunkt i journalene og hvordan opplysningene er kodet i henhold til gjeldende regelverk.

5. Opplæring - fakta og vurderinger

5.1 Vurderingskriterier

Etter det fylkesrevisjonen erfarer har tilbudet og opplegget knyttet til opplæring rundt ISF-ordningen generelt sett vært begrenset i norske sykehus. KITH har imidlertid vært en aktør som har introduksjons- og opplæringskurs om ISF-ordningen rundt omkring i Norge. Som en del av den kontakten fylkesrevisjonen har hatt med KITH i dette prosjektet, har fylkesrevisjonen fått tilgang til momenter og råd til hva som bør vektlegges i instruksjons- og opplæringsvirksomheten i forhold til ordningen med ISF og medisinsk koding generelt. Disse innspillene utgjør sammen med tidligere erfaringer og relevante artikler grunnlaget for fylkesrevisjonens kartlegging og vurderingene knyttet til opplæring.

Sykehusene bør ha en samlet plan for opplæringen som omfatter planlegging, gjennomføring og oppfølging (kvalitetsikring) av ISF-ordningen. Det bør ved hvert sykehus være utnevnt en opplæringsansvarlig som tillegges hovedansvaret for opplæringen innenfor ISF-ordningen. I tillegg vil det være behov for flere medansvarlige både i den sentrale administrasjonen og ute i de enkelte avdelingene.

Kurs og opplæring må planlegges nøye, og det må settes av tilstrekkelig tid. Nødvendige hjelpemidler (regelverk og informasjonsmaterie) må anskaffes og være lett tilgjengelig. Bruk av elektroniske hjelpemidler / verktøy vil i mange sammenhenger være nyttig. Det er ellers viktig at oppfølgingen er godt planlagt, og den må dekke et opplærings- og informasjonsbehov som oppstår ikke bare når nye regler kommer, men også som ledd i regelmessig oppfriskning. Det vil ellers være viktig at et opplegg fanger opp både nyutdannede leger, nyansatte leger på sykehuset og leger som skifter avdeling internt i sykehuset. For å øke forståelsen bør man gjennomgå kodepraksis og drøfte statistikk og rapporter for eksempel på avdelings- eller seksjonsnivå. Nødvendig materiell må foreligge overalt hvor koding skal utføres. Det må legges vekt på lokal ansvarliggjøring og motivasjon.

Korrekt koding betinger at en forstår klassifikasjonen (oppbygging, inndeling, struktur) og kodereglene. Incitamentet vil være å forstå hensikten og systematikken, at en mottar tilbakemeldinger på kvaliteten og får praktisk nytte i form av rapportering og statistisk materiale.

Det er viktig å sette fokus på at sykehusets leger skal registrere medisinske data korrekt. I et slikt opplegg er det vesentlig med forankring i sykehusets ledelse og støtte i hele organisasjonen. I dette ligger også en ansvarliggjøring av ordningen både sentralt hos sjefslege, økonomidirektør og senterdirektører og videre til avdelingsoverlege, seksjonsoverlege og behandlende lege ved sykehuset.

5.2 Regionsykehuset i Trondheim (RiT)

5.2.1 Administrasjonens opplæringstiltak

Ved iverksetting av ordningen med ISF fra juli 1997 ble det ifølge ledelsen ved RiT satt fokus på ordningen helt fra den øverste ledelse til klinikkledelse, avdelingsledelse mv. En person i økonomiavdelingen fikk ansvaret for å følge opp ordningen og fungere som “ekspert”. Han gjennomførte generelle orienteringer, og fikk en del ad-hoc oppgaver i forhold til opplæring. Det ble utarbeidet en generell informasjonsbrosjyre til alle leger hvor det ble informert om innføring av ISF-ordningen, viktigheten av fullstendig koding mv. Ledelsen var også tidlig ute med å be avdelingene om å utpeke de legene som hadde spesielle forutsetninger og interesse for innsatsstyrt finansiering som oppfølgingsansvarlig for ordningen.

Fra ledelsens side ble ikke økonomiske vinklinger spesielt vektlagt og man var bevisst på at kodingen ikke skulle være inntektsfokusert. Det ble imidlertid understreket at kvalitet og fullstendighet i kodingen også hadde betydning for inntektene. Sykehuset oppfattet departementet slik at det ble advart mot overfokusering på kodingspraksis, og at man ikke måtte bruke for mye ressurser på området. Da det nye kodeverket ICD-10 kom (virkning fra 01.01.1999), ble det holdt informasjonskurs for leger og kontorpersoneell i auditoriet på RiT. Firmaet Control Bridge holdt i 1999 et kurs i grupperingsprogram for DRG-systemet hvor ansatte ved IT-avdelingen og leger deltok. I ettertid holdt sykehuset kurs i grupperingsprogrammet med egne lærekrefter.

I ettertid har sykehuset etablert et mer systematisk opplegg for kursing, og det er holdt flere interne kurs som dekker generell opplæring knyttet til bl.a ISF-ordningen. Kursene er i sin helhet lagt opp og gjennomført av ansatte i økonomiavdelingen. Oppgavene knyttet til opplæring fra økonomiavdelingens side er i stor grad ivaretatt av en og samme person.

Sykehusets ledelse er opptatt av å få kompetansen ut til avdelingene og ser at dette vil kunne gi besparelser rundt bl. a. kvartalsrapporteringen til NPR som i dag er preget av en god del feilretting. Det vil fortsatt bli gitt så vel individuell veiledning som gruppeveildning / opplæring. Oppfatningen er at det vil være hensiktsmessig å “bygge” ut kurstilbudet, men man er i tvil om det er behov for å gjøre kursingen obligatorisk for alle leger.

Administrasjonens oppfatning er at interessen for ISF-ordningen er stigende blant legene—spesielt når de har deltatt på kurs. Det registreres også en bedring i kodingskvaliteten etter at avdelinger har vært representert på kurs. Kontaktpersoner på avdelingene har igjen kursing for legene på avdelingene.

I tillegg til opplæring i form av kurs sender administrasjonen også ut informasjonsskriv som er detaljerte og omfattende når det kommer endringer i ordningen fra departementet, eller at man registrer feil som går igjen på sykehuset eller i den enkelte avdeling. En arbeidsgruppe nedsatt av direktøren i 1999 avga i april 2000 en rapport om kvalitetssikring av inntekter hvor opplæring, informasjon og holdningsskapende tiltak ble vurdert.

5.2.2 Avdelingenes opplæringstiltak

Avdelingsoverlegen er den som har det faglige og medisinske ansvaret for at det skjer en korrekt koding ved avdelingen. Vedkommende er derfor ansvarlig for at de ansatte får nødvendig opplæring når det kommer endringer i regelverket. Inntrykket fra våre intervjuer er at det foregår forholdsvis lite systematisk opplæring. Gjennom intervjuene er det gitt uttrykk for at enkelte ansvarlige leger viser stor interesse på området og at de har lagt betydelig vekt på opplæring i medisinsk koding (ISF-ordningen), mens andre velger å prioritere andre områder. Praktisk opplæring blir av de fleste ansett å være helt nødvendig, og det arbeides med å bevisstgjøre legene i forhold til koding. Det fokuseres ikke på økonomiske betraktninger, men på hva som er korrekt fra et medisinsk synspunkt.

Nyutdannede leger som begynner ved sykehuset har med seg lite eller ingen kompetanse om medisinsk koding og ISF-ordningen fra studiene eller fra tiden som turnuskandidater. De har følgelig et klart behov for opplæring. Det er også ofte nyutdannede leger som foretar den medisinske kodingen. Ferske leger som går over fra å være turnuskandidater og som ikke får annen opplæring, vil derfor være avhengige av å få tilbakemelding om feil fra legen som kontrasierer epikrisene dersom det skal ha noen læringseffekt. Det settes imidlertid ikke i gang systematisk opplæring av nye leger med tanke på medisinsk koding. Det innrømmes at dette burde inngått som en del av den generelle innføringen som nyansatte leger ved RiT får.

Administrasjonens kursopplegg innenfor ISF-ordningen oppfattes stort sett som bra da de setter fokus på de rette tingene og kan bidra til en bevisstgjøring hos legene. Det gis uttrykk for at samtlige leger burde ha deltatt på dette kursopplegget. Fra enkelte hevdes det at administrasjonens opplæring blir for generell og at opplæring i den spesifikke kodingen bør skje avdelingsvis på grunn av faglige / avdelingsvise variasjoner. Det anses som viktigst at legene forstår å bruke kodeverket ICD-10 riktig.

Av de legene som fylkesrevisjonen har vært i kontakt med, er oppfatningen at det ligger et stort udekket behov for opplæring, og at det ligger et potensiale for forbedring av kodekvaliteten.

5.3 Orkdal Sanitetsforenings sjukehus (OSS)

5.3.1 Administrasjonens opplæringstiltak

OSS har opplyst at de var tidlig ute med å sette fokus på ISF-ordningen da den ble innført i 1997. Blant annet ble kodeverket distribuert til legene i sykehuset, og det ble gjennomført interne møter med avdelingsoverlegene der det ble fokusert på betydningen av korrekt medisinsk koding sett i forhold til ordningen med innsatsstyrt finansiering.

Det ble ikke gjennomført særskilte kurs innenfor ISF-ordningen i 1997. Sykehuset hadde heller ingen kompetanse som kunne yte opplæring på den tiden. Heller ikke i årene etter innføringen av ISF-ordningen har OSS prioritert kursaktivitet innenfor medisinsk koding. Kurstilbudet utenfra i medisinsk koding har også vært begrenset. En del ansatte har deltatt på et kurs ved RiT i bruk av dataprogrammet "Visual-DRG".

Et argument for at OSS ikke har prioritert opplæring i særlig grad er at indeksen i 1998 og 1999 var såvidt høy at sykehuset måtte avskrive ISF-inntekter som følge av at "kryp-taket" ble nådd. Målt i forhold til indeksen var dermed kodekvaliteten god nok for OSS.

5.3.2 Avdelingenes opplæringstiltak

Ut fra den begrensede informasjonsinnhentingene revisjonen har hatt fra en av avdelingene ved OSS, vil oppsummeringen herfra være forholdsvis generell. Signalene som fylkesrevisjonen har mottatt, understreker imidlertid viktigheten av at opplæring prioriteres, og at det informeres om ordningen i langt større grad enn hva som er tilfelle i dag. Det er vedkommende overleges oppfatning at hver spesialitet ved OSS må ha et eget opplegg for undervisning. Det er også viktig at nytilsatte leger får opplæring.

Overlegen som fylkesrevisjonen har vært i kontakt med, er for sin del innstilt på å lage et opplegg for opplæring i korrekt koding og selv gi nødvendig undervisning innenfor sitt fagområde.

Overlegen har også erfaring fra sykehus som har tilsatt egne overleger som kun har hatt som oppgave å følge opp ordningen med DRG-refusjon. Erfaringen med denne ordningen er at kostnadene knyttet til disse stillingene har latt seg inntjene ved at man har avdekket feil i et omfang som har gitt merinntekter som overgår kostnadene med stillingene.

5.4 Fylkesrevisjonens vurderinger

Fylkesrevisjonen vil innledningsvis vise til at opplæring må ha sin forankring i en virksomhets øverste ledelse. Det er videre av avgjørende betydning at alle ledd i organisasjonen har et forhold til den verdi opplæring gir. Det er også viktig at opplæringen skjer planmessig og “treffer” alle ansatte med behov for slik opplæring.

5.4.1 Regionsykehuset i Trondheim (RiT)

Administrasjonen

Fylkesrevisjonen registrerer at administrasjonen mener opplæringen har vært tilfredsstillende på området. Dette gjelder helt siden ordningen ble innført og frem til i dag. Tilbakemeldingene vi har fått fra ansatte ute i avdelingene er derimot ikke så entydige. Opplæringen har vært gjennomført på frivillig basis slik at det har vært opp til den enkelte avdeling hvorvidt de har ønsket å delta og hvem som bør delta. Følgelig vil det være store variasjoner mellom avdelingene med hensyn til prioritering av slik opplæring. Sykehuset har ikke noen overordnet plan for opplæringen som omfatter planlegging, gjennomføring og oppfølging av opplæringstiltak. Opplæringen blir mer eller mindre tilfeldig og vil være avhengig av avdelingenes prioriteringer og vektlegging av opplæring på området.

Avdelingene

Avdelingene mener at den generelle opplæringen har vært tilfredsstillende, men savner opplæring / kurs tilpasset den enkelte avdelings fagfelt. Flere gir uttrykk for at opplæringen bør være obligatorisk for den enkelte lege. Opplæringen bør minimum være obligatorisk for samtlige avdelinger og seksjoner slik at hele sykehuset blir dekket. Det er pekt på at særlig nyutdannede og nytilsatte leger har behov for opplæring i medisinsk koding uten at det foreligger noe opplæringsprogram for dem. Vi mener det bør utarbeides et felles opplæringsprogram for denne gruppen, og dette må være obligatorisk.

Flere nevner at det arbeides med å bevisstgjøre legene i forhold til koding, men slikt arbeid vil i stor grad avhenge av hvor betydningsfullt avdelingsledelsen mener dette området er og den enkelte leges interesse for medisinsk koding.

5.4.2 Orkdal Sanitetsforenings sjukehus (OSS)

Fylkesrevisjonen registrerer at administrasjonen ved OSS anser kodingen til å være avdelings-overlegens ansvar. Ansvarer inkluderer også opplæring på området. Ledelsen har ikke tatt initiativ til å få utarbeidet noen overordnet plan for opplæring på dette området.

Inntrykket fra den avdelingen revisjonen har intervjuet ved OSS, er at overlegen forstår hvor viktig det er å ha et opplegg for opplæring som sikrer korrekt koding. Revisjonen registrerer at ansatte ved OSS har deltatt på minst ett kurs ved RiT i forhold til ISF. En videreutvikling av dette samarbeidet bør kunne vurderes.

6. Kvalitetssikring - fakta og vurderinger

6.1 Vurderingskriterier

Fylkeskommunens basisdokument for kvalitet: Dette dokumentet definerer kvalitet som en helhet av egenskaper en enhet har som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov. Kvalitetssikring er i det samme dokumentet definert som *alle planlagte og systematiske aktiviteter som er iverksatt som en del av et kvalitetssystem og påvist som nødvendig for å skaffe tilstrekkelig tiltro til at en enhet vil oppfylle kravene til kvalitet.*

Sentrale bestemmelser gitt til ISF-ordningen: Sosial- og helsedepartementet (SHD) har sendt ut et eget dokument "Innsatsstyrt finansiering 2000" som gir viktig informasjon om ISF-ordningen og hvilke regler som skal gjelde for 2000. Dokumentet definerer bl.a. hvilken pasientbehandling som kommer inn under ordningen og hvilke institusjoner som berøres.

Dokumentet informerer videre om at data om pasientbehandlingen skal innrapporteres pr tertial til Norsk pasientregister (NPR). NPR har ansvar for å innhente data fra sykehusene, sørge for anonymisering, oppbevaring, kvalitetskontroll, DRG-gruppering og videre rapportering av data til SHD. I departementets skriv heter det videre at sykehusene skal kvalitetskontrollere pasientdataene før innrapportering, og at frister for innrapportering må overholdes. NPR rapporterer tilbake til sykehusene med kopi til fylkeskommunene om særskilte forhold i datagrunnlaget. Sosial- og helsedepartementet rapporterer også hvert tertial aktivitetstall til fylkeskommunene og sykehusene. Departementet har også gitt uttrykk for at de vil varsle fylkeskommunene tidligst mulig dersom det avdekkes avvik fra gjeldende regler. Det er sagt at dersom retningslinjene ikke følges, eller det avdekkes forhold i strid med intensjonene i ordningen, vil departementet endre utbetalingene i henhold til dette.

Departementet understreker i en oppsummering følgende: *"Som tilskuddsmottaker er fylkeskommunene ansvarlig for at retningslinjer og regelverk for ordningen følges. Dette gjelder også innrapportering av data".*

Departementets dokument angir også hvilke krav som stilles til kodepraksis og hvilket kodeverk som skal legges til grunn, samt at det angis en rekke detaljerte definisjoner knyttet til forskjellige behandlinger og pasientgrupper i tilknytning til ordningen.

Sjekkliste: Sosial og helsedepartementet har også utarbeidet en egen sjekkliste for registrering, datakvalitet og utlevering av oppholdsdata fra sykehusene. Sjekklisten viser hvilke krav som stilles til registrering av data og datakvalitet, og forhold som bør kontrolleres spesielt og eventuelt korrigeres av sykehusene før dataene avleveres til Norsk pasientregister. Sjekklisten angir konkret DRGer som, hvis de finnes i et betydelig antall, gir klare indikatorer på dårlig datakvalitet. Sjekklisten angir også en rekke spesialtilfeller som sykehusene bør fokusere særlig på i sin dataregistrering.

Betydningen av korrekt koding: Korrekt medisinsk koding er viktig også av andre årsaker enn at sykehusene skal få registrert korrekte DRG-tall og ISF-refusjoner. I tillegg har kodingen betydning for statistikk - epidemiologi (dødsårsaker, pasientstatistikk, ulykker, sykmelding), søkeregister i PAS og eventuelle pasientjournaler, forskningsregister og i tilknytning til datakommunikasjon.

6.2 Regionsykehuset i Trondheim (RiT)

6.2.1 Administrasjonens opplegg for kvalitetssikring

Økonomidirektøren ved RiT nedsatte våren 1999 en arbeidsgruppe for kvalitetssikring av inntekter. Arbeidsgruppen skulle primært se på ISF-inntekter, polikliniske inntekter og gjestepasientinntekter. Gruppen fikk i mandat bl.a. å utarbeide modeller for avdelingsvise kvalitetssystem / rutinebeskrivelser / sjekklister knyttet til korrekt registrering. Videre skulle den utarbeide kvalitetssystem / rutiner / sjekklister for den sentrale oppfølgingen / controlling i økonomiavdelingens regnskapsseksjon og budsjettseksjon og IT-avdelingen, herunder utvikle forslag til framtidig funksjonsdeling mellom stabsenhetene. I tillegg fikk arbeidsgruppen i oppgave å se på rapportering, opplæring, informasjon og holdningsskapende tiltak.

Arbeidsgruppen som besto av ansatte ved regnskap og økonomi / IT avga sin rapport den 25.04.00. Av forhold som har særlig betydning for kvalitetssikring, kan nevnes at arbeidsgruppen som en av sine konklusjoner, har anbefalt at det legges til rette for at prosedyrekoder som registreres i operasjonsprotokollene, automatisk blir lagt over til PAS. Arbeidsgruppen mener videre at stabsenhetene som arbeider med pasientinntekter, bør ha faste ressurspersoner blant legene på hver avdeling og etterlyser formell oppnevning av kontaktpersoner.

Som vedlegg til rapporten foreligger en prosedyre for innsatsstyrt finansiering. I prosedyren er det bl.a. uttalt at det er viktig at de produserende avdelingene koder sine avdelingsforhold korrekt og i henhold til de retningslinjer som foreligger fra departementet. Ved avvikende koding, ev. feil, forglemmelser e.l., vil det være et samarbeid mellom produksjonsenhetene og sentrale stabsenheter om oppretting. Økonomi- og IT-avdelingene har et overordnet ansvar på sykehusnivå for å følge opp kodingspraksisen samt å gi tilbakemelding til avdelingene. De vil få fortløpende informasjon fra administrasjonen om pasienter som havner i DRG-grupper som sannsynligvis er feil, og som avdelingene må kontrollere og eventuelt korrigere i PAS. Videre foreligger det som et vedlegg til rapporten en sjekkliste med punkter som angir kontrollhandlinger knyttet til en lang rekke DRG-koder, kombinasjoner med hoveddiagnoser, liggetid, knivtid med videre.

Rapporten fra arbeidsgruppen er ikke formelt behandlet av sykehusets ledelse og er av den grunn heller ikke sendt ut i organisasjonen. Revisjonen har imidlertid fått opplyst at arbeidsgruppen har møtt i lederrådet og der hatt en kort informasjon om rapportens innhold. Deler av de prosedyrene som rapporten omtaler, bl.a. sjekkliste for kvalitetssikring er tatt i bruk i den grad det har vært behov for det. Det er ellers meningen at materialet som ligger i denne rapporten, skal innarbeides i en samlet økonomihåndbok. Det understrekes fra ledelsens side at rapporten først og fremst beskriver den sentrale oppfølgingen, og at en fullstendig kvalitetssikring må inneholde beskrivelser for alle nivå i organisasjonen.

Organiseringen av kvalitetssikringen

Arbeidsoppgavene knyttet til kvalitetssikring i administrasjonen er i stor grad organisert slik at de utføres av en og samme person ved økonomiavdelingen. Vedkommende som innehar stillingen i dag, har erfaring fra både økonomi og IT, samt at vedkommende har betydelig kompetanse på medisinsk koding i tillegg til interesse og engasjement for arbeidsoppgaver knyttet til bl.a. ISF. Samstemmige tilbakemeldinger er gitt på at det i denne stillingen blir gjort verdifulle arbeidsoppgaver i tilknytning til kvalitetssikring av kodingen.

Kvalitetssikring i praksis

Kartleggingen som fylkesrevisjonen har gjennomført, viser at økonomiavdelingen har tatt i bruk den sjekklisten som er presentert i arbeidsgruppens rapport jf. ovenfor. Ved bruk av programmet NorskDRG foretas det testing på om det mangler hoveddiagnose (opphold som havner i DRG 470), eller om det finnes andre konkret angitte DRG-koder som gir signaler om dårlig kodingskvalitet (f.eks DRG 468 og DRG 477). Kontrollrapportene tas i hovedsak ut av økonomiavdelingen, minimum i tilknytning til innrapportering pr tertial. Det er oppgitt at rapportene kan bli tatt ut oftere hvis man har tid. Rapportene gjennomgås delvis av økonomiavdelingen og delvis ved den behandlende avdeling. Økonomiavdelingen har ansvaret for å påse at nødvendige korrigeringer blir foretatt. Opphold som kommer ut i kode DRG 470, kan også tas ut av avdelingene selv, noe som også anbefales slik at mer regelmessig oppfølging kan skje. Økonomiavdelingen tar videre ut kontrollrapporter fra sykehusets pasientadministrative system (PAS), både fra sengepostmodul og poliklinikkmodul. Oppfølgingen av rapportene skjer enten i økonomiavdelingen eller i behandlende avdeling (eventuelt begge) med økonomiavdelingen som ansvarlig for at nødvendige opprettinger blir foretatt.

6.2.2 Avdelingenes opplegg for kvalitetssikring

Få av de avdelings-, seksjons- og overlegene som vi har vært i kontakt med, har kjennskap til administrasjonens opplegg for kvalitetssikring slik det fungerer i dag. Avdelingsoverlegene kjenner selvfølgelig til kontrollrapportene som sendes avdelingene. Av øvrige leger som vi har vært i kontakt med, er de fleste kjent med at avdelingen mottar forskjellige kontrollrapporter fra økonomi, uten å vite konkret hvilke. Noen konkluderer med at disse rapportene *“har sikkert gått til avdelingsoverlegen”*.

Organisering av kvalitetssikring

Ledelsen ved sykehuset har vist til at de har skissert en modell som går ut på at avdelingene skal oppnevne leger ved hver avdeling / seksjon som skal gis et spesielt oppfølgingsansvar med hensyn til kodingspraksis, og som kan fungere som kontaktpersoner i forhold til økonomiavdelingen / IT. Organiseringen ute i avdelingene i forhold til ISF-ordningen varierer fra avdeling til avdeling. Ofte er dette et ansvar som er tillagt seksjonsoverlegene mens det i andre tilfeller er tillagt andre overleger. Vi har også sett tilfeller hvor avdelingsoverlegen selv er svært aktivt inne i forhold til denne ordningen. Enkelte avdelinger har også oppnevnt en spesiell lege som skal ha kontakten opp mot administrasjonen.

Kvalitetssikring i praksis

Avdelingene får oversendt kontrollrapporter fra økonomiavdelingen. Rapportene vil i en del tilfeller være bearbeidet noe på forhånd av økonomiavdelingen. Rapportene gjennomgås på forskjellig nivå i avdelingene, fra avdelingsoverlegen selv, til seksjonsoverlegene, behandlende lege og kontorpersonalet med videre. I enkelte tilfeller vil det være behov for å gå tilbake til selve journalen før nødvendige opprettinger kan foretas.

Som tidligere nevnt, vil kontrollrapportene vise både mangelfull koding og feil koding samt at enkelte ulogiske sammenhenger blir avdekket. I mange tilfeller understrekes det imidlertid fra avdelingene at kontrollrapportene kun avdekker feil kombinasjoner og ikke nødvendigvis manglende bidiagnoser, operasjonskoder, prosedyrer med videre.

Opphold kommer i kode DRG 470 der hvor hoveddiagnose ikke er fastsatt. Et gjennomgående problem i den forbindelse er at de fleste avdelingene ikke er à jour når det gjelder skriving av epikriser. Kodingen i PAS, som får betydning for ISF, skjer først etter at epikrisen er skrevet. Problemet er her todelt, både at legene ikke er à jour med dikteringen av epikrisene og at kontorpersonalet ikke er à jour med skrivingen.

Enkelte mener også at dagens koding ikke er god nok fra legenes side. Til tider har det vært problematisk å få legene interessert i problemstillingene knyttet til koding. Enkelte avdelinger har også tatt i bruk ferdig utfylte kortlister for å slippe å slå opp i det medisinske kodeverket. Ingen av dem som revisjonen har spurt, har gitt uttrykk for at økonomiske betraktninger styrer kodingen.

Fylkesrevisjonen har stilt spørsmål til avdelingene om de i større grad enn hva som er tilfelle i dag, har behov for å ta ut kontrollrapporter og ha mer direkte oppfølgingsansvar av korrekt koding selv. Tilbakemeldingene her er ikke entydige. Noen avdelinger synes dagens ordning fungerer tilfredsstillende. I andre tilfeller fremkommer det ønsker om at kontrollrapportene bør kunne tas ut på den enkelte avdeling, og at intervall for rapportuttak bør være hyppigere enn dagens ordning. Det pekes også på at oppfølgingen ikke nødvendigvis må skje av leger. Flere foreslår at avdelingene burde hatt driftskonsulenter med økonomiske bakgrunn som også kunne hatt ansvar i forhold til ISF.

6.3 Orkdal Sanitetsforenings sjukehus (OSS)

6.3.1 Administrasjonens opplegg for kvalitetssikring

OSS har ikke utarbeidet skriftlige rutiner for kvalitetssikring av den medisinske kodingen, men fylkesrevisjonen har fått opplyst at det kan foreligge noe skriftlig materiale i form av notater. Det er administrasjonens oppfatning at det er avdelingsoverlegens ansvar hvordan arbeidet med oppfølging av korrekt koding skjer.

Organisering av kvalitetssikring

Administrasjonen har vurdert det slik at de skal ha en overordnet oppfølging av kodingskvaliteten. Administrasjonen mener videre at avdelingene pr i dag mangler både ressurser og kompetanse til å kunne ta ut kontrollrapportene selv. Man har derfor vurdert det slik at arbeidet med rapportuttak over DRG-koding mest rasjonelt kan gjøres sentralt. Kontrollrapporter tas ut av administrasjonen og sendes til avdelingene for nødvendig gjennomgang og korrigeringer.

Kvalitetssikring i praksis

Administrasjonen har som tidligere nevnt, etablert en fast rutine med utkjøring av kontrollrapporter over typiske feil-DRGer. Listene over disse DRGene kjøres ut avdelingsvis og leveres avdelingsekspedisjonen som skal sørge for at de aktuell legene foretar korrigering. Ut fra at disse rapportene har vist et synkende antall opphold med feil-DRGer, kan dette i følge administrasjonen tyde på en kvalitetsforbedring i den medisinske kodingen over tid ved sykehuset.

6.3.2 Avdelingenes opplegg for kvalitetssikring

Kontrollrapporter over DRGer som viser dårlig kodingskvalitet, mottas fra administrasjonen.

Organisering av kvalitetssikring

I tillegg til at avdelingsoverlegene er ansvarlig for at den medisinske kodingen skjer korrekt, er det vist til at det ved avdelingene skal være etablert egne ordninger med kvalitetssikring. Eksempelvis kan en overlege være gitt konkrete oppgaver med å gjennomgå kodingen for alle pasienter innenfor sin spesialitet. Dette skjer ved gjennomgang av epikrisene. Det er grunn til å understreke at det her ikke skjer noen overprøving av den medisinske vurderingen som er foretatt. Det skal kun være fokus på at riktig hoveddiagnose er satt og at nødvendige bidiagnoser, komplikasjoner og prosedyrer er blitt tatt med. Det arbeides også med å etablere et kvalitetssystem hvor det settes fokus på at alle koder som har økonomisk betydning, blir tatt med uten at det går ut over hva som kan sies å være korrekt koding. Kvalitetssystemet vil for eksempel kunne bestå av en kvalitetssikringsprotokoll som skal ligge foran journalen, og følge pasienten gjennom hele oppholdet ved sykehuset.

Kvalitetssikring i praksis

Kontrollrapporter som mottas gjennomgås med sikte på å kunne foreta korrigeringer slik at flest mulig opphold blir plassert i riktig DRG.

Det er også opplyst at avdelingene ved OSS benytter seg av samme type avkryssingsskjemaer (kortlister) for diagnoser som til dels benyttes ved RiT.

Revisjonen har ikke fått spesielle tilbakemeldinger på dagens opplegg med sentrale uttak av kontrollrapporter og avdelingvis oppfølging. Det er imidlertid understreket at en spesialist på DRG-koding bør ha ansvaret for oppfølgingen, og at det bør være en spesialist innenfor hver medisinsk spesialitet.

6.4 Fylkesrevisjonens vurderinger

Fylkesrevisjonen vil innledningsvis vise til at det er avdelingsoverlegene som er ansvarlig for den medisinske kodingen. Kvalitetssikringen må imidlertid ha sin forankring i en virksomhets øverste ledelse. Det er videre av avgjørende betydning at alle ledd i organisasjonen har et forhold til verdien av god kvalitet og kvalitetssikring.

6.4.1 Regionsykehuset i Trondheim

Fylkesrevisjonen registrerer at RiT har gjort et godt stykke arbeid i forhold til kvalitetssikring av ISF-inntekter gjennom arbeidsgruppens rapport. Dessverre er dette arbeidet ennå ikke blitt sluttført, verken ved at rapporten har fått noen formell behandling i ledelsen eller ved systematisk iverksetting av de tiltak som rapporten beskriver.

Revisjonen ser at rapporten alene ikke er et fullverdig hjelpemiddel for kvalitetssikring. Rapporten avklarer i liten grad hvilke arbeidsoppgaver som skal gjøres hvor, av hvem og hvor ofte. Den sier heller ikke noe om oppretting av feil og hvem som skal ha dette ansvaret. Det er heller ikke sagt noe om at kontrollrapportene skal signeres og attesteres for gjennomført kontroll og oppbevares. Når ledelsen viser til at fullstendige rutiner vil bli tatt inn i en økonomihåndbok, blir revisjonen skeptisk. Dette har sammenheng med at det i svært lang tid er vist til arbeidet med rutinebeskrivelser og egen økonomihåndbok, uten at sykehuset har greid å få den ferdigstilt.

Den sjekklisten som inngår som et vedlegg til rapporten, og som i praksis ser ut til å bli fulgt opp av økonomiavdelingen, dekker etter det vi kan se, de vesentligste kontrollpunktene som departementet har pekt på i sin informasjon til sykehuset. Manglende registrering av bidiagnoser, komplikasjoner og prosedyrer blir nødvendigvis ikke avdekket ved disse kontrollene. Oppfølgingsrutiner ute på de enkelte avdelinger i tillegg til kontrollrapportene vil derfor også være avgjørende for at resultatet skal bli korrekt koding.

Rapporten fra arbeidsgruppen viser til to andre tiltak som også vil ha betydning for korrekt koding. Det ene er forslaget om automatikk i at operasjonskoder legges over i PAS-systemet. Revisjonen mener at ethvert system som krever at data skal overføres / registreres manuelt i et annet system, vil være en kilde til feil. Det andre forslaget er at det må utnevnes en kontaktleger ved hver avdeling som skal ha kontakten med den i økonomiavdelingen som arbeider med kvalitetssikring av ISF-inntektene. Dette er revisjonen helt enig i. I tillegg bør avdelingene ved RiT oppnevne ansvarlige kodingsleger ved hver seksjon som har et ansvar for den løpende oppfølgingen av seksjonens kodingspraksis.

Det kan også være grunn til å vurdere nærmere hvor hensiktsmessig det er å bruke kortlister for avkryssing av de mest brukte diagnosene og kodene ved de enkelte avdelingene. Det blir hevdet at dette er arbeidsbesparende samtidig som vi har klare innspill på at kodingskvaliteten blir dårligere og mer unøyaktig ved bruk av slike kortlister.

6.4.2 Orkdal Sanitetsforenings sjukehus

Fylkesrevisjonen registrerer at administrasjonen ved OSS anser kodingen for å være avdelingsoverlegens ansvar. Ledelsen har derfor ikke tatt initiativ til å få utarbeidet noe samlet kontrollopplegg for ISF-kodingen.

Revisjonen mener behovet for kvalitetssikring av ISF ved OSS må vurderes på nytt. Administrasjonen bør bl.a. vurdere om det vil være behov for flere sjekkpunkter i tilknytning til oppfølgingen av ordningen med ISF. Som ved RiT, vil kontrollrapportene ved OSS ikke avdekke manglende registrering av bidiagnoser, komplikasjoner og prosedyrer ut over det som havner i typiske "søppel-DRGer". Også ved OSS bør det være oppnevnt leger med spesielt ansvar for seksjonenes kodingspraksis.

Det kan være grunn til å vurdere nærmere hvor hensiktsmessig det er å bruke kortlister da det kan være en risiko for at kvaliteten på kodingen ikke blir spesifikk nok ved bruk av slike forhåndstrykte lister.

7. Kvaliteten på medisinsk koding - fakta og vurderinger

7.1 Vurderingskriterier

Undersøkelsen har som hensikt å vurdere faktisk koding ved RiT med bakgrunn i en vurdering av pasientjournaler opp i mot de medisinske fagkodeverkene som benyttes i 2000:

Diagnoser

“Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer”. Norsk utgave av ICD-10, 10. revisjon. Statens helsetilsyn 1998.

Prosedyrer

"Klassifikasjon av kirurgiske inngrep 1999". Norsk utgave av "The NOMESCO Classification of Surgical Procedures" (NCSP) med tillegg av foreløpige koder for ikke-kirurgiske prosedyrer. NOMESKO, KITH og Statens helsetilsyn 1998.

En del viktige regler for ISF-ordningen fremgår av koderegler fra "Sjekkliste 2000 for ISF systemet" som er utgitt av Sosial og helsedepartementet. I den grad det legges økonomiske betraktninger til grunn ved vurdering av koding, legges Sosial- og helsedepartementets Prisliste DRG 2000 til grunn.

Problemstillinger

Kodetestingen skulle på grunnlag av et begrenset materiale belyse følgende problemstillinger:

- Holder medisinske registreringer en tilfredsstillende kvalitet som grunnlag for de statlige utbetalinger til fylkeskommunen, og vil eventuelle unøyaktigheter ha økonomisk betydning?
- Hvilke feilkilder kan påvises?
- Finnes det holdepunkter for at feilkilder fører til systematiske feil i koding?

Undersøkelsen ble planlagt for å avklare om det er samsvar mellom opplysningene i pasientjournalen og diagnosekodene på journalarket samt registreringene i sykehusets pasientadministrative system (PAS) og i Norsk Pasientregister (NPR). Dermed ville vi kunne følge opplysningene fra journal til endelig registrering hos NPR.

7.2 Valg av datasett for gjennomgang

Valg av utplukksdata ble foretatt på grunnlag av DRG-grupperte avdelingsopphold i pasientdata ved Norsk Pasientregister (NPR) for første halvår 2000. Vi ønsket å plukke ut pasientgrupper som er typiske for ulike avdelinger, herunder virksomhet knyttet til kirurgi og ikke-kirurgisk virksomhet, med tanke på å identifisere mulige tendenser innen ulike avdelinger. Ved å velge pasientgrupper typiske for tre store avdelinger (barn, ortopedi og indremedisin / mage-tarmsykdommer) håpet vi dermed å kunne belyse kodingspraksis ved en bredere del av RiTs virksomhet. Vi er likevel fullt klar over at verken antall reviderte journaler eller pasientgrupper kan sies å være representative for sykehuset som helhet.

Før utplukk ble rekkefølgen av kasus randomisert ved en algoritme basert på de seks midterste sifre i sykehusets åttensifrede pasientløpenummer, slik at utvalget skulle bli helt tilfeldig i forhold til tid og andre ytre omstendigheter. Resultatet ble at det i alt ble undersøkt 43 ”medisinske”, 29 ”nyfødte” og 30 ”ortopediske” kasus, i alt 102 kasus. Utvalget består konkret av følgende DRG-grupper:

”Medisinske”: Øsofagitt/gastroenteritt : DRG 182. 183,184A, 184B, 422, 423.

Barneavdeling: Syke nyfødte: DRG 385A – DRG 390C (hele serien).

Ortopedisk avdeling: Hofteparasjoner/større leddoperasjoner unntatt hofteproteser:
DRG 210, 211.

Disse pasientkategoriene representerer et betydelig volum ved sykehuset, og de har dermed økonomisk interesse i ISF-sammenheng. DRG-systemet deler de foreslåtte kategoriene inn i ”kompliserte” henholdsvis ”ukompliserte” etter forekomst av spesifikke tilleggstilstander (bidiagnoser).

RiT presiserte underveis i undersøkelsen at dataene som inngår i utplukket ikke er endelig kvalitetskontrollerte. Både NPR og sykehusene benytter kontrollprogrammer som sorterer ut data som ikke lar seg DRG-gruppere eller som inneholder sikre eller sannsynlige feil. NPR anbefaler at spesielle avvik fra erfaringstall i DRG restkategorier bør kontrolleres. De kontrollrutinene som gjenstår ved RiT f eks for det undersøkte materiale, er også av datateknisk art, f eks samkjøring av PAS-systemet med et eget register for operasjonskoder. Dette kan avsløre manglende eller feil registreringer. RiT kjører ellers ut kontrollister med sykehusopphold som havner i typiske ”feil-DRGer”. Utplukket inneholder ikke denne typen DRGer. Fylkesrevisjonen anser det ellers for lite sannsynlig at resultatet av undersøkelsen har gitt et annet resultat dersom vi hadde ventet til RiT var ferdig med å kvalitetssikre sine data. Det er få tekniske muligheter for å etterprøve medisinsk koding for øvrig når epikrise er skrevet og journalen er arkivert. I slike tilfeller må opplysningene i journalen etterprøves på samme måte som i denne undersøkelsen.

Ved å bruke data fra 2000 får RiT kunnskap om resultatene av undersøkelsen før fristen for levering av endelige datasett til NPR for 2000 er passert. RiT vil derved ha mulighet for å gjennomgå og eventuelt oppdatere eller korrigere de gjennomgåtte pasientdataene.

7.3 Resultater fra undersøkelsen

Alle vesentlige funn og forhold av betydning ble fra KITH sin side kommentert mht praktiske, faglige og økonomiske konsekvenser. Når det har betydning for resultatene, er de fordelt etter de undersøkte DRG kategoriene: "Medisinske", Nyfødte og Ortopediske. Opprinnelig og korrigert DRG er sammenholdt for hvert gransket pasientopphold, og avviket danner det viktigste grunnlaget for beregning av feil.

For en mer fullstendig presentasjon av resultatene fra undersøkelsen viser vi til tabeller med kommentarer som ligger som vedlegg til denne rapporten. Ellers vil rapporten fra KITH til fylkesrevisjonen være tilgjengelig for sykehusene i Sør-Trøndelag fylkeskommune på forespørsel til fylkesrevisjonen.

7.3.1 Generelle funn

Vi vil innledningsvis gi noen generelle observasjoner omkring selve arkiveringen og ordningen av pasientjournalene. Våre vurderinger vil komme senere.

- Til sammen ble 102 avdelingsopphold vurdert
- Alle aktuelle journaler ble fremlagt til undersøkelsen
- Journalene var stort sett velorganiserte, sorterte og ryddige
- Kun ett av oppholdene manglet epikrise
- Det ble ikke påvist noen ugyldige (ikke eksisterende) diagnosekoder

7.3.2 Undersøkelse av (økonomiske) DRG-konsekvenser

Konsekvenser for DRG gir i utgangspunktet direkte økonomisk betydning, i og med at det er antall DRG-poeng som danner grunnlag for ISF-refusjon. DRG-systemet (Diagnose Relaterte Grupper) er en klassifisering av sykehusopphold i grupper som medisinsk sett er meningsfulle og ressursmessig homogene. Med bakgrunn i medisinske og administrative opplysninger om pasienten blir hvert enkelt sykehusopphold plassert i én, og bare én, DRG. I DRG-systemet er det tilordnet en kostnadsvekt til hver DRG. Kostnadsvekten angir gjennomsnittlig ressursbruk i den enkelte DRG via delvekter. Den enkelte DRG består av ulike komponenter der liggetid, røntgen, laboratorieprøver og operasjonskostnader inngår.

Prisen for DRG	= 1,0 er for 2000		kr 28 324.
DRG-refusjon for DRG	= 1,0 er for 2000	50 %, dvs	kr 14 162.

Basert på revisjon av 102 avdelingsopphold som representerer 110,8 DRG-poeng foreligger følgende resultat:

DRG er endret ved revisjon i 19 av 102 kasus (19%).

De 19 oppholdene er revidert til:	-ukomplisert DRG:	1 tilfelle
	-komplisert DRG:	8 tilfeller
	-annen DRG:	10 tilfeller

Endringen fører til økt poengsum med 11,85 poeng. (11 %).

Det vil si at i det utvalget som er foretatt, foreligger det en "underkoding" tilsvarende 11,85 DRG poeng. Målt i kroner basert på 50 % DRG refusjon for 2000 utgjør underkodingen et frafall av inntekter på 167 820 kroner. (11,85 poeng * 28 324 kroner per DRG poeng * 50%).

Fylkesrevisjonen vil imidlertid poengtere at økningen for en stor del skyldes ett kasus som alene gir en økning på 9,98 poeng som følge av manglende registrering av operasjon. (Store forskjeller i DRG-vekter med og uten operasjon i nyfødtmedisin). (Se forøvrig tabell 2).

Tabell 1: Økonomisk betydning av reviderte medisinske registreringer

Pasientgrunnlag	Antall	Endring i DRG		Endring i utbetaling	
		Antall	Prosent	Kroner	Prosent
Gastro (Medisinske)	43 stk	11 stk	26 %	-28.748 kr	-7,8 %
Nyfødte	29 stk	2 stk	7 %	148.984 kr	33,6 %
Hofte/låroperasjon	30 stk	6 stk	20 %	47.584 kr	6,3 %
SUM	102 stk	19 stk	19 %	167.820 kr	10,7 %

Vi presiserer at dette er resultater basert på et begrenset utvalg og vil advare mot generalisering av resultatene. Utvalget er meget lite og dessuten begrenset til tre veldefinerte pasientgrupper og tilfredsstiller således ikke statistiske krav til representativitet for hele sykehusets aktivitetsspekter.

Tabell 2: Resultat etter revisjon hvor utgangspunktet angis i aktuelle NPR-DRG og viser revidert DRG med kode og tekst

Opr-DRG	Revidert DRG	Opr. vekt	Rev-vekt	Diff.	Ant.	Poeng-diff
182	316 Nyresvikt	0,66	1,50	0,84	1	0,84
184A	184B Øsofagitt, gastroenteritt & diverse, < 18 år, u/bk	0,56	0,28	-0,28	1	-0,28
422	70B Otitis media & øvre luftveisinf., < 18 år, u/bk	0,45	0,26	-0,19	5	-0,95
423	183 Øsofagitt, gastroenteritt & diverse, >17år, u/bk	1,12	0,42	-0,70	1	-0,70
423	283 Lettere hudsykdom, m/bk	1,12	0,96	-0,16	1	-0,16
423	331 Andre sykd. i nyrer & urinveier, > 17 år, m/bk	1,12	1,20	0,08	1	0,08
423	70B Otitis media & øvre luftveisinf., < 18 år, u/bk	1,12	0,26	-0,86	1	-0,86
388B	388A Nyfødt, f-vekt 1500-2499 g, med større op, levetid = 1 dag	2,27	12,25	9,98	1	9,98
390A	389D Nyfødt, f-vekt = 2500 g, m. større operasjon, levetid = 1 dag	0,85	1,39	0,54	1	0,54
210	209 Større leddoperasjoner og påsetting av lemmer i ueks	2,04	3,65	1,61	1	1,61
211	210 Hofte-/lårbensopr. ekskl. større leddopr., > 17år,m/bk	1,69	2,04	0,35	5	1,75
	Sum				19	11,85

☐ Medisinske
 ☐ Nyfødte
 ☒ Ortopediske

Tabellen viser DRG-vekt før og etter revisjon med antall og differanse, samt samlet poengdifferanse per revidert DRG og totalt. Opprinnelig vekt viser sykehusets innrapportering av data til NPR, mens revidert vekt viser status etter gjennomgangen fra KITH.

7.3.3 Koding av hoveddiagnose

Generelt

Klassifikasjonssystemet som ligger til grunn for ISF-systemet, bygger på “Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer” (ICD-10).

Klassifikasjonsstrukturen i ICD er en videreutvikling av en struktur som ble foreslått på midten av 1800-tallet (William Farr) da dette første gang ble diskutert internasjonalt.

ICD er i sin grunnleggende form en kodeliste i form av tretegnskategorier. Hver av disse tretegnskategoriene kan videre inndeles i opptil ti firetegnskategorier. Fylkesrevisjonen finner det ikke formålstjenlig å gå videre inn på inndelingen i ICD, men viser til “Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer” (ICD-10), 10. revisjon, norsk utgave, utgitt av Statens helsetilsyn på oppdrag av Sosial- og helsedepartementet.

DRG-klassifiseringen baserer seg i 2000 på åtte registrerte diagnosekoder, hvorav den første blir oppfattet som hoveddiagnose. Diagnosene innrapportert som nummer to og oppover, oppfattes som bidiagnoser. Dersom man i sykehusets pasientadministrative datasystem har registrert flere enn sju bidiagnoser, skal de viktigste sju bidiagnosene innrapporteres. Det er avgjørende at riktig diagnose registreres som hoveddiagnose.

Korrekt valg av hoveddiagnose er viktig både av hensyn til statistikk og DRG-gruppering. Hoveddiagnose skal settes etter retningslinjene beskrevet i Opplæringsheftet for ICD-10.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer hoveddiagnose som “Hovedtilstanden er den tilstanden som er hovedårsaken til at pasienten trenger behandling eller undersøkelse. Hvis det ikke stilles noen diagnose, skal hovedsymptomet, det viktigste anomalitetsfunnet eller problemet anses som hovedtilstand. Hvis det dreier seg om mer enn én tilstand, skal den mest ressurskrevende velges som hovedtilstand.”

En klinisk diagnose kan etter ICD-10 ofte beskrives med mer enn én kode (parkoding, multippel koding). Både en hoveddiagnose og en bidiagnose kan således være uttrykt med mer enn én kode. Diagnoser skal alltid kodes med minst fire tegn når fire tegn er tilgjengelig (jf. andre avsnitt ovenfor). Følgende krav settes til registreringen av hoveddiagnose:

- Hoveddiagnose må alltid registreres.
- Hoveddiagnosen må nedtegnes som første diagnose ved utskrivning.
- For sykehuspasienter som har kontakt med helsetjenesten der tilstanden verken er sykdom eller skade, skal det ikke registreres hoveddiagnose på vanlig måte, men brukes såkalte Z-koder. Dette gjelder f.eks. observasjonspasienter, dialysebehandlinger, fremmøte til cytostatikabehandling, fremmøte til poliklinisk strålebehandling, pasienter som blir innlagt til rehabilitering eller friske nyfødte. Vanligvis har pasienten vært inn til behandling for den opprinnelige sykdommen tidligere. Friske nyfødte registreres i mors journal.

Valg av hoveddiagnose er sentral for DRG gruppering. Viktige diagnoser angitt som bidiagnoser vil i en del tilfeller likevel styres til korrekt DRG, trass i feilkoding. Særskilte prosedyrekoder styres også av og til direkte til aktuell DRG uavhengig av diagnosekodingen.

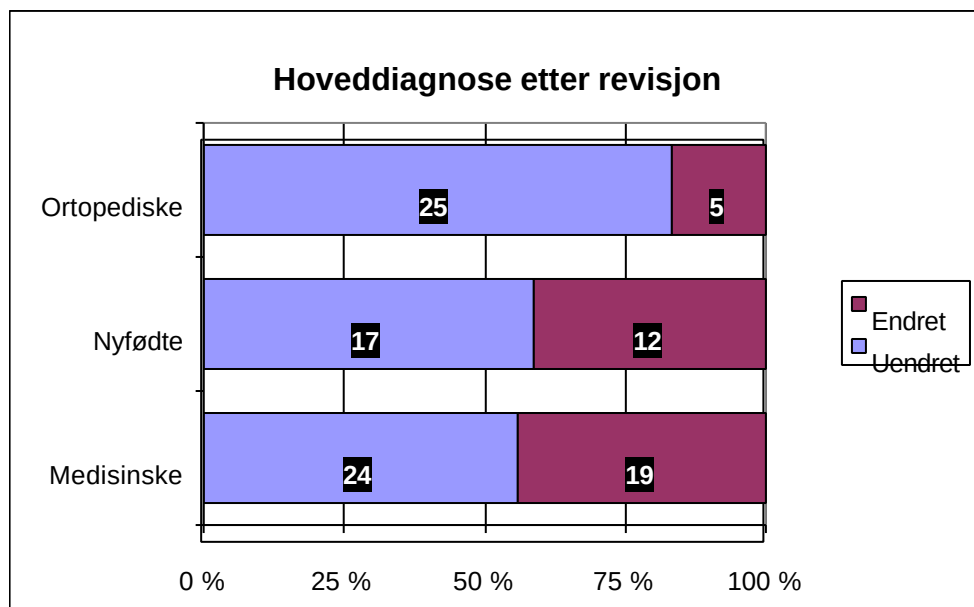
Resultater fra undersøkelsen

Hoveddiagnose ble omkodet iht regelverket for ICD-10 for 36 av 102 tilfeller, dvs for 35 % av det totale utvalget. Halvparten av disse feilene førte til endret DRG og dermed til økonomisk uttelling.

Sortert etter konsekvens, der de mest vesentlige feil listes først, fordeler type feil i hoveddiagnosekoding seg slik:

- Hoveddiagnosen ble omkodet til bidiagnose i 12 tilfeller, tilsvarende 12 %.
- Hoveddiagnosen var i feil kapittel (ICD-10) i 22 tilfeller
- Hoveddiagnosen var feil, men i riktig kapittel (ICD-10) i 2 tilfeller
- Hoveddiagnosen var feil, men i riktig kategoriblokk (ICD-10) i 1 tilfelle
- Hoveddiagnosen var feil, men i riktig 3-tegnskategori (ICD-10) i 9 tilfeller

ICD-10 kapitlene er inndelt i kategoriblokker og deretter i tretegnskategorier. Feilkoding innen samme tretegnskategori har oftest ikke konsekvens for DRG gruppering, mens feil innen kategoriblokk eller kapittel langt oftere gir feilgruppering.



Endringen av hoveddiagnose var størst for de "medisinske" DRGer med 44 %, deretter følger gruppen nyfødte med 41 %. Endringen var som forventet minst for utvalget innen ortopedi, 16 %, hvor diagnostikk er spesifikk og inndelingen i ICD-10 ganske konsis.

Den uspesifikke kodingen av infeksjonssykdommer opptrer gjentatte ganger og tyder således på systematiske feil i kodingen ved RiT. Undersøkelsen viser også systematisk feilkoding med Z-koder som hoveddiagnose for nyfødte som var med i utplukket til aktuelle “nyfødt-DRGer”. Disse gruppene skal kun omfatte syke nyfødte. (Friske nyfødte gir i dag ingen DRG-refusjon). I akkurat dette tilfellet gjør imidlertid logikken i DRG-grupperingen sitt til at koding i feil rekkefølge (med hoveddiagnose som bidiagnose) likevel styres til riktig DRG. Bruk av dataene i annen statistikk gir imidlertid betydelige feil.

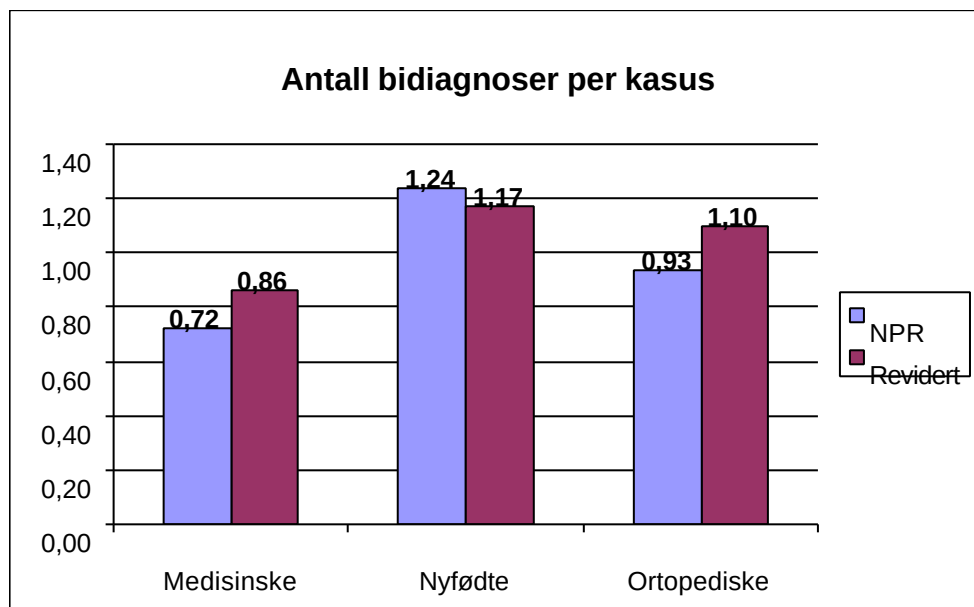
7.3.4 Koding av bidiagnoser

Generelt

I tillegg til hovedtilstanden skal tilstander som eksisterer samtidig med hovedtilstanden, eller som utvikler seg i løpet av behandlingsperioden, og som får konsekvenser for behandlingen av pasienten, registreres som bidiagnoser. Tilstander som relaterer seg til tidligere innleggelser, og som ikke har innvirkning på den aktuelle behandlingen, skal ikke tas med.

Resultater fra undersøkelsen

Bidiagnose ble revidert til hoveddiagnose i 13 tilfeller (dvs at riktig kode omtrent alltid var registrert, men valg av hoveddiagnose var feil). Gjennomsnittlig antall bidiagnoser økte i gjennomsnitt med 9 % etter revisjon. 12 hoveddiagnoser ble revidert til bidiagnose.



Tabellen og figuren viser at antall relevante bidiagnoser økte noe for gruppene ”medisinske” og ortopediske, med en liten reduksjon i gruppen nyfødte. Undersøkelsen viser altså en underrapportering av bidiagnoser for gruppene ”medisinske” og ortopediske, mens det er en liten overrapportering av bidiagnoser for nyfødte.

7.3.5 Koding av Prosedyrer

Generelt

Kirurgiske DRGer grupperes i sykehusopphold etter registrerte prosedyrekoder. Klassifisering skjer i henhold til "Klassifikasjon av kirurgiske inngrep 1999". Norsk utgave av "The NOMESCO Classification of Surgical Procedures" (NCSP). Følgende krav stilles til registreringen av prosedyrekoder:

- Alle utførte prosedyrer skal registreres
- 5 tegn skal alltid brukes

Det finnes dessuten tilleggskoder i kapittel Z (ICD-10). Disse kodene kan imidlertid aldri stå alene og skal alltid knyttes til en grunnkode. Disse kodene brukes som tilleggsinformasjon om eksempelvis operasjonsteknikk og varighet av operasjon.

Sykehusopphold grupperes i kirurgiske DRGer etter registrerte prosedyrekoder. Grupperingen styres imidlertid av en hierarkisk fordeling av disse prosedyrene, hvor det kun er operasjonsstuekrevene prosedyrer som i denne sammenheng regnes som kirurgiske prosedyrer. I datamaterialet som overføres til NPR, er det plass for 10 prosedyrekoder. Dersom man registrerer flere enn 10 prosedyrekoder, skal kodene for de 10 viktigste prosedyrene innrapporteres. Rekkefølgen er uten betydning da grupperingsprogrammet søker frem den mest ressurskrevende.

Resultater fra undersøkelsen

44 journaler inneholdt prosedyrekoder. 50 av de i alt 53 registrerte prosedyrekodene forble uendret etter revisjonen. 3 ble strøket mens 11 ble lagt til. Feil prosedyrekode førte til endret DRG i 2 tilfeller.

7.3.6 Koding av årsak

I skadetilfeller skal hver ny skade i tillegg til diagnosekode(r) ha en kode som beskriver skadens årsak og pasientens oppholdssted og aktivitet på skadetidspunktet. Formålet er å kunne bruke dataene i statistisk sammenheng for å kartlegge årsaken til at skader skjer i samfunnet og dermed skaffe informasjon som kan brukes til å begrense skadeomfanget.

Manglende årsakskoder har ikke betydning for DRG-gruppering og har heller ingen økonomisk betydning for sykehuset. Årsakskoding er imidlertid obligatorisk i henhold til kodeverket (ICD-10).

Resultat fra undersøkelsen

Funnene fra undersøkelsen viser at årsakskode manglet i 29 av de 32 skadetilfelle som var relevante (90 %). (Dette har ingen konsekvens for DRG).

7.3.7 Systematisk feilkoding

Vi har valgt å oppsummere de tendensene fra utplukket som kan anses for å være systematiske feil og som RiT særlig bør legge merke til:

- Bruk av uspesifikke koder ved infeksjonssykdommer hvor det foreligger spesifiserte opplysninger om lokalisasjon.
- Feilkoding av syke nyfødte (bruk av Z380 som hoveddiagnose).
- Manglende koding av årsak, sted og aktivitet ved skadetilfeller.

7.3.8 Oppsummering

Gjennomgangen av den medisinske kodingen har avdekket en relativt stor feilandel ved RiT. KITH anfører i sin vurdering at “Det er faglig betenkelig at en revisjon fører til en endring av DRG i henimot 20 % av tilfellene og at det totalt er feil i valg av hoveddiagnose i 35 % av tilfellene.” Dette er trolig ikke enestående ved RiT og KITH anfører videre: “Likevel synes dette ikke å være avvikende fra tilsvarende undersøkelser.” KITH viser i den forbindelse til erfaringer fra undersøkelse av kodingskvalitet i Sverige. Revisjonen ser at en del av feilene kan henføres til endringer i regelverket som igjen krevde endringer i registreringsrutinene ved RiT i løpet av 2000. Fylkesrevisjonen tar ikke alle funn direkte inn i rapporten, men vedlegger samtlige tabeller med kommentarer som vedlegg til rapporten.

Undersøkelsen har ikke påvist noen tegn til såkalt taktisk koding, det vil si koding som er gjort for å gi ISF-refusjon ut over det som er berettighet.

I sin interne rapport til fylkesrevisjonen gjorde KITH følgende vurdering av den medisinske kodingen ved RiT: “En oppsummering av revisjonen, både med hensyn til det faglige nivå i kodingspraksis med tanke på at dataene skal benyttes til ulike formål som lokal og nasjonal virksomhetsstatistikk og sykdomsstatistikk, samt i lys av de økonomiske konsekvenser, kan trolig best formuleres:

“Ganske bra, men ikke bra nok!”

7.4 Fylkesrevisjonens vurderinger

Generelt

Ut fra oversendt liste med spesifikasjon av journaler, ble alle de aktuelle journalene fremlagt til undersøkelsen. Ifølge KITH er dette et godt resultat sett i lys av det omfattende problem norske sykehus har med å finne papirjournalen, i alle fall i akutte situasjoner. Journalene var stort sett velorganiserte, sorterte og ryddige.

Kun ett av oppholdene manglet epikrise. Dette er også et godt resultat selv om det forventes at epikrise foreligger når det for alle opphold var over tre måneder siden utskrivelsen. I det aktuelle tilfellet forelå epikrise fra den avdelingen pasienten ble overflyttet til.

7.4.1 Økonomisk virkning

Innledningsvis vil fylkesrevisjonen peke på at DRG-systemet ifølge konsulenten er ganske robust. Mindre variasjoner i valg av hoveddiagnose, f.eks. innen samme tretegnskategori eller kategoriblokk fører ofte til plassering i den samme DRG eller en annen DRG med tilsvarende vekt. Dette gjelder spesielt hvor prosedyrekoder styrer direkte til aktuell DRG. Dermed trenger ikke mindre unøyaktigheter i kodingen føre til større økonomiske konsekvenser.

Revisjonen av utvalget viste i dette tilfellet en "underkoding" tilsvarende ca. 12 DRG poeng. Målt i kroner basert på 50 % DRG refusjon for 2000 utgjør underkodingen et inntektstap på 167.820 kroner. Dersom utvalget som er undersøkt er representativt for RiT, er inntektstapet omfattende. I så fall kan det være snakk om beløp i millionklassen. Undersøkelsen gir imidlertid ikke grunnlag for å anslå dette mer konkret, men synliggjør hvor store økonomiske effekter unøyaktig medisinsk koding kan medføre slik ISF-ordningen fungerer i dag.

Gjennomgangen fører til at DRG-vektene endres i mange tilfeller, noe som igjen fører til at grunnlaget for refusjon endres. Siden vektene endres i både positiv og negativ retning så vil man også oppnå en viss utjevne effekt så fremt det ikke finnes tilfeller av systematisk feilkoding. I denne undersøkelsen skyldes økningen i DRG-poeng for en stor del ett tilfelle som alene gir en økning på 9,98 poeng som følge av manglende registrering av operasjon (store forskjeller i DRG-vekt med og uten operasjon i nyfødtmedisin).

Erfaringer fra tilsvarende undersøkelser i andre land, for eksempel Sverige, viser imidlertid at klassifiseringsfeil i DRG ikke nødvendigvis utjevner hverandre, men at de i de fleste tilfellene går i sykehusenes disfavør, og at gjennomgang av diagnosesettingen gjerne fører til "tyngre" DRG.

Fylkesrevisjonen vil i denne sammenhengen også nevne forholdet til krypavkortinger når vi drøfter økonomiske virkninger av medisinsk koding. Som det har vært hevdet tidligere, så vil endring i DRG-indeks som følge av revisjoner av denne typen, ikke automatisk gi umiddelbar inntektsvirkning. Dette er avhengig av hvordan årets DRG-indeks er ved de somatiske sykehusene for fylkeskommunen som helhet sett i forhold til 1998 som er basisår for årets beregninger. Dersom indeksen (et mål på pasientenes sykdomstyngde målt i DRG-poeng) i forhold til 1998 øker med mer enn 2 %, vil overskytende økning i DRG-indeks bli avkortet som "kryp".

I de siste årene har imidlertid grunnlaget for krypavkorting (basisår) blitt flyttet fremover fra 1995 og etterhvert til 1998. I såfall vil registrering i år og som eventuelt avkortes på grunn av kryp gi økonomisk uttelling i senere år når årets registrering blir grunnlag for krypberegning. Sagt på en annen måte så vil det man sår i år, ikke høstes før i det året 2000 eventuelt blir basisår.

7.4.2 Kvaliteten på koding ut fra medisinske og statistiske hensyn

Foruten økonomiske betraktninger gir kvaliteten på den medisinske kodingen også et uttrykk for kvaliteten på de dataene som finnes i pasientenes journal. Den medisinske kodingen danner også grunnlag for utarbeidelse av medisinsk statistikk.

Betydningen av nøyaktig og korrekt koding er således ikke viktig bare ut i fra økonomiske hensyn, men vil også ha betydning for kvaliteten på opplysninger i pasientens journal og kvaliteten på medisinsk statistikk.

Undersøkelsen viste at hoveddiagnose ble omkodet i 35 % av det totale utvalget etter revisjon. Gjennomgangen viste også avvik i forhold til bidiagnoser og prosedyrekoder, mens årsakskoding var omtrent totalt fraværende. Tallene viser tildels betydelige avvik og viser et forbedringspotensiale i forhold til medisinsk koding. Undersøkelsen synliggjør også et opplæringsbehov og nødvendigheten av grundig oppfølging av den medisinske kodingen fremover.

Fylkesrevisjonen vil likevel presisere at vi ikke har grunn til å tro at RiT koder dårligere enn hva andre sykehus gjør. Selv om det er gjennomført svært få tilsvarende undersøkelser i Norge, viser resultatene fra sykehus i Sverige til dels store mangler i den medisinske kodingen. I og med at denne kodingen har både økonomisk, medisinsk og statistisk betydning, er det imidlertid viktig at fokus settes på riktig koding og dette følges opp kontinuerlig.

8. Generelle uttalelser til ordningen - fakta og vurderinger

I de fleste intervjuene som er gjennomført, er det tatt med noen generelle spørsmål knyttet til i ISF-ordningen. Spørsmålene var tematisk fordelt på følgende områder:

- ISF-ordningens påvirkning av driftssituasjon og prioritering av pasienter
- Har ISF-ordningen økt sykehusenes fokus på produksjon?
- Oppfatning av hvordan ISF-refusjon står i forhold til kostnader ved behandling
- Rapportering av ISF-inntekter ut til avdelingene
- Rapportering av ISF-inntekter til ledelsen ved sykehuset (fra IT / økonomi)
- ISF-ordningens betydning for kvalitet i journal

8.1 Regionsykehuset i Trondheim

Fra RiT sin side understrekes det at man ikke tror at ISF-ordningen har ført til noen bevisst vridning eller omprioritering av pasienter med bakgrunn i økonomiske hensyn.

I forhold til produksjon ser det ut til at ordningen har påvirket aktiviteten mest i avdelinger som har muligheter til å planlegge driften. For eksempel er fokus blitt satt på mer effektiv bruk av operasjonsstuer og å unngå strykninger. Avdelinger som er preget av lange ventelister eller en stor andel øyeblikkelig hjelp, mener derimot at ISF-ordningen ikke har påvirket aktiviteten. Så lenge det ikke er slakk i driften, tilstreber avdelingen å holde så stor aktivitet som mulig uavhengig av finansieringsordningene.

RiT har ikke egne beregninger på hva den enkelte pasientbehandling koster. RiT har et samarbeid med de andre regionsykehusene og Rikshospitalet om å foreta en mikroanalyse av kostnader knyttet til en del spesielle diagnoser / sykdommer. Enkelte av dem som fylkesrevisjonen har vært i kontakt med, har vært med i sentrale arbeidsgrupper for å beregne kostander vurdert opp mot DRG-refusjon. Fortsatt er det en del diagnoser som ikke passer med refusjonen som blir gitt. Sykehuset anser det som viktig at skjevheter blir dokumentert tilstrekkelig ovenfor de som har ansvaret for ordningen.

RiT lager månedsrapporter over økonomisk status i forhold til ISF. Rapportene går til avdelingene og til de ulike ledernivåene. Fra og med høsten 2000 blir ISF-inntektene fordelt både til behandlende avdelinger og til hjelpe- og støtteavdelinger som laboratorier, røntgen og anestesi etter en forenklet fordelingsmodell. Enkelte fremhever at den månedlige rapporteringen av ISF-inntekter er noe misvisende siden en del sykehusopphold foreløpig ikke gir økonomisk uttelling på grunn av unøyaktig koding.

RiT gir uttrykk for at ISF-ordningen har bidratt til å sette fokus på journalføring og at ordningen har ført til høyere kvalitet også på den medisinske kodingen. Tilbakemeldingene varierer noe, og enkelte gir uttrykk for at de ikke ser noen sammenheng mellom høynet kvalitet i journal og innføring av ISF-ordningen.

8.2 Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus

I tilknytning til spørsmålet om ISF-ordningen har påvirket prioritering av pasienter er signalene fra OSS i utgangspunktet noe motstridene. Tilbakemeldinger tyder på at noen mener at ISF ikke har hatt noen virkning på hvilke pasientgrupper som blir behandlet, mens det fra andre sies at pasientinntaket påvirkes av økonomisk uttelling. Det er dog understreket at man mener at dette ikke kommer i konflikt med prioritering etter medisinske grunner.

ISF-ordningen har vært med på å sette fokus på produksjonen ved OSS. Noen mener også at ordningen har vært med på å øke produksjonen.

Når det gjelder økonomi, har OSS i dag ikke mulighet til å lage beregninger som viser kostnadene ved ulike typer behandling som gir en bestemt DRG-refusjon. Sykehuset deltar imidlertid i et prosjekt som fokuserer på kostnadsberegninger (KIKS). Prosjektet skal bl.a. gi mål på hvor mye hver diagnose koster å behandle. Sykehuset har store forventninger til dette prosjektet.

Rapportering av ISF-inntekter skjer til direktøren i forbindelse med den månedlige økonomi- og aktivitetsrapporteringen. Rapportering til avdelingene er først og fremst fokusert på aktivitet og antall behandlede pasienter. Sykehuset foretar ikke fordeling av ISF-inntektene til avdelingene, men fører dem sentralt i regnskapet.

Enkelte mener at ISF trolig har bidratt til en kvalitetsheving i journalene ved OSS, mens andre mener at dette ikke er tilfelle.

8.3 Fylkesrevisjonens vurderinger

Fylkesrevisjonen vil først understreke at ordningen med innsatsstyrt finansiering ikke synes å påvirke prioritering av pasienter.

I hvor stor grad ISF-ordningen bidrar til økt aktivitet i sykehusene synes å være usikkert. Etter fylkesrevisjonens oppfatning kan det ikke påvises at ISF-ordningen direkte har ført til økt produksjon i sykehusene. Dette forsterkes ytterligere av at sykehusene i dag ikke har mulighet til å vurdere kostnadene opp i mot den refusjonen som en gitt behandling gir. Dermed mister sykehusene både viktige styringsdata og mulighetene for å påvirke kostnadsbildet i forhold til stykkprisrefusjon. Fylkesrevisjonen mener det er viktig at sykehusene deltar i prosjekter som kan avklare kostnader knyttet til behandlingen av pasienter.

Dersom ISF-ordningen skal motivere til innsats, må økt aktivitet også netto gi økte inntekter. Vi antar at en fordeling av ISF-inntektene til avdelingene med bakgrunn i produksjon er et skritt i riktig retning.

Fylkesrevisjonen ser positivt på de forsøkene som gjøres ved RiT med å fordele ISF-inntektene til behandlende avdeling og de medisinske støtteavdelingene. Vi vil foreslå at OSS etterhvert følger opp de erfaringene RiT har med denne modellen for inntektsfordeling. Dersom man klarer å etablere en modell for fordeling av ISF-inntektene som fungerer godt i praksis og som kan forankres i avdelingene, vil dette være et riktig skritt på veien for å etablere en sterkere motivasjon til økt produksjon i avdelingen.

9. INNKOMNE HØRINGSUTTALELSER

Fylkesrevisjonen sendte utkast av rapporten "Innsatsstyrt finansiering - kodingspraksis" til høring til Regionsykehuset i Trondheim ved direktøren, sjefslegen, økonomidirektøren, avdelingsoverlegene ved medisinsk avdeling, kirurgisk avdeling, ortopedisk avdeling, barneklubben og føde-/gynekologisk avdeling. Rapporten er også sendt til Orkdal Sanitetsforenings sjukehus ved direktøren.

Fylkesrevisjonen har innen fristen for høring mottatt svar fra Regionsykehuset i Trondheim ved økonomidirektøren, avdelingsoverlegen ved medisinsk avdeling og avdelingsoverlegen ved ortopedisk avdeling. Høringsuttalelsene som er mottatt fra RiT har ført til at revisjonen har gjort tre mindre redaksjonelle endringer i faktagrunnlaget. Korte uttrykte sammendrag fra høringsuttalelsene er tatt inn i rapportens kapittel 9. Høringssvarene følger også som egne vedlegg 2 - 4 under kapittel 12 Vedlegg.

Økonomidirektøren ved RiT har i sitt høringssvar vist til at sykehuset legger ned mye arbeid i å forbedre kodingskvaliteten. Sykehuset viser til at endringen i DRG-indeks fra 1998 til 1999 viser en økning på 5 %, og mener dette viser at de var blant de beste fylkene i landet. Fra økonomidirektøren vises det også til at det er gjennomført flere kurs i 2000 og at dette vil fortsette i 2001. Videre vil det bli lagt vekt på å engasjere kursledere med medisinsk-faglig bakgrunn slik at det kan legges mer vekt på opplæring i hva som er medisinsk korrekt kodingspraksis. Økonomidirektøren mener ellers at sykehuset har en overordnet plan for opplæring ved å vise til de kurs IT- og økonomiavdelingen har gjennomført. Det er videre pekt på at enkelte sentre / avdelinger har pålagt sine leger å delta på kurs, samt at noen avdelinger også driver intern opplæring i egen regi. En del av avdelingene har også utnevnt egne DRG-ansvarlige leger. Økonomidirektøren viser ellers til at det allerede i dag er et visst samarbeid mellom økonomiavdelingene ved hhv. RiT og OSS vedrørende blant annet ISF. Informasjon som sendes ut til avdelingene på RiT, sendes også delvis til OSS. Økonomiavdelingen på RiT skal også holde kurs for legene ved OSS vedrørende poliklinikk/ISF i januar 2001.

Når det gjelder rapportens omtale av risiko for at operasjonskoder ikke blir registrert og det faktum at kontrollen avdekket at en operasjon ikke var registrert, viser økonomidirektøren til at det ved årets slutt kjøres egne rapporter som skal fange opp slike mangler. Sykehuset er imidlertid oppmerksom på at manglende bidiagnoser og manglende kompliserende operasjonskoder ikke uten videre vil bli avdekket ved å kjøre disse rapportene.

Økonomidirektøren understreker sterkt at det er legene som har ansvaret for riktig medisinsk koding og at epikrisene i så måte er fullstendige. Det er de medisinske ansvarlige som må bli bevisste på hva som er korrekt koding sett ut fra et medisinsk-faglig synspunkt. Kontoransatte må ha en rolle som "vaktbikkjer" og passe på at registreringen i PAS blir korrekt og at alle koder blir med.

Avdelingsoverlegen ved medisinsk avdeling på RiT har i sitt høringssvar gitt uttrykk for at kvaliteten på den medisinske kodingen kan bli bedre. De kliniske avdelingene må derfor etter hans oppfatning gis anledning til å arrangere kurs fokusert på medisinsk koding. I tillegg må det gis generell informasjon og opplæring i DRG/ISF. Avdelingsoverlegen gir videre uttrykk for at det ikke må legges for stor vekt på selve finansieringsordningen fra administrasjonens side i deres kontakt mot avdelingene. Avdelingen har et stort antall øyeblikkelig-hjelp innleggelser samt et kronisk overbelegg, og ordningen bidrar derfor heller ikke til økt aktivitet ved avdelingen. ISF kan derfor bare i begrenset grad benyttes i planleggingen. Videre gis det uttrykk for skepsis til at ISF eventuelt brukes i prioriteringsdiskusjoner til foretrekkes for medisinske indikasjoner.

Avdelingsoverlegen ved ortopedisk avdeling RiT har i sitt høringssvar vist til at resultatet fra undersøkelsen viser et forbedringspotensiale når det gjelder koding av hoveddiagnose, selv om resultatet fra avdelingen var bedre enn gjennomsnittet for de kontrollerte avdelingene. Større avvik på bidiagnoser antas her å ha sammenheng med ufullstendig systematisk registrering av blant annet inntrufne komplikasjoner. Avdelingen er selv innstilt på å vurdere nye og bedre system. Av høringsuttalelsen fremgår det videre at avdelingen allerede har iverksatt flere av de tiltak som revisjonen har vurdert som nødvendig å gjennomføre for hele sykehuset. Dette gjelder blant annet oppnevning av kontaktleger og ansvarlige kodingsleger. Avdelingsoverlegen viser ellers til at kodingsverket er komplisert og at det i en rekke tilfeller er meget arbeidskrevende å finne fram til de riktige kodene. Utarbeidelse av stikkordregister ville her ha vært et forbedringstiltak, noe avdelingsoverlegen mener burde være en nasjonal oppgave å få utført.

10. KONKLUSJONER

Med utgangspunkt i prosjektets definerte formål og målsettinger, og på bakgrunn av de undersøkelser som er gjennomført og egne vurderinger hensyntatt innkomne høringsuttalelser vil fylkesrevisjonen komme med følgende konklusjoner:

10.1 Opplæring

Fylkesrevisjonen konstaterer at det foreligger et betydelig behov for opplæring av leger ved sykehusene våre både med hensyn til ISF-ordningen generelt og kanskje spesielt i medisinsk koding. Også andre grupper av ansatte, eksempelvis kontoransatte, vil ha nytte av slik opplæring. Vi har et klart inntrykk av at nyutdannede og nytilsatte leger i utgangspunktet har begrenset kompetanse på hva som er korrekt medisinsk koding, men også mer erfarne leger kan ha en del å lære. Dette betyr at det er behov for å tilby eller organisere opplæring, enten ved å arrangere kurs eller ved at opplæring skjer i tilknytning til den enkeltes arbeidssituasjon. Det er derfor viktig at sykehusene har etablert en planmessig opplæringsordning for medisinsk koding og at alle leger fanges opp i et slikt opplegg. Det er helt vesentlig at alle leger har fokus på og forstår viktigheten av korrekt medisinsk koding, ikke bare for at sykehuset skal få sine rettmessige inntekter fra ISF-ordningen og eventuelt andre aktivitetsbaserte inntektsordninger, men også for at medisinsk data og statistikk skal bli mest mulig korrekt. Riktig koding vil til syvende og sist også ha betydning på pasientenes sikkerhet.

RiT har etablert og gjennomført en del opplæringstiltak for leger, kontorledere m.m. Det er imidlertid en svakhet ved disse opplæringstiltakene at de i stor grad baserer seg på frivillighet. Det er derfor en risiko for at leger som virkelig har behov for opplæring, ikke får det. Opplæringstiltakene slik de hittil er blitt gjennomført, er positive og tar tak i viktige problemstillinger. Det er imidlertid viktig å være klar over at de ikke har dekket det samlede behov for opplæring, da de ikke har gitt tilstrekkelig opplæring i spesifikk medisinsk koding innenfor de forskjellige fagområdene.

Fylkesrevisjonen mener for øvrig at ledelsen ved OSS i større grad enn hva som har skjedd hittil, må ta et overordnet ansvar for at sykehusets leger får nødvendig opplæring, både i forhold til ISF-ordningen og i generell medisinsk koding. Et samarbeid med RiT når det gjelder kurs og opplæring, bør også kunne vurderes.

10.2 Kvalitetssikring

Sosial- og helsedepartementet (SHD) har gitt retningslinjer og regelverk for ISF-ordningen som bygger på internasjonale medisinske kodeverk. Kodeverkene er til dels kompleks og vi har fått forståelsen av at oppslag og korrekt bruk krever inngående kjennskap til regelverket. For å oppfylle kravene til korrekt avrapportering er det nødvendig at sykehusene etablerer faste opplegg for testing før dataene blir overført til Norsk Pasientregister og deretter til staten ved SHD.

RiT har lagt et godt grunnlag for kvalitetssikring av ISF-inntektene. Med utgangspunkt i dagens etablerte praksis bør sykehuset foreta en totalvurdering av sine kontrolltiltak. Vi registrerer at dagens tiltak i stor grad blir initiert av administrasjonen og at oppgavene som utføres, i stor grad er konsentrert rundt én person. Det må imidlertid avklares nærmere hvor ofte de enkelte kontrollene må foretas, og om oppgavene fortsatt skal utføres sentralt i administrasjonen eller om det vil være fordelaktig å flytte oppgaver ut på avdelingene. Revisjonen mener også at arbeidsgruppen som har vurdert kvalitetssikring av inntektene ved sykehuset, foreslår viktige tiltak som bør iverksettes for å bedre kvaliteten på kodingen og for å bedre samarbeidet mellom avdelingene og administrasjonen. En tenker da på oppnevning av kontaktleger og etablering av automatikk mellom PAS og operasjonsregisteret. Det er også grunn til å merke seg at fokus hittil i stor grad har vært rettet mot ugyldige kombinasjoner av koder. Manglende koding vil ikke nødvendigvis bli avdekket med de kontroller som gjennomføres. Sterkt faglige kommentarer til sykehusets bruk av kortlister, stiller også spørsmålstegn ved om bruken av slike lister gir god nok kvalitet på den medisinske kodingen.

Fylkesrevisjonen mener at administrasjonen ved OSS må iverksette tiltak for å koordinere kvalitetsikringen av den medisinske kodingen ved sykehuset. Som for RiT må det lages et samlet opplegg som dekker behovet for kontroll og oppfølging. Det må avklares hvilke kontroller som skal gjennomføres sentralt av administrasjonen og hvilke kontroller som avdelingene bør utføre selv. Vi mener også at OSS på dette området vil ha fordel av å samarbeide med RiT. Også for OSS vil vi reise spørsmål ved om bruk av kortlister gir god nok kvalitet på den medisinske kodingen.

10.3 Kvalitet på medisinsk koding

Det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10 skal legges til grunn ved fastsetting av diagnoser. Undersøkelsen av kvaliteten på den medisinske kodingen som er holdt opp mot dette regelverket, og som har vært begrenset til RiT, har ført til endring av hoveddiagnose i hele 35 % av de undersøkte tilfellene. Halvparten av disse tilfellene har igjen ført til endret DRG. Resultatet av undersøkelsen viser feil både i forhold til at hoveddiagnose er endret til bidiagnose og motsatt. Videre er det avdekket feil både i bruk av kapittel, kategoriblokk og 3-tegnskategori i forhold til ICD-10. Undersøkelsen viser ellers enkelte feil som kan være systematiske, dette gjelder i forhold til infeksjonssykdommer og nyfødte. Vi må også nevne at det i skadetilfeller skal registreres en kode som beskriver skadens årsak, pasientens oppholdssted og aktivitet på skadetidspunktet. Slik kode manglet i 90 % av de tilfellene hvor det burde ha vært registrert.

Resultatet av kontrollen på kodingen er etter vår oppfatning ikke tilfredsstillende, og det ligger her helt klart et forbedringspotensiale for sykehuset.

Revisjonen vil imidlertid understreke at vi er klar over å ha brukt et grunnlagsmateriale fra 2000 som RiT ikke er ferdig med i forhold til kvalitetssikring. Det vil derfor være naturlig å tro at enkelte av de avdekkede feil, kan ha blitt oppdaget av sykehusets egne kontrolltiltak.

Revisjonen vil ellers understreke at vi er klar over at omfanget (antallet) av testingen er begrenset. Resultatene kan derfor ikke uten videre benyttes til å beregne antall feil i koding på årsbasis ved sykehuset. Det kan derfor heller ikke uten videre foretas nøyaktige økonomiske beregninger over eventuelle tap av inntekter som kan kobles opp mot de avdekkede avvik på kodingen. Vi begrenser oss derfor til å konstatere at av de pasientopphold som er undersøkt, er det funnet et visst avvik som slår ut økonomisk for sykehuset hvis vi ser bort fra en eventuell kryp-avgrensning.

Som det fremgår i rapporten er DRG-systemet i seg selv et ganske robust system. De avdekkede feil har da heller ikke ført til dramatiske endringer i den samlede vekten hvis en unntar det ene tilfelle med manglende operasjonskode. Revisjonen mener imidlertid at antall feil er høyt og krever at sykehuset setter fokus på hele problemstillingen rundt medisinsk koding. Korrekt medisinsk koding har også betydning for at pasientjournal og medisinsk statistikk blir korrekt.

Avslutningsvis er det grunn til å understreke at vi ikke har grunn til å tro at det foregår taktisk koding for å oppnå økonomiske fordeler for sykehusene. Det er heller ikke grunn til å hevde at resultatet fra undersøkelsen er dårligere enn hva som er tilfelle ved andre sykehus.

10.4 Generelle uttalelser til ordningen med ISF

Vi har ikke mottatt signaler på at innføring av ISF har ført til omprioriteringer av pasientbehandlingen i strid med intensjonene for ordningen. Derimot tyder det på at ordningen kan ha hatt en viss betydning for fokus på produksjonen ved enkelte avdelinger. Blant annet forsøker man å unngå å stryke operasjoner.

En klar svakhet med DRG-refusjonen slik den fungerer i dag, er at brukerne ikke kan si noe om størrelsen på kostnadene forbundet med de enkelte behandlingene. Arbeidet med å finne måter å beregne dette på må intensiveres. Rapportering av opptjente DRG-tall skjer ved begge sykehusene regelmessig både oppover og nedover i organisasjonen. RiTs forsøk med å fordele inntekter også til serviceavdelinger er i utgangspunktet positivt, og vi forutsetter at sykehuset fortløpende evaluerer denne ordningen. En klar svakheter med dagens rapportering er at gjennom året ligger for mange opphold i gruppen for DRG 470. Dette resulterer i unøyaktig rapportering gjennom året. Først ved årets slutt når det er ryddet opp i alle "søppelkodene" vil korrekte DRG-tall fremkomme. Innføring av ISF synes også å ha satt fokus på at avdelingene bør være à jour med journalskriving.

11. Forslag til tiltak

Fylkesrevisjonens forslag til tiltak vil være av generell karakter. Tiltakene bør etter vår oppfatning gjennomføres både ved både RiT og ved OSS. Vi vil også anbefale at det etableres et mer formelt samarbeid mellom sykehusene på dette området

- Det må iverksettes tiltak som sikrer at alle leger får tilstrekkelig opplæring i medisinsk koding. I tillegg til opplæring i ISF / DRG, må det legges vekt på opplæring i korrekt medisinsk koding. Opplæringen må også ivareta avdelingsspesifikke behov.
- Det må dokumenteres skriftlige opplegg for kvalitetssikring som setter rammer for hvilke kontroller som skal gjennomføres og når de skal utføres. Videre må det angis hvor ofte de enkelte kontrollene skal utføres, av hvem (sentralt eller avdelingsvis) og hvem som har ansvar for at nødvendige korrigeringer blir foretatt må også fastsettes.
- Det må etableres seksjons-/ avdelingsvise ordninger med kontaktleger som ivaretar kontakt mot økonomiavdelingen/IT.
- De må oppnevnes ansvarlige DRG-legger ved hver seksjon / avdeling som må ha et spesielt ansvar for å følge opp kodingen. DRG-legene må ha et spesielt ansvar for å følge opp nyutdannede/nytilsatte leger.
- Det må iverksettes tiltak for at koder som registreres i andre registre (f eks operasjonskoder) ved sykehuset automatisk blir oppdatert mot PAS.
- De avdelinger/seksjoner som benytter kortlister i dag, bør vurdere å slutte med å bruke slike lister da de erfaringsmessig bidrar til unøyaktig kodingspraksis.
- Arbeidet med modeller for beregning av kostnader knyttet til den enkelte pasientbehandling må prioriteres.

12. Vedlegg

- Vedlegg 1: Samling av tabeller fra 1 - 12 som gir en mer spesifikk oversikt over resultatene av undersøkelsen av den medisinske kodingen ved RiT.
- Vedlegg 2: Høringsuttalelse til rapporten i brev av 21.11.2000 fra Ortopedisk avdeling ved RiT v/ avdelingsoverlegen.
- Vedlegg 3: Høringsuttalelse til rapporten i brev av 29.11.2000 fra Økonomiavdelingen ved RiT v/ økonomidirektøren.
- Vedlegg 4: Høringsuttalelse til rapporten i brev av 29.11.2000 fra Medisinsk avdeling ved RiT v/ avdelingsoverlegen.

Vedlegg: Resultattabeller med kommentarer fra undersøkelse av medisinsk koding ved RiT gjennomført av KITH

1. DRG før og etter revisjon.

Tabellene viser to varianter av fremstilling av de samme dataene. Denne tabellen er sentral for å drøfte de faglige resultatene av revisjonen i forhold til gruppering i DRG-systemet. (Tabellen tolkes lettest sett i sammenheng med tabell 2).

Tabell 1A: Revidert DRG sammenholdt med NPR-DRG - Antall kasus

Revidert DRG (etter undersøkelsen)	NPR-DRG (Opprinnelig DRG)																
	182	183	184A	184B	422	423	385C	387C	388B	388C	389C	389E	390A	390C	210	211	Sum
182 Øsofagitt, gastroenteritt & diverse, >17år, m/bk	1																1
183 Øsofagitt, gastroenteritt & diverse, >17år, u/bk		14				1											15
184B Øsofagitt, gastroenteritt & diverse, < 18 år, u/bk			1	1													2
209 Større leddoperasjoner og påsetting av lemmer i underekstremitet															1		1
283 Lettere hudsykdom, m/bk						1											1
316 Nyresvikt	1																1
331 Andre sykd. i nyrer & urinveier, > 17 år, m/bk						1											1
422 Virussykdommer & feber av ukjent årsak, < 18 år					10												10
423 Andre sykdommer i HD 18						6											6
70B Otitis media & øvre luftveisinf., < 18 år, u/bk					5	1											6
385C Nyfødt, alder v.innl. = 2 dager, liggetid < 5 dager,ikke NICU, overf.an.inst							1										1
387C Nyfødt, f-vekt 1000-1499 g, u. større operasjon, utskrevet levende								1									1
388A Nyfødt, f-vekt 1500-2499 g, med større operasjon, levetid = 1 dag									1								1
388C Nyfødt, f-vekt 1500-2499 g, levetid = 1 dag										2							2
389C Nyfødt, f-vekt = 2500 g, m. multiple store problemer, levetid = 1 dag											1						1
389D Nyfødt, f-vekt = 2500 g, m. større operasjon, levetid = 1 dag													1				1
389E Nyfødt, f-vekt = 2500 g, m. respiratorbehandling, levetid = 1 dag												1					1
390A Nyfødt, fødselsvekt = 2500 g, m. annet signifikant problem													20				20
390C Nyfødt, m. Oppfølging														1			1
210 Hofte-/lårbensopr. ekskl. større leddopr., > 17år,m/bk															7	5	12
211 Hofte-/lårbensopr. ekskl. større leddopr., > 17år,u/bk																17	29
Sum	2	14	1	1	15	10	1	1	1	2	1	1	21	1	8	22	102

Medisinske

Nyfødte

Ortopediske

Viser DRG resultat etter revisjon sammenholdt med hva utgangspunktet var i NPR dataene.

Eksempel på tolkning:

- Antall DRG 210 består etter revisjonen av 12 stk. 5 stk har blitt omkodet fra DRG 211 (den ukompliserte DRG). Et tilfelle er omkodet til DRG 209.
- Av de opprinnelige 15 tilfeller av DRG 422 (virussykdom/feber) har 5 stk blitt omkodet til DRG 70B (otitt/øvre luftveisinfeksjon).

Tabell 1B: NPR-DRG sammenholdt med revidert DRG - Antall kasus

NPR-DRG (opprinnelig DRG)	Revidert DRG (etter undersøkelsen)																					
	182	183	184B	209	210	211	283	316	331	385C	387C	388A	388C	389C	389D	389E	390A	390C	422	423	70B	Sum
182 Øsofagitt, gastroenteritt & diverse, >17år, m/bk	1							1														2
183 Øsofagitt, gastroenteritt & diverse, >17år, u/bk		14																				14
184A Øsofagitt, gastroenteritt & diverse, < 18 år, m/bk			1																			1
184B Øsofagitt, gastroenteritt & diverse, < 18 år, u/bk			1																			1
422 Virussykdommer & feber av ukjent årsak, < 18 år																			10		5	15
423 Andre sykdommer i HD 18		1					1		1											6	1	10
385C Nyfødt, alder v.innl. = 2 dager, < 5 liggedager,ikke NICU, overf.an.inst										1												1
387C Nyfødt, f-vekt 1000-1499 g, u. større operasjon, utskrevet levende											1											1
388B Nyfødt, f-vekt 1500-2499 g, m. respiratorbehandling, levetid = 1 dag												1										1
388C Nyfødt, f-vekt 1500-2499 g, levetid = 1 dag													2									2
389C Nyfødt, f-vekt = 2500 g, m. multiple store problemer, levetid = 1 dag														1								1
389E Nyfødt, f-vekt = 2500 g, m. respiratorbehandling, levetid = 1 dag																1						1
390A Nyfødt, fødselsvekt = 2500 g, m. annet signifikant problem															1		20					21
390C Nyfødt, m. Oppfølging																		1				1
210 Hofte-/lårbensopr. ekskl. større leddopr., > 17år,m/bk				1	7																	8
211 Hofte-/lårbensopr. ekskl. større leddopr., > 17år,u/bk					5	17																22
Sum	1	15	2	1	12	17	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	20	1	10	6	6	102

 Medisinske

 Nyfødte

 Ortopediske

Viser hva resultatet er for de opprinnelige DRG i NPR materialet etter revisjon.

Eksempel på tolkning:

Det ene tilfelle i DRG 388B har blitt omkodet til 388A.

2. DRG resultat for NPR-DRG hhv Revidert DRG med oversikt antall og endring i poenger

Tabellene 2.A og 2.B representerer hovedfunnet vedrørende DRG og fremstiller på samme side:

Tabell 2A: Fordeling av DRGer med kode og tekst fordelt etter forekomst i utplukket fra materialet fra NPR (originaldata).

NPR-DRG	Vekt	Antall	Poeng
182 Øsofagitt, gastroenteritt & diverse, >17år, m/bk	0,66	2	1,32
183 Øsofagitt, gastroenteritt & diverse, >17år, u/bk	0,42	14	5,88
184A Øsofagitt, gastroenteritt & diverse, < 18 år, m/bk	0,56	1	0,56
184B Øsofagitt, gastroenteritt & diverse, < 18 år, u/bk	0,28	1	0,28
422 Virussykdommer & feber av ukjent årsak, < 18 år	0,45	15	6,75
423 Andre sykdommer i HD 18	1,12	10	11,20
385C Nyfødt, alder v.innl. = 2 dager, liggetid < 5 dager, ikke NICU, overf.an.inst	2,40	1	2,40
387C Nyfødt, f-vekt 1000-1499 g, u. større operasjon, utskrevet levende	3,11	1	3,11
388B Nyfødt, f-vekt 1500-2499 g, m. respiratorbehandling, levetid = 1 dag	2,27	1	2,27
388C Nyfødt, f-vekt 1500-2499 g, levetid = 1 dag	2,27	2	4,54
389C Nyfødt, f-vekt = 2500 g, m. multiple store problemer, levetid = 1 dag	0,28	1	0,28
389E Nyfødt, f-vekt = 2500 g, m. respiratorbehandling, levetid = 1 dag	0,28	1	0,28
390A Nyfødt, fødselsvekt = 2500 g, m. annet signifikant problem	0,85	21	17,85
390C Nyfødt, m. Oppfølging	0,58	1	0,58
210 Hofte-/lårbensopr. ekskl. større leddopr., > 17år, m/bk	2,04	8	16,32
211 Hofte-/lårbensopr. ekskl. større leddopr., > 17år, u/bk	1,69	22	37,18
Sum		102	110,80

 Medisinske

 Nyfødte

 Ortopediske

DRG vekt for år 2000 er oppgitt. Antall DRG-poeng fremkommer ved å multiplisere DRG-vekt med antall. Sum antall angir undersøkte opphold (hvert opphold kan grupperes til kun en DRG). Sum DRG poenger er beregnet til 110,80. (DRG refusjon i år 2000 er 50 % av full DRG-pris, dvs 14 162 kroner per DRG poeng).

Tabell 2B: Resultat etter revisjon hvor utgangspunktet angis i aktuelle NPR-DRG

NPR-DRG	Revidert DRG	NPR-vekt	Rev-vekt	Differanse	Antall	Poengdiff
182	316 Nyresvikt	0,66	1,50	0,84	1	0,84
184A	184B Øsofagitt, gastroenteritt & diverse, < 18 år, u/bk	0,56	0,28	-0,28	1	-0,28
422	70B Otitis media & øvre luftveisinf., < 18 år, u/bk	0,45	0,26	-0,19	5	-0,95
423	183 Øsofagitt, gastroenteritt & diverse, >17år, u/bk	1,12	0,42	-0,70	1	-0,70
423	283 Lettere hudsykdom, m/bk	1,12	0,96	-0,16	1	-0,16
423	331 Andre sykd. i nyrer & urinveier, > 17 år, m/bk	1,12	1,20	0,08	1	0,08
423	70B Otitis media & øvre luftveisinf., < 18 år, u/bk	1,12	0,26	-0,86	1	-0,86
388B	388A Nyfødt, f-vekt 1500-2499 g, med større op, levetid = 1 dag	2,27	12,25	9,98	1	9,98
390A	389D Nyfødt, f-vekt = 2500 g, m. større operasjon, levetid = 1 dag	0,85	1,39	0,54	1	0,54
210	209 Større leddoperasjoner og påsetting av lemmer i ueks	2,04	3,65	1,61	1	1,61
211	210 Hofte-/lårbensopr. ekskl. større leddopr., > 17år,m/bk	1,69	2,04	0,35	5	1,75
	Sum				19	11,85

 Medisinske

 Nyfødte

 Ortopediske

Tabellen viser revidert DRG med kode og tekst. På samme måte fremgår DRG-vekt før og etter revisjon med antall og differanse, samt samlet poengdifferanse per revidert DRG og totalt.

Resultat:

DRG er endret ved revisjon i 19 av 102 kasus (19%).

De 19 oppholdene er revidert til

- ukomplisert DRG: 1 tilfelle
- komplisert DRG: 8 tilfeller
- annen DRG: 10 tilfeller

Endringen fører til økt poengsum med 11,85 (11%).

Av økningen skyldes 9,98 poeng ett kasus med manglende registrering av operasjon (store forskjeller i DRG-vekt med og uten operasjon i nyfødtmedisinløsningen).

Tabell 3: Hoveddiagnoser ICD-10 hhv NPR og Revidert med differanse

Hoveddiagnose	NPR	Revidert	Differanse
A083 Annen virusenteritt	1	1	0
A084 Uspesifisert virusinfeksjon i mage-tarmkanalen	1		-1
A09 Diaré og gastroenteritt med antatt infeksiøs årsak	2	3	1
A499 Uspesifisert bakterieinfeksjon	1		-1
B019 Varicella uten komplikasjoner	1	1	0
B279 Uspesifisert mononukleose	3	3	0
B349 Uspesifisert virusinfeksjon	8	3	-5
B377 Candidasepsis	1	1	0
B509 Uspesifisert malaria som skyldes Plasmodium falciparum	1	1	0
B519 Malaria som skyldes Plasmodium vivax, uten komplikasjoner	1	1	0
B949 Følgetilstander etter uspesifisert infeksjonssykdom og parasittsykdom	1		-1
B961 Klebsiella pneumoniae som årsak til sykdommer klassifisert i andre kapitler	1		-1
B99 Andre og uspesifiserte infeksjonssykdommer	2	1	-1
D226 Melanocyttnevus på overekstremitet, inklusive skulder	1	1	0
I635 Hjerneinfarkt forårsaket av uspesifisert okklusjon eller stenose i hjernearterier		1	1
I638 Annet spesifisert hjerneinfarkt	1		-1
J069 Uspesifisert akutt infeksjon i øvre luftveier		6	6
K222 Obstruksjon av spiserør		1	1
K229 Uspesifisert sykdom i spiserør	1		-1
K294 Kronisk atrofisk gastritt	1		-1
K299 Uspesifisert gastroduodenitt	1		-1
K528 Annen spesifisert ikke-infeksiøs gastroenteritt og kolitt		1	1
K571 Divertikkelsykdom i tynntarm uten perforasjon eller abscess	1		-1
K573 Divertikkelsykdom i tykktarm uten perforasjon eller abscess		1	1
K580 Irritabel tarm-syndrom med diaré		1	1
K590 Forstoppelse	1	1	0
K599 Uspesifisert funksjonell forstyrrelse i tarm	1		-1
L905 Arrtilstander og fibrose i hud		1	1
N189 Uspesifisert kronisk nyresvikt		1	1
P052 Feilernæring hos foster uten opplysning om lett eller liten i forhold til svangerskapslengde		1	1
P0711 Annen lav fødselsvekt + 1000-1499g	1	1	0
P0712 Annen lav fødselsvekt + 1500-1999g	2	1	-1
P0713 Annen lav fødselsvekt + 2000-2499g	1	1	0
P073 Andre for tidlig fødte barn	2	3	1
P140 Erbs parese som skyldes fødselsskade		1	1
P220 Respiratorisk distressyndrom hos nyfødt		1	1
P221 Transitorisk takypné hos nyfødt	4	4	0
P239 Uspesifisert medfødt pneumoni	1	1	0

P282 Cyanoseanfall hos nyfødt	1	1	0
P391 Konjunktivitt og tåresekkbetennelse hos nyfødt		1	1
P590 Gulsott hos nyfødt i forbindelse med for tidlig fødsel		1	1
P704 Annen hypoglykemi hos nyfødt		1	1
Q052 Lumbal spina bifida med hydrocephalus	1	1	0
Q420 Medfødt mangel på, atresi og stenose av endetarm og analkanal med fistel	1	1	0
Q654 Medfødt sublaksasjon av hofte, bilateral	1	1	0
Q658 Andre spesifiserte medfødte deformiteter i hofte		1	1
Q659 Uspesifisert medfødt deformitet i hofte	1		-1
Q663 Andre medfødte varusdeformiteter i fot		1	1
Q664 Pes calcaneovalgus		1	1
Q674 Andre medfødte deformiteter i skalle, ansikt og kjeve		1	1
Q793 Gastroschisis		1	1
R100 Akutt abdomen	3	3	0
R101 Smerte lokalisert til øvre abdomen		1	1
R103 Smerte lokalisert til andre deler av nedre abdomen		2	2
R104 Annen og uspesifisert smerte i buk og bekken	4	2	-2
R11 Kvalme og oppkast	1	1	0
R501 Vedvarende feber	1	1	0
R509 Uspesifisert feber	2	2	0
S220 Brudd i torakalvirvel	1		-1
S720 Brudd i lårhals	11	11	0
S721 Petrokantært brudd (fractura petrochanterica)	11	11	0
S722 Subtrokantært brudd (fractura subtrochanterica femoris)	2	3	1
S723 Brudd i lårbensskaft	1	1	0
S724 Brudd i nedre ende av lårben	1	1	0
T802 Infeksjoner etter infusjon, transfusjon og terapeutisk injeksjon	2	2	0
T835 Infeksjon og betennelsesreaksjon som skyldes protese, implantat og transplantat i urinveier		1	1
T840 Mekaniske komplikasjoner ved innvendig leddprotese		1	1
T844 Mekaniske komplik ved andre innvendige ortopediske proteser/implantater/ transplantater	1		-1
T845 Infeksjon og betennelsesreaksjon som skyldes innvendig leddprotese	1	1	0
Z380 Enkeltfødsel på sykehus	12	2	-10
Sum	102	102	

Tabellen gir en totaloversikt over alle hoveddiagnoser som er involvert i materialet, fordelt på utgangspunktet i NPR dataene og etter revisjonen. Antallet kan være sammenfallende eller avvike med en eller flere forekomster (pluss/minus). Differansen per diagnosekode er beregnet.

Merk reduksjon i koding av B349 Uspesifisert virusinfeksjon, omkoding til J069 Uspesifisert akutt øvre luftveisinfeksjon, samt for Z380 bortfall av 10 tilfeller med *Z380 Enkeltfødsel på sykehus* (som er en kode for friske nyfødte). Se kommentarer på neste side.

Hver pasient skal ha kun en hoveddiagnose – sum er lik antall pasienter i utvalget: 102.

Indikasjoner på systematiske feil i kodingen

A. Systematisk feilkoding av nyfødte syke (bruk av Z380 som hoveddiagnose)

Ved undersøkelsen ble det registrert systematisk feilkoding med Z-koder som hoveddiagnose for nyfødte som var med i utplukket til aktuelle nyfødt-DRGer. Disse gruppene skal kun omfatte syke nyfødte. (For friske nyfødte gis det i dag ingen DRG refusjon). Man har ved koding benyttet regelen om at friske nyfødte skal registreres med koder i kategori Z38 (se vedlegg om kodingsregler). Logikken i DRG grupperingen medfører imidlertid at koding i feil rekkefølge (med hoveddiagnosen som bidiagnose) i dette tilfelle likevel styres til korrekt DRG. Bruk av dataene i annen statistikk vil gi betydelige feil. Systematikken i DRG gruppering er heller ikke slik at dette er det normale utfallet: at feilkoding gir korrekt resultat. Koding av syke nyfødte etter fødselsvekt er et særtilfelle, hvor bruk av P07-koder gir uttelling enten de benyttes som hoved- eller som bidiagnoser.

B. Den uspesifikke kodingen av infeksjonssykdommer kan være et resultat av bruk av mangelfulle kortlister eller skyldes mangelfull opplæring eller manglende prioritet av korrekt koding.

C. Manglende ulykkeskoding. Årsakskoding ved skadetilfelle er iht ICD-10 obligatorisk, men har ingen betydning for DRG.

Tabell 4: Oversikt hoveddiagnoser uten endring ved revisjon

Hoveddiagnose uten endring etter revisjon	Antall
A083 Annen virusenteritt	1
A09 Diaré og gastroenteritt med antatt infeksiøs årsak	1
B019 Varicella uten komplikasjoner	1
B279 Uspesifisert mononukleose	3
B349 Uspesifisert virusinfeksjon	3
B377 Candidasepsis	1
B509 Uspesifisert malaria som skyldes Plasmodium falciparum	1
B519 Malaria som skyldes Plasmodium vivax, uten komplikasjoner	1
B99 Andre og uspesifiserte infeksjonssykdommer	1
D226 Melanocyttnevus på overekstremitet, inklusive skulder	1
K590 Forstoppelse	1
P0711 Annen lav fødselsvekt + 1000-1499g	1
P0712 Annen lav fødselsvekt + 1500-1999g	1
P0713 Annen lav fødselsvekt + 2000-2499g	1
P073 Andre for tidlig fødte barn	2
P221 Transitorisk takypné hos nyfødt	4
P239 Uspesifisert medfødt pneumoni	1
P282 Cyanoseanfall hos nyfødt	1
Q052 Lumbal spina bifida med hydrocephalus	1
Q420 Medfødt mangel på, atresi og stenose av endetarm og analkanal med fistel	1
Q654 Medfødt sublaksasjon av hofte, bilateral	1
R100 Akutt abdomen	3
R104 Annen og uspesifisert smerte i buk og bekken	2
R501 Vedvarende feber	1
R509 Uspesifisert feber	2
S720 Brudd i lårhals	10
S721 Pertrokantært brudd (fractura pertrochanterica)	10
S722 Subtrokantært brudd (fractura subtrochanterica femoris)	2
S723 Brudd i lårbensskaft	1
S724 Brudd i nedre ende av lårben	1
T802 Infeksjoner etter infusjon, transfusjon og terapeutisk injeksjon	2
T845 Infeksjon og betennelsesreaksjon som skyldes innvendig leddprotese	1
Z380 Enkeltfødsel på sykehus	2
Sum	66

Denne tabellen angir et hovedfunn:

36 av 102 opphold etter revisjonen hadde fått en annen hoveddiagnose.

Dette tilsvarer 35 prosent av oppholdene.

Noen av de følgende tabeller beskriver detaljer for dette funnet.

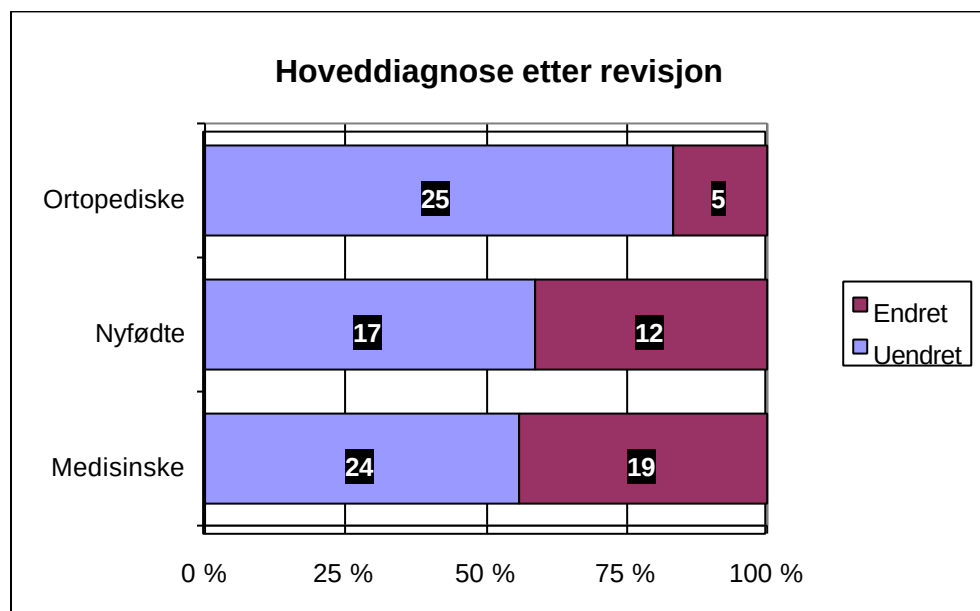
Kasus i alt: 102

Kasus med overstemmende hoveddiagnose: 66

Kasus med feil hoveddiagnose: 36

Tabell 5: Oversikt hoveddiagnoser fordelt etter kategorier -uendret hhv endret og prosentuert

Kategori	Uendret	Endret
Medisinske	24	19
Nyfødte	17	12
Ortopediske	25	5



Tabellen viser at endringen av hoveddiagnose var størst for de ”medisinske” DRGer med 44%, deretter følger gruppen nyfødte med 41%. Endringen var som forventet minst for utvalget innen ortopedi, 16%, hvor diagnostikk er spesifikk og inndelingen i ICD-10 ganske konsis.

Nærmere detaljer følger i senere tabeller.

6: Hoveddiagnose revidert til bidiagnose og omvendt

Tabell 6A: Hoveddiagnose revidert til bidiagnose:

Hoveddiagnose revidert til bidiagnose	Antall
B961 Klebsiella pneumoniae som årsak til sykdommer klassifisert i andre kapitler	1
P0712 Annen lav fødselsvekt + 1500-1999g	1
Z380 Enkeltfødsel på sykehus	10
<i>Sum</i>	12

Tabellen viser at 12 hoveddiagnoser ble revidert til bidiagnose. Z380 som er kode for friske nyfødte gjenkjennes. Hos syke nyfødte skal resultat av forløsning kodes som tilleggskode. Den aktuelle sykdom skal være hoveddiagnose.

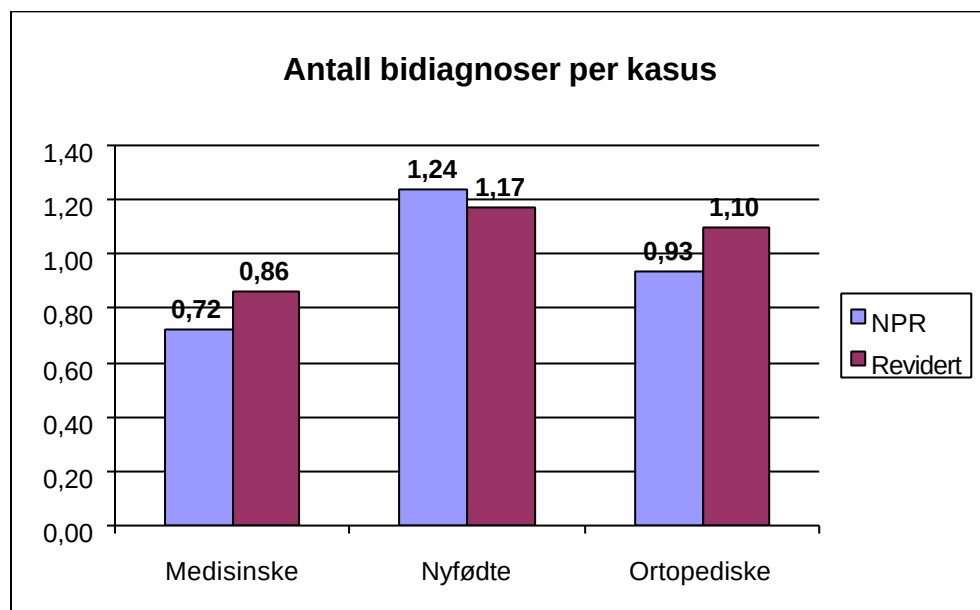
Tabell 6B: Oppgitte bidiagnoser som ble omkodet til hoveddiagnose.

Bidiagnose revidert til hoveddiagnose	Antall
K222 Obstruksjon av spiserør	1
P052 Feilernæring hos foster uten opplysning om lett eller liten i forhold til svangerskapslengde	1
P073 Andre for tidlig fødte barn	1
P140 Erbs parese som skyldes fødselsskade	1
P220 Respiratorisk distressyndrom hos nyfødt	1
P391 Konjunktivitt og tåresekkbetennelse hos nyfødt	1
P590 Gulsott hos nyfødt i forbindelse med for tidlig fødsel	1
P704 Annen hypoglykemi hos nyfødt	1
Q663 Andre medfødte varusdeformiteter i fot	1
Q664 Pes calcaneovalgus	1
Q674 Andre medfødte deformiteter i skalle, ansikt og kjeve	1
Q793 Gastroschisis	1
T840 Mekaniske komplikasjoner ved innvendig leddprotese	1
<i>Sum</i>	13

Det er selvfølgelig en sammenheng mellom tilfellene i tabell 6 og 7.

Tabell 7: Antall bidiagnoser per kasus før og etter revisjon

Kategori	Kasus	NPR	Revidert
Medisinske	43	31	37
Nyfødte	29	36	34
Ortopediske	30	28	33
Sum	102	95	104



Tabellen viser at gj.n. antall relevante bidiagnoser økte noe for gruppene ”medisinske” og ortopediske, med en liten reduksjon i gruppen nyfødte.

I tillegg til de manglende bidiagnoser i tabellen kommer manglende årsakskoder fra kap. XX (ICD-10) hos ortopediske pasienter med hoveddiagnose skadepapittelet (kapittel XIX). Et hvert nytt skadetilfelle skal i tillegg til kode(r) fra kapittel XIX ha en kode fra kapittel XX som beskriver skadens årsak og pasientens oppholdssted og aktivitet på skadetidspunktet. Vi har ikke lagt til slike bidiagnosekoder der de manglet, bare tellet opp tilfellene.

Årsakskode manglet i 29 av 32 skadetilfelle (90%).

Dette har ikke betydning for DRG gruppering, men derimot blir det ikke mulig å gjennomføre analyse av skadetilfeller (årsaker, sted og aktivitet). Årsakskoding er obligatorisk iht ICD-10.

Tabell 8A - 8B - 8C - 8D: Fordeling av type feil for hoveddiagnoser

Feil hoveddiagnose i riktig 3-tegnskategori	Antall
K229 Uspesifisert sykdom i spiserør	1
K571 Divertikkelsykdom i tynntarm uten perforasjon eller abscess	1
Q659 Uspesifisert medfødt deformitet i hofte	1
R104 Annen og uspesifisert smerte i buk og bekken	2
I638 Annet spesifisert hjerneinfarkt	1
S720 Brudd i lårhals	1
S721 Pertrokantært brudd	1
T844 Mek. komp. ved andre innv. ortopediske prot./impl./transpl.	1
Sum	9

Hoveddiagnose i feil 3-tegnskategori, men riktig kategoriblokk	Antall
A08 Virusinfeksjoner og andre spesifiserte infeksjoner i mage-tarmkanalen	1

Hoveddiagnose i feil kategoriblokk, men riktig kapittel	Antall
K55-K63 Andre tarmsykdommer	1
S20-S29 Skader på og i brystregionen (thorax)	1
Sum	2

Hoveddiagnose i feil kapittel (ICD-10)	Antall
I Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	9
XI Sykdommer i fordøyelsessystemet	2
XVIII Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	1
XXI Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	10
Sum	22

 Medisinske

 Nyfødte

 Ortopediske

Tabellene angir type feil i hoveddiagnose fordelt på de ulike DRG-gruppene.

Som tidligere omtalt er valg av hoveddiagnose sentral for DRG gruppering. Av og til vil viktige diagnoser angitt som bidiagnoser likevel styre til korrekt DRG, trass i feilkodingen.

Særskilte prosedyrekoder styrer også av og til direkte til aktuelle DRG uavhengig av diagnosekodingen.

ICD-10 kapitlene er inndelt i kategoriblokker og deretter i tretegnskategorier. Feilkoding innen samme tretegnskategori har oftest ikke konsekvens for DRG gruppering, mens feil innen kategoriblokk eller kapittel langt oftere gir feilgruppering.

De mange feilregistreringer i kapittel XXI gjelder fødselskoder feilaktig brukt som hoveddiagnose. Dette er kommentert tidligere.

Feilregistreringene i kapittel I gjelder bruk av uspesifiserte koder for virus/mikrobe ved infeksjoner som skal kodes etter anatomisk lokalisasjon. F eks er det tidligere omtalt koding av uspesifisert virusinfeksjon ved øvre luftveisinfeksjon. En omkoding fra uspesifiserte tilstander til spesifiserte, lokaliserte problemer gir oftere en lavere DRG-vekt (f eks pga mindre bruk av tid og krefter på generelle utredninger, - korte og greie opphold)

Tabell 9: Gjennomgang av prosedyrekoder

NPR prosedyre uendret	Antall
NEK59 Osteotomi i bekkenet med aksekorreksjon, rotasjon eller f	1
NFH02 Åpen reposisjon av hofte luksasjon	1
NFJ00 Lukket reposisjon av lårhalsfraktur	10
NFJ01 Lukket reposisjon av pertrokantær femurfraktur	7
NFJ12 Åpen reposisjon av subtrokantær femurfraktur	1
NFJ62 Osteosyntese av subtrokantær femurfraktur med plate og sk	2
NFJ65 Osteosyntese av distal femurfraktur med plate og skruer	1
NFJ70 Osteosyntese av lårhalsfraktur med skruer	10
NFJ84 Osteosyntese av femurskåftfraktur med annet eller kombine	1
NFS19 Incisjon og revisjon ved infeksjon i hofteledd	2
NFU49 Fjerning av osteosyntesemateriale fra femur	1
TG610 Behandling med kontinuerlig positivt luftveistrykk	1
TNC33 Sirkulær gips på albue eller underarm	1
UJD02 Gastroskopi	4
UJD05 Gastroskopi med biopsi	1
UJF32 Koloskopi	1
UJF35 Koloskopi med biopsi	2
XF931 Fullstending ekko-Dopplerkardiografi	1
ZXE20 Mer enn tre og inntil fem timer	2
Sum	50

Tabellen viser de 50 benyttede prosedyrekodene fra NCSP i materialet som forble uendret etter revisjon. (Se også tabell 10A og Tabell 10B).

Tabell 10A: NCSP-koder som manglet

NCSP-koder som manglet i NPR-materialet	Antall
AAF05 Ventrikuloperitoneal shunt	1
ABE10 Operasjon for myelo- eller meningocele	1
JFB00 Tynntarmsreseksjon	1
JFF10 Bøyleenterostomi	1
JFF26 Sigmoidostomi	1
JFG20 Lukking av enterostomi med reseksjon av fremlagt bøyle	1
JHW96 Annen operasjon på anus eller perianalt vev	1
NBJ51 Osteosyntese av humerusfraktur med margnagle	1
NFJ43 Osteosyntese av annen proksimal femurfraktur med metalltr	1
UJF35 Koloskopi med biopsi	1
UJD02 Gastroskopi	1
Sum	11

Tabellen viser fordeling av de 11 NCSP-koder som manglet i materialet.

Tabell 10B: NCSP-koder som ble strøket ved revisjonen

NCSP-koder strøket ved revisjon	Antall
NFJ00 Lukket reposisjon av lårhalsfraktur	1
TAB00 Lumbalpunksjon	1
ZXF99 Avbrytelse av annen årsak	1
Sum	3

Tabellen gir oversikt over de 3 registreringene av NCSP-koder som ble strøket ved revisjonen.

Tabell 11: Oversikt prosedyrekoding (NCSP) før og etter revisjon

Før/etter revisjon		Prosedyre	Antall
Etter		JAG10 Operasjon for gastroschisis	1
Før		TG601 Respiratorbehandling	
Etter		NFB12 Implantasjon av distal primær delprotese i hofteledd med	1
Før		NFJ70 Osteosyntese av lårhalsfraktur med skruer	
Etter		NFJ02 Lukket reposisjon av subtrokantær femurfraktur	1
Før		NFJ01 Lukket reposisjon av pertrokantær femurfraktur	
Etter		NFJ81 Osteosyntese av pertrokantær fraktur, annet/komb materiale	1
Før		NFJ60 Osteosyntese av lårhalsfraktur med plate og skruer	
Etter		NFJ81 Osteosyntese av pertrokantær fraktur, annet/komb materiale	10
Før		NFJ61 Osteosyntese av pertrokantær fraktur med plate og skruer	
Etter		NFJ82 Osteosyntese av subtrokantær fraktur, annet/komb materiale	2
Før		NFJ62 Osteosyntese av subtrokantær fraktur med plate og skruer	
Sum			16

Det første tilfelle representerer en registrering av støttebehandling, mens flere koder for større operasjoner mangler.

Det neste er registrering av den vanligste operasjonen for denne type brudd i et tilfelle hvor det måtte gjøres utskiftning av leddhodet.

Resten er en systematisk feilkoding av osteosyntesemateriale. Gjelder bruk av såkalt DHS-plate (Dynamic Hip Screw). Skruen i betegnelsen er en grov, gjenget glidenagle gjennom lårhalsen, festet til lårbeinet med plate og skruer. Denne kombinasjonen skal etter eksplisitt veiledning under koden i NCSP-boken kodes som "annet eller kombinert materiale", ikke som "plate og skruer". Kodingen er faglig feilaktig, men uten betydning for DRG

14 av de 16 tilfellene kan beskrives som faglig feilkoding, men uten konsekvens for DRG.

Tabell 12: Konsekvenser av feil i prosedyrekoder

Før/etter revisjon	NPR-DRG	Vekt	NPR-Op
Etter	209 Større leddoperasjoner og påsetting av lemmer i underekstremitet	3,65	NFB12 Implantasjon av distal primær delprotese i hofteledd med
Før	210 Hofte-/lårbensopr. ekskl. større leddopr., > 17år,m/bk	2,04	NFJ70 Osteosyntese av lårhalsfraktur med skruer
	Differanse	1,61	
Etter	388A Nyfødt, f-vekt 1500-2499 g, med større operasjon, levetid = 1 dag	12,25	JAG10 Operasjon for gastroschisis
Før	388B Nyfødt, f-vekt 1500-2499 g, m. respiratorbehandling, levetid = 1 dag	2,27	TG601 Respiratorbehandling
	Differanse	9,98	

Tabellen viser konsekvensene mht DRG for de 2 tilfellene hvor feil i prosedyrekode førte til endring i DRG.

Som tidligere nevnt er variasjonen i DRG vektene innen nyfødtmedisin betydelige. Større operasjoner medfører betydelige økninger i DRG-vekter.



Sør-Trøndelag Fylkeskommune

Regionsykehuset i Trondheim

ORTOPEDISK AVDELING

verdig
R

Fylkesrevisjonen
Sør-Trøndelag fylkeskommune
Postuttak
7004 Trondheim

SØR-TRØNDELAG FYLKESKOMMUNE	
FYLKESREVISJONEN	
SAKS-DOK.NR.:	2000/03682-42
05 DES. 2000	
SAKSBEH.:	RFU U.OFF.:
ARK.:	FR

Vår ref: 00000428/påbe/Tti

Deres ref:

dato: 21.11.00

Forvaltningsrevisjonsprosjektet "Innsatsstyrt finansiering – kodingspraksis" – høring.

Ortopedisk avdeling har fått tilsendt høringsutkast på ovennevnte forvaltningsrevisjonsprosjekt med ønske om kommentarer til høringsutkastet.

Ortopedisk avdeling har merket seg at det ved det utført prosjekt for kontroll av kodingen ble funnet at det ved Ortopedisk avdeling ble utført korrekt koding av hoveddiagnose i 25 av 30 tilfeller, hvilket var betydelig bedre enn ved de to andre avdelingene som kontrollundersøkelsene omfattet. Det foreligger imidlertid fortsatt et potensiale for forbedring. Som ventet ble det derimot funnet grunnlag for en relativt større revisjon av bidiagnosene ved Ortopedisk avdeling (slik som også ved de andre avdelingene), dette har nok sammenheng med en ufullstendig systematisk registrering av bidiagnosene.

I henhold til Fylkesrevisjonens vurderinger (pkt.6.4.) er det ved vurdering av forholdene ved Regionsykehuset i Trondheim (pkt.6.4.1.) angitt at arbeidsgruppen viser til forskjellige tiltak som kan bedre kodingen. Det er nevnt at oppfølgingsrutiner ute på de enkelte avdelingene i tillegg til kontrollrapporter vil være avgjørende for at resultatet skal bli rett koding. Videre vil en automatikk i overføring av operasjonskoder (fra avdelingenes eget operasjonsregister) til PAS-systemet kunne bedre kvaliteten selv om det vil være feilkilder ved en slik overføring. Det er også foreslått at det utnevnes en kontaktleger ved hver avdeling som skal ha kontakten med den i økonomiavdelingen som arbeider med kvalitetssikring av ISF- inntektene. Endelig bør avdelingene ved RiT oppnevne ansvarlige kodingsleger ved hver seksjon.

Alle disse tiltakene med unntak av systematiske oppfølgingsrutiner er gjennomført ved Ortopedisk avdeling.

Ut fra avdelingens vurdering bør det imidlertid også vektlegges at kodingsverket er komplisert og at det i en rekke tilfeller er meget arbeidskrevende å finne frem til de riktige kodene. Dette resulterer i feilaktige eller mangelfull koding i en del tilfeller. Tilgang på legerressurser ved vår avdeling er mangelfull i forhold til de arbeidsoppgaver som legene er pålagt. Det ville derfor være av største betydning å lette kodingen ved utarbeidelse av et langt bedre stikkords-register enn hva som i dag eksisterer. Det er svært beklagelig at det nye

kodingssystemet ble innført uten at det forelå et brukbart stikkordsregister. Det burde være en nasjonal oppgave å forbedre stikkordsregisteret.

Ortopedisk avdeling tar til etterretning at rapporten viser at det foreligger mangelfull opplæring av legene ved RiT i koding. Samtlige seksjonsoverleger har vært på kurs arrangert av IT-avdelingen. Det er imidlertid behov for en mer systematisk opplæring også for avdelingens øvrige leger og avdelingen vil planlegge en slik opplæring.

Videre vil avdelingen vurdere å innføre et bedre system for registrering av "hendelser" fra innleggelse til utskrivning slik som inntrufne komplikasjoner samt bedret registrering av bidiagnoser.

Pål Benum
avdelingsoverlege





Sør-Trøndelag fylkeskommune
Fylkesrevisjonen
Posttuttak
7004 Trondheim

SØR-TRØNDELAG FYLKESKOMMUNE	
FYLKESREVISJONEN	
SAKS-DOK.NR.: 2000/03682-43	
06 DES. 2000	
SAKSBEH.: P70	U.OFF.:
ARK.: FR	

VÅR REF:
00/00437-041/L016671/AST
Oppgis ved henvendelse

DERES REF:
2000/03682-37 HAL FR

DATO:
01.12.00

KOMMENTARER TIL HØRINGSUTKAST: FORVALTNINGSREVISJONSPROSJEKTET "INNSATSSTYRT FINANSIERING - KODINGSPRAKSIS"

Vi vil innledningsvis anerkjenne det arbeidet som er gjort av Fylkesrevisjonen. Selv om mesteparten av det som her påpekes er kjente forhold, virker en samlet fremstilling av forbedringspotensialer som en motivasjon til å fremskynde en del prosesser.

Nedenfor følger våre kommentarer til prosjektrapporten.

Ad 2.2 Innsatsstyrt finansiering

"For hver DRG er det fastsatt en normert kostnad som danner grunnlag for ISF-refusjon. Refusjonssatsen er for 2000 satt til 50% av normert kostnad. Den øvrige delen finansieres gjennom rammetilskudd av fylkeskommunen."

Dette gjelder bare for måltall fastlagt i budsjettet. Dersom sykehuset har høyere produksjon enn planlagt, får man 50% refusjon fra staten, mens fylkets andel ikke blir utbetalt.

Administrasjonens opplæringstiltak.

RiT legger ned mye arbeid på å forbedre kodekvaliteten, og i 1999 hadde sykehuset en forbedring i sin DRG-indeks på nesten 5% i forhold til 1998 – og var dermed blant de beste fylkene i landet. Sykehuset måtte derfor avskrive 27 mill. kroner på grunn av den vedtatte krypgrensen.

Fra vår 2000 har det vært arrangert månedlige kurs for leger og andre interesserte. Interessen for disse kursene er stor, og man har over 20 påmeldte til hvert kurs. Legene blir prioritert, og de fleste av kursdeltakerne har således vært leger. Noen avdelinger/seksjoner har valgt å sende alle leger på kurs (eksempelvis har så å si alle kardiologer deltatt), mens andre avdelinger har sendt "DRG-ansvarlige" for så å drive opplæring selv innenfor avdelingen.

Disse kursene vil fortsette i sin nåværende form i 2001. Når alle de "gamle" legene (nye kan også delta) har gjennomført kurset, har man planer om å arrangere obligatoriske kurs for nyansatte leger; noe revisjonen også ble orientert om i forkant av prosjektet.

Man har også planlagt kurs i januar med innleide kursledere som har medisinsk-faglig bakgrunn. Disse vil holde kurs for de enkelte avdelinger og legge vekt på medisinsk korrekt kodingspraksis. Det vil også være aktuelt å invitere leger fra OSS til disse kursene.

Ad 5.4.1 Fylkesrevisjonens vurderinger av RiT

"Fylkesrevisjonen registrerer at administrasjonen mener at opplæringen har vært tilfredsstillende på området."

Opplæringen kunne – sett i ettertid – vært bedre. Opplæringstiltakene har vært tilpasset tilgjengelige ressurser samtidig som en ikke har ønsket en **overfokusering** på endret kodingspraksis motivert av nytt inntektssystem.

"Sykehuset har ikke noen overordnet plan for opplæring..."

Dette er ikke helt riktig. Noen sentre har pålagt sine leger å gå på kurs og/eller drive intern opplæring, og de har også pålagt avdelingene å utnevne DRG-ansvarlig lege innenfor hver seksjon. Administrasjonens internkurs er også ledd i en overordnet plan.

Ad 5.4.2 OSS

"En videreutvikling av dette samarbeidet bør kunne vurderes."

Økonomiavdelingen har kontinuerlig samarbeid med økonomikonsulent ved OSS. Flere ganger pr. uke drøftes POLK og ISF. En del informasjon vedrørende økonomi som blir distribuert fra Økonomiavdelingen ved RiT, går også til OSS. I januar skal Økonomiavdelingen ved RiT kjøre sitt ISF/poliklinikk-kurs for leger ved OSS.

Ad 6.1 Vurderingskriterier

Sjekkliste

Her kunne man kanskje bemerke at NPR også gir feedback på de tertialvise innrapporterte data. Lister på opphold som er kodet på feil måte, blir sendt sykehuset. RiT får få tilbakemeldinger på opphold som er kodet slik at det indikerer dårlig datakvalitet. Andre tertial 2000 fant man direkte feil koding på 17 pasienter! Dette innbiler man seg er et fåtall av et så stort antall. Det kunne vært interessant å få vite hvordan RiT ligger an i så måte sammenlignet med andre sykehus.

Betydningen av korrekt koding

Det er klart at det er viktig å kode rett, men etter hvert som DocuLive (elektronisk journal) utbredes, er det hit man vil gå for å finne den medisinske korrekte kodingen. PAS blir mer og mer et rent administrativt og økonomisk system.

Man finner eksempler på at avdelinger registrerer i PAS alle – både små og store – prosedyrer som gjøres, med det resultat at ikke alle blir med i filen over til NPR i og med at bare 10 prosedyrer blir akseptert. Eksempelvis vil da en tracheostomi registrert som 11. prosedyre, ikke bli med i grunnlaget. En tracheostomi overstyrer alle andre prosedyrer og plasserer oppholdet rett i DRG 483 (ca. 88.000 kr). Siden det er naturlig at prosedyrer registreres i kronologisk rekkefølge etter dato, er det vanskelig å vite hva man skal råde avdelingene til. Er det nødvendig å registrere fjerning av suturer i PAS, f. eks.? I DocuLive er det klart at dette skal registreres.

Ad 6.2.1 Administrasjonens opplegg for kvalitetssikring

Kvalitetssikring i praksis

"Rapportene for sengepost tas ut av IT-avdelingen."

Det må være feil at IT-avdelingen tar ut rapporter fra sengepostmodulen. IT-avdelingen rapporterer riktignok til NPR; ellers er det Økonomiavdelingen som tar ut rapporter.

Ad 6.2.2 Avdelingenes opplegg for kvalitetssikring

Kvalitetssikring i praksis

"I mange tilfeller understrekes det imidlertid fra avdelingene at kontrollrapportene kun avdekker feil kombinasjoner og ikke manglende bidiagnoser, operasjonskoder med videre."

Diagnoser → ja. Manglende operasjonskoder (også kalt prosedyrekoder) i PAS blir fanget opp etter at året er omme via den sammenligningen som blir gjort mellom de avdelingsvise operasjonsdatabasene og PAS. Dersom operasjonskoder mangler i PAS, blir de etterregistrert.

Det bør være faglige kriterier som styrer kodingen, og derfor er det naturlig at de fagansvarlige gir uttrykk for at økonomiske betraktninger ikke styrer kodingen. Men man skal også vite at korrekt medisinsk koding og tilstrekkelig koding (bidiagnoser, operasjonskoder, etc.) må registreres i PAS siden det er data herfra som styrer økonomien. Korrekt faglig koding vil stort sett ha positiv innvirkning på økonomien.

"Flere foreslår at avdelingene burde hatt driftskonsulenter med økonomisk bakgrunn som også kunne hatt ansvar i forhold til ISF."

Man vil poengtere at det er legen som har ansvar for riktig medisinsk koding, og dette er grunnlaget for at sykehusoppholdet havner i rett DRG. Hvis epikrisen er mangelfull, kan ikke en driftskonsulent rette på dette. Det er de medisinske ansvarlige som først og fremst må bli bevisste på hvor viktig korrekt koding er, selvfølgelig ut fra et medisinsk-faglig synspunkt, samt også økonomisk. Samtidig må de kontoransatte bli gjort oppmerksom på at deres rolle er like viktig; de må være "vaktbikkjer" og passe på at registreringen i PAS er korrekt, og at alle koder blir med. Dersom ovennevnte funksjoner fungerer, vil enhver kontrollfunksjon være overflødig. Alle opprettinger som må gjøres i ettertid, må i alle tilfeller innom en lege for granskning/godkjenning, og dette okkuperer dyrebar legetid.

Ad 6.4.1 Regionsykehuset i Trondheim

"Manglende registrering av bidiagnoser, komplikasjoner og prosedyrer blir nødvendigvis ikke avdekket ved disse kontrollene."

Hvis Revisjonen med prosedyrer her mener operasjoner, er det nettopp disse man fanger opp ved å kjøre operasjonsregistrene mot PAS ved utgangen av året. Manglende bidiagnoser og manglende kompliserende operasjonskoder vil imidlertid ikke kontrollrapportene avdekke.

Revisjonen mener at avdelingene ved RiT skal utnevne kodingsleger ved hver seksjon. Dette arbeidet er i gang. Kirurgisk avd. skriver den 21.08.00 brev til en overlege ved hver seksjon med heading "Bedret kodingspraksis ved Kirurgisk avdeling" der disse legene får kodingsansvar. Andre avdelinger har også utnevnt DRG-ansvarlige leger (Jfr. Barn, Med, Ort).

Ad 7.2 Valg av datasett for gjennomgang

"Fylkesrevisjonen anser det ellers for lite sannsynlig at resultatet av undersøkelsen har gitt et annet resultat dersom vi hadde ventet til RiT var ferdig med å kvalitetssikre sine data"

Man synes kanskje det er merkelig at Revisjonen ser det slik i og med at undersøkelsen viser at det nettopp er manglende operasjonskode som er årsaken til at et nyfødt barn generer en

vekt på 2,32 i stedet for 12,53. En av Økonomiavdelingens kontroller er nettopp å sjekke at alle operasjonskoder er med i PAS. Dette arbeidet gjøres ikke før året er omme. Man forutsetter da riktignok at aktuell operasjonskode er registrert i kirurgens operasjonsregister.

Ad 7.3.2 Undersøkelse av (økonomiske) DRG-konsekvenser

Prisen for DRG er ikke korrekt. Slik den står her ble den opprinnelig fastsatt for år 2000, men den ble i begynnelsen av året revidert slik at gjeldende DRG-pris for ett DRG-poeng = 28.324 kr, og 50% gir da 14 162 kr.

Revisjonen skriver at underkodingen utgjør et frafall av inntekter på 168 722 kr. I tråd med prisene ovenfor skal rett beløp være 171 927 kr. Påstanden blir likevel problematisk – som for så vidt også revisjonen anfører - fordi man her må ta hensyn til både DRG-kryptet (trekket) og antall undersøkte journaler (statistisk representativitet). Et større bakgrunnsmateriale ville være helt nødvendig for å trekke konklusjoner for den totale produksjonen. (Siden ett sykehusopphold gjør så stort utslag, burde man kanskje ha overveid om dette oppholdet ikke burde vært fjernet før man regner ut gjennomsnittstall.)

Ad 7.3.3 Koding av hoveddiagnose

"Rekkefølgen på bidiagnose er uten betydning, men det er avgjørende at hoveddiagnose står først."

I PAS registrerer man *type* diagnose, H eller B; rekkefølgen har ingen betydning. Men der skal registreres bare én diagnose av typen H så sant det ikke dreier seg om multipl koding; Diagnose av type H rapporteres i alle tilfeller som første kode til NPR. Hvis to hoveddiagnoser i multipl koding, rapporteres bare stjernediagnosen. En del opphold (ekskl. multipl koding) blir feilaktig registrert med flere hoveddiagnoser i PAS. Dette blir det kjørt kontrollrapporter på, og avdelingene må selv rette opp feilen.

"Undersøkelsen viser også systematisk feilkoding med Z-koder som hoveddiagnose for nyfødte som var med i utplukket..."

Man vil gjerne komme med en forklaring på denne feilkodingen:

Det var først i år 2000 at RiT etter departementets anmodning innførte registrering av diagnose på "friske" nyfødte. Disse skal ha diagnosen Z38.0 (type H). Siden man i PAS også registrerer "friske" nyfødte med en egen oppholdstype = N (for Nyfødt) i motsetning til H (for Heldøgn), skapte dette et problem fordi disse ikke ville være med i mangellister fra PAS over pasienter som mangler diagnose. Bare heldøgns pasienter, kommer på slike lister. For å få med alle diagnoser, blir Z38.0 - som egentlig ikke har noe med frisk/syk å gjøre, men betyr enkeltfødsel på sykehus - registrert umiddelbart etter fødselen på alle barn. Når barnelege dikterer sykdomsrelaterte diagnoser i ettertid, har disse blitt registrert fortløpende etter Z-koden som sto der fra før. Man har visst at oppholdet har blitt plassert i rett DRG uavhengig av at den sykdomsrelaterte diagnosen har stått som bidiagnose. Sett ut fra et medisinsk synspunkt er dette naturligvis forkastelig. Her skulle Z-koden blitt endret til type B, og hoveddiagnosen skulle fått type H selv om den blir registrert på andre plass i PAS. Kommunikasjonen mellom barnelege og kontorpersonale har beklageligvis sviktet på dette området.

Siden Fødeavdelingen først begynte med denne registreringen på vårparten i år, vil den bli tatt opp til evaluering når året er omme, og man regner da med at denne feilkodingen ville blitt oppdaget. Rutinen er nå endret som følge av revisjonens påpekning.

Ad 7.3.8 Oppsummering

Oppsummeringen underbygger at det er legene som må ta ansvar for medisinsk korrekt koding. Deretter kan Administrasjonen bistå med å finne feil ved hjelp av kontroller.

"...og at det totalt er feil i valg av hoveddiagnose i 35% av tilfellene."

Her gjør nylig endret kodinspraksis – som tidligere anført - for stort utslag.

Ad 7.4.1 Økonomisk virkning

"... er inntektstapet omfattende. I så fall kan det være snakk om beløp i millionklassen."

Det vises til tidligere anførsler. Det blir galt å legge så stor vekt på ett enkeltopphold, siden det ikke er gjennomgående at operasjonskoder blir utelatt. Selv om Revisjonen nevner dette på neste side, blir det ikke tatt hensyn til dette i aktuelt avsnitt, og man får inntrykk av at RiT generelt har dårlig datakvalitet.

Ad 7.4.2 Kvaliteten på koding ut fra medisinske og statistiske hensyn

"Undersøkelsen synliggjør også et opplæringsbehov og nødvendigheten av grundig oppfølging av den medisinske kodingen fremover."

De interne kurstilbudene fortsetter i år 2001. I tillegg vil det i januar bli innleid faglig ekspertise utenfra for å kurse legene avdelingsvis i korrekt medisinsk koding.

Ad 8.3 Fylkesrevisjonens vurderinger

"Dersom ISF-ordningen skal motivere til innsats, må økt aktivitet også gi økte inntekter."

Her bør man avslutte med *".. må økt aktivitet også netto gi økte inntekter."*

"Faktorer som virker demotiverende er at avdelingene ikke får beholde merinntekter, .."

ISF-inntektene blir fordelt ut til den enkelte avdeling etter faktisk produksjon. Det er en forutsetning at avdelingene skal kunne disponere reelle merinntekter (innenfor rimelige grenser).

Med vennlig hilsen
for direktøren


Jon Arve Hoffekim
økonomidirektør


Anne Stenseth
spesialkonsulent



Sør-Trøndelag Fylkeskommune

Regionsykehuset i Trondheim

Medisinsk avdeling

Telefon 73 86 80 00

Telefax 83 86 75 46

verdig 7
R

Fylkesrevisjonen
v/Per Johansen
Postuttak
7004 TRONDHEIM

SØR-TRØNDELAG FYLKESKOMMUNE	
FYLKESREVISJONEN	
SAKS-DOK.NR.:	2000/03682-41
04 DES. 2000	
SAKSBEH.:	RO
U.OFF.:	
ARK.:	FR

Unntatt offentlighet, off.l. § 5

Vår ref: 00000335/EB/scs

Deres ref: 2000/03682-33 HAL FR

dato: 29.11.00

HØRINGSNOTAT. PROSJEKTRAPPORT FORVALTNINGSREVISJONS- PROSJEKT 2000 "INNSATSSTYRT FINANSIERING – KODEPRAKSIS"

Det er gjort greit rede for bakgrunnen for og målet med undersøkelsen. Materialet og metoder som er brukt synes relevante, dog er gjennomgangen av kun 102 pasientjournaler, utført av Kompetansesenter for IT i helsevesenet AS (KITH), et meget begrenset utvalg, noe som også er kommentert i rapporten. Av de 102 journaler som er gjennomgått er 43 journaler hentet fra opphold i Medisinsk avdeling.

Rapporten forteller først og fremst at kvaliteten på den medisinske koding kan forbedres. For "medisinske" DRGer ble det gjort endring på hoveddiagnosen i 44 % (til sammenlikning var endringen på 35 % i det totale utvalget). Antall relevante bidiagnoser økte også noe for gruppen av medisinsk opphold.

De økonomiske konsekvensene av denne diagnoserevisjonen var for "medisinske" DRGer en reduksjon i utbetaling på 7,7 % (tabell 1, side 24).

Opplæring av både under- og overordnede leger bør forbedres slik at medisinske data blir registrert korrekt. Forutsetningen for dette er at legene forstår å bruke kodeverket ICD-10 riktig. Hovedpoenget med kurs må derfor bli å gi undervisning i medisinsk koding. Kursene må selvsagt også ta opp viktige sider ved DRG/ISF, slik at man unngår tapsbringende "underkoding". De kliniske avdelinger (og ikke bare økonomiavdelingen) må gis anledning til å arrangere kurs, for eksempel med ressurspersoner fra KITH som forelesere. Av korrekt medisinsk koding følger at man får den DRG-indeks og ISF-refusjon som man etter gjeldene regelverk har krav på. Kurs der det settes fokus bare på DRG/ISF kan ha uheldige følger, for eksempel overlatt "overkoding". Bruk av computer-verktøy i kodingen kan forsterke dette. Undersøkelsen har imidlertid ikke påvist noen tegn til såkalt "taktisk" koding.

Ved enkelte seksjoner ved Medisinsk avdeling brukes såkalte kortlister, noe som kan bidra til unøyaktig kodingspraksis, noe som er påpekt i rapporten.

Medisinsk avdeling har allerede oppnevnt en DRG-ansvarlig overlege for hver seksjon som så skal gi informasjon til sine kolleger ved de respektive seksjoner. Man vil arbeide med å bevisstgjøre alle leger, og spesielt overleger som kontrasierer epikriser. Det er imidlertid viktig at det blir avsatt tid til opplæring, og dette er ikke like enkelt i en travel avdeling. Sykehuset bør vurdere å arrangere obligatoriske kurs i ICD-10 kodeverket, for eksempel ved

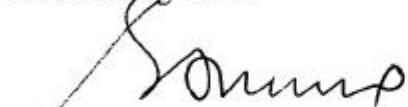
innleie av leger ansatt i KITH, for alle nyansatte leger ved RiT. Dette ville kunne forbedre kvaliteten på registrering av medisinske data.

For Medisinsk avdeling er opphold som havner i DRG 470 svært lavt i forhold til andre avdelinger ved sykehuset. I perioden januar til september år 2000 var kun 201 (2,8 %) av totalt 7167 sykehusopphold i kategorien DRG 470. Tatt i betraktning den store turnover av pasienter i avdelingen er dette etter mitt syn svært bra.

Som generell kommentar til ISF vil jeg si at det ikke må legges for stor vekt på denne finansieringsordningen fra administrasjonen i arbeidet mot avdelingene. Dette er også påpekt av departementet. Av pasientene som legges inn i Medisinsk avdeling, er mer enn 90 % øyeblikkelig hjelp, og ISF-ordningen kan derfor bare i begrenset grad brukes i planleggingen av avdelingens drift. ISF-ordningen bidrar heller ikke til å øke aktiviteten i avdeling, da aktiviteten er bestemt av det faktum at over 90 % av pasientene innlegges som øyeblikkelig hjelp, og at medisinsk avdeling har et "kronisk" overbeleggsproblem (utnyttelsesgrad av senger på ca. 105 % på årsbasis). Videre er jeg skeptisk til at ISF kan brukes i prioriteringsdiskusjoner. For eksempel kan det ved oppstart av ny aktivitet bli lagt mer vekt på ISF enn på medisinske indikasjoner og nødvendighet av aktuell virksomhet.

Min konklusjon på rapporten sett fra Medisinsk avdelings synspunkt, er at vi kan bedre kvaliteten på den medisinske kodingen. De kliniske avdelinger må derfor gis anledning til å arrangere kurs som fokuserer på medisinsk koding. Undervisning i DRG/ISF må selvsagt inngå i slike kurs for å sikre et visst kjennskap til ordningen, først og fremst for å hindre tapsbringende "underkoding". Det betyr at kursene bør være et samarbeidsprosjekt mellom personer med kvalifikasjoner i så vel medisinsk koding som DRG/ISF.

Med vennlig hilsen



Eiliv Brenna
avdelingsoverlege
Medisinsk avdeling

