



Rapport 8/2011

Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene - Sykehuset Østfold HF

Rapport nr.	8/2011
Revisjonsperiode	April 2011 – august 2011
Virksomhet	Sykehuset Østfold HF
Rapportmottaker	Administrerende direktør Sykehuset Østfold HF
Kopi (av endelig rapport)	Styreleder Sykehuset Østfold HF Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonskomiteen Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF v/revisjonskomiteen
Revisor	Sturla Rising (Exonor), Sven Richard Tønnesen (KPMG), Sverre Lunde (KPMG) og Karl-Helge Storhaug (konsernrevisjonen Helse Sør-Øst)

Innholdsfortegnelse

FIGURLISTE	3
TABELLISTE	3
SAMMENDRAG	4
1 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR REVISJONSPROSJEKTET.....	5
1.2 FORMÅL MED REVISJONEN (MANDATET)	6
1.3 RAPPORTSTRUKTUR	6
1.4 PROSESS OG METODE	6
2 RESULTATER OG VURDERINGER	9
2.1 BESKRIVELSE AV MEDISINSK KODEPRAKSIS - SYKEHUSET ØSTFOLD HF	9
2.2 STYRINGS- OG KONTROLLMILJØ	12
2.3 MÅLSETTINGER FOR MEDISINSK KODEPRAKSIS OG RISIKOVURDERINGER	20
2.4 TILTAK FOR Å HA STYRING OG KONTROLL MED KODEPRAKSIS.....	21
2.5 OPPFØLGING AV MEDISINSK KODEPRAKSIS	26
3 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	29
4 VEDLEGG	32
4.1 VEDLEGG 1 – MANDATETS TEMAOMRÅDER OG PROBLEMSTILLINGER.....	32
4.2 VEDLEGG 2 – PROSESS OG METODE	34
4.3 VEDLEGG 3 – OM SYKEHUSET ØSTFOLD HF	39
4.4 VEDLEGG 4 – DOKUMENTFORESPØRSEL.....	40
4.5 VEDLEGG 6 – YTTERLIGERE RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN	42

Figurliste

Figur 2-1: Prosesskart for koding og kodekontroll ved Sykehuset Østfold HF	11
Figur 2-2: Tilstrekkelig opplæring	14
Figur 2-3 Kjennskap til kodeveiledningen, spesifisert på stillingskategori.....	15
Figur 2-4 Tone at the top, HF ledelse.....	16
Figur 2-5 Tone at the top, avdelingsledelse	17
Figur 2-6 Tid til koding	18
Figur 2-7: Trygghet ved koding.....	19
Figur 2-8 Oppdager medisinsk feilkoding	23
Figur 2-9 Kjennskap til retting av medisinske koder uten konsultasjon av helsepersonell	24
Figur 2-10 Endring av medisinske koder	25
Figur 2-11 Opplevd trygghet ved varslings	27
Figur 4-1 – Generelt prosesskart for medisinsk koding og kodekontroll	37

Tabelliste

Tabell 1-1: Helseforetak der det er foretatt revisjon som Del 2 av prosjektet	6
Tabell 1-2: Beskrivelse av gruppene i utvalget for spørreundersøkelsen	7
Tabell 1-3: Populasjon, utvalg og svarprosent for Sykehuset Østfold HF	7
Tabell 4-1: Helseforetak der det er foretatt revisjoner som Del 2 av revisjonsprosjektet.....	34
Tabell 4-2: Populasjon, utvalg og svarprosent for den nasjonale spørreundersøkelsen	35

Sammendrag

Det er gjennomført en felles revisjon i samtlige helseregioner. Formålet med revisjonen har vært å kartlegge og vurdere medisinsk kodepraksis i helseforetakene. Hensikten har vært å avklare om det er etablert god intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for korrekt koding.

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

Initiativtaker til revisjonen er Helsedirektoratet, og den er gjennomført i et samarbeid mellom internrevisjonene i Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. KPMG AS er engasjert for å bistå med den praktiske gjennomføringen av prosjektet.

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

Sykehuset Østfold HF har etablert prosedyrer for sentral kvalitetskontroll av koding og for koding av avsluttede opphold. Det er også etablert prosedyrer som angir hvordan koding skal gjennomføres ved to av avdelingene (som var omfattet av revisjonen). Inntrykket fra intervjuene er at prosedyrene er lite kjent for de ansatte. Intervjupersonene gir uttrykk for at de oppfatter sin rolle som klart definert i praksis, selv om de oppgir at det ikke eksisterer nedskrevne prosedyrer.

Ansatte på ledernivå gir uttrykk for at det kommuniseres fra HF-ledelsen at det er fokus på korrekt medisinsk koding. Intervjuene av ansatte på lavere nivåer bekrefter dette inntrykket. Intervju med LIS- legene ga imidlertid inntrykk av at det er liten bevissthet om den medisinske funksjonen kodingen har, og at systemet primært oppfattes som økonomisk motivert. Samtlige intervjugrupper gir uttrykk for at det er nødvendig å styrke kompetansen i medisinsk koding gjennom mer opplæring. Vårt inntrykk er at Sykehuset Østfold HF gjennom den kompetansen Seksjon for analyse besitter har gode forutsetninger for å gi tilstrekkelig informasjon og opplæring til kodere i helseforetaket.

Sykehuset Østfold HF har ingen systematisk gjennomgående kontroll med kodingen på avdelings/seksjonsnivå. Sekretærene fanger opp feil og ufullstendig koding i et visst omfang, og det gjennomføres sentral kvalitetssikring. Selv om 1/3 av epikrisene rettes sentralt og ihht regelverket for koding, er det 2/3 av epikrisene som ikke er gjenstand for noen systematisk kontroll. Vi fikk opplyst at det ikke foretas utsending av ny epikrise selv ved endringer i koding som har vesentlig medisinsk betydning. Et eksempel er bytte av hoveddiagnose som følge av histologi/prøvesvar.

Totalt sett er det vår vurdering at den medisinske kodepraksisen ved Sykehuset Østfold HF bør forbedres. Dette gjelder spesielt svak kontroll og oppfølging lokalt ved avdelinger/seksjoner, behov for bedre opplæring samt medisinskfaglig forankring av den sentrale kontrollen.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for revisjonsprosjektet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Formål med revisjonen (mandatet)

Formålet med revisjonsprosjektet har vært å kartlegge og vurdere medisinsk kodepraksis i helseforetakene. Hensikten har vært å avklare om det er etablert god intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for korrekt koding.

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

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

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

En tabell med liste over mandatets delproblemstillinger og henvisninger til hvor disse besvares i rapporten finnes i 4.1 Vedlegg 1.

1.3 Rapportstruktur

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

Del 1 beskriver bakgrunn for revisjonen, formålet og hvordan data er innhentet. Del 2 beskriver først hvordan prosessen med medisinsk koding ved Sykehuset Østfold HF er, deretter er resultater for hvert tema presentert. Temaene er gitt av mandatet og er presentert under formål med revisjonen (avsnitt 1.2). Våre vurderinger av resultatene for hvert tema er presentert til slutt i hvert delkapittel. Del 3 oppsummerer denne rapporten og gir noen generelle anbefalinger basert på resultatene og vurderingene i del 2.

1.4 Prosess og metode

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

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

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

For en mer detaljert gjennomgang av metodene brukt i prosjektet henviser vi til 4.2 Vedlegg 2.

1.4.1 Nasjonal elektronisk spørreundersøkelse

Et utvalg av ansatte ved Sykehuset Østfold mottok 27. april invitasjon til deltakelse i den nasjonale spørreundersøkelsen av medisinsk kodepraksis med svarfrist 11. mai. Utvalget ble plukket fra en liste over ansatte med oppgaver knyttet til medisinsk koding. Listen var produsert av kontaktpersoner ved helseforetaket. Deltakerne i spørreundersøkelsen besvarte spørsmål tilpasset deres stillingsnivå og rolle i forhold til medisinsk koding. Utvalget er delt inn i tre grupper avhengig av stillingsnivå, vist i Tabell 1-2.

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

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

Ut Tabell 1-3 fremgår det at svarprosenten for Sykehuset Østfold har vært 46 %. Dette er noe over landsgjennomsnittet på 41 %. Svarantallet har vært tilstrekkelig stort for å vise tendenser og trekke konklusjoner, men under analyse av besvarelsene er det tatt hensyn til at gjennomsnittstallene kan avvike noe fra det reelle gjennomsnittet.

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

	Populasjon	Utvalg	Antall svar	Svarprosent i forhold til utvalget
Totalt for Sykehuset Østfold HF	518	309	141	46 %
Gruppe 1	429	220	91	41 %
Gruppe 2	64	64	36	56 %
Gruppe 3	25	25	14	56 %

1.4.2 Revisjonsbesøk ved Sykehuset Østfold HF

Revisjonen av Sykehuset Østfold HF ble gjennomført i løpet av et besøk på to dager, 25. og 26. mai 2011. Fra prosjektgruppen deltok Karl-Helge Storhaug (konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF), Sverre Lunde (KPMG) og Sturla Rising (Exonor).

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

Arbeidsmøtet ble avholdt med nøkkelpersonell innen kodearbeidet. Et generelt prosesskart ble brukt som utgangspunkt. Dette ble tilpasset lokale variasjoner ved helseforetaket. Videre ble det kartlagt prosesser, rutiner, verktøy og systemer i bruk gjennom prosessen samt risikofaktorer som kan medføre feilaktig koding. Prosesskartet for Sykehuset Østfold HF er beskrevet i Figur 2-1 i kapittel 4.2.

Gruppeintervjuene ble gjennomført semistrukturert med utgangspunkt i en intervjuguide tilpasset for hvert stillingsnivå. Spørsmål har vært utarbeidet for å sikre helhet og sammenlikningsgrunnlag på tvers av stillingsnivåer og helseforetak.

1.4.3 Dokumentanalyse

I forbindelse med revisjonen ble det forespurt dokumentasjon av prosesser og rutiner ved helseforetaket (liste over forespurte dokumenter i 4.4 Vedlegg 4). Dokumentasjonen ble gjennomgått og danner sammen med resultatene fra spørreundersøkelsen, arbeidsmøtet og intervjuene grunnlaget for diskusjoner og vurderinger i denne rapporten.

2 Resultater og vurderinger

2.1 Beskrivelse av medisinsk kodepraksis - Sykehuset Østfold HF

På side 11 er prosessen for medisinsk koding ved Sykehuset Østfold HF illustrert ved et prosesskart. Der det er relevant vil vi referere til prosesskartet i vurdering og analyser i kapittel 2.

Den øverste banen i prosesskartet viser pasientflyt og kodesetting. Banene nedenfor viser verktøy og systemer som benyttes i kodearbeidet. Nederst har vi beskrevet risikofaktorer knyttet til medisinsk koding ved Sykehuset Østfold HF som ble identifisert i workshopen. Det varierer noe på tvers av divisjoner/avdelinger hvordan dette gjennomføres, i Figur 2-1 er prosessen skissert i en generell form.

Mottak og innleggelse/poliklinikk

Prosessflyten starter med intern eller ekstern henvisning av pasient. Pasienten vil deretter enten bli henvist videre til vurdering på Sykehuset Østfold HF, eller avvist/sendt tilbake til fastlege/henvisende lege. Dersom pasienten henvises til videre behandling på Sykehuset Østfold HF er dette snakk om enten en innleggelse eller henvisning til poliklinisk behandling. Øyeblikkelig hjelp-pasienter legges direkte inn. Ved mottak og vurdering av henvisningen føres opplysninger inn et vurderingsskjema. Her registreres også i noen tilfelle en foreløpig diagnose/problemstilling som kan være grunnlaget for kodesetting senere.

Behandling, diagnostikk og kodesetting

Pasienten vil etter innleggelse eller mottakelse på poliklinikk bli undersøkt og diagnostisert. Koder blir som regel først lagt inn når epikrise skrives. Det er behandlende lege som setter kode for pasienten første gang. For turnuskandidater og uerfarne ass.leger (inntil ca 1 års erfaring) skal epikrisen kontraseres av overlege. Utover dette er det ingen kontroll med kodingen i epikrisen på avdelings-/seksjonsnivå.

For poliklinikk benyttes noen steder et eget legeregningsark hvor de mest brukte koder/diagnoser er lagt inn. Dette gjelder blant annet Øre, nese hals poliklinikk (ØNH). Alle prosedyrer blir her nedtegnet mht koder eller diagnoser.

Kodekontroll på enhetsnivå og sentralt

Sykehuset Østfold HF har tidligere hatt kodeansvarlige leger. Denne ordningen har man imidlertid gått bort i fra da den ikke fungerte. Sekretærene ved det felles dokumentasjonssenteret legger inn informasjon og koder i epikrisen i DIPS basert på diktat fra legene. Manglende koder som er åpenbare legger de direkte inn i DIPS, og noen ganger uten å konferere med legen. Der de er usikre på kodingen foreslår de retting og komplettering og sender "gul lapp" i DIPS til legene og får godkjenning fra legen. ØNH-avdelingen har en egen sekretær som går igjennom alle epikriser på eget initiativ. For hele helseforetaket gjelder at alle endringer skal dokumenteres i DIPS. Utover dette er det ikke noen gjennomgående systematisk kontroll med kodingen på avdelings-/seksjonsnivå ved Sykehuset Østfold HF.

Vi fikk opplyst at det ikke foretas utsending av ny epikrise selv ved endringer i koding som har vesentlig medisinsk betydning. Et eksempel er her bytte av hoveddiagnose som følge av histologi/prøvesvar. I henhold til kvalitetssystemets prosedyre F/5-01 "Medisinsk koding av avsluttede opphold ved Sykehuset Østfold" skal det i slike tilfeller skrives ut ny epikrise.

Økonomi- og analyseavdelingen, seksjon for analyse, har ansvaret for kvalitetskontroll med medisinsk koding ved Sykehuset Østfold HF. Seksjon for analyse foretar logiske kontroller av kodingen samt analyser og har også ansvar for kvalitetssikring ved Norsk Pasient Register (NPR) rapportering. Denne kontrollen foretas med fokus på økonomi og det kjøres et antall rapporter for å identifisere vanligste feil og mangler. For inneliggende pasienter kontrolleres ca 1/3 av epikrisene, noe som fører til en betydelig komplettering og feilretting av koder. Kontrollen er mindre fullstendig for polikliniske pasienter. Økonomisk forbedring av DRG- refusjon som følge av kontrollen anslås til opp mot 30 mill. kroner pr år. Det ble understreket i intervjuene at alle endringer og rettinger er og skal være innenfor regelverket og at koding skal være medisinsk korrekt.

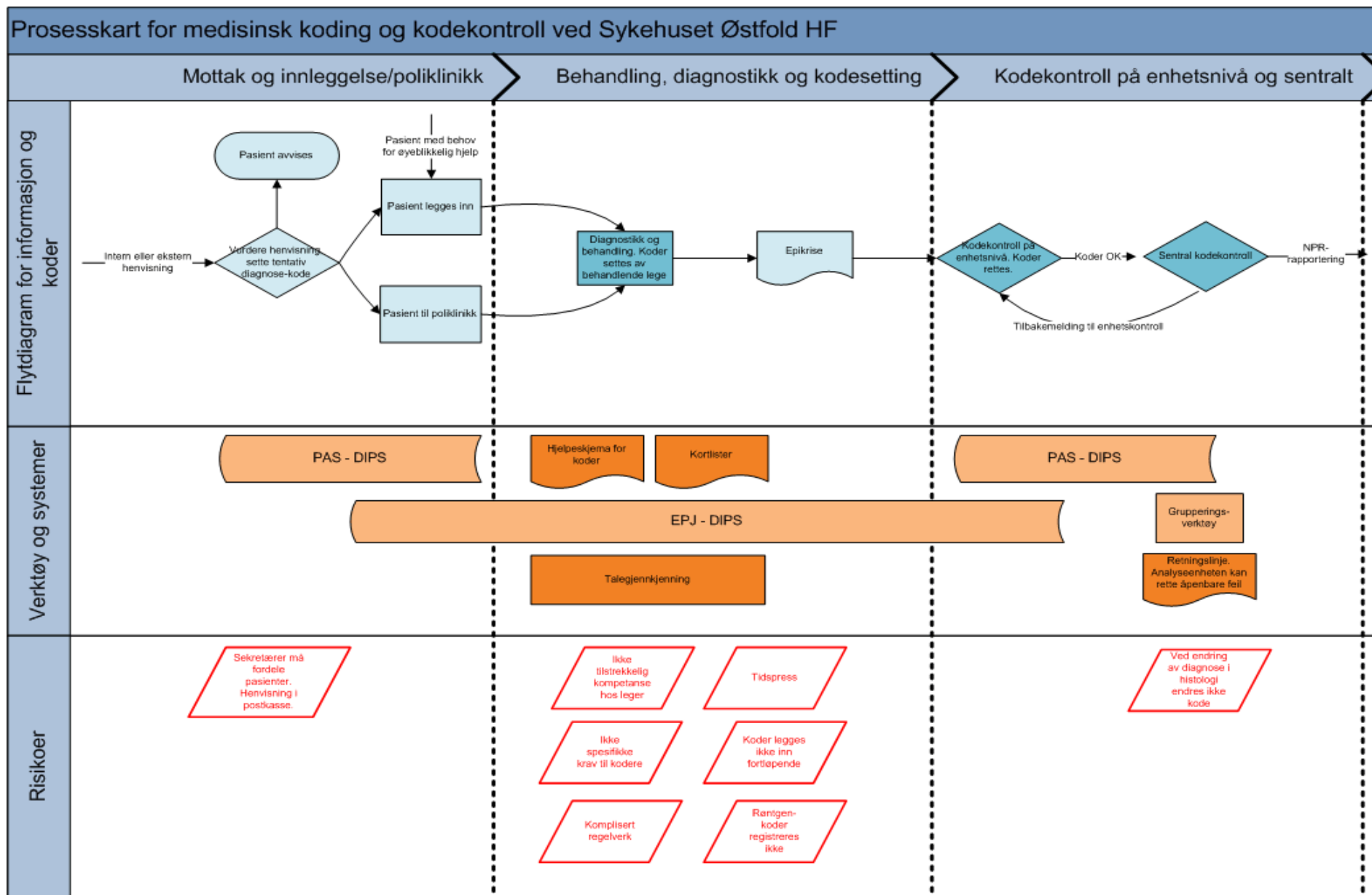
Seksjon for analyse endrer etter fullmakt en del koder selv, men hovedregelen er at endringer skal godkjennes av lege. Vi fikk opplyst at seksjon for analyse sjelden fikk tilbakemeldinger på sine endringsforslag fra legene. Vårt inntrykk er at praksis derfor har utviklet seg slik at seksjon for analyse gjør de fleste rettinger selv uten at lege godkjenner. Alle endringer dokumenteres imidlertid i DIPS.

Risikofaktorer som ble identifisert i prosessen

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

- Sekretærer må fordele pasienter – felles elektronisk postboks gjør riktig fordeling av pasienter vanskelig
- Ikke tiltrekkelig kompetanse hos leger
- Ikke spesifikke krav til kodere
- Komplisert regelverk
- Tidspress
- Koder legges ikke inn fortløpende
- Røntgenkoder registreres ikke
- Ved endring av diagnose etter histologi/prøvesvar skrives det ikke ut ny epikrise

Figur 2-1: Prosesskart for koding og kodekontroll ved Sykehuset Østfold HF



2.2 Styrings- og kontrollmiljø

2.2.1 Roller, ansvar og organisering

Overordnet ansvar for kvaliteten i medisinsk koding ligger hos administrerende direktør. Helsepersonell som koder, inkludert LIS- leger/ass.leger gir uttrykk for at de oppfatter sin rolle til å være å kode medisinsk korrekt og skrive epikriser, og at de for øvrig ikke kjenner til hvordan kontrollsystemet rundt koding er bygget opp.

Med hensyn til overleger samt avdelings- eller seksjonsledere var inntrykket at roller og ansvar var tilsvarende som for LIS- legene. Det vil si at ansvaret er å sette koder for egne pasienter og skrive epikriser. I tillegg kommer kvalitetssikring av koding som del av oppfølging og veiledning av underordnede leger. Dette inkluderer kontrasignering av epikriser for turnusleger og uerfarne ass.leger (inntil ca 1 års erfaring).

Seksjon for analyse foretar logiske kontroller av kodingen samt analyser og har også ansvar for kvalitetssikring ved NPR- rapportering. Denne kontrollen foretas med fokus på økonomi og det kjøres et antall rapporter for å identifisere vanligste feil og mangler. Disse opplever rapportene i DIPS som uryddige og systemet tregt og forholder seg til XML - uttrekket til NPR i sitt arbeid. Tilsynelatende like rapporter i DIPS gir ulike svar og fører til feil når dette brukes.

Sykehuset Østfold HF har gjennomført en sentralisering av skrivejenesten ved opprettelsen av en sentral skrivestue for hele sykehuset. Enkelte avdelinger har likevel egne sekretærer. Hoveddelen av arbeidet med skriving og innlegging av koder i DIPS skjer på den sentrale skrivestuen. Sekretærene her arbeider på tvers av avdelingene.

Intervjupersonene gir uttrykk for at de oppfatter sin rolle som klart definert i praksis, selv om de oppgir at det ikke eksisterer nedskrevne prosedyrer.

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

2.2.2 Opplæring og krav til kompetanse

De intervjuede gruppene opplyser at de ikke oppfatter noen formelle krav til kodekunnskap, men at det ligger en forventning om at det skal kodes medisinsk korrekt, dvs. at man skal få med alle koder som beskriver hva som faktisk er gjort.

Ansatte på ledernivå (ledernivå 3 og nedover) gir uttrykk for at det kommuniseres fra HF-ledelsen at fokus er på korrekt medisinsk koding og at dette er det som formidles til de ansatte i foretaket. Gjennom intervjuene av ansatte på lavere nivåer er det vårt inntrykk at dette budskapet er tydelig oppfattet og at koding skal være i tråd med regelverket.

Inntrykket fra intervju med LIS- legene var imidlertid at det er liten bevissthet om den medisinske funksjonen kodingen har, men at systemet primært oppfattes som økonomisk motivert.

Opplæring

Det stilles ikke lenger direkte eller obligatoriske krav til å gjennomføre opplæring. Enkelte avdelinger har så langt ikke gjennomført opplæring av leger, og LIS- legene oppgir i intervjuene at de ikke har fått noen formell opplæring. Det vanligste er opplæring på jobben – ”mester - svenn” prinsippet. Noen avdelinger har regelmessig undervisning ved orientering på avdelingsmøter. Noen av sekretærene har gjennomført Nirvaco kodekurs som gir en solid innføring i systemet. Sekretærer som har formell utdanning som helsesekretærer har koding som eget emne i grunnutdanningen.

Blant de ansatte som selv setter medisinske koder oppgir 13 % at de har fått formell opplæring i medisinsk koding det siste året. På landsbasis er tilsvarende gjennomsnittstall 29 %. Formell opplæring det siste året varierer mellom 13 % og 72 % ved de forskjellige foretakene. Sykehuset Østfold HF har altså lavest andel som svarer at de har gjennomført formell opplæring det siste året av alle helseforetak i landet.

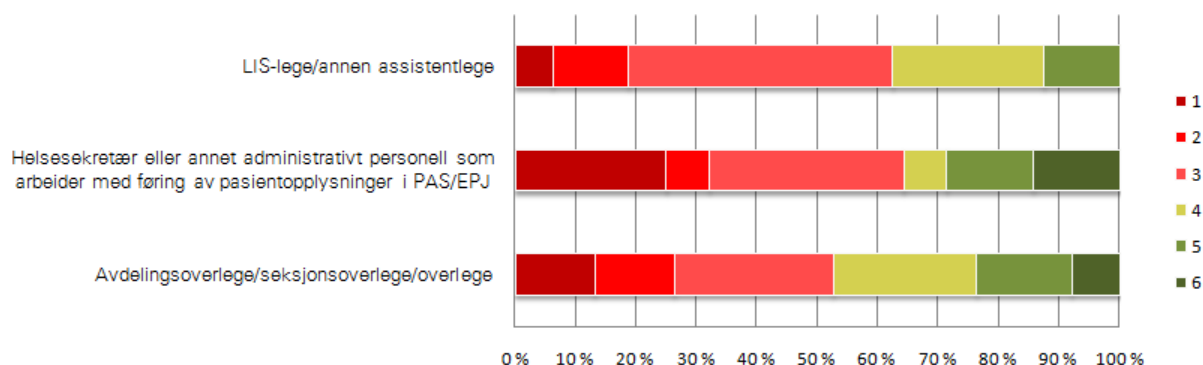
Imidlertid oppgir en samtlige turnusleger (3 av 3 personer)(obligatorisk introkurs) og 3 av 4 kontrollpersonale at de i stor grad har fått formell opplæring. Antall personer som har svart her er imidlertid få. For overleger er andelen som oppgir å ha fått formell opplæring det siste året 3 av 41, dvs 7 %.

Spørreundersøkelsen viser også at en høy andel blant helsesekretærer eller annet administrativt personell som fører pasientopplysninger i PAS/EPJ gir uttrykk for at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk (64 % oppgir skår 3 eller lavere). Også LIS-leger oppgir og ikke ha fått tilstrekkelig opplæring (62 % oppgir skår 3 eller lavere), og litt over halvparten av overlegene mener de ikke har fått tilstrekkelig opplæring (53 %). Nasjonale gjennomsnittstall for spørreundersøkelsen viser til sammenligning følgende tall for skår 3 eller lavere: 48 % (helsesekretærer) og 48 % (LIS-leger), og 39 % (overleger).

Intervjupersonene oppgir at det har vært forsøkt gjennomført obligatorisk e-læringsprogram for alle leger ved Sykehuset Østfold HF. Dette har man imidlertid gitt opp da det kun var 1/3 som faktisk gjennomførte kursene. Seksjon for analyse holder opplæring på forespørsel fra avdelingene. Økonomi- og analyseavdelingen oppdaterer informasjon på intranett, og har omfattende informasjon om koding tilgjengelig. De er også relativt ofte til stede på avdelingsmøter og lignende for å informere. Det gjennomføres også et 2 timers introkurs for turnusleger. Kodeansvarlig rådgiver i seksjon for analyse har omfattende opplæring i medisinsk koding og foreleser også om temaet på nasjonalt nivå.

Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk

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



Figur 2-2: Tilstrekkelig opplæring

Spørreundersøkelsen indikerer også at et flertall av de ansatte mener at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring (oppgir skår 3 eller lavere på spørsmålet) i IT-systemet som benyttes for koding. Tallene her er for overleger 62 %, LIS-leger 73 % og Helsesekretærer: 60 %.

Kjennskap til kodeveiledningen fra Helsedirektoratet/KITH

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

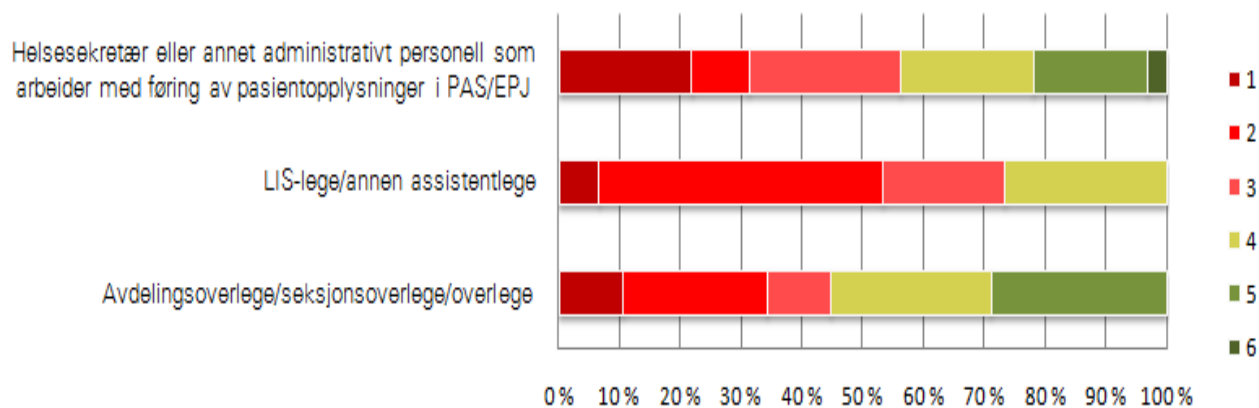
Spørreundersøkelsen viser at under halvparten av de ansatte mener at de har tilstrekkelig kunnskap om innholdet i kodeveiledningen som er relevant for deres stilling (41 %). 55 % av LIS-legene oppgir å ha liten kjennskap til de deler av kodeveiledningen som er relevant for deres stilling (skår 1 eller 2), og 20 % oppgir skår 3 (på en skala fra 1-6). Totalt er det 75 % som oppgir under middels kjennskap. Blant avdelingsoverleger/seksjonsoverleger/overleger er det 35 % som oppgir å ha liten kjennskap til veiledningen, mens 10 % oppgir karakteren 3.

Blant helsesekretærer og annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ er det også en høy andel som oppgir å ha under middels kjennskap til kodeveiledningen (55 %).

Det nasjonale resultatet for kjennskap til kodeveiledningen er til sammenlikning 70 % skår 3 eller lavere for LIS-leger, 46 % for avdelingsoverleger/seksjonsoverleger/overleger og 74 % for helsesekretærer og annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ. LIS-leger og avdelingsoverleger/seksjonsoverleger/overleger ved Østfold Sykehus oppgir dermed å ha mindre kjennskap til kodeveiledningen enn gjennomsnittet, mens helsesekretærene svarer at de har bedre kjennskap til kodeveiledningen enn gjennomsnittet.

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

1 = Helt ukjent og 6 = har detaljert kunnskap
LIS-lege og avdelingsoverleger er filtrert på koder selv



Figur 2-3 Kjennskap til kodeveiledningen, spesifisert på stillingskategori

Intervjuene understøtter inntrykket fra spørreundersøkelsen og indikerer at det er liten kjennskap til veilederen hos LIS- leger og hos overleger. Når det gjelder helsesekretærene som ble intervjuet var inntrykket at de som hadde dedikerte oppgaver knyttet til koding hadde god kjennskap, mens de som var i generell skrivejeneste hadde mindre kjennskap.

2.2.3 Praktisk gjennomføring og prosess for koding

Bruken av DIPS oppleves ulikt mellom stillingsnivå og erfaring med systemet. Sekretærene oppfatter stort sett systemet som greit å bruke, men opplever at andre brukere til tider har fylt inn feil. Øvrige stillingsnivåer oppgir at de er misfornøyd med brukervennligheten i DIPS. Spesielt er det uttrykt frustrasjon over mangel på søkefunksjonalitet i DIPS samt integrasjon mellom DIPS og andre systemer. Ved søking etter koder må brukere benytte seg av FinnKode eller andre verktøy og veksle skjermbilder mellom søkeverktøyet og DIPS.

Seksjon for analyse bruker sjelden rapportene fra DIPS da de ikke stemmer overens med tilsvarende data i NPR- rapporten.

Leger bruker talegjenkjenning som verktøy for å lage epikrise. Her tales teksten og koder inn og systemet lager tekst. Talegjenkjenningen er slik at småord og tall lett kan bli feil og høyt tidspres gjør at sekretærene får mange epikriser med mye feil til ferdigstillelse. Ferdigstillelse innebærer inntasting av koder i DIPS og utsendelse av epikriser, kontrolltimer osv.

Opplevelsen er at det er mange som leser dårlig korrektur på det som er diktert og at det er mange feil og misforhold mellom diktert og skrevet innhold. Systemet for talegjenkjenning oppleves som vanskelig av sekretærene. Blant annet ble det nevnt at mange snakker for fort eller utydelig, og at det kan være en ekstra utfordring med utenlandske leger som ikke snakker godt norsk. Leger leser i liten grad igjennom innleste data før de sender videre til skriving.

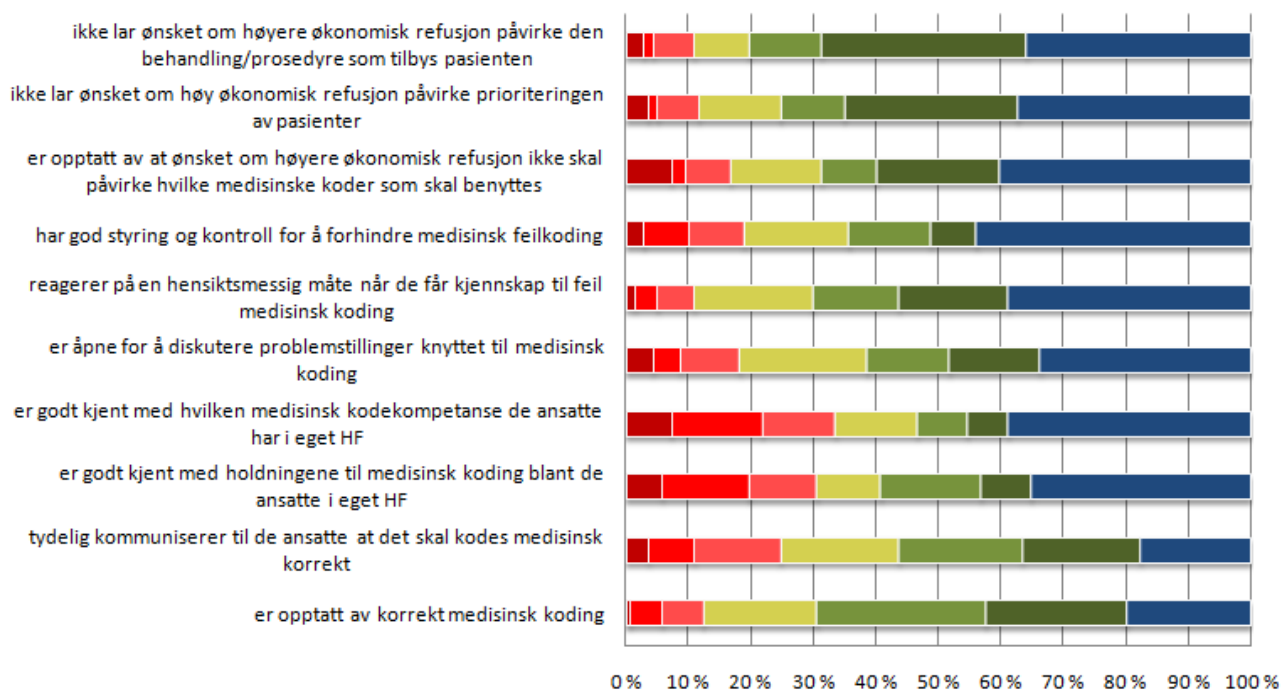
Alle helseforetak har krav om at minst 4 av 5 epikriser skal sendes ut fra sykehuset innen en uke fra utskrivning. Dette medfører mindre tid til koding og det er derfor ekstra viktig med en kodeansvarlig som kan kontrollere epikriser og koder i ettertid. Korte frister for å sende ut epikriser medfører også at kontrasingering av epikrise blir svært vanskelig i praksis. Vi fikk opplyst i intervjuene at tidspresstet fører til tildels upresise epikriser med manglende overensstemmelse mellom det som er skrevet og diktet når det gjelder koding. Stor turnover av leger og manglende opplæring i kodearbeid og IT-systemene forsterker dette problemet.

Se for øvrig kapittel 2.1 for en beskrivelse av kodeprosessen i helseforetaket.

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

Figur 2.4 viser de ansattes oppfattelse av HF-ledelsens holdninger til medisinsk kodepraksis. 25 % (30 % etter fratrukk av 'Vet ikke') ved Sykehuset Østfold HF oppgir skår 3 eller lavere på spørsmålet om HF-ledelsen kommuniserer tydelig at det skal kodes medisinsk korrekt. Landsgjennomsnittet er 19 % (22 % etter fratrukk av 'Vet ikke') for skår 3 eller lavere. Resultatet for Sykehuset Østfold HF er også her noe svakere enn landsgjennomsnittet.

Jeg opplever at ledelsen ved de HF jeg tilhører:

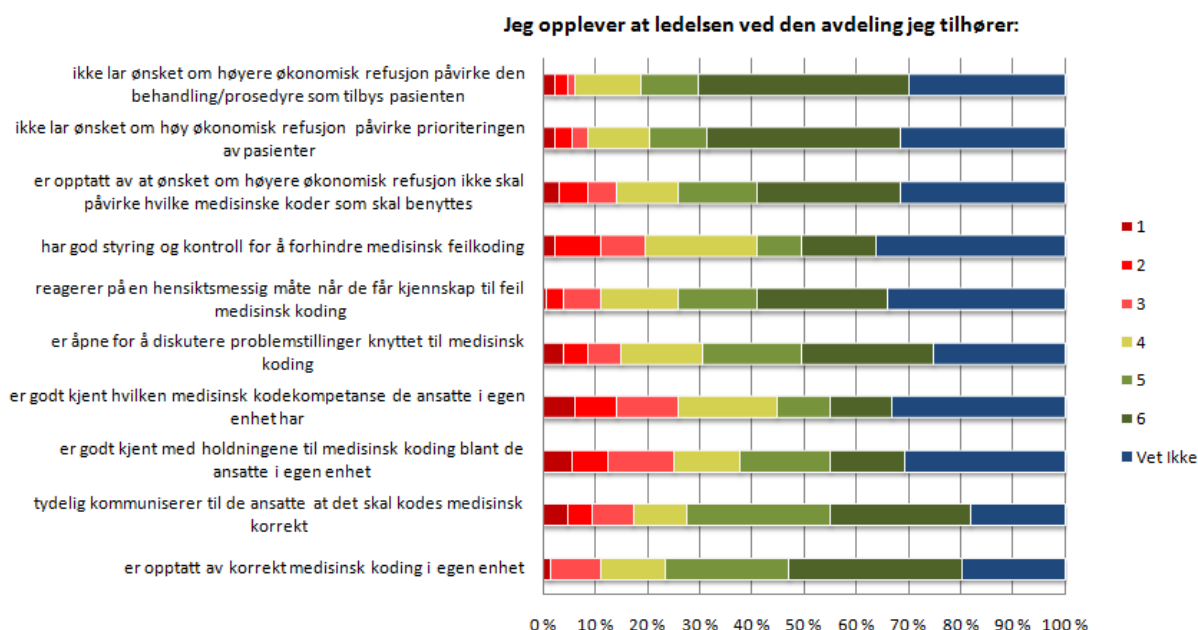


Figur 2-4 Tone at the top, HF ledelse

En stor andel er usikre på spørsmålene, spesielt på om HF-ledelsen har god styring og kontroll for å forhindre feilkoding. Dette kan tyde på at ledelsens holdninger ikke blir kommunisert godt nok ned i organisasjonen.

34 % (55 % etter fratrukk av 'Vet ikke') mener at HF-ledelsen ikke er godt kjent med kodekompetansen hos de ansatte. Til sammenlikning er gjennomsnittresultatet på landsbasis 30 %, 45 % etter fratrukk av 'Vet ikke'. Sykehuset Østfold HF har her noe svakere resultater enn landsgjennomsnittet.

Resultatet fra spørreundersøkelsen avviker her noe fra intervjuene hvor inntrykket klart var at alle grupper var bevisste på at det skal kodes medisinsk korrekt.



Figur 2-5 Tone at the top, avdelingsledelse

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

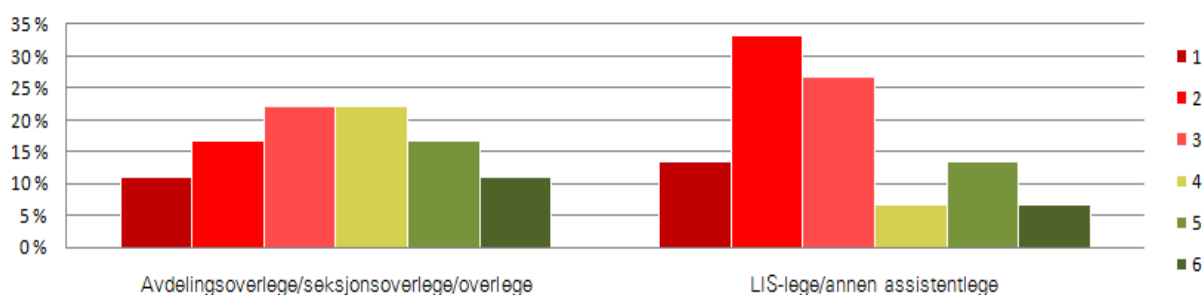
Tid til koding

Et klart flertall blant koderne gir uttrykk for at de ikke har tilstrekkelig tid til koding (50 % blant avdelingsoverleger/seksjonsoverleger/overleger og 77 % blant LIS-leger). Intervjuene bekrefter også dette. Det ble påpekt at det er en risiko at legene ikke har tid til å finne frem korrekt kode og dette kan medføre bruk av samlekode eller koder som likner men ikke gir fullstendig beskrivelse av oppholdet. Tidspresset medfører også risiko for at ikke alle gyldige bidiagnoser blir kodet.

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

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Filter = koder selv



Figur 2-6 Tid til koding

Opplevd trygghet ved koding

Selv om mange mener de ikke har fått tilstrekkelig opplæring i kodesetting og oppgir at de ikke har tilstrekkelig tid til å finne riktig medisinske koder, mener likevel 80 % at de er trygge rundt egen kodebruk (skår 4 eller høyere, ikke medregnet de som har svart "vet ikke"). Imidlertid svarer om lag 20 % at de er usikre på om de koder riktig (skår 3 og lavere). Disse tallene er nesten identiske med landsgjennomsnittet (77 % oppgir skår 4 eller høyere).

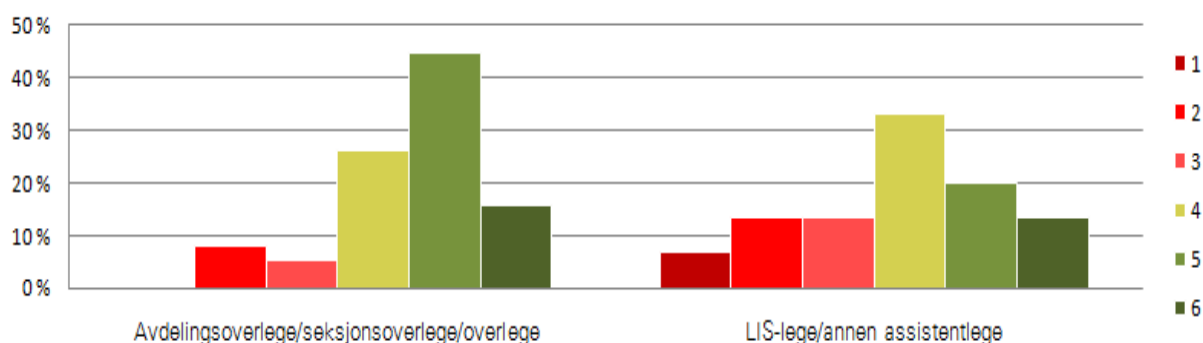
Blant LIS- legene som koder er det imidlertid 33 % som gir uttrykk for at de ikke er sikre på at de setter riktige koder. Dette er også den gruppen som i størst grad gir uttrykk for at de har fått for lite opplæring. Tilsvarende tall på landsbasis er 27 % hos LIS-leger. De intervjuede LIS- legene i Sykehuset Østfold HF oppgir også at de er usikre på kvaliteten i eget kodearbeid.,

Inntrykket som gis gjennom intervjuene understøtter her svarene på spørreundersøkelsen med hensyn til trygghet ved egen koding. LIS- legene er mest usikre på egen kodepraksis, mens avdelingsoverleger/seksjonsoverleger/overleger oppgir høy grad av sikkerhet på egen kodepraksis.

Hovedsakelig benyttes kollegaer eller egenproduserte kortlister dersom man er usikker på hvilke medisinske koder man skal benytte. FinnKode eller tilsvarende verktøy er mye brukt, men i intervjuene ble det spesifisert at man burde forenkle systemet og få bedre søkeverktøy, samt at det fysiske arbeidsmiljøet i enkelte avdelinger ikke er tilrettelagt for kodearbeidet.

Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder

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



Figur 2-7: Trygghet ved koding

Hovedsakelig oppgis utilstrekkelig kunnskap og manglende tid til koding som feilkilder for hvorfor ansatte i egen avdeling bruker feil medisinske koder. Dette stemmer overens med de nasjonale tallene.

Bevisst feilkoding

I spørreundersøkelsen ble det spurt om respondentene det siste året har fått kjennskap til at ansatte eller ledere i eget HF har med overlegg har brukt gal medisinsk kode for å øke refusjonsbeløpet eller har valgt en annen behandling enn det som er medisinsk optimalt for å øke refusjonsbeløpet. 3 av 141 svarte at de har fått kjennskap til at gal medisinsk kode er med overlegg brukt for å øke refusjonsbeløpet mens 3 av 141 har fått kjennskap til at det er blitt valgt en annen behandling for å øke refusjonsbeløpet.

2.2.4 Samlet vurdering av styrings- og kontrollmiljø

Intervjupersonene gir uttrykk for at de oppfatter sin rolle som klart definert i praksis, selv om de oppgir at det ikke eksisterer nedskrevne prosedyrer.

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

For spørsmål om man har fått tilstrekkelig opplæring har Østfold svakere skår enn landsgjennomsnittet på spørreundersøkelsen, eksempelvis oppgir 62 % av LIS legene skår 3 eller lavere, mot 48 % for landsgjennomsnittet. Manglende kjennskap til relevante dokumenter som KITH veiledningen henger trolig sammen med at det gjennomføres for lite opplæring. Samtlige intervjugrupper gir også uttrykk for at det er nødvendig å styrke kompetansen i medisinsk koding gjennom mer opplæring.

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

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

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

Svarene på spørreundersøkelsen kan tyde på at foretaksledelsen ikke i tilstrekkelig grad kommuniserer riktige signaler i forhold til korrekt medisinsk koding. En stor andel av respondentene er usikre på spørsmålene knyttet til ledelsens oppfølging, spesielt på om HF-ledelsen er kjent med kodekompetansen hos de ansatte og i hvilken grad ledelsen tydelig kommuniserer at det skal kodes medisinsk korrekt. Resultatene er her noe svakere enn landsgjennomsnittet.

Resultatet fra spørreundersøkelsen avviker her noe fra intervjuene hvor inntrykket klart var at alle grupper var bevisste på at det skal kodes medisinsk korrekt.

Spørreundersøkelsen indikerer imidlertid at bevisst feilkoding i noen tilfeller kan ha forekommet.

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

2.3 Målsettinger for medisinsk kodepraksis og risikovurderinger

2.3.1 Beskrivelse

I forkant av revisjonsbesøket på Sykehuset Østfold HF ble det oversendt en liste over ønsket dokumentasjon. Denne dokumentasjonen besto bl.a. av sentral prosedyre for kodearbeidet, og prosedyrer for kodearbeidet ved to av avdelingene. Det fremgår av prosedyrene for avdelingene at formålet er å sikre enhetlig og korrekt bruk av diagnose- og prosedyrekoder ved avdelingen. Vi mottok også funksjonsbeskrivelse og prosedyre for kodekontroll som gjennomføres i Økonomi- og analyseavdelingen.

I funksjonsbeskrivelsen for konsulent/førstekonsulent for medisinsk koding at en av hovedoppgavene som tilligger stillingen er å kontrollere at den medisinske koding er i henhold til gjeldende kodeverk og forskrifter (ICD-10 og NCSP/NCMP) og i tråd med de til enhver tid gjeldende ISF- regler.

I andre av prosedyredokumenter er det også satt krav til tidsfrister for epikrise, og understreket krav til fullstendighet og overholdelse av rapporteringsfrister slik at sykehuset ikke taper inntekter. Vi har videre oppfattet det slik at mål for DRG er gjeldende på divisjon/klinikk og videre ned på seksjons/avdelingsnivå.

Vi har ikke fått dokumentasjon om gjennomførte risikovurderinger eller evalueringer på området. Vi har ikke opplysninger om at slike vurderinger og analyser er gjennomført fra intervjuer og dokumentanalyse.

2.3.2 Samlet vurdering målsettinger og risikovurderinger

Det er etablert målsettinger for medisinsk koding nedfelt i overordnet prosedyre, lokale prosedyrer for noen av avdelingene, samt funksjonsbeskrivelse for kodekonsulent i Seksjon for analyse. Det er fastsatt målsettinger for DRG på divisjon/klinikk/seksjons/avdelingsnivå. Vi har ikke fått dokumentasjon på at det er gjennomført risikovurderinger og/evalueringer på området.

Vår samlede vurdering av området mål- og risikovurderinger at det er forhold som bør forbedres. Dette gjelder spesielt for området risikovurderinger. At det ikke er gjennomført risikovurderinger av medisinsk kodepraksis ved foretaket, kan innebære at ikke alle vesentlige risikoer på området identifiseres, og at det derfor ikke iverksettes nødvendige kontrolltiltak og øvrige tilpasninger for å redusere risikoen for bevisst og ubevisst feilkoding. For konkrete anbefalinger se kapittel 3.

2.4 Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis

2.4.1 Arbeidsrutiner

Sykehuset Østfold HF har en overordnet prosedyre for medisinsk kodepraksis som ligger i kvalitetssystemet; prosedyre F/5-01 *"Medisinsk koding av avsluttede opphold ved Sykehuset Østfold"*. Denne prosedyren fokuserer på korrekt og rettidig innrapportering til NPR slik at sykehuset ikke taper inntekter. Det fremgår at avdelingssjefene har ansvaret for korrekt rapportering fra egen avdeling, og at avdelingssjefene skal sikre at det etableres lokale rutiner som sikrer riktig rapportering. Det fremgår ikke av prosedyren hvilket ansvar eller roller andre personalgrupper har.

Vi har mottatt to prosedyrer for ØNH samt Øyeavdelingen. Disse rutine gir detaljerte beskrivelser av hvordan diagnose- og prosedyrekoding skal gjennomføres av behandlende lege. Det fremgår at formålet er å sikre enhetlig og korrekt bruk av diagnose- og prosedyrekoder ved avdelingen. Det er ikke gitt opplysninger om kodekontroll i disse prosedyrene.

I funksjonsbeskrivelsen for konsulent/førstekonsulent for medisinsk koding fremgår det at en av hovedoppgavene som tilligger stillingen er å kontrollere at den medisinske koding er i henhold til gjeldende kodeverk og forskrifter (ICD-10 og NCSP/NCMP) og i tråd med de til enhver tid gjeldende ISF- regler. Kodekonsulenten skal også gjennomføre kontroll i henhold til prosedyre *"Kvalitetskontroll av medisinsk koding i DIPS, dokumentnr OS02/6-01"*.

Sistnevnte dokument fokuserer på hvordan endringer og rettinger av koder skal logges og dokumenteres i DIPS, og hvilke kategorier av feil som er vanligst, og hvilke endringer som skal forelegges lege for godkjenning. Det angis hvilke endringer/rettinger Seksjon for analyse har fullmakt til å foreta. Dette gjelder:

- Koder (ICD-10 og NCSP/NCMP) som er oppført i epikrise og/eller journal men som av ulike årsaker ikke er registrert i medisinsk registrering i DIPS.
- Bruk av ikke-eksisterende (ugyldige) koder.
- Bruk av koder som ikke samsvarer med kodetekst.
- Feilretting av koder som er registrert feil på grunn av sammenblanding av bokstaver.
- Manglende bruk av årsakskoder.
- Prosedyrer som er beskrevet men ikke registrert.
- Fjerning av irrelevante koder

Det oppgis i prosedyren at hovedregelen er at endringer skal godkjennes av lege. Vårt inntrykk fra intervjuene er at praksis har utviklet seg slik at kun et fåtall endringer og rettinger godkjennes av epikriseskrivende lege.

Inntrykket fra intervjuene er at det utover dette ikke stilles bestemte krav til leger eller annet personale, men at det er oppfattet at hovedformålet er å kode medisinsk korrekt og at regelverket skal overholdes.

Ut fra intervjuene og arbeidsmøtet virker den overordnede prosedyren eller de lokale prosedyrene ikke kjent for klinikkjefer, avdelingssjefer eller LIS- legene. Inntrykket er at dokumentene er lite kjent for andre enn personer med dedikerte roller og ansvar for kvalitetssikring av koding. Spørreundersøkelsen underbygger dette. Vi er ikke kjent med om det er etablert lokale rutiner ved andre avdelinger enn de to vi mottok rutinebeskrivelser fra.

2.4.2 Nøkkelkontroller knyttet til kodearbeidet

Sykehuset Østfold HF har ikke kodeansvarlig lege på avdeling/seksjon. Dette var en modell som har vært utprøvd tidligere, men som man forlot da dette ikke fungerte. Årsaken til dette ble oppgitt å være at det var vanskelig å få leger til å ta disse rollene, og at de som hadde funksjonen ikke fikk tilstrekkelig tid til å drive med kodekontroll. Dermed oppsto det store restanser og tok lang tid å få ferdigstilt epikrisene.

Det er etablert praksis ved Sykehuset Østfold HF at overlege skal godkjenne/kontrasignere epikrise for turnusleger og uerfarne LIS- leger. Det er ikke nedfelt noen rutine for hvor lang erfaring LIS- legene skal ha før de ikke trenger kontrasignatur av overlege, men det bla intervjuene anslått inntil 1 års erfaring. Vi fikk opplyst i intervjuene at praksis på dette området varierte noe fra avdeling til avdeling.

Noen sekretærer på avdelingene foretar kontroller i et visst omfang og retter delvis etter å ha konferert med kodeansvarlig lege og i en del tilfelle på eget initiativ.

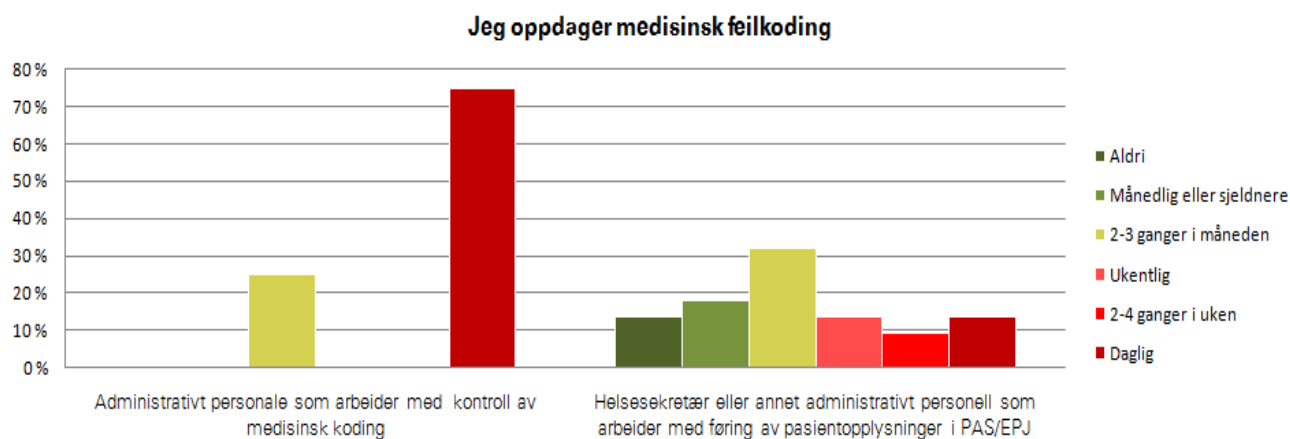
Utover dette er det ikke noen gjennomgående systematisk kontroll med kodingen på avdelings/seksjonsnivå ved Sykehuset Østfold HF.

Flere intervjupersoner oppgir at etableringen av et felles dokumentasjonssenter for mye av skrivingen har svekket sekretærenes første kontroll med den dikterte epikrisen og kodingen. Disse har ikke lenger samme avdelingstilhørighet og nære kjennskap til avdelingspasienter og rutiner. Ved Økonomiavdelingen, Seksjon for analyse, kontrolleres ca 1/3 av epikrisene gjennom uttrekk for analyse. Ved denne kontrollen er fokus på å se på de økonomiske utslagene fremfor å se på de spesifikke kodene. Sykehuset Østfold HF kommer ut med en lavere DRG-indeks enn sammenliknbare sykehus, noe som trolig skyldes en konservativ holdning til kodebruk. Seksjon for analyse informerer om at de ikke tar noen sjanser når det gjelder kodingen. Seksjon for analyse opplyser at de ikke har merket betydelig endring i feilfrekvens etter overgangen til felles skrivesenter.

Vi fikk opplyst at alle endringer og rettinger som foretas i DIPS blir logget i systemet. Det mangler imidlertid formelle rutiner for tilbakemelding til forfatter av epikrise om rettinger som er foretatt. Det er dermed ingen etablert læringsløype som kunne sikret en bedre kvalitet på kodingen.

Det er heller ingen medisinskfaglig kvalitetssikringsinstans for koding sentralt ved helseforetaket. Sentral kontroll og kvalitetssikring foretas av seksjon for analyse, Økonomiavdelingen. Rådgiver der med ansvar for kodekontroll har helsefaglig bakgrunn, men er ikke lege.

Avdekking av feilkoding blant administrativt personale

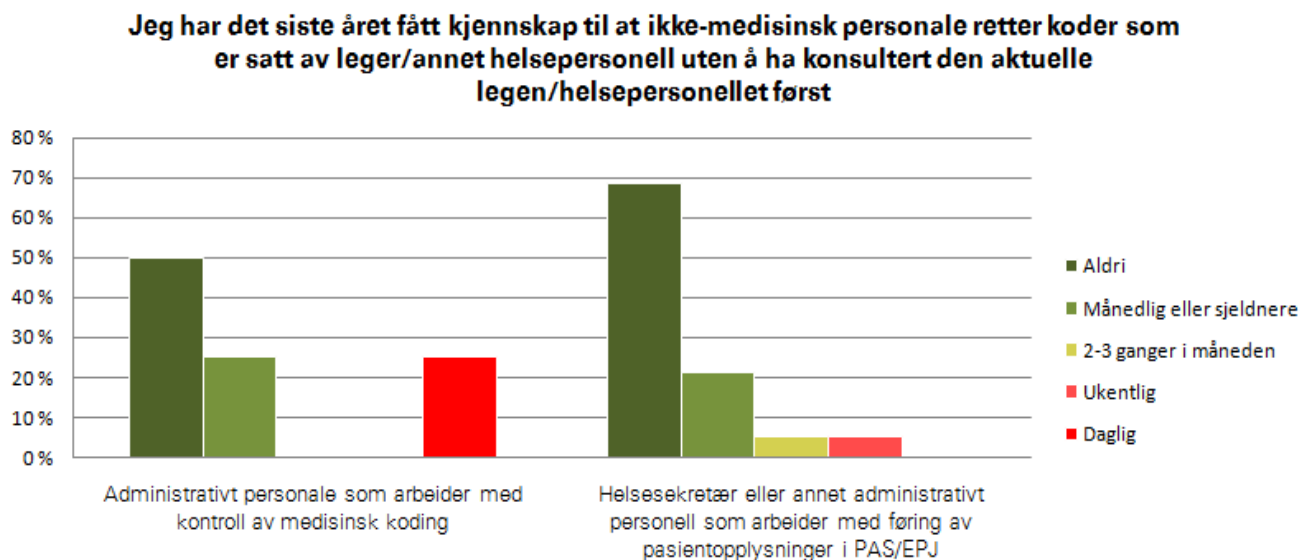


Figur 2-8 Oppdager medisinsk feilkoding

I spørreundersøkelsen ble administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding, helsesekretærer og annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ spurt om de oppdager feilkoding. Figur 2-8 viser at 75 % i den førstnevnte gruppen oppgir at de daglig oppdager feilkoding, og at blant personale som arbeider med føring av pasientopplysninger oppdages feilkoding relativt ofte (til sammen 36 % oppdager feilkoding enten daglig, flere ganger i uken eller ukentlig)

Intervjuene med sekretærene og Seksjon for analyse indikerer en relativt høy feilfrekvens, men det ble ikke gitt konkrete anslag. Som nevnt er den årlige DRG- forbedringen som følge av korrigeringer sentralt anslått til opp mot 30 mill. kr per år. Sammenligninger med andre sykehuset indikerer at Sykehuset Østfold HF underkoder totalt sett og at Sykehuset dermed går glipp av inntekter. Gruppene kliniksjefer, LIS- leger og sekretærer gir uttrykk for at det er behov for mer systematisk kontroll og opplæring.

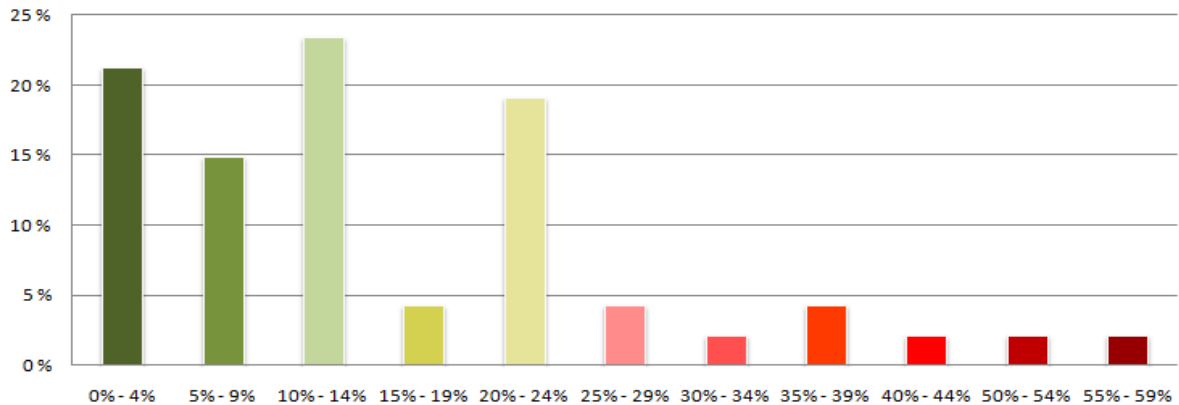
Diagrammet nedenfor viser at få blant det administrative personalet oppgir at de kjenner til at ikke-medisinsk personale retter koder som er satt av leger/annet helsepersonell uten å ha konsultert den aktuelle legen/helsepersonellet først. Noen oppgir imidlertid at dette forekommer både daglig og ukentlig. Intervjuene og dokumentasjonen mottatt underbygger at det i stor grad forekommer retting av koder uten konsultasjon av leger. I prosedyreskrivet er det definert hvilke tilfeller hvor slik retting kan foretas. I praksis har utviklingen vært slik at retting uten konsultasjon skjer hyppigere enn det som ligger i prosedyren og fullmaktene.



Figur 2-9 Kjennskap til retting av medisinske koder uten konsultasjon av helsepersonell

Resultatene fra spørreundersøkelsen indikerer at de fleste opplever en lavere feilfrekvens enn det som ble formidlet i intervjuene (Figur 2-10). Årsaken til dette kan være at det blir rettet relativt ofte uten konsultasjon av leger. Spørsmålet i spørreundersøkelsen er stilt til både de som setter koder og de som arbeider med kontroll eller føring av opplysninger i PAS/EPJ. Det er stor spredning i svarene, noe som kan tyde på stor variasjon mellom avdelingene.

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



Figur 2-10 Endring av medisinske koder

Gruppene kliniksjefer, LIS- leger og sekretærer ga i intervjuene uttrykk for at kodekontrollen som er etablert ved helseforetaket ikke er tilstrekkelig. Det ble uttrykt ønske om mer kontroll og spesielt mer tilbakemelding til klinikere som koder feil.

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

Vårt inntrykk er at det i liten grad er etablert prosedyrer for koding i avdelingene, med unntak av prosedyrer omtalt under avsnitt 2.4.1. Manglende prosedyrer kan gi økt risiko for ulikheter og svakheter i praksis for koding og kodekontroll.

Sykehuset Østfold HF har ingen systematisk gjennomgående kontroll med kodingen på avdelings/seksjonsnivå. Man har gått bort i fra rollen med kodeansvarlige leger. Med unntak av kontrasignatur for epikriser som skrives av turnusleger og LIS- leger og generell veiledning er det ingen lokal kvalitetssikring og kontroll med kodepraksis. Ved enkelte avdelinger som ØNH, er det sekretærer som gjennomfører kvalitetssikring av koding på eget initiativ.

Sekretærene fanger opp feil og ufullstendig koding i et visst omfang, og det gjennomføres sentral kvalitetssikring av Seksjon for analyse. Denne kontrollen omfatter en 1/3 av epikrisene, men kontrollen gjennomføres med økonomisk formål. Selv om 1/3 av epikrisene rettes ihht regelverket for koding, er det 2/3 av epikrisene som ikke er gjenstand for noen systematisk kontroll. Dette innebærer at en høy andel feilkodinger ikke blir oppdaget og korrigeret.

Vår samlede vurdering av området tiltak for å ha styring og kontroll med medisinsk kodepraksis er at tilstanden på dette området bør forbedres. Spesielt gjelder dette kontroll på avdelings/seksjonsnivå og medisinsk- faglig forankring av den sentrale kontrollen med koding. Se kapittel 3 for konkrete anbefalinger.

2.5 Oppfølging av medisinsk kodepraksis

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

2.5.1 Prosedyrer for oppfølging

Som nevnt foreligger det prosedyrer for sentral kvalitetskontroll av koding og for koding av avsluttede opphold. Vi har også mottatt to prosedyrer for ØNH og Øyeavdelingen, men disse inneholder ikke beskrivelser av oppfølging eller kontroll av kodepraksis. Utover dette er vi ikke kjent med at det er etablert skriftlige prosedyrer eller rutiner for oppfølging av medisinsk kodepraksis ved Sykehuset Østfold HF.

Det er likevel etablert uformelle oppfølgingsprosedyrer i form av kodediskusjoner på avdelingsmøter. Det er stor grad av variasjon i frekvensen på denne oppfølgingen. Økonomi- og analyseavdelingen oppdaterer informasjon på intranett, og har omfattende informasjon om koding tilgjengelig. De er også relativt ofte til stede på avdelingsmøter og lignende for å informere etter forespørsel fra klinikker/avdelinger.

2.5.2 Oppfølging i praksis

Vårt inntrykk fra intervjuene er at de som koder opplever relativt lite oppfølging, tilbakemeldinger eller annen kommunikasjon rundt egen kodepraksis. Noen steder blir gjentatte feil gjenstand for oppfølging på avdelingsmøter. Fra tid til annen får personale som koder melding i DIPS med forslag til rettinger eller komplettering av koder. Inntrykket fra intervju med LIS- legene var at dette forekom relativt sjelden. I Intervjuene oppgir LIS- legene at de generelt i liten grad får tilbakemelding på egen kodepraksis. Slike tilbakemeldinger gis som regel bare ved vesentlige og vedvarende feil. Tilbakemelding gis da til den enkelte, eventuelt ved avdelingsmøter hvis det berører flere.

Seksjon for analyse endrer etter fullmakt en del koder selv, men hovedregelen er at endringer skal godkjennes av lege. Vi fikk opplyst at seksjon for analyse sjelden fikk tilbakemeldinger på sine endringsforslag fra legene. Vårt inntrykk var at praksis derfor har utviklet seg slik at seksjon for analyse gjør de fleste rettinger selv uten at lege godkjenner. Alle endringer dokumenteres imidlertid i DIPS.

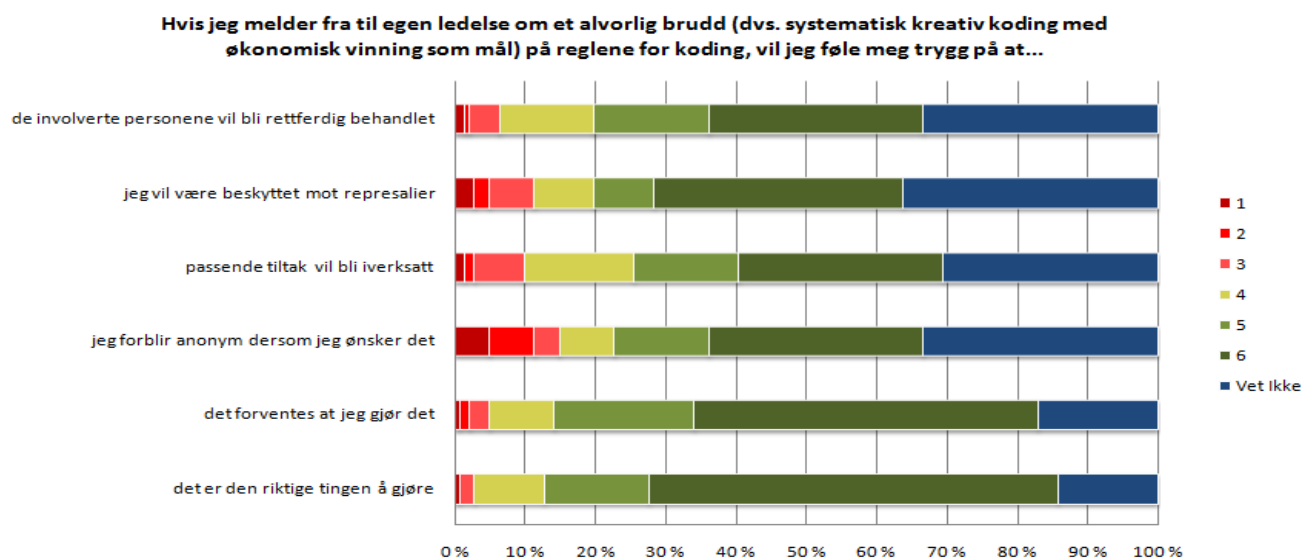
Utover dette ble det ikke avdekket andre former for oppfølging enn den som blir gitt uformelt gjennom ”mester-svenn”-prinsippet, det vil si ordinær veiledning fra overordnet lege.

Varsling av kritikkverdige forhold

For best mulig å sikre at bevisst feilkoding ikke forekommer er det viktig at det meldes fra dersom noe slikt skulle forekomme. I spørreundersøkelsen oppgir 76 % at de ville valgt å melde fra dersom de fikk kjennskap til eller fattet sterk mistanke om bevisst feilkoding i eget helseforetak. 21 % oppgir ”Vet ikke” som svar på spørsmålet mens resterende 3 % oppgir at de ikke ville varslet

om et slikt tilfelle. Sykehuset Østfold HF har noe lavere score enn landsgjennomsnittet, hvor det er 80 % som ville valgt å melde fra, 2 % som ikke ville meldt fra mens 18 % er usikre.

Gjennom spørreundersøkelsen er de ansattes oppfatninger rundt varslingsprosessen kartlagt og vist i Figur 2.14. Det fremkommer at de fleste mener at varsling er den riktige tingen å gjøre og at det forventes at det blir gjort. Det er imidlertid en viss usikkerhet rundt anonymiteten til den som varsler.



Figur 2-11 Opplevd trygghet ved varsling

2.5.3 Frittstående evalueringer av kodepraksis

Vi er ikke kjent med at det er gjennomført frittstående evalueringer av kodepraksis ved Sykehuset Østfold HF.

2.5.4 Samlet vurdering av oppfølging av medisinsk kodepraksis

Vårt inntrykk er at det ikke er etablert tilfredsstillende rutiner for oppfølging av medisinsk kodepraksis ved Sykehuset Østfold HF. Inntrykket er at oppfølgingen som skjer er lite systematisk, med unntak av den sentrale kontroll og oppfølging som gjennomføres av Seksjon for analyse. Denne oppfølgingen har fokus på økonomi og DRG- utelling for foretaket.

Det er i dag ingen fungerende læringsløyfe hvor personell som koder får systematisk tilbakemelding på egen praksis. Inntrykket fra intervjuene er at dette medfører lav interesse for kodearbeid, noe som kan innvirke negativt på kvaliteten, til tross for at intervjuene indikerer at legene er opptatt av å kode mest mulig medisinsk korrekt.

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

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

Vår vurdering er at oppfølging av medisinsk kodepraksis bør forbedres. Spesielt gjelder det manglende systematisk oppfølging lokalt ved seksjoner/avdelinger og medisinsk- faglig forankring av den sentrale kontrollen. Se kapittel 3 for anbefalinger.

3 Konklusjon og anbefalinger

Vår vurdering er at styring og kontroll med medisinsk kodepraksis ved Sykehuset Østfold HF bør forbedres. Dette gjelder spesielt for kontroll og oppfølging lokalt ved avdelinger og klinikker, mangelfull opplæring og manglende medisinsk- faglig forankring av den sentrale kodekontrollen.

Intervjupersonene gir uttrykk for at de oppfatter sin rolle som klart definert i praksis, selv om de oppgir at det ikke eksisterer nedskrevne prosedyrer.

Ansatte på ledernivå gir uttrykk for at det kommuniseres fra HF-ledelsen at fokus er på korrekt medisinsk koding. Gjennom intervjuene av ansatte på lavere nivåer er det vårt inntrykk at dette budskapet er tydelig oppfattet. Inntrykket fra intervju med LIS- legene var imidlertid at det er liten bevissthet om den medisinske funksjonen kodingen har, men at systemet primært oppfattes som økonomisk motivert.

Det foreligger prosedyrer for sentral kvalitetskontroll av koding og for koding av avsluttede opphold. Vi har også mottatt to prosedyrer for ØNH og Øyeavdelingen, men disse inneholder ikke beskrivelser av oppfølging eller kontroll av kodepraksis. Prosedyrene angir detaljert hvordan koding skal gjennomføres på disse avdelingene. Utover dette er vi ikke kjent med at det er etablert skriftlige prosedyrer eller rutiner for oppfølging av medisinsk kodepraksis ved Sykehuset Østfold HF. Manglende lokale prosedyrer gir økt risiko for ulikheter og svakheter i praksis for koding og kodekontroll.

Ut fra intervjuene virker den overordnede prosedyren eller de lokale prosedyrene lite kjent for andre enn personer med dedikerte roller og ansvar for kvalitetssikring av koding. Spørreundersøkelsen underbygger dette. Manglende kjennskap til prosedyrene medfører risiko for avvik.

At en høy andel av respondentene i spørreundersøkelsen gir uttrykk for at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk og i it-systemet for koding, og ikke har tilstrekkelig tid til å kode, indikerer at det er risiko for feilkoding, til tross for at et flertall mener de setter riktige koder. Samtlige intervjugrupper gir også uttrykk for at det er nødvendig å styrke kompetansen i medisinsk koding gjennom mer opplæring.

Det er i dag ingen fungerende læringsløype hvor personell som koder får systematisk tilbakemelding på egen praksis. Slik tilbakemelding er viktig for å sikre ”riktig første gang” slik at færrest mulig feil gjøres i første instans. Inntrykket fra intervjuene er at manglende tilbakemelding medfører lav interesse for kodearbeid, noe som kan innvirke negativt på kvaliteten, til tross for at intervjuene indikerer at legene er opptatt av å kode mest mulig medisinsk korrekt.

Vi fikk oppgitt at det tidligere har vært forsøkt gjennomført obligatorisk opplæring for alle leger ved helseforetaket, men at dette tiltaket ble oppgitt på grunn av manglende oppslutning. Etter vår vurdering er dette uheldig da denne gruppen klart gir uttrykk for at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring.

Vi oppfatter at Sykehuset Østfold HF v/seksjon for analyse har ressurser og kompetanse som gir gode forutsetninger for å gi tilstrekkelig informasjon og opplæring til kodere i helseforetaket. Sykehuset Østfold HF har ingen systematisk gjennomgående kontroll med kodingen på avdelings/seksjonsnivå. Man har gått bort i fra rollen med kodeansvarlige leger. Med unntak av kontrasignatur for epikriser som skrives av turnusleger og LIS- leger og generell veiledning er det ingen lokal kvalitetssikring og kontroll med kodepraksis. Ved enkelte avdelinger som ØNH, er det sekretærer som gjennomfører kvalitetssikring av koding på eget initiativ. Manglende medisinskfaglig kontroll av kodingen innebærer etter vår vurdering økt risiko for feilkoding.

Sekretærene fanger opp feil og ufullstendig koding i et visst omfang, og det gjennomføres sentral kvalitetssikring av Seksjon for analyse. Denne kontrollen omfatter en 1/3 av epikrisene, men kontrollen gjennomføres med økonomisk formål.

Selv om 1/3 av epikrisene rettes ihht regelverket for koding, er det 2/3 av epikrisene som ikke er gjenstand for noen systematisk kontroll. Dette innebærer at et en betydelig andel av kodingen ved Sykehuset Østfold HF går direkte til NPR- rapportering uten noen form for systematisk kvalitetssikring. Det er vår vurdering er at dette totalt sett ikke er et tilfredsstillende nivå.

Vi fikk opplyst at det ikke foretas utsending av ny epikrise selv ved endringer i koding som har vesentlig medisinsk betydning. Et eksempel er her bytte av hoveddiagnose som følge av histologi/prøvesvar. I henhold til kvalitetssystemets prosedyre F/5-01 "*Medisinsk koding av avsluttede opphold ved Sykehuset Østfold*" skal det i slike tilfeller skrives ut ny epikrise. Dette kan i enkelte situasjoner ha alvorlige konsekvenser dersom det på annen måte ikke sikres at vesentlige endringer blir fanget opp av ansvarlig medisinsk personell.

Spørreundersøkelsen indikerer at bevisst feilkoding i noen tilfeller kan ha forekommet, selv om tallene her er lave. Vi mener imidlertid at svarene fra spørreundersøkelsen klart tyder på at risikoen for omfattende bevisst feilkoding i helseforetaket er lav.

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

Vår hovedkonklusjon er at medisinsk kodepraksis ved Sykehuset Østfold HF bør forbedres.

Vi har følgende anbefalinger:

- Sykehuset Østfold HF bør vurdere dagens organisering av kontroll og kvalitetssikring av medisinsk kodepraksis. Spesielt gjelder dette medisinskfaglig kvalitetssikring av koding ved avdelinger og seksjoner herunder behovet for kodeansvarlige leger. Med hensyn til den sentrale kodekontrollen bør foretaket vurdere hvordan dagens kontroll med fokus på økonomi kan kombineres eller utvides med en større grad av medisinskfaglig kvalitetssikring og kontroll av

kodepraksis. Et eksempel kan være regelmessige stikkprøvekontroller av epikriser med medisinske fagrevisorer.

- Det bør gjennomføres en formell metodisk risikovurdering av prosessen for koding. Denne risikovurderingen bør oppdateres ved vesentlige endringer i rutiner eller systemer. Denne risikovurderingen kan inngå som grunnlag for å vurdere omfang og innretning av systemet for oppfølging og kontroll.
- Det bør gjennomføres obligatorisk opplæring i medisinsk koding for alle nye leger. Dette kan gjøres som en del av introduksjonsprogram for nyansatte, evt. som e-læring. Bruk av IT- systemene bør inngå i opplæringen. Opplæringen bør inkludere logikken bak og begrunnelsen for medisinsk koding. Dette gjelder både den medisinske og økonomiske funksjonen systemet har.
- Sykehuset Østfold HF bør vurdere opplæring også for andre grupper av medisinsk og administrativt personell, og om det bør utvikles et helhetlig opplæringsprogram for medisinsk koding tilpasset de ulike gruppenes behov.
- Det bør gjennomføres en vurdering av de IT- systemer som benyttes for medisinsk koding. Dette gjelder spesielt integrasjonen mot andre systemer, og risiko forbundet med manuell overføring av koder fra ulike fagsystemer til DIPS. Det bør etableres en formell rutine for denne manuelle overføringen av koder, slik at fullstendighet og kvalitet i størst mulig grad sikres.
- Det bør gjennomføres tiltak som sikrer bedre kontroll av kodingen ved dokumentasjonssenteret. Eksempelvis kan det gis avdelingsspesifikk opplæring til flere sekretærer.
- Det bør gis regelmessige tilbakemelding på egen kodepraksis til alle leger. Dette kan gjennomføres ved avdelingsvise møter kombinert med tilbakemelding til den enkelte, eksempelvis i medarbeidersamtaler. Dermed sikres læringsløyfen.

4 Vedlegg

4.1 Vedlegg 1 – Mandatets temaområder og problemstillinger

<i>Temaområde fra mandatet</i>	<i>Besvares i kapittel</i>
1. Styrings- og kontrollmiljø	
Hvor ligger <i>ansvaret</i> for den medisinske kodingen og hvordan er arbeidet <i>organisert</i> ?	2.1, 2.2.1, 2.2.4
Hvilke <i>krav</i> stilles til ledere, klinikere og annet personell som har ansvar for kodearbeidet?	2.3.2
Hvordan <i>formuleres, kommuniseres og forankres</i> kravene i foretakene, herunder hvordan oppfattes <i>kodingens formål</i> av ledere, klinikere og annet personell som arbeider med koding?	2.2.3, 2.2.4
Hvilke prinsipper legges til grunn ved <i>eventuell konflikt</i> mellom "det medisinske" og "det økonomiske" aspektet ved kodingen	2.5.2, 2.5.4
Hvilke krav til <i>kompetanse</i> stilles til personell som utfører medisinsk koding og hvilken <i>opplæring</i> gis til disse?	2.2.2, 2.2.4
2. Målsettinger for medisinsk kodepraksis og risikovurderinger	
Har foretakene fastsatt målsettinger for arbeidet med medisinsk koding?	2.3, 2.3.2
Gjennomfører foretakene risikovurderinger på området?	2.3.1, 2.3.2
3. Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis	
Er det etablert <i>arbeidsrutiner</i> som definerer roller, ansvar og oppgaver i arbeidet med medisinsk koding? I hvilken grad er arbeidsrutinene <i>hensiktsmessige og dekkende</i> , herunder hvordan dokumenteres vurderinger/beslutninger om kodeendringer i EPJ/PAS?	2.4.1, 2.4.3

Hvilke <i>nøkkelkontroller</i> er etablert for å gi rimelig sikkerhet for at kodingen gjennomføres i tråd med gjeldende regelverk?	2.4.2
4. Oppfølging av medisinsk kodepraksis	
Har foretakene etablert prosedyrer for å følge opp medisinsk kodepraksis?	2.5.1
Er prosedyrene en integrert del av foretakenes systemer for oppfølging og rapportering?	2.5.2
Gjennomfører foretakene frittstående evalueringer/revisjoner av kodepraksis?	2.5.3
Hvordan håndterer foretakene evt. avvik innenfor medisinsk kodepraksis?	2.5

4.2 Vedlegg 2 – Prosess og metode

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

Tabell 4-1: Helseforetak der det er foretatt revisjoner som Del 2 av revisjonsprosjektet

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

Metode for spørreundersøkelse

Utarbeidelse av spørsmålsliste

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

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

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

Utvalg

Målgruppen for spørreundersøkelsen er delt inn i tre grupper:

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

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

Tabell 4-2: Populasjon, utvalg og svarprosent for den nasjonale spørreundersøkelsen

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

Ut fra Tabell 4-2 fremgår det at svarprosenten er 40,6 %. Dette er lavere enn forventet, men så vidt høyere enn 40 % som var svarprosenten som ble antatt da utvalget ble plukket. En hovedårsak til den lave svarprosenten tenkes å være at det har vært for mange ansatte på listene, hvorav en stor andel ikke har stillinger knyttet til medisinsk koding. Denne vurderingen er gjort på grunnlag av tilbakemeldinger mottatt mens undersøkelsen var aktiv. Svarantallet er tilstrekkelig stort for å vise tendenser og trekke konklusjoner, men under analyse av besvarelsene må de tas hensyn til at gjennomsnittstallene kan avvike noe fra det reelle gjennomsnittet.

Gjennomføring

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

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

Metode for revisjoner

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

I løpet av de to dagene ble det gjennomført en workshop for prosesskartlegging, fem gruppeintervjuer og en samtale med administrerende direktør og/eller fagdirektør ved helseforetaket. Fra alle møtene ble det skrevet referat som er brukt som utgangspunkt for diskusjonene i rapportene.

I forkant av besøkene ble det sendt en forespørsel om dokumentasjon av prosesser og rutiner. Dokumentasjonen ble gjennomgått og ble brukt til å tilpasse møteplanene i forkant av besøket samt analysert slik beskrevet nedenfor.

Metode for dokumentanalyse

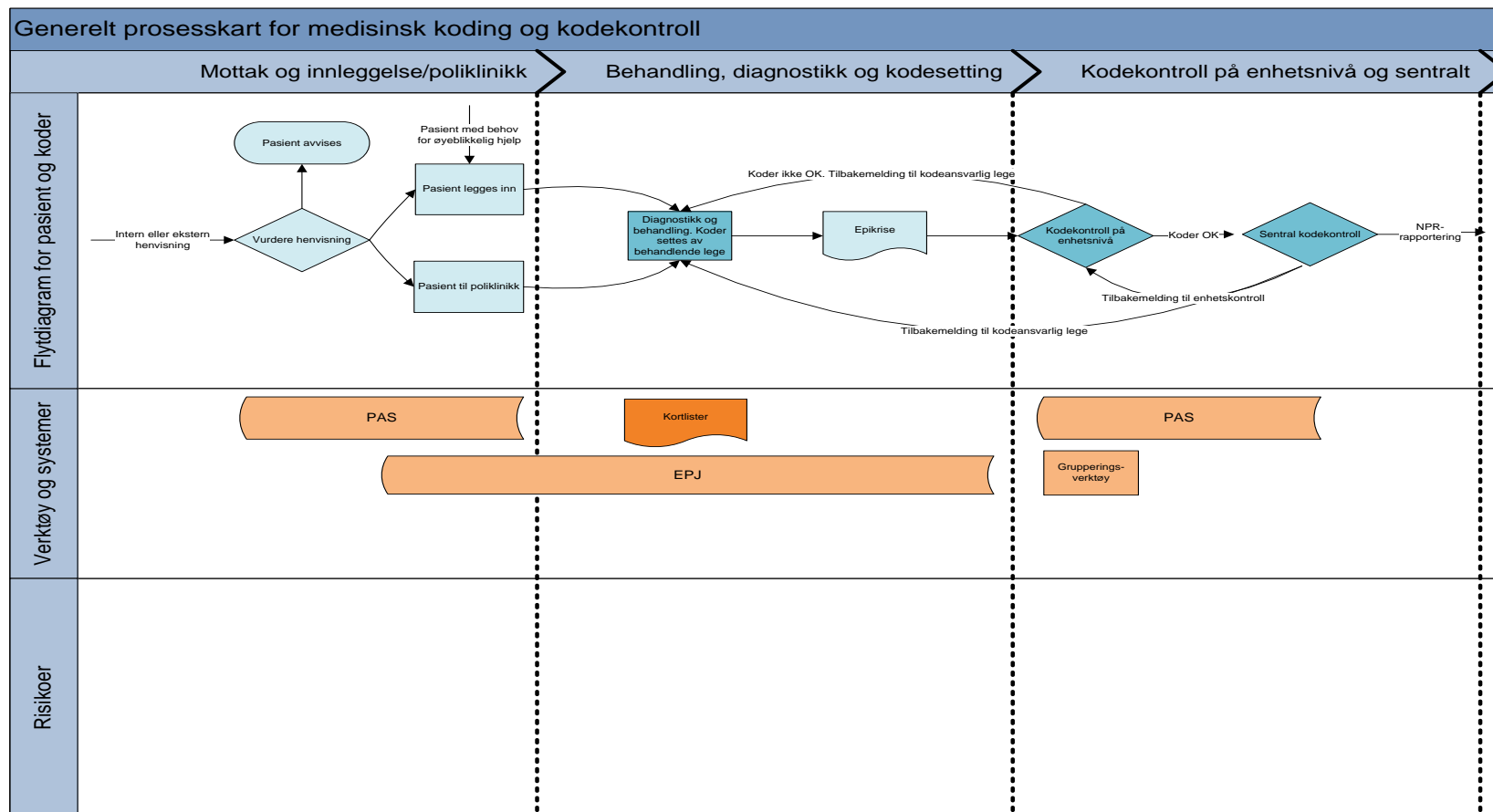
Dokumentene ble gjennomgått og analysert ved hjelp av en mal for dokumentanalyse. Denne ble brukt for å sikre lik analyse og sammenliknbarhet på tvers av helseforetakene. Analysen legger hovedvekt på eksistens av rutiner og dokumentasjon på gjennomført opplæring og kontroll. Kvaliteten av dokumentene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

Utvalg

Deltakere fra helseforetaket i revisjonen er plukket av kontaktpersoner ved helseforetaket med utgangspunkt i liste utarbeidet av KPMG (Vedlegg 4 – Dokumentforespørsel). Utvalget er bestemt for å belyse problemstillingene i mandatet sett fra flere sider ved å intervju ansatte på ulike stillingsnivåer.

Prosesskartlegging/prosessverifikasjon

For å kartlegge kodeprosessen ved helseforetaket er det utarbeidet et overordnet og generalisert prosesskart som beskriver flyten for kodesetting fra det mottas en henvisning til kodene rapporteres til NPR (Figur 4-1). Dette prosesskartet ble brukt som utgangspunkt i workshopene og tilpasset til lokale variasjoner ved helseforetaket. Videre i workshopene ble det kartlagt prosesser, rutiner, verktøy og systemer i bruk gjennom prosessen samt risikofaktorer som kan medføre feilaktig koding.



Figur 4-1 – Generelt prosesskart for medisinsk koding og kodekontroll

Dybdeintervjuer

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

Intervjuene tok utgangspunkt i en intervjuguide utarbeidet med grunnlag i mandatet. Intervjuguiden er tilpasset de ulike stillingsnivåene og ytterligere justert på grunnlag av informasjon kartlagt gjennom dokumentanalyse og prosesskartleggingsworkshopene.

En semi-strukturert tilnærming er lagt til grunn, det vil si at hovedvekten ligger på spørsmålene i intervjuguiden, men det tillates at respondentene avviker fra spørsmålene, noe som kan føre til interessante opplysninger og ytterligere funn.

Analyse av intervjuer

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

4.3 Vedlegg 3 – Om Sykehuset Østfold HF

Sykehuset Østfold er områdesykehus for Østfold og gir spesialisthelsetjenester innenfor somatikk, psykisk helsevern og rus. Sykehuset Østfold har 4 880 medarbeidere og er lokalisert i Fredrikstad, Moss, Halden, Askim, Eidsberg og Sarpsborg.

Helseforetaket er inndelt i 5 divisjoner.

- Divisjon for psykisk helsevern
- Divisjon for medisin
- Divisjon for kirurgi
- Divisjon for medisinsk service
- Divisjon for intern service og eiendom

Hver divisjon er en selvstendig administrativ og økonomisk enhet ledet av divisjonsdirektør underlagt administrerende direktør. Divisjonsledelsen er ansvarlig for all virksomhet i divisjonen uavhengig av geografisk plassering av enheter i fylket.

Nøkkeltall 2010

Antall innleggelser

Somatikk: 42 432

Psykisk helsevern: 3 676

Polikliniske konsultasjoner

Somatikk: 175 567

Psykisk helsevern: 91 439

Dagpasienter somatikk: 25 661

Antall fødsler: 3 156

Senger

Somatikk: 438

Psykisk helsevern: 310

Medarbeidere: 4 880¹

¹ Kilde: <http://www.sykehuset-ostfold.no/omoss/Sider/side.aspx>

4.4 Vedlegg 4 – Dokumentforespørsel

Vi ber om følgende dokumentasjon/opplysninger:

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

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

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

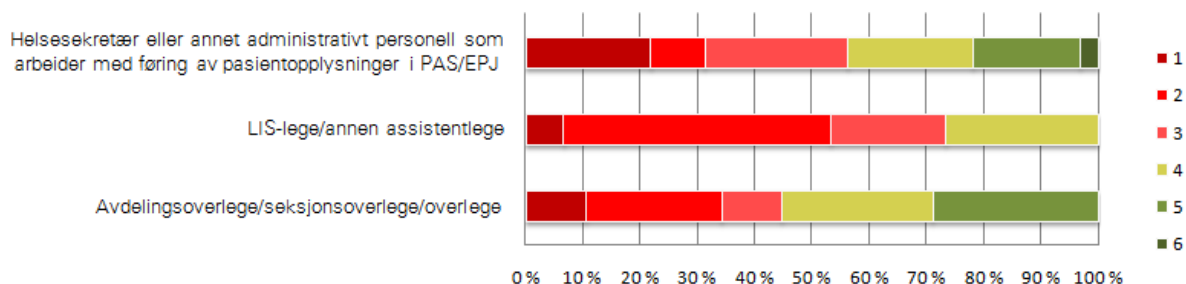
- Rapporter fra gjennomførte revisjoner, evalueringer eller tilsvarende (eks: Riksrevisjonen, Helsetilsynet, internrevisjonen, forskningsrapporter) på området medisinsk koding de siste to årene.
- Dokumentasjon på gjennomført opplæring innen medisinsk koding (for eksempel introduksjonskurs, e-læringskurs, oppfriskningskurs og annen opplæring innen koding). Vi ber også om eventuelle opplæringsplaner på området.
- DRG-utvalg
 - Oversikt over medlemmer i DRG-utvalg eller tilsvarende utvalg
 - Mandat for DRG-utvalget eller tilsvarende utvalg
 - Referat fra møter i DRG-utvalget eller tilsvarende utvalg fra 2010 til i dag

4.5 Vedlegg 6 – Ytterligere resultater fra spørreundersøkelsen

Filtrert for Sykehuset Østfold:

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

1 = Helt ukjent og 6 = har detaljert kunnskap
LIS-lege og avdelingsoverleger er filtrert på koder selv

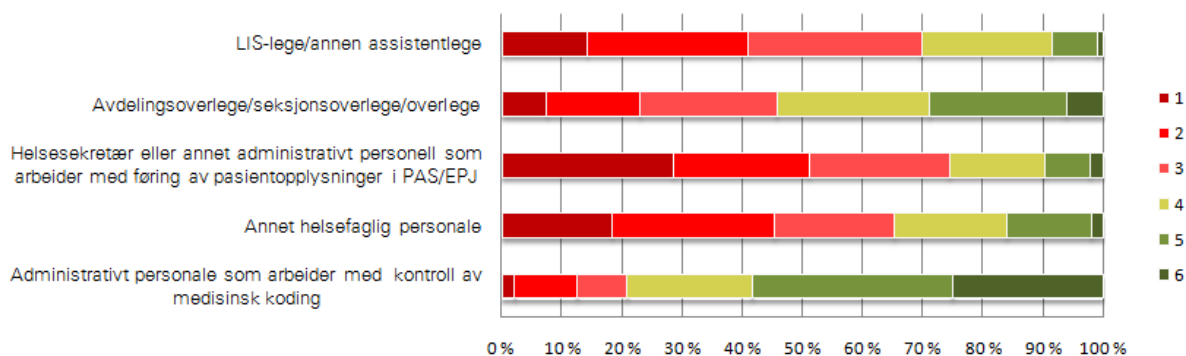


I hvilken grad kjenner du til innholdet i kodeveiledningen fra Helsedirektoratet og KITH som er relevant for din stilling?	1	2	3	4	5	6	Totalt
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	10,53 %	23,68 %	10,53 %	26,32 %	28,95 %		100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	6,67 %	46,67 %	20,00 %	26,67 %	0,00 %		100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	21,88 %	9,38 %	25,00 %	21,88 %	18,75 %	3,13 %	100,00 %

Nasjonale resultat:

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

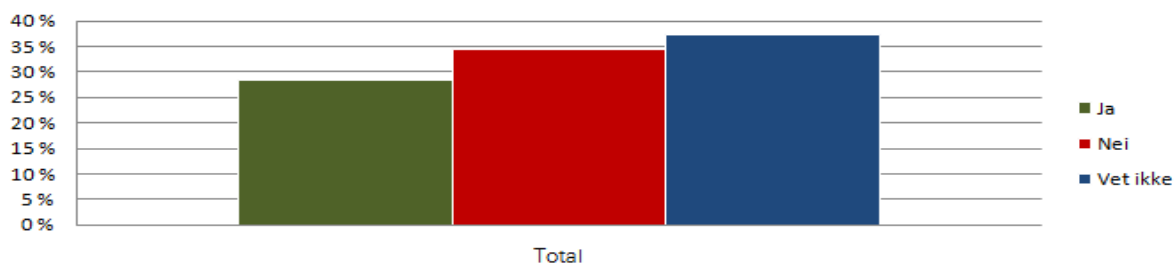
1 = Helt ukjent og 6 = har detaljert kunnskap



Total	1	2	3	4	5	6	Totalt
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	2,08 %	10,42 %	8,33 %	20,83 %	33,33 %	25,00 %	100,00 %
Annet helsefaglig personale	18,36 %	27,05 %	19,81 %	18,84 %	14,01 %	1,93 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	28,57 %	22,48 %	23,42 %	15,69 %	7,73 %	2,11 %	100,00 %
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	7,49 %	15,51 %	22,73 %	25,40 %	22,73 %	6,15 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	14,22 %	26,72 %	28,88 %	21,55 %	7,76 %	0,86 %	100,00 %

Filtrert for Sykehuset Østfold:

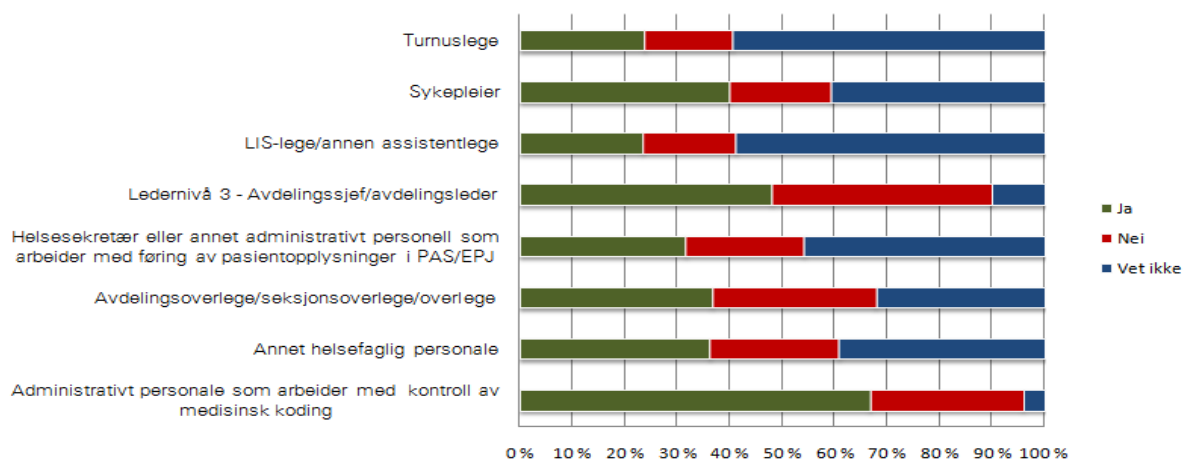
Har din avdeling/enhet etablert skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?



Count of 33: Har din avdeling/enhet etablert skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?	Column Labels			Grand Tot
	Ja	Nei	Vet ikke	
	28,47 %	34,31 %	37,23 %	100,00 %

Nasjonalt resultat:

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

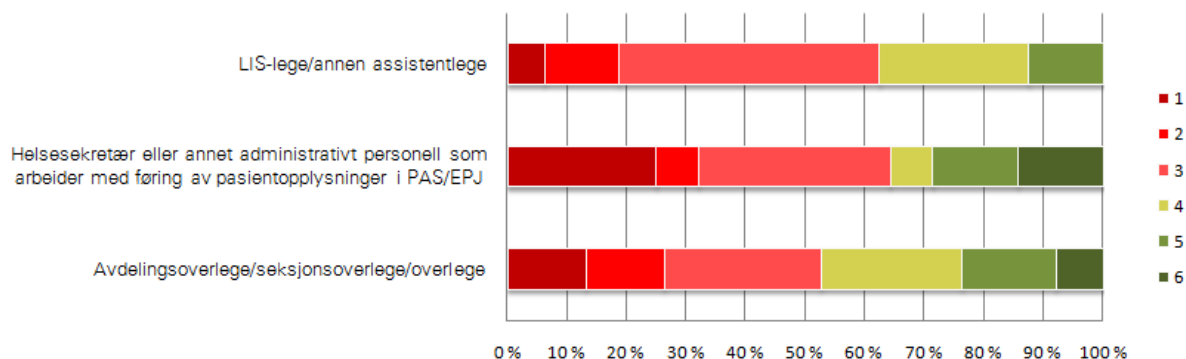


Count of 33: Har din avdeling/enhet etablert skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?	Column Labels			Grand Tot
	Ja	Nei	Vet ikke	
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	66,67 %	29,17 %	4,17 %	100,00 %
Annet helsefaglig personale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

Filtrert for Sykehuset Østfold:

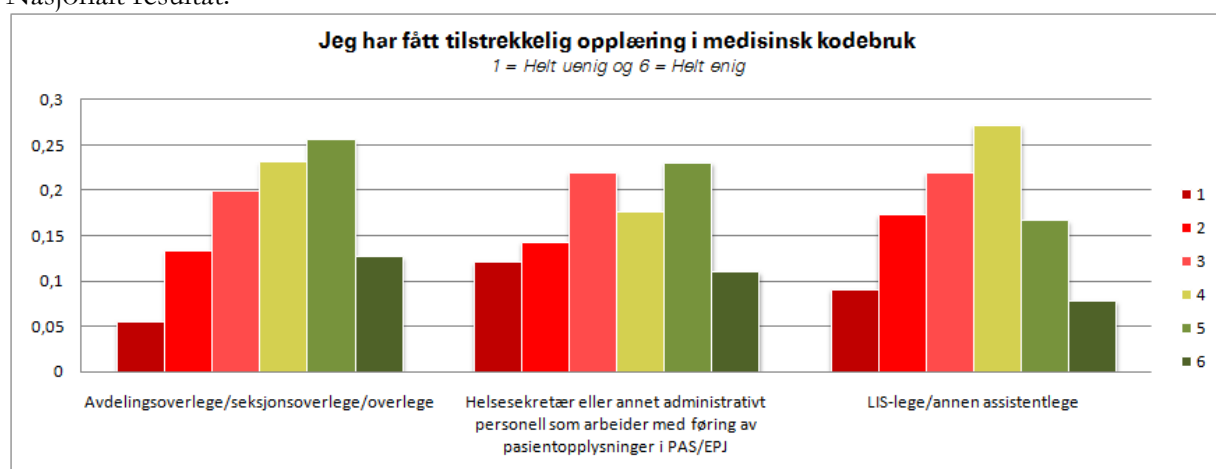
Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk

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



Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk	Column Labels						Grand Total
Row Labels	1	2	3	4	5	6	Grand Total
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	13,16 %	13,16 %	26,32 %	23,68 %	15,79 %	7,89 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	25,00 %	7,14 %	32,14 %	7,14 %	14,29 %	14,29 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	6,25 %	12,50 %	43,75 %	25,00 %	12,50 %	0,00 %	100,00 %
Grand Total	15,85 %	10,98 %	31,71 %	18,29 %	14,63 %	8,54 %	100,00 %

Nasjonalt resultat:

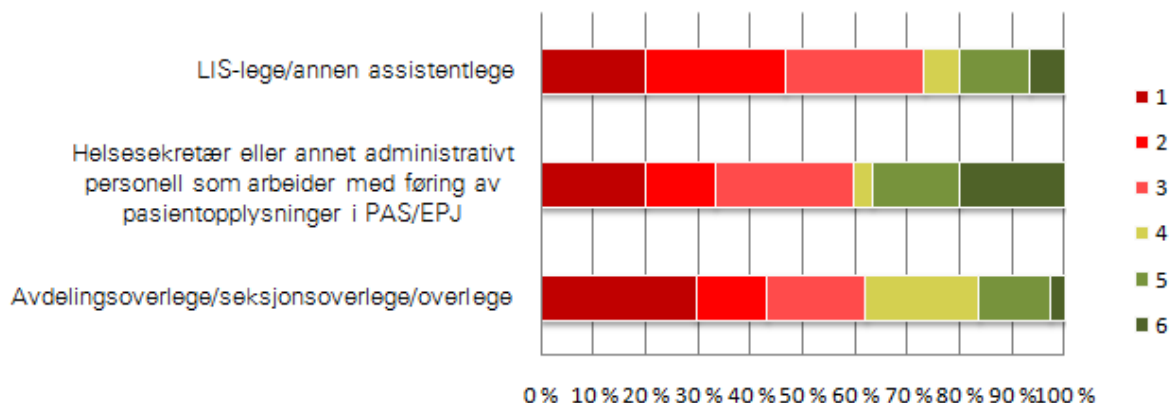


Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk	Column Labels						Grand Total
Row Labels	1	2	3	4	5	6	Grand Total
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	5,55 %	13,29 %	19,87 %	23,10 %	25,55 %	12,65 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider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

Filteret for Sykehuset Østfold:

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

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

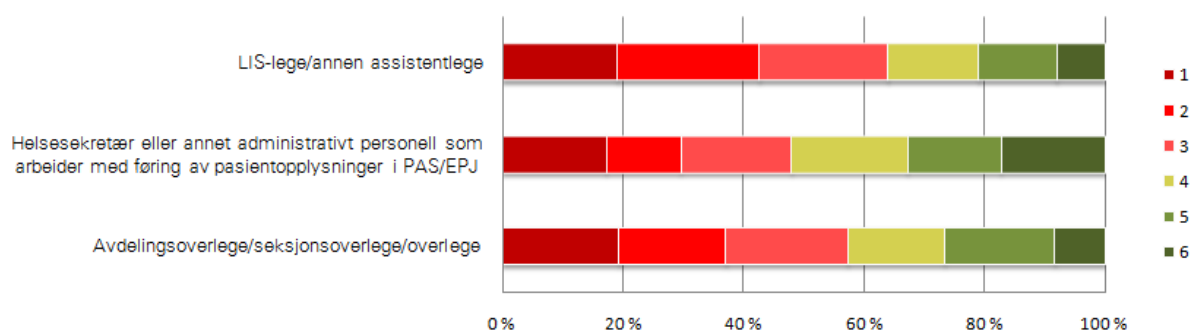


Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i it-systemet (PAS/EPJ/annet) som brukes til koding i min avdeling							
Row Labels	Column Labels						Grand Tot
	1	2	3	4	5	6	
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	29,73 %	13,51 %	18,92 %	21,62 %	13,51 %	2,70 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	20,00 %	13,33 %	26,67 %	3,33 %	16,67 %	20,00 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	20,00 %	26,67 %	26,67 %	6,67 %	13,33 %	6,67 %	100,00 %
Grand Total	24,39 %	15,85 %	23,17 %	12,20 %	14,63 %	9,76 %	100,00 %

Nasjonalt resultat:

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

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

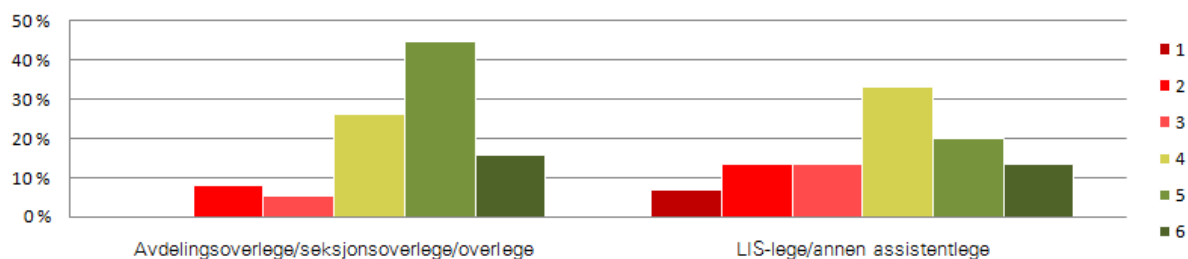


Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i it-systemet (PAS/EPJ/annet) som brukes til koding i min avdeling							
Row Labels	Column Labels						Grand Tot
	1	2	3	4	5	6	
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	19,39 %	17,73 %	20,22 %	16,07 %	18,28 %	8,31 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet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

Filtrert for Sykehuset Østfold:

Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder

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

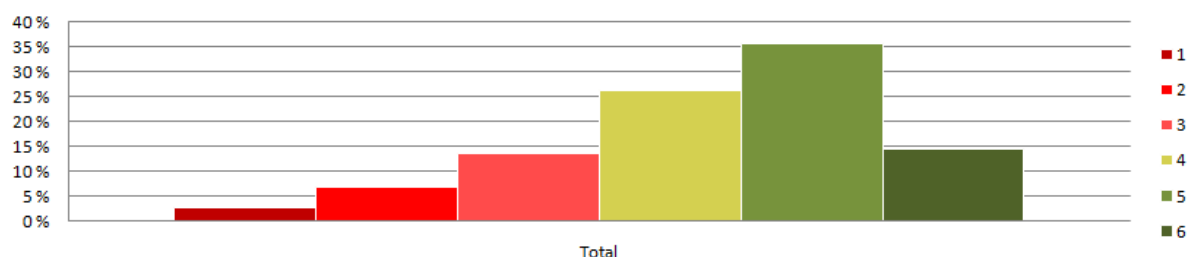


Count of 47: Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder							
Row Labels	Column Labels						Grand Tot
	1	2	3	4	5	6	
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	0,00 %	7,89 %	5,26 %	26,32 %	44,74 %	15,79 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	6,67 %	13,33 %	13,33 %	33,33 %	20,00 %	13,33 %	100,00 %
Grand Total	1,89 %	9,43 %	7,55 %	28,30 %	37,74 %	15,09 %	100,00 %

Nasjonalt resultat:

Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder

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



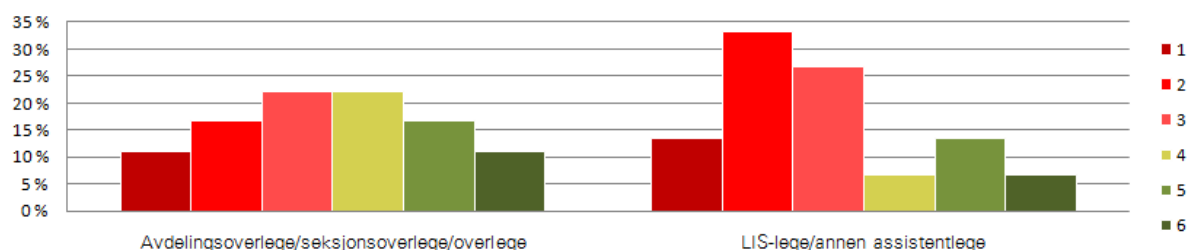
Count of 47: Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder	Column Labels						Grand Total
	1	2	3	4	5	6	
koder	2,81 %	6,88 %	13,75 %	26,30 %	35,68 %	14,58 %	100,00 %

Filtrert for Sykehuset Østfold:

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

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Filter = koder selv

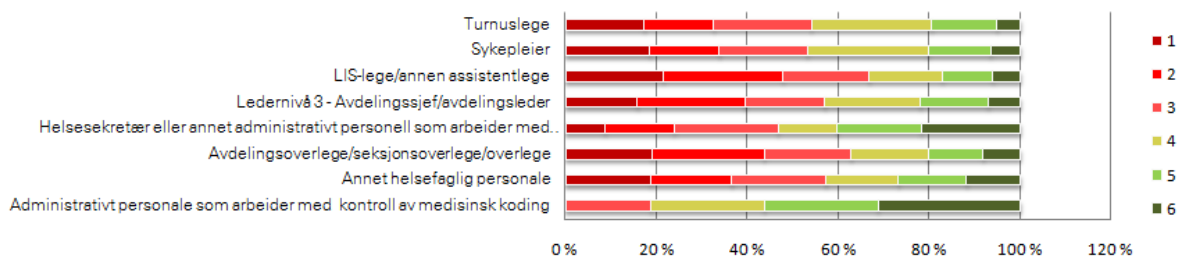


Count of 47: Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig medisinsk kode							
Row Labels	Column Labels						Grand Total
	1	2	3	4	5	6	
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	11,11 %	16,67 %	22,22 %	22,22 %	16,67 %	11,11 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	13,33 %	33,33 %	26,67 %	6,67 %	13,33 %	6,67 %	100,00 %
Grand Total	11,76 %	21,57 %	23,53 %	17,65 %	15,69 %	9,80 %	100,00 %

Nasjonalt resultat:

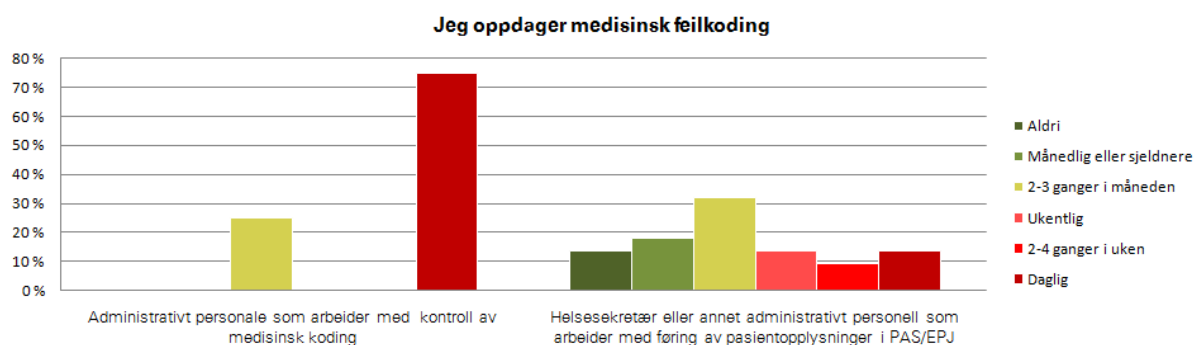
Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig medisinsk kode

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig



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

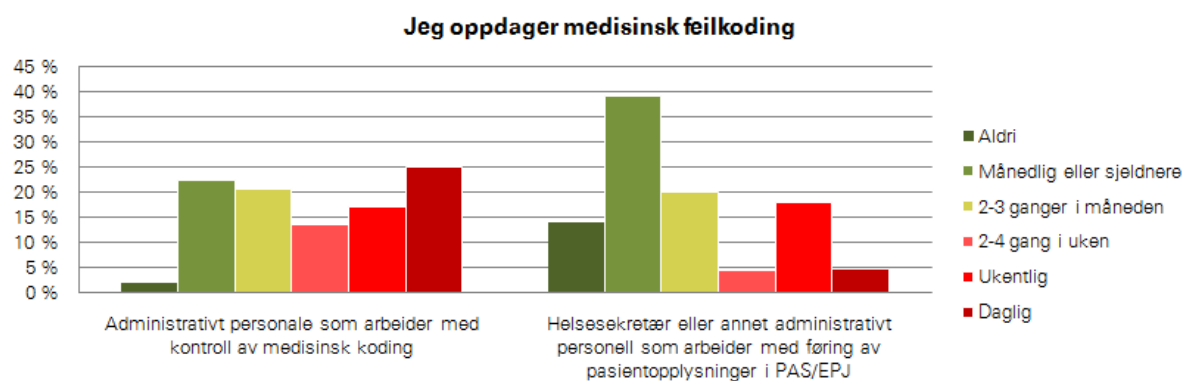
Filtrert for Sykehuset Østfold:



Count of 50: Jeg oppdager medisinsk feilkoding Column Labels

Row Labels	2-3 gange i måneden	2-4 gang i uken	Aldri	Daglig	Månedlig eller sjeldnere	Ukentlig
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	25,00 %	0,00 %	0,00 %	75,00 %	0,00 %	0,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	31,82 %	9,09 %	13,64 %	13,64 %	18,18 %	13,64 %
Grand Total	30,77 %	7,69 %	11,54 %	23,08 %	15,38 %	11,54 %

Nasjonalt resultat:



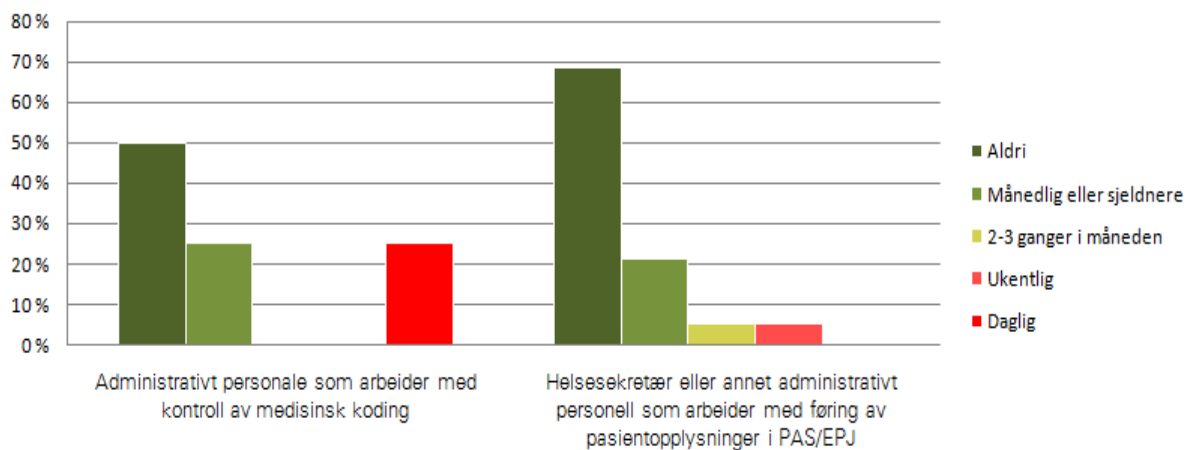
Count of 50: Jeg oppdager medisinsk feilkoding

Column Labels

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

Filtrert for Sykehuset Østfold:

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

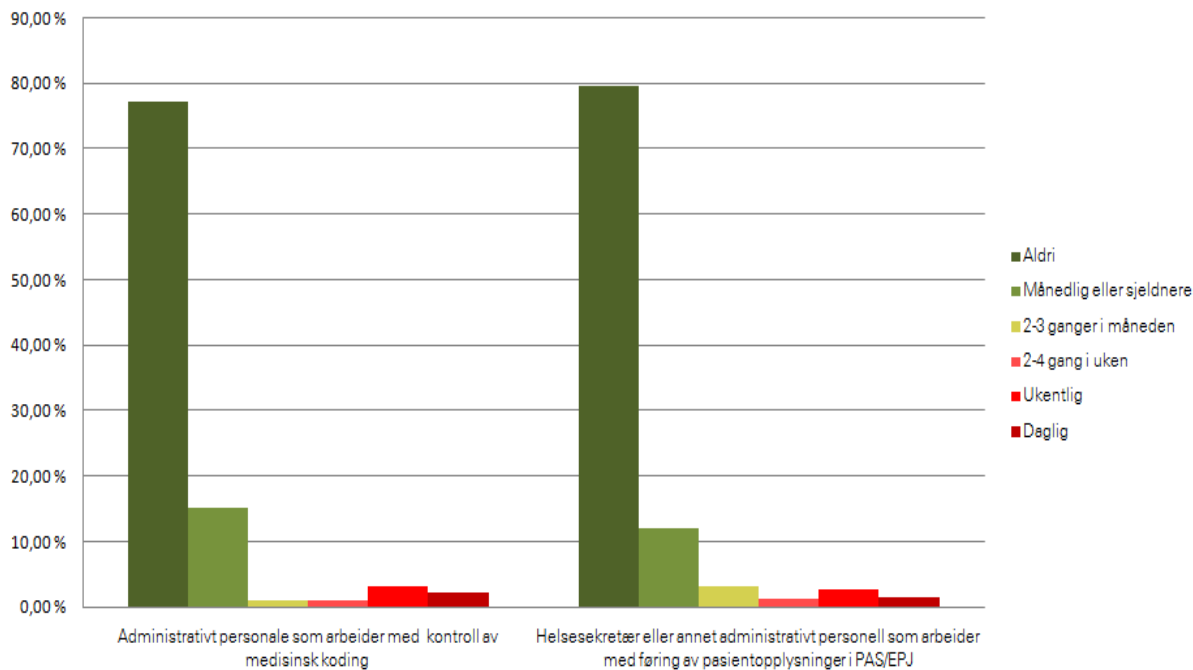


Count of 50: Jeg har det siste året fått kjennskap til at ikke-medisinsk personale retter koder som er satt av leger /annet helsepersonell uten å ha konsultert den aktuelle legen/helsepersonellet først

Row Labels	Column Labels					Grand Total
	2-3 ganger i måneden	Aldri	Daglig	Månedlig eller sjeldnere	Ukentlig	
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0,00 %	50,00 %	25,00 %	25,00 %	0,00 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	5,26 %	68,42 %	0,00 %	21,05 %	5,26 %	100,00 %
Grand Total	4,35 %	65,22 %	4,35 %	21,74 %	4,35 %	100,00 %

Nasjonalt resultat:

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



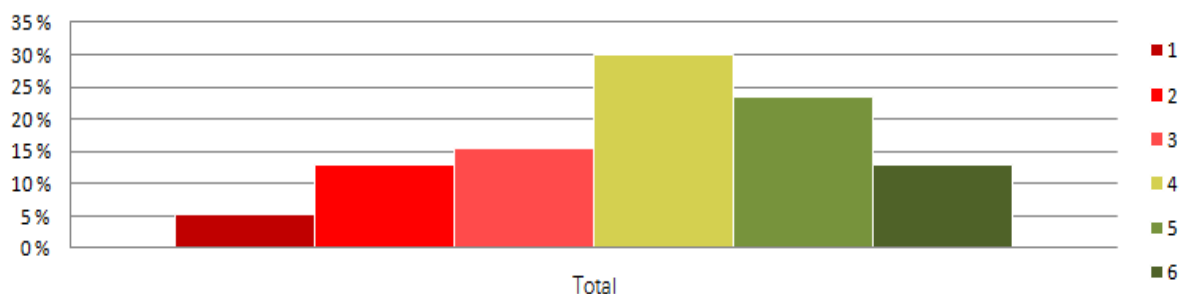
Count of 50: Jeg har det siste året fått kjennskap til at ikke-medisinsk personale retter koder som er satt av leger /annet helsepersonell uten å ha konsultert den aktuelle legen/helsepersonellet først

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

Filtrert for Sykehuset Østfold:

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

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

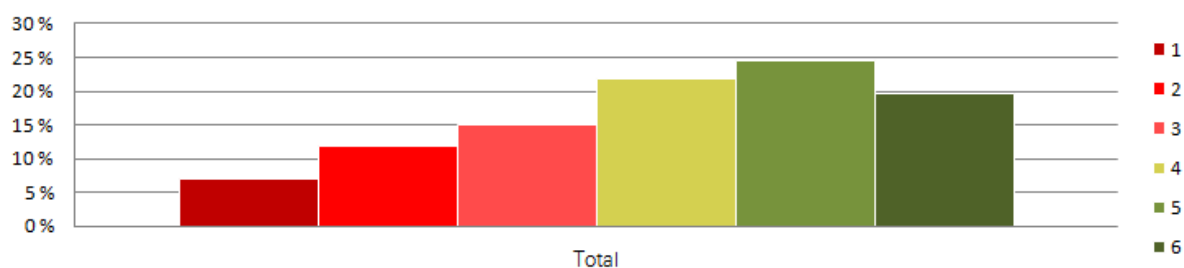


	1	2	3	4	5	6	Grand Tot
Count of 56: har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding	5,19 %	12,99 %	15,58 %	29,87 %	23,38 %	12,99 %	100,00 %

Nasjonalt resultat:

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

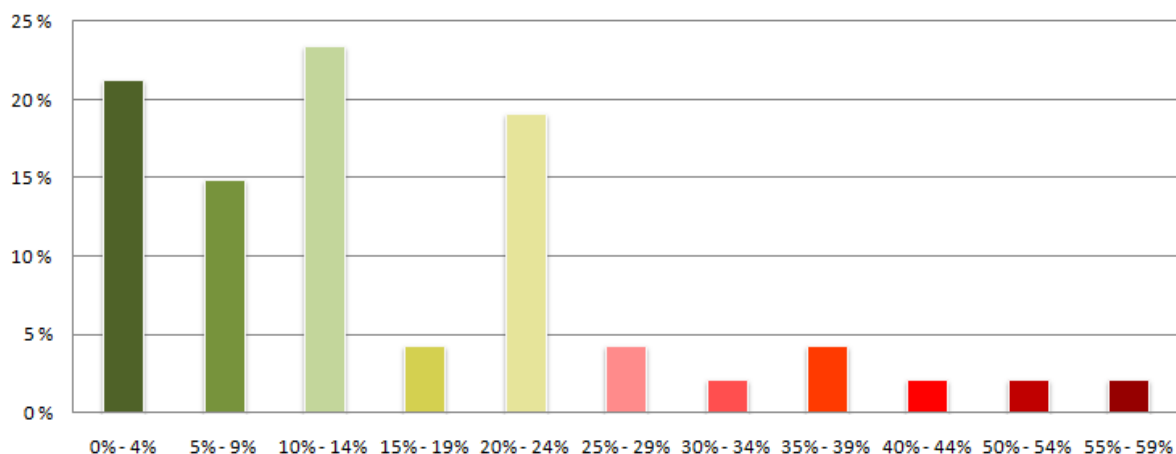
1 = Helt uenig og 6 = Helt enig



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

Filtrert for Sykehuset Østfold:

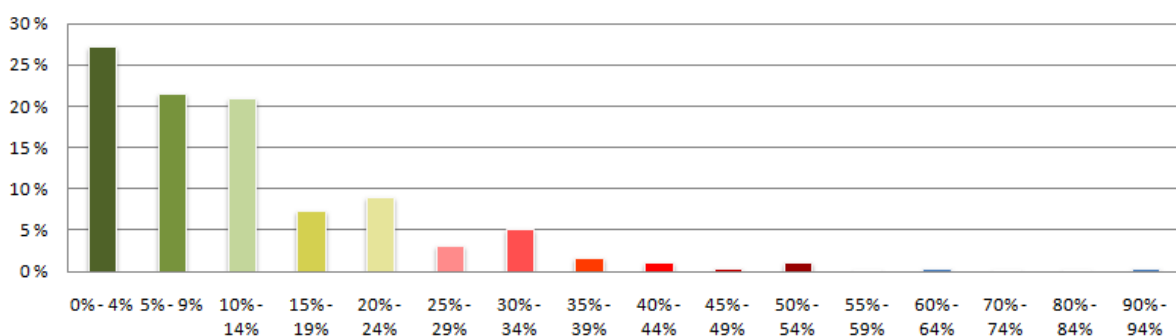
Hvor ofte endres den medisinske kodingen fra den første satte kode til innsending av NPR-rapportering i din avdeling?



Count of 63: Hvor ofte endres den medisinske kodingen fra den første satte kode til innsending av NPR-rapportering i din avdeling?													Column Labels
Row Labels	0% - 4%	5% - 9%	10% - 14%	15% - 19%	20% - 24%	25% - 29%	30% - 34%	35% - 39%	40% - 44%	50% - 54%	55% - 59%	Grand Total	
Grand Total	21,28 %	14,89 %	23,40 %	4,26 %	19,15 %	4,26 %	2,13 %	4,26 %	2,13 %	2,13 %	2,13 %	100,00 %	

Nasjonalt resultat:

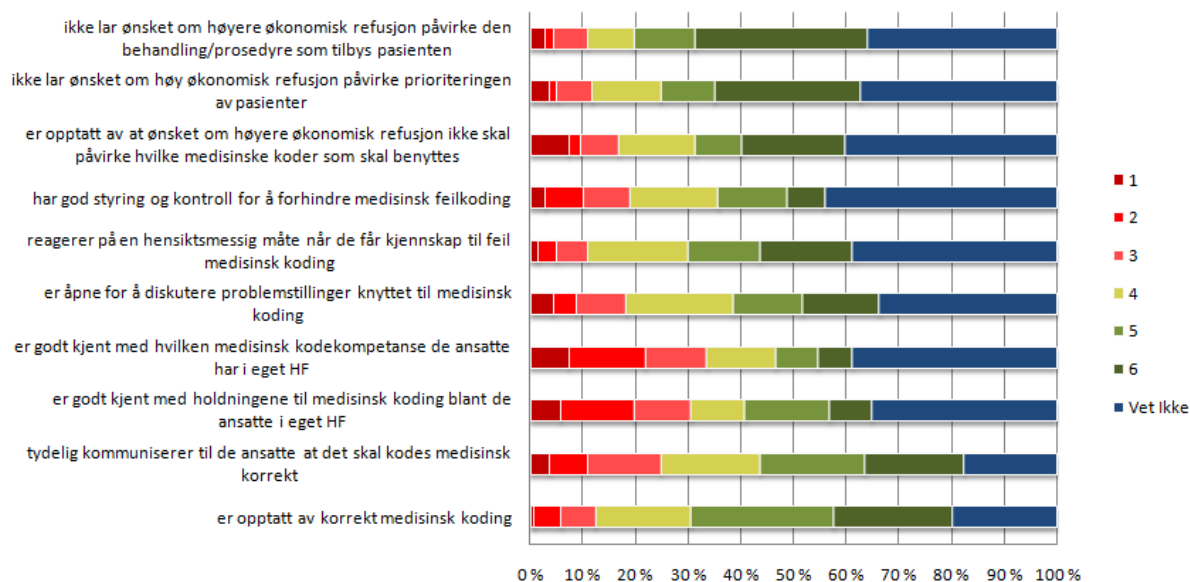
Hvor ofte endres den medisinske kodingen fra den første satte kode til innsending av NPR-rapportering i din avdeling?



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

Filtret for Sykehuset Østfold:

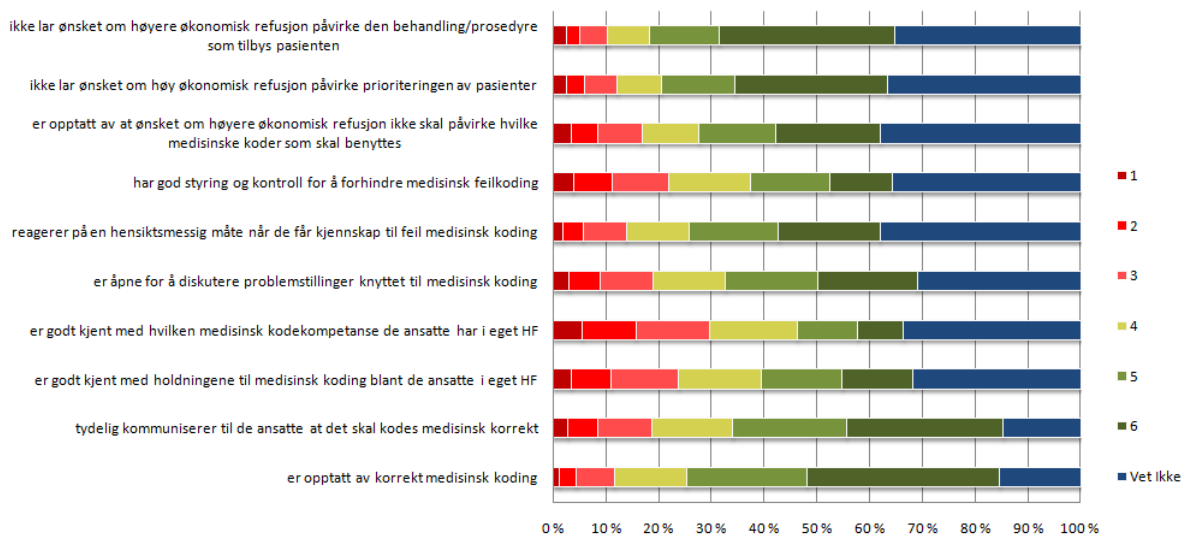
Jeg opplever at ledelsen ved de HF jeg tilhører:



Jeg opplever at ledelsen ved de HF jeg tilhører:	1	2	3	4	5	6	Vet Ikke
er opptatt av korrekt medisinsk koding	1 %	5 %	7 %	18 %	27 %	23 %	20 %
tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt	4 %	7 %	14 %	19 %	20 %	19 %	18 %
er godt kjent med holdningene til medisinsk koding blant de ansatte i eget HF	6 %	14 %	11 %	10 %	16 %	8 %	35 %
er godt kjent med hvilken medisinsk kodekompetanse de ansatte har i eget HF	7 %	15 %	12 %	13 %	8 %	7 %	39 %
er åpne for å diskutere problemstillinger knyttet til medisinsk koding	4 %	4 %	9 %	20 %	13 %	15 %	34 %
reagerer på en hensiktsmessig måte når de får kjennskap til feil medisinsk koding	1 %	4 %	6 %	19 %	14 %	18 %	39 %
har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding	3 %	7 %	9 %	17 %	13 %	7 %	44 %
er opptatt av at ønsket om høyere økonomisk refusjon ikke skal påvirke hvilke medisinske koder som skal benyttes	7 %	2 %	7 %	15 %	9 %	20 %	40 %
ikke lar ønsket om høy økonomisk refusjon påvirke prioriteringen av pasienter	4 %	1 %	7 %	13 %	10 %	28 %	37 %
ikke lar ønsket om høyere økonomisk refusjon påvirke den behandling/prosedyre som tilbys pasienten	3 %	1 %	7 %	9 %	12 %	33 %	36 %

Nasjonalt resultat:

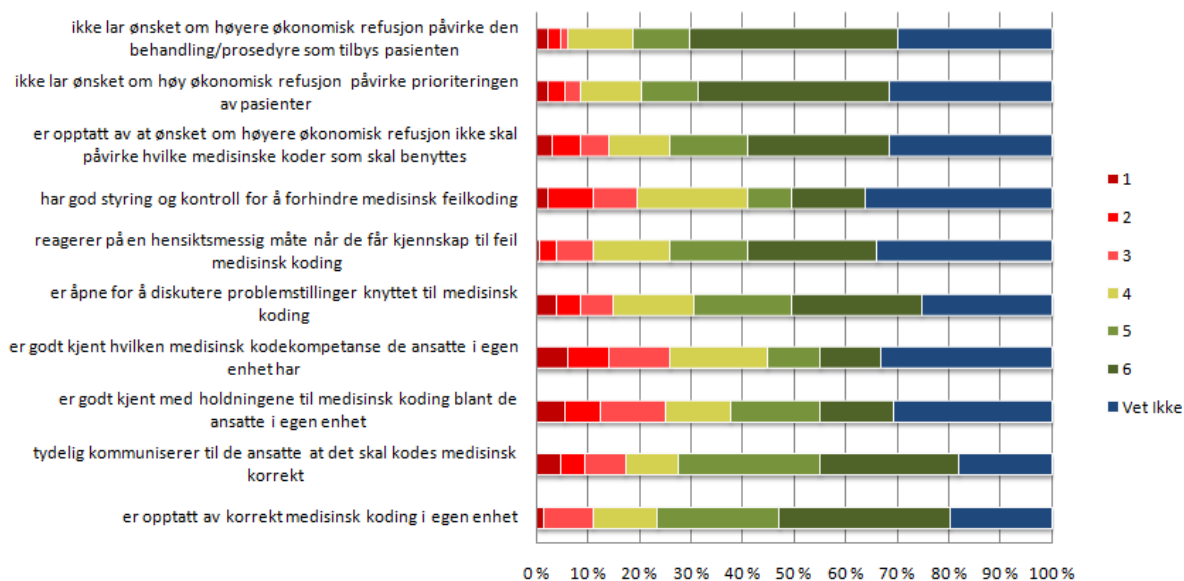
Jeg opplever at ledelsen ved de HF jeg tilhører:



Jeg opplever at ledelsen for det HF jeg tilhører:	1	2	3	4	5	6	Vet Ikke
er opptatt av korrekt medisinsk koding	1 %	3 %	7 %	14 %	23 %	37 %	15 %
tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt	3 %	6 %	10 %	15 %	22 %	30 %	15 %
er godt kjent med holdningene til medisinsk koding blant de ansatte i eget HF	4 %	8 %	13 %	16 %	15 %	13 %	32 %
er godt kjent med hvilken medisinsk kodekompetanse de ansatte har i eget HF	6 %	10 %	14 %	17 %	11 %	9 %	34 %
er åpne for å diskutere problemstillinger knyttet til medisinsk koding	3 %	6 %	10 %	14 %	18 %	19 %	31 %
reagerer på en hensiktsmessig måte når de får kjennskap til feil medisinsk koding	2 %	4 %	8 %	12 %	17 %	19 %	38 %
har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding	4 %	7 %	11 %	16 %	15 %	12 %	36 %
er opptatt av at ønsket om høyere økonomisk refusjon ikke skal påvirke hvilke medisinske koder som skal benyttes	3 %	5 %	8 %	11 %	15 %	20 %	38 %
ikke lar ønsket om høy økonomisk refusjon påvirke prioriteringen av pasienter	3 %	3 %	6 %	8 %	14 %	29 %	36 %
ikke lar ønsket om høyere økonomisk refusjon påvirke den behandling/prosedyre som tilbys pasienten	3 %	3 %	5 %	8 %	13 %	33 %	35 %

Filtrert for Sykehuset Østfold:

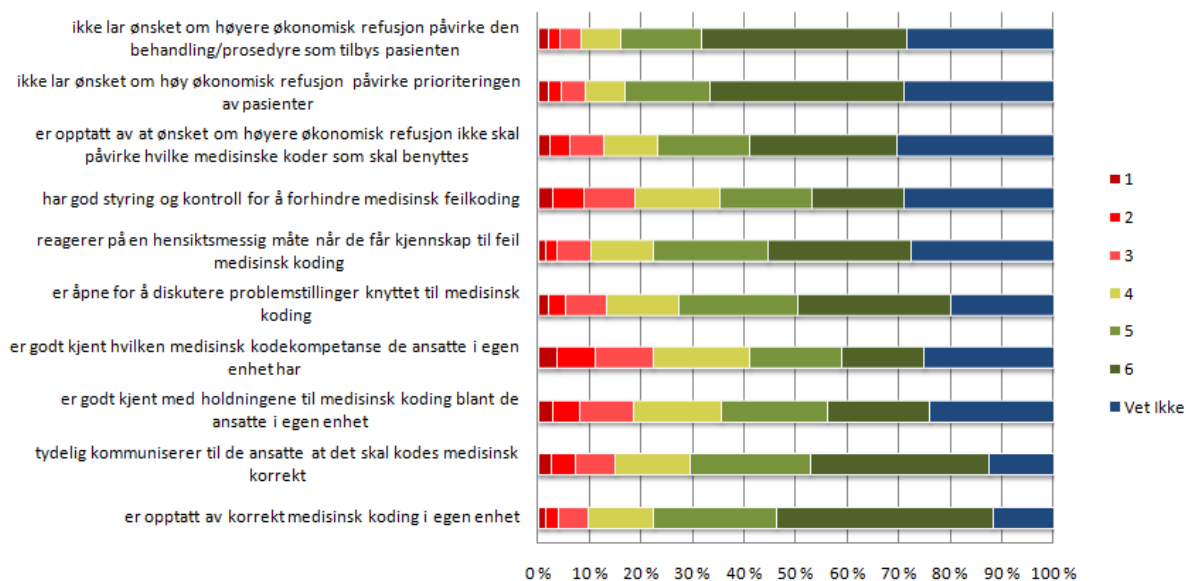
Jeg opplever at ledelsen ved den avdeling jeg tilhører:



Jeg opplever at ledelsen ved den avdeling jeg tilhører:	1	2	3	4	5	6	Vet Ikke
er opptatt av korrekt medisinsk koding i egen enhet	2 %	0 %	9 %	13 %	24 %	33 %	20 %
tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt	5 %	5 %	8 %	10 %	28 %	27 %	18 %
er godt kjent med holdningene til medisinsk koding blant de ansatte i egen enhet	6 %	7 %	13 %	13 %	17 %	14 %	31 %
er godt kjent hvilken medisinsk kodekompetanse de ansatte i egen enhet har	6 %	8 %	12 %	19 %	10 %	12 %	33 %
er åpne for å diskutere problemstillinger knyttet til medisinsk koding	4 %	5 %	6 %	16 %	19 %	25 %	25 %
reagerer på en hensiktsmessig måte når de får kjennskap til feil medisinsk koding	1 %	3 %	7 %	15 %	15 %	25 %	34 %
har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding	2 %	9 %	9 %	21 %	9 %	14 %	36 %
er opptatt av at ønsket om høyere økonomisk refusjon ikke skal påvirke hvilke medisinske koder som skal benyttes	3 %	6 %	6 %	12 %	15 %	28 %	31 %
ikke lar ønsket om høy økonomisk refusjon påvirke prioriteringen av pasienter	2 %	3 %	3 %	12 %	11 %	37 %	31 %
ikke lar ønsket om høyere økonomisk refusjon påvirke den behandling/prosedyre som tilbys pasienten	2 %	2 %	2 %	13 %	11 %	40 %	30 %

Nasjonalt resultat:

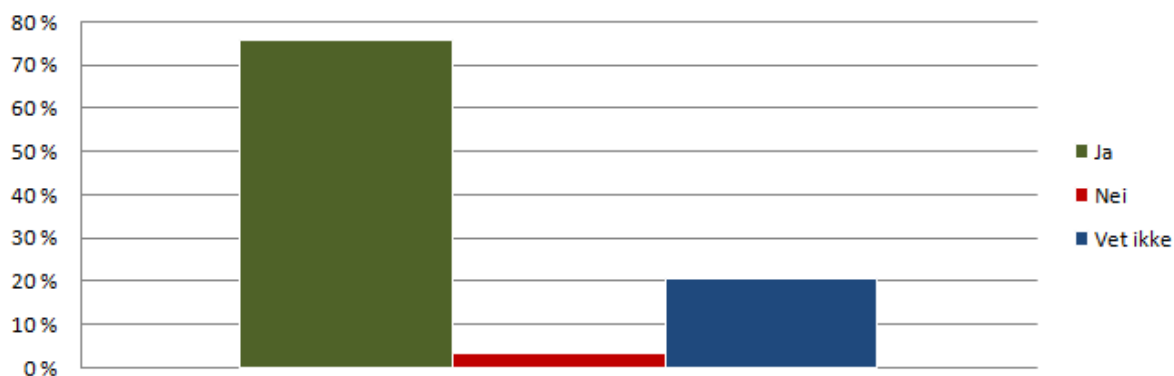
Jeg opplever at ledelsen ved den avdeling jeg tilhører:



Jeg opplever at ledelsen ved den avdeling jeg tilhører:	1	2	3	4	5	6	Vet Ikke
er opptatt av korrekt medisinsk koding i egen enhet	2 %	0 %	9 %	13 %	24 %	33 %	20 %
tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt	5 %	5 %	8 %	10 %	28 %	27 %	18 %
er godt kjent med holdningene til medisinsk koding blant de ansatte i egen enhet	6 %	7 %	13 %	13 %	17 %	14 %	31 %
er godt kjent hvilken medisinsk kodekompetanse de ansatte i egen enhet har	6 %	8 %	12 %	19 %	10 %	12 %	33 %
er åpne for å diskutere problemstillinger knyttet til medisinsk koding	4 %	5 %	6 %	16 %	19 %	25 %	25 %
reagerer på en hensiktsmessig måte når de får kjennskap til feil medisinsk koding	1 %	3 %	7 %	15 %	15 %	25 %	34 %
har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding	2 %	9 %	9 %	21 %	9 %	14 %	36 %
er opptatt av at ønsket om høyere økonomisk refusjon ikke skal påvirke hvilke medisinske koder som skal benyttes	3 %	6 %	6 %	12 %	15 %	28 %	31 %
ikke lar ønsket om høy økonomisk refusjon påvirke prioriteringen av pasienter	2 %	3 %	3 %	12 %	11 %	37 %	31 %
ikke lar ønsket om høyere økonomisk refusjon påvirke den behandling/prosedyre som tilbys pasienten	2 %	2 %	2 %	13 %	11 %	40 %	30 %

Filtrert for Sykehuset Østfold:

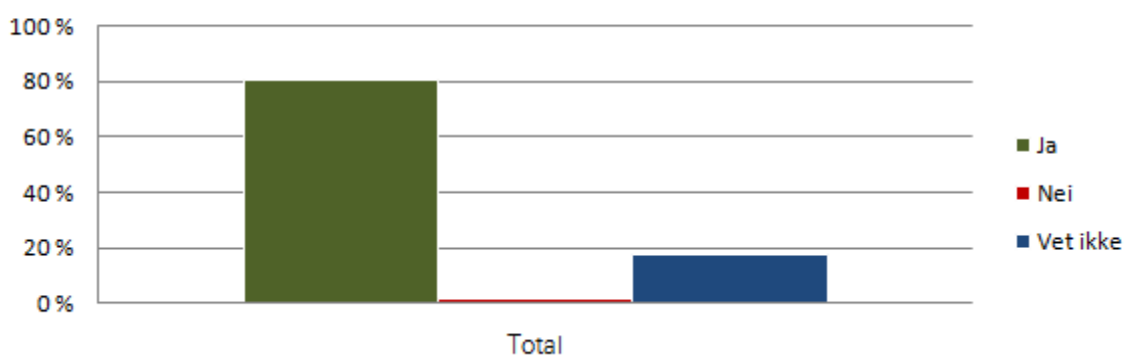
Hvis jeg får kjennskap til eller fatter sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF vil jeg velge å melde fra om dette til nærmeste leder eller andre aktuelle parter



	Ja	Nei	Vet ikke	Grand Total
Count of 58: Hvis jeg får kjennskap til eller fatter sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF vil jeg velge å melde fra om dette til nærmeste leder eller andre aktuelle parter	75,89 %	3,55 %	20,57 %	100,00 %

Nasjonalt resultat:

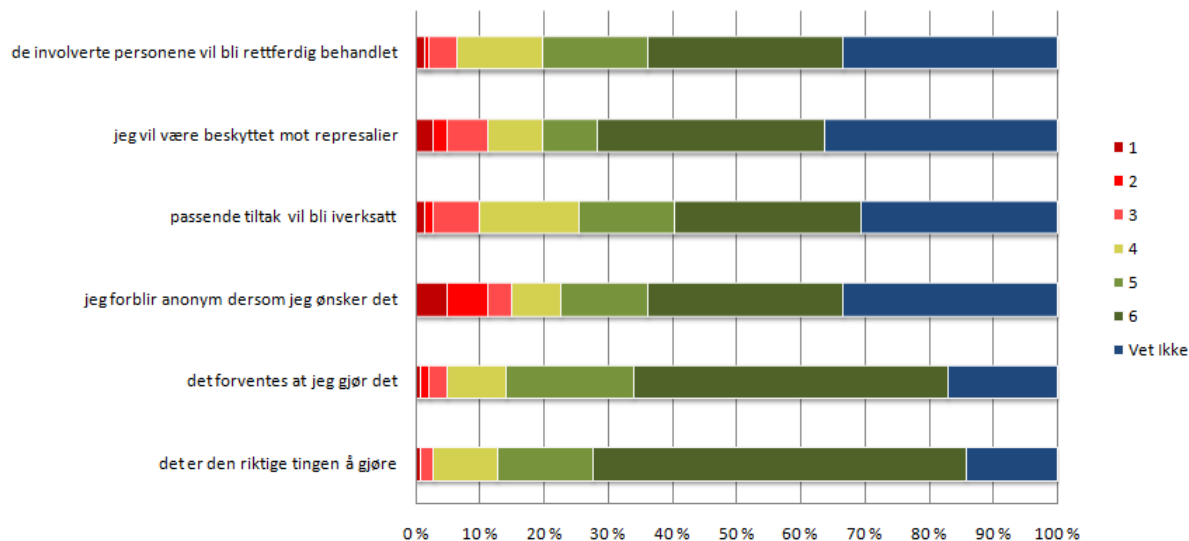
Hvis jeg får kjennskap til eller fatter sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF vil jeg velge å melde fra om dette til nærmeste leder eller andre aktuelle parter



	Ja	Nei	Vet ikke	Grand Total
Count of 58: Hvis jeg får kjennskap til eller fatter sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF vil jeg velge å melde fra om dette til nærmeste leder eller andre aktuelle parter	80,49 %	2,00 %	17,51 %	100,00 %

Filtrert for Sykehuset Østfold:

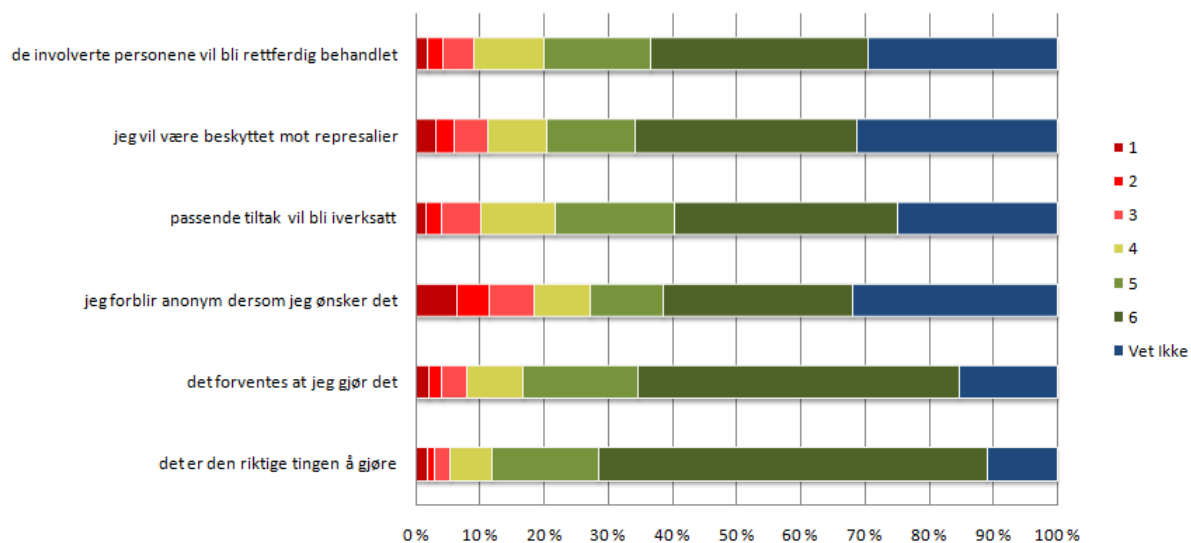
Hvis jeg melder fra til egen ledelse om et alvorlig brudd (dvs. systematisk kreativ koding med økonomisk vinning som mål) på reglene for koding, vil jeg føle meg trygg på at...



Hvis jeg melder fra til egen ledelse om et alvorlig brudd (dvs. systematisk kreativ koding med økonomisk vinning som mål) på reglene for koding, vil jeg føle meg trygg på at	1	2	3	4	5	6	Vet Ikke
det er den riktige tingen å gjøre	1 %	0 %	2 %	10 %	15 %	58 %	14 %
det forventes at jeg gjør det	1 %	1 %	3 %	9 %	20 %	49 %	17 %
jeg forblir anonym dersom jeg ønsker det	5 %	6 %	4 %	8 %	13 %	30 %	33 %
passende tiltak vil bli iverksatt	1 %	1 %	7 %	16 %	15 %	29 %	30 %
jeg vil være beskyttet mot represalier	3 %	2 %	6 %	9 %	9 %	35 %	36 %
de involverte personene vil bli rettferdig beha	1 %	1 %	4 %	13 %	16 %	30 %	33 %

Nasjonalt resultat:

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



Hvis jeg melder fra..	1	2	3	4	5	6	Vet Ikke
det er den riktige tingen å gjøre	2 %	1 %	2 %	7 %	16 %	61 %	11 %
det forventes at jeg gjør det	2 %	2 %	4 %	9 %	18 %	50 %	15 %
jeg forblir anonym dersom jeg ønsker det	6 %	5 %	7 %	9 %	11 %	30 %	32 %
passende tiltak vil bli iverksatt	2 %	3 %	6 %	12 %	19 %	35 %	25 %
jeg vil være beskyttet mot represalier	3 %	3 %	5 %	9 %	14 %	34 %	31 %
de involverte personene vil bli rettferdig behandlet	2 %	2 %	5 %	11 %	17 %	34 %	29 %