

Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene

BAKGRUNN OG MÅL FOR UNDERSØKELSEN

Medisinsk koding innebærer å omsette tekstlige beskrivelser av diagnoser og prosedyrer i journalen til koder. Et viktig formål med medisinsk koding er å få oversikt over sykdommer i befolkningen. Kodene danner også grunnlag for planlegging, administrasjon, finansiering, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester.

Målet med undersøkelsen har vært å belyse hvordan helseforetakene, de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse ivaretar sitt ansvar for å bidra til god kodekvalitet. Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i to pasientgrupper som blir undersøkt og behandlet ved de fleste sykehus: pasienter med lungebetennelse og hofteprotesepasienter.



Funn og anbefalinger

Det er svak kvalitet på den medisinske kodingen

Helseforetakene har ansvar for å sende inn opplysninger som er korrekte og relevante for den behandlingen pasienten har fått under det aktuelle oppholdet, til Norsk pasientregister. Blant pasienter med lungebetennelse er det rapportert feil hovedtilstand for 41 prosent av oppholdene. Hver tredje feil i disse oppholdene skyldes at journalen beskriver en annen klinisk tilstand enn lungebetennelse som hovedtilstand. De andre feilene skyldes at koden gir feil bilde av årsaken til pasientens lungebetennelse. Dette svekker kvaliteten på pasientstatistikken.

Andel av legene som mener følgende momenter er viktige eller svært viktige årsaker dersom det avdekkes feilkoding ved deres avdeling. N=887.

De som koder har ikke tilstrekkelig opplæring i koding	79 %
De som koder har ikke nok tid til å finne riktig medisinsk kode	72 %
De som koder er ikke tilstrekkelig opptatt av å kode riktig	55 %
De som koder får ikke gode nok tilbakemeldinger på sin koding	54 %
Tilstander som kodes er ikke godt nok dokumentert i journalen	48 %
DIPS eller PAS er ikke brukervennlig nok	47 %
De som koder har ikke god nok tilgang til veiledning fra ressurspersoner på koding	41 %
Kvalitetssikringen av kodingen er ikke god nok	42 %
De elektroniske hjelpeverktøyene (f.eks. FinnKode) er ikke er gode nok	30 %
Kortlister oppdateres ikke ofte nok	25 %
Talegjenkjenningsverktøy fungerer ikke godt nok	22 %
Kodeveilederen fra Helsedirektoratet er ikke god nok	19 %

Kilde: Spørreundersøkelse til leger

De samme spørsmålene er stilt ledere og kodekontrollører, som legger vekt på de samme årsakene som legene, og da særlig manglende opplæring.

Helseforetakene følger ikke godt nok opp kodekvaliteten for å sikre god pasientstatistikk

Selv om helseforetakene har gjennomført en del tiltak de siste årene for å bedre kodekvaliteten, har mange fortsatt svak styring. En viktig årsak er mangel på kunnskap blant legene om koding. Det er viktig at legene blir kurset, og at de får tilbakemeldinger på egen koding. En tydelig ledelse som støtter kodearbeidet, er også av stor betydning.

Svak kodekvalitet har negative konsekvenser for styring og finansiering av spesialisthelsetjenesten

Aktører på alle nivåer bruker data fra de medisinske kodene til statistikk, helseovervåking, forskning og planlegging. Svak kodekvalitet fører til at beslutninger som tas på bakgrunn av kodene, baseres på feilaktige premisser.

Riksrevisjonen anbefaler at

- helseforetakene legger til rette for bedre medisinsk koding ved at ansatte får nødvendig og oppdatert kunnskap om koding og krav til journaldokumentasjon, og at det gis tydelige signaler om at korrekt koding er viktig for å oppnå god pasientstatistikk
- de regionale helseforetakene tar en større pådriverrolle for å sikre god og ensartet medisinsk koding
- Direktoratet for e-helse legger bedre til rette for god koding gjennom veiledning og utvikling av støtteverktøy
- Helse- og omsorgsdepartementet følger opp at Direktoratet for e-helse og de regionale helseforetakene legger til rette for at helseforetakene har god kodekvalitet og ensartet koding, slik at vurderinger og beslutninger i spesialisthelsetjenesten gjøres på riktige premisser