

## Saksframlegg

**Saksgang:**

| Styre                    | Møtedato          |
|--------------------------|-------------------|
| Styret Helse Sør-Øst RHF | 17. november 2011 |

### SAK NR 081-2011

#### NASJONAL INTERNREVISJON AV MEDISINSK KODEPRAKSIS I HELSEFORETAKENE - RESULTAT OG OPPFØLGING

***Forslag til vedtak:***

1. Styret tar rapporten fra nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene til orientering.
2. Styret støtter administrerende direktørs plan for videre oppfølging av tiltak for å sikre forbedringer i medisinsk kodepraksis.

Hamar 9. november 2011

Bente Mikkelsen  
administrerende direktør

## 1. Administrerende direktørs konklusjon/anbefaling

*Internrevisjonene i de fire helseregionene har gjennomført en felles internrevisjon av området medisinsk kodepraksis i helseforetak med somatisk virksomhet etter initiativ fra Helsedirektoratet. Rapporten inngår som en av flere undersøkelser gjennomført av Helsedirektoratet, berunder bl.a. en dokumentkontroll i regi av Norsk Pasientregister. De 4 regionale helseforetakene har alle mottatt rapporten fra den nasjonale internrevisjonen og denne blir fremlagt for styret i den enkelte region..*

*Rapporten fra den nasjonale internrevisjonen av medisinsk kodepraksis i helseforetakene gir en grundig og omfattende dokumentasjon med tilhørende anbefalinger innen en rekke sentrale forhold av betydning for god kodepraksis og kodingskvalitet.*

*Administrerende direktør er tilfreds med at rapporten konkluderer med at det er lav risiko for bevisst feilkoding med sikte på økonomisk vinning og at helseforetakene er opptatt av at det skal kodes medisinsk korrekt, - men ser også tydelig behov for gjennomføring av en rekke tiltak i tråd med anbefalingene i rapporten for å oppnå bedre styring og kontroll med kodepraksis og derved mer korrekt koding.*

*Det enkelte helseforetak har ansvar for å iverksette eller styrke egne tiltak i tråd med anbefalingene til helseforetakene for å sikre god kodepraksis.*

*For å understøtte dette arbeidet er det samtidig behov for tiltak på regionalt nivå. Av regionale tiltak foreslås at følgende iverksettes:*

- *Videreføring av en tverrfaglig sammensatt ressursgruppe for kodingskvalitet i RHF.*
- *Styrking av opplæring og oppfølging av medisinsk koding generelt.*
- *Oppdatering og videreutvikling av e-læringsprogrammet i medisinsk koding i samarbeid med helseforetakene og Helsedirektoratet.*
- *Omlegging av arbeidsflyt i kodingsprosess i tråd med forslagene i revisjonsrapporten.*
- *Etablere et prosjekt for utvikling av IKT-basert prosessstøtte for medisinsk koding.*
- *Helse Sør-Øst RHF vil ta initiativ til at kodingen i større grad utføres av godt kvalifiserte kodere.*

*Tiltakene er kort omtalt og begrunnet under punktet Nye tiltak i regi av Helse Sør-Øst RHF.*

*Administrerende direktør inviterer styret til å ta rapporten om medisinsk kodepraksis til orientering og å gi sin tilslutning til den skisserte oppfølgingen fra Helse Sør-Øst RHF.*

## 2. Fakta i saken

Internrevisjonene i de fire helseregionene har gjennomført en felles internrevisjon av området medisinsk kodepraksis i helseforetak med somatisk virksomhet etter initiativ fra Helsedirektoratet.

Rapporten inngår som en av flere undersøkelser gjennomført av Helsedirektoratet, herunder bl.a. en dokumentkontroll i regi av Norsk pasientregister. Dokumentkontrollen utreder samsvar mellom rapporterte koder til NPR og registrerte koder i EPJ. Denne kontrollen gjelder ca. 4000 tilfeldig valgte dag- og døgnopphold i ulike helseforetak i alle helseregioner.

De fire regionale helseforetakene har alle mottatt rapporten fra den nasjonale internrevisjonen og denne blir fremlagt for styret i den enkelte region..

## 2.1 Formål og hensikt med internrevisjon av medisinsk kodepraksis

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

For å oppnå formålet med internrevisjonen har det, med utgangspunkt i anerkjente rammeverk for internkontroll og risikostyring, vært fokusert på faktorer knyttet til helseforetakenes *styrings- og kontrollmiljø, målsettinger og risikovurderinger, tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis og oppfølging av medisinsk kodepraksis.*

Disse fire temaområdene har vært brutt ned i delområder med tilhørende problemstillinger. Tema-inndelingen har vært gjennomgripende for prosjektet, og er også benyttet for å strukturere funn og analyser i delrapporter til de ni utvalgte helseforetakene og i hovedrapporten fra arbeidet.

Revisjonen er gjennomført i to faser med felles rapportering. Fase 1 som nasjonal elektronisk spørreundersøkelse til utvalgte personer i alle helseforetak i landet med somatisk virksomhet. Fase 2 som nærmere undersøkelser ved 9 utvalgte helseforetak fordelt mellom alle helseregionene. Resultater og konklusjoner i arbeidet bygger på datagrunnlaget fra begge fasene i prosjektet. I Helse Sør-Øst er nærmere undersøkelser gjennomført ved Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF og Akershus universitetssykehus HF. Det er utarbeidet egne revisjonsrapporter som styrebehandles i det enkelte helseforetak.

## 2.2 Nærmere om bakgrunn for internrevisjonen

Internrevisjonsprosjektet 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 heter 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 helseregionene 14.6.2010 (sak 287-10) ble det uttrykt enighet med direktoratet om at det kan være nyttig å skaffe mer informasjon om forholdene rundt medisinsk koding i helseforetakene. Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst ble satt opp som kontaktpunkt for å koordinere arbeidet. Revisjonskomiteene i de regionale foretakene ga sin tilslutning til prosjektet. Mandatet for revisjonen er utarbeidet av internrevisjonene i de fire helseregionene i samråd med Helsedirektoratet.

Planlegging og operasjonalisering av mandat og problemstillinger for revisjonen har vært ivaretatt av en arbeidsgruppe bestående av representanter for internrevisjonene i de regionale helseforetakene, KPMG AS, og deres underleverandør Exonor AS.

## 2.3 Oppsummering av funn

Internrevisjonen viser at det er lav risiko for større omfang av bevisst feilkoding med sikte på økonomisk vinning. Det er gjennomgående ikke etablert tilstrekkelig intern styring og kontroll for å oppnå rimelig sikkerhet for korrekt koding. Det er behov for tiltak for styrke området.

### Styrings- og kontrollmiljø

Et godt styrings- og kontrollmiljø forutsetter hensiktsmessig organisering med klare roller og ansvarsforhold for medisinsk koding og tydelig forankring av kontrollfunksjoner for å sikre at den medisinske kodingen blir korrekt. Videre, at ledelsen har gode holdninger til betydningen av å kode medisinsk korrekt, og at det tydelig kommuniseres at bevisst uriktig koding ikke er akseptabelt. Et godt styrings- og kontrollmiljø forutsetter også at det sørges for nødvendig opplæring i koderegelverket og datasystemene som kodene skal registreres i, slik at involvert personell i alle involverte funksjoner har nødvendig kompetanse for å ivareta kodearbeidet på en god måte. Til slutt, at det er tilstrekkelige ressurser som gjør det tidsmessig mulig å utføre den medisinske kodingen med tilstrekkelig kvalitet.

Når det gjelder *organisering, roller og ansvarsforhold innenfor medisinsk kodearbeid*, viser internrevisjonen at det medisinske kodearbeidet på et overordnet nivå i hovedsak er hensiktsmessig organisert og ansvarsfordelt. På operativt nivå er det imidlertid forskjeller både internt i det enkelte helseforetak og mellom foretakene. For eksempel gjelder dette oppgavefordeling mellom lege og helsesekretær, rutiner for kontrasingnering av epikriser og hvilke kontrollfunksjoner som er etablert.

Internrevisjonen viser at *holdninger til medisinsk koding* gjennomgående er tydelige. Som tabellen under viser, oppgir 73,3 % av kodesetterne som deltok i spørreundersøkelsen at de opplever at den øverste ledelsen i eget helseforetak tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt.

Dette er også oppfattet nedover i organisasjonene og ser ut til å ha positiv innvirkning på holdningene hos involvert personell. Som tabellen viser oppgir ca 81,2 % av kodesetterne at de opplever egen avdelingsledelse er tydelig i sin kommunikasjon av til ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt.

**Tabell: HF-ledelsens og avdelingsledelsens kommunikasjon om medisinsk korrekt koding**

|   | Gruppe 1 <sup>1</sup> | Gruppe 2 | Gruppe 3, kun Ledernivå 3 |
|---|-----------------------|----------|---------------------------|
| <i>Jeg opplever at ledelsen for det HF jeg tilhører er opptatt av korrekt medisinsk koding</i>                                  | 82,6 %                | 89,8 %   | 90,1 %                    |
| <i>Jeg opplever at ledelsen for det HF jeg tilhører tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt</i> | 73,3 %                | 82,9 %   | 86,3 %                    |
| <i>Jeg opplever at ledelsen ved min avdeling er opptatt av korrekt medisinsk koding i egen enhet</i>                            | 87,1 %                | 90,6 %   | -                         |
| <i>Jeg opplever at ledelsen ved min avdeling tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt</i>        | 81,2 %                | 85,8 %   | -                         |

Det synes likevel i hovedsak å være det økonomiske formålet som er drivkraften for korrekt koding – forstått slik at enhetene får de inntekter de har krav på. Internrevisjonen viser at egeninteressen for korrekt koding for andre formål er lite framtrødende hos kodesettere. Det uttrykkes en skepsis til, og manglende tillit til, bruk av registrerte koder for andre formål, for eksempel som grunnlag for kvalitetsindikatorer eller forskning.

<sup>1</sup> Gruppe 1 – Helsepersonell som selv setter medisinske koder  
 Gruppe 2 – Stabs- og støttepersonell som arbeider med føring eller kontroll av medisinske koder  
 Gruppe 3 – Ledelse på nivå 1, 2 og 3

Resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjuene tyder på at brudd på koderegelverket for å øke refusjonsbeløpet kan forekomme, men at omfanget av dette sannsynligvis er lavt. Som tabellen under viser, oppgir 2,2 % av det medisinske personellet som selv setter koder at de det siste året har fått kjennskap til at ansatte eller ledere i eget helseforetak med overlegg har brukt gal medisinsk kode for å øke refusjonsbeløpet. For stabs- og støttepersonell som arbeider føring eller kontroll av medisinske koder er tallet lavere – her oppgir 1,1 % av de spurte at de har slik kjennskap.

Internrevisjonens oppfatning er at kodesettere generelt ønsker å kode riktig, men at kompleksiteten i systemet gjør riktig koding krevende.

**Tabell: Kjennskap til brudd på koderegelverket**

|   | Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3, kun Ledernivå 3 |
|---|----------|----------|---------------------------|
| <i>Jeg har det siste året fått kjennskap til at ansatte eller ledere i mitt HF med overlegg har brukt gal medisinsk kode for å øke refusjonsbeløpet</i>                       | 2,2 %    | 1,1 %    | 1,6 %                     |
| <i>Jeg har det siste året fått kjennskap til at ansatte eller ledere i mitt HF har valgt en annen behandling enn det som er medisinsk optimalt for å øke refusjonsbeløpet</i> | 1,1 %    | 0,9 %    | 2,5 %                     |

Internrevisjonen viser at risikoen for større omfang av bevisst feilkoding med sikte på økonomisk vinning, vurderes som lav. Gjennomgangen av kodepraksis viser at om lag 2 prosent av helsepersonellet som selv setter medisinske koder, oppgir at de kjenner til at ansatte eller ledere i eget foretak med overlegg har brukt uriktig medisinsk kode for å øke refusjonsbeløpet.

Det er ikke funnet holdepunkter for at *IT-systemer* benyttes til å endre koderekkefølgen med sikte på å maksimere inntjening. Det har imidlertid fremkommet enkelte eksempler på at det benyttes grupperingsverktøy for å vurdere økonomiske konsekvenser i forbindelse med planlegging og oppstart av ny aktivitet. En stor andel av respondentene har i spørreundersøkelsen oppgitt at PAS/EPJ-systemene ikke er ”gode nok” og kan utgjøre en potensiell kilde til feilkoding.

Når det gjelder *kompetansekrav og opplæring hos kodesettere og – kontrollere*, viser internrevisjonen at de kun i få tilfeller har stilt formelle krav til kodekompetanse og obligatorisk opplæring hos kodesettere og -kontrollere. En stor andel av dem som selv setter koder opplever opplæringen som utilstrekkelig, samtidig som manglende kunnskap hos kodesettere oppfattes som den største risikoen for feilkoding i foretakene.

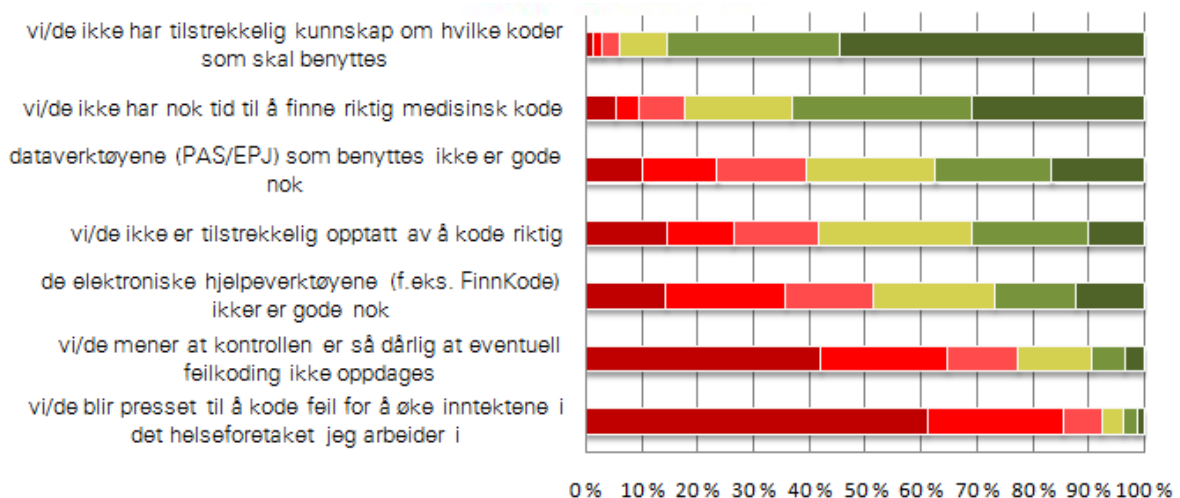
For *tid til å utføre kodearbeidet*, viser internrevisjonen gjennomgående at de fleste som arbeider med å utføre medisinsk koding opplever å ha manglende tid til oppgaven. Manglende tid til koding er påpekt som en risiko for feilkoding. Tidspress i stor grad er koblet mot de tidsfrister som gjelder for utsending av epikrise. Opplevelse av tidspress gjelder også ved de poliklinikker der det forventes at behandler skal journalføre koder fortløpende direkte i EPJ/PAS i forbindelse med konsultasjon av den enkelte pasient.

*Årsaker til feilkoding* har også vært belyst i internrevisjonen. I spørreundersøkelsen som ble gjennomført som ledd i arbeidet ble de ansatte bedt om å vurdere relevansen av ulike kilder til eventuell feilkoding i egen avdeling/enhet. Svarene fremgår at tabellen under. De tre viktigste er utilstrekkelig kunnskap om hvilke koder som skal benyttes, manglende tid til å finne riktig medisinsk kode og opplevelse av at dataverktøyene (PAS/EPJ) som benyttes er ikke gode nok. Opplevelsen av

å bli presset til å kode feil for å øke inntektene i helseforetaket er vurdert som den *minst relevante* feilkilden.

### Figur: Opplevde årsaker til feilkoding

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>Spørsmål</b>       | <b>”Dersom ansatte i den avdeling/enhet jeg tilhører bruker feil medisinske koder, tror jeg det vil være fordi: ”</b> |
| <b>Svarskala</b>      | 1 Helt uenig ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 Helt enig ■  |
| <b>Gruppe</b>         | Gruppe 1, respondenter som har oppgitt at de selv setter medisinske koder.  |
| <b>Vektingsmetode</b> | Justert vektning  |



Ved en eventuell *varsling av feilkoding internt i organisasjonen* viser spørreundersøkelsen at en del er usikre på hvordan varslerne vil behandles. Dette kan medføre risiko for at det ikke meldes fra om det skulle oppdages regelbrudd.

### Målsettinger for kodearbeid og risikovurderinger

For å kunne vurdere og håndtere risiko forbundet med et område eller en prosess er det nødvendig at det er etablert målsettinger for området, enten kvantitative, kvalitative eller en kombinasjon av disse. Uklare eller manglende mål bidrar i seg selv ofte til styringsmessige utfordringer. Formaliserte risikovurderinger på området medisinsk kodepraksis skal bidra til at vesentlige risikoer på området identifiseres, og at nødvendige kontrolltiltak og øvrige tilpasninger for å redusere risikoen for bevisst og ubevisst feilkoding blir iverksatt.

Når det gjelder *målsettinger for medisinsk kodearbeid*, viser internrevisjonen at ledelsen ved helseforetakene gjennomgående signaliserer tydelige krav til riktig medisinsk koding i organisasjonen og at dette er den rådende holdning. Dette kravet er i liten grad formalisert gjennom skriftlige målsettinger for kodekvalitet.

Kun en liten andel av helseforetakene benytter dokumenterte *risikovurderinger* som verktøy for å finne frem til risikoene som kan hindre medisinsk korrekt koding, samt hvilke tiltak som vil være mest hensiktsmessige å sette i verk for å redusere risiko.

## Tiltak for å ha styring og kontroll med medisinsk kodepraksis

For å ha betryggende styring og kontroll med at det medisinske kodearbeidet gjennomføres på en måte som sikrer korrekt koding, må helseforetakene ha utarbeidet og satt i verk tilstrekkelige og hensiktsmessige tiltak som understøtter krav og målsettinger som er satt for arbeidet. Tiltakene bør tilpasses slik at de forebygger, fanger opp og evt. korrigerer feil, svakheter og mangler innenfor kodearbeidet.

For *skriftlige rutiner eller retningslinjer*, viser internrevisjonen at helseforetakene i varierende grad har utarbeidet skriftlige rutiner eller retningslinjer for medisinsk koding som definerer roller, ansvar og oppgaver. Dersom det er etablert felles rutiner som er dekkende for alle underliggende enheter kan dette være en hensiktsmessig løsning. I motsatt fall bør det være etablert prosedyrer og rutiner lokalt ved avdelinger/enheter. Selv om de ansatte i hovedsak oppfatter sine roller og oppgaver knyttet til koding som tilstrekkelig tydelige, kan manglende skriftlige rutiner på området innebære økt risiko for ulik og lite hensiktsmessig praksis for koding og kodekontroll.

Den etablerte praksisen i helseforetakene med overlegers *kontrasignering av epikriser* utarbeidet av mindre erfarne leger er et viktig tiltak for å sikre god kodekvalitet. Det varierer dog i hvilken grad kontrasigneringen gjennomføres, og kvaliteten på arbeidet er også variabel.

Internrevisjonen har vist at det er stor variasjon i omfanget av *øvrige kontroller* i de enkelte avdelinger/klinikker ved foretakene. En mulig forklaring på dette kan være at det i relativt liten grad er utarbeidet sentrale føringer for kodekontroll i helseforetakene. På sentralt nivå er helseforetakenes kontroll av DRG-dataene i forbindelse med NPR-rapporteringen et viktig tiltak for å oppdage feilkoding og manglende koding. I revisjonen er det fremvist dokumentasjon og gitt anslag som viser valg av feil kode for hoveddiagnose og/eller bidiagnoser eller manglende prosedyrekoder på 30 – 50 %. Det er imidlertid ikke alle former for feilkoding som dekkes opp av denne kontrollen. Innretningen varierer mellom helseforetakene. Noen steder har den sentrale kontrollen primært et økonomisk formål. I andre tilfeller er medisinsk korrekt koding hovedfokus for disse kontrollene.

## Oppfølging av medisinsk kodepraksis

Oppfølgingen skal sikre at kvalitet på det medisinske kodearbeidet og resultatene av dette blir rapportert løpende til personell som koder og ledelse på ulike nivåer. Oppfølgingen kan også ved særlige behov skje i form av frittstående vurderinger som rapporteres særskilt til ledelsen i tillegg til løpende ledelsesrapportering.

Internrevisjonen har vist at det er varierende oppfølging av feil og mangler som avdekkes ved de kontroller som gjennomføres. Spesielt gjelder dette for feil og mangler som avdekkes gjennom kontrasignering. Det er i liten grad etablert prosedyrer som beskriver hvordan de gjennomførte kontrollene skal følges opp for å bidra til en hensiktsmessig læringsløype. Ufullstendige læringsløyper kan innebære at erfaringene fra de ulike kontrollene som gjennomføres ikke benyttes systematisk til forbedring.

Det er i liten grad gjennomført frittstående evalueringer/revisjoner av medisinsk kodepraksis. Konsekvensen av dette kan være at helseforetakene ikke får tilstrekkelig informasjon om den medisinske kodekvaliteten i eget helseforetak.

## 2.4 Anbefalinger fra internrevisjonen

Det fremmes i rapporten forslag til tiltak for å styrke intern styring og kontroll på området både på helseforetaksnivå og regionalt nivå. Videre vises det til mulige tiltak som eventuelt må løses på nasjonalt nivå.

*Helseforetakene*

- Det bør gjennomføres regelmessige og dokumenterte risikovurderinger av prosessen for koding.
- Det bør gjennomføres en vurdering av de IT-systemer som benyttes for medisinsk koding.
- De enkelte helseforetak bør sikre en positiv læringsløype ved at det gis regelmessige tilbakemeldinger på egen kodepraksis til alle som setter koder.
- For å sikre lik og hensiktsmessig praksis mellom avdelinger/lokasjoner ved det enkelte helseforetak bør det så langt det er hensiktsmessig utarbeides felles rutiner for medisinsk koding ved helseforetaket.
- For i større grad å legge til rette for at de ansatte melder fra om eventuell bevisst feilkoding eller andre kritikkverdige forhold, bør det vurderes om eksisterende melderutiner sikrer tilstrekkelig vern om den som melder fra om slike forhold.

#### De regionale helseforetakene

- De regionale helseforetakene bør vurdere dagens organisering av kontroll og kvalitetssikring av medisinsk kodepraksis ved de enkelte helseforetak i sin region.
- De regionale helseforetakene bør vurdere å stille krav til helseforetakene om obligatorisk opplæring i medisinsk koding for alle nye leger.

#### Mulige tiltak på nasjonalt nivå

- Dagens kobling mellom medisinsk koding og utsending av epikrise bør vurderes.
- Det bør vurderes tiltak for å styrke egeninteressen av kodingen for andre formål enn økonomi i foretakene.
- Det bør ses nærmere på kompleksiteten i gjeldende regelverk.

### **3. Administrerende direktørs vurdering**

#### **3.1 Risikovurderinger; Faglige, økonomiske, omdømmemessige, juridiske m.v.**

Revisjonsrapporten gir en omfattende og grundig dokumentasjon som i stor grad forklarer resultatene av andre undersøkelser de siste årene. Disse viser at den medisinske kodingen av de sykdommer som undersøkes og behandles ved sykehusene er mangelfull. Pasientene får god og korrekt behandling og i pasientjournalene beskrives sykdommer og behandling. Når legene skal kode og rapportere til Norsk pasientregister hvilke sykdommer pasientene er behandlet for, er det imidlertid ulik forståelse og praksis. Bruk av koder er nødvendig når det skal utarbeides rapporter og statistikk. Kodene finnes bl.a. i sykdomsklassifikasjonen ICD-10 som utgis av Verdens helseorganisasjon. Regelverket for bruk av kodene er omfattende og i tillegg har Helsedirektoratet fastsatt regler for hva som skal rapporteres på hvilken måte i forhold til ISF (Innsatsstyrt finansiering). Prosedyrekodeverkene (kirurgiske og medisinske tiltak) er enklere å finne fram i - her er problemet oftest mangelfull registrering og derved manglende rapportering av viktig aktivitet og risiko for tap av refusjon iht. ISF (Innsatsstyrt finansiering).

Både Helsetilsynet, Riksrevisjonen og flere helseforetak har utført undersøkelser av kodingskvaliteten. Resultatene er tilnærmet like og lite tilfredsstillende og viser liten forbedring år for år. Det dukker regelmessig opp ”kodesaker” som viser svakheter og feil ved kodingen, oftest pga manglende opplæring og forståelse av hva som skal kodes på hvilken måte. Kodesakene ledsages ofte av omdømmemessig negativ omtale i media.

Riktig koding er en forutsetning for produksjon av god og pålitelig informasjon om virksomheten i helsetjenesten. Data som innrapporteres til og bearbeides av Norsk pasientregister (NPR) brukes både av sentrale helsemyndigheter og de regionale helseforetakene til statistikk, planlegging, styring, forskning og finansiering – og er videre en forutsetning for å kunne sammenligne resultater av klinisk praksis innen sykdomsgrupper mellom helseforetak i regionen og nasjonalt. Korrekt koding



gir et godt grunnlag for planlegging og oppfølging av helsetjenestene i regionen, og kvalitet på kodearbeidet har høy oppmerksomhet hos nasjonale myndigheter.

Medisinsk koding skal gjennomføres medisinsk korrekt iht. gjeldende regelverk og retningslinjer. Korrekt koding gir et korrekt økonomisk oppgjør iht. dagens regelverk. Medisinsk praksis endres stadig og det introduseres behandlingsmetoder som regelverket ikke tar høyde for. Dette skal meldes til Helsedirektoratet. Kodepraksis eller valg av behandling skal ikke forsøkes tilpasset økonomiske forhold. Revisjonsrapporten har bare unntaksvis og i et fåtall tilfeller påvist slike eksempler.

Tidligere undersøkelser viser at for mer enn hvert tredje pasientopphold har man ikke funnet rette ICD-10 kode for hovedtilstanden pasienten har vært undersøkt og behandlet for. For hvert fjerde opphold fører dette til at oppholdet havner i en annen DRG enn om kodingen hadde vært korrekt.

Konsernrevisjonens funn beskrevet i denne saken viser at selv om enkelte enheter og enkelte foretak har områder som fungerer bra, er det funnet svakheter innenfor samtlige deler av de prosesser som omfattes av medisinsk koding. Revisjonsrapporten viser at behov for bl.a. lederansvar, rolleavklaring, prosedyrer, organisering, opplæring, informasjon, gode verktøy og kvalitetssikring av kodingen i helseforetakene fortsatt er betydelig.

### 3.2 Ansvarsforhold

Helsedirektoratet er tillagt forvaltningen av medisinske kodeverk, herunder overordnet ansvar for å sette standard, gi retningslinjer og sørge for at nødvendig informasjonsmateriale blir utarbeidet og gjort tilgjengelig.

De regionale helseforetakene og utførende virksomheter i spesialisthelsetjenesten har ansvaret for at kvaliteten på medisinsk koding er tilfredsstillende, herunder opplæring og kontroll av kodekvaliteten. Målet er at sykdomskoder (ICD-10), prosedyrekoder (NCSP/ NCMP) og andre kodeverk bidrar til riktig og tilstrekkelig informasjon om helsehjelpen som ytes under et sykehusopphold/kontakt.

Statens helsetilsyn og Riksrevisjonen fører tilsyn med at helseforetakene koder i samsvar med de krav helsemyndighetene stiller. Avregningsutvalget er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet og skal gi råd knyttet til utbetalingsgrunnlaget for ISF (Innsatsstyrt finansiering), herunder om koding.

### 3.3 Behov for tiltak

De regionale helseforetakene har deltatt i en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet som i en rapport har foreslått mange tiltak for bedring av kodingskvaliteten, både mht. opplæring og systemtiltak i helseforetakene: Bedre kvalitet på medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten. Rapport IS-1598, 2008.

Hovedkonklusjoner i flere av undersøkelsene understøttes av den nasjonale internrevisjonen:

- *mange leger har ikke tilstrekkelig kompetanse til å utføre tilfredsstillende kodearbeid*
- *legene får ikke tilstrekkelig opplæring i gjeldende regelverk for koding*
- *mange leger kjenner ikke godt nok til regelverket for medisinsk koding*
- *flere av helseforetakene mangler retningslinjer for hvordan regelverket skal etterleves*
- *koding og kvalitetssikring av kodingen er ikke tilstrekkelig integrert i driften*

Både Riksrevisjonen, Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet anbefaler helseforetakene å arbeide med forbedring av kodingskvaliteten. Norsk pasientregister har et

pågående prosjekt mht. kvalitetsforbedring. Helse – og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har økt fokus på sammenlikning og oppfølging av behandlingskvalitet både internt og på internett. Dette forutsetter at datagrunnlaget må kvalitetssikres og utvikles. Samhandlingsreformen antas også å framtvinge bedre kvalitet i koding mht. både styringsinformasjon og kommunal medfinansiering.

### **3.4 Tiltak iverksatt av Helse Sør-Øst RHF**

Helse Sør-Øst RHF ønsker å bedre kvaliteten i medisinsk koding. Riktig koding er en forutsetning for produksjon av god og pålitelig informasjon om virksomheten i helsetjenesten.

#### **Grunnoppplæring i medisinsk koding**

Helse Sør-Øst har i samarbeid med Helsedirektoratet utviklet et nytt e-læringsprogram for basisoppplæring i medisinsk koding. Dette er basert på en revidert og samlet Kodeveiledning fra Helsedirektoratet/KITH. Første utgave av kurset ble ferdigstilt i mai 2010 og er tilgjengelig via den felles Læringsportalen i Helse Sør-Øst. Det registreres om man gjennomfører hele kurset. Dette gir grunnlag for kursbevis. Helseforetakene kan lage statistikk for gjennomføring av kurset. Kurset er også fritt tilgjengelig på web og benyttes i alle regioner i ulik grad.

#### **Analysesett og kvalitetsindikatorer**

I 2010 utarbeidet en arbeidsgruppe et sett analyser/rapporter for vurdering og oppfølging av kodingskvalitet i regionen. Helsedirektoratet har i samarbeid med de regionale helseforetakene foreslått kvalitetsindikatorer til å overvåke kodekvaliteten på data som rapporteres til Norsk pasientregister. Foreløpig er analyser utført på NPR-data for Helse Sør-Øst for 2007 og 2008 per HF/sykehus basert på de foreslåtte kvalitetsindikatorerne (frekvens av uspesifisert koding, symptomdiagnoser, kontaktårsaker (som ikke er ISF-relaterte) og gjennomsnitt antall bidiagnoser). Betydelig variasjon mellom HFene kan ha gode forklaringer mht. pasientpopulasjon og funksjonsfordeling. I tillegg er det utført analyser av enkelte diagnosegrupper med kjent variasjon i koding og deler av et sett med DRG-analyser ("risikoindikator-DRGer") som i stor grad benyttes i USA ved måling av kodingskvalitet. Planen er at helseforetakene regelmessig bør utføre tilsvarende analyser for eget HF.

Resultatene av gjennomførte analyser gir et godt grunnlag mht. å drøfte hvilke analyser som bør videreutvikles og hvordan helseforetakene bør involveres i det videre arbeidet for å oppnå mer korrekt og harmonisert kodepraksis. Det er en rekke ulike forklaringer på variasjon i kodepraksis. Forhold som fagområde, institusjonsstørrelse, pasientsammensetting, funksjonsfordeling, opplæring og oppfølging, kultur, tilgang til oppdaterte bokutgaver og elektroniske verktøy, bruk av kortlister og mangelfull prosessstøtte etc. har ofte stor betydning. Dette er forhold som er grundig belyst i revisjonsrapporten og hvor det er anbefalt en rekke forbedringstiltak.

Alle helseforetakene har aktiviteter på gang for å forbedre kvaliteten i medisinsk koding. Flere helseforetak har iverksatt tiltak for internundervisning og regelmessig oppfølging og kvalitetssikring av kodingskvaliteten. Ofte etterlyses bedre verktøystøtte i kodingsprosessen. Foretakene har gjennom sin styrebehandling i 2010 tatt ansvar for igangsetting av forbedringsprosesser.

Revisjonsrapporten viser at det likevel er behov for et mer systematisk og gjennomgående arbeid i hele foretaksgruppen. Funn og anbefalinger i revisjonsrapporten er forelagt konserntillitsvalgte og brukerutvalget i et informasjonsmøte. De planlagte tiltakene vil bli nærmere drøftet og planlagt i samråd med helseforetakene, konserntillitsvalgte, brukerutvalg o.a.

### **3.5 Nye tiltak i regi av Helse Sør-Øst RHF**

På bakgrunn av utredninger og vurderinger de siste årene foreslår administrerende direktør at følgende tiltak gjennomføres:

1. Videreføring av en tverrfaglig sammensatt ressursgruppe for kodingskvalitet i RHF.  
Formålet er bl.a. å bidra til at regelverk og retningslinjer for medisinsk koding etterleves og å tilrettelegge for en regional harmonisering av kodingspraksis. Gruppen skal bistå med kunnskap og beste praksis om koding og følge utviklingen gjennom analyser og rapportering gjennom samarbeid med helseforetakene, evt. med bistand fra ekstern instans. Gruppen skal utarbeide planer for, gjennomføre og følge opp aktuelle tiltak i lys av revisjonsrapportene i samarbeid med helseforetakene. Tidligere arbeid med kvalitetsindikatorer og sammenlignende analyser skal videreføres og det forsøkes å utvikle et strukturert samarbeid mellom foretakene mht harmonisering og forbedring av kodepraksis.
2. Styrking av opplæring og oppfølging av medisinsk koding generelt.  
Det arrangeres årlig regionalt møte om behov innen opplæring og oppfølging. Ressursgruppen i RHF skal planlegge tema og tiltak i samråd med helseforetakene. Kodeverk og regelverk oppdateres årlig av Helsedirektoratet. Erfaring viser at slik informasjon ofte ikke er godt nok kjent ved alle helseforetakene. Aktuelle tema er bruk og videreutvikling av e-læringsprogrammet, gjennomgang av endringer i kodeverkene, nytt i regelverk og krav til registrering og rapportering, drøfting av aktuelle systemtiltak og orientering om analysearbeid i regi av RHF. En møteplass for informasjons- og erfaringsutveksling forventes å gi effekt mht. kvalitet og harmonisering av kodepraksis.
3. Oppdatering og videreutvikling av e-læringsprogrammet i medisinsk koding i samarbeid med helseforetakene og Helsedirektoratet.  
Helse Sør-Øst Øst har hatt hovedansvaret for programmet. Kurset bør videreutvikles og påbygges med trinn for fagspesifikke tema med tilhørende oppgaver. Kurset bør gjøres obligatorisk for alle med oppgaver innen medisinsk koding. Erfaringene fra bruk av e-læringsprogrammet er gode, men det etterlyses enklere innlogging i læringsportalen, mer interaktivitet mht. oppgaver som belyser temaene og fagspesifikke tema/kodeveiledninger. Modulen for selvtest i koding ønskes utvidet. Forbedring og påbygging av e-læringsprogrammet må planlegges i samarbeid med Helsedirektoratet, siden det også er lansert som et nasjonalt e-læringskurs. Helseforetakene vil bli spurt om erfaringer med programmet, forslag til forbedringer og videre planer for bruk av e-læringsprogrammet.
4. Etablering av et prosjekt for utvikling av IKT-basert prosessstøtte for medisinsk koding.  
Det startes et forprosjekt for å utrede en felles kodingsmodul for bruk sammen med PAS/EPJ. Løsningen skal gi prosess- og beslutningsstøtte (kontekstsensitive tips, påminnelser, advarsler) under kodingen, samt kontroll av kodesettet før lagring. Løsningen svarer opp mange av revisjonens funn og forslag mht harmonisert opplæring, hjelpemidler ved koding, samt kontroll og kvalitetssikring. IT-støtte for faglig korrekt koding er lite utviklet. Hensikten med en kodingsmodul integrert med EPJ er å øke kodingskvaliteten ved å gi IT-støtte til lettere å finne fram til mest relevant(e) kode(r) for sykdom eller prosedyre. Samtidig vil brukeren lettere kunne få tilgang til relevante kodingsregler og retningslinjer, opplæringsmaterieell etc. Når man har valgt et kodesett kan dette testes for gyldighet via regelsett utledet fra systematikken i kodeverkene og veiledningene for bruk av disse. Brukeren kan da underveis i kodingen få råd, påminnelser og advarsler mht. kodingsprosessen. Dette vil gi grunnlag for en mest mulig ensartet kodingspraksis. Utvikling og vedlikehold av en slik kodingsmodul vil være til nytte for alle helseregionene.

Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet et prosjektforslag for en slik kodingsmodul som har vært behandlet med tilslutning i Klinisk IKT-forum i Helse Sør-Øst og i Klinisk IKT-fagforum, Nasjonal IKT. Forprosjektet foreslås nå etablert som et nasjonalt prosjekt gjennom styringsgruppen for Nasjonal IKT.

5. *Omlegging av arbeidsflyt i kodingsprosess i tråd med forslagene i revisjonsrapporten.*

Helse Sør-Øst har det siste året gjennom regionale og nasjonale fora arbeidet med forslag om å ta ut koder fra epikrisene. Endringsforslaget medfører at ICD-10 koder fjernes fra epikriser til fordel for kliniske diagnosebeskrivelser. Forslaget er oversendt Helsedirektoratet. Begrunnelsen er at hensikten med epikrisen er å informere mottakeren tilstrekkelig for videre oppfølging, mens hensikten med kodene er rapportering til sentrale registre. Diagnosen bør uttrykkes tekstlig, korrekt formulert etter faglige kriterier. Bruk av diagnosekoder i epikrisen finnes det ingen gode grunner for. Forslaget kan bidra til å dreie fokus tilbake mot det som skal være epikrisens hovedformål: en kommunikasjon mellom fagpersoner om pasienten, med særlig fokus på hva som skal skje i neste ledd i behandlings- og omsorgskjeden. Som omtalt i revisjonsrapporten støttes forslaget av ulike kliniske miljøer og er forelagt Klinisk IKT -forum i Helse Sør-Øst og Klinisk IKT fagforum (Nasjonalt IKT) med tilslutning.

Det er tidligere rutiner og tradisjon og ikke myndighetskrav eller faglige begrunnelser som har ført til bruk av ICD-10 koder i epikrisene. Standardtekstene knyttet til ICD-kodene er uegnet som diagnosebeskrivelser. Ved å presisere betydningen av riktig diagnosesetting, antas også at det kan være mulig å få mer presis koding. Et tydelig skille mellom klinisk diagnosesetting og koding til statistiske formål er et viktig kvalitetstiltak.

Fram mot iverksettelse skal konsekvenser for arbeidsflyt og kvalitetssikring i kodingsprosessen utredes nærmere.

6. *Helse Sør-Øst RHF vil ta initiativ til at selve kodingen i større grad utføres av godt kvalifiserte kodere.*

I hovedsak utføres medisinsk koding i andre land av kodere som gjennomgår journalene etter at pasienten er utskrevet. I mange land har koderne en flerårig utdanning, med regelmessig oppdatering og bistand fra et sentralt støtteapparat for kodere. I Norge er det legenes ansvar å kode diagnoser og prosedyrer både ved innleggelser, dagbehandling og poliklinikk. I noen grad har legene fått bistand fra sekretærer med kompetanse innen koding både ved gjennomføring og etterkontroll av kodingen. Gjennom sentralisering av sekretærfunksjoner, innføring av talegjenkjenning og utvidet bruk av PAS/EPJ for legene, har dette delvis resultert i at ansvar for og praktisk gjennomføring av korrekt og komplett koding fullt og helt er overlatt til legene. Problemerkene med dette og med koblingen av koding til epikriseskriving er grundig belyst i revisjonsrapporten. Legen har selvfølgelig ansvar for undersøkelse, behandling og diagnosesetting og bør dokumentere dette med gode diagnosebeskrivelser i journal og epikriser. Selve kodingen kan i etterkant gjennomføres av skolerte kodere i samarbeid med legene. Ansvaret for korrekt koding vil i det daglige påhvile ledelsen i divisjon/klinikk. Det er bare i nordiske land at legene selv koder. I Sverige overføres nå gradvis oppgaven til opplærte kodere.

Dette tiltaket er en noe omfattende sak hvor konsekvensene må utredes og drøftes og det krever etablering og drift av opplæringsordning med tilstrekkelig kapasitet.

### 3.6 Konklusjon

Rapporten fra nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene gir en grundig og omfattende dokumentasjon med tilhørende anbefalinger innen en rekke sentrale forhold av betydning god kodepraksis og kodingskvalitet.

Det er mange problemområder med medisinsk koding og de resulterende kodene. Revisjonsrapporten beskriver at en betydelig andel av klinikere ikke har fått god nok opplæring i hvordan de skal kode, og mange føler seg ikke trygge på at de bruker de riktige kodene. Regelverket oppleves som uoversiktlig, og mange syntes at IT-verktøyene er vanskelige å bruke. Klinikerne rapporterte at kodeverkene har for dårlige søkefunksjoner og er for dårlig integrert med andre systemene klinikerne bruker. På spørsmål om mulige årsaker til feilkoding ble ”utilstrekkelig kunnskap om hvilke koder som skal benyttes”, ”ikke nok tid til å finne riktig medisinsk kode”, og ”dataverktøyene (PAS/EPJ) som benyttes er ikke gode nok” angitt som de viktigste årsakene.

Administrerende direktør er tilfreds med at rapporten konkluderer med at det er lav risiko for bevisst feilkoding med sikte på økonomisk vinning og at helseforetakene er opptatt av at det skal kodes medisinsk korrekt. Resultatene fra den nasjonale internrevisjonen av medisinsk kodepraksis påviser imidlertid en rekke forbedringspunkter og anbefaler ulike tiltak innen styring og kontroll for å oppnå bedre kodingskvalitet. Administrerende direktør ser tydelig behov for gjennomføring av en rekke tiltak i tråd med anbefalingene i rapporten for å oppnå bedre styring og kontroll med kodepraksis og derved mer korrekt koding.

Det enkelte helseforetak har ansvar for å iverksette eller styrke egne tiltak i tråd med anbefalingene til helseforetakene for å sikre god kodingskvalitet.

Ovennevnte regionale tiltak adresserer flere av de problemene som ble avdekket i revisjonsrapporten. De samlede tiltak forventes å gi betydelig forbedring av kvaliteten på den medisinske kodingen.

Administrerende direktør inviterer styret til å gi sin tilslutning til den skisserte oppfølgingen fra Helse Sør-Øst RHF og vil komme tilbake med rapportering i styremøtene på egnet vis.

#### Vedlegg:

- Nasjonal internrevisjon medisinsk kodepraksis

#### Utrykt vedlegg

- Revisjonsrapportene for 3 helseforetak i Helse Sør-Øst  
[www.konsernrevisjonen/omoss/styret/konsernrevisjonen/rapporter](http://www.konsernrevisjonen/omoss/styret/konsernrevisjonen/rapporter)
- Helsedirektoratets rapport fra dokumentkontrollen og alle revisjonsrapportene  
<http://www.helsedirektoratet.no/vp/Ece2PortalUrl?articleId=825564>