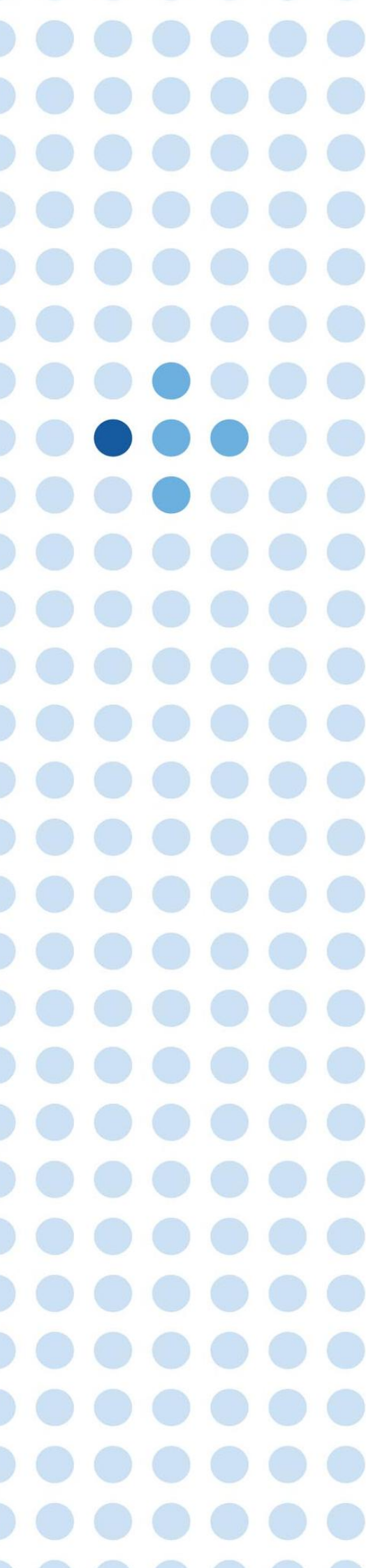




Internrevisjonen i Helse Vest RHF

Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseføretaka

Helse Bergen HF

Oktober 2011

Målgruppene for denne rapporten er styret og revisjonskomiteen på regionalt nivå, styra i helseføretaka, formelt ansvarlege i administrasjonen på alle nivå, og utførande fagfolk. Rapporten er eit offentleg dokument og skal vere tilgjengeleg også for media og andre interesserte. Behova varierer, men her er ei lesarrettleiing med to nivå for kor djupt rapporten kan lesast:

1. Innhaldsforteikninga, samandraget og eventuelle kommentarar frå føretaket
2. Hovudrapporten med innleiing, fakta og vurderingar, samt vedlegg

Innhald	3
Samandrag	4
Rapporten	6
1.1 Innleiing	7
1.1.1 Bakgrunn for revisjonsprosjektet	7
1.1.2 Formål med revisjonsprosjektet (mandatet)	7
1.1.3 Rapportstruktur.....	8
1.1.4 Prosess og metode.....	8
1.2 Resultat og vurderingar	11
1.2.1 Beskriving av medisinsk kodepraksis	11
1.2.2 Styrings- og kontrollmiljø	14
1.2.3 Målsettingar for medisinsk kodepraksis og risikovurderingar	23
1.2.4 Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis	24
1.2.5 Oppfølging av medisinsk kodepraksis	27
1.3 Konklusjon og anbefalingar	31
Vedlegg	33

SAMANDRAG

Internrevisjonane i dei fire helseregionane har gjennomført ein felles revisjon. Formålet med revisjonsprosjektet er å kartlegge og vurdere medisinsk kodepraksis i helseføretaka. Hensikta er å avklare om det er etablert god intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerheit for riktig koding. Initiativtakar til revisjonen er Helsedirektoratet.

Revisjonen er gjennomført i to fasar. Fase 1 var ei nasjonal elektronisk spørjeundersøking i alle helseføretak. Fase 2 var nærmare undersøkingar ved 9 helseføretak fordelt på alle dei fire helseregionane. I Helse Vest var det Helse Bergen og Helse Fonna.

Resultat og konklusjonar i denne delrapporten bygger på resultat frå den nasjonale spørjeundersøkinga samt revisjonen ved Helse Bergen HF. Svar på spørsmål som er stilt i undersøkinga og i intervjuar gir indikasjonar på om rutinar og regelverk vert etterlevd. For å kunne konkludere klart på faktisk etterleving av rutinar og regelverk for medisinsk koding ville det vært nødvendig å gjennomføre testing av eit representativt utval epikriser. Det har ikkje vært ein del av prosjektet sitt mandat.

Samla sett tyder vårt datamateriale frå spørjeundersøkinga og gjennomførte intervju på eit godt styrings- og kontrollmiljø i helseføretaket. Våre funn tyder klart på at dei tilsette, inklusiv leiinga er opptatt av at det skal kodas medisinsk korrekt, og at det ikkje er kultur for bevisst feilkoding eller val av anna behandling for å auke refusjonsløpet.

Vårt datamateriale tyder likevel også på at det er sider ved dagens kodepraksis og organisering av kodearbeidet som ikkje i tilstrekkeleg grad sikrar korrekt medisinsk koding. Det vert gjennomført gode kontrollar av koding, spesielt gjennom arbeidet av seksjon for styringsdata, FoU-avdelinga. Kontrollane avdekkar feil i opp til 30% av epikrisane. Dette tyder på at kvaliteten ikkje er tilfredsstillande. Vår vurdering er at viktige årsaker til den svake kodekvaliteten er manglande opplæring og stort tidspress ved kodesetting. God praksis for oppfølging og tilbakemelding til kodesettarar bidrar til at det ikkje er enda større feilfrekvens.

Totalt sett er det revisjonens vurdering at det er forhold ved kodepraksisen ved Helse Bergen HF som bør betrast. Spesielt gjelder dette opplæring av nye LIS-legar.

Våre tilrådingar kjem punktvis fram av kapittel 1.3.

RAPPORTEN

1.1 INNLEIING

1.1.1 BAKGRUNN FOR REVISJONSPROSJEKTET

Dette revisjonsprosjektet kommer i stand etter initiativ frå Helsedirektoratet. Direktoratets grunngjeving for å oppmode om ein gjennomgang av kodepraksis i helseregionane, har blant anna vært risikoen for at kodinga kan bli påverka av økonomiske betraktningar og at det kan finne stad kodeendringar som er i strid med regelverket.

I grunngjevinga heiter det også at Helsedirektoratet har høyrte gjentatte påstandar om at helsepersonell er blitt pressa til å kode "økonomisk gunstig" sjølv om dette er i strid med medisinsk korrekt koding.

I møte mellom dei administrerande direktørane i regionane 14.6.2010 (sak 287-10) blei det uttrykt semje med direktoratet om at det kan være nyttig å skaffe meir informasjon om forholda rundt medisinsk koding i helseføretaka. Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst blei satt opp som kontaktpunkt for ein mulig gjennomføring av dette som eit internrevisjonsprosjekt.

Mandat for prosjektet blei deretter utarbeidd i eit samarbeid mellom internrevisjonane i helseregionane og drøfta med Helsedirektoratet. Prosjektet blei godkjent for igangsetting av revisjonskomiteane i alle helseregionane.

KPMG AS er engasjert for å stø med den praktiske gjennomføringa av revisjonsprosjektet. Prosjektteamet har bestått av internrevisjonane i dei regionale helseføretaka, KPMG AS og deira underleverandør Exonor AS.

1.1.2 FORMÅL MED REVISJONSPROSJEKTET (MANDATET)

Formålet med revisjonsprosjektet er å kartlegge og vurdere medisinsk kodepraksis i helseføretaka.

Hensikta er å avklare om det er etablert god intern styring og kontroll som gir rimeleg sikkerheit for riktig koding.

For å oppnå formålet med internrevisjonen skal det med utgangspunkt i anerkjente rammeverk for internkontroll og risikostyring fokuserast på faktorar knytt til helseføretaka sine:

1. Styrings- og kontrollmiljø
2. Målsettingar for medisinsk kodepraksis og risikovurderingar

3. Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis
4. Oppfølging av medisinsk kodepraksis

Dei fire delområda ovanfor er brotne ned i delproblemstillingar med tilhøyrande spørsmål. Bruken av desse fire områda er dermed gjennomgripande for prosjektet og dei er også nytta for å strukturere funn og analyser i rapportane.

Ein tabell med liste over delproblemstillingar i mandatet og referansar til kor desse vert omtala i rapporten, ligg i Vedlegg 1.

1.1.3 RAPPORTSTRUKTUR

Denne rapporten er delt inn i 3 hovuddelar; innleiing, resultat og vurderingar, og konklusjon og tilrådingar.

Del 1 beskriv bakgrunn for revisjonen, formålet og korleis data er henta inn.

Del 2 beskriver først korleis prosessen med medisinsk koding er ved Helse Bergen HF, deretter er resultat for kvart tema presentert. Temaa er gitt av mandatet og er presentert under formål med revisjonen. Våre vurderingar av resultata for kvart tema er presentert til slutt i kvart delkapittel.

Del 3 oppsummerar denne rapporten og gir nokre generelle tilrådingar basert på resultata og vurderingane i del 2.

1.1.4 PROSESS OG METODE

Revisjonen er gjennomført i to deler med felles rapportering. Del 1 som nasjonal elektronisk spørjeundersøking. Del 2 er gjennomført som ein djupare gjennomgang av 9 utvalde helseføretak fordelt mellom alle helseregionane. Helseføretaka er valt ut av internrevisjonane i dei fire helseregionane etter innspel frå Helsedirektoratet.

Tabell 1 – Helseføretak som var med i 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 ein meir detaljert gjennomgang av metodane brukt i prosjektet viser vi til Vedlegg 2. Vi kan nemne her at frå det nasjonale hovudprosjektet er det utarbeidd ein samle-rapport. Vidare ligg det føre eigne rapportar for føretaka i tabellen ovanfor.

1.1.4.1 NASJONAL ELEKTRONISK SPØRJEUNDERSØKING

Eit utval av tilsette ved Helse Bergen HF mottok 27. april invitasjon til deltaking i den nasjonale spørjeundersøkinga av medisinsk kodepraksis med svarfrist 11. mai. Utvalet blei plukka frå ein liste over tilsette med oppgåver knytt til medisinsk koding, produsert av kontaktpersonar ved helseføretaket. Deltakarane i spørjeundersøkinga svara på spørsmål tilpassa deira stillingsnivå og rolle i forhold til medisinsk koding. Utvalet er delt inn i tre grupper avhengig av stillingsnivå, vist i Tabell 2.

Tabell 2 – Beskriving av gruppene i utvalet for spørjeundersøkinga

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

Ut frå Tabell 3 går det fram at svarprosenten for Helse Bergen HF er 40 %. Dette er omtrent som landsgjennomsnittet på 41 %. Talet svar er tilstrekkelig stort for å vise tendensar og trekke konklusjonar, men under analyse av svara må det ein ta omsyn til at gjennomsnittstala kan avvike noko frå det reelle gjennomsnittet.

Resultata frå spørjeundersøkinga er berre meint å antyde tendensar ved helseføretaket og det er derfor ikkje gjennomført signifikanstesting ved samanlikning av resultat.

Tabell 3 – Populasjon, utval og svarprosent for Helse Bergen HF

	Populasjon	Utval	Talet på svar	Svarprosent i forhold til utvalet
Totalt for Helse Bergen HF	1806	753	301	40 %
Gruppe 1	1162	247	138	34 %
Gruppe 2	541	240	111	46 %
Gruppe 3	103	103	52	50 %

1.1.4.2 REVISJONSBESØK VED HELSE BERGEN HF

Revisjonsbesøket blei gjennomført i løpet av to dagar, 16. og 17. juni 2011. Frå prosjektgruppa deltok Bård Humberset (internrevisjonen i Helse Vest RHF), Sven Richard Tønnessen (KPMG AS) og Sturla Rising (Exonor AS).

I løpet av dei to dagane blei det gjennomført eit arbeidsmøte med kartlegging av kodeprosessen ved helseføretaket, gruppeintervju med personell i stillingsnivå frå LIS-legar til kliniksjefer og ein samtale med administrerande direktør Stener Kvinnsland og fagdirektør Alf-Henrik Andreassen.

Arbeidsmøtet blei helde med nøkkelpersonell innan kodearbeidet. Eit generelt prosesskart blei brukt som utgangspunkt (Figur 1 i Vedlegg 2). Dette blei tilpasset lokale variasjonar ved helseføretaket. Vidare blei det kartlagt prosesser, rutinar, verktøy og system i bruk gjennom prosessen, samt risikofaktorar som kan medføre feilaktig koding. Prosesskartet for Helse Bergen HF er omtala i kapittel 1.2.1.

Gruppeintervjua blei gjennomført semi-strukturert med utgangspunkt i ein intervju-guide tilpassa for kvart stillingsnivå. Spørsmål er utarbeidd for å sikre heilskap og samanlikningsgrunnlag på tvers av stillingsnivå og helseføretak.

1.1.4.3 DOKUMENTANALYSE

I samband med revisjonen blei det førespurt dokumentasjon av prosesser og rutinar ved helseføretaket. (Liste over førespurte dokumenter i vedlegg 4.) Dokumentasjonen blei gjennomgått og dannar saman med resultata frå spørjeundersøkinga, arbeidsmøtet og intervjua grunnlaget for diskusjonar og vurderingar i denne rapporten.

1.2 RESULTAT OG VURDERINGAR

1.2.1 BESKRIVING AV MEDISINSK KODEPRAKSIS

I Figur 1 på side 13 er prosessen for medisinsk koding ved Helse Bergen HF illustrert ved eit prosesskart. Prosesskartet kompletterer dette kapitelet med å beskrive korleis kodepraksisen er organisert ved Helse Bergen HF.

Den øvste bana i prosesskartet viser informasjonsflyt og kodesetting. Banane nedanfor viser verktøy og system som nyttast i kodearbeidet. Nedst har vi beskrive risikofaktorar knytt til medisinsk koding ved Helse Bergen HF som blei identifisert i arbeidsmøtet. Det varierer noko på tvers av avdelingar korleis dette gjennomføres, i figuren er prosessen skissert i ein generell form.

MOTTAK OG INNLEGGING/POLIKLINIKK

Prosessflyten startar med intern eller ekstern tilvising av pasient. Pasienten vil deretter enten bli tilvist vidare til vurdering eller avvist/sendt tilbake til fastlege/tilvisande lege. Dersom pasienten tilvisas til vidare behandling er dette snakk om enten ei innlegging eller tilvising til poliklinisk behandling. Øyeblikkeleg hjelp-pasientar vert lagt direkte inn, eller sendes heim etter poliklinisk vurdering / behandling.

BEHANDLING, DIAGNOSTIKK OG KODESETTING

Pasienten vil etter innlegging bli undersøkt og diagnostisert. Behandlande lege dikterer epikrise og kodar som seinare blir puncha inn i IT-systemet av helsesekretærar ved dokumentasjonsavdelinga. Ved poliklinisk behandling legg legen sjølv inn kodar i DIPS. Ved prosedyrar gjennomført på røntgen sendes manuelle lister med prosedyrekoder til den respektive avdelinga som sidan blir lagt inn i DIPS.

KODEKONTROLL PÅ EININGSNIVÅ OG SENTRALT

For turnuskandidatar og LIS-legar skal epikrisa kontrasignerast av overlege. Generelt skal alle epikrisane skrivne at desse gruppene kontrasignerast, men nokon erfarne LIS-legar kan skrive epikriser utan kontrasignering. Dersom det ved kontrasignering vert oppdaga feil ved epikrisa / kodinga er det i praksis overlegen som gjer endringane og gir tilbakemelding til legen som opphavleg sette koden.

Kvar avdeling skal ha ein kodeansvarleg lege og kodekontrollørar. Kodeansvarleg lege er ansvarleg for kontroll og oppfølging av kodepraksis i avdelinga. Kodekontrollere skal lese gjennom epikrisane og gi tilbakemelding til forfattar av epikrisa om dei har forslag til endringar. Frekvensen av denne kontrollen varierer stort mellom avdelingar.

Sentralkontroll blir gjennomført av seksjon for styringsdata, FoU-avdelinga. Denne seksjonen mottar og tilbakemelding frå NPR på manglar og feil i rapporterte data.. Sentralkontrollen gir tilbakemelding til avdelinga der feil vert oppdaga.

I tillegg til sentralkontrollen gjennomføres internrevisjonar av eit utval epikriser av ein erfaren kliniskar ved seksjon for styringsdata. Ved desse revisjonane plukkar ein eit utval epikriser frå ein avdeling og gjennomgår dei nøye. Desse revisjonane har avdekket feil i inntil 30 % av epikrisane.

Meir om kodekontroll i avsnitt 1.2.4.2.

IT-SYSTEM OG VERKTØY

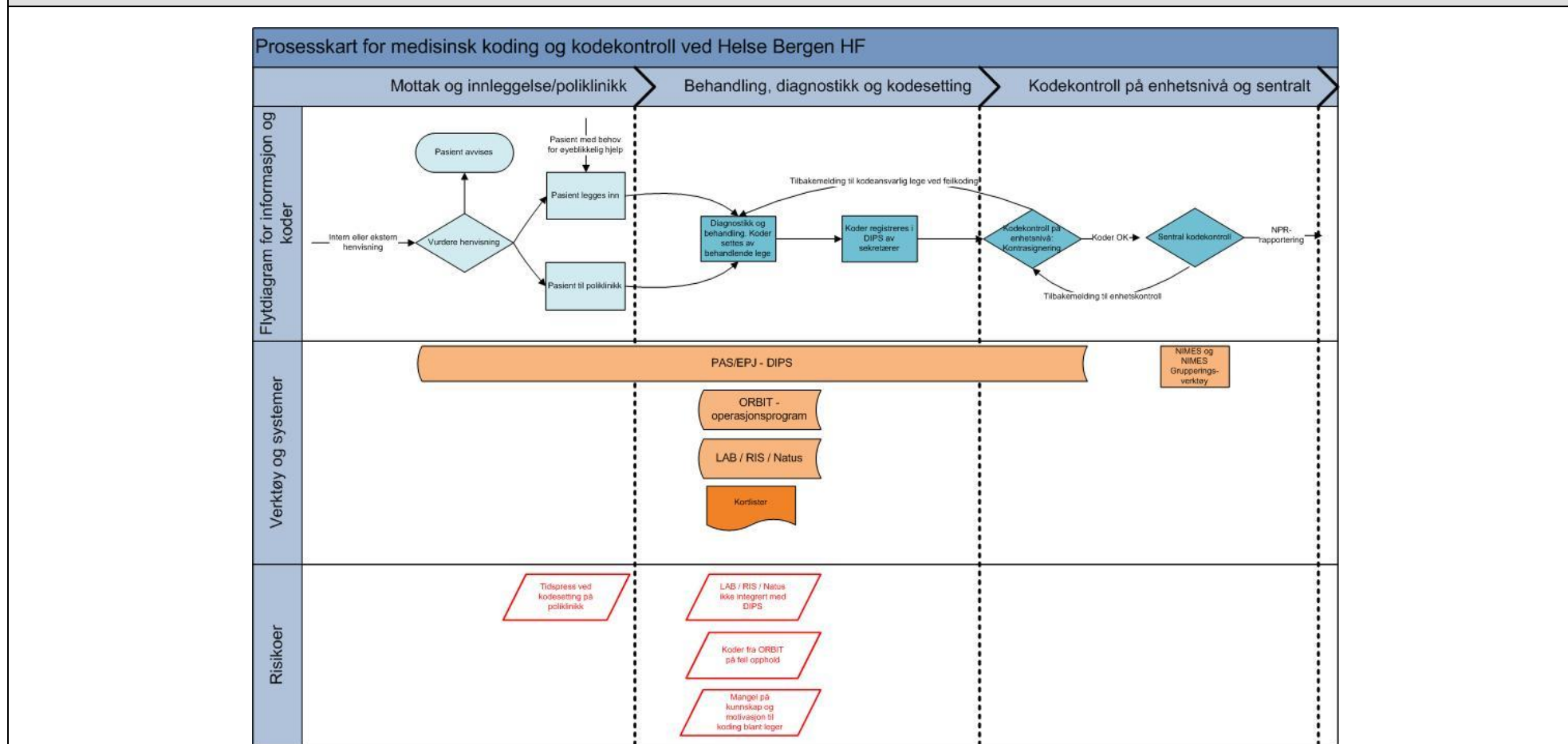
I tillegg til DIPS som er omtalt under "Behandling, diagnostikk og kodesetting" og utdypa i kapittel 1.2.2.3 er ei rekke ulike IT-løysingar i bruk ved føretaket. Operasjonsprogrammet Orbit er integrert med DIPS og prosedyrekoder tilknytte operasjonar blir direkte overført DIPS. Eigne system for LAB og RIS samt fødesystemet manglar alle integrasjon mot DIPS. Dette medfører behov for manuell overføring av kodar frå disse systema til DIPS.

I sentralkontrollen utført av seksjon for styringsdata nyttast NIMES til å analysere nøkkeltal og generere rapporter.

RISIKOFAKTORAR IDENTIFISERT I ARBEIDSMØTET

- Mangel på tid til å finne korrekt kode, spesielt på poliklinikk.
- Mangel på kunnskap og motivasjon til koding hos legar.
- Risiko for underrapportering ved poliklinikk grunna vanskeleg system for refusjon.
- Risiko for at hyppige nye regler for koding ikkje blir oppfatta i føretaket.
- Risiko for at ikkje alle kodar blir overført til DIPS frå andre IT-system.
- Risiko for at kodar registrert i ORBIT ikkje blir overført til DIPS eller blir overført til feil opphald.

Figur 1 – Prosesskart for Helse Bergen HF



1.2.2 STYRINGS- OG KONTROLLMILJØ

1.2.2.1 ROLLER, ANSVAR OG ORGANISERING

Det overordna ansvaret for medisinsk koding ved Helse Bergen HF ligg hos administrerende direktør. Hovudansvaret for å følgje opp kodepraksisen ligg hos seksjon for styringsdata, FoU-avdelinga. Dei skal kvalitetssikre kodinga, lage rutinar for oppfølging og kontroll, samt drive informasjonsflyt og opplæring i føretaket. Kvar avdeling har ein kodeansvarlig lege som er ansvarlig for kodepraksis i sin respektive avdeling.

Føretaket har oppretta ei ressursgruppe for kode- og registreringspraksis. Den har representantar frå seksjon for styringsdata samt kodeansvarlege legar. Gruppa rapporterer til fagdirektør og økonomidirektør og har som mynde til å ta avgjerder på føretaksnivå i spørsmål som gjeld kode- og registreringskvalitet i Helse Bergen HF. I intervjuet kjem det fram at denne gruppa har fungert godt sidan den blei oppretta, men ikkje like godt i den siste tida utan at dette blei utdjupa ytterligare.

LIS-legar og turnuslegar har ansvar for å forfatte epikriser og sette tilhøyrande medisinske kodar. Etter innføringa av DIPS er også inntasting av kodane i IT-systemet ein del av deira rolle i kodepraksisen. Ut frå intervjuet blei det gitt inntrykk av at det ennå ikkje er praksis for legane å legge kodane direkte inn i DIPS anna enn på poliklinikken.

Visse overlegar med lang erfaring er ansvarlege for kontrasignering av epikrisane og kodane satt av underordna legar. Hovudregelen er at det alltid skal kontrasignerast på epikrisar og kodar satt av turnuslegar og LIS-legar. Likevel er ein del erfarne LIS-legar unntatt frå dette.

Mange helsesekretærar ved føretaket er samla i ein felles dokumentasjonsavdeling. Deira rolle er å føre opplysningar i DIPS samt kontrollere samsvar mellom diktat frå legane, epikrisar og kodar. Det finst også eigne kodesekretærar tilknytta avdelingane. Deira rolle er å gå gjennom og kontrollere epikriser og kodar, gjerne i samarbeid med kodeansvarleg lege ved avdelinga.

Ut frå intervjuet går det fram at dei tilsette stort sett er bevisst på sin rolle og ansvar, men at det ikkje alltid fungerer slik i praksis. Dette synet blei spesielt uttrykt av LIS-legane. Også kodesekretærar opplever at deira rolle og arbeidsoppgåver kan oppfattast som uklare.

Sjå dessutan beskriving av arbeidsrutinar og nøkkelkontrollar i kapittel 1.2.4.

1.2.2.2 OPPLÆRING OG KRAV TIL KOMPETANSE

Det er ikkje opparbeida formelle krav til opplæring eller kunnskap ved helseføretaket. Derimot er det forventningar om at dei tilsette tileigner seg kunnskapen som trengs for å utføre sine arbeidsoppgåver knytt til kodepraksisen.

OPPLÆRING

Dei tilsette fekk i spørjeundersøkinga spørsmål om dei har fått formell opplæring (på kurs, avdelingsmøter eller ein-til-ein opplæring) i medisinsk koding det siste året. 31 % av dei tilsette som sjølve setter kodar svarte at dei har fått slik opplæring. Til samanlikning er det på landsbasis 29 % av dei som sjølve setter kodar som gir opp at dei har fått slik opplæring.

I intervjuet kjem det fram at opplæring stort sett går føre seg uformelt gjennom at legane lærer gjennom utføring av arbeidsoppgåvene. "Mester-svenn-prinsippet" er tatt i bruk og nokre avdelingar har eit mentor/fadder-program for nye LIS-legar. Det vert oppmoda om å bruke sin fadder aktivt ved koding. Overlegar som kontraserer gir også uformell opplæring til underordna legar ved å gi tilbakemeldingar dersom opphavlege kodar ikkje blir godkjende. Nye LIS-legar deltar i eit 4 vekers introduksjonsprogram. Her er det ingen spesiell undervisning i koding, men dei får ei oppmoding om å sette seg inn i kodeverktøy tidleg.

Vi får opplyst at turnuskandidatar har opplæring i koding som ein del av sitt oppstartsprogram.

I fjor blei dei som jobbar som kodesekretærar tilbudd å delta på Nirvaco-kurs. Dei fortalte i intervjuet at dei var veldig nøgde med dette kurset og ynskjer å delta oftare på liknande kurs. Fleire av dei hadde jobba fleire år med kodekontroll utan å ha vært på liknande kurs.

Det finst eit tilgjengeleg e-læringskurs som omhandlar medisinsk koding. Kontorpersonell og LIS-legar oppfordrast til å gjennomføre dette kurset. Det opplysast om at det er svært få som har gjennomført kurset. Ein årsak til dette kan være at kurset ikkje er obligatorisk.

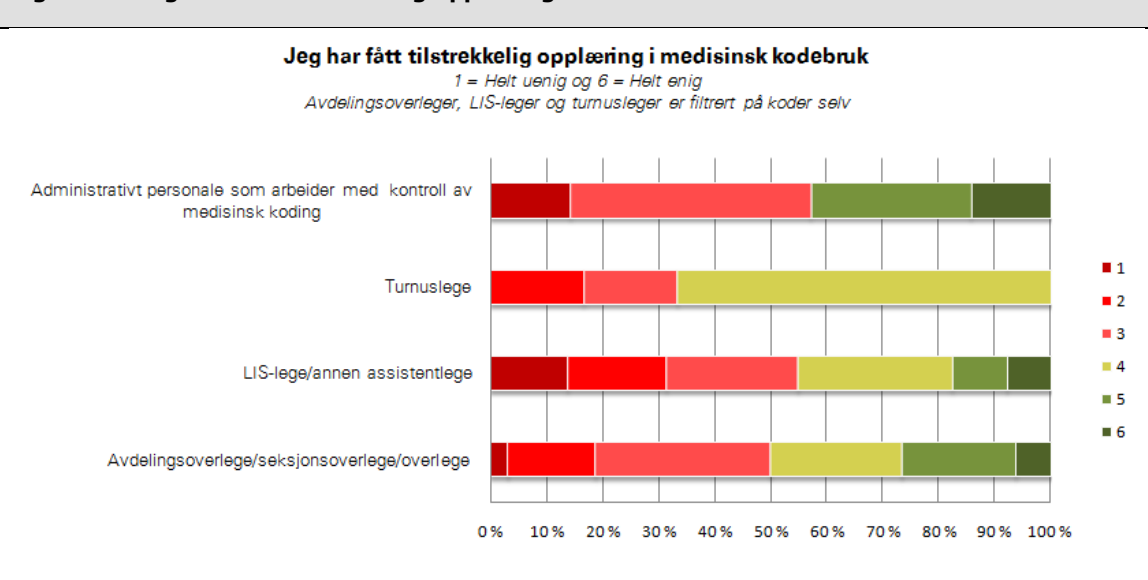
Dersom ei avdeling har behov for meir opplæring tilbyr seksjon for styringsdata avdelingane dette. Denne opplæringa skjer altså på bestilling. I intervjuet kjem det fram at denne opplæringa har blitt godt motteke der den har vore gjennomført. Seksjon for styringsdata uttrykker at dei meiner at fleire avdelingar burde nytta seg av dette tilbodet oftare.

Seksjon for styringsdata har opplevd at legane og anna helsepersonell verker interesserte og engasjerte under kursa, men at dei i ein travel kvardag ikkje makter å prioritere å følgje opp tilegna kunnskap.

Generelt oppgir dei som blei intervjua at dei opplever at det trengs meir opplæring for å oppnå god kodekvalitet. Spesielt blir det uttrykt eit ønske om betre opplæring av nye LIS-legar samt systematisk opplæring over tid, gjerne med halvårlege kurs for alle grupper.

Spørjeundersøkinga underbygger inntrykka frå intervjua. Ut frå Figur 2 og Tabell 4 går det fram at 33 % av turnuslegar og 55 % av LIS-legar oppgir at de ikkje har fått tilstrekkeleg opplæring i medisinsk kodebruk (skår 3 eller lågare). Blant overlegar og kontrollpersonell er opplevd grad av opplæring ikkje særlig betre, høvesvis 50 % og 57 % opplever at de ikkje har fått tilstrekkeleg opplæring. Resultata for alle gruppene er dårlegare enn landsgjennomsnittet.

Figur 2 – “Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk”



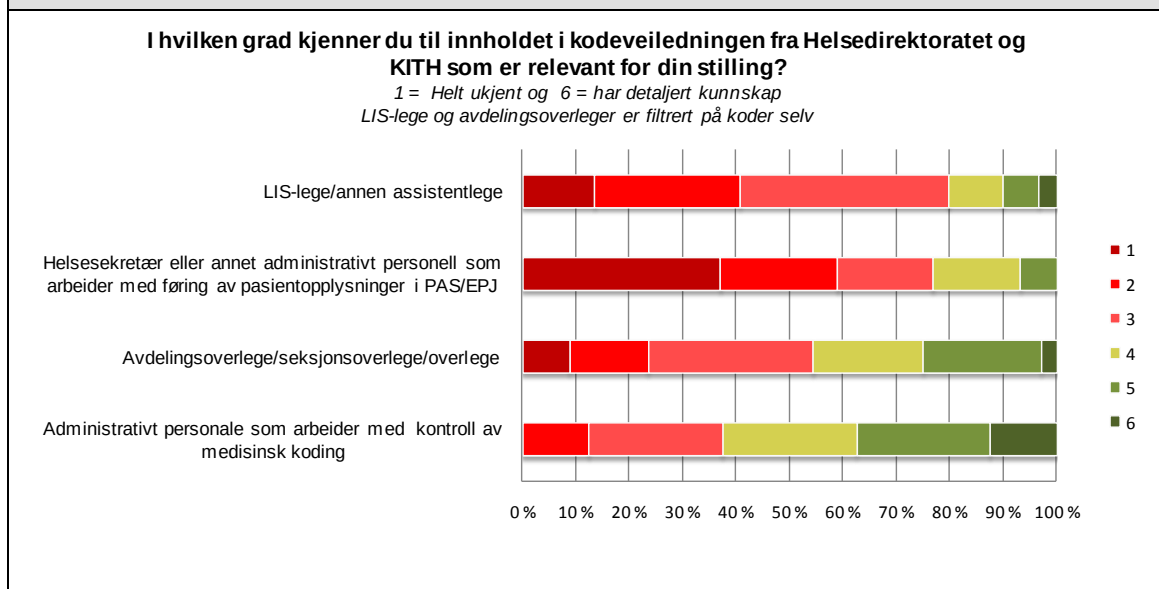
Tabell 4 – “Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk”

	1	2	3	4	5	6	Svar
Helse Bergen HF							
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	14 %	0 %	43 %	14 %	29 %	14 %	7
Avdelingsoverlege / seksjonsoverlege/ overlege	3%	16 %	31 %	24 %	20 %	6 %	66
LIS-lege/annen assistentlege	14 %	18 %	24 %	27 %	10 %	8 %	56
Turnuslege	0 %	17 %	17 %	67 %	0 %	0 %	6
Nasjonalt							
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	3 %	7 %	9 %	13 %	36 %	31 %	108
Avdelingsoverlege/ seksjonsoverlege/ overlege	6 %	13 %	20 %	23 %	25 %	12 %	793
LIS-lege/ annen assistentlege	9 %	17 %	23 %	27 %	16 %	8 %	491
Turnuslege	7 %	11 %	22 %	34 %	19 %	8 %	101

KJENNSKAP TIL KODERETTLEIINGA FRÅ HELSEDIREKTORATET/KITH

Koderettleiinga frå Helsedirektoratet/KITH er sentral kjelde til opplysningar om riktig medisinsk koding. Derfor er alle deltakarar i spørjeundersøkinga spurt om i kva grad dei har kjennskap til det innhaldet i rettleiaren som er relevant for deira stilling.

Figur 3 – Kjennskap til koderettleiaren



Tabell 5 – I hvilken grad kjenner du til innholdet i kodeveiledningen som er relevant for din stilling?

	1	2	3	4	5	6	Svar
Helse Bergen HF							
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	6 %	16 %	30 %	22 %	23 %	3 %	68
LIS-lege/annen assistentlege	12 %	24 %	41 %	12 %	8 %	4 %	59
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	37 %	22 %	18 %	16 %	7 %	0 %	73
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0 %	13 %	25 %	25 %	25 %	12 %	8
Nasjonalt							
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	7 %	16 %	23 %	25 %	23 %	6 %	785
LIS-lege/annen assistentlege	14 %	27 %	29 %	22 %	8 %	1 %	480
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	29 %	22 %	23 %	16 %	8 %	2 %	941
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	2 %	10 %	8 %	21 %	33 %	25 %	117

Ut frå Figur 3 og Tabell 5 går det fram at dei tilsette oppgir låg kjennskap til dei deler av koderettleiaren som er relevant for deira stilling. Resultata for Helse Bergen HF er noko dårlegare enn landsgjennomsnittet.

1.2.2.3 PRAKTISK GJENNOMFØRING AV PROSESS FOR KODING

I denne delen av rapporten omtaler vi forhold knytt til den praktiske gjennomføringa av medisinsk koding ved Helse Bergen HF. Oppleving av arbeidsforhold, hjelpeverktøy, regelverk og IT-system vert omtala i tillegg til dei tilsette si oppfatting av eigen kodepraksis.

OPPLEVING AV REGELVERKET FOR MEDISINSK KODING

I spørjeundersøkinga blei respondentane bedt om å vurdere påstanden "Regelverket for medisinsk koding er oversiktlig og enkelt å forholde seg til" på ein skala frå 1 til 6 der 1 er "Helt uenig" og 6 er "Helt enig". Resultata er vist i Tabell 6.

Tabell 6 – Oppleving av regelverket for medisinsk koding¹

Fordeling av svar på påstanden "Regelverket for medisinsk koding er oversiktlig og enkelt å forholde seg til."

	Uenig (1 eller 2)	Usikker (3 eller 4)	Enig (5 eller 6)
Helse Bergen HF	49 %	44 %	7 %
Nasjonalt resultat	41 %	45 %	13 %

I intervjuet kjem det også fram at regelverket opplevast som komplisert og vanskeleg å forholde seg til. Spesielt blir det snakket om visse regler som verker ulogiske. Seksjon for styringsdata fortel at ISF-regelverket og koderettleiinga ikkje alltid harmonerer. Dette medfører at det er vanskelig å bruke korrekte kodar og det kan tære på motivasjonen hos dei som kodar.

Kodesekretærene som har vore på Nirvaco-kurs opplever grunnlaget i regelverket som greitt, men oppgir eksemplar på tilfeller som er ulogiske og kompliserte. Spesielt er det vanskelig å forklare disse reglene til legar som ikkje har like god kjennskap til regelverket og koderettleiinga.

LIS-legar oppgir at dei ikkje har kjennskap til regelverket eller koderettleiinga.

OPPLEVING AV IT-SYSTEM BRUKT TIL KODING

LIS-legane oppgir overgang til DIPS som ein kompliserande faktor i forhold til koding. Men dei oppgir også funksjoner som "Ctrl-M-bildet" (søkefunksjon) som forbetringar frå det gamle systemet. Ein LIS-lege med erfaring i DIPS frå eit anna føretak seier at DIPS fungerer veldig bra når ein blir vant til å bruke det.

Overlegar synest det er bra at FinnKode nå er integrert i DIPS. Men visse ting er veldig komplisert. Det blir oppgitt at skjermbildet det kodes i er veldig forvirrende då det er

¹ Respondenter som har svart "Vet ikke" er trukket frå før utregning.

veldig mange opne rubrikkar, men få av dei skal brukast. Dette medfører mye unødvendig tidsbruk.

Kodesekretærene beskriver DIPS som ulogisk og lite intuitivt, men ikkje så ille at det går ut over kodekvaliteten.

Seksjon for styringsdata bruker NIMES i sitt arbeid, eit IT-system de er godt fornøyde med. Rapportane som genererast gir god muligheit til å følgje med på kodinga og disse rapportane brukast også ved avdelingane. Det vert uttrykt bekymring over manglande integrasjon mellom DIPS og andre system, noko som medfører risiko for at kodar som settes i andre system ikkje overførast til DIPS. Dette gjeld blant anna fødesystemet Natus som er eit av systema som ikkje er integrert med DIPS.

Operasjonssystemet Orbit er derimot integrert med DIPS og kodar overføres automatisk. Her er det risiko for at kodar ikkje blir overført dersom operasjonane ikkje blir signert, og risiko for at kodane vert overført til feil opphald.

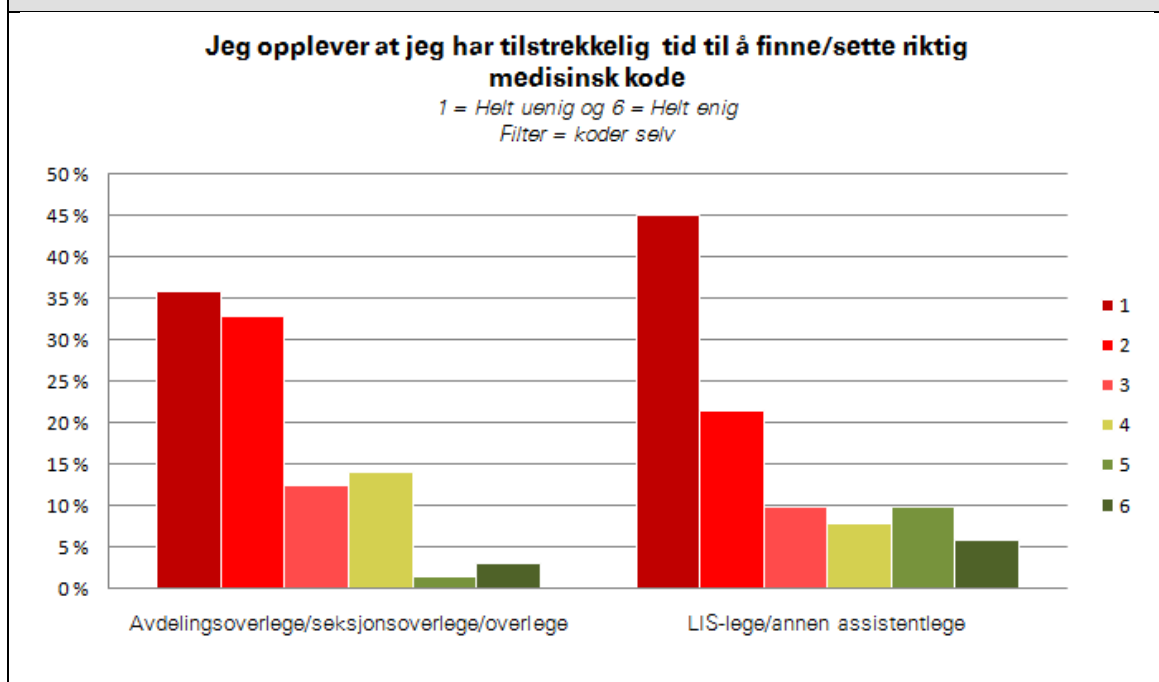
BRUK AV HJELPEVERKTØY

Blant tilsette som sjølv setter medisinske kodar oppgir 84 % at deira avdeling har kortlister over dei mest brukte kodane/prosedyrene ved avdelinga. Det kjem fram av intervju at kortlistene som nyttast er nyttige for å minske tidsbruken som går med til koding. På spørsmål om kor hyppig kodesettarar bruker ulike hjelpeverktøy dersom dei er usikre oppgir 48 % skår 5 eller 6 på at dei bruker eigenproduserte kortlister og 10 % at dei bruker kortlister frå kommersielle aktørar. Skalaen på spørsmålet går frå 1 som er "aldri" til 6 som er "alltid".

Andre hjelpeverktøy som blir hyppig brukte vert oppgitt i spørjeundersøkinga og intervju til å være FinnKode frå KITH, samt meir erfarne kollegaer.

TID TIL KODING

Eit fleirtal av LIS-legar ved føretaket oppgir i spørjeundersøkinga at dei ikkje har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig medisinsk kode. 76 % oppgir skår 3 eller lågare på spørsmålet. Tilsvarende tal for overlegar er 81 %. Begge desse gruppene oppgir langt dårlegare resultat enn det nasjonale gjennomsnittet (Tabell 7).

Figur 4 – Tid til å finne/sette riktig medisinsk kode**Tabell 7 – Tid til å finne/sette riktig medisinsk kode**

	1	2	3	4	5	6	Svar
Helse Bergen HF							
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege / overlege	36 %	33 %	13 %	14 %	2 %	2 %	64
LIS-lege/annen assistentlege	45 %	22 %	10 %	8 %	10 %	6 %	51
Nasjonalt							
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege / overlege	19 %	25 %	19 %	17 %	12 %	8 %	776
LIS-lege/annen assistentlege	22 %	26 %	19 %	16 %	11 %	6 %	479

At mangel på tid er eit problem i forhold til kodesetting vert også stadfesta gjennom intervju. Spesielt er det i samband med poliklinisk behandling at denne problematikken gjer seg gjeldande.

ANDRE FORHOLD FRÅ INTERVJUA

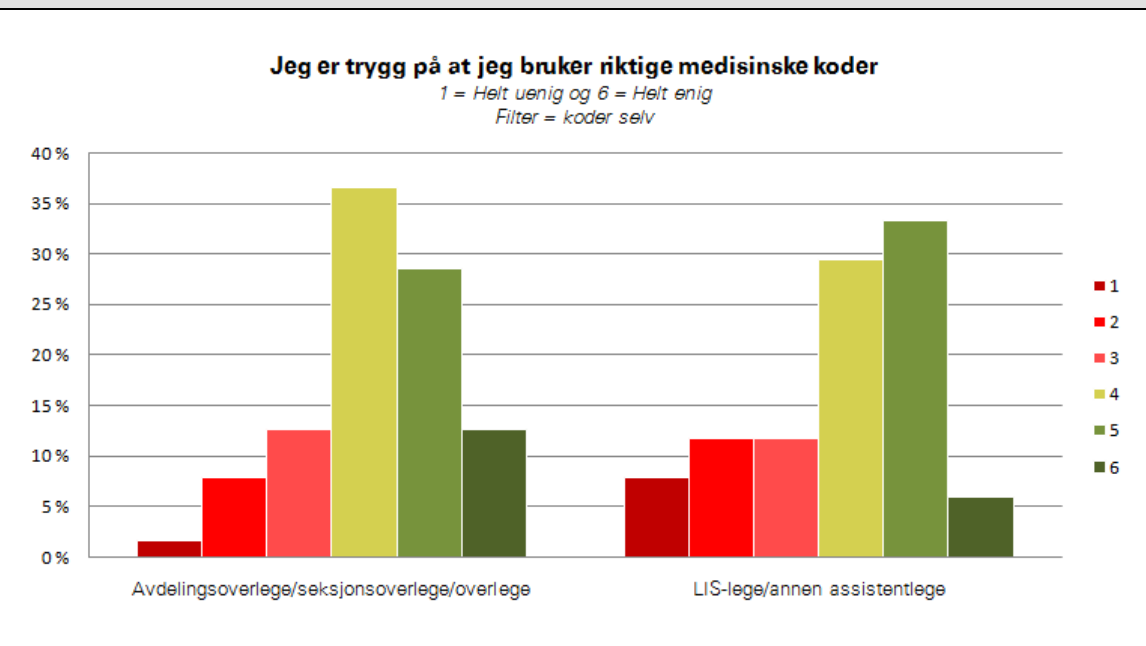
LIS-legar fortel at det ikkje vert opplevd som om dei overordna ved føretaket har ein komplett oversikt over korleis det skal kodast. Dei opplever det som frustrerande at forskjellige overlegar har ulik praksis på kva kodar som skal være med og kva som ikkje skal være med.

Datamaskinane som er tilgjengelege til koding på poliklinikken vert opplevd som treige og bidrar til ytterligere tidsbruk.

TRYGGLEIK VED EIGEN KODING

Legane ved Helse Bergen HF oppgir at dei er mindre trygge ved egen koding enn landsgjennomsnittet (Tabell 8). 41 % av overlegar oppgir skår 5 eller 6 på påstanden og 39 % av LIS-legar gjer det same. Det vil si at ca 60% av legane ved føretake er usikre eller lite trygge på eigen kodebruk.

Figur 5 – Tryggleik ved egen koding



Tabell 8 – Tryggleik ved eigen koding²

Fordeling av svar på påstanden "Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder."

	Uenig (1 eller 2)	Usikker (3 eller 4)	Enig (5 eller 6)	Svar
Helse Bergen HF				
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	10 %	49 %	41 %	63
LIS-lege/annen assistentlege	20 %	41 %	39 %	51
Nasjonalt resultat				
Avdelingsoverlege/ seksjonsoverlege/overlege	7 %	35 %	58 %	777
LIS-lege/annen assistentlege	10 %	48 %	42 %	477

Dei som oppgir i spørjeundersøkinga at dei er medlemmer av ei analysegruppe ved Helse Bergen HF gir også uttrykk for at dei er usikre på om det medisinske personalet ved føretaket har god kodekompetanse. Blant de 30 som inngår i denne gruppa oppgir 9 (30%) at dei er einige (skår 5 eller 6 i same skala som spørsmålet over) i påstanden "Kodekompetansen blant det medisinske personalet som setter kodar i mitt HF er god", mens 18 (60%) oppgir at dei er usikre (skår 3 eller 4) og 3 (10%) er ueinige. På same spørsmål er 37 % einige, 56 % usikre og 7 % ueinige på landsbasis.

² Dei som har svara "Vet ikke" er trukket frå før utrekning

1.2.2.4 SAMLA VURDERING AV STYRINGS- OG KONTROLLMILJØ

Vårt inntrykk er at organiseringa av kodepraksisen ved helseføretaket er hensiktsmessig. Det synest spesielt positivt at seksjon for styringsdata har ei tydelig rolle i kodepraksisen med definerte ansvarsområde. Gjennom intervjuet fikk vi inntrykk av at denne seksjonen gjer ein viktig jobb i å sikre god kodepraksis i eit stort helseføretak.

Det er også positivt at det er oppretta ei ressursgruppe for kodepraksis. Det blei nemnt at denne gruppa ikkje fungerer like godt no som tidlegare, dette verker uheldig då vårt inntrykk er at også denne gruppa bidrog til kvalitetssikring av kodepraksis.

Vår vurdering er at dei største risikoområda for feilkoding er manglande tid til koding, og manglande kodekunnskap hos legane. Det siste er truleg eit resultat av manglande opplæring.

Det er liten grad av formell opplæring hos legar, og denne synest ikkje tilstrekkeleg til å sikre god kodekompetanse hos dei som opphavlig setter kodane. Det gis ikkje opplæring i kodepraksis under introduksjonsprogrammet til LIS-legar. Manglande opplæring er tydelig uttrykt i spørjeundersøkinga og ble nemnt i alle intervjuet som ein hovudårsak og risiko for feilkoding.

Det finst ein e-læringsmodul i medisinsk koding, men den er gjennomført av veldig få. Vi ser på e-læringsprogrammet som ein moglegheit og som ein unytta ressurs, i forbindelse med opplæring.

Kodesekretærar og andre som har vore på Nirvaco-kurs er fornøyde med opplæringa, men saknar oppfriskningskurs. Vi meiner at det er viktig at dei som skal arbeide med kodekontroll eller har spesielt kodeansvar får kursing tilsvarende Nirvaco og at dei har moglegheit til å delta på oppfriskningskurs.

Alle gruppene oppgir i spørjeundersøkinga at dei har dårlig kjennskap til koderettleiarer. Vi meiner at dette bidrar til stor risiko for feilkoding og har samanheng med manglande opplæring.

Vi har også observert at det er ueinsarta praksis på tvers av avdelingar i føretaket. Dette meiner vi medfører risiko for at det kodes ulikt ved ulike avdelingar og at dette resulterer at kodinga ikkje gir korrekt bilde av aktivitetane ved føretaket.

For konkrete anbefalingar, sjå kapittel 1.3.

1.2.3 MÅLSETTINGAR FOR MEDISINSK KODEPRAKSIS OG RISIKOVURDERINGAR

1.2.3.1 BESKRIVING

Vi har ikkje fått opplysingar om formelle målsetjingar for medisinsk kodepraksis ved Helse Bergen HF.

I spørjeundersøkinga blei "Riktigst mulig medisinsk dokumentasjon" oppgitt som mål for arbeidet med medisinsk koding.

Vi er heller ikkje opplyst om det er gjennomført risikovurderingar ved føretaket.

1.2.3.2 SAMLA VURDERING AV MÅLSETTINGAR OG RISIKOVURDERINGAR

Manglande målsettingar for kodearbeidet kan medføre risiko for at kodearbeidet ikkje vert prioritert og at ein kan miste kontroll og oversikt over retninga til kodearbeidet ved føretaket.

At det ikkje er gjennomført risikovurderingar av medisinsk kodepraksis ved føretaket, kan innebære at ikkje alle vesentlige risikoar på området vert identifiserte, og at det derfor ikkje blir satt i verk nødvendige kontrolltiltak og andre tilpassingar for å redusere risikoen for bevisst og ubevisst feilkoding.

Vår samla vurdering av området mål- og risikovurderingar er at det er forhold som bør forbeholdast. Dette gjelder spesielt for området risikovurderingar. For konkrete anbefalingar, sjå kapittel 3.

1.2.4 TILTAK FOR Å HA STYRING OG KONTROLL MED KODEPRAKSIS

1.2.4.1 ARBEIDSRUTINAR

I forbindelse med dokumentførespurnaden er det ikkje oversendt nedskrivne arbeidsrutinar i bruk ved helseføretaket unntatt eit dokument som beskriver oppgåvene til seksjon for styringsdata, FoU-avdelinga.

Dei tilsette oppgir i intervjuet at dei ikkje er kjent med at det finst nedskrivne arbeidsrutinar, men at det finst uformelle rutinar slik beskrive i kapittel 1.2.2.1.

1.2.4.2 NØKKELKONTROLLAR KNYTT TIL KODEARBEIDET

Prosessen for kodekontroll ved Helse Bergen HF er beskrevet i kapittel 1.2.1. Her vil det utdjupast korleis dei ulike kontrollane fungerer og det blir diskutert resultat frå kontrollane.

Helse Bergen HF nyttar ulike former for kontroll³:

- Overlegar som kontrasignerar epikrisar og kodar skrevet av assistentlegar.
- Helsesekretærar som kontrollerer samsvar mellom journal, epikrise og kodar.
- Avdelingsvis kodekontroll utført av kodesekretærar.
- Sentral kontrollfunksjon utført av seksjon for styringsdata, FoU-avdelinga.
- Same seksjon utførar og tilleggskontrollar av epikrisar frå utvalde avdelingar.
- Gjennomgang av tilbakemeldingar frå NPR.

Hovudregelen er at alle epikrisar skrivne av turnuslegar eller LIS-legar skal kontrasignerast av overlege. Gjennom intervjuet blei det fortalt at det er ulikt i kva grad kontrasignering gjennomførast. Til dømes er det kontrasignering på alle ikkje-spesialistar ved kvinneklinikken, mens dei på barneklirikken ikkje praktiserar kontrasignering. Etter ein LIS-lege blir vurdert som tilstrekkeleg erfaren treng ikkje legen å bli kontrasignert. Det går ikkje fram av intervjuet kor hyppig det ble oppdaga feil gjennom denne kontrollen.

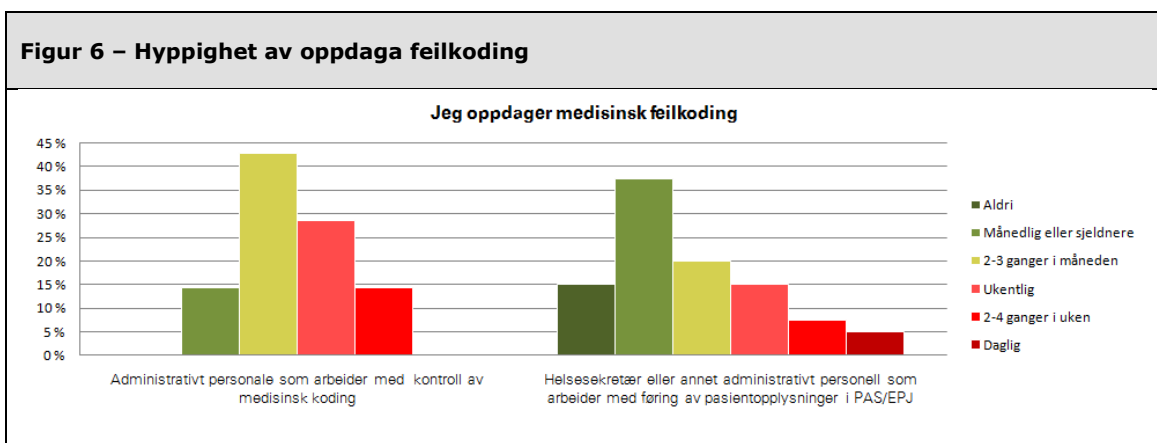
Når epikrisane skal skrives og kodane punchast på grunnlag av leganes dikteringar, skjer dette av helsesekretærar ved dokumentasjonsavdelinga. Dette er ikkje eit formelt kontrollorgan, men det hender at helsesekretærane oppdagar feil som mangel på samsvar mellom epikrise og kodar. Dersom dette førekjem vil legen bli konsultert og kodar eventuelt retta.

³ Føretaket gjer og merksam på enkelte andre kontroller, blant anna kontroll av røntgenkodar, organodonasjonar, respirator, trakeostomi, biologiske legemiddel (H-resept).

Alle avdelingarskal ha egne kodekontrollørar. Det kan være helsesekretærer med kodekompetanse, erfarne legar eller overlegar. Ut frå intervju framkjem det stor variasjon i kor stor del av epikrisane som vert kontrollert. Denne variasjonen skyldes i følge intervju manglande rutinar og utydelig arbeidsfordeling.

Resterande kontroller gjennomførast av seksjon for styringsdata, FoU-avdelinga. Seksjonen gjennomfører kontinuerlig kontroll av kodepraksis. Dei kontrollerar koding før NPR-rapportering. Denne kontrollen baserer seg på rapporter frå Nimes.

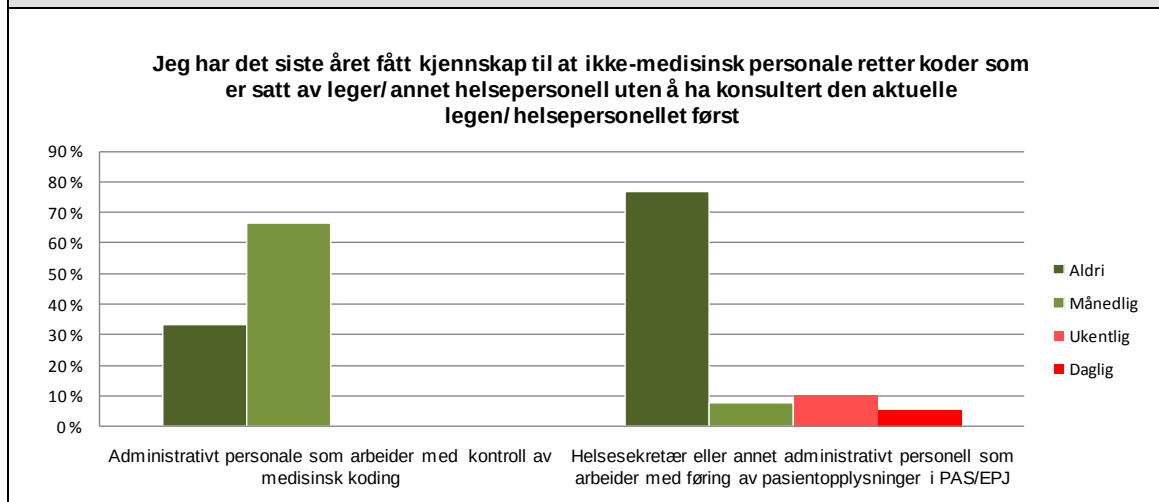
Seksjonen gjennomfører også tilleggskontrollar der eit utval epikrisar frå ein valt avdeling går nøyte gjennom. Enkelte av disse kontrollane blir gjennomført etter initiativ frå avdelingane sjølve. Intervju avdekka at i disse kontrollane finn dei feil i opp til 30 % av epikrisane. Det er spesielt fokus på om det er indikasjonar på bevisst feilkoding. Det førekjem sjeldan at dei finn dette. Tilbakemeldinga på dette har vore svært bra og avdelingane har opplevd betre resultat.



I spørjeundersøkinga blei kontrollpersonale og helsesekretærer spurt om kor ofte dei oppdagar medisinsk feilkoding. Det går fram av Figur 6 at feilkoding oppdagast hyppig av kontrollpersonell. Også helsesekretærer oppdagar feilkoding hyppig til tross for at dei sjeldan har ein direkte kontrollfunksjon.

Det går fram av intervju at endring av kodar alltid skal skje etter godkjenning frå legen som opphavlig satt koda. Dette bekreftast av spørjeundersøkinga der det vert sagt at brot på dette førekjem svært sjeldan (Figur 7). I intervju ble det opplyst om at når det førekjem retting utan konsultasjon av lege er dette i tilfeller som openbare skrivefeil eller liknande.

Figur 7 – Retting av kodar utan konsultasjon av lege



I intervju blei dei tilsette spurt om dei synst mengda av kontroll er tilstrekkeleg. Dei fleste meiner at det burde vere meir kontroll sidan dei kontrollane som er avdekkar store mengder med feil. Helsesekretærene påpeiker at det også er viktig å fokusere på opplæring av legar for å redusere feilmengda og dermed også kontrollbehovet.

1.2.4.3 SAMLA VURDERING AV TILTAK FOR Å HA STYRING OG KONTROLL MED KODEPRAKSIS

Arbeidsrutinar synest ikkje tilfredsstillande. I 1.2.2.1 nemnes det at dei tilsette til tider opplever si rolle og arbeidsoppgåver som uklare. Dette kan ein unngå ved gode skriftlege arbeidsrutinar.

Det verker som om kontrollfunksjonane frå seksjon for styringsdata, FoU-avdelinga fungerer veldig godt og bidrar til god kodepraksis. Vi meiner at ein sterk sentral kontroll er viktig for eit sjukehus i størrelsesorden som Haukeland. Gjennom kontrollane blir det avdekka feil i opp til 30% av epikrisane. Dette viser at kodekvaliteten er for dårleg når kodane opphavleg blir satt. Vår vurdering er at kontrollfunksjonane er hensiktsmessige, men ikkje tilstrekkelige gitt mengda med feil som blir avdekka.

Vår samla vurdering av tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksisen er at det er forhold som bør forbetrast. Sjå kapittel 1.3 for konkrete anbefalingar.

1.2.5 OPPFØLGING AV MEDISINSK KODEPRAKSIS

Med oppfølging av medisinsk kodepraksis meiner vi leiinga si oppfølging av dei tilsette i samband med kodesetting og -kontroll inkludert tilbakemeldingar, informasjonsflyt og kommunikasjon av haldningar til kodepraksisen. Det diskuterast også kodekontrollørar si oppfølging av kodesettarar. Konsekvensar av oppfølginga vil også bli behandla, då i form av dei tilsette si oppfatting av leiingas haldningar og tryggleik ved varslings- og feilkoding.

1.2.5.1 PROSEDYRAR FOR OPPFØLGING

Seksjon for styringsdata, FoU-avdelinga er ansvarlig for oppfølging av kodepraksis ved Helse Bergen HF. Konkrete oppgåver i forbindelse med oppfølging er omtala i dokumentet "Kvalitetssikring av medisinsk koding i Helse Bergen" datert 10.06.2011. Dokumentet inneheld 12 punkt som beskriv spesifikke ansvarsområde.

I tillegg finst det uformelle rutinar for oppfølging. Til dømes i form av at LIS-legar får tilbakemelding frå kontrasignerande lege. Tilbakemeldingar og oppfølging etter kontroll av kodekontrollørar og seksjon for styringsdata er også godt innarbeidd.

1.2.5.2 OPPFØLGING I PRAKSIS

OPPFØLGING ETTER KONTROLL

Dersom ein overlege finn kodefeil i forbindelse med kontrasignering skal han rette koda og gi tilbakemelding til legen som sette koda opphavlig. Det blei opplyst i intervju at dette er godt innarbeidd og skjer i stor grad. LIS-legen fortalte at dei opplevde hyppige tilbakemeldingar, men at dei til tider kunne være ustrukturerte. Også ved avdekking av kodefeil i den avdelingsvise kontrollen blir legen som opphavlig sette kodane gitt tilbakemelding for å sikre at legen lærer kva som var feil.

Kontrollane gjennomført av seksjon for styringsdata resulterer i avdelingsvis tilbakemelding. Denne tilbakemeldinga danner grunnlag for samtaler med legane det gjeld, og ved systematiske feil blir det tatt opp på avdelingsmøter.

Til dømes ble det opplyst i intervju av kvinneklinikken har systematisk tatt opp kodeeksempel på morgonmøter to gonger i veka. Barneklubben har både tatt opp kodeutfordringar på morgonmøter og hatt ein-til-ein samtalar med kodesettarar.

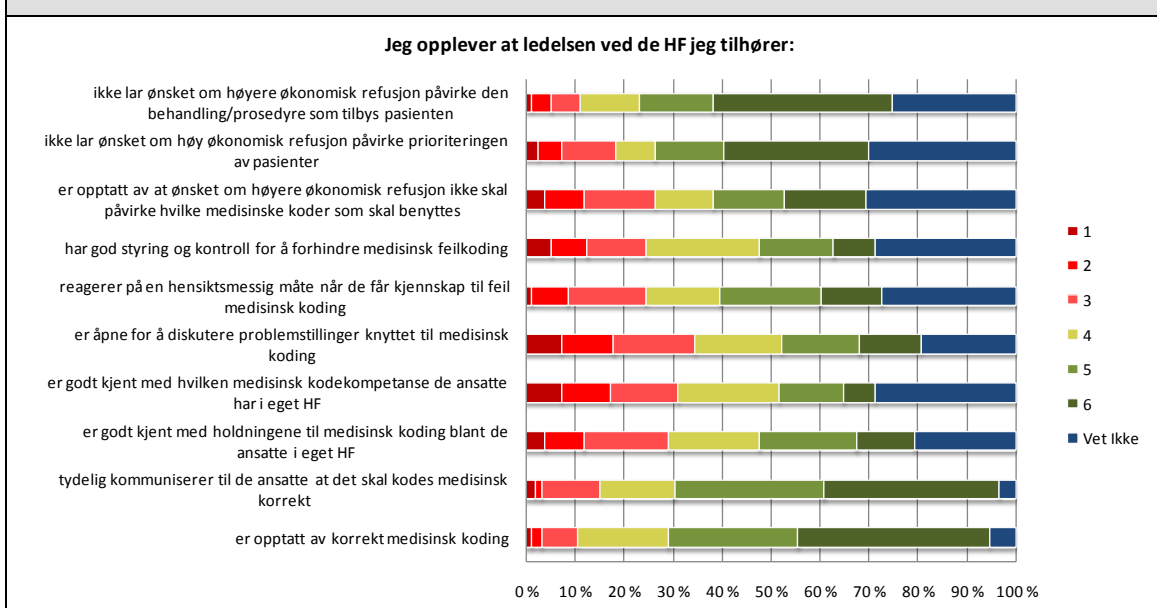
Rapportane for de tertialvise tilleggskontrollane som seksjon for styringsdata gjennomfører blir sendt til dei respektive avdelingane som kan nytte dette til forbetring av kodepraksisen. Eventuelle indikasjonar på bevisst feilkoding blir dessutan tydeleg kommunisert til avdelingsleiinga.

KOMMUNIKASJON FRÅ LEINGA

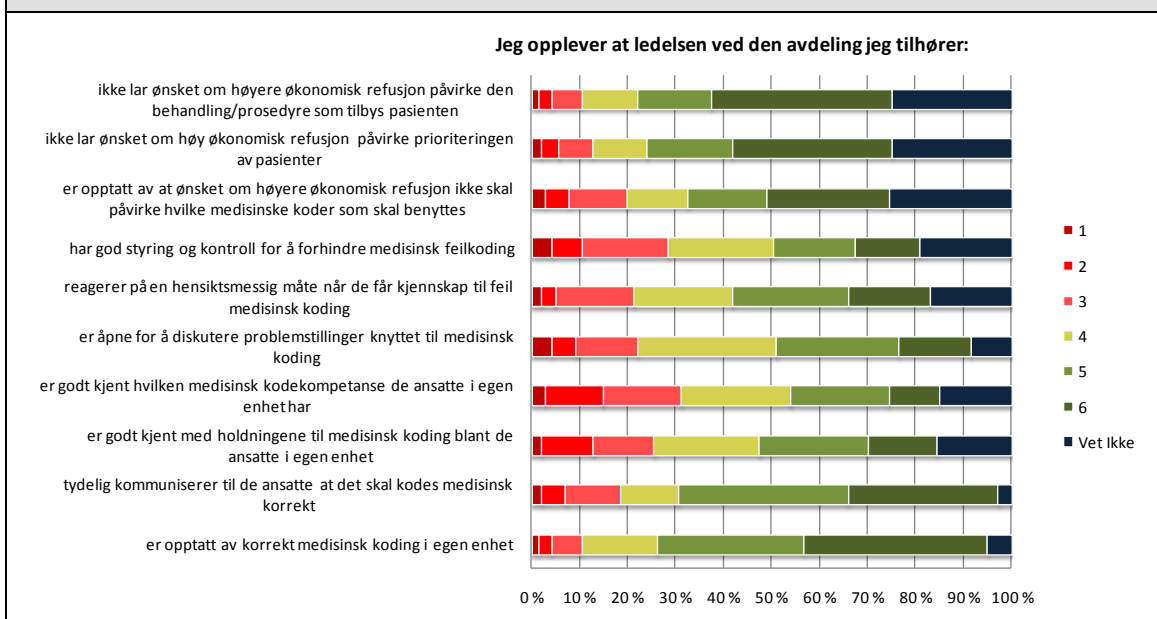
Det blei fortalt i intervjuet at hovudbodskapen frå leiinga når det gjelder kodepraksis er at kodinga skal være medisinsk korrekt. Denne budskapen blei bekrefta mottatt blant alle stillingsgruppene som blei intervjuet.

For å kartlegge signala som sendes frå leiinga er dei tilsette bedt om å vurdere ein rekke påstandar om HF-leiinga og avdelingsleiinga. Resultata visast i Figur 8 og Figur 9. Det går fram at det stort sett er høy tillitt til leiinga, spesielt på avdelingsnivå. Likevel kjem det fram usikkerheit rundt kva for kjennskap leiinga har til dei tilsette sin kunnskap. Resultata er jamt over gode, men svakare enn landsgjennomsnittet. Det er færre "Vet ikke" på desse spørsmåla ved Helse Bergen HF enn i landsgjennomsnittet.

Figur 8 – Tone at the Top – HF-leiinga (1 = Helt uenig og 6 = Helt enig)



Figur 9 – Tone at the Top – avdelingsleiing (1 = Helt uenig og 6 = Helt enig)



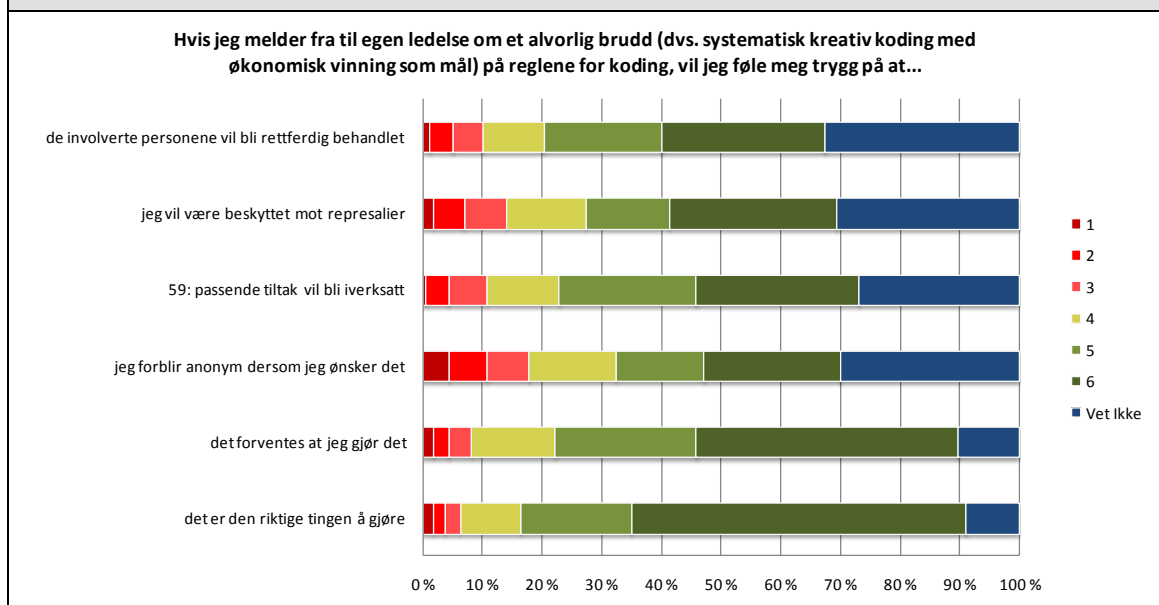
BEVISST FEILKODING OG TRYGGLEIK VED VARSLING

I spørjeundersøkinga blei det spurt om respondentane det siste året har fått kjennskap til at tilsette eller leiarar i eige HF med overlegg har brukt gal medisinsk kode for å auke refusjonsbeløpet eller har valt ein annan behandling enn det som er medisinsk optimalt for å auke refusjonsbeløpet. Av dei som sjølv setter medisinske kodar svarte 6 av 157 at dei har fått kjennskap til at gal medisinsk kode med overlegg er brukt for å auke refusjonsbeløpet. Ingen av dei 144 som ikkje sjølv setter kodar har svart at dei har kjennskap til dette. På spørsmålet om det er blitt valt ein annan behandling enn den som er mest optimal for å auke refusjonsbeløpet svarer 4 av 157 av dei som sjølv setter kodar at dette har førekomme. Igjen er det ingen av dei som ikkje setter kodar som har kjennskap til dette.

For å best mulig sikre at bevisst feilkoding ikkje førekjem er det viktig at det meldes frå dersom noko slikt skulle førekomme. I spørjeundersøkinga oppgir 76 % at dei ville valt å melde frå dersom dei fikk kjennskap til eller fatta sterk mistanke om bevisst feilkoding i eige helseføretak. 21 % oppgir 'Vet ikke' som svar på spørsmålet mens resterande 4% oppgir at dei ikkje ville varsle om et slikt tilfelle. Tilsvarende tal for landsgjennomsnittet er 80% som ville valt å melde frå, 2% som ikkje ville meldt frå, mens 18% er usikre.

Gjennom spørjeundersøkinga er dei tilsettes oppfatningar rundt varslingsprosessen kartlagt og vist i Figur 10. Det framkjem at dei fleste meiner at varsling er den riktige tingen å gjere og at det forventes at det blir gjort. Det er likevel ein viss usikkerheit rundt anonymiteten til den som varslar. Det er også ein stor del som svarar "Vet ikke" på disse spørsmåla. Desse resultata er veldig like som landsgjennomsnittet.

Figur 10 – Tryggleik ved varsling



1.2.5.3 FRITTSTÅANDE EVALUERINGAR AV KODEPRAKSIS

Analysesenteret Lovisenberg har tidlegare gjennomført evalueringar av kodepraksis og journaldokumentasjon i Helse Bergen HF. Sist dette blei gjennomført var i 2005.

1.2.5.4 SAMLA VURDERING AV OPPFØLGING AV MEDISINSK KODEPRAKSIS

Vår vurdering er at arbeidet gjort av seksjon for styringsdata er god og bidrar til å sikre god oppfølging av medisinsk kodepraksis. Det leggest vekt på korrekt medisinsk koding. Tilbakemeldingane gitt etter tiltak som tertialvise gjennomgangar av epikriser legger vekt på å sikre at bevisst og taktisk feilkoding ikkje førekjem. Oppfølginga frå seksjon for styringsdata er kvalitativ god, men det er avgrensa kor mykje den kan rekke over. Det er derfor ein betydeleg del av føretaket som ikkje drar fordel av denne oppfølginga.

Vi har også inntrykk av at det er kommunisert gode haldningar frå leiinga om at kodinga skal være medisinsk korrekt til tilsette på alle stillingsnivå. Det kjem ikkje fram teikn til kreativ eller taktisk koding for å auke refusjonsbeløpet. Det er i stor grad ein sunn haldning til varslings, men ein betydeleg del er usikre på om dei fortsett kan vere anonyme dersom de ønskjer det. Dette kan medføre ein risiko for at det ikkje meldes frå om det oppdagast bevisst feilkoding.

Vårt inntrykk av at oppfølging i form av tilbakemeldingar frå kontrasierande legar og kodesekretærar er godt etablert og sikrar ei god læringssløyfe. Dette fikk vi bekrefta i intervju med alle stillingsnivå.

Vår vurdering av oppfølging av medisinsk kodepraksis er at den er kvalitetsmessig god og bidrar til god kodepraksis ved føretaket, men ikkje tilstrekkelig i omfang til å sikre god kodepraksis i heile føretaket.

Sjå kapittel 1.3 for konkrete anbefalingar.

1.3 KONKLUSJON OG ANBEFALINGAR

Vår vurdering av kodepraksisen ved Helse Bergen HF er at den er tilfredsstillende for å unngå at taktisk eller økonomisk motivert koding førekjem. Det er avdekka sunne haldningar til kodepraksisen og det er ikkje funne teikn til bevisst feilkoding.

Likevel har revisjonen avdekka at det er sannsynlig at det førekjem ein del feilkoding som ikkje blir fanga opp av kontrollfunksjonane.

Omfanget av kontrollaktivitetar er truleg ikkje tilstrekkelig. Vidare kan årsakene til at det vert koda feil i utgangspunktet truleg vere manglande opplæring og for dårlig tid til å kode. Det er likevel i hovudsak god praksis for oppfølging av legane.

HOVUDFUNN

- Det er ein sunn haldning til kodepraksis ved at det er godt kommunisert at fokus er på medisinsk korrekt koding.
- Kontrollfunksjonane er gode, men har ikkje kapasitet til å kontrollere eit stort nok omfang av epikriser.
- Det er mangel på formell og systematisert opplæring. Dette medfører mye feil i kodane som blir satt opphavleg.
- Roller og arbeidsoppgåver vert til tider opplevd som uklare, spesielt blant LIS-legar.
- Mangel på integrasjon mellom ulike IT-løysingar medfører risiko for at ikkje alle kodar blir overført til DIPS.
- Regelverket for koding oppfattast som komplisert, ulogisk og til tider vanskelig å halde seg til.
- Arbeidsrutinar og prosedyrar er i liten grad formalisert.
- Det verker som at det er etablert god praksis på tilbagemelding til kodesetjarar i samband med kontrollane; kontrasignering, avdelingsvis kontroll og sentral kontroll.
- Oppfølging frå seksjon for styringsdata synes kvalitetsmessig god, men ikkje tilstrekkelig i omfang.

1. Systematiser og formaliser opplæringa av særleg LIS-legar og turnuslegar. Spesielt rår vi til å gjere det tilgjengelege e-læringskurset obligatorisk for alle LIS-legar. Vi tilrår også å inkludere opplæring i kodepraksis som ein del av introduksjonsprogrammet for nye LIS-legar.
2. Legg i opplæringa vekt på det medisinske aspektet ved kodinga, for å auke motivasjonen til å kode korrekt.
3. Legg praktisk og teknologisk til rette for at legane kan kode korrekt. Dette inkluderar ein arbeidsplass tilrettelagt med gode datamaskinar samt at det vert sett av tid til kodinga. Det bør utarbeidast ein overordna rutine for kodearbeidet for helseføretaket, som definerer overordna roller, ansvar og oppgåver.
4. Utarbeid koderutinar på klinikk- og avdelingsnivå som bygger på den overordna føretaksrutinen. Legg vekt på at kontrolltiltak og omfanget av kontrollane i den enkelte klinikk/ avdeling må tilpassast den faktiske risiko for feilkoding. I rutinane bør det også gå fram korleis tilbakemelding på gjennomførte kontroller skal gå føre seg, og kven som skal ha ansvar for dette.
5. Kartlegg risikoen for at kodar ikkje vert overført til DIPS frå dei andre systema. Det bør komme på plass rutinar som sikrar overføringa.
6. Utarbeid ei formell metodisk risikovurdering av prosessen for koding. Gjennomgåande risikoar for feil og risikoreduserande tiltak kan innlemmast som del av det overordna rutinedokumentet. Denne risikovurderinga bør oppdaterast ved vesentlige endringar i rutinar eller system.
7. Auk omfanget av kontrollaktivitetar slik at ein større del epikriser dekkast.
8. For i større grad å sikre at dei tilsette tør å melde frå om eventuell bevisst feilkoding eller andre kritikkverdige forhold, bør føretaket vurdere om eksisterande melderutinar sikrar tilstrekkelig vern om den som melder frå om slike forhold. Ein kan også vurdere interne informasjonstiltak for å skape større tryggleik blant dei tilsette for å melde frå om kritikkverdige forhold.

VEDLEGG

Om internrevisjon

Internrevisjonen skal på vegner av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbetringar i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll. Vi baserer vårt arbeid på [NIRE/IIA](#) sine internasjonale standardar for profesjonell utøving av internrevisjon. Les meir på helse-vest.no/internrevisjon.

Internasjonal definisjon av internrevisjon: "Internrevisjon er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon som har til hensikt å tilføre merverdi og forbedre organisasjonens drift. Den bidrar til at organisasjonen oppnår sine målsettinger ved å benytte en systematisk og strukturert metode for å evaluere og forbedre effektiviteten og hensiktsmessigheten av organisasjonens prosesser for risikostyring, og kontroll og governance."

Denne rapporten er utarbeidd av KPMG AS og gjennomgått og godkjent av leiar for internrevisjonen i Helse Vest RHF, Bård Humberset.

Vedlegg 1 – Temaområde og problemstillingar

Tabell 1 – Tema og problemstillingar

Temaområde frå mandatet	Blir svara på i kapittel
1. Styrings- og kontrollmiljø	
Kvar ligg ansvaret for den medisinske kodinga og korleis er arbeidet organisert?	1.2.1, 1.2.2.1 og 1.2.4.1
Kva krav stillast til leiarar, kliniskarar og anna personell som har ansvar for kodearbeidet?	1.2.2.2 og 1.2.4.1
Korleis formulerast, kommuniserast og forankrast krava i føretaka, herunder korleis oppfattast kodingas formål av leiarar, kliniskarar og anna personell som arbeider med koding?	1.2.5
Kva prinsipp leggast til grunn ved eventuell konflikt mellom "det medisinske" og "det økonomiske" aspektet ved kodinga?	1.2.5.2
Kva krav til kompetanse stilles til personell som utfører medisinsk koding og kva opplæring gis til desse?	1.2.2.2
2. Målsettingar for medisinsk kodepraksis og risikovurderingar	
Har føretaka fastsett målsettingar for arbeidet med medisinsk koding?	1.2.3
Gjennomfører føretaka risikovurderingar på området?	1.2.3
3. Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis	
Er det etablert arbeidsrutinar som definerer roller, ansvar og oppgåver i arbeidet med medisinsk koding? I kva grad er arbeidsrutinane hensiktsmessige og dekkande, herunder korleis dokumenterast vurderingar/beslutningar om kodeendringar i EPJ/PAS?	1.2.4.1
Kva nøkkelkontrollar er etablert for å gi rimelig tryggleik for at kodinga gjennomførast i tråd med gjeldande regelverk?	1.2.4.2
4. Oppfølging av medisinsk kodepraksis	
Har føretaka etablert prosedyrar for å følgje opp medisinsk kodepraksis?	1.2.5.1
Er prosedyrane ein integrert del av føretakas system for oppfølging og rapportering?	1.2.5.1
Gjennomfører føretaka frittståande evalueringar/revisjonar av kodepraksis?	1.2.5.3
Korleis handsamar føretaka evt. avvik innanfor medisinsk kodepraksis?	1.2.5.2 og 1.2.4.2

Vedlegg 2 – Prosess og metode

Revisjonen er gjennomført i to deler med felles rapportering. Del 1 som nasjonal elektronisk spørjeundersøking. Del 2 er gjennomført som ein revisjon ved 9 utvalde helseføretak fordelt mellom alle helseregionane. Helseføretaka er valt ut av internrevisjonane i dei fire helseregionane etter innspel frå Helsedirektoratet.

Tabell 2 – Helseføretak som var med i del 2 av prosjektet				
Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt RHF	Helse Nord RHF	
Akershus Universitets-sykehus 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				

Utarbeiding av spørsmålsliste

Spørjeundersøkinga er utarbeidet for å kartlegge de tilsettes haldningar til medisinsk kodepraksis ved alle helseføretaka i Noreg. KPMGs eigenutvikla verktøy Etikkbarmeteret er nytta som utgangspunkt for utforming av spørjeundersøkinga. Etikkbarmeteret er et godt utprøvd og svært fleksibelt verktøy og har vært i bruk for kartlegging av haldningar i offentlege verksemdar tidligare.

I samarbeid med internrevisjonane ved dei regionale helseføretaka er Etikkbarmeteret blitt tilpasset problemstillingane som søkes svart på i mandatet. Det har vært engasjert medisinsk kompetanse for å kvalitetssikre spørsmålsformuleringar opp mot helsepersonell. I tillegg er spørjeundersøkinga kvalitetssikra teknisk av representantar frå Questback.

Etter utarbeiding av utkast til spørjeundersøking blei det gjennomført ei pilotundersøking. Pilotundersøkinga blei sendt til eit utval på 29 personar av representantar frå internrevisjonane, Helsedirektoratet og legar. Tilbakemeldingane blei innarbeidd i undersøkinga og godkjent av prosjektteamet før ferdigstilling.

Utval

Målgruppene for spørjeundersøkinga er delt inn i tre grupper:

Tabell 3 – Beskriving av gruppene i utvalet for spørjeundersøkinga	
Gruppe 1	Medisinsk personell som setter medisinske kodar.
Gruppe 2	Stabspersonell som arbeider med føring eller kontroll av medisinske kodar.
Gruppe 3	Leiing på nivå 1, 2 og 3.

Det blei valt ut ein populasjon ved å innhente lister over tilsette i målgruppa frå kvart enkelt HF. Det er kontaktpersonar ved helseføretaka som har valt ut populasjonen. Då populasjonen er svært stor blei det plukka ut eit utval frå populasjonen ved hjelp av statistiske og spørjeundersøkningsfaglige metodar. Utvalet blei plukka slik at det er representativt på tvers av populasjonsgruppene ved kvart HF og slik at det er tilstrekkeleg stort for å oppnå ønsket nøyaktigheit i svara ved ein relativt låg svarprosent.

Tabell 4 – Populasjon, utval og svarprosent for spørjeundersøkinga

	Populasjon	Utval	Tal svar	Svarprosent i forhold til utvalet
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 frå Tabell 4 går det fram at svarprosenten er 40,6 %. Dette er lågare enn forventta, men så vidt høgare enn 40% som var svarprosenten som blei antatt då utvalet blei plukka. Ein hovudårsak til den låge svarprosenten tenkast å vere at det har vært for mange tilsette på listene, av dei ein stor del som ikkje har stillingar knytt til medisinsk koding. Denne vurderinga er gjort på grunnlag av tilbakemeldingar mottatt mens undersøkinga var aktiv. Svartalet er tilstrekkeleg stort for å vise tendensar og trekke konklusjonar, men under analyse av svara må det tas omsyn til at gjennomsnittstala kan avvike noko frå det reelle gjennomsnittet.

Gjennomføring

Informasjon om spørjeundersøkinga blei lagt ut på intranetta ved alle helseføretaka og invitasjonar med link til spørjeundersøkinga blei sendt per e-post til alle personar i utvalet.

Invitasjonen blei sendt onsdag 27. mars med svarfrist onsdag 11. mai. Det blei sendt påminningar på e-post ved jamne mellomrom for å sikre høgast mulig svarprosent. Ein representant frå KPMG var tilgjengeleg under heile tida spørjeundersøkinga var aktiv for å svare på spørsmål per e-post og telefon.

Metode for revisjonar

Revisjonane av helseføretaka har blitt gjennomført i løpet av besøk på to dagar i perioden 19.mai – 21.juni 2011. Frå prosjektgruppa har det deltatt ein representant frå internrevisjonen ved det respektive RHF, samt frå Exonor og KPMG.

I løpet av dei to dagane blei det gjennomført ein arbeidssamling med prosesskartlegging, fem gruppeintervju og ein samtale med administrerende direktør og/eller fagdirektør ved helseføretaket.

I forkant av besøka blei det sendt ein førespurnad om dokumentasjon av prosesser og rutinar. Dokumentasjonen blei gjennomgått og blei brukt til å tilpasse møteplanane i forkant av besøket samt analysert slik beskrive nedanfor.

Metode for dokumentanalyse

Dokumenta blei gjennomgått og analysert ved hjelp av ein mal for dokumentanalyse. Denne blei brukt for å sikre lik analyse og gjere det mulig å samanlikne på tvers av helseføretaka. Analysen legg hovudvekt på eksistens av rutinar og dokumentasjon på gjennomført opplæring og kontroll. Kvaliteten av dokumenta er også vurdert.

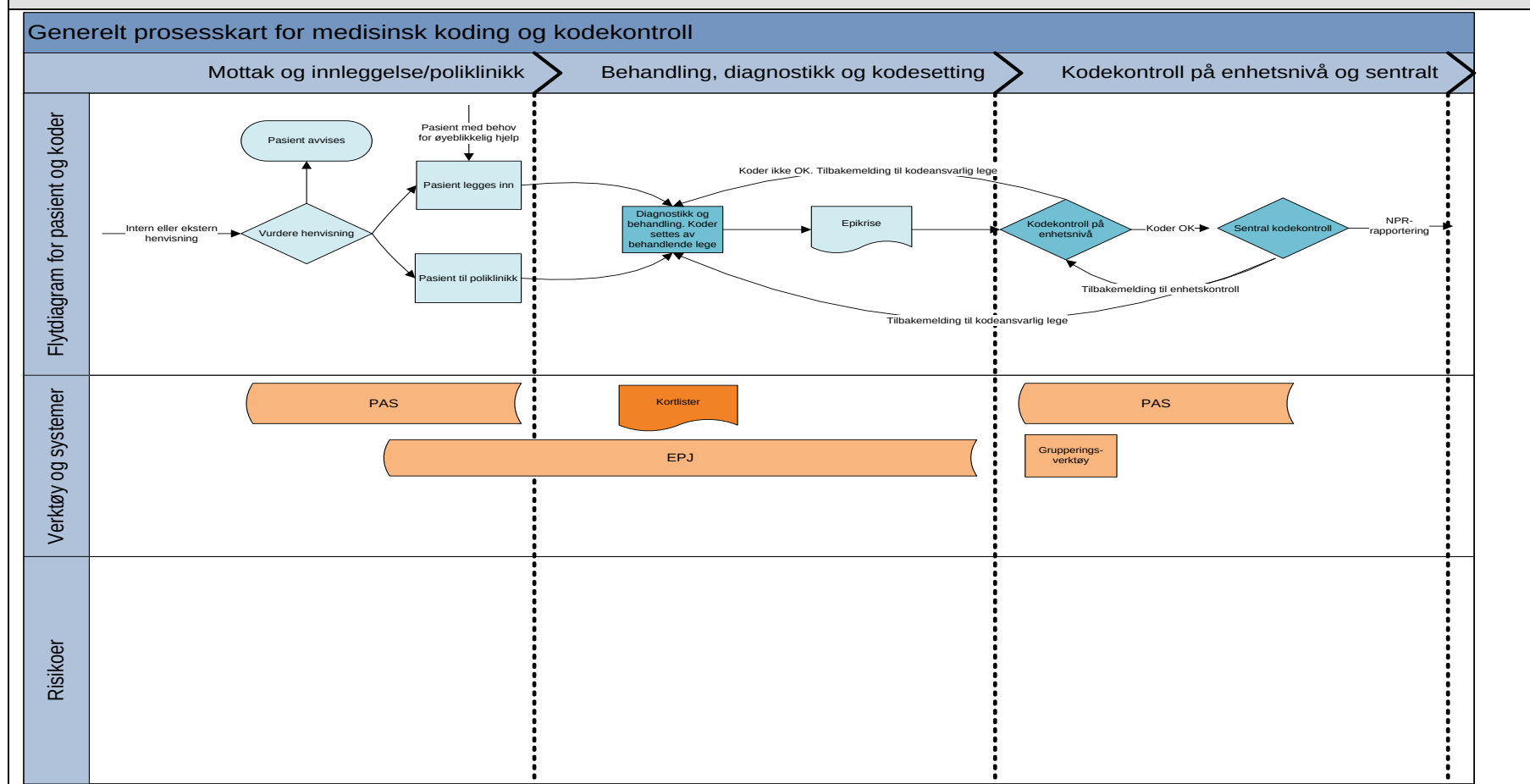
Utval

Deltakarar frå helseføretaket i revisjonen er plukka av kontaktpersonar ved helseføretaket i samråd med internrevisjonen i helseregionen. Utgangspunktet var ei liste med funksjonar / stillingstyper som burde dekkast. Utvalet er bestemt for å belyse problemstillingane i mandatet sett frå fleire sider ved å intervjuje tilsette på ulike stillingsnivå.

Prosesskartlegging/prosessverifikasjon

For å kartlegge kodeprosessen ved helseføretaket er det utarbeidd eit overordna og generalisert prosesskart som beskriver flyten for kodesetting frå det mottas ei tilvising til kodane rapportert til NPR. Dette prosesskartet blei brukt som utgangspunkt i arbeidssamling og tilpassa til lokale variasjonar ved helseføretaket. Vidare i arbeidssamlinga blei det kartlagt prosesser, rutinar, verktøy og system i bruk gjennom prosessen samt risikofaktorar som kan medføre feilaktig koding.

Figur 11 – Generelt prosesskart for medisinsk koding og kodekontroll



Dybdeintervju

Dybdeintervjua blei gjennomført som gruppeintervju på ein time med dei forskjellige gruppene beskrivne i avsnittet om utval. For å sikre god medisinsk forståing og kommunikasjon blei desse møta leia av Exonor AS, med bistand frå ressursane frå KPMG og internrevisjonane. Intervjua tok utgangspunkt i ein intervjuguide utarbeidd med grunnlag i mandatet. Intervjuguiden var tilpassa dei ulike stillingsnivåa og ytterligere justert på grunnlag av informasjon kartlagt gjennom dokumentanalyse og arbeidssamlinga med prosesskartlegging. Ei semi-strukturert tilnærming vart lagt til grunn, det vil sei at hovudvekta låg på spørsmåla i intervjuguiden, men det blei tillate at deltakarane avvik frå spørsmåla, noko som kunne føre til interessante opplysningar og ytterligere funn.

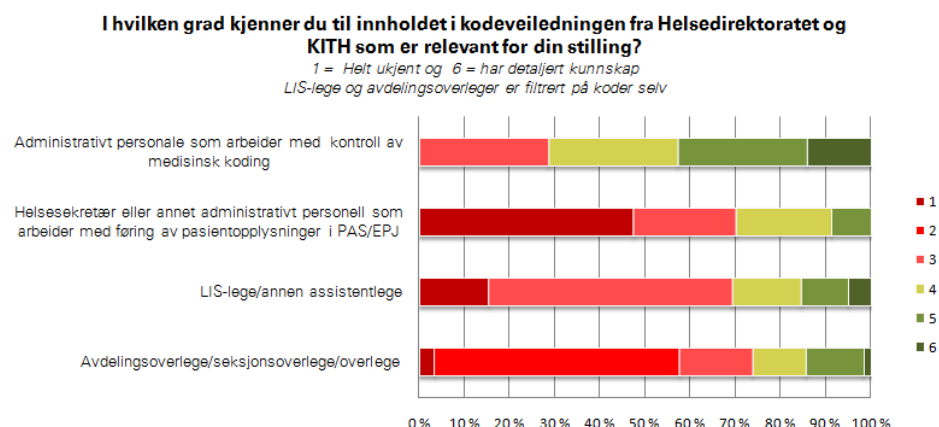
Analyse av intervju

I etterkant av intervjua blei det diskutert internt for å samle inntrykk for skape ein felles forståing før notat blei skrevet inn i ein referatmal. Bruk av malen sikra lik struktur på alle referata og tillet enkel samanlikning og eintydige analyser. Funn frå intervjua er til slutt samanlikna på tvers av stillingsnivåa og med resultata frå spørjeundersøkinga der det var aktuelt.

Vedlegg 3 – Ytterligere resultat frå spørjeundersøkinga

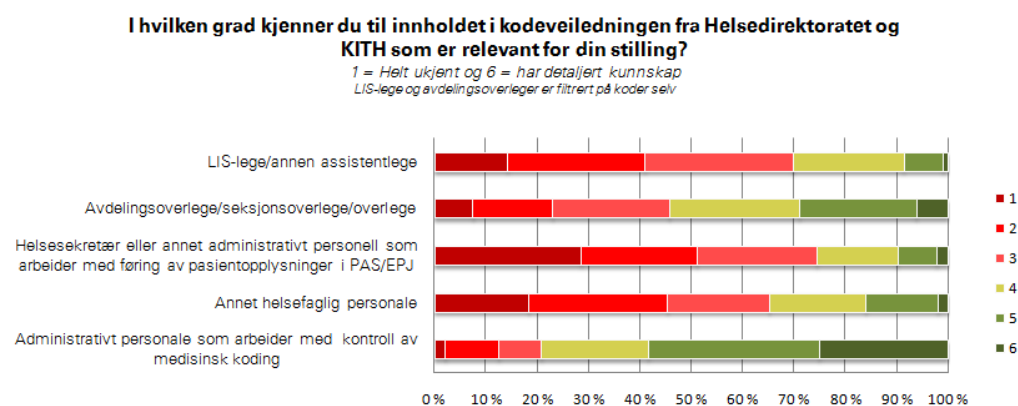
I dette vedlegget har vi lagt inn fleire figurar og tabellar med svar frå spørjeundersøkinga. Kvar side inneheld eit nytt spørsmål og viser først svargjevinga i Helse Bergen, deretter nasjonale tall frå alle 21 helseføretak. Det er i dette vedlegget ikkje blitt brukt noko form for etterbehandling (vekting) av svargjevinga. Det er gjort i den nasjonale samlerapporten, slik at enkelte tal der kan framstå som ulike det som vert presentert her i HF-rapporten. Skilnadene er likevel veldig små, og førekjem berre i nokre samanhengar.

Bergen:



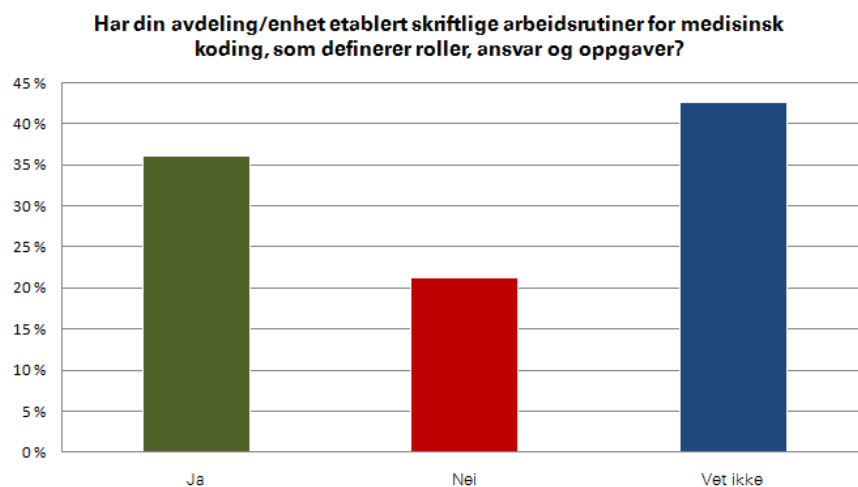
I hvilken grad kjenner du til innholdet i kodeveiledningen fra Helsedirektoratet og KITH som er relevant for din stilling?	1	2	3	4	5	6	
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	6,25 %	15,63 %	29,69 %	21,88 %	23,44 %	3,13 %	100 %
LIS-lege/annen assistentlege	11,76 %	23,53 %	41,18 %	11,76 %	7,84 %	3,92 %	100 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	36,99 %	21,92 %	17,81 %	16,44 %	6,85 %	0,00 %	100 %
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0,00 %	12,50 %	25,00 %	25,00 %	25,00 %	12,50 %	100,00 %

Nasjonalt:



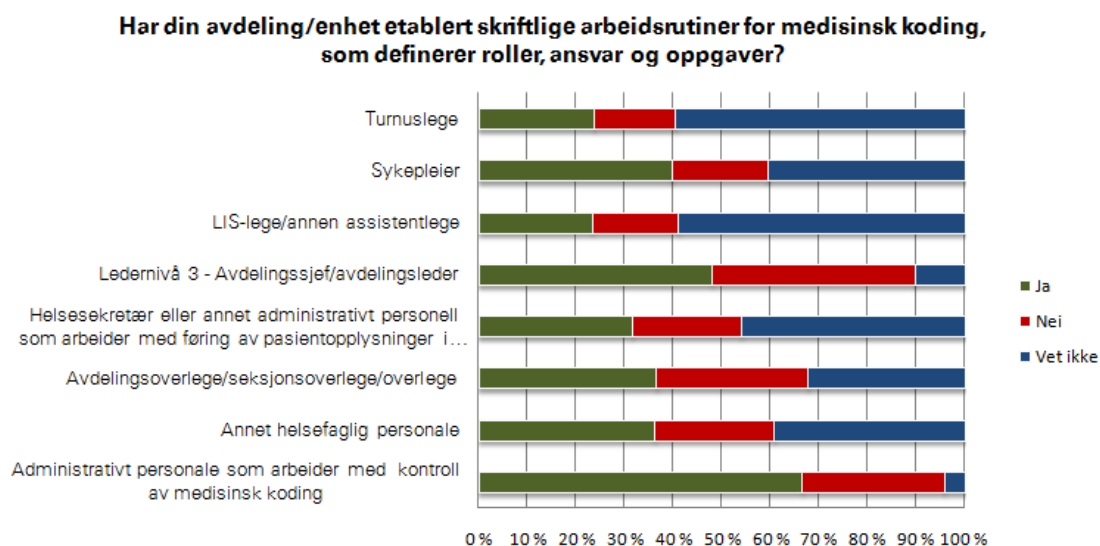
Count of 32: I hvilken grad kjenner du til innholdet i kodeveiledningen fra Helsedirektoratet og KITH som er relevant for din stilling?	1	2	3	4	5	6	
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	2,08 %	10,42 %	8,33 %	20,83 %	33,33 %	25,00 %	100,00 %
Annet helsefaglig personale	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 %

Bergen:



	Column Labels			Grand Tot
	Ja	Nei	Vet ikke	
Count of 33: Har din avdeling/enhet etablert skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?	36,10 %	21,30 %	42,60 %	100,00 %

Nasjonalt:



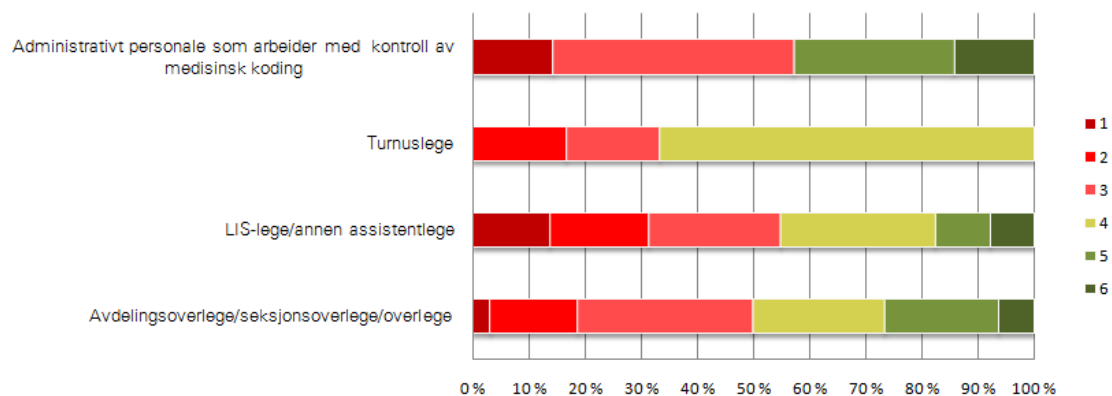
Count of 33: Har din avdeling/enhet etablert skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?				
Row Labels	Column Labels			Grand Tot
	Ja	Nei	Vet ikke	
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medis	66,67 %	29,17 %	4,17 %	100,00 %
Annet helsefaglig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

Bergen:

Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Avdelingsoverlege, LIS-leger og turnusleger er filtrert på koder selv



Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk	1	2	3	4	5	6
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	3,13 %	15,63 %	31,25 %	23,44 %	20,31 %	6,25 %
LIS-lege/annen assistentlege	13,73 %	17,65 %	23,53 %	27,45 %	9,80 %	7,84 %
Turnuslege	0,00 %	16,67 %	16,67 %	66,67 %	0,00 %	0,00 %
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	14,29 %	0	42,86 %	0	28,57 %	14,29 %

Nasjonalt:

Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Filter = setter koder selv

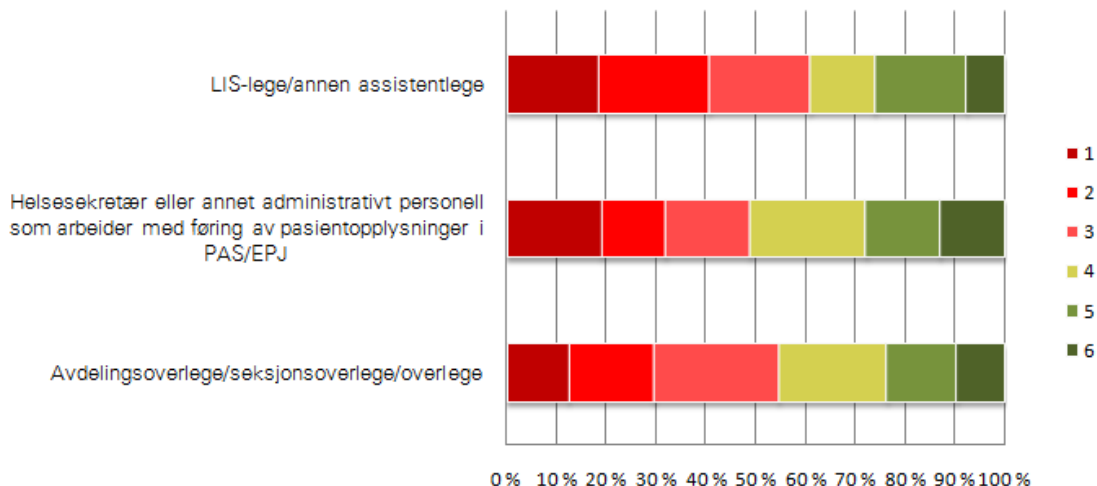


Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk							
Row Labels	Column Labels						Grand Total
	1	2	3	4	5	6	
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	5,55 %	13,29 %	19,87 %	23,10 %	25,55 %	12,65 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med 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 %

Bergen:

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



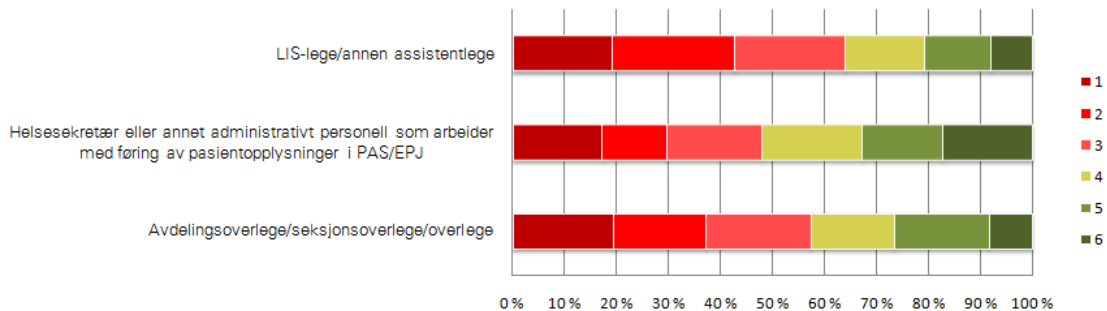
Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i it-systemet (PAS/EPJ/annet) som brukes til koding i min avdeling

Row Labels	1	2	3	4	5	6	Grand Tot
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	12,50 %	17,19 %	25,00 %	21,88 %	14,06 %	9,38 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	19,15 %	12,77 %	17,02 %	23,40 %	14,89 %	12,77 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	18,52 %	22,22 %	20,37 %	12,96 %	18,52 %	7,41 %	100,00 %
Grand Total	16,36 %	17,58 %	21,21 %	19,39 %	15,76 %	9,70 %	100,00 %

Nasjonalt:

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

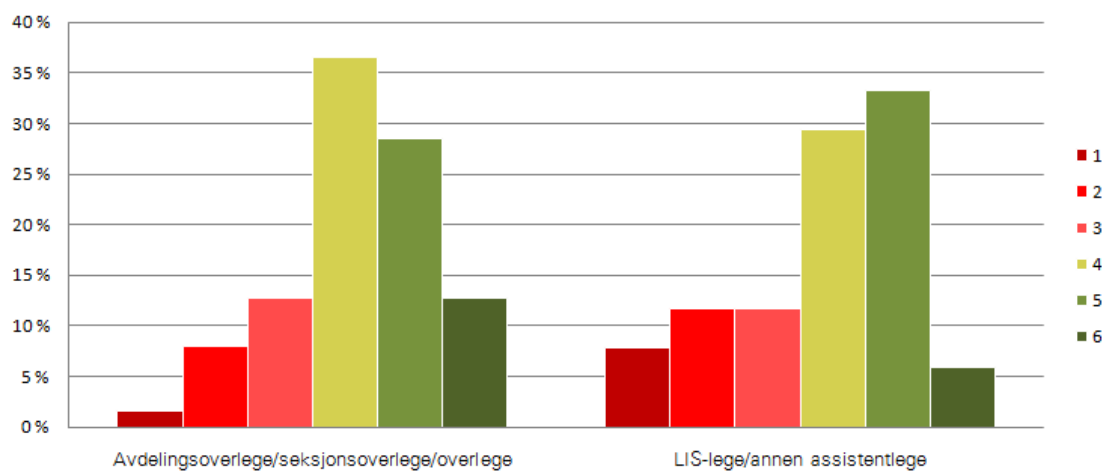
Row Labels	1	2	3	4	5	6	Grand Tot
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	19,39 %	17,73 %	20,22 %	16,07 %	18,28 %	8,31 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	17,23 %	12,43 %	18,36 %	19,21 %	15,54 %	17,23 %	100,00 %
LIS-lege/annen 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 %

Bergen:

Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Filter = koder selv



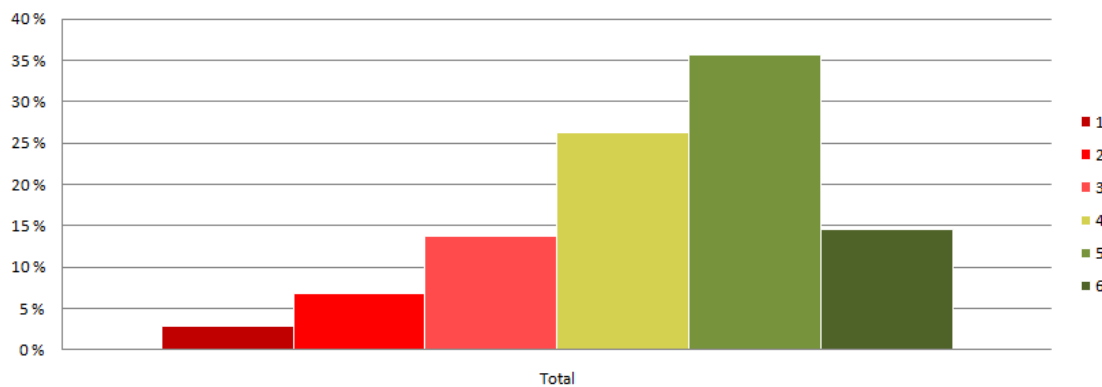
Count of 47: Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder							
Row Labels	Column Labels						Grand Tot
	1	2	3	4	5	6	
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	1,59 %	7,94 %	12,70 %	36,51 %	28,57 %	12,70 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	7,84 %	11,76 %	11,76 %	29,41 %	33,33 %	5,88 %	100,00 %
Grand Total	4,39 %	9,65 %	12,28 %	33,33 %	30,70 %	9,65 %	100,00 %

Nasjonalt:

Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Filter = koder selv

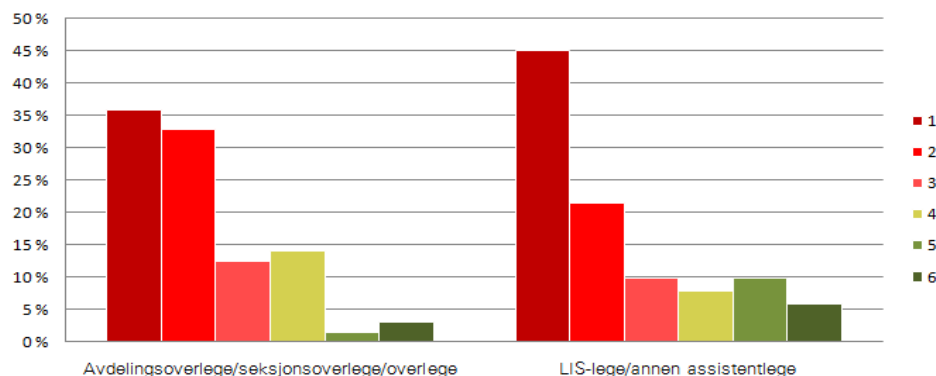


Count of 47: Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder	Column Labels						Grand Total
	1	2	3	4	5	6	
	2,81 %	6,88 %	13,75 %	26,30 %	35,68 %	14,58 %	100,00 %

Bergen:

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

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



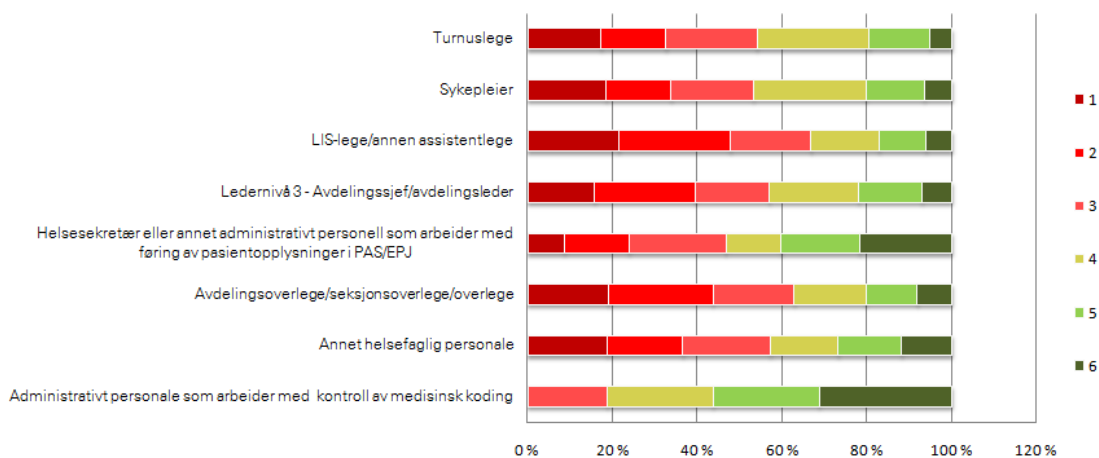
Count of 47: Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig medisinsk kode

Row Labels	Column Labels						Grand Total
	1	2	3	4	5	6	
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	35,94 %	32,81 %	12,50 %	14,06 %	1,56 %	3,13 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	45,10 %	21,57 %	9,80 %	7,84 %	9,80 %	5,88 %	100,00 %
Grand Total	40,00 %	27,83 %	11,30 %	11,30 %	5,22 %	4,35 %	100,00 %

Nasjonalt:

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

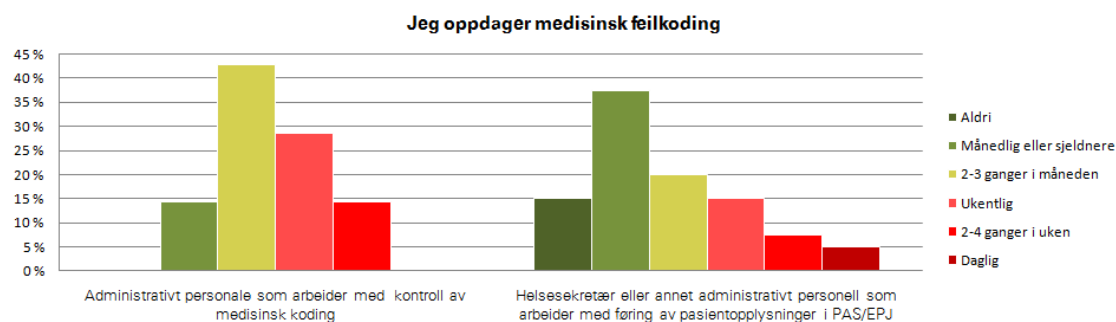
1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
Filter = koder selv



Count of 47: Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig medisinsk kode

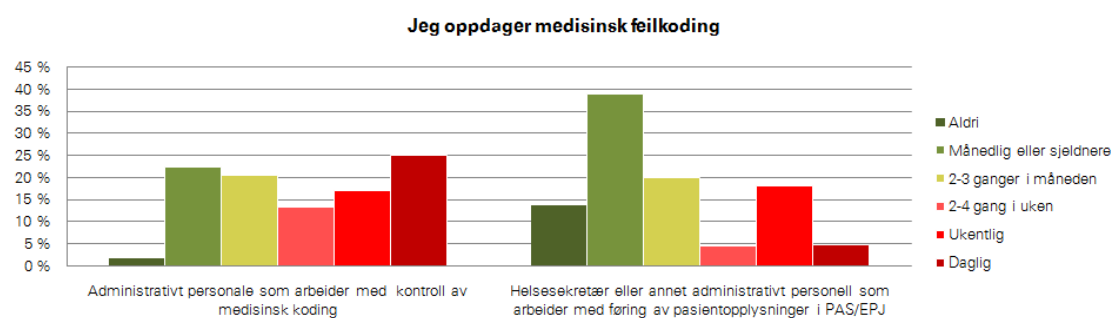
Row Labels	Column Labels						Grand Tot
	1	2	3	4	5	6	
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0 %	0 %	19 %	25 %	25 %	31 %	100,00 %
Annet helsefaglig personale	19 %	18 %	21 %	16 %	15 %	12 %	100,00 %
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	19 %	25 %	19 %	17 %	12 %	8 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	9 %	15 %	23 %	13 %	18 %	22 %	100,00 %
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	16 %	24 %	18 %	21 %	15 %	7 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	22 %	26 %	19 %	16 %	11 %	6 %	100,00 %
Sykepleier	19 %	15 %	19 %	27 %	14 %	6 %	100,00 %
Turnuslege	17 %	15 %	21 %	27 %	14 %	5 %	100,00 %
Grand Total	18,62 %	22,54 %	19,51 %	17,83 %	12,97 %	8,53 %	100,00 %

Bergen:



Count of 50: Jeg oppdager medisinsk feilkoding	Aldri	Månedlig eller sjeldnere	2-3 ganger i måneden	Ukentlig	2-4 ganger i uken	Daglig
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0,00 %	14,29 %	42,86 %	28,57 %	14,29 %	0,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	15,00 %	37,50 %	20,00 %	15,00 %	7,50 %	5,00 %

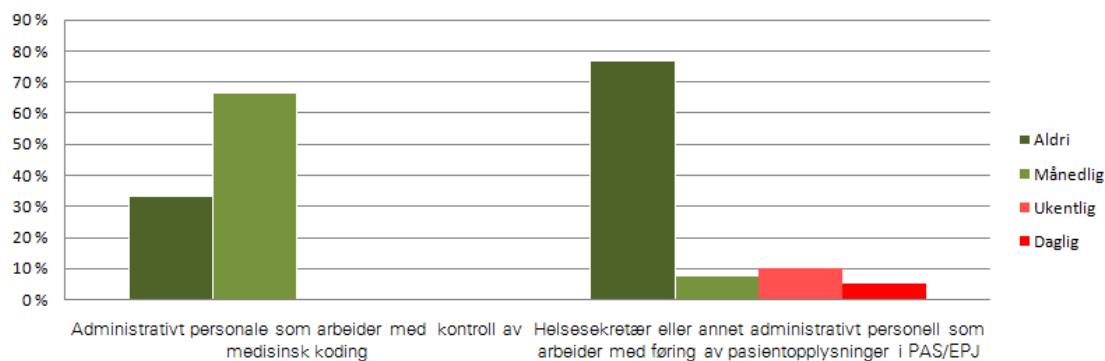
Nasjonalt:



Count of 50: Jeg oppdager medisinsk feilkoding	Column Labels						Grand Total
Row Labels	Aldri	Månedlig	2-3 gange	2-4 gang i	Ukentlig	Daglig	
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 %

Bergen:

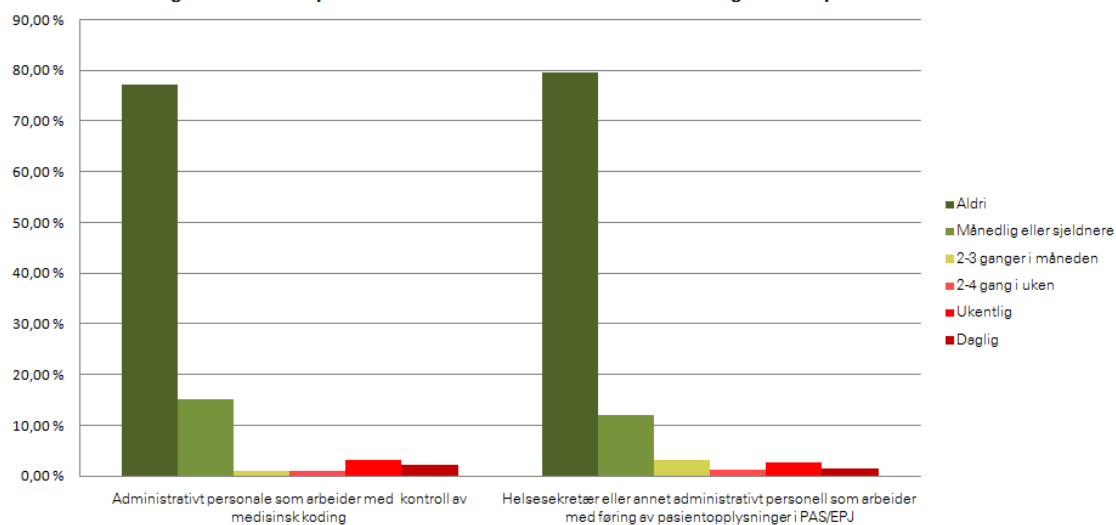
Jeg har det siste året fått kjennskap til at ikke-medisinsk personale retter koder som er satt av leger/annet helsepersonell uten å ha konsultert den aktuelle legen/helsepersonellet først



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					
	Aldri	Månedlig	Ukentlig	Daglig	
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	33,33 %	66,67 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	76,92 %	7,69 %	10,26 %	5,13 %	100,00 %

Nasjonalt:

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							
	Column Labels						
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 %

Bergen:

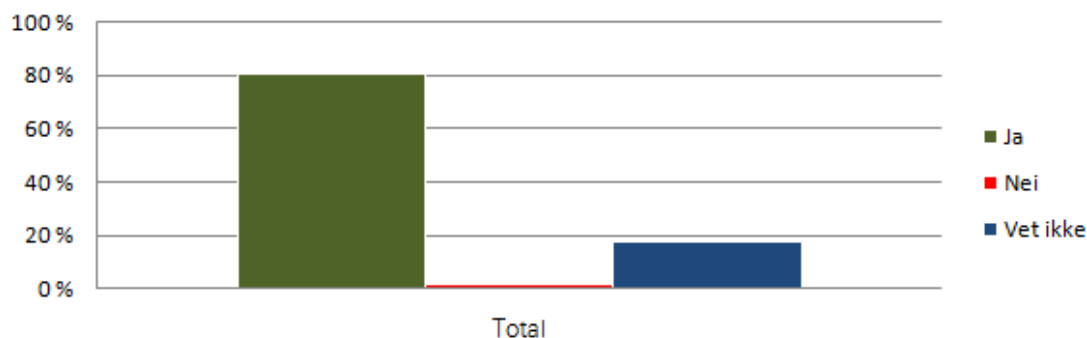
Hvis jeg får kjennskap til eller fatter sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF vil jeg velge å melde fra om dette til nærmeste leder eller andre aktuelle parter



	Column Labels			Grand Total
	Ja	Nei	Vet ikke	
Count of 58: Hvis jeg får kjennskap til eller fatter sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF vil jeg velge å melde fra om dette til nærmeste leder eller andre aktuelle parter	75,75 %	3,65 %	20,60 %	100,00 %

Nasjonalt:

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

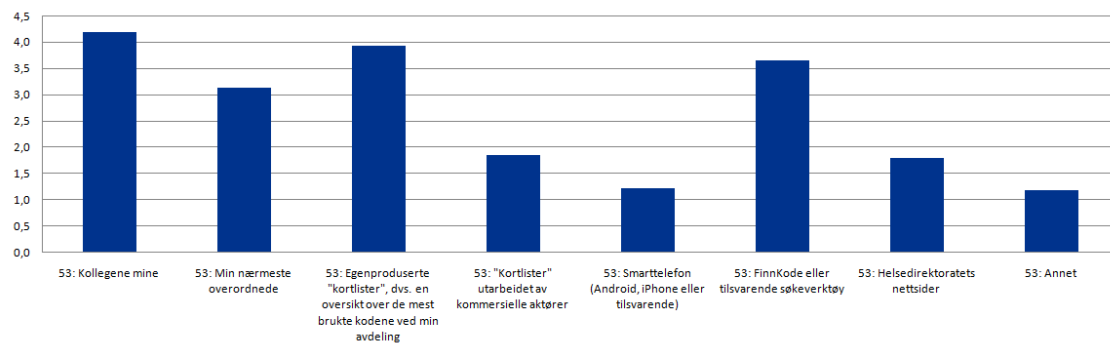


	Column Labels			Grand Total
	Ja	Nei	Vet ikke	
Count of 58: Hvis jeg får kjennskap til eller fatter sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF vil jeg velge å melde fra om dette til nærmeste leder eller andre aktuelle parter	80,49 %	2,00 %	17,51 %	100,00 %

Bergen:

Dersom jeg er usikker på hvilke medisinske koder jeg skal benytte, bruker jeg følgende informasjonskilder:

Filter = koder selv

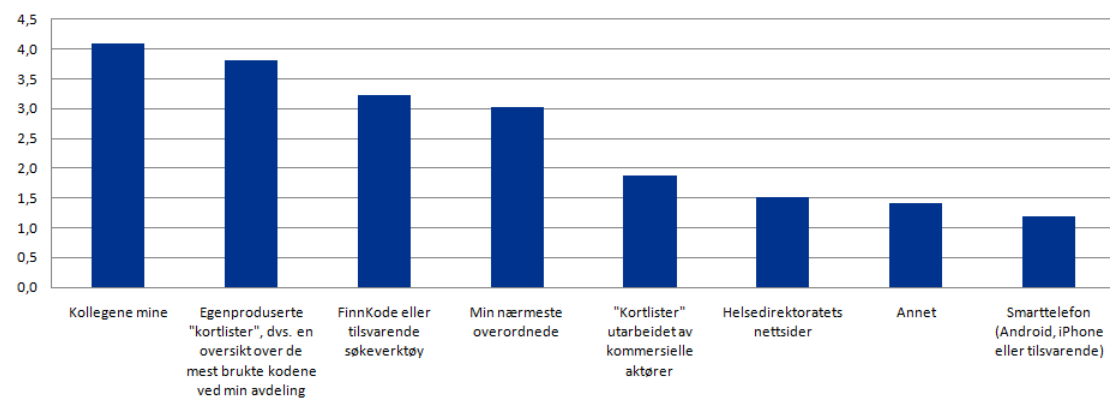


I PROSENT	0	1	2	3	4	5	6	Vet Ikke
53: Kollegene mine		1 %	11 %	14 %	24 %	34 %	15 %	1 %
53: Min nærmeste overordnede		20 %	14 %	18 %	22 %	18 %	5 %	2 %
53: Egenproduserte "kortlister", dvs. en oversikt over de mest brukte kodene ved min avdeling		12 %	5 %	15 %	17 %	32 %	16 %	3 %
53: "Kortlister" utarbeidet av kommersielle aktører		57 %	15 %	7 %	6 %	6 %	3 %	4 %
53: Smarttelefon (Android, iPhone eller tilsvarende)		78 %	11 %	3 %	1 %	0 %	1 %	6 %
53: FinnKode eller tilsvarende søkeverktøy		21 %	8 %	7 %	11 %	29 %	19 %	4 %
53: Helsedirektoratets nettsider		57 %	18 %	3 %	11 %	5 %	1 %	4 %
53: Annet		51 %	9 %	4 %	4 %	3 %	1 %	28 %

Nasjonalt:

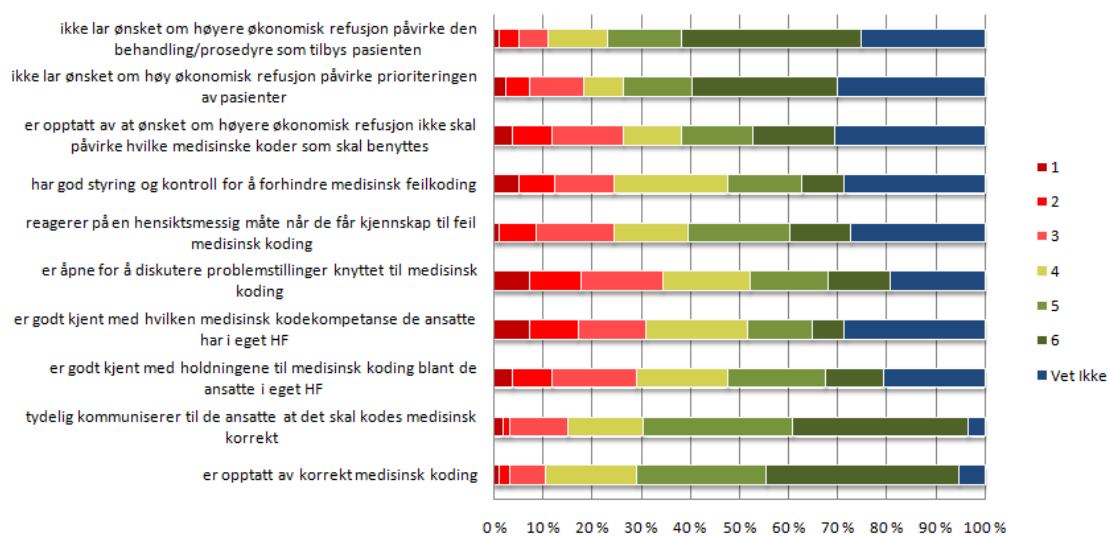
Dersom jeg er usikker på hvilke medisinske koder jeg skal benytte, bruker jeg følgende informasjonskilder:

Filter = koder selv



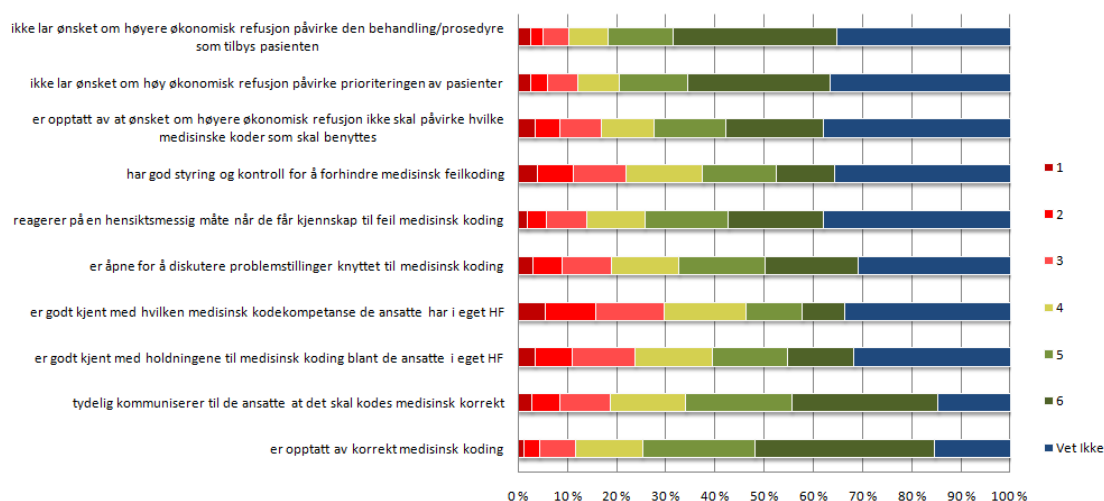
I PROSENT	1	2	3	4	5	6	Vet Ikke/ikke aktuelt
Dersom jeg er usikker på hvilke medisinske koder jeg skal benytte, bruker jeg følgende informasjonskilder:							
Kollegene mine	4 %	11 %	12 %	23 %	34 %	15 %	2 %
Min nærmeste overordnede	24 %	16 %	13 %	16 %	20 %	7 %	4 %
Egenproduserte "kortlister", dvs. en oversikt over de mest brukte kodene ved min avdeling	15 %	8 %	9 %	16 %	31 %	18 %	4 %
"Kortlister" utarbeidet av kommersielle aktører	54 %	12 %	7 %	7 %	8 %	3 %	8 %
Smarttelefon (Android, iPhone eller tilsvarende)	81 %	6 %	2 %	2 %	2 %	1 %	7 %
FinnKode eller tilsvarende søkeverktøy	32 %	6 %	6 %	10 %	24 %	17 %	5 %
Helsedirektoratets nettsider	69 %	12 %	6 %	5 %	3 %	1 %	5 %
Annet	54 %	4 %	3 %	4 %	6 %	4 %	25 %

Jeg opplever at ledelsen ved de HF jeg tilhører:



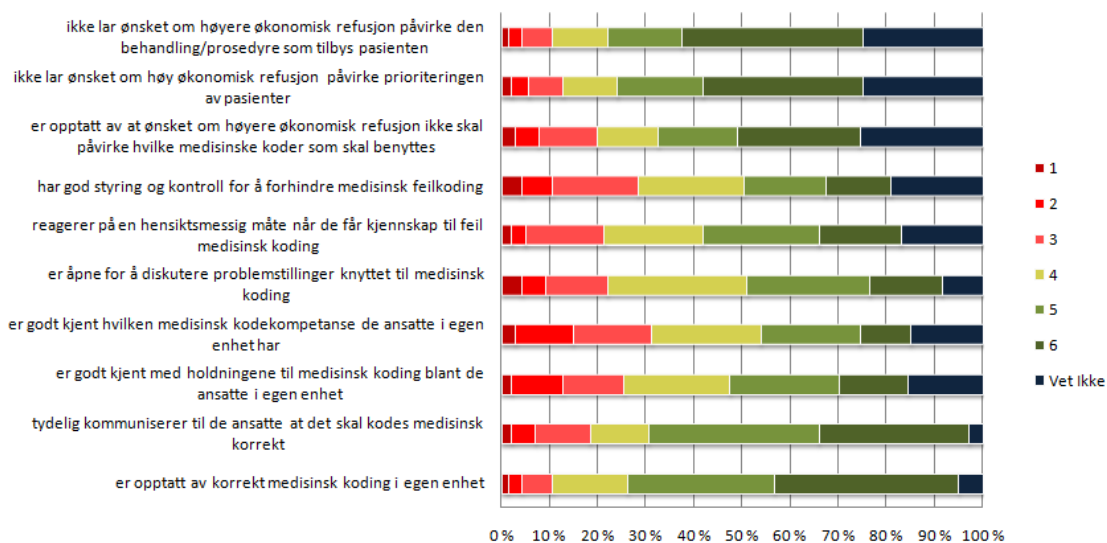
I PROSENT							
	0	1	2	3	4	5	6 Vet Ikke
er opptatt av korrekt medisinsk koding		1 %	2 %	7 %	19 %	26 %	39 % 5 %
tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt		2 %	1 %	12 %	15 %	30 %	36 % 3 %
er godt kjent med holdningene til medisinsk koding blant de ansatte i eget HF		4 %	8 %	17 %	19 %	20 %	12 % 21 %
er godt kjent med hvilken medisinsk kodekompetanse de ansatte har i eget HF		7 %	10 %	14 %	21 %	13 %	7 % 28 %
er åpne for å diskutere problemstillinger knyttet til medisinsk koding		7 %	11 %	17 %	18 %	16 %	13 % 19 %
reagerer på en hensiktsmessig måte når de får kjennskap til feil medisinsk koding		1 %	7 %	16 %	15 %	21 %	13 % 27 %
har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding		5 %	7 %	12 %	23 %	15 %	9 % 28 %
er opptatt av at ønsket om høyere økonomisk refusjon ikke skal påvirke hvilke medisinske koder som skal benyttes		4 %	8 %	15 %	12 %	15 %	17 % 30 %
ikke lar ønsket om høy økonomisk refusjon påvirke prioriteringen av pasienter		3 %	5 %	11 %	8 %	14 %	30 % 30 %
ikke lar ønsket om høyere økonomisk refusjon påvirke den behandling/prosedyre som tilbys pasienten		1 %	4 %	6 %	12 %	15 %	36 % 25 %

Jeg opplever at ledelsen ved de HF jeg tilhører:



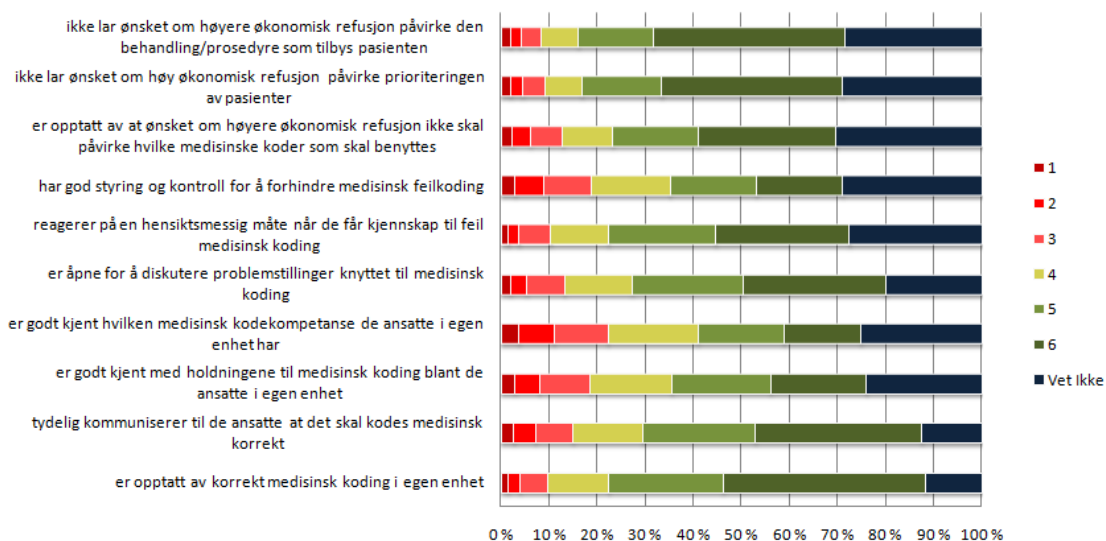
Jeg opplever at ledelsen for det HF jeg tilhører:	1	2	3	4	5	6	Vet Ikke
er opptatt av korrekt medisinsk koding	1 %	3 %	7 %	14 %	23 %	37 %	15 %
tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt	3 %	6 %	10 %	15 %	22 %	30 %	15 %
er godt kjent med holdningene til medisinsk koding blant 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 %

Jeg opplever at ledelsen ved den avdeling jeg tilhører:



I PROSENT							
	0	1	2	3	4	5	6 Vet ikke
er opptatt av korrekt medisinsk koding i egen enhet		1 %	3 %	6 %	16 %	30 %	38 % 5 %
tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt		2 %	5 %	11 %	12 %	35 %	31 % 3 %
er godt kjent med holdningene til medisinsk koding blant de ansatte i egen enhet		2 %	11 %	13 %	22 %	23 %	14 % 16 %
er godt kjent hvilken medisinsk kodekompetanse de ansatte i egen enhet har		3 %	12 %	16 %	23 %	21 %	11 % 15 %
er åpne for å diskutere problemstillinger knyttet til medisinsk koding		4 %	5 %	13 %	29 %	26 %	15 % 9 %
reagerer på en hensiktsmessig måte når de får kjennskap til feil medisinsk koding		2 %	3 %	16 %	21 %	24 %	17 % 17 %
har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding		4 %	6 %	18 %	22 %	17 %	13 % 19 %
er opptatt av at ønsket om høyere økonomisk refusjon ikke skal påvirke hvilke medisinske koder som skal benyttes		3 %	5 %	12 %	13 %	16 %	26 % 26 %
ikke lar ønsket om høy økonomisk refusjon påvirke prioriteringen av pasienter		2 %	4 %	7 %	11 %	18 %	33 % 25 %
ikke lar ønsket om høyere økonomisk refusjon påvirke den behandling/prosedyre som tilbys pasienten		1 %	3 %	6 %	11 %	16 %	38 % 25 %

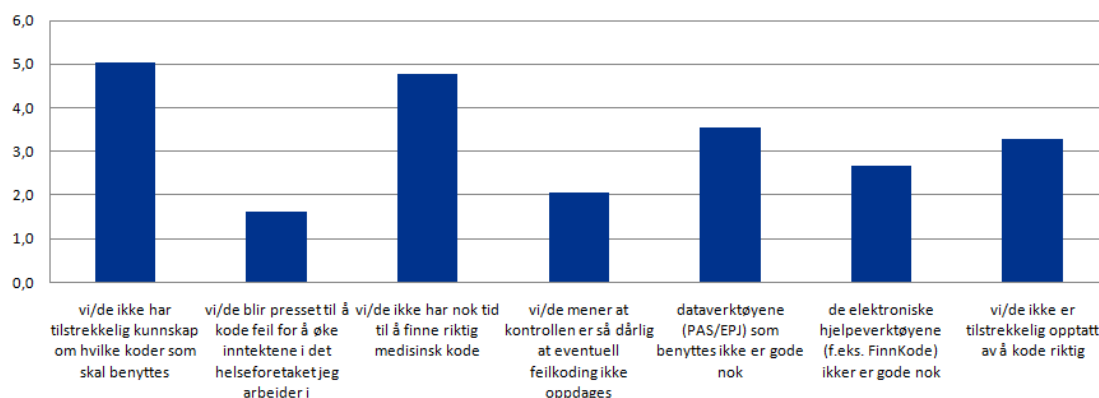
Jeg opplever at ledelsen ved den avdeling jeg tilhører:



I PROSENT							
Jeg opplever at ledelsen for den avdeling jeg tilhører:	1	2	3	4	5	6	Vet Ikke
er opptatt av korrekt medisinsk koding i egen enhet	2 %	2 %	6 %	13 %	24 %	42 %	12 %
tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt	3 %	5 %	8 %	15 %	23 %	35 %	12 %
er godt kjent med holdningene til medisinsk koding blant de ansatte i egen enhet	3 %	5 %	11 %	17 %	20 %	20 %	24 %
er godt kjent hvilken medisinsk kodekompetanse de ansatte i egen enhet har	4 %	7 %	11 %	19 %	18 %	16 %	25 %
er åpne for å diskutere problemstillinger knyttet til medisinsk koding	2 %	3 %	8 %	14 %	23 %	30 %	20 %
reagerer på en hensiktsmessig måte når de får kjennskap til feil medisinsk koding	2 %	2 %	7 %	12 %	22 %	28 %	27 %
har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding	3 %	6 %	10 %	16 %	18 %	18 %	29 %
er opptatt av at ønsket om høyere økonomisk refusjon ikke skal påvirke hvilke medisinske koder som skal benyttes	2 %	4 %	7 %	10 %	18 %	29 %	30 %
ikke lar ønsket om høy økonomisk refusjon påvirke prioriteringen av pasienter	2 %	2 %	5 %	8 %	17 %	37 %	29 %
ikke lar ønsket om høyere økonomisk refusjon påvirke den behandling/prosedyre som tilbys pasienten	2 %	2 %	4 %	8 %	16 %	40 %	28 %

Bergen:

Dersom ansatte i den avdeling/enhet jeg tilhører bruker feil medisinske koder, tror jeg det vil være fordi

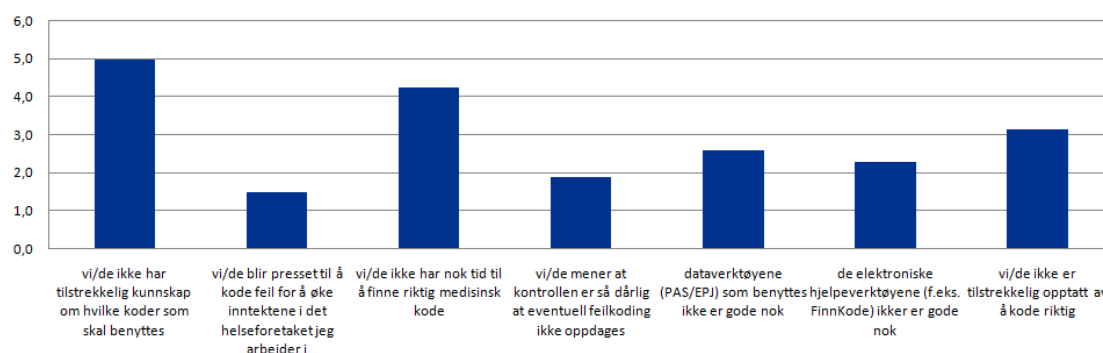


I PROSENT	0	1	2	3	4	5	6	Ingen forr
61: vi/de ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvilke koder som skal benyttes		1 %	3 %	4 %	6 %	27 %	54 %	4 %
61: vi/de blir presset til å kode feil for å øke inntektene i det helseforetaket jeg arbeider i		56 %	19 %	5 %	5 %	4 %	2 %	9 %
61: vi/de ikke har nok tid til å finne riktig medisinsk kode		3 %	3 %	7 %	12 %	31 %	41 %	3 %
61: vi/de mener at kontrollen er så dårlig at eventuell feilkoding ikke oppdages		39 %	19 %	10 %	14 %	4 %	4 %	10 %
61: dataverktøyene (PAS/EPJ) som benyttes ikke er gode nok		5 %	9 %	10 %	14 %	20 %	24 %	18 %
61: de elektroniske hjelpeverktøyene (f.eks. FinnKode) ikke er gode nok		10 %	14 %	8 %	17 %	11 %	13 %	27 %
61: vi/de ikke er tilstrekkelig opptatt av å kode riktig		14 %	11 %	13 %	22 %	23 %	8 %	8 %

Nasjonalt:

Dersom ansatte i den avdeling/enhet jeg tilhører bruker feil medisinske koder, tror jeg det vil være fordi

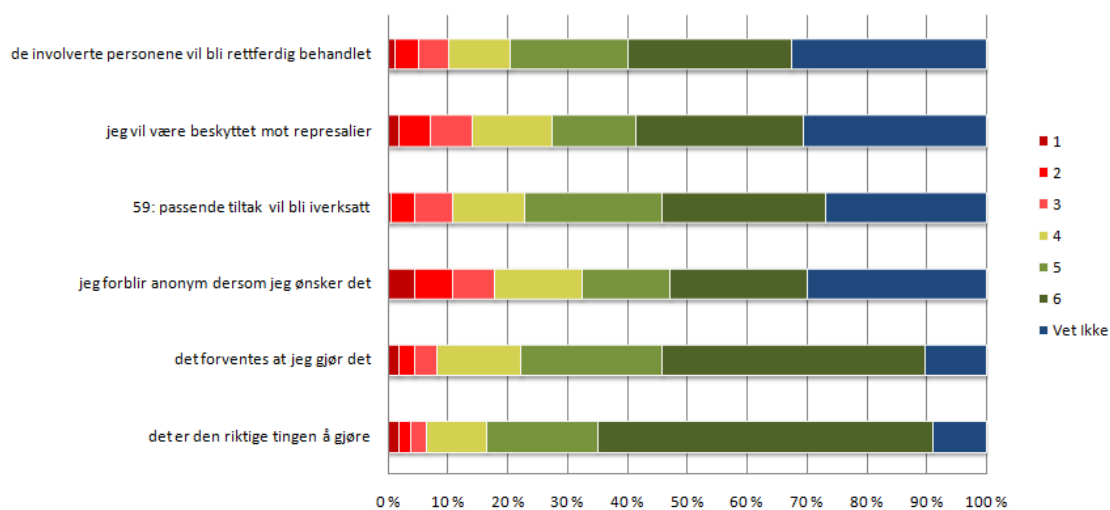
Filter = koder selv



I PROSENT	1	2	3	4	5	6	Ingen forr
61: vi/de ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvilke koder som skal benyttes	1 %	2 %	3 %	8 %	29 %	52 %	6 %
61: vi/de blir presset til å kode feil for å øke inntektene i det helseforetaket jeg arbeider i	57 %	21 %	6 %	4 %	2 %	1 %	9 %
61: vi/de ikke har nok tid til å finne riktig medisinsk kode	6 %	5 %	8 %	18 %	29 %	28 %	7 %
61: vi/de mener at kontrollen er så dårlig at eventuell feilkoding ikke oppdages	37 %	19 %	10 %	10 %	4 %	3 %	16 %
61: dataverktøyene (PAS/EPJ) som benyttes ikke er gode nok	8 %	10 %	11 %	15 %	14 %	11 %	31 %
61: de elektroniske hjelpeverktøyene (f.eks. FinnKode) ikke er gode nok	11 %	15 %	10 %	15 %	10 %	8 %	31 %
61: vi/de ikke er tilstrekkelig opptatt av å kode riktig	14 %	11 %	13 %	23 %	19 %	8 %	11 %

Bergen:

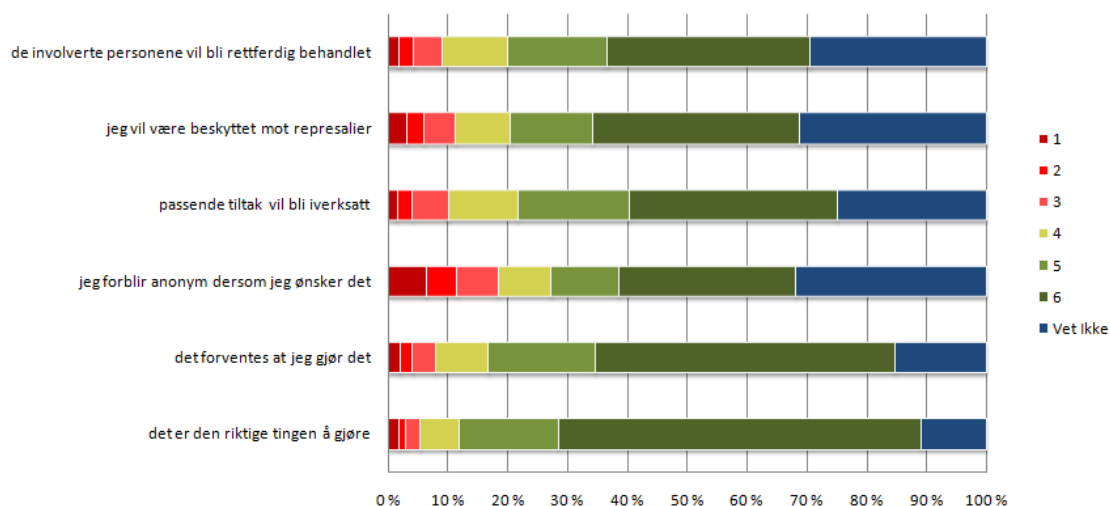
Hvis jeg melder fra til egen ledelse om et alvorlig brudd (dvs. systematisk kreativ koding med økonomisk vinning som mål) på reglene for koding, vil jeg føle meg trygg på at...



I PROSENT							
	0	1	2	3	4	5	6 Vet Ikke
det er den riktige tingen å gjøre		2 %	2 %	3 %	10 %	18 %	56 % 9 %
det forventes at jeg gjør det		2 %	3 %	4 %	14 %	24 %	44 % 10 %
jeg forblir anonym dersom jeg ønsker det		4 %	6 %	7 %	15 %	15 %	23 % 30 %
59: passende tiltak vil bli iverksatt		1 %	4 %	6 %	12 %	23 %	27 % 27 %
jeg vil være beskyttet mot represalier		2 %	5 %	7 %	13 %	14 %	28 % 31 %
de involverte personene vil bli rettferdig behandlet		1 %	4 %	5 %	10 %	20 %	27 % 32 %

Nasjonalt:

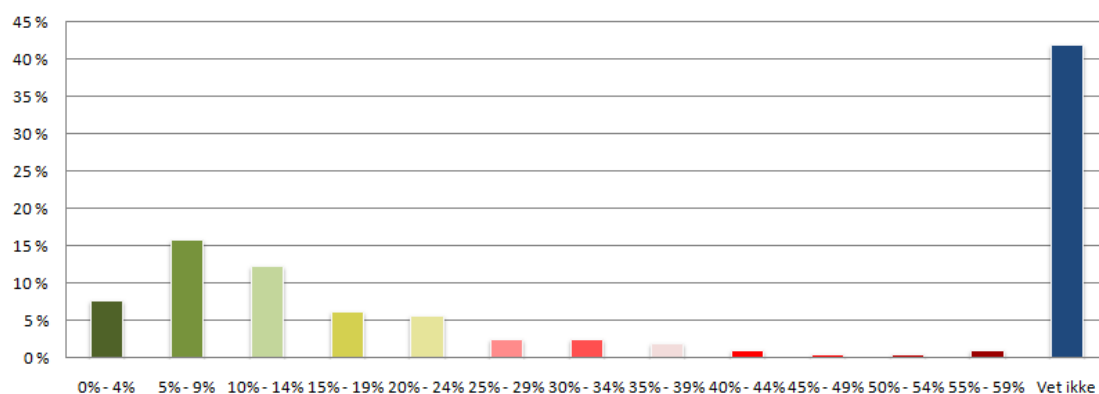
Hvis jeg melder fra til egen ledelse om et alvorlig brudd (dvs. systematisk kreativ koding med økonomisk vinning som mål) på reglene for koding, vil jeg føle meg trygg på at...



I PROSENT							
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 %

Bergen:

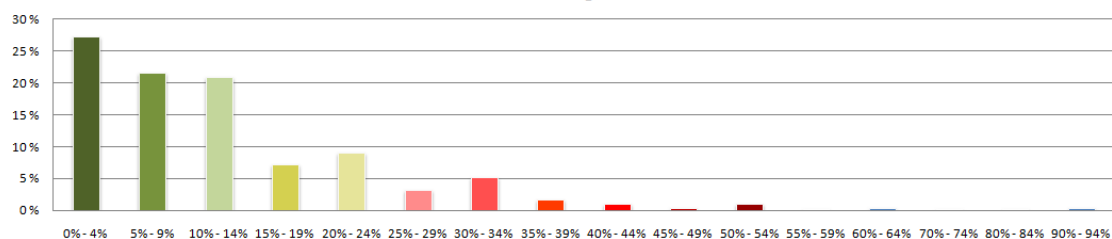
Hvor ofte endres den medisinske kodingen fra den første satte kode til innsending av NPR-rapportering i din avdeling?



	0% - 4%	5% - 9%	10% - 14%	15% - 19%	20% - 24%	25% - 29%	30% - 34%	35% - 39%	40% - 44%	45% - 49%	50% - 54%	55% - 59%	Vet ikke	Grand Tot
Count of 63: Hvor ofte endres den medisinske kodingen fra den første satte kode til innsending av NPR-rapportering i din avdeling?	7,69 %	15,90 %	12,31 %	6,15 %	5,64 %	2,56 %	2,56 %	2,05 %	1,03 %	0,51 %	0,51 %	1,03 %	42,05 %	100,00 %

Nasjonalt:

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%
Count of 63: Hvor ofte endres den medisinske kodingen fra den første satte kode til innsending av NPR-rapportering i din avdeling?	27,30 %	21,59 %	20,95 %	7,30 %	9,05 %	3,17 %	5,24 %	1,75 %	1,11 %	0,32 %	1,11 %	0,16 %	0,32 %	0,16 %	0,16 %	0,16 %	0,16 %	0,16 %	0,32 %