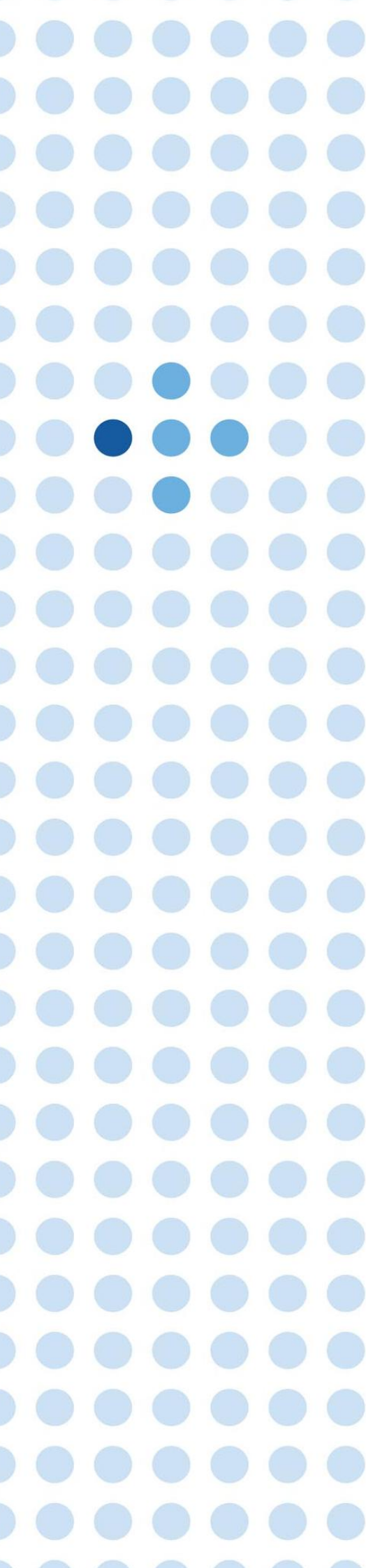




Internrevisjonen i Helse Vest RHF

Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseføretaka

Helse Fonna 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	28
1.3 Konklusjon og anbefalingar	32
Vedlegg	34

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 Fonna 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 tilstrekkelig grad sikrar korrekt medisinsk koding. Kvalitetsrevisjonar ved medisinsk klinikk avdekkar korrigeringsbehov i 30 % - 50 % av epikrisane. Etter avdelingane sine eigne kontroller avdekkar fagsjefens tertialvise internrevisjonar feil i inntil 50 % av epikrisane. Dette tyder på at kvaliteten ikkje er tilfredsstillande til tross for at dei tilsette oppgjer i spørjeundersøkinga at dei er trygge på eigen kodepraksis. Vår vurdering er at den svake kodekvaliteten skuldast manglande opplæring og tilbakemelding til kodesettarar. Det er inga etablert læringsløype.

Totalt sett er det revisjonens vurdering at det er forhold ved kodepraksisen ved Helse Fonna HF som bør betrast. Spesielt gjeld dette opplæring og oppfølging av turnuslegar og LIS-leger.

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 Fonna 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 Fonna 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. For Helse Fonna HF var populasjonsstørrelsen tilstrekkeleg liten til at utvalet inkluderer heile populasjonen. 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 – Beskrivelse av gruppene i utvalet for spørjeundersøkinga

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

Ut frå Tabell 3 går det fram at svarprosenten for Helse Fonna HF er 29 %. Dette er ein god del under landsgjennomsnittet på 41 %. Ein hovudårsak til den lave svarprosenten på landsbasis tenker vi kan være at det har vært for mange tilsette på listene som ikkje har tilknytning til medisinsk koding. Denne vurderinga er gjort på grunnlag av tilbagemeldingar mottatt mens undersøkinga var aktiv. Helse Fonna opplever at denne forklaringa ikkje gjeld for dei. Årsaka til den spesielt lave svarprosenten ved Helse Fonna HF er truleg at spørjeundersøkinga var aktiv i same periode som DIPS blei innført.

Talet svar er likevel 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.

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 Fonna HF

	Populasjon	Utval	Talet på svar	Svarprosent i forhold til utvalet
Totalt for Helse Fonna HF	362	362	104	29 %
Gruppe 1	247	247	54	22 %
Gruppe 2	82	82	34	41 %
Gruppe 3	33	33	16	48 %

1.1.4.2 REVISJONSBESØK VED HELSE FONNA HF, HAUGESUND SJUKEHUS

Revisjonsbesøket blei gjennomført i løpet av to dagar, 14. og 15. juni 2011. Frå prosjektgruppa deltok Bård Humberstet (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 klinikksefjar og ein samtale med administrerande direktør Kari Ugland og fagsjef Kjellfrid Laugaland. Alle intervjuar var med tilsette frå Haugesund Sjukehus og det er såleis dette sjukehuset som er fokus for denne rapporten.

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 Fonna 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 samlikningsgrunnlag 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 intervjuar 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 Fonna HF illustrert ved eit prosesskart. Prosesskartet kompletterer dette kapitlet med å beskrive korleis kodepraksisen er organisert ved Helse Fonna 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 Fonna 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/mottak på poliklinikk bli undersøkt og diagnostisert. Koder blir som regel først lagt inn når epikrise skrives. Det er behandlande lege som setter kode for pasienten første gang. Det er legen sjølv som er ansvarlig for å legge koder inn i DIPS, noko som er ein endring frå før DIPS blei innført då helsesekretærar la kodene inn i IT-systema etter dei var dikterte av lege. DIPS blei innført i Helse Fonna bare veker før revisjonsbesøket. For turnuskandidatar og uerfarne assistentlegar skal epikrisa kontrasignerast av overlege. Overlege har myndigheit til å vurdere dei underordna legane som kompetente kodesettarar. Dersom legen har fått denne vurderinga vil ikkje kodene kontrasignerast før epikrisa skrives.

KODEKONTROLL PÅ EININGSNIVÅ OG SENTRALT

Det er ingen formell kontroll av kodinga på einingsnivå utover kontrasignering av overlege. Helse Fonna HF leier inn kontroll- og rapporteringstenester frå Analysesenteret ved Lovisenberg. EPJ-senteret ved Helse Fonna HF vidareformidlar kodinga til Analysesenteret som kvalitetssikrar kodinga, rapporterer til NPR og genererer rapporter og analyser som sendes tilbake til EPJ-senteret. På grunnlag av informasjonen frå Analysesenteret gir EPJ-senteret tilbakemeldingar til overlegane ved seksjonane om

kodekvaliteten. Overlegane skal gi tilbakemelding til dei opphavleg kodesettande legane, men dette blir ikkje alltid gjennomført.

I tillegg til arbeidet gjennomført av Analysesenteret Lovisenberg AS gjennomføres tertialvise internrevisjonar av eit utval epikriser av fagsjefen. Ved desse revisjonane plukast ei veker produksjon frå ein seksjon og gjennomgåas nøye i samarbeid med ressurspersonar. Desse revisjonane har tidvis avdekka store feil i kodesetting. Sjå kapittel 1.2.4.2 for meir om kodekontroll.

Vi fekk opplyst at det sjeldan skrives journalnotat eller endringar i epikrisa ved endring av koder. Dette blei framheva som ein risiko i forhold til ettersyn då det kan medføre mangel på samanheng mellom epikrise og registrerte koder.

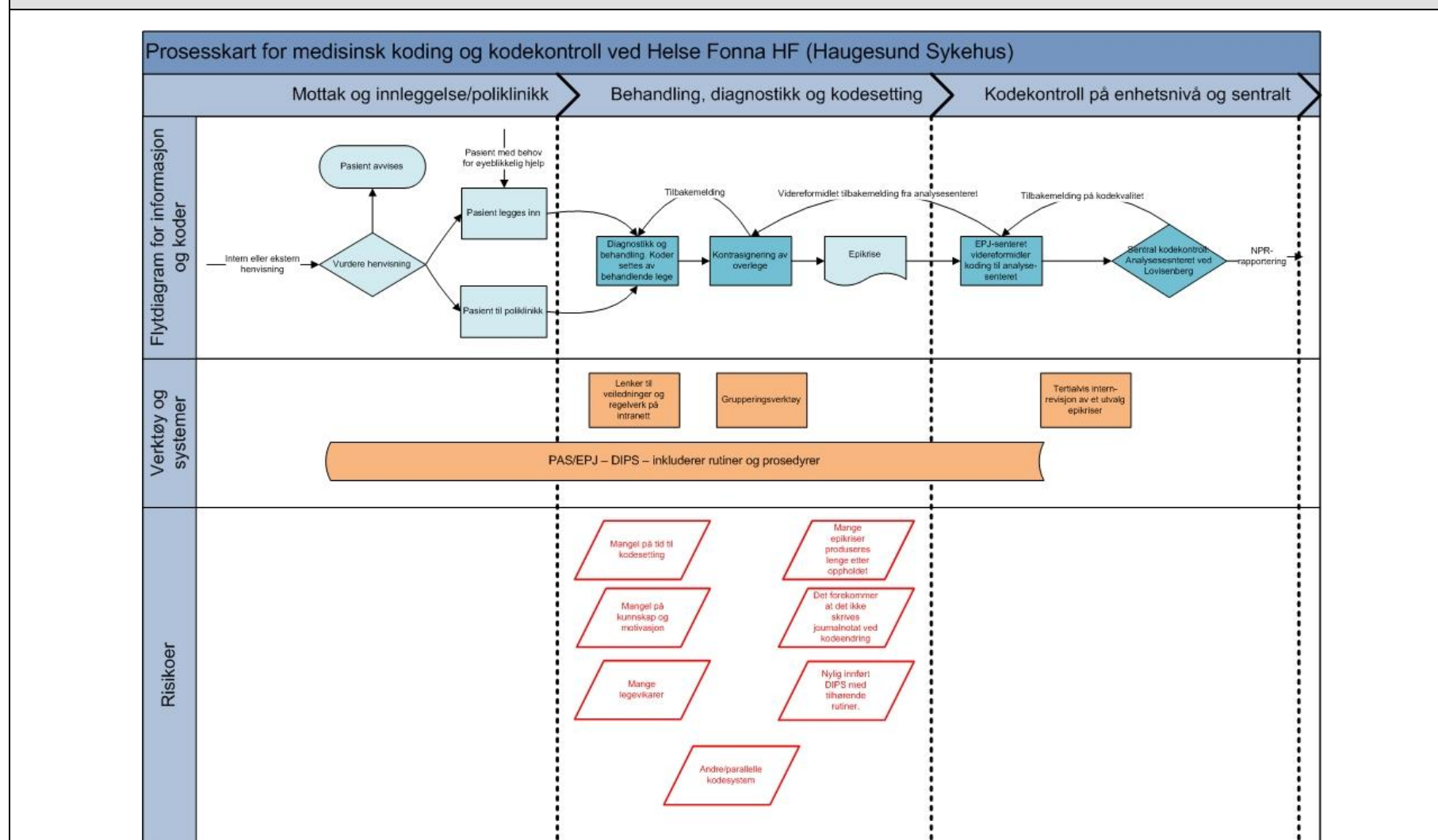
IT-SYSTEM OG VERKTØY

I tillegg til DIPS som er omtalt under Behandling, diagnostikk og kodesetting og utdjupa i kapittel 1.2.2.3 er det ei rekke ulike IT-løysingar framleis i bruk ved føretaket. Til dømes har anestesi, intensiv og neonatal eigne system der det føres koder. Desse manglar integrasjon mot DIPS, noko som medfører behov for manuell overføring av koder frå desse systema til DIPS.

RISIKOFAKTORAR IDENTIFISERT I ARBEIDSMØTET

- Legane si motivasjon til medisinsk koding.
- Mangel på tid til å finne korrekt kode.
- Mangel på kunnskap hos legar.
- Sein epikriseskriving.
- Risiko for at ikkje alle koder blir overført til DIPS frå andre IT-system.
- Større lojalitet til å sikre kvaliteten i lokale register og kodeverk enn å sørgje for korrekt kvalitet på dei offisielle systema.

Figur 1 – Prosesskart for Helse Fonna HF



1.2.2 STYRINGS- OG KONTROLLMILJØ

1.2.2.1 ROLLER, ANSVAR OG ORGANISERING

Det overordna ansvaret for medisinsk koding ved Helse Fonna HF ligg hos administrerende direktør. Klinikksjefane har systemansvaret for sin respektive klinikk. Vidare ligg linjeansvaret hos seksjonsansvarlege i klinikken som følgjer opp koding i sin seksjon.

LIS-legar og turnuslegar har ansvar for å skrive epikriser og sette tilhørande medisinske koder. Etter innføringa av DIPS er også inntasting av kodene i IT-systemet ein del av deira rolle i kodepraksisen.

Visse overlegar med lang erfaring er ansvarlige for kontrasignering av epikrisane og kodene satt av underordna legar. Hovudregelen er at det skal være kontrasignering på alle legar med erfaring under seks månader. Når ein underordna lege oppfattas som tilstrekkeleg erfaren får legen tildelt fullmakt frå kodeansvarlig lege og blir deretter ikkje kontrasignert. Det varierer på tvers av avdelingane i kva grad dette gjennomføres.

Det finst helsesekretærer tilknytta avdelingane. Deira rolle er å føre opplysningar i DIPS samt kontrollere samsvar mellom diktat frå legane, epikrisar og koder. I tillegg har nokre avdelingar egne kodekontrollørar som kontrollerar epikriser og koder ved avdelinga.

Kvar klinikk har ein kvalitetsrådsgjevar som skal bidra til at klinikken har implementert kvalitetssystem/internkontroll og at oppfølging og kvalitetsforbedring skjer i samsvar med overordnede føringer i klinikken/Helse Fonna.

Det finst ei ressursgruppe for medisinsk koding ved føretaket. Gruppa skal bidra til riktig medisinsk koding ved føretaket gjennom utvikling og vidareformidling av rutinar samt kartlegge behov for opplæring.

Det opplyses om at rollene har vore opplevd som tydeleg definerte, men at det har vorte meir flytande no i forbindelse med innføring av DIPS. Innføringa har medført endringar i rollane, og det blei informert om at ein del ventar på at arbeidsfordelinga skal bli like tydeleg som tidligare.

I DIPS er det innarbeidd ein del rolle- og ansvarsbeskrivingar. Desse skal tas i bruk på sikt, men er ikkje fullstendig innført per dags dato.

Sjå dessutan beskriving av arbeidsrutinar i kapittel 1.2.4.1.

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, avdelingsmøte eller ein-til-ein opplæring) i medisinsk koding det siste året. 24 % av dei tilsette som sjølv setter koder svarte at dei har fått slik opplæring. Til samanlikning er det på landsbasis 29 % av dei som sjølv setter koder, som gir opp at dei har fått slik opplæring.

EPJ-senteret, som har ansvaret for IT ved føretaket, opplyser at det på intranettet er lenkjer til informasjon knytt til koding, blant anna eit e-læringskurs. Det har vært eit ønske om å gjøre dette kurset obligatorisk for alle, men dette har ikkje blitt gjennomført. Nye legar vert oppmoda om å ta kurset, men det er få som gjennomfører det.

Det vert sagt at opplæringa ved helseføretaket stort sett er uformell. Nye legar vert lært opp i arbeidssituasjonen gjennom "mester-svenn-prinsippet" eller lærer koding sjølve ved å stille spørsmål til kollegaer eller kodeansvarlege når dei er usikre. Overlegar som kontrasierer gir også uformell opplæring til underordna legar ved å gi tilbakemeldingar dersom opphavlege koder ikkje blir godkjende.

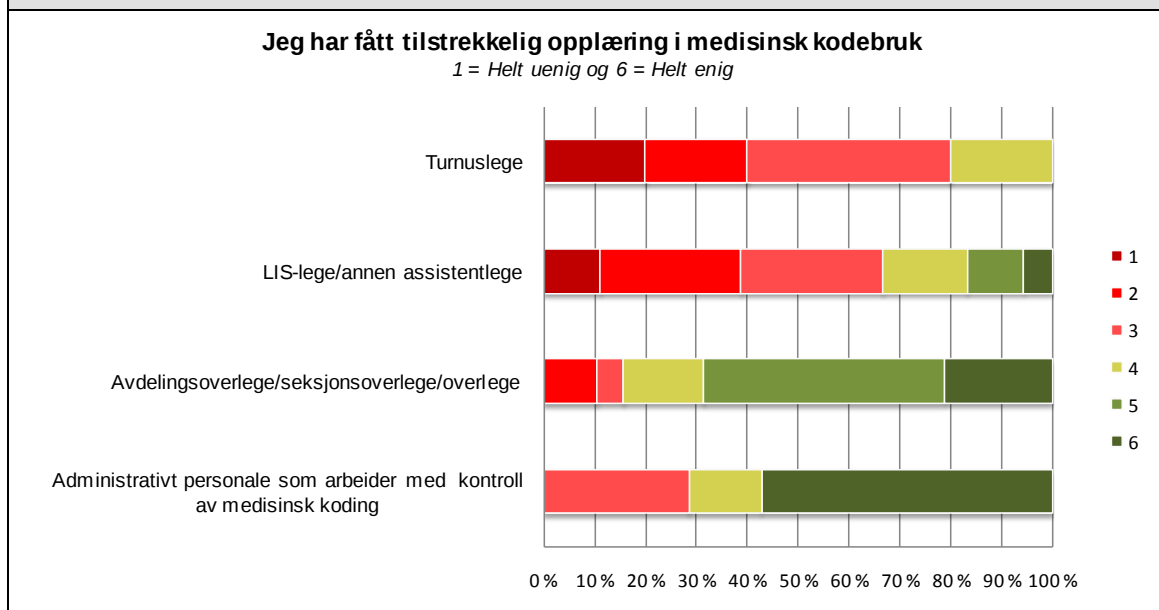
Nokre individ som har sentrale roller i kodepraksisen har gjennomført Nirvaco-kurs. Dette gjelder i hovudsak helsesekretærer.

I 2009 deltok ca 20 leger og 20 sekretærar på eit kurs i regi av Analysesenteret Lovisenberg AS.

Eit hovudinntrykk blant dei som er blitt intervjuet er at opplæringa er for lite systematisk og ikkje tilstrekkeleg. Samlege grupper etterlyser meir opplæring, spesielt for LIS-legar.

Spørjeundersøkinga underbygger inntrykka frå intervjuet. Ut frå Figur 2 og Tabell 4 går det fram at 80 % av turnuslegar og 67% av LIS-legar oppgjer at dei ikkje har fått tilstrekkeleg opplæring i medisinsk kodebruk (skår 3 eller lågare). Blant overlegar og kontrollpersonell er opplevd grad av opplæring høgare, høvesvis 16 % og 29 % opplever at dei ikkje har fått tilstrekkeleg opplæring. Resultata for LIS-legar, turnuslegar og kontrollpersonell er dårlegare enn landsgjennomsnittet, mens resultata for overlegar er betre enn landsgjennomsnittet.

Figur 2 – "Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk"



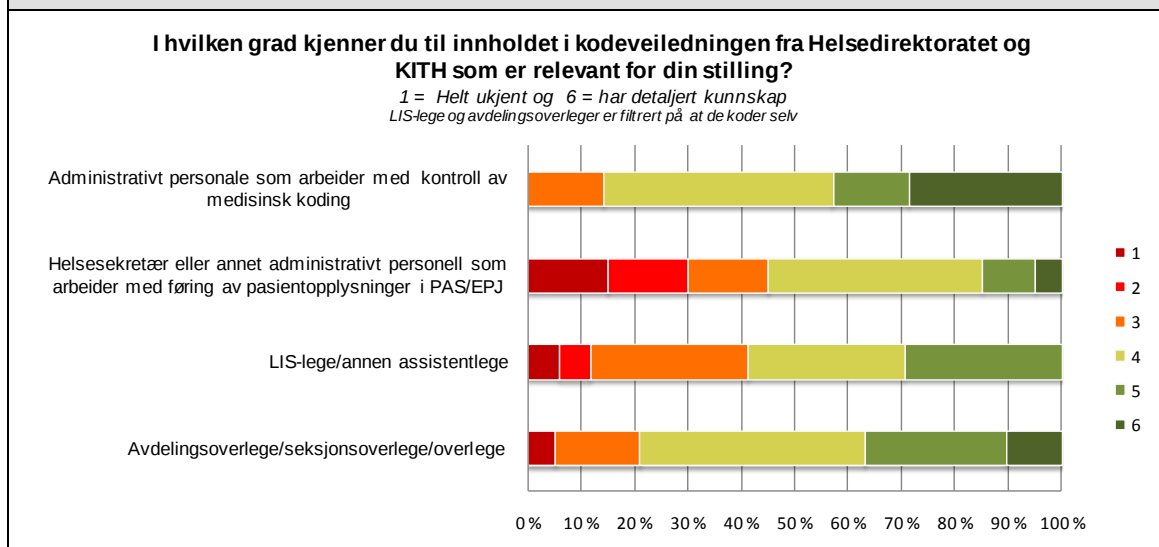
Tabell 4 – "Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk"

	1	2	3	4	5	6	Svar
Helse Fonna HF							
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0 %	0 %	29 %	14 %	0 %	57 %	7
Avdelingsoverlege/ seksjonsoverlege/ overlege	0 %	11 %	5 %	16 %	47 %	21 %	19
LIS-lege/annen assistentlege	11 %	28 %	28 %	17 %	11 %	6 %	18
Turnuslege	20 %	20 %	40 %	20 %	0 %	0 %	5
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

Då DIPS blei innført i same periode som spørjeundersøkinga var aktiv, og var nylig innført ved revisjonsbesøket, vil ikkje spørsmål om opplæring i IT-systemet bli behandla i denne rapporten. I følge fagsjef ved Helse Fonna HF har dei tilsette fått solid opplæring i DIPS i forbindelse med innføringa.

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 Fonna HF							
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	5 %	0 %	16 %	42 %	26 %	11 %	19
LIS-lege/annen assistentlege	6 %	6 %	29 %	29 %	29 %	0 %	17
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	15 %	15 %	15 %	40 %	10 %	5 %	23
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0 %	0 %	14 %	43 %	14 %	29 %	7
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 oppgjer god kjennskap til dei deler av koderettleiaren som er relevant for deira stilling. Resultata for Helse Fonna HF er langt betre 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 Fonna 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)	Usikkert (3 eller 4)	Enig (5 eller 6)
Helse Fonna HF²	27 %	41 %	22 %
Nasjonalt resultat	41 %	45 %	13 %

I intervjuet kjem det fram at det er stor variasjon i korleis regelverket opplevast. Helsesekretærarar med roller knytt til kodearbeidet oppgjer at systemet er forholdsvis komplisert, men at deira bakgrunn gjer det mogleg å forholde seg til det. Likevel er det deler av regelverket som oppfattast ulogisk. Det blei fortalt at det opplevast som at det er for mye rom for tolkingar. Eit eksempel frå DRG-forum blei fortalt der ein lege demonstrerte 4-5 ulike oppsett på same pasient som alle var medisinsk korrekte, men ga ulike utslag i DRG.

Overlegane fortalte i intervjuet at regelverket til tider opplevast som unødig komplisert og det kjennes frustrerende at det ofte er liten samanheng mellom refusjon for visse koder i forhold til kva ressursar som ein krev for å behandle pasienten. Sagt av ein overlege: "Det er nokre gangar med tungt hjerte at man koder riktig."

OPPLEVING AV IT-SYSTEMET BRUKT TIL KODING

IT-systemet som nyttast til føring av koder er DIPS. Som omtalt i kapittel 1.2.1 er systemet innført kort tid før revisjonsbesøket. Stort sett blei det fortalt i intervjuet at dei verkar nøgde med overgangen til nytt IT-system og at DIPS verkar betre enn Infomedix som var i bruk tidligare. Nokre respondentar fortel at dei bruker mye tid på føring i DIPS, men dei merkar at det går fortare etter kvart som dei venner seg til systemet.

Likevel er det aspektar ved DIPS som opplevast mindre bra. Spesielt vert det opplyst at søkefunksjonen ikkje er hensiktsmessig. Den innebygde søkemotoren fungerer dårleg, og det er ikkje mulig å kopiere informasjon direkte frå søk i FinnKode.

Dei andre IT-løysingane ved føretaket blei ikkje diskutert utover risikoen tilknytta overføring av koder til DIPS, omtala i kapittel 1.2.1.

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

² Resultatet er vektet for å korrigere for skeiv fordeling i besvarelsene i forhold til populasjonen.

BRUK AV HJELPEVERKTØY

Blant tilsette som sjølv setter medisinske koder seier 89 % at deira avdeling har kortlister over dei mest brukte kodar/prosedyrar ved avdelinga. Det kjem fram av intervjuet at nokre kortlister er utarbeidd av personell ved helseføretaket mens andre avdelingar bruker kortlister utarbeidd av kommersielle aktørar. På spørsmål om kor hyppig kode-settarar bruker ulike hjelpeverktøy dersom dei er usikre gir 55 % skår 5 eller 6 på at dei bruker eigenproduserte kortlister og 18% at dei bruker kortlister frå kommersielle aktørar. Skalaen på spørsmålet går frå 1 som er "aldri" til 6 som er "alltid".

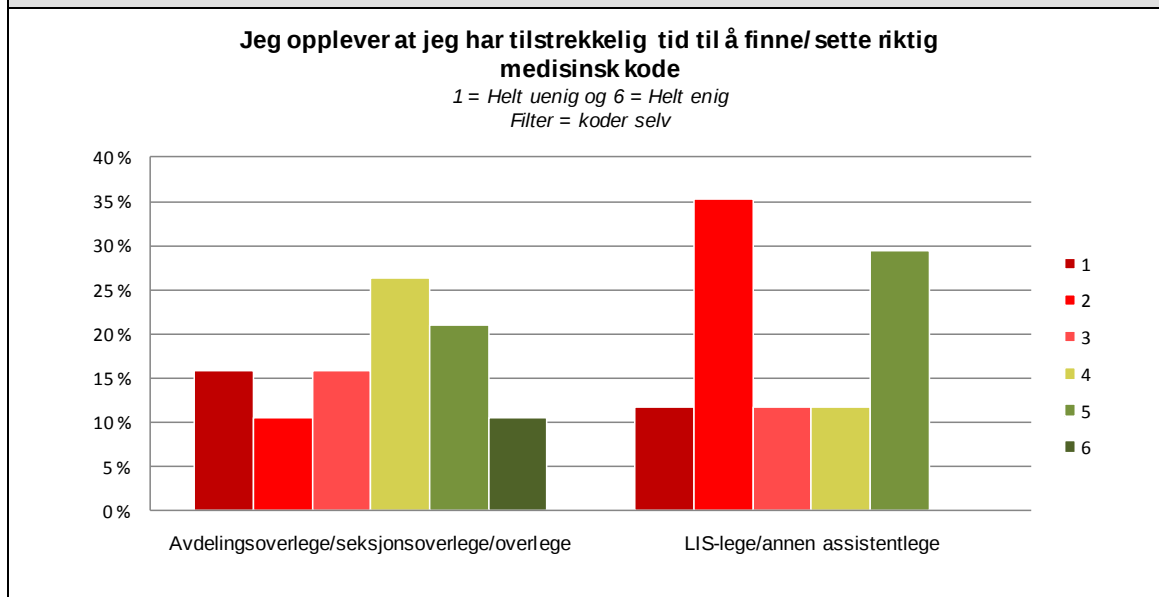
Kortlister vert i intervjuet beskrivne som eit nyttig og tidssparande verktøy. Dei inneheld som regel 80 % - 90 % av dei mest brukte kodene ved avdelinga, noko varierende mellom avdelingar. Likevel blei kortlistene beskrivne som ein mulig risiko for feilkoding då ein gjerne vel den nærmaste koden i staden for å leite etter rett kode dersom den korrekte koden ikkje var på lista.

Andre hjelpeverktøy som brukast hyppig vert oppgitt i spørjeundersøkinga og intervjuar til å være FinnKode frå KITH samt meir erfarne kollegaer.

TID TIL KODING

Eit fleirtal av LIS-legar ved føretaket svarar i spørjeundersøkinga at dei ikkje har tilstrekkeleg tid til å finne/sette riktig medisinsk kode. 59 % kryssar av for skår 3 eller lågare på spørsmålet. Tilsvarende tal for overlegar er 42 %. Begge desse gruppene gir opp eit betre resultat enn det nasjonale gjennomsnittet (Tabell 7).

I intervjuet svarar LIS-legane at dei føler seg pressa på tid når dei setter koder. Dette kan medføre at dei vel uspesifiserte koder eller at koding kan bli ufullstendig ved at det til dømes manglar nokre bidiagnosar. Legane fortel også at dei opplever eit økt tidspress i forbindelse med at dei nå sjølv må føre kodene inn i DIPS og krav om å sende ut epikrise innan ei veke.

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 Fonna HF							
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	16 %	11 %	16 %	26 %	21 %	11 %	19
LIS-lege/annen assistentlege	12 %	35 %	12 %	12 %	29 %	0 %	17
Nasjonalt							
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	19 %	25 %	19 %	17 %	12 %	8 %	776
LIS-lege/annen assistentlege	22 %	26 %	19 %	16 %	11 %	6 %	479

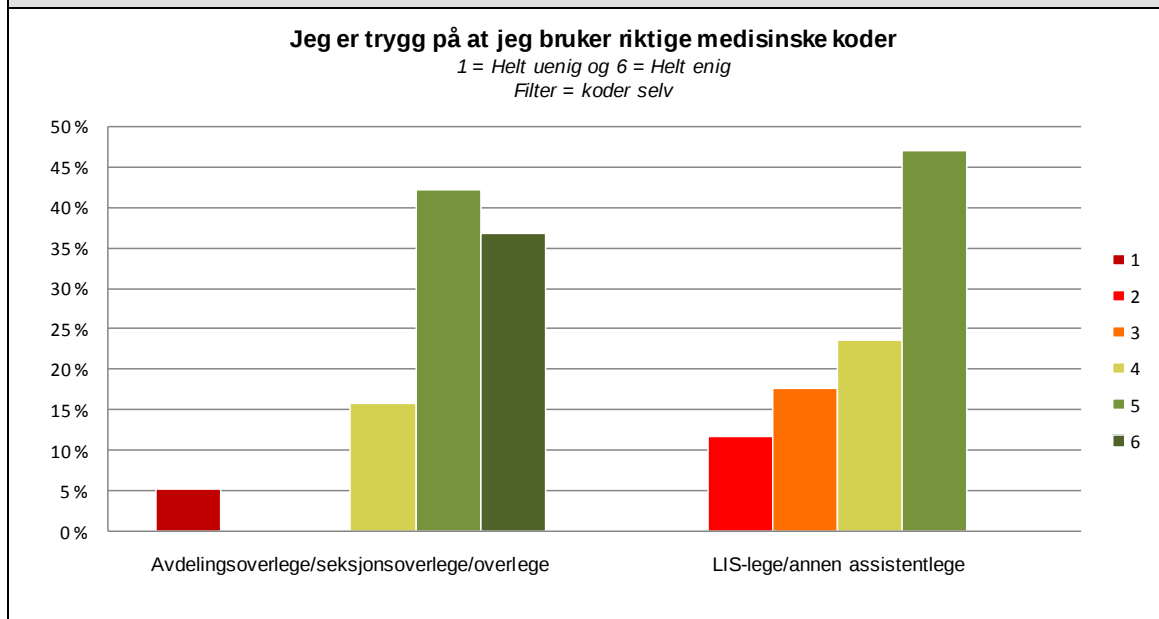
ANDRE FORHOLD FRÅ INTERVJUA

LIS-legane seier dei gjerne skulle hatt stillerom og raskare datamaskiner for å leggje til rette for kodesetting.

Det er og blitt gitt uttrykk for at det kan være større lojalitet til å sikre kvaliteten i lokale register og kodeverk enn å sørge for korrekt kvalitet på dei offisielle systema. Disse systema er eller har vore direkte konkurrentar får vi opplyst.

TRYGGLEIK VED EIGEN KODING

Legane ved Helse Fonna HF svarar i stor grad at dei er trygge på at dei sjølv bruker riktige medisinske koder. 79 % av overlegar gir skår 5 eller 6 på påstanden og 47 % av LIS-legar gjer det same. Som ein kan sjå i Tabell 8 skil Helse Fonna HF seg også her positivt ut frå landsgjennomsnittet.

Figur 5 – Tryggleik ved eigen koding**Tabell 8 – Tryggleik ved eigen koding³**

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 Fonna HF				
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	5 %	16 %	79 %	19
LIS-lege/annen assistentlege	12 %	41 %	47 %	17
Nasjonalt resultat				
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	7 %	35 %	58 %	777
LIS-lege/annen assistentlege	10 %	48 %	42 %	477

Blant dei 16 som i spørjeundersøkinga svarar at dei er medlemmer av ei analysegruppe ved Helse Fonna HF seier 8 at dei er einige (skår 5 eller 6 i same skala som spørsmålet over) i påstanden "Kodekompetansen blant det medisinske personalet som setter koder i mitt HF er god", mens dei andre 8 svarar at dei er usikre (skår 3 eller 4). På same spørsmål er 37 % samde og 56 % usikre på landsbasis.

1.2.2.4 SAMLA VURDERING AV STYRINGS- OG KONTROLLMILJØ

Vårt inntrykk er at organiseringa av kodepraksisen ved helseføretaket er hensiktsmessig. Roller og arbeidsfordeling har tidlegare vært godt definert, men det er for tida noko utryggleik i forbindelse med innføring av DIPS. Denne utryggleiken kan medføre risiko for feilkoding i overgangsperioden.

Opplæringa synest ikkje tilstrekkeleg blant LIS-legar og turnuslegar. Det som har vært gjennomført av formell opplæring ved føretaket har vært retta mot tilsette som har

³ Dei som har svara "Vet ikkje" er trukket frå før utregning

spesielle roller i forbindelse med kodepraksisen og dette vert gjenspeila i resultata frå spørjeundersøkinga.

Til tross for tilsynelatande manglande opplæring har Helse Fonna HF gode resultat på spørsmålet om kjennskap til koderettleiaren relevant for deira stilling. Det er også gode resultat på dei tilsette sin tryggleik ved eigen kodebruk. Dette har truleg samanheng med god kjennskap til koderettleiaren. Dette bidrar til større tryggleik ved at styrings- og kontrollmiljøet er godt tilrettelagt.

I spørjeundersøkinga gir dei tilsette ved Helse Fonna HF betre resultat enn landsgjennomsnittet når det kjem til om dei har tilstrekkeleg tid til koding. Likevel svarar fleirtalet av LIS-legar at dei ikkje har tilstrekkeleg tid. Det er oppgitt i intervjuet at dette forsterkast med den nye arbeidsfordelinga etter innføring av DIPS. Vår vurdering er at det bør tilretteleggast slik at legane opplever at dei har tilstrekkeleg tid for å unngå at dei bruker samlekode eller ikkje fører alle relevante bidiagnosar.

Bruken av kortlister ved avdelingane bidrar til meir effektiv kodesetting for dei vanlige tilfella. Det er vår vurdering at det er spesielt viktig å kvalitetssikre kortlistene, spesielt dei som er utarbeidd av kommersielle aktørar. Det bør også kommuniserast tydeleg at det skal søkes etter korrekt kode dersom ein ikkje finner ei passende kode på kortlista.

Vår samla vurdering av styrings- og kontrollmiljøet er at roller og organisering er tilfredsstillende. Dei tilsette opplever at dei har god kjennskap til koderettleiinga og er trygge på at dei sjølv nyttar riktige medisinske koder. Dette er i kontrast til at det blir oppdaga hyppige feil under internrevisjonar og kontrollar (sjå kapittel 1.2.4.2). Dette har sannsynleg samanheng med manglande oppfølgingspraksis, diskutert i kapittel 1.2.5.4. Vår vurdering er at opplæringa ikkje er tilfredsstillande og at det er ein risiko at dei tilsette ikkje opplever at dei har tilstrekkelig tid til å finne og sette kodar. Sjå kapittel 1.3 for konkrete anbefalingar.

1.2.3 MÅLSETTINGAR FOR MEDISINSK KODEPRAKSIS OG RISIKOVURDERINGAR

1.2.3.1 BESKRIVING

Vi er ikkje opplyst om formelle målsetjingar for medisinsk kodepraksis ved Helse Fonna HF.

I arbeidsmøtet blei det uttalt at dei har hatt som mål å endre fokus frå inntekt på grunnlag av koding til at kodinga skal være medisinsk korrekt.

I spørjeundersøkinga blei følgjande oppgitt som målsetjingar:

- "Hovedmålet er rett koding som speiler faktisk innsats og behandling."
- "Redusere tallet på feil koding årleg mellom anna for å få korrekt koding som gir korrekt finansiering. Interne gjennomganger skal utførast jamleg og det er halde kurs innan koding/regelverk."

Det ble opplyst som svar på dokumentførespurnaden at det ikkje er gjennomført risikovurderingar knytt til kodepraksisen.

1.2.3.2 SAMLA VURDERING AV MÅLSETTINGAR OG RISIKOVURDERINGAR

Målsetjingar er ikkje formaliserte, men dei eksisterar uformelt ved leiinga i føretaket. At dei ikkje er formaliserte kan medføre at dei ikkje oppnår tilstrekkelig fokus i organisasjonen.

At det ikkje er gjennomført risikovurderingar av medisinsk kodepraksis ved føretaket, kan innebære at ikkje alle vesentlige risikoar på området identifiserast, 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 forbetrast. 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 gyldige nedskrivne arbeidsrutinar i bruk ved helseføretaket.

Det er i staden blitt oversendt dokument frå ulike klinikkar som beskriv kodepraksisen. Disse er oppretta som svar på dokumentførespurnaden i forbindelse med revisjonsbesøket. Dei beskriv arbeidsmetodar, ansvarsforhold og i nokre tilfeller opplæringsprosedyrar i klinikken.

Det er blitt oversendt funksjonsbeskrivingar for seksjonsoverlege, klinikkoverlege og kvalitetsrådgjevar. For rollene seksjonsoverlege og klinikkoverlege er ansvarsområde tilknytta kodepraksis spesifisert. Det er spesifisert at kvalitetsrådgjevar skal stø med internkontroll. I intervju framkom det at dette femner internkontroll av kodepraksis.

Det er utarbeida prosedyre for medisinsk koderevisjon. Denne prosedyren beskriv ansvarsforhold, framgangsmåte og relevante regelverk for koderevisjon. Korrekt medisinsk koding og læringsoverføring vert vektlagt.

Det ligg også føre mandat for ei ressursgruppe for medisinsk koding. Gruppa blei oppretta 12.10.2009.

1.2.4.2 NØKKELKONTROLLAR KNYTT TIL KODEARBEIDET

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

Helse Fonna HF nyttar fire former for kontroll:

- Overlegar som kontrasignerar epikrisar og kodar skrevet av assistentlegar.
- Helsesekretærar som kontrollerer samsvar mellom journal, epikrise og koder.
- Kvalitetsrevisjonar gjennomført av kvalitetskoordinator og kontrollpersonell.
- Tertialvise internrevisjonar av koding frå ulike avdelingar.
- Sentral kontrollfunksjon innleidd frå Analysesenteret AS

Hovudregelen er at alle epikrisar skrivne av turnuslegar eller LIS-legar med mindre enn seks månaders erfaring skal kontrasignerast av overlege. Gjennom intervju blei det fortalt at kontrasigneringa gjennomførast meir konsekvent ved medisinsk klinikk enn dei andre klinikkane. Dersom overlegen finn feil i kodinga blir det gitt tilbakemelding til legen som opphavleg satt kodane før kodane rettes. Når ein LIS-lege blir sett

som tilstrekkeleg erfaren blir legen godkjend til at legen sine epikrisar ikkje treng kontrassegnatur. Denne avgjerda blir tatt av kodeansvarlig overlege og skjer generelt etter legen har opparbeidd seg seks månaders erfaring. Det blei opplyst om at det er utfordringar i forbindelse med kontrassegnering etter at kravet om utsending av epikriser innan ei veke trådde i kraft. Det hender relativt hyppig at kodinga ikkje blir kontrassegnert før epikrisa sendes ut.

Før innføringa av DIPS blei alle kodar ført inn i Infomedix av helsesekretærar på grunnlag av epikrisa. Helsesekretærane opparbeidde seg kunnskap om avdelinga si og fungerte som eit kontrollorgan. I DIPS skal legane føre kodane sjølv og dermed blir det mindre kontroll frå helsesekretærane. Helsesekretærane utfører framleis ein form for kontroll ved at dei kontrollerer samsvar mellom journal, epikrise og dei inntasta kodane.

Kodekontrollere gjennomfører ved medisinsk klinikk kvalitetsrevisjonar av kodinga. Målet er å gjennomgå epikrisane for alle inneliggande pasientar. Tidligare fekk dei gjennomgått 30-60%, men talet har falt i forbindelse med innføringa av DIPS. I desse revisjonane finn dei at det i 30-50% av epikrisane finst korrigeringsbehov. Det opplystast om at ein finn mest feil i komplikasjonskodar, stjernekombinasjonar og bidiagnosar. Dei finn også noe feil i hovuddiagnosar, men ikkje like stort omfang. Vi er ikkje opplyst om at det gjennomførast liknande revisjonar i andre klinikkar.

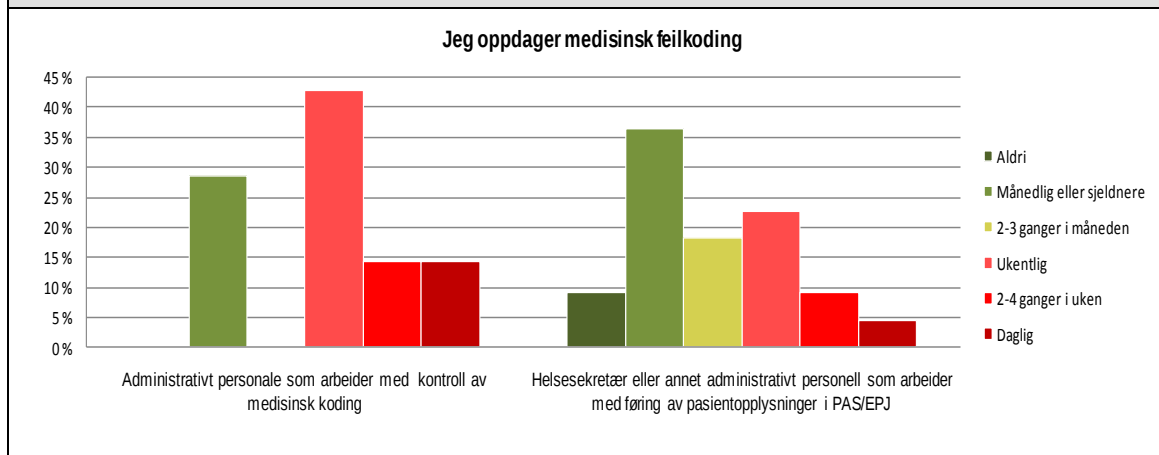
I tillegg til kvalitetsrevisjonane på klinikknivå gjennomførast det tertialvise internrevisjonar av koding. Ved disse internrevisjonane veljast det ut ei veker produksjon frå ein avdeling som vert gjennomgått. Internrevisjonane gjennomførast etter at avdelingane har gjennomført eigen kontroll. Alle epikrisane reviderast og dannar grunnlag for ein rapport med tilbakemeldingar til avdelinga det gjelder. Avdelinga gjer endringane før NPR-rapportering. I intervjuet ble det fortalt at dei finn feil i inntil 50 % av hovuddiagnosane i epikrisane. Dette talet er bekrefta ved gjennomgang av eit utval internrevisjonsrapportar. Alle revisjonane vi er kjent med har medført økt DRG. I nokre tilfeller er forskjellen spesielt stor da det ved to tilfeller er funnet at tracheostomi⁴ er skrevet i epikrisa, men ikkje koda.

Det blei opplyst om at, til tross for at dei framleis avdekkjer feil i ein stor del av epikrisane og kodane, har dei inntrykk av at kodekvaliteten er i ferd med å forbetras.

Sentral kontroll av kodinga skjer gjennom avtale med Analysesenteret Lovisenberg AS. Denne kontrollen fokuserer hovudsaklig på manglande DRG (DRG 470) og unormale opphald. Etter sentral kontroll rapporterast tala til NPR.

⁴ Prosedyre der det lages hull på halsen inn til luftrøret. Prosedyren er ikke spesielt krevende men er indikativ på alvorlig tilstand hos pasienten og er tilknyttet en høy DRG.

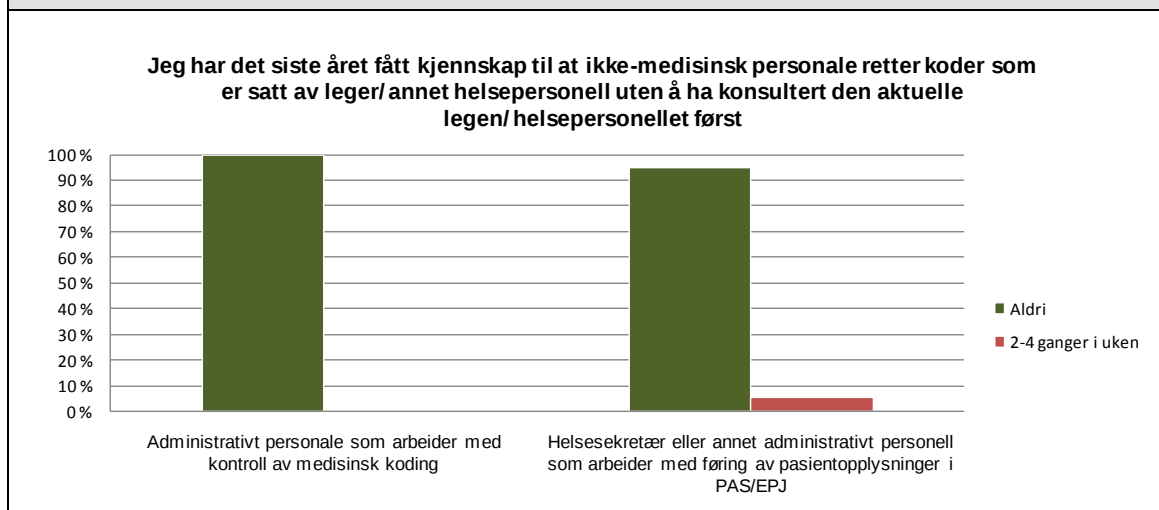
Figur 6 – Hyppighet av oppdaga feilkoding



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

Det går fram av intervjuet at endring av kodar alltid skal skje etter godkjenning frå legen som opphavlig satt koda. Dette bekreftast av spørjeundersøkinga der det berre er ein respondent som seier at dette har funnet stad det siste året (Figur 7).

Figur 7 – Retting av koder utan konsultasjon av lege



I intervjuet 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. Helsesekretærane påpeiker at det også er viktig å fokusere på opplæring av leger for å redusere feilmengda og dermed også kontrollbehovet.

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

I forbindelse med dokumentførespurnaden blei det ikkje oversendt skriftlege rutinar og prosedyrar utover funksjonsbeskrivingar og kodelistar i bruk ved ulike avdelingar. Likevel gir dei oversendte dokumenta frå klinikkane inntrykk av at det er god kontroll over kva for rutinar og prosedyrar i forbindelse med kodepraksisen som er i bruk ved føretaket. Vår vurdering er at rutinane bør formaliserast for å minimere risiko for at dei ikkje blir tatt i bruk.

Helse Fonna HF har ein godt etablert kontrollfunksjon på fleire nivå. Kontrollane avdekker eit stort tal feil gjennom kvalitetsrevisjonar ved medisinsk klinikk og tertialvise internrevisjonar. Feila som blir avdekket av kontrollane er i stor grad underkoding. Resultata av kontrollane er at underkodinga blir retta, noko som medfører auka inntekter til føretaket. Vår vurdering er at kontrollfunksjonane er hensiktsmessige, men ikkje tilstrekkelige gitt mengda med feil som blir avdekket.

Vår samla vurdering av tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksisen er at det er forhold som bør betrast. 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 av feilkoding.

1.2.5.1 PROSEDYRAR FOR OPPFØLGING

Vi er ikkje kjent med at det er utarbeida formelle prosedyrar for oppfølging av kodepraksis ved Helse Fonna HF.

Det blei opplyst i intervjuet at LIS-legar skal få oppfølging i form av tilbakemeldingar frå kontrasignerande overlege.

Det er også oppfølging av avdelingsleiing i samband med dei tertialvise internrevisjonane.

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 intervjuet at dette ikkje alltid skjer, noko som blei bekrefta i intervjuet med LIS-legar som seier at dei sjeldan får oppfølging på eigen kodesetting. Det blei også fortalt at dei fikk tilbakemelding hyppigare då dei nytta Infomedix.

Ved avdekking av feil i helsesekretæranes kodekontroll blir ansvarleg overlege konsultert for godkjenning av retting av kodar. Det opplyses om at det er sjeldan at tilbakemeldinga kjem fram til legen som opphavleg sette koda.

Ved systematiske og gjennomgåande feil i koding blir problema tekne opp i morgonmøter ved avdelingane. Det er ikkje faste rutinar for dette og frekvensen er varierende mellom avdelingar.

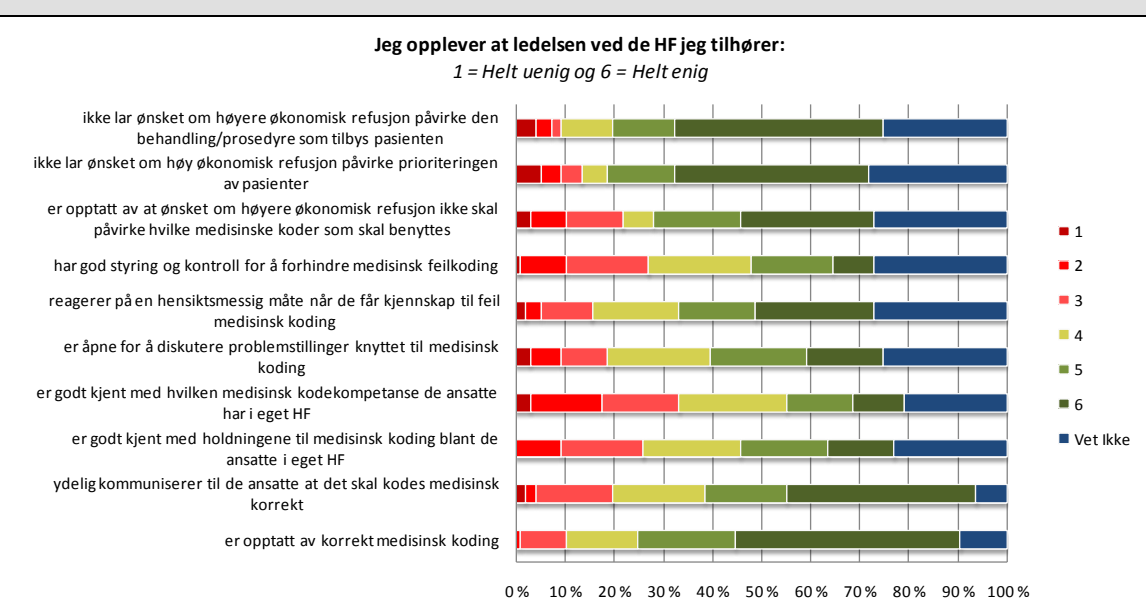
Dei tertialvise internrevisjonane resulterer i ein rapport der alle rettingar er beskrivne. Rapporten blir sendt til administrerande direktør, klinikkssjef og kodeansvarlige overleger. Vi er ikkje kjent med at tilbakemeldinga går vidare til LIS-legar.

KOMMUNIKASJON FRÅ LEINGA

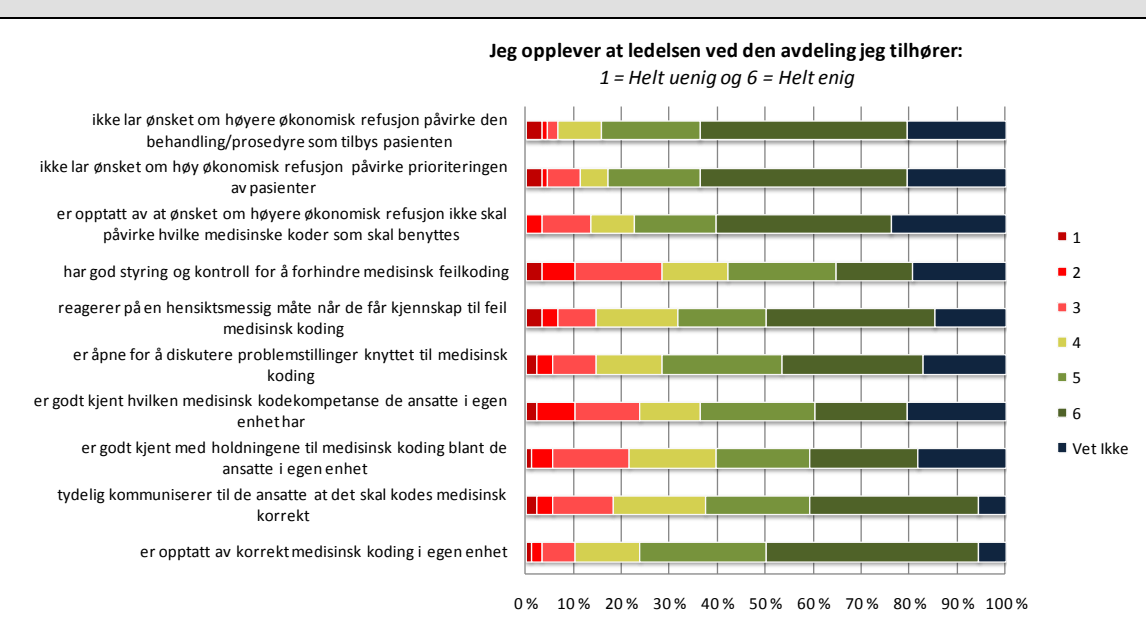
Det blei fortalt i møte med fagsjef at det dei siste åra er blitt arbeidd med å endre fokus frå det økonomiske aspektet ved kodinga til at kodinga skal være medisinsk korrekt. Dette blei bekrefta i intervju med dei andre stillingsnivåa.

For å kartlegge signala som sendes frå leinga er dei tilsette bedt om å vurdere ein rekke påstandar om HF-leinga og avdelingsleinga. Resultata visast i Figur 8 og Figur 9. Det går fram at det stort sett er høg tillitt til leinga, spesielt på avdelingsnivå. Likevel kjem det fram usikkerheit rundt kva for kjennskap leinga har til dei tilsette sin kunnskap. Resultata er jamt over gode, men svakare enn landsgjennomsnittet.

Figur 8 – Tone at the Top – HF-leinga



Figur 9 – Tone at the Top - avdelingsledelse



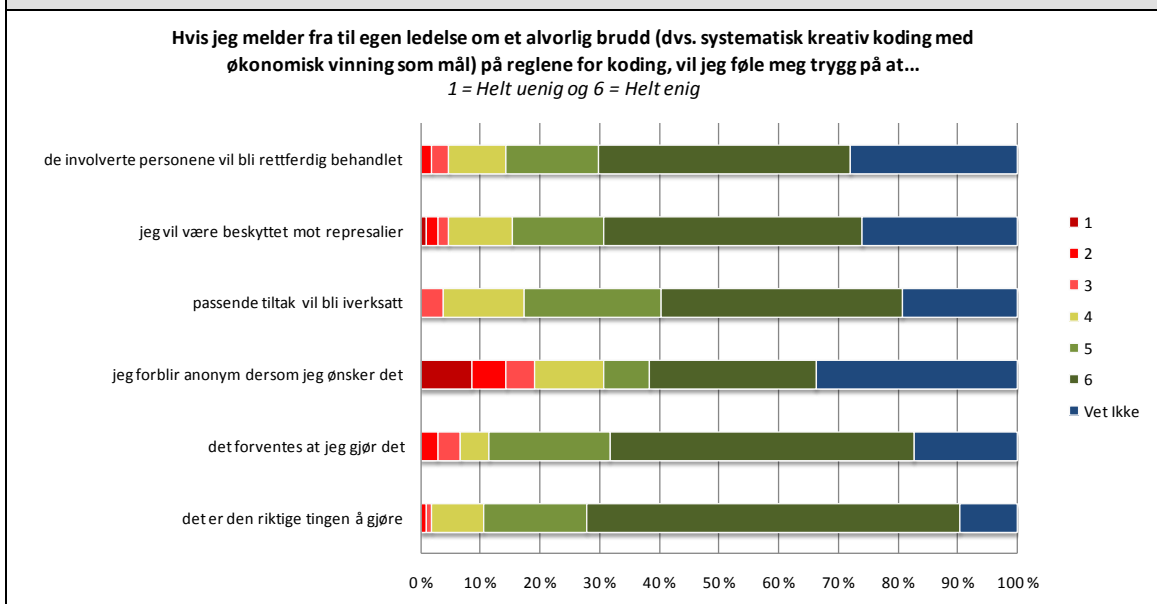
BEVISST FEILKODING OG TRYGGLEIK VED VARSLING

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. Berre 1 av 104 svarte at dei har fått kjennskap til at gal medisinsk kode med overlegg er brukt for å auke refusjonsbeløpet og 1 av 104 har fått kjennskap til at det er blitt valt ein annan behandling enn den som er mest optimal for å auke refusjonsbeløpet.

For å best mulig sikre at bevisst feilkoding ikkje førekjem er det viktig at det meldes fra dersom noko slikt skulle førekomme. I spørjeundersøkinga oppgir 82 % at dei ville valt å melde fra dersom dei fikk kjennskap til eller fatta sterk mistanke om bevisst feilkoding i eige helseføretak. 16% oppgir 'Vet ikke' som svar på spørsmålet mens resterande 2% oppgir at dei ikkje ville varsle om et slikt tilfelle. Tilsvarende tal for landsgjennomsnittet er 80% som ville valt å melde fra, 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 kjem fram at dei fleste meiner at varslingsprosessen 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.

Figur 10 – Tryggleik ved varsling



1.2.5.3 FRITTSTÅANDE EVALUERINGAR AV KODEPRAKSIS

Vi er ikkje gjort kjent med at det har vore gjennomført frittståande evalueringar av kodepraksisen ved Helse Fonna HF.

1.2.5.4 SAMLA VURDERING AV OPPFØLGING AV MEDISINSK KODEPRAKSIS

Det er tydeleg kommunisert frå leiinga at fokuset for kodinga skal være at det er medisinsk korrekt. Dette er også oppfatta lenger ned i organisasjonen og bidrar til tryggleik for at kreativ koding ikkje førekjem.

Det kommer ikkje fram teikn til kreativ eller taktisk koding for å auke refusjonsbeløpet. Det er i stor grad ein sunn haldning til varsling, 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.

Det manglar tilstrekkeleg tilbakemelding til legane som opphavlig setter kodene. Dette kan forklare at det oppdagast eit stort tal feil gjennom kontrollfunksjonane til tross for at dei tilsette oppgir at dei har god kjennskap til koderettleiinga og er trygge på at dei nyttar riktige koder. Det er sannsynleg at dei sjølve ikkje er klar over at dei gjer mange feil når dei kodar.

Vår samla vurdering er at oppfølging av medisinsk kodepraksis ved Helse Fonna HF ikkje er tilfredsstillande. Sjå elles kapittel 1.3 for konkrete anbefalingar.

1.3 KONKLUSJON OG ANBEFALINGAR

Vår vurdering av kodepraksisen ved Helse Fonna HF er at den er tilfredsstillande 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 teikn til at det kodes mykje feil ved føretaket. I hovudsak er dette underkoding inkludert manglande bidiagnosar og for høg bruk av samle-kodar. Det er også blitt opplyst at dei finn feil i 25-30% av hovuddiagnosane i den terti-alvise internrevisjonen. Det verker sannsynleg at årsaka til dette er manglande opplæ-ring og oppfølging av opphavlege kodesettarar, samt manglande motivasjon til koding i deler av føretaket.

Det er generelt svært gode resultat på spørjeundersøkinga jamfør med nasjonale gjen-nomsnittstall. Resultata er ikkje samanhengande med resultata frå intervjuet. Dette kan skuldast at det var lav svarprosent og at dei som har svart på undersøkinga er dei med størst interesse for koding.

HOVUDFUNN

- Det er ein sunn haldning til kodepraksis ved at det er godt kommunisert at fo-kus er på medisinsk korrekt koding.
- Det er godt innarbeida kontrollfunksjonar ved føretaket, spesielt ved medisinsk klinikk.
- Det avdekkast eit stort tal feil gjennom kontrollorgana, spesielt kvalitetsrevisjo-nar ved medisinsk klinikk og føretaksomfattande internrevisjonar.
- Det er mangel på formell og systematisert opplæring. Dette medfører mykje feil i kodene som blir satt opphavleg.
- Det er stor skilnad på grad av opplevd opplæring avhengig av stillingsnivå.
- Legane opplever et stort tidspress grunna kort epikrisetid. Dette medfører bruk av samlekoder og at ikkje alle bidiagnosar blir tatt med.
- Mangel på integrasjon mellom ulike IT-løysingar medfører risiko for at ikkje alle koder blir overført til DIPS.
- Regelverket for koding oppfattast som komplisert, ulogisk og til tider vanskelig å forholde seg til.
- Arbeidsrutinar og prosedyrar er i liten grad formalisert.
- Det er manglande oppfølging av kodepraksisen hos LIS-leger. Tilbakemelding til LIS-leger skjer sjeldan og medfører dårlig kodekvalitet hos dei som opphav-leg setter kodene.

1. Det bør fastsetjast systematisert og formell opplæring med fokus på LIS-leger og turnuslegar. Spesielt anbefaler vi å gjere e-læringskurset som er tilgjengeleg obligatorisk for alle LIS-leger, turnuslegar og vikarar.
2. I opplæringa bør det medisinske aspektet ved kodinga vektleggast for å auke motivasjonen til å kode korrekt.
3. Det bør innarbeidast betre oppfølging av LIS-leger i form av tilbakemeldingar på egne kodar.
4. Det bør leggst praktisk og teknologisk til rette til at legane kan kode korrekt. Dette inkluderar ein arbeidsplass tilrettelagt med gode datamaskinar samt at det vert satt av tid til kodinga.
5. Rutinar og prosedyrar bør formaliserast.
6. Risikoen for at kodar ikkje vert overført til DIPS frå dei andre systema bør kartleggast. Det bør komme på plass rutinar som sikrar overføringa.
7. Det bør innførast kvalitetsrevisjonar i likskap med medisinsk klinikk i dei andre klinikkane.
8. Den tertialvise internrevisjonen bør oppretthaldast.

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 frittstående 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 Etikkbarometeret er nytta som utgangspunkt for utforming av spørjeundersøkinga. Etikkbarometeret er et godt utprøvd og svært fleksibelt verktøy og har vært i bruk for kartlegging av haldningar i offentlig verksemdar tidligare.

I samarbeid med internrevisjonane ved dei regionale helseføretaka er Etikkbarometeret 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 koder.
Gruppe 2	Stabspersonell som arbeider med føring eller kontroll av medisinske koder.
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 plukket 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 forventat, 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 dei 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.

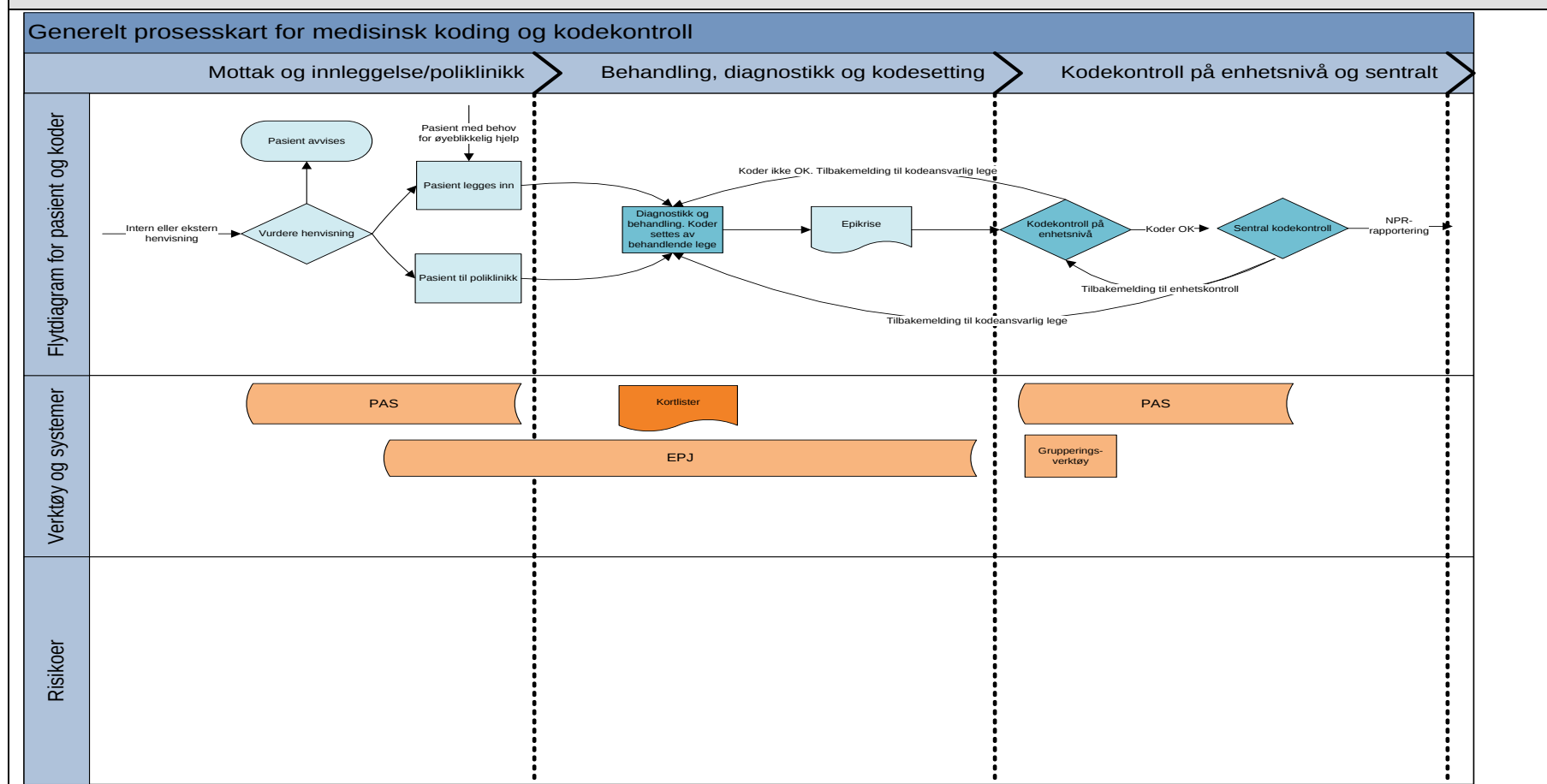
Utval

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 rapportertast 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.

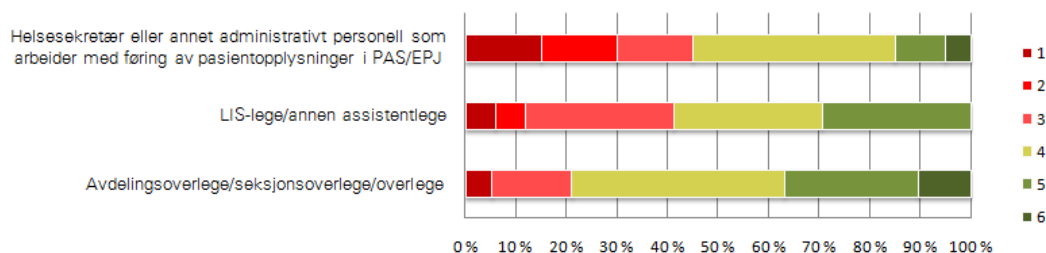
Vedlegg 3 – Ytterligere resultat frå spørjeundersøkinga

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 Fonna, 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.

Fonna:

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

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

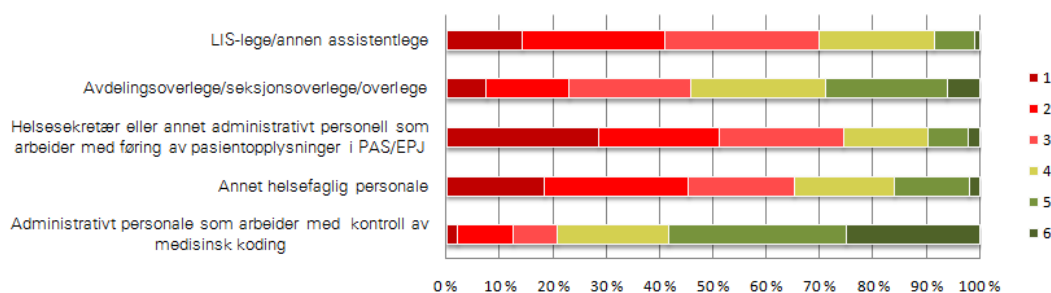


I hvilken grad kjenner du til innholdet i kodeveiledningen fra Helsedirektoratet og KITH som er relevant for din stilling?	1	2	3	4	5	6
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	5,26 %	0,00 %	15,79 %	42,11 %	26,32 %	10,53 %
LIS-lege/annen assistentlege	5,88 %	5,88 %	29,41 %	29,41 %	29,41 %	0,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	15,00 %	15,00 %	15,00 %	40,00 %	10,00 %	5,00 %

Nasjonalt:

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

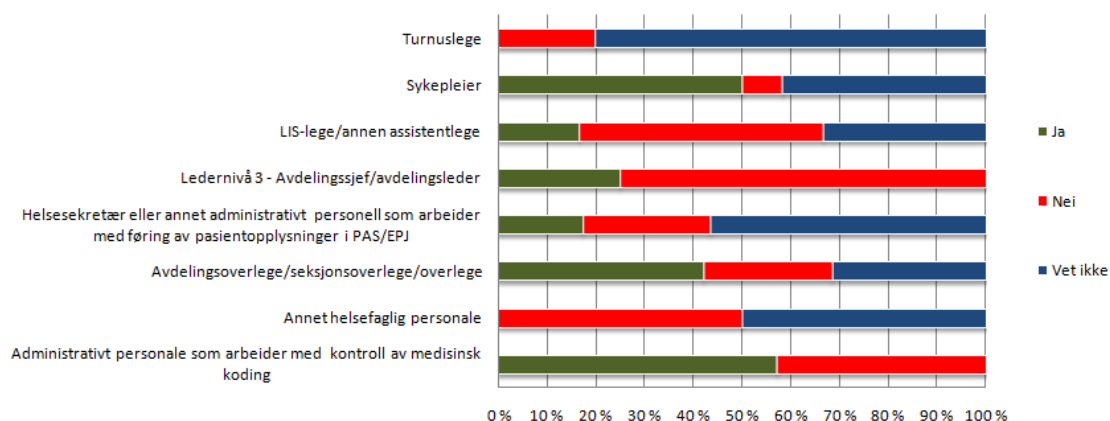
1 = Helt ukjent og 6 = har detaljert kunnskap
LIS-lege og avdelingsoverlege er filtrert på koder selv



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 %
Annet helsefaglig personale	18,36 %	27,05 %	19,81 %	18,84 %	14,01 %	1,93 %
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 %
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	7,49 %	15,51 %	22,73 %	25,40 %	22,73 %	6,15 %
LIS-lege/annen assistentlege	14,22 %	26,72 %	28,88 %	21,55 %	7,76 %	0,86 %

Fonna:

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

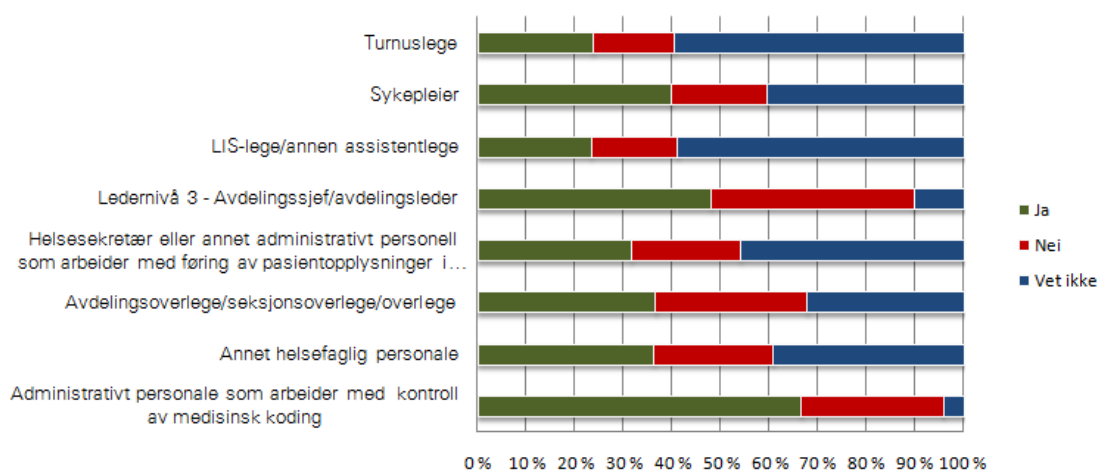


Count of 33: Har din avdeling/enhet etablert skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?

Row Labels	Column Labels			Grand Tot
	Ja	Nei	Vet ikke	
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	57,14 %	42,86 %	0,00 %	100,00 %
Annet helsefaglig personale	0,00 %	50,00 %	50,00 %	100,00 %
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	42,11 %	26,32 %	31,58 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	17,39 %	26,09 %	56,52 %	100,00 %
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	25,00 %	75,00 %	0,00 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	16,67 %	50,00 %	33,33 %	100,00 %
Sykepleier	50,00 %	8,33 %	41,67 %	100,00 %
Turnuslege	0,00 %	20,00 %	80,00 %	100,00 %
Grand Total	28,13 %	34,38 %	37,50 %	100,00 %

Nasjonalt:

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

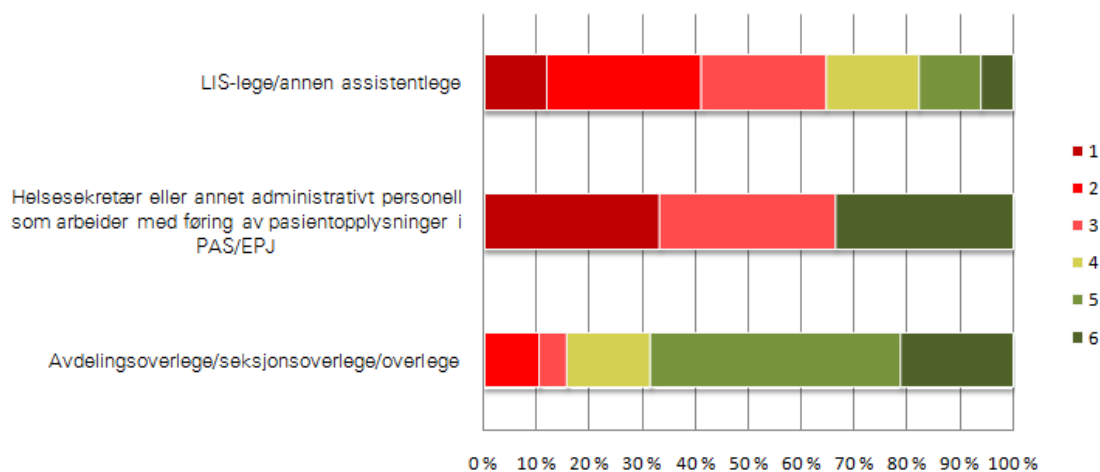


Count of 33: Har din avdeling/enhet etablert skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?				
Row Labels	Column Labels			Grand Tot
	Ja	Nei	Vet ikke	
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medis	66,67 %	29,17 %	4,17 %	100,00 %
Annet helsefaglig 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 %

Fonna:

Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk

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

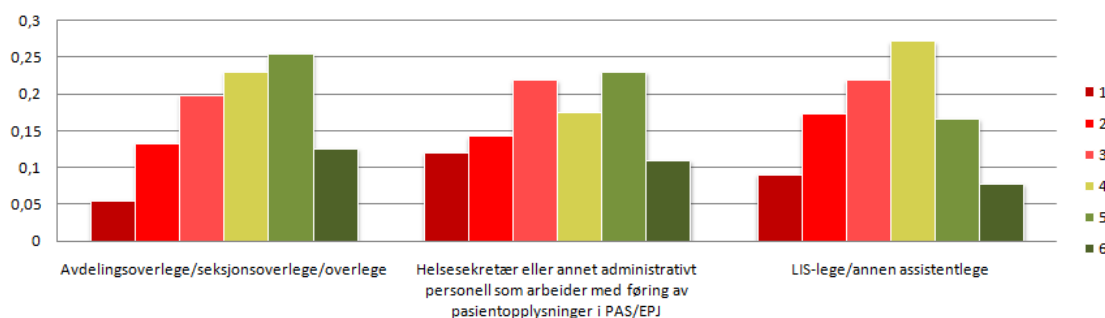


Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk							
Row Labels	1	2	3	4	5	6	Grand Total
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	0,00 %	10,53 %	5,26 %	15,79 %	47,37 %	21,05 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	33,33 %	0,00 %	33,33 %	0,00 %	0,00 %	33,33 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	11,76 %	29,41 %	23,53 %	17,65 %	11,76 %	5,88 %	100,00 %
Grand Total	7,69 %	17,95 %	15,38 %	15,38 %	28,21 %	15,38 %	100,00 %

Nasjonalt:

Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk

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

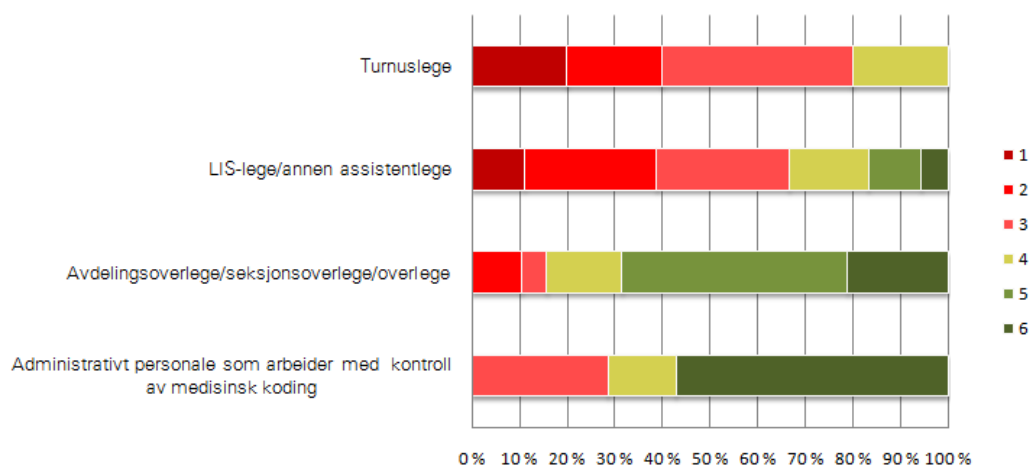


Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk							
Row Labels	1	2	3	4	5	6	Grand Total
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	5,55 %	13,29 %	19,87 %	23,10 %	25,55 %	12,65 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger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

Fonna:

Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

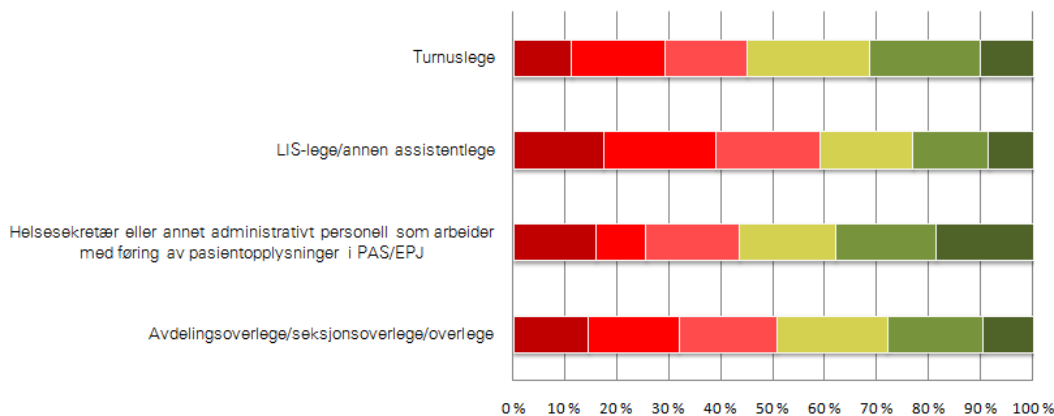


Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk						
Row Labels	Column Labels					
	1	2	3	4	5	6
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0 %	0 %	29 %	14 %	0 %	57 %
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	0 %	11 %	5 %	16 %	47 %	21 %
LIS-lege/annen assistentlege	11 %	28 %	28 %	17 %	11 %	6 %
Turnuslege	20 %	20 %	40 %	20 %	0 %	0 %
Grand Total	6 %	16 %	20 %	16 %	22 %	18 %

Nasjonalt:

Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

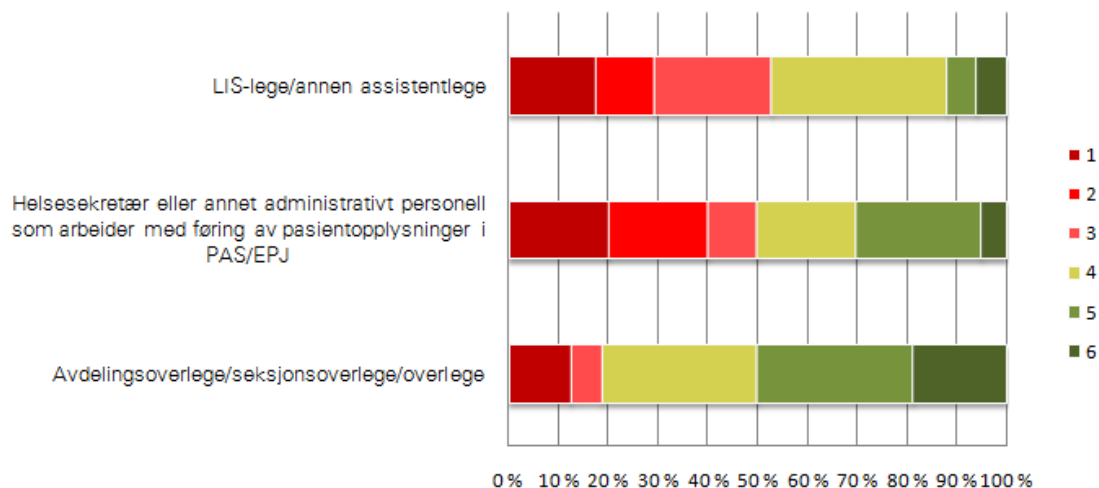


Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i it-systemet (PAS/EPJ/annet) som brukes til koding i min avdeling							
Row Labels	Column Labels						Grand Total
	1	2	3	4	5	6	
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	14,47 %	17,37 %	18,82 %	21,32 %	18,29 %	9,74 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	15,93 %	9,61 %	17,95 %	18,46 %	19,34 %	18,71 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	17,31 %	21,79 %	19,87 %	17,95 %	14,53 %	8,55 %	100,00 %
Turnuslege	11,24 %	17,98 %	15,73 %	23,60 %	21,35 %	10,11 %	100,00 %
Grand Total	15,51 %	15,46 %	18,60 %	19,59 %	17,98 %	12,86 %	100,00 %

Fonna:

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

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

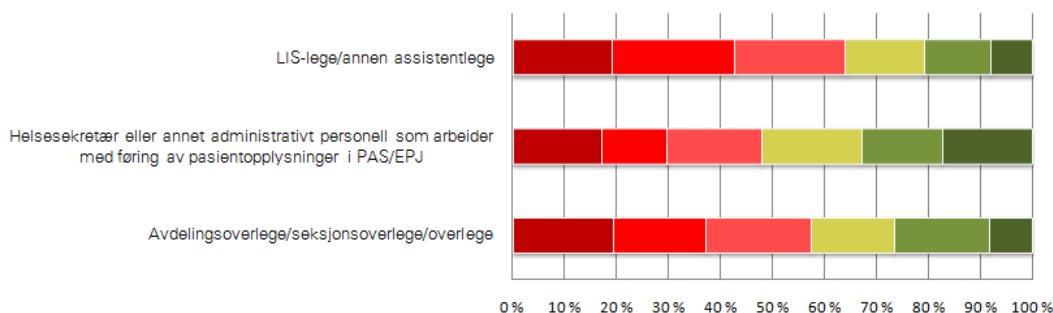


Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i it-systemet (PAS/EPJ/annet) som brukes til koding i min avdeling							
Row Labels	Column Labels						Grand Tot
	1	2	3	4	5	6	
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	12,50 %	0,00 %	6,25 %	31,25 %	31,25 %	18,75 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasie	20,00 %	20,00 %	10,00 %	20,00 %	25,00 %	5,00 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	17,65 %	11,76 %	23,53 %	35,29 %	5,88 %	5,88 %	100,00 %
Grand Total	16,98 %	11,32 %	13,21 %	28,30 %	20,75 %	9,43 %	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



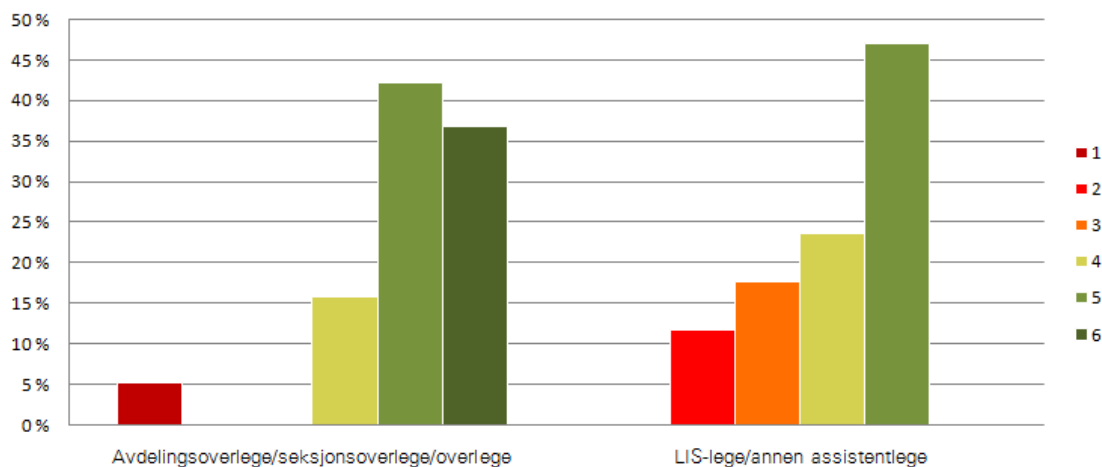
Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i it-systemet (PAS/EPJ/annet) som brukes til koding i min avdeling							
Row Labels	Column Labels						Grand Tot
	1	2	3	4	5	6	
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	19,39 %	17,73 %	20,22 %	16,07 %	18,28 %	8,31 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring	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 %

Fonna:

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

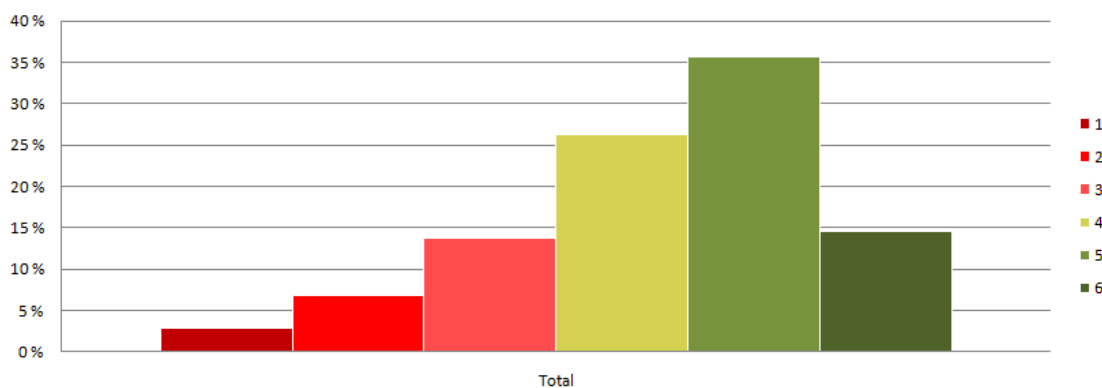
Row Labels	Column Labels						Grand Total
	1	2	3	4	5	6	
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	5,26 %	0,00 %	0,00 %	15,79 %	42,11 %	36,84 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	0,00 %	11,76 %	17,65 %	23,53 %	47,06 %	0,00 %	100,00 %
Grand Total	2,78 %	5,56 %	8,33 %	19,44 %	44,44 %	19,44 %	100,00 %

Nasjonalt:

Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Filter = koder selv

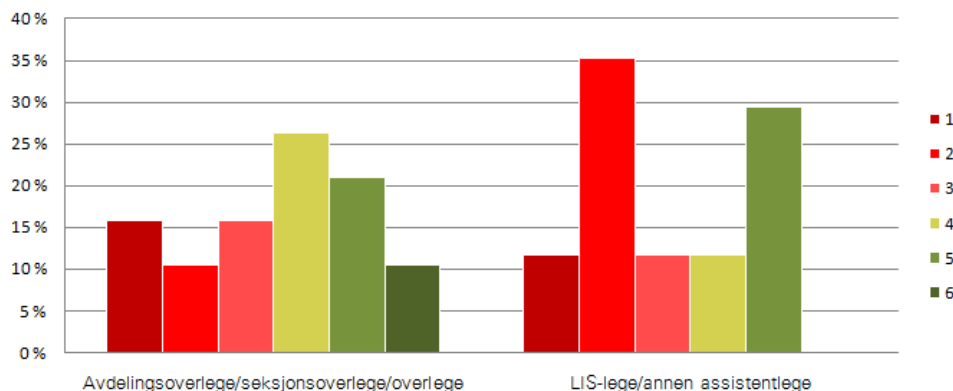


Count of 47: Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder	Column Labels						Grand Total
	1	2	3	4	5	6	
	2,81 %	6,88 %	13,75 %	26,30 %	35,68 %	14,58 %	100,00 %

Fonna:

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

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



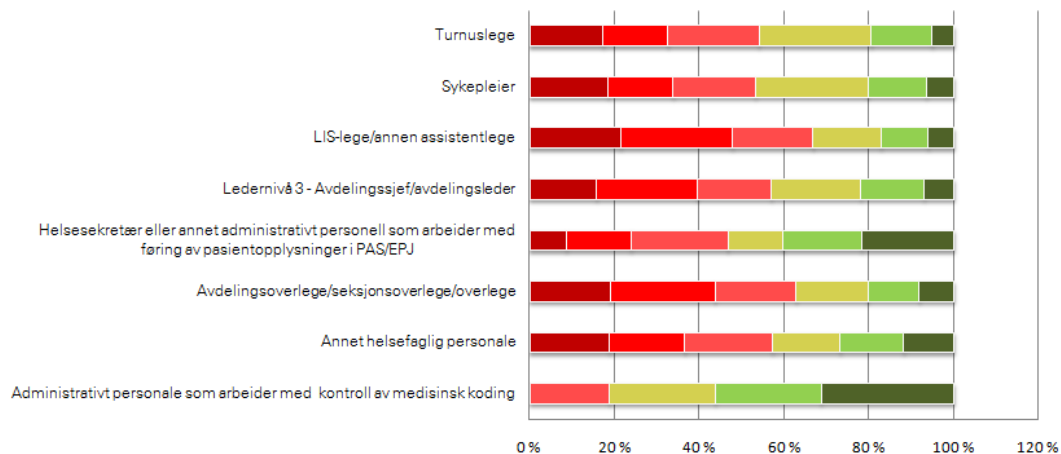
Count of 47: Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig medisinsk kode

Row Labels	Column Labels						Grand Total
	1	2	3	4	5	6	
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	16 %	11 %	16 %	26 %	21 %	11 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	12 %	35 %	12 %	12 %	29 %	0 %	100,00 %
Grand Total	13,89 %	22,22 %	13,89 %	19,44 %	25,00 %	5,56 %	100,00 %

Nasjonalt:

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

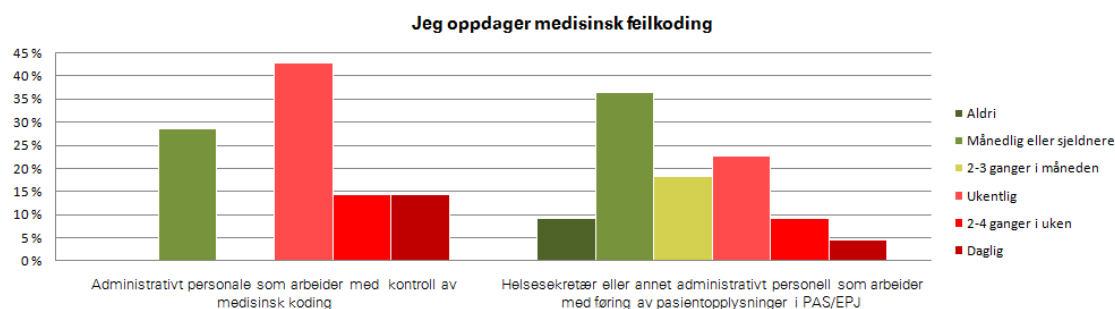
1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
Filter = koder selv



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

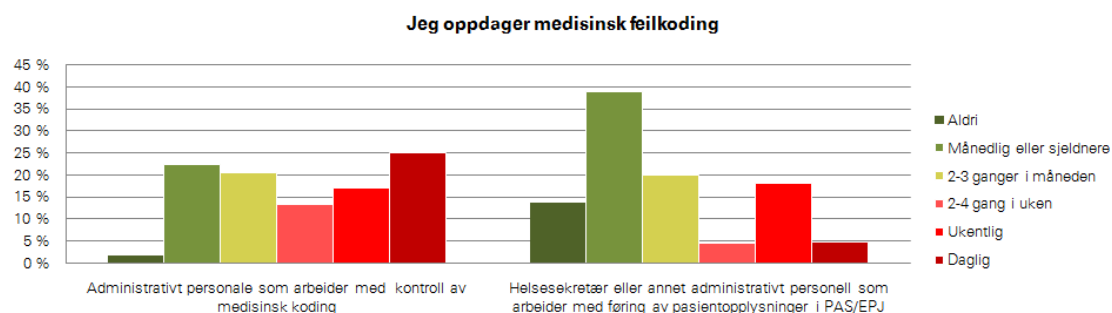
Row Labels	Column Labels						Grand Tot
	1	2	3	4	5	6	
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0 %	0 %	19 %	25 %	25 %	31 %	100,00 %
Annet helsefaglig personale	19 %	18 %	21 %	16 %	15 %	12 %	100,00 %
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	19 %	25 %	19 %	17 %	12 %	8 %	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 %

Fonna:



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 %	28,57 %	0,00 %	42,86 %	14,29 %	14,29 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	9,09 %	36,36 %	18,18 %	22,73 %	9,09 %	4,55 %

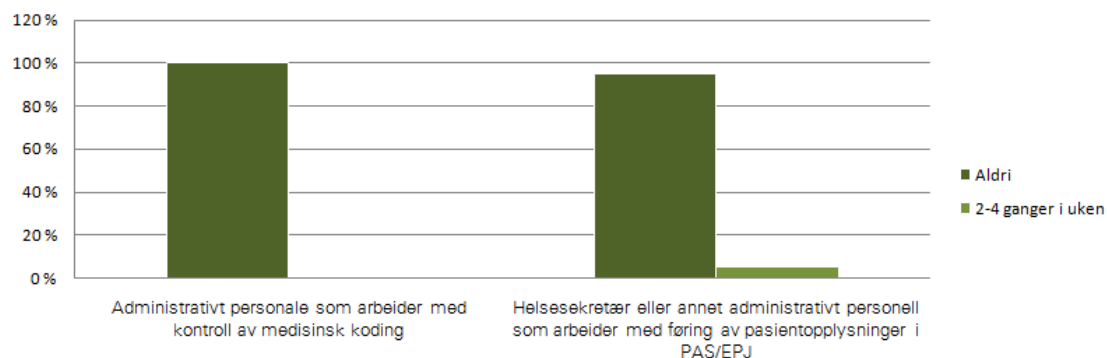
Nasjonalt:



Count of 50: Jeg oppdager medisinsk feilkoding		Column Labels					
Row Labels		Aldri	Månedlig eller sjeldnere	2-3 ganger i måneden	2-4 ganger i uken	Ukentlig	Daglig
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding		1,79 %	22,32 %	20,54 %	13,39 %	16,96 %	25,00 %
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 %
Grand Total		12,00 %	36,53 %	20,13 %	5,73 %	17,87 %	7,73 %

Fonna:

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

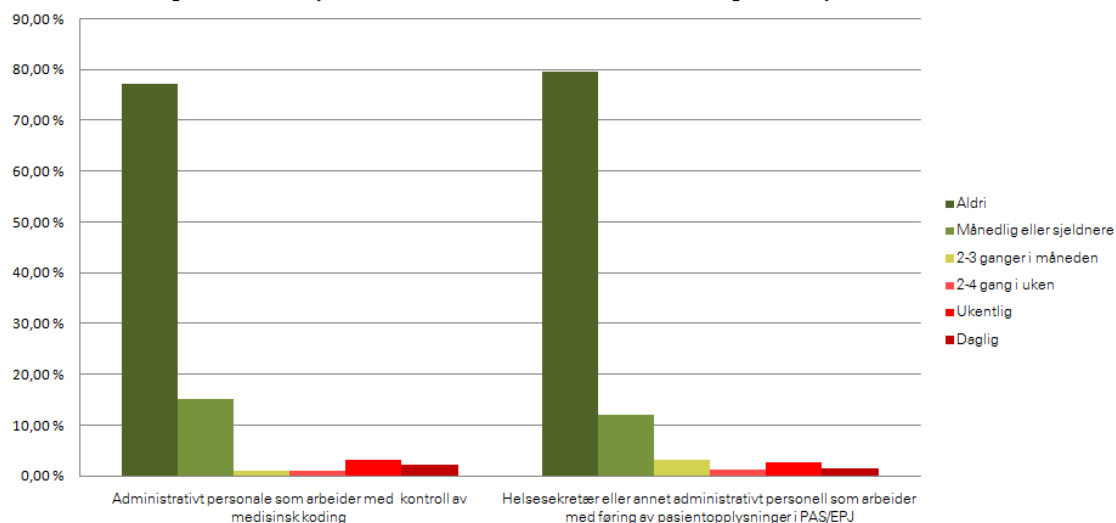


Count of 50: Jeg har det siste året fått kjennskap til at ikke-medisinsk personale retter koder som er satt av leger /annet helsepersonell uten å ha konsultert den aktuelle legen/helsepersonellet først

	Aldri	2-4 ganger i uken
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	100,00 %	0,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	94,74 %	5,26 %

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

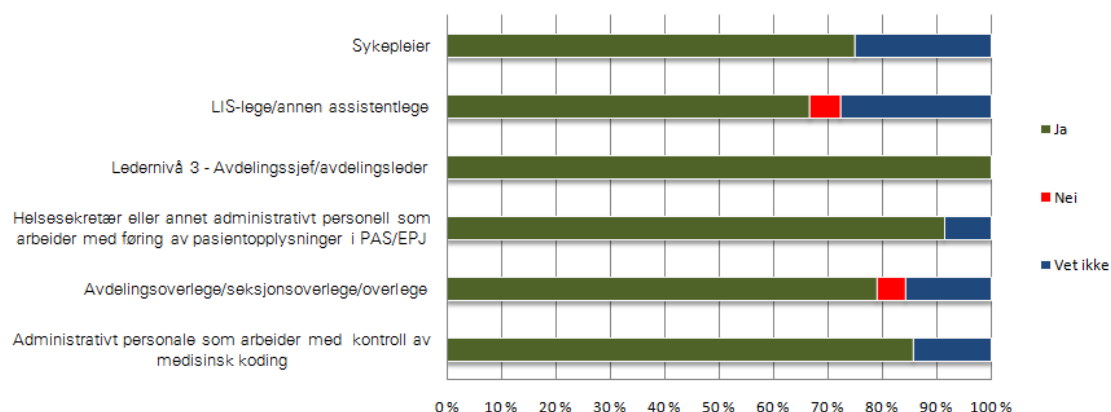


Count of 50: Jeg har det siste året fått kjennskap til at ikke-medisinsk personale retter koder som er satt av leger /annet helsepersonell uten å ha konsultert den aktuelle legen/helsepersonellet først

Row Labels	Aldri	Månedlig eller sjeldnere	2-3 ganger i måneden	2-4 ganger 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 %

Fonna:

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

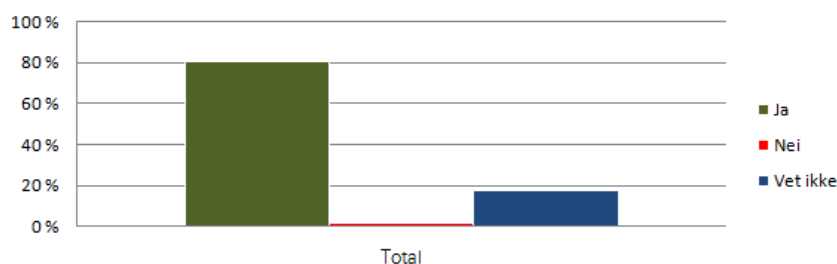


Count of 58: Hvis jeg får kjennskap til eller fatter sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF vil jeg velge å melde fra om dette til nærmeste leder eller andre aktuelle parter

Row Labels	Column Labels			Grand Total
	Ja	Nei	Vet ikke	
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	85,71 %	0,00 %	14,29 %	100,00 %
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	78,95 %	5,26 %	15,79 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	91,30 %	0,00 %	8,70 %	100,00 %
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	100,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %
LIS-lege/annen assistentlege	66,67 %	5,56 %	27,78 %	100,00 %
Sykepleier	75,00 %	0,00 %	25,00 %	100,00 %
Grand Total	81,61 %	2,30 %	16,09 %	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 %