

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår referanse:

Deres referanse:

Dato:

12.04.2013

Saksbehandler:

Hans Nielsen Hauge

Høringssvar Helse Sør-Øst på høringsnotat "Forslag til forskrift om nasjonal kjernejournal (kjernejournalforskriften)"

Generelt.

Helse Sør-Øst RHF ønsker dette tiltaket velkommen, og ser på det som et viktig bidrag for å forbedre pasientsikkerheten i helsetjenesten. I en situasjon der ingen har full oversikt over antallet databaser som inneholder helseinformasjon er dette et tiltak som vil tilgjengeliggjøre en rekke sentrale helseopplysninger på en enhetlig måte med tilgang for alt helsepersonell som har behov for informasjonen, samt sikre at pasientene også får tilgang til den samme informasjonen. Helse Sør-Øst ser det også som en nødvendig og riktig utvikling at det er pasienten selv som får anledning til å styre hvem som skal ha tilgang til hvilken informasjon i den nasjonale kjernejournalen. Dette er et viktig skritt i retning av at eierskapet til pasientdokumentasjon gradvis overføres fra helsepersonell og institusjoner til pasienten selv. Denne utviklingen har pågått i lang tid internasjonalt, og det er riktig at norsk helsevesen følger med i denne utviklingen.

Helse Sør-Øst RHF vil påpeke at den nasjonale kjernejournalen må ansees som et tiltak i forberedelsen til å realisere de mål som er trukket opp i Stortingmelding nr. 9, 2012: "En innbygger – en journal". Helse Sør-Øst RHF innser at dette målet foreløpig ligger en del år frem i tid, og tror derfor at innføring av en nasjonal kjernejournal er nødvendig av to hovedgrunner. For det første, og viktigst, er tilgangen til sentral pasientinformasjon for helsepersonell og pasienter nødvendig for å bedre pasientsikkerheten. For det andre kan dette sees på som en læringsprosess under forberedelsen til innføring av en felles nasjonal pasientdokumentasjon som eies av og følger pasienten.

Det er en nødvendig forutsetning for at den nasjonale kjernejournalen skal kunne oppfylle sine to funksjoner, at informasjonen som finnes der er oppdatert, riktig og tilgjengelig. Dersom disse tre forutsetningene ikke oppfylles fra oppstarten vil helsepersonell raskt avvise løsningen.

Vedlagt dette høringssvar ligger:

- Brev fra Pasientreiser med deres innspill til høringen.
- Rapport om kodingskvalitet (begrunnelsen for vedlegg er del av dette høringssvaret).

Spesifikke kommentarer.

I det følgende vil kommentarene følge teksten i høringsnotatet og det vil refereres til kapitler i dokumentet.

Kapittel 3.3, Databehandlingsansvarlig

Helse Sør-Øst RHF støtter forslaget om at Helsedirektoratet går inn i rollen som nasjonal databehandlingsansvarlig og støtter også den definisjonen av dette ansvaret som høringsnotatet uttrykker. Helse Sør-Øst RHF støtter også at Helsedirektoratet selv må finne den mest hensiktsmessige organiseringen for å sikre at dette ansvaret skal ivaretas, men tar for gitt at dette vil skje i forståelse med de sentrale aktørene i sektoren. Helse Sør-Øst RHF mener Nasjonal IKT vil kunne være et naturlig talerør for RHFene.

Helse Sør-Øst RHF støtter også de andre vurderingene som er tatt inn i kapittel 3 og forslaget om at Norsk Helsenett SF skal være driftsansvarlig for løsningen.

Kapittel 3.5, Frivillighet – reservasjonsrett

Kapittel 3.6, Forbud mot utlevering av opplysninger

Helse Sør-Øst RHF ser at disse to kapitlene er helt sentrale for befolkningens tillit til kjernejournalen. Samtidig må bestemmelsene ses i sammenheng med det langsiktige målet om "en innbygger – en journal". I så måte er det helt avgjørende at folk har trygghet for at opplysninger ikke utleveres til annet enn nødvendig bruk for helsepersonell, herunder at det redegjøres grundig for hvem som har innsynsrett og hvordan dette skal dokumenteres. I kap. 3.5 er det flere steder understreket at pasientene må orienteres om konsekvensene det kan få for dem selv, om de reserverer seg. Likevel opplever vi at alvorlighetsgraden i konsekvensene av en slik reservasjonsrett ikke er vektlagt i tilstrekkelig grad, jfr. bl.a. 4.2.

Kapittel 4.2, Oversikt over pasientens legemiddelbruk

Dette vil være den viktigste informasjonen i de første versjonene av den nasjonale kjernejournalen, og det vil være helt avgjørende for tilliten til kjernejournalen at disse opplysningene er oppdaterte og korrekte. De nasjonale GTT-undersøkelsene viser at legemiddelfeil er en av de viktigste årsakene til avvik og feil i helsetjenesten, og medvirker til et stort antall dødsfall hvert år¹. En forutsetning for at denne funksjonen skal lykkes er knyttet til at aktørene i helsetjenesten kan levere riktig og oppdatert informasjon til kjernejournalen. For at tiltaket skal lykkes må det derfor fokuseres i betydelig grad på systemene for legemiddelordning og utdeling i sykehus og sykehjem samt legemiddelutlevering fra apotek. Systemet svikter særlig på institusjonene, der journalsystemer og dokumentasjon ikke tilbyr tilstrekkelig beslutningsstøtte for avgjørelser og fordeling av medikamenter til pasientene. For at dette tiltaket skal lykkes er det derfor nødvendig å fokusere vesentlig mer på elektroniske systemer for legemiddelbruk i institusjonene. Helse Sør-Øst RHF vil på sin side rette et øket fokus på dette, og vil arbeide for at denne viktige oppstartsfunksjonen i kjernejournalen har et oppdatert og riktig datagrunnlag som fundament for informasjonen i kjernejournalen.

Med oppdatert informasjon om legemidler, herunder alvorlige allergiske reaksjoner på disse, jfr. også 4.3, vil kjernejournalen bli et viktig oppslagsverk når pasienter kommer til akutt helsehjelp med uklare tilstander. Likevel vil legemiddelbruk være ett hovedområde der pasienter vil bruke sin reservasjonsrett, og der det kan være spesiell grunn til å orientere dem om hvilke alvorlige

¹ Undersøkelsen som det henvises til kan sees her:

http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/_attachment/18001?_ts=13d8ce778e6&download=true

konsekvenser manglende kjernejournalopplysninger kan ha. I denne sammenheng må en også vurdere om og hvordan reservasjonsretten skal praktiseres overfor pasienter som misbraker legemidler i reseptgruppe A og B.

Kapittel 4.3, Kritisk informasjon

Vår hovedkommentar retter seg mot punkt 2 på listen over kritisk informasjon, implantater. Helse Sør-Øst RHF støtter at dette er en viktig informasjon som bør ha sin plassering i dette feltet. Begrepet er imidlertid uspesifikt og omfatter alt fra plastimplantater i form av nett som brukes i dagens brokkirurgi til høyteknologiske instrumenter som opereres inn i pasienten og som krever nitid oppfølging fra høyspesialisert personell. Helse Sør-Øst RHF mener derfor det bør gjøres en faglig vurdering av hvilke typer implantater som skal omfattes av kjernejournalen. Dette er en oppgave for de medisinske spesialistforeningene. Vi kan ikke se at det er gjort en slik vurdering, og dersom det er tilfelle bør et slikt arbeid bør initieres snarest. Alle legespesialiteter som arbeider med implantater bør utarbeide en liste over hvilke av disse som bør være nevnt under dette avsnittet. En slik liste bør ikke nødvendigvis nevnes i selve punktet, men det bør foreligge en liste som helsepersonell kan konsultere for å skaffe seg kunnskap om hvilke implantater som spesialistene selv vurderer til å ha kritisk betydning. Denne listen bør være tilgjengelig for dem som bruker kjernejournalen fra oppstart av piloten.

En stor del av implantater som brukes i dag implanteres utenfor det offentlige helsevesenet, bl.a. av den private kosmetiske og plastikkirurgiske virksomheten. Her har myndighetene liten oversikt, og det er ikke tvil om at slike implantater kan ha betydning i kritiske situasjoner. Som eksempel kan nevnes brystimplantater, permanente og temporære, som har betydning for kreftdiagnostikk ved brystkreft. Myndighetene har så langt hatt lite fokus på dette feltet, men det bør settes i verk tiltak for å sikre både registrering og oversikt over dette feltet. Årlig implanteres i dag stoffer i pasienter i et stort antall inngrep (operasjoner og injeksjoner) på nasjonal basis. Dette er både temporære og permanente implantater, og mange utføres av ukvalifisert personell uten forsvarlig dokumentasjon. Når implantater skal utredes, slik vi anbefaler, bør også myndighetene rette søkelys på denne virksomheten. Man kan i dagens situasjon ikke forvente at inngrep innenfor dette området vil bli rapportert til den nasjonale kjernejournalen, på tross av at noen av disse implantatene kan ha betydning ved alvorlig sykdom.

Ellers vil det her være viktig å starte med informasjon som er sentral, sikker og pålitelig. Det vil derfor være nødvendig å gå skrittvis fram. På den foreslåtte listen synes punktene 1-3 mest konkrete, mens pkt. 4 kan være mer egnet til å bygges ut etter hvert.

Kapittel 4.4 Pasientens kontakt med helsevesenet og kapittel 4.5 Referanse til ytterligere informasjon samt kapittel 5

Det har vært vurdert å hente informasjon fra forskjellige datakilder, blant annet Norsk Pasientregister (NPR). Videre har man tenkt å skape henvisning til annen informasjon, bl. a. epikriser fra opphold i sykehus. Helse Sør-Øst RHF vil påpeke en slik sentral samling av informasjon som den nasjonale kjernejournalen vil representere stiller store krav til datakvaliteten på kildene, bl. a. for å sikre helsepersonellens bruk av kjernejournalen som et viktig verktøy for å bedre pasientsikkerhet. Dette vil bli tilfelle dersom informasjon som formidles via den nasjonale Kjernejournalen inneholder mer enn bare tid og sted for behandling/helsehjelp.

Helse Sør-Øst RHF har tidligere påpekt behovet for bedring av kodekvaliteten og en bedret diagnosesetting som grunnlag for oversikt over hva som gjennomføres av pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten. Det finnes ikke oversikt over hvordan dette ser ut i primærhelsetjenesten, men selv en mindre andel feil enn det som forekommer i spesialisthelsetjenesten ville gi usikkerhet for datagrunnlaget som kjernejournalen bygger på.

Helse Sør-Øst RHF har nylig utarbeidet en rapport om kvalitet på koding i et nasjonalt og internasjonalt perspektiv og vedlegger denne rapporten til høringssvaret. Her skisseres forslag til konkrete tiltak for å bedre kodingskvaliteten i Norge. Helse Sør-Øst RHF mener dette er en

nødvendig prosess som må gå parallelt med innføring av den nasjonale kjernejournalen. Prosessen i forhold til bedre kvalitet på koding og diagnosesetting er nødvendig for å sikre tillit til informasjon som kjernejournalen inneholder eller peker videre til. Tiltak som kan forbedre presisjon i diagnosesetting og koding vil også ha stor betydning for kvaliteten på norsk offentlig helsestatistikk som i dag bygger på datakilder som inneholder en stor andel feil i informasjonsgrunnlaget.

Kapittel 4.6, "Førstevalg behandling"

Dette er et viktig kapittel, men overskriften er lite selvforklarende. Den bør speile at innholdet omhandler pasientens egne valg av behandling eller ikke ved vanskelige prioriteringer. Innholdet vil bl.a. kunne være informasjon som kan fremstå som en avtale mellom pasient og helsevesen om forhold som i ytterste konsekvens kan avgjøre liv og død for pasienten. Det er derfor viktig at utformingen sikrer pasienten de rettigheter han/hun har til selv å bestemme over de viktigste forhold i livet, inkludert retten til å nekte behandling. I en slik kontekst bør feltet utformes med en direkte dokumentasjon av tid og sted og hvem som har deltatt i beslutningsprosessen. Om nødvendig må beslutninger kunne gis en tidsbegrenset varighet. Dette må i så fall også fremgå av beslutninger ført under dette punktet.

Kapittel 5.1, Innledning til kapittel om kilder og innsamling av helseopplysninger

Det presiseres her at en i oppstartfasen skal basere seg på manuelt innsamlede og sammensatte opplysninger. Helse Sør-Øst RHF mener at på sikt bør en økende grad av automatisk høsting av informasjon fra en strukturert elektronisk pasientdokumentasjon være målet. Det er dette som i lengden vil bidra til fullstendig og mest mulig riktige opplysninger i den nasjonale pasientdokumentasjonen. Dette bør presiseres i dokumentene for å sikre at alle som leverer systemer for pasientdokumentasjon bidrar til økende strukturering og muligheter for automatisk registrering av data om pasienten, inkludert en automatisk avlevering av de samme data til den nasjonale kjernejournalen.

Kapittel 5.2.5, Automatisert opplysningsoverføring

Med henvisning til ovenstående vil Helse Sør-Øst RHF mene at kjernejournalen kun vil lykkes i å ivareta sitt formål, ved at en helt fra starten satser på at overføringen av opplysninger til journalen blir/er automatisert. Dette forutsetter at arbeidet innrettes på at data som skal over i kjernejournalen blir ført strukturert i andre journal- og registersystemer, slik at uttrekkene kan automatiseres uten dobbeltarbeid for helsepersonell.

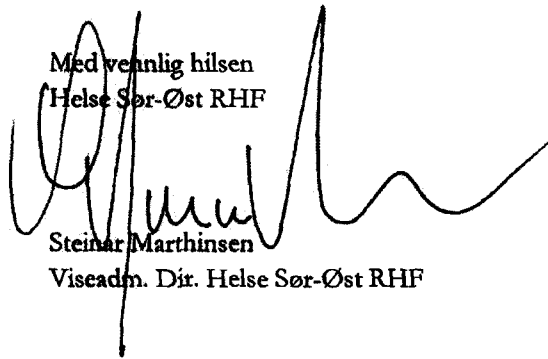
Kommentarer til forskriften

§1: Helse Sør-Øst RHF støtter hensikten slik den er formulert i forskriften, men mener at det også bør nevnes at en hovedhensikt også er å sikre pasienten tilgang til egen journalinformasjon. Dette ligger innbygget i forslaget, men bør etter vår mening også nevnes konkret i forskriften fordi det markerer en distinkt endring i retning av en styrket pasientrettighetssituasjon.

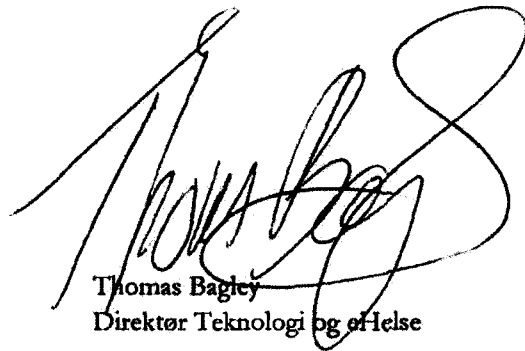
§ 8: Informasjon om reservasjonsordningen må gis på en grundig, men lettfattig og lett tilgjengelig måte. Det er viktig at informasjonen også tilpasses den delen av befolkningen som ikke har digital kompetanse og videre at det legges opp til tilstrekkelig med hjelpe- og veiledningsmuligheter for de som ønsker å benytte seg av helt/delvis reservasjon mot registrering av opplysninger i kjernejournalen. Selve reservasjonsmuligheten følger direkte av lovhjemmelen, men forskriftens § 8 (tilbaketrekkning av samtykke) kan med fordel tydeliggjøre at den databehandlingsansvarlige skal føre kontroll med at ordningene rundt samtykke- og reservasjonsmulighetene er tilgjengelige for alle pasientgrupper. Dette er et sentralt pasientrettighetsmoment og ansvaret rundt dette bør derfor tydeliggjøres.

§9: Helse Sør-Øst RHF mener at den foreslåtte teksten kan dekke behovet i en piloterings- og oppstartsituasjon. Over tid bør det utvikles muligheter for helsepersonell ved behov å komme inn i kjernejournalen uavhengig av tilgang gjennom egen virksomhets datasystemer. Sikkerhetsmessig bør dette være fullt mulig å gjennomføre i dag, og det vil øke nytten av kjernejournalen og dessuten etablere løsninger som kan gjenbrukes ved innføring av en nasjonal journal for hver innbygger.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF

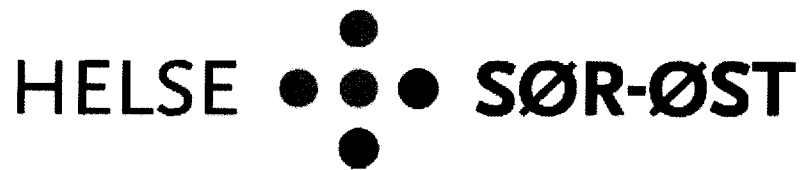


Steinar Marthinsen
Viscadm. Dir. Helse Sør-Øst RHF



Thomas Bagley
Direktør Teknologi og eHelse

2 vedlegg



Medisinsk koding

Tiltak som kan sikre at medisinsk koding utføres av godt kvalifiserte kodere

Kartlegging av opplegg for medisinsk koding i utvalgte land

Opplæring av kodere, gjennomføring av koding og oppnådde resultater

Versjon 1.0

8. februar, 2013

Helse Sør-Øst RHF er ett av fire regionale helseforetak i Norge og har ansvar for spesialisthelsetjenestetilbudet til 2,7 millioner mennesker

Helse Sør-Øst RHF
Postboks 404
2303 Hamar
Norge

Telefon: 02411
postmottak@helse-sorost.no
www.helse-sorost.no

Takkeord

Dette dokumentet er utarbeidet i avdeling for Teknologi og e-Helse i Helse Sør-Øst RHF med utgangspunkt i styresak nr. 081-2011 om Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene. Det er basert på mange gode bidrag fra personer over hele verden som tok tid til å dele sin kunnskap om kodepraksis med Helse Sør-Øst RHF. Rapporten baserer seg på telefonsamtaler, e-postkorrespondanse og noen individuelle møter. Informasjonen er i stor grad basert på erfaringer fra de ulike ekspertene som er kontaktet sommer og høst 2012. Dokumentet er i etterkant sendt til de fleste for verifikasjon og kvalitetssikring. Mottatte kommentarer er innarbeidet.

Utredningen er ledet av Arnt Ole Ree i samarbeid med Hans Nielsen Hauge og med bistand fra Tale Kleven Halse fra Accenture.

Vi ønsker spesielt å takke for gode bidrag fra personer ved følgende organisasjoner:

*Aarhus Universitetshospital, Skejby
Akershus Universitetssykehus
American Health Information Management Association
Analysesenteret AS
Canadian College of Health Information Management
Center for E-læring, Region Midtjylland
CHKS, United Kingdom
Department of HIM, College of Health and Human Services, Indiana University Northwest, USA
diaQualos AB, Sverige
Emendor AB, Sverige
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
Helsedirektoratet
Embætti Landlæknis (Helsedirektoratet), Island
Medizincontrolling, St. Marien-Hospital Düren
National Centre for Classification in Health, Faculty of Health Sciences, The University of Sydney, Australia
National Health Service, UK
National Institute for Health and Welfare, Finland
Nirvaco AS
NKI Nettstudier
Nordisk senter for klassifikasjoner i helsetjenesten, Norge
Queensland University of Technology
Oslo Universitetssykehus
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
Socialstyrelsen, Sverige
Statens Serum Institut, National Sundheds IT, Danmark
Statistisk Sentralbyrå
Stavanger Universitetssykehus
Sundhedsstyrelsen, Danmark
The National Casemix Office, Health and Social Care Information Centre, England
WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management, Berlin
University of Technology*

Sammendrag

Korrekt koding er en forutsetning for et pålitelig datagrunnlag for styring, prioritering, forskning og kvalitetsutvikling i spesialisthelsetjenesten.

Kan man være fornøyd med et datagrunnlag som bare er ca. 65 % korrekt?

Hva kan gjøres for å øke kvalitet og presisjon i medisinsk koding?

Dette dokumentet gir en kort beskrivelse av medisinsk koding i utvalgte land, først og fremst om opplæring av kodere, gjennomføring av kodingen og oppnådde resultater. Dokumentet har til hensikt å vurdere hvilke tiltak som må iverksettes for å sikre at medisinsk koding utføres av godt kvalifiserte kodere. Dokumentet er en foranalyse for å få innsikt i hva som er standard praksis i land hvor kodingen har høy kvalitet.

Målet for Helse Sør-Øst er å heve kvaliteten på kodingen i sykehusene for å sikre produksjon av god og pålitelig informasjon om helsetjenestene, korrekt refusjon, og for å komme på nivå med kvaliteten på kodingen i andre land. Dokumentet belyser punkt 6 i styresak i Helse Sør-Øst RHF nr. 081-2011 om Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene - resultat og oppfølging: Helse Sør-Øst vil ta initiativ til at kodingen i større grad utføres av godt kvalifiserte kodere.

Arbeidet med registrering av informasjonen som dokumenterer pasientbehandlingen på sykehus og som er grunnlaget for helsestatistikk og finansiering, utføres i dag av leger som i liten grad har fått undervisning i dette arbeidet. Kvaliteten på kodingen i Norge er dermed lav, varierende, og medfører at grunnlaget for offentlig helsestatistikk når det gjelder sykdom, undersøkelser og behandling i spesialisthelsetjenesten baseres på et mangelfullt datagrunnlag.

I land med høy kvalitet på den medisinske kodingen utføres kodingen av kodere som gjennomgår journalene etter at pasienten er utskrevet. Det er stort sett bare i nordiske land at legene selv koder. I mange land har koderne en flerårig utdanning med regelmessig oppdatering samt bistand fra et sentralt støtteapparat for kodere. I tillegg er det flere instanser som kontrollerer at kodingen er riktig og som har interesse av at kodingen har høy kvalitet. Den følgende tabellen viser en oversikt over hvem som utfører koding internasjonalt og kvaliteten på kodingen (der dette er målt).

<i>Land</i>	<i>Leger</i>	<i>Sertifiserte kodere</i>	<i>Kvalitetsmåling</i>
Norge	X		64 %
Danmark	X		65 % - 85 %
Sverige	X		75 %
Finland	X		Ukjent
Tyskland	X (under 18 %)	X	89 %
England		X	89 %
USA		X	95 - 99 %
Canada		X	89 %
Australia		X	> 90 %
Island	X		Antatt lav

Tabell 1. Oversikt over hvem som koder i ulike land og kvalitet mht. koding av hoveddiagnose

I Norge er det helseforetakenes ansvar at diagnoser og prosedyrer både ved innleggelser, dagbehandling og poliklinikk kodes og rapporteres til Norsk pasientregister. Helseforetakene har gitt legene ansvaret for å utføre den medisinske kodingen. Internrevisjonen dokumenterte at i svært få tilfeller har legene fått tilstrekkelig opplæring i koding. Bistand fra helsesekretærer med kompetanse i koding ved gjennomføring og etterkontroll av kodingen er begrenset. Det er lite støtte rundt kodingen generelt og spesielt med hensyn til prosessstøtte i IT-systemene.

Basert på en rekke revisjoner både av selve kodingen og system og struktur for medisinsk koding, viser situasjonen ikke vesentlige tegn til forbedring de 10 siste årene. Legene har mange krav og oppgaver knyttet til pasientbehandling. Omfattende krav til koding og rapportering samt et komplisert regelverk både for koding av sykdommer, prosedyrer og innsattsstyrt finansiering oppleves som en belastning og blir ikke prioritert.

Helse Sør-Øst RHF bør satse på at godt kvalifiserte kodere bistår eller utfører kodingen. Dette krever en omorganisering av kodingsarbeidet med økt fokus på opplæring, erfaring og krav til kodepraksis. Det foreslås å overføre deler av kodingen for innlagte pasienter fra legene til utdannede kodere. Det må imidlertid også etableres et team med kvalifiserte kodeansvarlige leger innen hver avdeling eller fagområde, som sammen med kodere har rutiner for å sikre god kodingskvalitet. Ledelsesengasjement er viktig. Erfaring viser at kodingskvaliteten øker der ledelsen prioriterer kodearbeidet. Det er også viktig å etablere et forum for kodingskvalitet i regionen.

Forslagene er omfattende og må analyseres i detalj i forhold til omfang og behov for ressurser. Det må tas i betraktning at legene vil spare tid som kan benyttes til bedre dokumentasjon og mer tid til pasientbehandling.

Ønsker man å lykkes i å heve kvaliteten på kodingen er det nødvendig med en omorganisering av dagens kodepraksis. Som en midlertidig løsning foreslås en kombinasjonsstruktur hvor legene koder, men har tilgang til støttepersonell som gjennomgår journalene og kodingen og sikrer at det er samsvar i henhold til gjeldende regelverk. Ved bruk av denne modellen foreslås det at det må stilles bestemte krav til opplæring og videreutdanning for å holde kunnskapen om koding ved like. Det foreslås i tillegg å opprette egne enheter for kodere internt i sykehusene slik at erfaringer kan utveksles daglig.

Innhold

Takkeord	2
Sammendrag	3
1 Medisinsk kodepraksis i Norge	6
1.1 Innledning	6
1.2 Overordnet ansvar og oppfølging.....	10
1.3 Diagnosesetting versus koding	10
1.4 Hvem koder?.....	11
1.5 Kodeveiledning	11
1.6 Utdanning og opplæring.....	12
2 Kodingskvalitet i spesialisthelsetjenesten	16
2.1 Riksrevisjonens vurdering av medisinsk koding	16
2.2 Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis 2011.....	17
2.3 Andre revisjoner av kodingskvalitet	20
2.4 Kilder til feilkoding.....	20
2.5 Eksempler fra helseforetak med satsning på kodingskvalitet	23
3 Oversikt over medisinsk koding i andre land	26
3.1 Danmark	26
3.2 Sverige	28
3.3 England	30
3.4 Australia.....	33
3.5 USA	35
3.6 Canada	37
3.7 Tyskland.....	38
3.8 Finland	40
3.9 Island.....	40
3.10 Oppsummering.....	40
4 Anbefaling for økt kvalitet på medisinsk koding.....	42
4.1 Alternativanalyse.....	43
4.2 Anbefalt retning.....	45
4.3 Undervisningstilbud.....	47
4.1 Behov for antall kodere	47
5 Ordliste og definisjoner	50
6 Vedlegg	51

1 Medisinsk kodepraksis i Norge

1.1 Innledning

Dette dokumentet har til hensikt å vurdere ett av flere tiltak som må iverksettes for å sikre at medisinsk koding utføres med god kvalitet. Målet er å heve kvaliteten på kodingen i sykehus i Helse Sør-Øst for å sikre produksjon av god og pålitelig informasjon om helsetjenestene, korrekt refusjon, og for å komme på nivå med kvaliteten på kodingen i andre land. Revisjoner har vist at kvaliteten på kodingen i Norge er for lav til å produsere pålitelig informasjon om hva som skjer i sykehusene. Dokumentet belyser punkt 6 i styresak nr. 081-2011 i Helse Sør-Øst RHF om Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene - resultat og oppfølging (vedlegg 1)¹. Styret sluttet seg til følgende tiltak på regionalt nivå:

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

Tiltakene pkt. 3, 4, 5 og 6 er igangsatt i 2012:

- Pkt. 3: Det er etablert en arbeidsgruppe i samarbeid med Helsedirektoratet for videreutvikling av e-læringskurset i medisinsk koding².
- Pkt. 4: Forslag i tråd med anbefalingene fra revisjonen med henhold til omlegging av arbeidsflyt og ny mal for epikrise med bruk av kliniske diagnosebeskrivelser som grunnlag for påfølgende koding er oversendt Helsedirektoratet i brev av 3. februar 2012 (Vedlegg 2).
- Pkt. 5: Det ble i 2012 gjennomført et forprosjekt for utvikling av nasjonal kodingsmodul inkludert kravspesifikasjon samt kost/nytteanalyse. Arbeidet var iverksatt i juni 2012, av Helsedirektoratet i samarbeid med Helse Sør-Øst. (vedlegg 3 og 4)³.
- Pkt. 6: Dette dokumentet er en foranalyse som kartlegger medisinsk koding i Norge og noen utvalgte land.

I styresaken fremgår altså at Helse Sør-Øst RHF vil ta initiativ til at selve kodingen i større grad utføres av godt kvalifiserte kodere. I dette dokumentet presenteres resultatet av en foranalyse som beskriver forholdene i Norge sammenliknet med andre land med hensyn til hvem som koder og hvilke resultater som oppnås. Videre gjøres en vurdering av hva slags opplæring som må kreves for å kunne sikre at kodere er godt kvalifiserte slik at Helse Sør-Øst oppnår hevet kvalitet på informasjonen om pasientbehandlingen i sykehusene.

Det tas forbehold om at beskrivelsene kan være mangelfulle ettersom mye av materialet fra ulike land er innhentet via telefonsamtaler og e-post fra identifiserte kodeeksperter.

¹ Helse Sør-Øst RHF Styresak nr. 081-2011. Nasjonal Internrevisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene - resultat og oppfølging.

² Opplæring i medisinsk koding: e-læringskurs og selvtest.

<http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/medisinsk-koding-og-kodeverk/medisinsk-koding/Sider/nytt-e-læringskurs-gjør-det-lett-a-kode-rett.aspx> (9.10.2012).

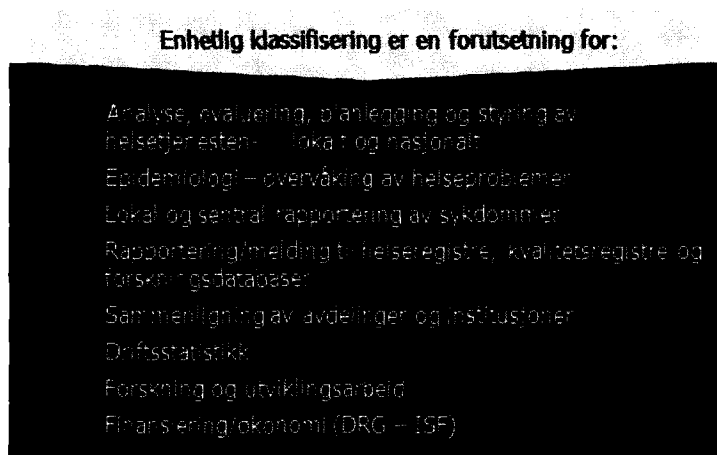
³ Helsedirektoratet. Funksjonelle og tekniske krav til IT-støtte i medisinsk koding (v. 1.0). 22.12. 2012.

Helsedirektoratet. Kostnytte-/kostvirkningsanalyse av IT-støtte i medisinsk koding (v. 1.0) 7.12.2012, lenke til begge dokumentene: http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_3912.aspx (9.1.2013)

Hva er medisinsk koding?

Medisinske koder beskriver sykdommer, symptomer, behandlinger og undersøkelser med internasjonale eller nasjonale standarder, det vil si medisinsk kodeverk og klassifikasjoner. Kodingen sikrer at alle vet hva som blir snakket om ettersom samme sykdom kan ha flere navn (og på forskjellig språk), mens det bare finnes en kode (eller en kombinasjon av koder). Kodingen skal gi så presis informasjon som mulig, og så mye informasjon som nødvendig for formålet, men ikke mer⁴. En koder skal velge den koden som gir den mest presise beskrivelsen av sykdommen/symptomer eller behandling/undersøkelsen.

Tradisjonelt har formålet for medisinsk koding vært epidemiologi (å få oversikt over sykdommers forekomst og hvordan dette varierer over tid og sted), dødsårsaksstatistikk, og innsamling av data til virksomhetsstyring og planlegging. I Norge brukes informasjonen også som grunnlag for den aktivitetsbaserte finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Den medisinske kodingen danner derfor grunnlaget for analyse, evaluering og styring av helsetjenesten samt ulike typer helsestatistikk.



Figur 1. Formål med medisinsk koding

ICD-10

I Norge, som i de fleste andre land, brukes ICD-10 for koding av sykdommer og helseproblemer i spesialisthelsetjenesten. Norge har tiltrådt den internasjonale konvensjonen for klassifisering av sykdommer i henhold til WHO's ICD-10 kodeverk og tok dette i bruk i 1999. ICD-10 (den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, 10. versjon) er den norske utgaven av den engelske originalversjonen (International Statistical Classification of Diseases, 10. versjon) og er som allerede nevnt et klassifikasjonssystem utviklet for koding av dødsårsaker, sykdom og helseproblemer. Versjoner av ICD publiseres og vedlikeholdes av Verdens Helseorganisasjon (WHO) i samarbeid med nasjonale og regionale Collaborating Centres. ICD er i større og større grad brukt over hele verden for å klassifisere sykdommer og for forskning av sykdomsmønstre, i tillegg til styring, planlegging og ressursallokering. I tillegg muliggjør et internasjonalt klassifiseringssystem en sammenligning av data på tvers av land.

ICD-10 er en omfattende klassifikasjon og inneholder over 18.000 gyldige koder fordelt over 22 kapitler. Regelverket for bruk er komplisert og delvis uoversiktlig og har mange ulike klassifikasjonsprinsipper og unntak fra hovedreglene.

Koden alene gir mindre informasjon enn den tekstlige diagnosen. Det er derfor viktig at helsepersonell forholder seg til den tekstlige beskrivelsen i pasientjournaler når behandlingen gjelder den individuelle pasienten, og personellet behøver ikke nødvendigvis å vite koden for å fullføre en

⁴ Helsedirektoratet, Kodeveiledning 2012.

pasients behandling. Hensikten med diagnosekoder (ICD-10), prosedyrekoder (NCSP/ NCMP) og andre kodeverk er at disse skal gi en riktig og tilstrekkelig informasjon om helsehjelpen som ytes under ett sykehusopphold/kontakt for statistisk bearbeidelse

De fleste medlemslandene i WHO bruker i dag ICD som har blitt oversatt til 43 språk⁵. 75 % av landene bruker ICD til dødsårsaksstatistikk. Knappt halvparten av WHOs medlemmer bruker ICD til sykdomsstatistikk. Her gis en kort oversikt over den historiske utviklingen og bruk av ICD:

1853: Den Internasjonale statistiske kongress i Brussel ga i oppdrag å utforme nomenklatur som ble brukt for registrering av dødsårsaker

1855: William Farr (statistiker i London) presenterer en liste over dødsårsaker på i alt 139 kategorier

1893: Listen er formalisert som The Bertillion Classification etter Jacques Bertillon, Sjef Statistiker i Paris

1898: Den amerikanske forening for offentlige helse (American Public Health Association) anbefaler at listen er oppdatert hvert 10. år for å holde gjeldende ift. medisinsk utvikling

1900: Første revisjon av Den Internasjonale klassifikasjon av dødsårsaker i Paris

1938: ICD-5 tillegger en internasjonal liste over sykdommer

1946: WHO overtar eierskap av ICD

1955: ICD-7. Mellom ICD-7 og ICD-8 (1965) øker bruken av ICD internasjonalt og flere land utvikler også nasjonale tilpasninger som hjelper utvikling av ICD-8

1975: ICD-9 (fremdeles brukt i USA i dag, tatt i bruk i Norge i 1985)

1993: ICD-10 (gradvis tatt i bruk i Norge med somatikk som siste område fra 1999)

2012: ICD-11 er under utvikling.

Statistisk Sentralbyrå (SSB) bruker ICD- 10 til koding av dødsårsaker.

Prosedyrekodeverk

Samtidig med overgangen til ICD-10 i Norge i 1999, ble også det nordiske prosedyrekodeverket for kirurgi (NCSP) tatt i bruk. Fra 2006 ble den norske klassifiseringen for medisinske prosedyrer (NCMP) introdusert og er senere utvidet til å inkludere flere fagområder. NCMP og NCSP er også omfattende og består av 23 hovedkapitler, delt inn i opptil 15 undergrupper som hver kan inneholde opptil 20 enkeltprosedyrer.

Diagnose Relaterte Grupper

Diagnose Relaterte Grupper (DRG) er et grupperingssystem som setter sammen pasienter som har medisinske likheter og omtrent likt ressursbruk i behandlingsforløpet. Hver enkelt DRG representerer derfor både medisinsk og økonomisk informasjon. DRG gir en forenklet beskrivelse av sykehusenes aktivitet og pasientsammensetning, danner grunnlaget for finansiering og gir muligheter til å sammenligne sykehus.

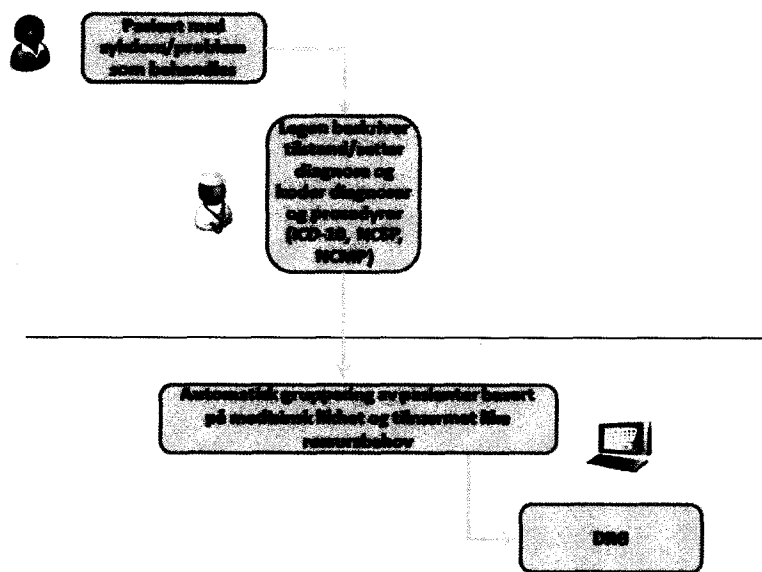
DRG-systemet ble opprinnelig utviklet i knapt 500 kliniske og ressursmessige homogene grupper, med utgangspunkt i mer enn 15.000 diagnoser og operasjonskoder. Håpet var å identifisere de dyre pasientene og bruke DRG-systemet som et kvalitetssikringsystem. Antakelsen var at blant dyre

⁵ World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD) 11th revision. <http://www.who.int/classifications/icd/revision/icd11faq/en/> (14.10.2012)

pasienter fantes store kvalitetsbrister. Målet opprinnelig var derfor ikke å bruke dette som et finansieringssystem⁶.

Det første DRG-system ble utviklet ved Yale Universitet i USA på 70-tallet. I dag brukes DRG-systemer i mange land. Det er utviklet forskjellige versjoner som bl.a. skiller seg fra hverandre med hensyn til antall grupper⁷. DRG-systemet ble introdusert i Norge i 1984/1985, men ble innført over hele landet i 1997. Den norske versjonen av DRG systemet består av om lag 870 grupper⁸ og er et resultat av et felles nordisk samarbeid.

Basert på medisinske og administrative opplysninger, blir hvert sykehusopphold i Norge gruppert i en DRG. Grupperingen gjøres ut fra de data (ICD-10, NCSP/NCMP) som uansett registreres om pasientene i sykehusenes pasientadministrative datasystem. Hver pasient registreres i en DRG basert på hovedtilstand og bidiagnoser. Medisinsk koding er kilden til denne informasjonen. I tillegg brukes alder, kjønn, utskrivingsstatus og andre variabler som vil påvirke DRG i noen tilfeller. Grupperingen skjer automatisk ved hjelp av datasystemer og derfor kan ikke en DRG velges (unntatt når man manipulerer kodingen ved «upcoding»). Prosessen illustreres forenklet i følgende figur.



Figur 2. Prosess for koding og DRG- gruppering i dag

Innsatsstyrt Finansiering

Innsatsstyrt finansiering (ISF) er et aktivitetsbasert tilskudd som bevilges til de norske regionale helseforetakene gjennom statsbudsjettet. ISF utgjør grunnlaget for finansiering sammen med basistilskudd til de regionale helseforetakene⁹. Mens basistilskuddet er uavhengig av aktivitet, avhenger ISF refusjonens størrelse av antall behandlede pasienter og hvilken type behandling de mottar. I Norge er basistilskuddet 60 % av spesialisthelsetjenestens finansiering og ISF utgjør de resterende 40 %. Kategoriseringen gjøres gjennom DRG basert på de registrerte kodene. ISF ble innført i Norge i 1997.

⁶ Fetter RB, Freeman JL, & Mullin RL. DRGs: how they evolved and are changing the way hospitals are managed. PubMed (Juni 1985).

⁷ IS-1479. (7/2007) Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten. Sosial og Helsedirektoratet.

⁸ Helsedirektoratet. Finansiering og DRG.

<http://www.helsedirektoratet.no/Om/organisasjon/avdelingar/Sider/finansiering-og-drg.aspx> (9.10.2012)

⁹ IS-1945. (2011). Innsatsstyrt Finansiering 2012. Helsedirektoratet.

1.2 Overordnet ansvar og oppfølging

Helsedirektoratet er tillagt forvaltningen av medisinsk kodeverk, herunder overordnet ansvar for å sette standard, gi retningslinjer og sørge for at nødvendig informasjonsmateriale blir utarbeidet og gjort tilgjengelig. Helsedirektoratet har også ansvaret for Norsk Pasientregister som spesialisthelsetjenesten skal rapportere til.

Norsk Pasientregister (NPR) har ikke ansvar for selve kodingsprosessen, men er siste ledd i prosessen som mottaker av all informasjon¹⁰. NPR utleverer informasjonen og er således helt avhengig av data som blir registrert i helseforetakene og at informasjonen er pålitelig. I følge NPR brukes informasjonen til å:

- Danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester, herunder den aktivitetsbaserte finansieringen
- Bidra til medisinsk og helsefaglig forskning, herunder forskning som kan gi økt viten om helsetjenester, behandlingseffekter, diagnoser, og sykdommens årsaker, utbredelse og forløp og forebyggende tiltak
- Danne grunnlag for etablering og kvalitetssikring av sykdoms- og kvalitetsregistre
- Bidra til kunnskap som gir grunnlag for forebygging av ulykker og skader.

Statens helsetilsyn og Riksrevisjonen fører tilsyn med at helseforetakene koder i samsvar med de krav helsemyndighetene stiller. Avregningsutvalget er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet og skal gi råd knyttet til utbetalingsgrunnlaget for Innsatsstyrt finansiering (ISF), herunder om koding. Avregningsutvalget følger regelmessig opp ulike forhold ved kodepraksis i helseforetakene, - jamfør årsrapportene fra Avregningsutvalget¹¹.

De regionale helseforetakene og utførende virksomheter i spesialisthelsetjenesten har ansvar for at kvaliteten på medisinsk koding er tilfredsstillende, samt ansvar for opplæring og kontroll av kodingskvaliteten.

1.3 Diagnosesetting versus koding

Diagnosesetting og koding er to ulike arbeidsprosesser. Diagnosesetting utføres i den kliniske prosessen der helsehjelp utføres gjennom undersøkelser, diagnostisering og behandling. Dette danner grunnlaget for prosessen med medisinsk koding for statistiske formål.

Den diagnostiske prosessen frem til diagnosen er besluttet og klinisk godt formulert, er helt uavhengig av for eksempel ICD-10, som er en statistisk klassifikasjon av sykdommer/helseproblemer. ICD-10 inneholder ikke diagnoser, kun statistiske kategorier. Noen av disse er en-til-en med kliniske diagnoser, mange og kanskje de fleste kategoriene er en-til-mange, mens noen vanlige sykdommer fordeles over flere kategorier i ICD-10.

Kriterier for utredning og diagnosesetting må hentes fra oppdaterte lærebøker, allment aksepterte faglige retningslinjer, og baseres på kliniske og tekniske undersøkelser samt analytiske tankeprosesser og klinisk skjønn. Deretter formuleres diagnosen presist med gjeldende klinisk terminologi.

Diagnosekoding baseres på klinisk formulert diagnose, hvor oppgaven er å velge de koder fra gyldige kodeverk som mest mulig presist beskriver diagnosen. Dette skal dessuten være i samsvar med gjeldende regler som utledes fra systematikken i kodeverkene og fra kodeveiledningene for bruk av disse. I noen grad inneholder ICD-10 kriterier for bruk av kategoriene, oftest i form av noen

¹⁰ Norsk Pasientregister. Et sentralt helseregister. <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/om-npr/Sider/default.aspx> (9.10.2012)

¹¹ Årsrapport 2011. (11/2011). Avregningsutvalgets arbeid med ISF-oppgjøret 2010. Avregningsutvalget.

inkluderinger og eksklusjoner, eller eksempler på tilstander som inngår i kategorien. I tillegg gis kodingsinstruksjoner innledningsvis i kapitlene og videre foran i kategoriblokkene. Dertil beskrives i kodeveiledninger prinsippene for blant annet valg av hovedtilstand og andre tilstander. I tillegg gjelder omfattende regler for ISF-ordningen.

1.4 Hvem koder?

Det har tradisjonelt vært hver enkelt lege som utfører koding av diagnosene for sine pasienter i Norge. Dette er basert på tradisjon og vane. Det finnes ingen regler som pålegger legene dette arbeidet og heller ingen lover eller forskrifter som regulerer utførelsen av den medisinske kodingen. I følge en rapport fra Helsedirektoratet angående myndighetenes krav til medisinsk koding ble det poengtert at formalitetene omkring medisinsk koding har vært svake¹².

1.5 Kodeveiledning

For å kunne kode korrekt er det en rekke kodeverk og klassifikasjoner samt omfattende kodeveiledninger og retningslinjer kodere i Norge må ha oversikt over:

- ICD-10 - Internasjonal klassifikasjon av sykdommer
- NCMP - Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrer
- NCSP - Klassifikasjon av kirurgiske inngrep
- ATC- Anatomisk Terapeutisk Kjemisk legemiddelregister
- Helsedirektoratets kodeveiledning
- Helsedirektoratets regelverk for Innsatsstyrt Finansiering (ISF)

Siden 2010 har Helsedirektoratet publisert en årlig kodeveileder for de medisinske kodeverkene ICD-10, NCSP, og NCMP. Kodeveiledningen er omfattende og inneholder tre deler, en introduksjon til koding, gjennomgang av bruk av koding, og en siste del er rettet mot spesielle fagfelt for aktuelt helsepersonell.

Slike veiledninger kan ha en god støttefunksjon, hvis koderen er klar over at de eksisterer og tar de i bruk. Internrevisjonsrapporten¹³ viste at flere av legene ikke kjente til at slike veiledninger eksisterer og bruker ofte ikke veiledninger som hjelpemidler. Veiledningene er i tillegg omfattende dokumenter som svært få leger tar seg tid til å lese.

Kortlister

Det framgår av spørreskjemaundersøkelsen utført av Riksrevisjonen¹⁴ at mange avdelinger gir legene tilgang til en kortliste som viser de mest brukte kodene i avdelingen. Bruken av kortliste skal i utgangspunktet være et hjelpemiddel for legene i kodearbeidet. Videre viste undersøkelsen at 40 prosent av legene sjelden eller aldri slår opp premisser for bruk av kodene i klassifikasjonen eller i regelverket ved bruk av kortliste. Bruken av kortliste kan derfor også være en forklaring på svak kodingskvalitet.¹⁵

¹² IS-1598. (2008). Bedre kvalitet på medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet.

¹³ Hovedrapport (10/2011). Nasjonal Internrevisjon av medisinsk kodepraksis. Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge & Helse Nord.

¹⁴ Dokument 3:2. (2009/2010). Riksrevisjonens rapport med forvaltningen av statlige selskaper for 2008. Riksrevisjonen.

¹⁵ Dokument 3:7 Riksrevisjonens rapport med forvaltningen av statlige selskaper for 2005-2006. Riksrevisjonen.

Elektroniske bøker og søkeverktøy

Enkle støtteverktøy for å finne riktig kode er mindre tidkrevende å forholde seg til, og brukes som oppslagsverk. I Norge utvikler og drifter Helsedirektoratet en web-applikasjon (elektronisk søkeverktøy) for søk og oppslag i medisinske kodeverk kalt FinnKode.no¹⁶. Selv om en slik funksjon kan forenkle søk etter riktig kode gir for eksempel et søk etter lungebetennelse 95 treff. Elektroniske søkeverktøy gir derfor noe støtte, men koderen må lete gjennom til den riktige koden er funnet for den aktuelle pasientens spesifikke diagnose.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har siden 1948 distribuert og utviklet ICD med tilhørende klassifikasjoner. WHO har utviklet et e-læringsprogram som opplæring for medisinske kodere i både sykdom og dødsårsakskoding. Tanken er at dette kan brukes som en selvbetjeningsløsning for å lære om koding, men kan også brukes i klasser med større grupper. e-læringsprogrammet er basert på det originale regelverket fra WHO og inneholder mye stoff som er mindre aktuelt for norske forhold.¹⁷

1.6 Utdanning og opplæring

Undervisning i medisinsk kodeverk og klassifikasjoner er ikke en del av medisinstudiet og svært få helseforetak stiller krav om gjennomført opplæring i koding. Der det gjennomføres opplæring er den preget av lite systematikk, ofte uformell og kollegabasert. Ofte har opplæringen vært uformell og kollegabasert, for eksempel i relasjonen mellom overordnet og underordnet lege. Medisinsk kodepraksis inngår heller ikke i sykepleier eller helsesekretæruddanningen. Leger og annet helsepersonell som koder har derfor utilstrekkelig opplæring innenfor medisinsk koding i Norge.

Bedre kurs i koding kunne løse noe av problemet med kodingskvaliteten. Det finnes enkelte private, kommersielle opplæringstilbud relatert til medisinsk koding, og mange helseforetak har benyttet seg av slike tjenester.

I det følgende gis en oversikt over de kursene som er tilgjengelige og volum for deltakelse i disse kursene.

Analysesenteret AS

Analysesenteret AS har tilbudt opplæring og grunnkurs innen medisinsk koding siden selskapet ble etablert i 1997. Siden 2006 har dette tilbudet inkludert e-læring. Analysesentrets hovedtilbud er primært rettet mot leger og unntaksvis annet helsepersonell. Opplæringen skjer som regel på arbeidsstedet. Mye av opplæringen er basert på problemstillinger kursdeltagerne har ved sin arbeidsplass. Analysesenteret legger vekt på å etablere en felles forståelse for formål og anvendelse av klassifikasjonene.

Grunnkurset for medisinsk koding varer totalt 6 timer over en periode på 3-6 uker og det er maksimalt 20-25 deltakere fra samme fagområde eller spesialitet ved hvert kurs. Kurset er oppdelt i tre deler: oppstartsamling, selvstudier og et kodeverksted:

1. Oppstartsamling (¾ t)

Avholdes enten av personell fra Analysesenteret eller kvalifisert personell eget foretak/sykehus. Kort intro til medisinsk koding som fagområde og praktisk veiledning i forhold til e-læringskuret

2. Selvstudier e-læringskurset (5 x ¾ t)

Gjennomføres over en periode på 3-6 uker

¹⁶ Helsedirektoratet. Elektronisk søkeverktøy ICD-10 versjon 1 for 2012. www.finnkode.kith.no (7.10.2012)

¹⁷ WHO ICD-10 Interactive self-learning tool <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/ICD10Training/> (24.10.2012)

3. Kodeverksted (2 x ¾ t)

Ledes primært av personale fra Analysesenteret alternativt av høyt kvalifisert medisinsk personell fra eget foretak (som ved Stavanger Universitetssykehus HF). Diskusjon og veiledning i medisinsk koding med utgangspunkt i kursdeltakernes innleverte kasuistikker og aktuelle kliniske problemstillinger.

Siden 2006 har ca. 1700 kursdeltakere, primært leger, gjennomført Analysesenterets undervisningsopplegg. 450 av disse legene har i tillegg gjennomført et utvidet kurs, der avsluttende kodeverksted er utvidet til et fullverdig halvdagsseminar. Tema på disse seminarene, i tillegg til den problembaserte læringen med utgangspunkt i egne kasuistikker, er bruk av den medisinske kodingen som grunnlag for forskning og fagutvikling, aktivitetsbeskrivelse, ressursallokering og finansiering gjennom ISF-ordningen. Totalantallet deltakere fra Helse Sør-Øst i 2012 er ca. 400 samt ca. 100 deltakere fra avtalesykehus.

Analysesenterets vurdering basert på erfaringer med koderevisjoner er at det ikke blir bedre kvalitet på den medisinske kodingen før legene og annet helsepersonell med selvstendig behandlingsansvar lærer seg å:

1. **Dokumentere** egen innsats under oppholdet/konsultasjonen i pasientens journal i tråd med journalforskriftens krav
2. **Diagnostisere** - dvs. eksplisitt konkludere med egne fritt valgte ord hva som etter legen/legegruppens *medisinskfaglige skjønn* har vært hovedtilstand og evt. hvilke andre tilstander som har vært jobbet med eller påvirket den samlede ressursbruken medisinsk sett under oppholdet.

Problemet med ufullstendig dokumentasjon løses ikke ved å utdanne/ansette egne medisinske kodere. Så lenge behandlende lege/legegruppe ikke utøver og dokumenterer sitt medisinskfaglige skjønn i pasientens journal er det problematisk å klassifisere.

Analysesenterets erfaring er at der hovedtilstand og andre tilstander er eksplisitt dokumentert og godt formulert i journalen er legenes koding av disse i langt de fleste tilfeller også korrekt.

Nirvaco AS

Nirvaco AS utfører analyse av aktivitetsdata i sykehus, tilbyr verktøy for medisinsk koding og opplæring i medisinsk klassifikasjon. Kursene er basert på de norske kodereglene angitt av Helsedirektoratet.

Nirvaco tilbyr 11-dager grunnkurs i medisinsk klassifikasjon som er deres største satsingsområde. Kurset foregår som intensivt internat over fem samlinger og er en kombinasjon av forelesning og praktiske øvelser ved epikrisegjennomgang. Kurset krever innsikt i anatomi og sykdomslære på nivå med helsesekretærer og har stor fokus på å kode korrekt uten å vurdere økonomisk refusjon via ISF. Målgruppen er ikke-medisinere og største gruppen er helsesekretærer, men mange sykepleiere og økonomer har også deltatt. Kursene retter seg mot helsesekretærer ettersom kurs for leger har blitt stanset på grunn av for mange avmeldinger i siste liten. Legene har en arbeidssituasjon som gjør det vanskelig å prioritere kodekurset over det daglige arbeidet og må også prioritere andre typer kurs og krav om etterutdanning.

Totalt har nesten 400 personer gjennomført grunnkurs hos Nirvaco og de fleste av disse er ikke-medisinere og helsesekretærer. Tabellen nedenfor viser at mange i Helse Sør-Øst har gjennomført grunnkurs i medisinsk koding. På grunn av at det er legene selv som koder så har de fleste av kursdeltakerne ikke hatt anledning til å benytte kompetansen i sin daglige arbeidssituasjon.

Deltakelse i medisinsk klassifikasjon grunnkurs Helse Sør-Øst (inkl. avtalesykehus)	
Oslo Universitetssykehus	85
Sykehuset Innlandet	69
Vestre Viken	20
Akershus universitetssykehus	13
Sykehuset Østfold	13
Sykehuset Telemark	19
Sørlandet sykehus	7
Totalt	226
Martina Hansens Hospital	6
Diakonhjemmet Sykehus	3
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1
Betanien Hospital	1
Totalt	11
Totalt Helse Sør-Øst	237
Totalt hele Landet	367

Tabell 2. Oversikt over deltakelse i grunnkurs i medisinsk klassifikasjon hos Nirvaco

Nirvaco har i tillegg arrangert tre åpne kurs for leger med totalt 60 deltakere fra Helse Sør-Øst. Selv om kursene fikk gode tilbakemeldinger i henhold til gjennomførte evalueringer har for høyt avbud i siste liten gjort det umulig å tilby kurset. Nirvaco arrangerer også interne 4-timers kurs i samarbeid med interesserte sykehus.

Kursene underviser i de norske kodereglene angitt av Helsedirektoratet og tar for seg årlige endringer. Kursene benytter bokutgavene for å øke forståelsen av oppbyggingen av ICD-10.

e-læringsprogram

I 2010 lanserte Helsedirektoratet etter samarbeid med Helse Sør-Øst, et e-læringskurs i medisinsk koding¹⁸. Kursets målgruppe er nyansatte i helseforetak samt andre som arbeider med koding, og er fritt tilgjengelig på internett. Kurset inneholder også en selvtest i koding. Få helseforetak har satt krav om gjennomføring. Utvikling av slike kurs er har til hensikt å opprette en enhetlig kodepraksis i Norge og harmonisere utdanningen for kodere. Dette er en del av å sikre en standard kodepraksis. Et e-læringsprogram vil utgjøre et av flere tiltak for å sette en nasjonal basis for hvordan koding skal utføres ved alle norske sykehus. Programmet er utviklet som en del av et «learning management system» (LMS) hvor det registreres hvem som har gjennomført kurset og om vedkommende besto avslutningsprøven.

E-læringsprogrammet har en utforming som gjør til dels tungt stoff og komplisert tekst oversiktlig. Kombinasjon av tekst, bilder, oppgaver og illustrasjoner gjør innlæringen effektiv. I løpet av en time eller to er kurset gjennomført, alt etter forkunnskap. Programmet bør betraktes som obligatorisk for alle som har oppgaver med medisinsk koding, også for leger som har kodet i mange år, fordi formål med og regelverk for rapportering til Norsk pasientregister (NPR) har endret seg de siste årene. Det er viktig at diagnosekoder som knyttes til den enkelte pasient er både korrekte og presise. Gjennom læringsportalen kan kurs som er gjennomført dokumenteres med utskrift av kursbevis. Den ansvarlige for opplæringen kan via læringsportalen få statistikk over antall gjennomførte kurs.

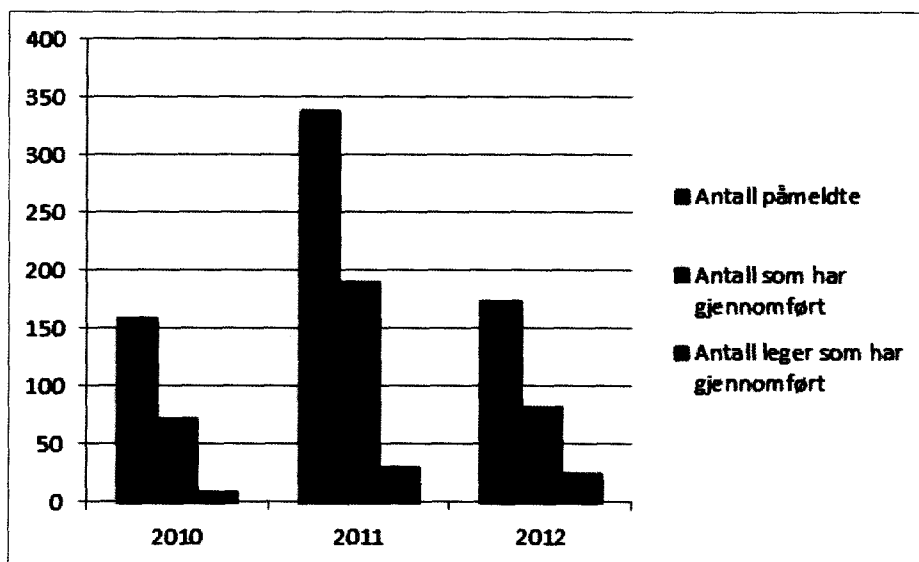
¹⁸ Opplæring i medisinsk koding: e-læringskurs og selvtest.

<http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/medisinsk-koding-og-kodeverk/medisinsk-koding/Sider/nytt-e-leringskurs-gjor-det-lett-a-kode-rett.aspx> (9.10.2012).

Kurset har fokus på bruk av de helsefaglige kodeverk og klassifikasjoner. E-læringsprogrammet ivaretar innlæring av basiskunnskap om medisinsk koding. Regelverk for ISF (innsatsstyrt finansiering) må innøves gjennom den årlige ISF-veiledningen fra Helsedirektoratet. For videre opplæring henvises det til en samlet Kodeveiledning som utgis årlig av Helsedirektoratet samt bruk av de elektroniske utgavene av kodeverkene, som også demonstreres og refereres til i e-læringsprogrammet.

Bruk av e-læringsprogrammet via læringsportalen gjør det som nevnt mulig ved hvert helseforetak å få en oversikt over hvem som tar kurset og hvilken avdeling de er tilknyttet. Så langt har resultatene vist at det er mange som ikke utfører koding i sykehusene som har tatt e-læringskurset. Dette kan tyde på at legene ikke har tid nok til koding, og dermed heller ikke et e-læringskurs, i tillegg til at legens fokus ikke er på koding.

Følgende graf viser en oversikt over hvem som har gjennomført kurset siden oppstart i 2010 til og med første halvår 2012. Det tas forbehold om at ikke alle som har tatt kurset oppga hvilken yrkesgruppe de hører til, men oppga heller sin organisatoriske tilhørighet til ulike kliniske avdelinger. Merk at bruk av kurset over internett utenom læringsportalen blir ikke registrert. Totalt har 678 personer meldt seg på kurset, men kun 350 har gjennomført. Av de som har gjennomført er kun 71 personer leger (merk at noen personer kan ha tatt kurset flere ganger siden 2010). Det var i 2011 5439 leger i klinisk virksomhet ved somatiske avdelinger i Helse Sør-Øst¹⁹. De aller fleste er involvert i kodingsoppgaver.



Figur 3. Oversikt over antall påmeldte og gjennomførelse av e-læringskurset

Helseforetakene i Helse Sør-Øst ble i november 2010 av Helse Sør-Øst RHF i eget brev orientert om e-læringskurset og oppfordret til snarest å iverksette en systematisk bruk av e-læringsprogrammet for alle som er involvert i medisinsk koding²⁰. Helse Sør-Øst ba om en kort orientering fra det enkelte helseforetak om hvordan en slik implementering ble planlagt gjennomført. Bare et helseforetak har besvart henvendelsen. Statistikken viser at gjennomføring av kurset i legegruppen er særdeles lav.

¹⁹ Statistisk sentralbyrå. Avtalte årsverk ekskl. lange fravær, ved sykehus og øvrige somatiske institusjoner, etter region, helseutdanning, tid og statistikkvariabel. Tall for 2011.

²⁰ Helse Sør-Øst RHF. Brev til Helseforetakene i Helse Sør-Øst 3.11.2012 om bruk av e-læringsprogram for bedre medisinsk koding.

2 Kodingskvalitet i spesialisthelsetjenesten

God primær kodingskvalitet er avgjørende for videre bearbeidelse av helseregisterdata. Ulike undersøkelser av medisinske journaler i flere helseforetak de siste årene viser imidlertid at kvaliteten av den medisinske kodingen ikke er tilfredsstillende og bør forbedres. Kodingen vises å være korrekt i kun 64 % av tilfellene²¹.

Helsedirektoratet og helseregionene har ønsket å bedre kvaliteten av den medisinske kodingen²². Helsedirektoratet har utredet ulike tiltak og blant annet iverksatt forbedring av kodeveiledninger og utviklet e-læringsprogram i samarbeid med Helse Sør-Øst. De fleste helseforetakene har iverksatt kvalitetssikringstiltak og opplæring, men beslutningstøtte i kodingsprosessen etterlyses og synes nødvendig for å oppnå høyere kvalitet. Flere av revisjonene har påpekt at helseforetakene ikke har satt mål for kodingskvalitet og foretar heller ikke målinger.

Det er utført mange omfattende journalrevisjoner fra 2002 og utover av ulike instanser, både Riksrevisjonen, Helsetilsynet, Sintef, Avregningsutvalget og flere helseforetak. Resultatene varierer fra klinikk til klinikk, mellom ulike HF og i forhold til fagområde. Tilsvarende gjelder for konsekvens for DRG. Feil kan være av ulik type, feil vedrørende hovedtilstand (hoveddiagnose) har størst betydning både med henhold til helsestatistikk og DRG. Andelen av påviste feil i henhold til regelverk for koding i Norge varierer mellom 10 % og inntil 50 % for koden for hovedtilstand.

Feilene ved journalrevisjoner fordeler seg for hovedtilstand på disse områdene:

- a) Hovedtilstand som det er kodet for finnes det ikke grunnlag for i journalen
- b) Feil valg av hovedtilstand
- c) Feil kode for riktig valgt hovedtilstand.

En oppsummering av variasjon av feilkoding basert på publiserte undersøkelser viser følgende funn:

Diagnosekoding (hovedtilstand)

Feil kode, riktig 3 tegnsgruppe:	ca. 10-20 %
Feil 3-tegnsgruppe, riktig kategoriblokk:	ca. 5-15 %
Feil kategoriblokk, riktig kapittel	ca. 5- 20 %
Feil kapittel	ca. 10- 35 %
Feil i hoveddiagnosekoding totalt	ca. 33-42 %

Prosedyrekode

Ca. 8-12 % feil (feil, mangler, overtallig) i forhold til totalt registrerte prosedyrekoder.

2.1 Riksrevisjonens vurdering av medisinsk koding

Riksrevisjonen, i samarbeid med Statens Helsetilsyn, fører tilsyn med at helseforetakene koder i samsvar med de krav helsemyndighetene stiller. Riksrevisjonen fullførte i 2008²³ og i 2003²⁴ en vurdering av medisinsk koding i Norge. Undersøkelsen i 2008 viste at feilkodingen er betydelig og at det har vært liten endring siden samme undersøkelse ble gjennomført i 2003. I 2008 ble hoveddiagnosen feilkodet i 36,2 % av tilfellene i undersøkelsen (mot 37,8 % i 2003). Dette betyr at

²¹ Dokument 3:2. (2009/2010). Riksrevisjonens rapport med forvaltningen av statlige selskaper for 2008. Riksrevisjonen.

²² IS-1598. (2008). Bedre kvalitet på medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet.

²³ Dokument 3:2. (2009/2010). Riksrevisjonens rapport med forvaltningen av statlige selskaper for 2008. Riksrevisjonen.

²⁴ Dokument 3:7 Riksrevisjonens rapport med forvaltningen av statlige selskaper for 2005-2006. Riksrevisjonen.

koding av hoveddiagnosen ikke var i samsvar med regelverket ICD-10. Hoveddiagnosen er det helseproblemet som er viktigste årsak til kontakt med helsevesenet eller som – hvis mer enn én tilstand anses som like viktige – bedømmes som den mest ressurskrevende. Hoveddiagnosen har derfor avgjørende betydning for DRG-grupperingen og alle pasientopphold skal kodes med kun én hovedtilstand. Feilkoding av hoveddiagnose varierer fra 24 til 46 prosent mellom sykehusene i følge Riksrevisjonen.

Riksrevisjonen påpekte at feilkodingen har konsekvenser for kvaliteten på pasientstatistikken. Svak kodingskvalitet bidrar til å redusere tilliten til at pasientstatistikken kan benyttes som grunnlag for planlegging, styring og evaluering av helsetjenestene lokalt og nasjonalt, og begrenser muligheten til å bruke pasientstatistikken til medisinsk forskning.

I tillegg viste undersøkelsen at 24,5 % av de undersøkte pasientoppholdene ble klassifisert i feil DRG. Dette innebærer at de undersøkte sykehusene ville fått et annet refusjonsbeløp for nesten hvert fjerde pasientopphold ved riktig koding. Konsekvensene av feilkoding for pasientstatistikk ble antatt å være større enn for DRG-gruppering, men avhengig av detaljeringsnivået. På grunn av den lave kvaliteten på kodingen er Riksrevisjonen usikker på hvorvidt kodingskvaliteten er god nok til at DRG-systemet bør brukes som grunnlag for finansiering.

Riksrevisjonens rapport bemerket at flere pasientjournaler var av for dårlig kvalitet til å kunne bedømme kodingskvaliteten. Dette vurderte Riksrevisjonen som tegn på svakheter ved rutiner for håndtering av journalene i sykehusene.

Samlet har rapportene vist følgende funn:

- 1) 18 % er "ren" feilkoding (hovedtilstand er korrekt, men det er valgt feil kode)
- 2) 18 % feil er på grunn av at feil hovedtilstand er valgt i utgangspunktet.

Feil diagnosekode kan være alvorlig for pasienten med risiko for feilbehandling eller at nødvendig behandling ikke iverksettes (for eksempel dersom feilkodingen fremgår i epikrisen). Feil diagnosekode er også alvorlig med tanke på videre behandling i primærhelsetjenesten. Feil koder har konsekvens for sykdomsstatistikk eller sykehusets økonomi. Det er derfor behov for bedre opplæring spesielt ved valg av hoveddiagnose og valg av riktig kode.

For å bruke pasientdata som grunnlag for planlegging, forskning og finansiering er det nødvendig med god kvalitet på kodingen. Riksrevisjonens rapport ser derfor et behov for kontinuerlig arbeid for å sikre god kvalitet på kodingen.

2.2 Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis 2011²⁵

Helsedirektoratet har ansvar for å sette standard, gi retningslinjer og sørge for at nødvendig informasjonsmateriale blir utarbeidet og gjort tilgjengelig for medisinsk koding. Helsedirektoratet i fellesskap med de fire helseregionene gjennomførte i 2011 en felles revisjon av medisinsk kodingspraksis med hensikt å kartlegge og vurdere medisinsk kodepraksis i helseforetakene. Rapporten konkluderte med følgende, basert på intervjuer og spørreskjemaer:

- Det er lav risiko for større omfang av bevisst feilkoding med sikte på økonomisk vinning
- Det er gjennomgående ikke etablert tilstrekkelig intern styring og kontroll for å oppnå rimelig sikkerhet for korrekt koding.

Internrevisjonen pekte på fem forhold helseforetakene bør rette oppmerksomheten til:

²⁵ Hovedrapport (10/2011). Nasjonal Internrevisjon av medisinsk kodepraksis. Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge & Helse Nord.

1. Gjennomføring av regelmessige og dokumenterte risikovurderinger av kodingsprosessen
2. Gjennomføring av en vurdering av de IT-systemene som benyttes for medisinsk koding
 - a. Internrevisjonens vurdering er at ytterligere satsing på utvikling av brukervennlighet og integrasjon av de verktøy som benyttes, vil kunne bidra både til mindre feilkoding og til reduksjon av medgått tid til koding.
3. Det bør sikres en positiv læringsløype ved at det gis regelmessige tilbakemeldinger på egen kodepraksis til de som koder
4. Utarbeidelse av felles rutiner for medisinsk koding ved helseforetaket
5. Vurdering av eksisterende melderutiner.

I tillegg vurderte rapporten mulige nasjonale tiltak for å sikre god kvalitet på kodingen. Manglende tid til å fullføre kodingen ble påpekt som en stor risiko for feilkoding. Rapporten viser blant annet at dagens krav til utsendelse av epikrise gjør at tid til koding ofte er altfor knapp og blir ikke tilstrekkelig kontrollert. Epikrise er en rapport til henvisende lege etter et sykehusopphold eller etter undersøkelse ved en poliklinikk eller privatpraktiserende legespesialist. I Norge innledes epikrisene med en listing av ICD-10 koder ofte med tilhørende tekst i form av statistiske kategoribeskrivelser. Kodingen skjer i dag i forbindelse med epikrisen. Rapporten anbefaler derfor å vurdere dagens kobling mellom medisinsk koding og utsending av epikrise. Et av forslagene er å vurdere muligheten ved å skille medisinske koder fra epikrisen. I et slikt tilfelle ville medisinske koder registreres i PAS/EPJ systemene etter at epikrisen er utsendt. Blant annet har Helse Sør-Øst RHF tatt initiativ til en slik omlegging av arbeidsprosesser med henhold til koding og epikrise (Helse Sør-Øst RHF, brev til Helsedirektoratet 3.2.2012), jf. vedlegg 2.

Legenes egne vurderinger av årsaker til feilkoding

Av respondentene ved 19 av 21 helseforetak svarte over 50 % av de som selv setter medisinske koder at de opplevde å ha liten tid til arbeidet.

Selv om kodesettere ønsker å kode riktig, gjør kompleksiteten i systemet riktig koding krevende. I rapporten fremgår det at helsepersonell mener at PAS/EPJ systemene ikke er gode nok, tilbyr ingen beslutningsstøtte og kan utgjøre en potensiell kilde til feilkoding.

En del leger er usikre på hvordan eventuelle varsler om feilkoding vil behandles. Dette medfører risiko for at feil praksis ikke blir meldt fra om.²⁶ I tillegg får kodesettere ingen tilbakemelding om kodene som settes i forhold til hva som fungerte og hva som kan forbedres ved deres kodearbeid. Arbeidet og resultater følges ikke opp og således lærer kodere ingenting av det arbeidet de utfører.²⁷

Lokale undersøkelser av medisinsk kodepraksis ved utvalgte helseforetak

De regionale helseforetakene og andre utførende virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten har ansvaret for at kvaliteten på medisinsk koding er tilfredsstillende, opplæringen tilstrekkelig og for gjennomføring av kontroll av kodingskvaliteten. Ved Nasjonal Internrevisjon av medisinsk kodepraksis i 2011 ble det gjort en gjennomgang av kodepraksis og rutiner ved ni utvalgte helseforetak, tre av disse i Helse Sør-Øst. Funnene fra Akershus Universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF og Sykehuset i Telemark HF oppsummeres her.

²⁶ Hovedrapport (10/2011). Nasjonal Internrevisjon av medisinsk kodepraksis. Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge & Helse Nord.

²⁷ Enger og Farbu: DRG-koding i poliklinikker: til nytte og glede? Prosjektoppgave, Handelshøyskolen BI, 2010

Akershus Universitetssykehus²⁸

Ved Akershus Universitetssykehus (Ahus) har analyseavdelingen overordnet ansvar for å kvalitetssikre kodingen. Ahus har egne kodekonsulenter som gjennomgår alle epikriser for inneliggende pasienter. Ved Ahus opplyste bare omkring 50 % av legene å ha kunnskap til kodeveiledning distribuert av Helsedirektoratet. Under 50 % mente de hadde fått noe opplæring i koding.

Risikofaktorer identifisert ved Ahus ved sikring av riktig kodingskvalitet:

- Manglende tid til å sette riktig kode – Ved opplevd tidspress velges ofte generiske samlekode fremfor en mer korrekt spesifikk kode
- Feilregistreringer i epikrisen
- Manglende opplæring i medisinsk koding – Mangel på opplæring og dermed mangel på kunnskap kan medføre feil valg av koder eller valg av generiske samlekode
- Feil endring eller retting av koder
- Treghet i datasystemet DIPS – Uttrykt at datasystemet er tregt og tungvint. Dette kan medføre valg av generiske samlekode/unøyaktig koding og mulig feilkoding
- Svak funksjonalitet i talegjenkjenningssystem – Kan medføre manglende koder på grunn av at talegjenkjenningssystemet ikke tar med alt som blir lest inn
- Støy i kontorlandskap vanskeliggjør kodearbeid og innlesing av informasjon for talegjenkjenning

Det er i liten grad oppfølging av lege og assisterende lege fra kodeansvarlig lege, kodekontoret eller Analyseenheten. Det er dermed ikke en fungerende læringsløype tilbake til den enkelte koder på kvalitet i egen kodepraksis. Samtidig ønsker kodekonsulentene seg mer tid for å kunne følge opp legene bedre²⁹.

Ahus har vurdert egen struktur og gjort noen endringer siden revisjonen. Disse er omtalt senere i dette dokumentet.

Sykehuset Østfold HF³⁰

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

I spørreundersøkelser ved helseforetaket ble følgende faktorer identifisert som risiko i forhold til å sikre høy kvalitet på kodingen ved Sykehuset Østfold HF:

- Ikke tilstrekkelig kompetanse hos leger
- Ikke spesifikke kompetanse krav til kodere
- Komplisert regelverk
- Tidspress
- Koder registreres ikke fortløpende
- Røntgenkoder registreres ikke
- Ved endring av diagnose etter histologi/prøvesvar skrives det ikke ut ny epikrise.³¹

²⁸ Rapport nr. 10/2011, Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene - Akershus universitetssykehus HF. Helse Sør-Øst.

²⁹ Rapport nr. 10/2011, Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene - Akershus universitetssykehus HF. Helse Sør-Øst.

³⁰ Rapport nr. 8/2011, Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene- Sykehuset Østfold HF. Helse Sør-Øst.

³¹ Rapport nr. 8/2011, Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene- Sykehuset Østfold HF. Helse Sør-Øst.

Sykehuset Telemark HF³²

Ved Sykehuset Telemark HF ble det vurdert at noen av klinikkene har etablert tilfredsstillende styrings- og kontrollmiljø samt kontroll og oppfølging av kodepraksis for å unngå at taktisk koding eller annen feilkoding forekommer. Men ved de største miljøene er det ikke tilstrekkelig tydelige definerte roller, ansvar og tilhørende opplæring. Det mangler i stor grad rutiner og prosedyrer som beskriver god kodepraksis. Det gjennomføres heller ikke tilstrekkelige kontroller av kodingen eller oppfølging av kodepraksisen. I sum anses det at kodepraksisen ikke er tilfredsstillende.

Spørreundersøkelsen viste at kun litt over halvparten av de ansatte mener de har tilstrekkelig kunnskap om kodeveiledningen fra Helsedirektoratet. En enda større andel mente de ikke hadde fått tilstrekkelig opplæring i kodebruk og i IT-systemene som brukes i forhold til koding. Til tross for dette angir flertallet at de er trygge på egen kodebruk.

Intervjuene bekreftet spørreundersøkelsen som viste at 50 % er på negativ side av skalaen på spørsmål om de har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig medisinsk kode. Mangel på tid og kunnskap angis som de hyppigste årsakene til feilkoding³³.

2.3 Andre revisjoner av kodingskvalitet

Både Helsetilsynet, enkelte helseforetak og Avregningsutvalget har de siste 10 årene gjennomført journalrevisjoner. Resultater fra disse undersøkelsene har vært samstemmige med Riksrevisjonens funn. Enkelte undersøkelser har vist større andel opphold som er kodet feil, for eksempel SINTEF rapporten fra 2001³⁴. Undersøkelsen viste at så mye som 42 % av kodingen av hoveddiagnosene har feil eller mangler.

2.4 Kilder til feilkoding

Hovedkonklusjoner i flere av undersøkelsene som er gjennomført de siste årene er samstemmige og stemmer også med andre lands vurderinger av kilder til feilkoding. Det følgende er noen eksempler på kilder til feilkoding:

- Kompetanse:
 - Mange leger har ikke tilstrekkelig kompetanse til å utføre tilfredsstillende kodearbeid
 - Legene får ikke tilstrekkelig opplæring i gjeldene regelverk for koding
 - Når det er tilleggdiagnoser som skal kodes, er det ofte stor variasjon i kvaliteten på kodingen
- Organisatoriske utfordringer:
 - Flere av helseforetakene mangler retningslinjer for hvordan regelverket skal etterleves
 - Koding og kvalitetssikring er ikke tilstrekkelig integrert i driften
 - Legene har ikke tilstrekkelig tid til å gjennomføre kodingen
 - For dårlig oppfølging av kvaliteten på kodingen

³² Rapport nr. 9/2011, Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene- Sykehuset Telemark HF. Helse Sør-Øst.

³³ Rapport nr. 9/2011, Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene- Sykehuset Telemark HF. Helse Sør-Øst.

³⁴ SINTEF-rapport, nr STF 78 A 035504: 2001 *Er det sammenheng mellom journalopplysninger og inrapporterte data? En studie av 500 pasientopphold ved norske somatiske sykehus*, Midttun L, Sverrbo E, Thorsen G og Steinum O.

- Ikke tilstrekkelig motivasjon til koding blant kodere
- Dokumentasjon er ikke god nok
- Oppslagsverk:
 - Kodeveiledere er utydelige
 - Mange leger kjenner ikke godt nok til regelverket eller oppslagsverk for medisinsk koding.

Revisjonsrapportene gir en omfattende og grundig dokumentasjon som i stor grad forklarer resultatene av andre undersøkelser de siste årene. Disse viser at den medisinske kodingen av de sykdommer som undersøkes og behandles ved sykehusene er mangelfull. Pasientene får som regel god behandling og i pasientjournalene beskrives sykdommer og behandling ofte korrekt. Når legene skal kode og rapportere til Norsk pasientregister hvilke sykdommer pasientene er behandlet for, er det imidlertid ulik forståelse og praksis.

I alle revisjonene i Norge med henhold til om kodingen er korrekt er det presisert at det ikke er vurdert om diagnosene er korrekte, men om de angitte diagnosene er kodet korrekt med henhold til hoveddiagnose og bidiagnoser, samt prosedyrer i henhold til det norske regelverket basert på reglene for koding av morbiditet i ICD-10 og norske særregler både for valg av hovedtilstand og andre tilstander som er gitt i ISF regelverket.

Feilene med henhold til koding av de diagnosene som er omtalt og oppsummert i journal /epikrise er ganske like i alle revisjonene: For ca. 36 % har man ikke kodet hovedtilstand korrekt³⁵. Omtrent halvparten skyldes at man har valgt feil diagnose som hoveddiagnose i henhold til regelverket, og den andre halvparten at man har valgt rette diagnose som hoveddiagnose, men har ikke kodet denne korrekt.

Når en koder har valgt feil hoveddiagnose finnes den korrekte hoveddiagnosen ofte som bidiagnose. Dette tyder på at koderen ikke har lært seg eller vurdert i forhold til regelverket for hva som skal velges som hoveddiagnose. Når man ikke finner rette koden(e) skyldes dette at man ikke kjenner reglene for koding. Bruk av lokale kortlister gir også ofte feilkoding.

Spørreundersøkelsen i internrevisjonen i 2011

I spørreundersøkelsen som ble gjennomført som ledd i arbeidet med internrevisjonen i 2011 ble de ansatte bedt om å vurdere relevansen av ulike kilder til eventuell feilkoding i egen avdeling/enhet. Svarene fremgår av tabellen under. Den største kilden er mangel på kompetanse.

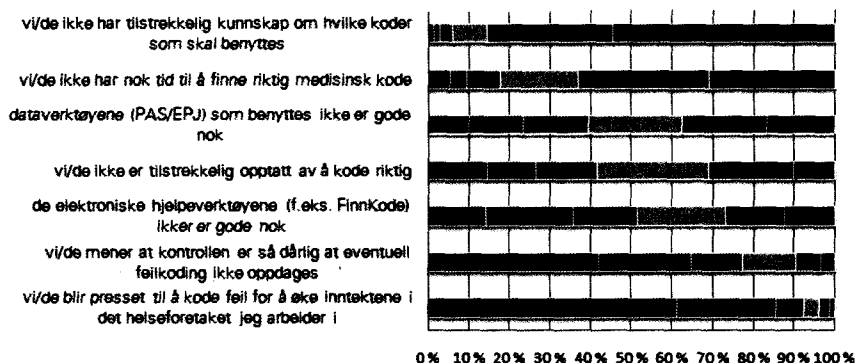
³⁵ Dokument 3:2. (2009/2010). Riksrevisjonens rapport med forvaltningen av statlige selskaper for 2008. Riksrevisjonen. og Dokument 3:7 (2005-2006). Riksrevisjonens undersøkelse av kodingskvaliteten ved helseforetakene. Riksrevisjonen.

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

Svarskala 1 Helt uenig ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 Helt enig ■

Gruppe Gruppe 1, respondenter som har oppgitt at de selv setter medisinske koder.

Vektingsmetode Justert vektning



Figur 4. Opplevde årsaker til feilkoding

Andre undersøkelser av kodepraksis

Ifølge en undersøkelse av poliklinikker ved Oslo Universitetssykehus HF og Stavanger Universitetssykehus HF ble det konkludert at kostnaden for legetid til koding tilsvarer to årsverk³⁶. Koding av innleggelse er som regel mer tidkrevende. Legene kommenterte at det var ønskelig å bruke tiden til noe som var meningsfylt for deres arbeid og i tillegg at de følte at ikke alt passet i en "diagnoseboks" i ICD-10.

I tillegg opplever legene at læringsverdien er liten og arbeidet med medisinsk koding er lite meningsfylt blant annet fordi kodedataene brukes svært lite som styringsverktøy og heller ikke i kvalitetssikringsammenheng (Enger, Presentasjon, eHelse forum Helse Sør-Øst RHF, 6/2012).

Oppsummering av kilder til feilkoding

- Dokumentasjon:
 - Journalføring er for dårlig (som vist ved Riksrevisjonens undersøkelse i 2009) og danner ikke tilstrekkelig grunnlag for riktig koding
- Krav til koderen
 - Avhengig av tilstrekkelig motivasjon til å ville kode riktig
 - Påvirkes av kollegers og arbeidsgivers holdning til koding. En enkelt sentralt plassert person med god kunnskap og sterk interesse for riktig koding kan gi kvalitetsheving i et stort helseforetak
 - For mange i dag er motivasjonen dessverre økonomiske forhold, det vil si hva sykehuset får i refusjon fra ISF
 - Tilstrekkelig kunnskap
 - Kompetanse er ikke god nok
 - Anledning til å kode korrekt (tilstrekkelig tid og tilgang til kodestøtte)
 - Å finne korrekt kode er tidkrevende og derfor vil økt kunnskap redusere tiden brukt på koding og opplæring vil betale seg selv
 - Behov for tilstrekkelig støtte i datasystemer og brukervennlighet
 - Datasystemer må inneholde fullstendige og oppdaterte versjoner av kodeverkene
 - Tilgang til å se resultater av arbeidet som blir gjort

³⁶ Enger og Farbu: DRG-koding i poliklinikker: til nytte og glede? Prosjektoppgave, Handelshøyskolen BI, 2010

- Kodeveiledninger
 - Behov for ytterligere forbedringer ettersom viktige kodingsområder ikke er tilstrekkelig beskrevet i dag
 - Behov for tydeligere kobling til datasystemer.

2.5 Eksempler fra helseforetak med satsning på kodingskvalitet

Noen helseforetak har benyttet seg i større grad av Analysesenteret og Nirvacos tilbud om kurs i koding for å bedre kvaliteten på kodingen internt og øke fokus på opplæring og effektivisering av interne kodingsrutiner. Både Akershus Universitetssykehus HF og Stavanger Universitetssykehus HF har opprettet støttefunksjoner ved hjelp av spesielt interesserte helsesekretærer. Deres interne prosesser oppsummeres i det som følger.

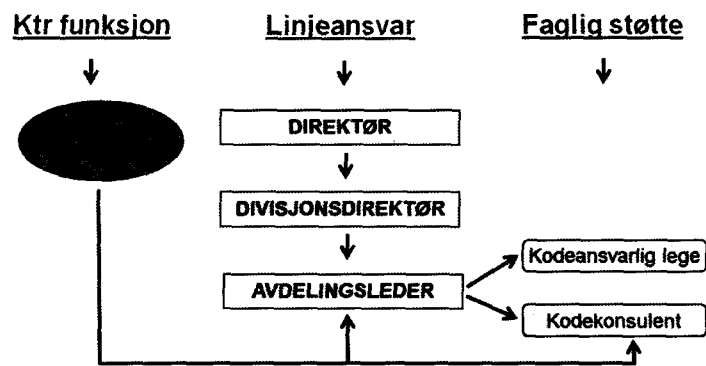
Akershus Universitetssykehus interne kodepraksis

Akershus Universitetssykehus (Ahus) startet systematisk organisering av den interne kodepraksisen i 2000. Motivasjonen bak satsingen på det tidspunktet var et ønske om å gjøre koding riktig samtidig som interne revisjoner viste store inntektstap knyttet til feilkoding. I 2000 ble 15 overleger med noe kodekompetanse bedt om å lese igjennom journaler og tilhørende kode og re-kode der de anså det nødvendig. Innføring av dette sikkerhetsnett viste en samlet økt inntekt med 25 millioner kroner årlig ved alle avdelinger utenom kirurgi. Kirurgisk avdeling hadde et eget tilsvarende opplegg som førte til at helseforetaket økte inntekter med 15 millioner kroner.

Fra og med 2007 har Ahus utdannet egne kodekonsulenter som verifiserer journalene og kodingen og disse har overtatt denne praksisen på grunn av tiden dette arbeidet krevde fra overlegene. Hver avdeling har fortsatt en kodeansvarlig lege som vurderer eventuelle endringsforslag fra kodekonsulentene. Hvis en endring har medisinsk konsekvens sendes kopi til fastlege og epikriseskrivende lege og er dermed med på å øke pasientsikkerheten ved innføring av ekstra kontroll på funn i journalene.

I dag har Ahus kodekonsulentstillinger som tilsvarer 6,7 årsverk. Ahus anslår at kodingen endres for ca. 10-15 % av oppholdene etter gjennomgang av journalene.

Kodekonsulentene på Ahus vurderer den medisinske kodingen ved å lese gjennom journaler og epikriser. Kodeansvarlige leger vurderer deretter kodekonsulentenes forslag til endring av primærkodingen. Kodeansvarlige leger har i tillegg ansvaret for opplæring av nyansatte leger. Kodeansvarlige leger har utvidet kodekompetanse, men stort sett ikke deltatt i kurs for koding. Kodingsarbeidet er i regi av analyseavdelingen som har kontrollfunksjon opp mot sykehusledelsen i forhold til medisinsk koding og ISF. Analyseavdelingen koordinerer kodearbeidet i foretaket med mål blant annet om å oppnå en enhetlig kodepraksis internt. Organisering av ansvar og kontroll for kodingsarbeidet ved Ahus kan illustreres som i følgende figur:



Figur 5. Organisering av kodingsarbeidet ved Ahus

Kodekonsulentene ved Ahus er tidligere helsesekretærer som har gjennomgått 70 timers kodekurs i regi av Nirvaco. I tillegg har helsesekretærene lang erfaring med journalarbeid og medisinsk terminologi og interne medisinske rutiner. Kodekonsulentene forstår legenes hverdag og prosessene rundt ulike pasientbehandlinger. Kodeansvarlige leger ved avdelingene er overleger med utvidet kodekompetanse, men i liten grad har disse legene fullført kurs innen kodepraksis. Kodekonsulentene bidrar i opplæring ved avdelingene ved behov. Ett viktig grep tatt på Ahus er å sikre at koderne er samlokalisert for å kunne dele beste praksis og skape et kommunikasjonsforum rundt kodepraksis.

Erfaringer fra Ahus viser at kodingskvaliteten internt øker betraktelig når ikke legene selv går igjennom journalene og epikrisene for å vurdere kvaliteten på kodingen.

Ahus ønsker strengere krav om enhetlig kodepraksis i Helse Sør-Øst. I tillegg ville det være ideelt hvis det var flere kodesøttere som vil gi tid til tilstrekkelig gjennomgang av alle journalene. Ahus har derfor et ønske om minimum 10 årsverk. I gjennomsnitt kontrollerer koderne ca. 10 journaler per time.

Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis konkluderte med at Ahus sannsynligvis har en tilfredsstillende kontroll med kodingskvaliteten.

Stavanger Universitetssykehus HF interne kodepraksis

Stavanger Universitetssykehus HF (SUS) organiserte egne kodeprosesser i 2004/2005. SUS ønsket å øke forståelsen blant legene for betydningen av den medisinske kodingen for det norske DRG-systemet.

For å oppnå dette ansatte SUS en kontaktperson for kodingsprosessen ved helseforetaket i en 80 % stilling samtidig som kodekontakter ble ansatt ved hver avdeling. Disse er i hovedsak helsesekretærer som har vist interesse for kodingsprosessen og et ønske om å lære mer om dette feltet. Alle helsesekretærene har en lege å støtte seg til og har deltatt på Nirvacos kurs, eller planlegger å delta. I tillegg har kontaktpersonen for kodingen ved helseforetaket satt i gang interne kurs for helsesekretærer, hvor de øver 5 dager på koding. Dette skjer i samarbeid med Analysesenteret.

Noen av kodekontaktene ved SUS har heltidsstillinger (5-6 store avdelinger har heltidsansatte). I noen avdelinger er kodesøttere en del av helsesekretærens oppgaver. SUS har funnet at kodingen fungerer best der det er tilsatt fulltidsstillinger til å støtte kodingsarbeidet. I tillegg har tilbakemeldinger fra avdelingene vist at legene er fornøyd med tilbudet av egne kodekontakter og at de føler at kodekontaktene avlastet legene på en god måte.

Det er i tillegg holdt kodekurs for legene ved SUS. SUS har innsett at det er vanskelig for legene å avse tid til kodekurs og derfor har helseforetaket satset på innføring og opplæring av turnusleger og nyansatte leger. Det er således innført obligatorisk kodingskurs for turnuskandidatene hvor også andre interesserte er invitert.

Korrekt koding og god kodepraksis er godt forankret hos ledelsen i SUS. Helseforetaket har informasjonsrunder rundt kodepraksis i januar/februar hvert år og de enkelte avdelingene informeres dersom det påvises feil ved kodingen.

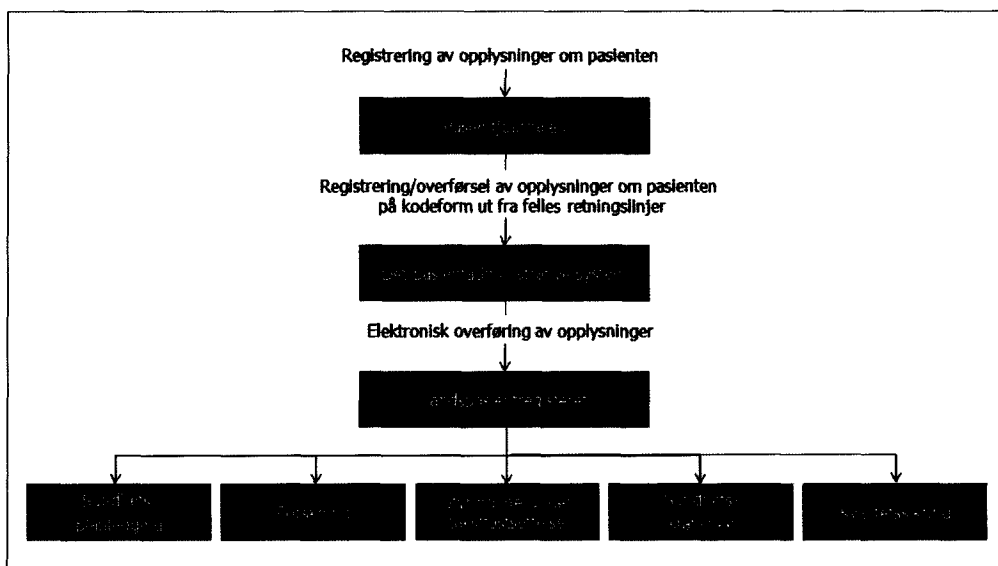
3 Oversikt over medisinsk koding i andre land

Verken WHO eller tilhørende klassifikasjonssentra har oppdaterte oversikter over organisering eller kvalitet på medisinsk koding ved bruk av ICD. WHO samler ikke inn sykdomsstatistikk fra de enkelte land. Derimot samler WHO inn dødsårsaksstatistikk for sammenlignende analyser. Man kan for Europas del se en del sammenlignende sykdomsstatistikk på EUROSTATs hjemmesider. Det viste seg derfor nødvendig å innhente opplysninger fra helsemyndigheter, kodingseksperter og publiserte artikler og rapporter i de omtalte landene. For enkelte land har det vært vanskelig å få tak i opplysninger. Det tas derfor forbehold om feil og mangler samt at opplysningene ikke alltid er representative på landsbasis.

3.1 Danmark

Hvem koder?

I Danmark er forholdene omtrent som i Norge. Legene har ansvar for å utføre den medisinske kodingen, som oftest dikteres i forbindelse med epikriseskriving. Legene registrerer sykdom og behandling i pasientjournalen. Det er ofte en registreringsansvarlig lege som har det overordnede ansvaret for å sikre at registreringen på avdelingen er korrekt. Her er det vanlig med en registreringsansvarlig helsesekretær som har ansvaret for at registreringen av data er korrekt i det pasientadministrative systemet, og meldt inn til Landspasientregisteret i Danmark³⁷. Prosessen demonstreres i følgende figur:



Figur 6. Prosess for registrering og rapportering av opplysninger om sykdom og behandling i Danmark samt bruksformål for data i Landspasientregisteret

Etter overføring til Landspasientregisteret blir kodingen tilgjengelig også for pasientene gjennom "kjernejournaløsningen" som benyttes i Danmark³⁸. Selv om kodene i ICD-10 er kategorier beregnet for statistikk og ikke uttrykker presise kliniske diagnoser, kan de ved korrekt koding vise hvilket sykdomsområde pasienten har vært innlagt og behandlet for, både for andre behandlere og pasienten selv. Opplagt feilkoding vil pasienten kunne oppdage selv og melde fra om. Slik sett er

³⁷ Riksrevisjonen, Beretning til Statsrevisorerne om DRG-systemet, august 2011

³⁸ Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og KL. Sundhedsvæsenet. www.sundhed.dk (7.10.2012)

denne løsningen fornuftig, men i journaldokumentasjon og pasientinformasjon bør kliniske formuleringer benyttes. Som i Norge, diskuteres det også i Danmark om koder fortsatt skal benyttes i epikrisene.

Omfang av opplæring innen medisinsk koding

Det har tidligere vært noe undervisningsprogram i Danmark for koding, men det er i dag ingen pågående aktivitet. Dette kan skyldes for få ressurser til å gjennomføre undervisningen, samt ikke nok tid for helsepersonell å delta i kursene.

Sundhedstjenesten har tilbudt heldagsmøter etter forespørsel fra de danske helseregionene, men disse møtene er på overordnet nivå og basert på oppklaring av spørsmål om koding fra sykehusene. Noen helsesekretærer har vært igjennom intern undervisning hvis dette tilbys av de sykehusene der de er ansatt.

e-Læringsprogram

I 2006 utviklet Skejby og Århus sykehus sammen med konsulentfirmaet MindMakers, et e-Læringsprogram for koding og registrering. Programmet er spesielt tilpasset leger og helsesekretærer. Fokus er på de viktigste prinsippene for koding av hoveddiagnose, bidiagnose, tilleggskoder og prosedyrer. Kurset skal bidra til god epikriseskriving, introduksjon av hvordan legens kliniske data brukes (både administrativt og klinisk), inneholder en ordbok med definisjoner på ord som brukes i koding og pasientregistrering, introduksjon til de verktøy som brukes i koding, og har interaktive oppgaver og tester om koding og epikriseskriving. Programmet har også en avsluttende eksamen som skal bestås av alle leger og helsesekretærer som deltar.

e-Læringsprogrammet har blitt presentert til Sunhedsstyrelsen. Selv om kurset opprinnelig ble utviklet internt for Skejby og Århus, er det tatt i bruk og selges til sykehus på tvers av landet.

e-Læringsprogrammet blir oppdatert hvert kvartal på grunn av nye regler som kommer kontinuerlig fra den danske sunhedsstyrelsen. Det er oppdatert av en gruppe leger og økonomer ved Skejby sykehus og Mindmakers.

Programmet er en del av et learning management system (LMS) hvor det registreres hvem som har gjennomført kurset og om vedkommende besto avslutningsprøven. Slik er det også mulig å følge med på hvor mange ved ulike avdelinger som har tatt kurset og testen. Noen danske sykehus krever at legene og helsesekretærene fullfører kurset innen tre måneder etter ansettelse og igjen to år senere. De ansatte logger inn med sitt navn og ansettelsesnummer.

En avgjørende faktor for å sikre deltakelse i e-Læringsprogrammet at viktigheten av koding er forankret hos sykehus- og avdelingsledelsen og at ledelsen krever opplæring og aktivt følger opp at kurset blir gjennomført.

Kodeveiledning

I dag tilbys kodeveiledning, «Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter» i Danmark kun på internett. Denne utgis årlig, men er oppdatert hvert kvartal. Veiledningen beskriver meldingskravene til Landspasientregisteret og inneholder en veiledningsdel med eksempler samt en teknisk del som beskriver de ulike meldingsformat og valideringsregler som dataene skal oppfylle. Det finnes også linker til noen spesielle fagfelt som utdyper registrering innenfor valgte områder.³⁹ Dansk selskab for Obstetrik og Gynekologi har for eksempel utgitt en kodeveileder for sitt fagfelt i samarbeid med Sundhedsstyrelsen⁴⁰.

³⁹ Sundhedsstyrelsen. Fællesindhold. <http://www.sst.dk/efi> (1.10.2012)

⁴⁰ Gynækologisk registreringsvejledning, 2. udgave, 1. oplag. (2008)

Kvaliteten på den medisinske kodingen i Danmark

I perioden 2007-2010 viste journalrevisjoner et høyt feilnivå ved koding på 15-35 % på tvers av alle sykehusene i Danmark⁴¹. I 2011 ble det bemerket av statsrevisorene til det Danske Folketinget at det fortsatt er behov for å bedre kvaliteten av den medisinske kodingen og ga noen forslag til endringer:

- Sundhedsstyrelsen bør sikre felles retningslinjer for registrering av informasjon
- Innenriks- og Sundhedsministeriet og ledelsen i regioner og på sykehuset bør ta initiativ til å redusere det høye feilnivå i registrering av sykdommer og behandlinger.

Statsrevisorene fant det ikke tilfredsstillende at ukorrekt og forsinket data i DRG-systemet medfører at takster og styring av sykehusenes økonomi og statistikk hviler på et usikkert grunnlag. Dette også etter en årrekke med kunnskap om at det er et altfor høyt feilnivå. Dette ligner resultatene av den norske riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk koding.

I brev fra Ministeriet Sundhed Forebyggelse ble det nevnt at det skal årlig gjøres revisjon av kodingskvaliteten i danske sykehus. Registreringene av pasientenes sykdommer og behandlinger skal oppfølges av Sundhedsstyrelsen. Styrelsen vil hvert år be regionene gjennomgå egne revisjoner for det foregående år for å se status på egen data kvalitet. Dette skal skje i regi av Koordinasjonsgruppen for individbasert pasientregistrering. På samme tid skal Sundhedsstyrelsen oppfordre regionene til en felles retning når revisjonene utføres slik at datakvaliteten kan sammenlignes på tvers av regioner og sykehus. Sundhedsstyrelsen planlegger også å fasilitere en årlig erfaringsutveksling mellom regionene for å kunne bredde beste praksis med positiv effekt på datakvalitet⁴².

3.2 Sverige

Hvem koder?

Det har aldri vært en formell beslutning om hvem som skal utføre den medisinske kodingen i Sverige, men tradisjonelt har legene utført dette arbeidet i svenske sykehus. I de siste årene har flere og flere sykehus begynt å bruke helsesekretærer til å utføre kodingen. Rundt 1600 legesekretærer har fullført grunnkurs i koding. Flere av disse tilhører avdelinger hvor de har fått muligheten til å utføre kodingen etter at legen setter diagnosen. Det er likevel til slutt legen som må signere og godkjenne kodene.

Omfang av opplæring innen medisinsk koding

Det fantes ingen tilbud innenfor klassifikasjonsområdet fram til år 2000 i Sverige. For å bedre kodingskvaliteten og skape nasjonale standarder ble det i Västra Götalandsregionen i Sverige besluttet å utdanne legesekretærer i diagnosekoding og databaseanalyse⁴³. I 2000 startet en 20-poengs utdanning i pasientklassifisering og sykehusdokumentasjon for helsesekretærer ved Göteborgs Universitet⁴⁴. Denne utdanningen ble imidlertid lagt ned i 2004.

Som i Norge er medisinsk koding ikke en del av medisinstudiet i Sverige, men noen offentlige institusjoner har organisert grunnkurs i medisinsk koding, i tillegg til private grunnkurs gjennom selskapet Emendor AB. Deltakelse ved disse grunnkursene i Sverige har vært høyere enn i Norge. Totalt har 1601 personer deltatt på grunnkurs for diagnosekodere i Sverige fordelt på ulike organisasjoner som vist i følgende tabell:

⁴¹ Rigsrevisjonen. Beretning til Statsrevisorerne om DRG-systemet. (august 2011).

⁴² Brev fra Ministeren for Sundhed og forebyggelse, Astrid Krag, av 22. desember 2011.

⁴³ Vestre Gotlandsregionen. Verksamhetsanalys av slutenvård i Vastsverige 2000-2001. Appendix 2 (2011)

⁴⁴ Mekus Rapport 2005. Verksamhetsanalys av slutenvård i Västsverige 2002 – 2003.

Organisasjon	Antall deltakere	Årstall
Forvaltningshøyskolen i Göteborg	180	2000-2006
Høyskolen i Halmstad	16	2003
Emendor Consulting AB	1405	2001 - 2012

Tabell 3. Svensk deltakelse på grunnkurs i medisinsk koding

Legesekretærer i Sverige har en grunnutdanning innen sykdomslære og anatomi som er viktig for å sikre korrekt koding. I tillegg må de ha noen års erfaring i sykehusene før de kan ta grunnkurs i koding. Dette gjør at de har erfaring med journal dokumentasjon og kjenner arbeidsflyt og kravene til dokumentasjon i sykehusene.

Mange av legesekretærene som har fullført kurs i koding, får ikke mulighet til å praktisere når de returnerer til arbeidsplassen og kompetansen går derved tapt. Hvis alle legesekretærene fikk praktisere koding på full tid, ville dette dekke hele Sveriges behov for kodere. Effekten av utdannede kodere har vist seg å medføre endringer i form av at antall bidiagnoser som blir registrert har økt, DRG-vekter er økt, antall uspesifiserte hoveddiagnoser er redusert, og andel DRG med operasjoner uten relasjon til hoveddiagnosen er redusert. Det konkluderes med at investering i utdanning av legesekretærer lønner seg ved å sikre bedre kvalitet på kodingen til pasientregisteret⁴⁵.

Det arbeides for tiden med et opplegg for sertifisering av medisinske kodere, men det finnes som nevnt tidligere ingen nasjonale krav til utdanning eller sertifisering av kodere.

Emendor Consulting AB

Noen sykehus har samarbeidet sammen med et privat firma, Emendor Consulting AB, om utvikling av kurs og e-læringsprogram. Emendor Consulting fokuserer på metoder å øke datakvaliteten om sykdommer, behandlinger og kostnader og har holdt på med klassifiseringssystemer innenfor helse siden 1993.

Emendor har siden 2001 tilbudt 20-dagers kurs innen koding med en avsluttende eksamen hvor omtrent 98 % av deltakerne er legesekretærer. Det er dessverre ofte slik at legesekretærene ikke har fått utnyttet kompetansen når de returnerer til sin organisasjon ettersom legene fortsetter arbeidet med koding. Ca. 1 gang i året tilbys kurs rettet mot leger.

Emendor har utviklet e-læringsprogrammer for diagnoseklassifisering, klassifisering av omsorgstiltak, og NordDRG. Stockholms Läns Landsting, Gotland og Landstinget Västernorrland har allerede tatt i bruk disse programmene⁴⁶.

Kodeveiledning

Spesialforeningene i Sveriges Läkarforbund har utviklet kodeveiledere for ulike fagområder som har blitt standard for hele landet. Ett eksempel er innenfor ortopedi⁴⁷. På den svenske Socialstyrelsens internettsider er det mulig å laste ned og søke etter korrekte koder for ulike diagnoser og behandlinger⁴⁸. I tillegg er det mulig å laste ned veiledning til NordDRG som er utviklet og oppdatert

⁴⁵ Serden, Lindqvist, Rosen, Vålutbildade läkarsekreterare lönar sig, Klinik og vetenskap (2005).

⁴⁶ Netcompetence Sweden AB. e-utbildning i införande av KVÅ och den nya versionen av NordDRG http://www.emendor.se/doc/upl/Produktblad_DRG.pdf (27.9.2012)

⁴⁷ Svensk Ortopedisk Forening. Lathunden. www.ortopedi.se/index1.asp?siteid=1&pageid=52&s1id=5 (26.9.2012)

⁴⁸ Socialstyrelsen. Sök diagnoskod. www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/sokdiagnoskodidc-10-se/ (26.9.2012)

årlig av Sosialstyrelsen. Sosialstyrelsen har også utgitt instruksjoner for kodere for hvordan valg av hoved- og bidiagnoser skal foregå⁴⁹. Instruksjonen gir en kort innføring i medisinsk koding.

Kvaliteten på den medisinske kodingen i Sverige

Spesialisthelsetjenesten i Sverige er desentralisert til 21 regioner og landsting som har frihet til selv å velge organisasjonsform og finansieringsmodell. Visse landsting har valgt å delegere diagnosekodingsfunksjonen til legesekretærer med kunnskap og interesse i klassifikasjonsarbeid, mens andre har valgt at kodingsarbeid skal utføres av leger. Variasjonen mellom spesialiteter, sykehus og landsting er stor, og dette viser seg bl. a i frekvens av registrerte koder per pasientopphold.

Det kreves uansett et samarbeid mellom leger og legesekretærer. Resultatet av dette samarbeidet har vært økt kodingskvalitet, en positiv utvikling av legesekretærutdanningen samt at profesjonen har fått høyere status. Legene har også fått mer tid på andre arbeidsoppgaver⁵⁰. Sosialstyrelsen i Sverige har forsøkt å undersøke kodningskvalitet. I 2008 manglet 1 % av innlagte pasienter hoveddiagnose, på poliklinikk manglet 14 % hoveddiagnose. Undersøkelsen viser også at 27 % av oppholdene kodes med uspesifiserte hoveddiagnoser og det fins store variasjoner mellom registreringsstandarder mellom sykehus. Disse er for store til å forklares med forskjeller i sykkelighet⁵¹. Mye tyder dermed på at kodingskvaliteten er veldig varierende mellom sykehus. Enkelte undersøkelser viser til at kodingskvaliteten er lav⁵². Ved flere revisjoner for noen år tilbake ble det basert på ca. 4 200 journaler påvist større feil i kodingen av hoveddiagnosen i 20 prosent. I tillegg hadde fem prosent av journalene mindre feil i valg av hoveddiagnose. Man mener at undersøkelsene ikke er egnet for å dra generelle konklusjoner for kodingskvaliteten på nasjonalt nivå.

Det er ikke funnet tilgjengelige rapporter for kodingskvalitet på nasjonalt nivå i Sverige mht. korrekt kode for hoveddiagnose. I følge Sosialstyrelsen har kodingen forbedret seg vesentlig siden 2001, men har fremdeles store forbedringspotensialer.

Det er i dag økt krav fra politikere og helse- og sykehusadministratorer på tilgang til korrekt og tilstrekkelig data.

Sosialstyrelsen har engasjert Vergenta AB for utredning av Patientregistrets fremtidige stilling og funksjon. Avrapportering ventes medio desember 2012. Den 12. november 2012 ble det arrangert en workshop «Utveklingsplan för Patientregistret» med 32 deltagere fra ulike organisasjoner og foretak med interesse og engasjement i Pasientregistret. Blant flere forslag til utvikling ble det særskilt lagt vekt på kvaliteten av innrapporterte data, og det var overveiende enighet om at koding til helsedata bør skje av spesielt utdannede kodingsekspertter samt at utdanning av slike må skje på standardisert måte.

3.3 England

Hvem koder?

I England setter legene diagnosen, men profesjonelle kodere har ansvaret for å finne korrekt kode for diagnosen. Medisinske kodere er derfor en viktig del av teamet rundt en pasient. Koderne jobber

⁴⁹ Artikelnr. 2012-4-18. (2012) Sosialstyrelsen. Anvisningar for val av hovud- og bidiagnos.

⁵⁰ Mekus Rapport 2005. Verksamhetsanalys av slutenvård i Västsverige 2002 – 2003

⁵¹ Artikelnr. 2010-6-27 (2010) Sosialstyrelsen. Om Kodningskvalitet i patientregisteret 2008

⁵² Diagnosgranskningar utförda i Sverige 1997–2005 samt råd inför diagnos-granskning. Rapport från Sosialstyrelsen 2006. Artikelnummer 2006-131-30.

tett sammen med helsepersonell (leger, fysioterapeuter, sykepleiere og andre). Fokuset er å sikre riktig, og høy kvalitet på kodingen av dokumentasjonen fra helsepersonell.

Den offentlige helsetjenesten i England (National Health Service- NHS) krever at alle medisinske kodere som bruker ICD-10 og OPCS-4 (operasjonskodeverk) har:

- Vært gjennom riktig opplæring
- Deltatt på og fullført grunnleggende kurs om klinisk koding
- Erfaring med bruk av riktige verktøy for koding som bestemt av NHS

England revisjonskomite har vist at det er en sammenheng mellom god opplæring og riktig koding.

I England er det flere ulike stillingstyper tilgjengelig for ansatte med tilstrekkelig kompetanse innenfor koding. Det er stillinger som medisinsk koder, kursleder i medisinsk koding, revisor og leder for kodere.

Omfang av opplæring innen medisinsk koding

Alle kliniske kodere blir oppfordret til å fullføre:

- Et grunnkurs i koding
 - General Certificates of Secondary Education
 - I 1999 ble det introdusert en nasjonal anbefaling om at alle kodere måtte bestå denne sertifiseringen⁵³
- Et repetisjonskurs i koding
- Flere sykehus krever gjennomførelse av den nasjonale kliniske kodingseksamen og workshop.

I tillegg er det flere opplæringsprogrammer innenfor ulike spesialiteter. De fleste kodere ønsker å ta disse kursene for å kvalifisere for andre arbeidsoppgaver innenfor revisjon eller opplæring. I tillegg til å øke kvaliteten i kodingen, er det derfor også et personlig incitament som ligger i å ta disse kursene.

Økonomiske nedgangstider i England har ført til reduserte budsjetter i sykehusene for kompetanseheving og kursdeltakelse. Der har derfor vært en nedgang i antallet som deltar i repetisjonskurs den siste tiden, men kodingen er fortsatt vektlagt høyt i sykehusene. I 2012 arrangerte NHS Classification Service (NCS) fem arbeidsmøter for å diskutere fremtiden for grunnkurs i medisinsk koding. Arbeidsmøtene ledet av NHS besto i tillegg av 40 ledere innen medisinsk koding og lærere innen medisinsk klassifikasjon. Gruppen ønsket å diskutere behov for ytterligere opplæring og endringsprosesser internt i NHS. Arbeidsmøtene konkluderte med blant annet:

- Lengden på kurset skal forlenges til 25 dager for å gi mer tid til å praktisere ny lærdom
- Større fleksibilitet blant lærere for å tilpasse etter behov lokalt
- Kodere innenfor psykisk helse skal være tilstede ettersom NHS nå krever høyere kvalitet på den kodingen innen psykisk helse
- Rekruttering av nye kodere skal prioriteres gjennom enklere tilgang til å delta på kurs.

I tillegg diskuterte arbeidsgruppen hvilken kompetanse utenom selve klassifikasjonen som skal kreves av medisinske kodere. Disse besto av mer formell trening innenfor anatomi, introduksjonsprogrammer ved sykehusene for å forstå organisasjonen, god praktisk opplæring ved sykehuset, kodere må ha kjennskap til SNOMED CT, hvordan sykehusene får betalt og en god forståelse av bruken av den medisinske informasjonen⁵⁴.

⁵³ NHS Connecting for Health. UK National Clinical coding qualification (UK). (10.10.2012)

⁵⁴ NHS. Data Quality Review. (Høst 2012).

Opplæringsmateriale innenfor koding er tilgjengelig for alle kodere i England⁵⁵ gjennom helsedepartementet (Department of Health NHS).

Kodeveiledning

Kodere har tilgang til 3 ulike instruksjonsveiledere angående koding som alle inneholder den nasjonale standarden og konkret veiledning for kodere. Disse tre er Coding Clinic⁵⁶, ICD⁵⁷-and OPCS Instruction Manuals. ICD kodeveileder innen anatomi og fysiologi utgis bare til deltakere som har bestått 18-dagers grunnkurs i medisinsk klassifikasjon.

Kvaliteten på den medisinske kodingen i England

I følge en rapport fra revisjonskommisjonen var kodingskvaliteten i 2009/2010 89 % korrekt og 11 % var feilkodet⁵⁸, og var forbedret fra en 16 % feilkoding i 2007/2008. Kodingskvaliteten fortsetter å øke etter at revisjonskommisjonen startet et kvalitetsprogram i 2007 for payments by results (PbR).

Siden juni 2010 har NHS stilt krav om at sykehus årlig skal levere rapport om kvaliteten på sine tjenester og datakvalitet. Sykehusene må vise til minst tre områder hvor organisasjonen planlegger å forbedre kvaliteten og detaljere hvordan disse er prioritert, og hvordan de planlegger å rapportere fremgang tilbake til pasienter og andre interessenter. Pasienters tilbakemeldinger om tjenestene skal tas i betraktning angående forbedringsområder.

En viktig komponent i rapporten til NHS er å rapportere kvaliteten på dataene. Riktig data skal samles inn for å kunne definere kvaliteten på tjenestene og for riktig regnskap. Rapporten skal vise til kvaliteten og nøyaktigheten til informasjonen som organisasjonen samler og si noe om hvor mange feil som kan finnes i pasientens journaler.

Det foretas en medisinsk revisjon av prosessen hvor kvaliteten på behandling og tjenester er målt opp mot nasjonale standarder. Der revisjonen finner mangler, tilbys et rammeverk for hvordan forbedring kan gjøres. Nasjonale revisjoner er gjennomført av nøytrale organisasjoner. Å delta i revisjoner gir også en mulighet til å sammenlikne organisasjonen mot andre tilnærmede like organisasjoner.

De siste årene har NHS sett en økning i kodingskvaliteten nasjonalt, men det er fortsatt store variasjoner mellom de sykehusene som kan vise til høy kvalitet i kodingen og de med dårligst kvalitet. NHS viser til en variasjon mellom 0-28 % feilkoding⁵⁹ ved ulike helseforetak. I rapporten fremmer NHS følgende tiltak til de helseforetak som trenger å heve kvaliteten ved kodingsarbeidet:

- Bruk av jevnlig interne revisjoner
- Sikre at kliniske kodere har tilstrekkelig kompetanse og følger nasjonale standarder
- Klinisk personell er engasjert i å sikre at kodingen er riktig
- Sikre oppdaterte interne rutiner
- At dokumentasjon er av god kvalitet, korrekt og lett tilgjengelig for kliniske kodere.

⁵⁵ Department of Health. NHS Classifications service training materials.

<http://www.uktcregistration.nss.cfh.nhs.uk/trud3/user/guest/group/0/pack/18> (10.10.2012)

⁵⁶ NHS Classification Service. Coding Clinic. (august 2012).

⁵⁷ NHS Basic Anatomy and Physiology Instruction Manual.

http://www.connectingforhealth.nhs.uk/systemsandservices/data/clinicalcoding/codingstandards/publications/anatomy_man (10.10.2012)

⁵⁸ Audit Commission: Improving Data Quality in the NHS, Annual report on the on the PbR assurance programme. (Health 2010).

⁵⁹ Audit commission, Improving data quality in the NHS. Annual report on the PbR assurance programme. Health 2010.

3.4 Australia

Hvem koder?

Australia regnes som verdensledende i klassifikasjonsaktiviteter og er godt anerkjent for sin ekspertise og videre utvikling av ICD-10. Alle offentlige og private sykehus i Australia koder til ICD-10-AM, «The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Australian Modification» og grupperes til Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG). Disse oppdateres annethvert år for å reflektere endringer i klinisk praksis. Kodepraksisen er en formell avtale med stater og territorier gjennom den australske regjeringens departement for helse og alderdom kalt National Health Information Agreement (NHIA 2004-2009).

For å sikre en nasjonal standard kodepraksis er det profesjonelle medisinske kodere som er ansvarlig for å oversette skriftlig klinisk dokumentasjon om til kodeformat. Australia jobber kontinuerlig for å sikre en standard praksis over hele landet. En medisinsk koder er derfor ansvarlig for å hente relevant informasjon fra pasientens journal og bestemme hvilken diagnose og prosedyrer som møter riktig kriterier for koding samt tildele en ICD-10-AM kode. Det stilles krav til kunnskap om medisinsk terminologi og prosesser og analytiske evner og i tillegg er testing innenfor medisinsk koding en del av intervju prosessen ved mange sykehus. Det er aldri en lege som setter ICD-10-AM koder, men de må være tilgjengelig for konsultasjoner ved tilfeller der det er tvil om hva som er riktig kode.

Leger er kostbare kodere og har en tendens til å kode basert på deres medisinske kunnskap og forutsetninger i stedet for basert på dokumentasjonen i pasientjournalen. Men i Australia er det ikke tvil om at god koding er et resultat av godt samarbeid hvor leger dokumenterer tilstrekkelig i journalen og kodere oversetter dette riktig.

Frem til juli 2012, var informasjonen fra ICD-10-AM brukt til å styre sykehus, muliggjøre anslag om utvikling innen helse, og til helsestatistikk. I juli ble dette endret til også å inkludere aktivitetsbasert finansiering etter en nasjonal helsereform.

Omfang av opplæring innen medisinsk koding

I Australia er ofte en medisinsk koder utdannet som «health information manager» og har gjennom denne utdannelsen lært om klassifisering av sykdommer. I tillegg kan kodere sertifisere seg. Noen har tatt e-læringsprogram for å bli kodere, mens andre har fått trening på jobb etter å ha vist interesse for kodepraksisen.

I Australia tilbys en bachelorgrad i Health Information Management hvor klinisk klassifisering er en del av studiet. Dette undervisningstilbudet finnes ved Queensland University of Technology, La Trobe University og Curtin University. I tillegg tilbys kodekurs drevet av Open Training and Education Network (OTEN) som e-Læringskurs på internett, og Health Information Management Association Australia (HIMAA) Education Services. En profesjonell koder regnes som spesialist innen et helseteam og er ansvarlig for sikker lagring, oppdatering og dokumentert pasientinformasjon. Kodere uten noen form for formell utdanning er nå svært uvanlig i Australia⁶⁰. Det tilbys flere etterutdanningskurs for kvalifiserte kodere. Et eksempel er vedlagt til denne rapporten (vedlegg 4).

e-læringsprogram

Det tilbys flere e-læringsprogrammer i Australia, men disse tilbys bare til medisinske kodere som allerede har fullført enkelte grunnkurs innen koding. Disse er ment som videreutdanning og for å

⁶⁰ McKenzie, K, Walker S, Dixon-Lee, C et al. Clinical coding internationally: a comparison of the coding Workforce in Australia, America, Canada and England. Queensland University of Technology. (2004).

holde kunnskapen vedlike, ikke som grunnopplæring innen koding. E-Læringsprogrammene går over ti uker og tilbys gratis, men det tas gebyr hvis kurset ikke blir fullført⁶¹.

Kodeveiledning

NCCH og to fagforeninger for kliniske kodere i Australia (the Health Information Management Association of Australia (HIMAA) og the Clinical Coders' Society of Australia) tilbyr støtte til kliniske kodere ved eventuelle behov. Australia har et omfattende og detaljert regelverk for medisinsk koding som oppdateres flere ganger årlig⁶². Regelverket beskriver hvordan analysen av hele journalen skal utføres før en kode er satt.

Kvaliteten på den medisinske kodingen i Australia

Helsedepartementet i Australia har fullført flere revisjoner av kodepraksisen for å sikre høy kvalitet på kodingen, i tillegg til at sykehusene gjennomfører egne revisjoner som en sjekk på intern praksis. Revisjoner har vist ca. 5-7 % feilkoding med tilhørende DRG- endring. Feilmargin over dette vil belyse hvilke områder som har behov for ytterligere trening innen kodepraksis.

Australia har et systematisk opplegg for hvordan en pasient skal kodes. Denne prosessen er med på å sikre at alle diagnoser skal kodes korrekt og være basert på den nasjonale standarden. I Australia er det opprettet komiteer som kan gi råd om valg av riktig kode ved situasjoner som er spesielt krevende. Det er utformet en formell prosess for eskalering av saker fra sykehus og videre til Territory Coding Advisory Committees (regionale rådgivende kodingskomiteer). Dersom denne komiteen ikke kommer til enighet om den korrekte koden, kan saken sendes videre til National Casemix and Classification Centre (NCCCs) egne rådgivende komiteer (coding advisory committees). Sistnevnte gjelder kun for svært kompliserte situasjoner⁶³.

Medisinske kodere har utdanning innen helseadministrasjon, oppbevaring av pasientinformasjon og helsestatistikk og har derfor medisinsk kunnskap uten å være i direkte kontakt med pasienter.

Medisinske kodere har en egen fagforening i Australia, the Clinical Coders Society of Australia (CCSA), som ble opprettet i 1996.

The National Centre for Classification in Health (NCCH) på Universitetet i Sydney, er Australias senter for ekspertise om helseklassifikasjoner, systemer og bruk. Kompetansesenteret er ledende i utvikling og bruk av koding av diagnoser og behandling. NCCH har over lengre tid sett på kilder til feil ved koding og hva som skal til for å sikre riktig kvalitet på kodingen. I Australia har kodere ansvaret for å gjennomgå journalene, verifisere at journalen inneholder hensiktsmessig dokumentasjon, kode riktig diagnoser og forhold som har vært behandlet eller påvirker pasientens behandlingstilbud, og referere journalen ved eventuelle spørsmål. Klinikere skal skrive korrekt og komplett dokumentasjon i journalen og oppsummere alle diagnoser på første side i journalen. Klinikere skal identifisere hoveddiagnosen.

Ved en presentasjon i 2007 konkluderte NCCH at for å kunne kode korrekt er det kritisk at kodere har tilgang god dokumentasjon fra helsepersonell, kompetanse til å hente ut informasjonen som er viktig for koding, tilgang til klinikere for å kunne spørre spørsmål og eventuelle avklaringer. Kilder til hva som kan påvirke god koding er:

- Svak kompetanse:
 - Feil valg av kode

⁶¹ OTEN, Open Training and Education Network. <http://oten.tafensw.edu.au/> (10.10.2012)

⁶² Australian Government. Department of Health and Ageing: Classifications. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Classificationshub.htm> (24.10.2012)

⁶³ University of Wollongong. Submitting queries for clinical coding. <http://nccc.uow.edu.au/icd10am/submitquery/index.html> (26.10.2012)

- Uklart antall og hvilke diagnoser som skal kodes
- Veiledning
 - Utilstrekkelig tilbakemelding om kvaliteten på kodingen som er gjennomført
 - Endringer i kodepraksis er ikke tydelig kommunisert
 - Kodeveiledninger som er uklare
- Dokumentasjon:
 - Ufullstendige pasientjournaler
 - NCCCH anbefaler ibruktagelse av en standard dokumentasjonspolicy slik at klinisk personell er klar over kravene for dokumentasjon samt de kan stilles ansvarlig for å møte denne standarden.
- Svak samhandling
 - Kommunikasjon mellom kodere og klinisk personell er for dårlig
 - Kodingen blir sett på som et samarbeid mellom koderen og klinikerens og god kommunikasjon vil øke datakvaliteten.

For å øke kompetanse innen koding, har NCCCH konkludert med at følgende aktiviteter skal prioriteres:

- Opplæring (grunnutdanning og praksisarbeid)
- Repetisjonskurs
- Tilgang til tilstrekkelig veiledningsmateriale
- Kodere skal ha tilgang til en støttegruppe av andre kodere
- Anerkjennelse av kompetansen er vesentlig.

I tillegg er det lagt vekt på at kodere ikke skal jobbe alene, men at det er viktig med et støtteapparat hvor en koder har tilgang til kompetanse og kan diskutere kodesettingen. De aller beste avdelingene har også tilgang til leger som helst daglig eller minst en gang i uken er tilgjengelig for spørsmål og diskusjoner angående koder og utydelig dokumentasjon. En slik tilnærming vil ha mer korrekt koding som resultat.

3.5 USA

Hvem koder?

I USA er finansiering basert på informasjonen som er registrert om en pasient, og derfor er den medisinske kodingen helt vesentlig og må til enhver tid være korrekt. Hver gang en pasient får behandling, skal alle tjenestene mottatt av pasienten dokumenteres. I USA er det egne medisinske kodere som har ansvaret for å hente informasjon fra pasientjournalen, tillegge koder og for regnskap.

USA er pålagt å bruke ICD for klassifikasjon av sykdommer, skader og dødsårsaker etter en avtale med WHO. I dag bruker USA ICD-9-CM som offisielle koder, men vil oppdatere til siste versjon av ICD-10 utviklet av WHO, i 2014. USA innførte ICD-9-CM i 1977, og ICD-10 vil øke antallet koder fra 13,600 til over 144,000.

Omfang av opplæring innen medisinsk koding

Det kreves utdanning og opplæring for å bli en medisinsk koder. I tillegg til kunnskap om anatomi og medisinsk terminologi, må medisinske kodere i USA ha kunnskap om ulike typer forsikringer, regler for finansiering, samt kodeveiledninger.

The American Health Information Management Association (AHIMA) er den fremste medlemsorganisasjonen for de som er utdannet innen Health Information Management. AHIMA

startet allerede i 1928 med mål om å heve kvaliteten på medisinsk dokumentasjon. Organisasjonen sertifiserer medisinske kodere og tilbyr mange kurs over hele USA innen medisinsk koding, både i form av grunnkurs og innenfor ulike fagspesialiteter. Kursene inneholder også koblingen med koding og regnskap som er helt vesentlig effekt og hvordan sykehus blir finansiert i USA.

I 1988 ble AAPC startet (Credentialing the business side of medicine) for å tilby utdanning og sertifisering innen medisinsk koding og bidra til å øke kvaliteten i kodingen. Siden da har organisasjonen vokst til å inkludere opplæring i revisjon av koding, lover og regler innen koding, og legepraksis. AAPC har 116,000 medlemmer hvor over 85,000 er kvalifiserte medisinske kodere.

Utdanningskrav er som følger:

- AHIMA
 - American Health Information Management Association sertifiserer og holder ved like ved å kreve re-sertifisering 2.hvert år
- 1 år utdanning
 - Sertifisert koder
- 2 års utdanning (associate degree)
 - Registrert Helse Informasjon Teknolog
- Bachelor (4 år)
 - Helseinformasjon administrator

e-læringsprogram

Det tilbys flere e-læringsprogram i USA når det gjelder medisinsk koding. De fleste av disse tilbys av internettbaserte organisasjoner som samarbeider med akkrediterte universiteter og utdanningsinstitusjoner i Nord Amerika. De fleste internettbaserte organisasjonene utvikler innholdet i kurset, men det er universitetet som tilbyr programmet og gir sertifiseringer når bestått. Studenten har derfor vært registrert gjennom et universitet og betaler kostnadene til dette universitetet, men fullført kurset på internettt⁶⁴. For tiden tilbys kurs i ICD-10 ettersom dette nå skal innføres i USA i løpet av 2014. Et kurs kan ta opptil 6 måneder å gjennomføre.

Kodeveiledning

Medisinske kodere i USA bruker alle de samme tre bøkene for veiledning til koding. Disse bøkene er: CPT®, HCPCS Level II and ICD-9-CM. I tillegg finnes det internettsider som tilbyr enkle søkefunksjoner for å finne koder⁶⁵.

Kvaliteten på den medisinske kodingen i USA

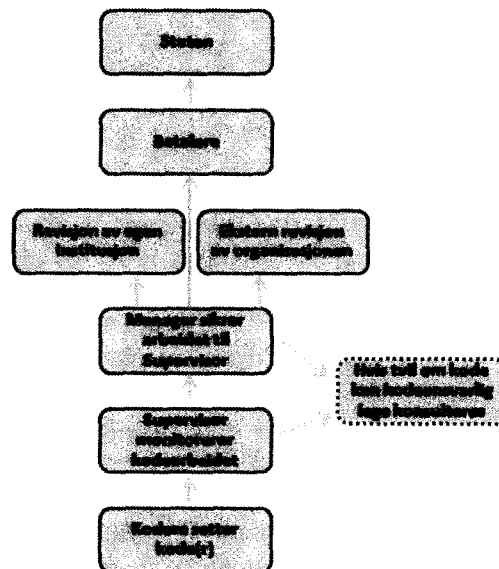
I 1996 ble det etablert et omfattende program for å bekjempe svindel når det gjaldt koding av behandling, både for private og offentlige organisasjoner, gjennom the Department of the Inspector General (HHS/OIG) og i samarbeid med helsedepartementet (Department of Health and Human Services). Programmet koordinerer den føderale, statens og den lokale rettshåndhevelse når det gjelder misbruk av kodepraksis. I tillegg anbefaler OIG at enhver helseorganisasjon etablerer en avdeling for korrekt kodepraksis «office of coding compliance» internt hvor det stilles krav til at kodingen bør være høyere enn 95 % korrekt. Dette kontoret skal være ansvarlig for interne revisjoner, kommunikasjon av resultater, opplæring der det trengs, og sikre at nok informasjon om

⁶⁴ Ed2go. Online learning anytime, anywhere, just a click away. www.ed2go.com (10.10.2012).

⁶⁵ Find a code. Quick and easy medical coding. www.findacode.com (10.10.2012).

status for koding i organisasjonen er tilgjengelig. I tillegg har Medicare startet egne program for korrekt koding og dokumentasjon. Programmet for Medicare Recovery Audit Contractor for eksempel, spesifiserer hvilke områder som ikke møter satte kodeveiledninger for koding innenfor et sykdomsområde og hvilket utfall dette hadde for DRG og betaling. Programmet forslår endringer som sykehusene bør gjøre for å sikre korrekt koding av behandling innenfor de identifiserte områdene der det fantes mangler.

En omfattende prosess som inkluderer mange forskjellige aktører sikrer at kvaliteten på kodingen i USA er høy. Prosessen demonstreres i følgende figur:



Figur 7. Prosess for revisjon av den medisinske kodingen

3.6 Canada

Hvem koder?

Canada har et annet perspektiv på koding som gir et mer fullstendig bilde av alle tjenestene som er tilbudt innen helsevesenet, men som vi på langt nær er i nærheten av i Norge. I Canada brukes CCI (The Canadian Classification of Health Interventions) som ny nasjonal standard i tillegg til ICD-10-CA (som er tilpasset Canada).

Standardene for kodingen er utviklet og oppdatert av Canadian Institute for Health Information (CIHI). CIHI tilbyr også opplæring innenfor koding. Organisasjonen er dedikert til å heve kvaliteten på data innenfor helse.

I Canada er det profesjonelle kodere som koder diagnosene satt av legene. De fleste av koderne er utdannet med en sertifisering innen Health Information Management (HIM) og har to til tre års høyskoleutdanning. En bachelorgrad innen HIM gir muligheter til andre roller og de blir ofte støtte til kodere, men ikke kodere selv. I Canada er ikke koderne ansatt av sykehuset av staten og skal ikke ha noe økonomisk press til koding. Kodere skal være nøytrale og frie fra organisasjonen de arbeider med.

Omfang av opplæring innen medisinsk koding

I Canada er som allerede nevnt, de fleste kodere sertifiserte HIM (Health Information Management) ansatte. En koder kan utdannes gjennom høyskole, universitet eller et opplæringsprogram tilbudt av «The Canadian Healthcare Association». Opplæringen for kodere er minimum to eller tre år på

høyskolenivå (avhengig av provins)⁶⁶. Det tilbys også en bachelor grad for HIM, men de fleste av disse får tilbud om andre stillinger etter fullendt studie, og blir ikke kodere. HIM studenter lærer biomedisin, om helsetilbudet i Canada, datakvalitet, kodingskvalitet ettersom alt dette er viktig for rapportering av data.

Kodeveiledning

CIHI har en webside hvor kliniske kodere kan finne støtteverktøy og andre ressurser til kodestøtte. Tilgang gis kun til de som tilhører en organisasjon i CIHIs nettverk.

Kvaliteten på den medisinske kodingen i Canada

En undersøkelse i 2010 på kvaliteten for kodingen viste at kodingen var riktig i 89 % av tilfellene⁶⁷. Mange sykehus gjennomfører egne initiativer innenfor datakvalitetssikring, og CIHI oppsummerer disse med noen års mellomrom.

3.7 Tyskland

Hvem koder?

Modellen for å sikre høy kvalitet på den medisinske kodingen i Tyskland er strukturert på en litt annen måte enn noen andre land i denne rapporten. Tyskland begynte å bruke DRG systemet for finansiering i 2003. DRG blir beregnet ut fra ICD-10 koder samt annen informasjon om pasienten som kjønn og alder. Finansieringen er basert på DRG, og det er derfor et incitament i Tyskland å sikre høy kvalitet på kodingen. Da denne finansieringsmodellen ble tatt i bruk i 2003 var det bare ansatte med medisinsk bakgrunn, helst leger, som fikk lov til å kode diagnoser. Det ble vurdert at systemet var for komplisert til at noen uten medisinsk utdanning kunne ha denne rollen. I dag har dette bildet endret seg og det er ikke lenger leger som er ansvarlig for å utføre kodingen i de aller fleste tilfeller. De fleste sykehus begynner å se fordelene ved at legene blir fratatt ansvaret for den medisinske kodingen og får frigjort denne tiden til andre oppgaver. Omstillingen var også nødvendig for å redusere behovet for leger på grunn av rekrutteringsproblemer. I følge en undersøkelse utført av Medizinische Kodierfachkräfte MKF, ble 82 % av alle behandlingene kodet av en profesjonell koder i 2011⁶⁸.

InEK GmbH (Institutt for sykehusets avlønningssystem) mottar årlig alle sykehusenes kostnadsstruktur, både private og offentlige (omtrent 250 i Tyskland). InEK bruker informasjonen til å regne ut gjennomsnittlig kostnader av helsetjenester for hvert år for ulike diagnoser. På denne måten kan sykehusene benchmarke seg selv for å sjekke om deres kostnader er rimelige eller på nivå med andre som har likt behandlingsnivå.

I 1972 ble «the German association for Health Information Manager» etablert av de første spesialistene innenfor klinisk dokumentasjon. Medlemsorganisasjonen tilbyr etterutdanning, kurs, orienterer om endringer innenfor flere fagfelt, med fokus på klinisk forskning, klinisk dokumentasjon og statistikk. I tillegg er det et kommunikasjonsforum for medlemmer.

⁶⁶ Canadian Health Information Management Association. Canadas Health Information Team. <https://www.echima.ca/him-curriculum-lohim-2010> (10.10.2012)

⁶⁷ Canadian Institute for Health Information. Data Quality Study of the 2009-2010, Discharge Abstract Database (revidert juni 2012).

⁶⁸ Medinfoweb <http://www.medinfoweb.de/umfragen.php> (10.10.2012)

Omfang av opplæring innen medisinsk koding

Medisinske kodere må ha kompetanse innen koding av diagnoser og behandling, medisinsk kontrollering, høy kunnskap om sykehusets finansiering og operative systemer og DRG klassifisering. Grunnleggende databehandling er også et krav. Det er kurs tilgjengelig for de som er interessert i å kode. I dag er det i tillegg flere og flere i medisin controller avdelingen som ikke har medisinsk bakgrunn, men en bachelor grad i medisincontrolling. En slik utdanning gir mulighet til å lære om virksomhetsstyring av sykehus samt håndtering av medisinsk informasjon. Tidligere besto denne avdelingen kun av medisinsk personell, men dette bildet har som allerede nevnt endret seg.

Det er også etablert en organisasjon for medisinske kodere som tilbyr kurs fra 2-6 uker, men det stilles som regel ingen krav om sertifisering innen koding.

I dag finnes det ingen formell utdanning for medisinske kodere i Tyskland, og de fleste koderne lærer gjennom praksis i sykehusene.

Kodeveiledning

DIMDI- German office of Medical documentation and information, utgir og vedlikeholder ICD-10-GM og OPS (tysk prosedyreklassifikasjon) samt medisinske terminologier. I tillegg utvikler og drifter DIMDI databasen som støtter informasjonssystemer for legemidler og medisinsk utstyr hvor du i tillegg kan søke etter artikler og medisinske fakta. DIMDI tilbyr kodeveiledning på internett⁶⁹.

De fleste sykehusene har i tillegg IT systemer som kan foreslå en kode basert på diagnoseteksten.

Kvaliteten på den medisinske kodingen i Tyskland

De fleste sykehus i Tyskland har en avdeling ansvarlig for å kontrollere kodingen, kalt «medizin controller». Opprinnelig var slike kontrollere også leger som spesialiserte seg innen revisjon av kodingen. Dette blir som en regnskapsavdeling, men det som skiller den fra rollen regnskapsavdelingen i USA har, er at de ikke utfører selve kodingen, men fungerer som en kontrollfunksjon. Medisin controller i sykehusene har en mektig posisjon og en sterk rolle i å sikre høy kvalitet på kodingen og dermed sikre riktig finansiering til sykehuset. Ved en eventuell feilkoding som ville føre til en høyere refusjon, ville dette kunne bli kontrollert av forsikringsselskapene og dermed ville ikke sykehuset få betalt. Hvis det viser seg at en regning ikke er riktig, kan forsikringsselskapet nekte å betale regningen. Dermed er det to steg i Tyskland hvor kodingen blir kvalitetssikret, først internt i sykehuset av «medizin controller» avdelingen, deretter av forsikringsselskapene. Det er derfor en god sjekk og balanse i kodepraksisen i Tyskland.

Forsikringsselskapene kontrollerer kodingen på omtrent 10 % av utskrivelsene og finner feil i halvparten av disse. De 10 prosentene er utvalgt basert på en vurdering av at noe antakelig er feilkodet, og dermed er det forventet at det vil være en høy feilmargin blant disse.

«Medizin controller» avdelingen fungerer som en god støtte funksjon for de som skal utføre kodingen i sykehuset. Avdelingen tilbyr som regel interne kurs i koding for nyansatte og vil oppdage hvis det er noen, eller en avdeling, som trenger mer trening innenfor kodepraksisen.

⁶⁹ DIMDI medical knowledge. German institute of Medical Documentation and Information.
<http://www.dimdi.de/static/en/klasi/icd/idt/index.htm>, og
<http://www.dimdi.de/static/en/klasi/icd/icd10/onlinegm/index.htm> (10.10.2012).

3.8 Finland

Hvem koder?

I Finland er praksis for koding i sykehus veldig lik Norge. Det finnes ingen profesjonelle kodere i Finland, og det er legene som er ansvarlig for koding av diagnoser og behandling i sykehusene.

ICD-10 har vært brukt i Finland siden 1996. Det finske instituttet for helse og velferd produserer mange årlige helsestatistikker basert på informasjon fra ICD-10 kodene som er registrert.

Omfang av opplæring innen medisinsk koding

Finland tilbyr kurs på medisinske fakultet som inkluderer noe informasjon om koding i sykehus. Dette er innenfor generell medisin og patologi, men patologi fokuserer på bruken av ICD-10 koding av dødsårsaker. I tillegg tilbys sommerkurs i bruken av ICD-10 og prosedyrekoding.

Kodeveiledning

Det finske instituttet for helse og velferd har publisert en kodeveileder som også beskriver hvordan ICD-10 koder skal brukes i forskjellige situasjoner i klinisk arbeid. I tillegg kan kodeveileder fra Verdens helseorganisasjon tas i bruk (bind II i ICD-10).

Kvaliteten på den medisinske kodingen i Finland

Det har ikke lyktes å fremskaffe opplysninger om målinger av kvaliteten på ICD-10 kodingen i Finland.

3.9 Island

Ifølge Helsedirektoratet på Island er medisinsk koding på sykehus i Island utført av legene selv som har mottatt minimalt med opplæring. Ifølge Helsedirektoratet får legene 2-3 timers kurs i medisinsk koding gjennom studiet, men ingen opplæring i bruk av datasystemene. Island bruker ICD-10 og direktoratet har utgitt en kodeveileder for bruk av ICD-10 og for hjelp til å finne riktig kode (lik finnkode.no)⁷⁰. Det er anslått at kvaliteten på kodingen er lavere enn i Norge. Dette fordi det kan ta opptil 6 måneder før en journal har fått tildelt koder, og Island har strevet med å få dette prioritert i sykehusene. Ingen kvalitetsmålinger har vært gjennomført. Koding av dødsårsaker har tradisjonelt fått større oppmerksomhet i Island på grunn av deltakelse i nordiske kvalitetskontrollerende samarbeid på dette området.

3.10 Oppsummering

Tabellen nedenfor gir en overordnet oppsummering av hvem som koder i de ulike land og eventuelle kvalitetsmålinger der det finnes tilgang til slike.

<i>Land</i>	<i>Leger</i>	<i>Sertifiserte kodere</i>	<i>Kvalitetsmåling</i>
-------------	--------------	----------------------------	------------------------

⁷⁰ Directorate of Health. Landlæknisembætti www.skafl.is (10.10.2012).

Norge	X		64 %
Danmark	X		65 % - 85 %
Sverige	X		75 %
Finland	X		Ukjent
Tyskland	X (under 18 %)	X	89 %
England		X	89 %
USA		X	95 - 99 %
Canada		X	89 %
Australia		X	> 90 %
Island	X		Antatt lav

Tabell 4. Oversikt over hvem som koder i ulike land og kvalitet

Tabellen synliggjør at de landene med best kvalitet er de landene hvor koding utføres av profesjonelle kodere. Det er også viktig å merke at i landene hvor legene koder, finnes det få kvalitetsmålinger. I de landene hvor legene fremdeles koder, er det ofte vanskelig å finne en oversikt over kvaliteten på kodingen, som for eksempel Finland og Island. Både USA og Australia har satt mål om at kodingen skal være henholdsvis 95 % og over 90 % riktig. En rekke undersøkelser kan dokumentere at målene er oppnådd ved mange sykehus i disse landene, men det finnes imidlertid ikke en samlet måling for hele nasjonen.

4 Anbefaling for økt kvalitet på medisinsk koding

«Den medisinske kodingen er grunnlaget for korrekt informasjon om aktiviteten i helsetjenesten⁷¹» i tillegg er det viktig for å sikre inntekter til helseforetakene. Helsestatistikk bør kunne brukes aktivt i forbindelse med ledelse, organisering og i pasientbehandlingen. Sammenlikning av aktivitet og resultater fra helsetjenestens virksomhet er viktige for å sikre forbedring både i pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet i behandlingen. Men det er først når kodesettingen holder høy og jevn kvalitet at det gir mening å bruke informasjonen til statistiske analyser og som grunnlag for finansieringsordningen.

I 2004 påpekte Sintef at inntil 50 % av aktivitetsveksten i pasientbehandling fra et år til et annet skyldes endringer i kodepraksis. Propper og Wilson mener det er høyst uklart i hvilken grad resultatmåling slik det praktiseres hjelper utførerne til å oppnå målene satt av politikere⁷². Slik kvaliteten på kodingen er i dag, kan dette stemme. Pasientstatistikken er usikker og dermed også finansieringsgrunnlaget. Medisinsk koding er brukt over hele verden og blant de landene Norge sammenligner seg med. Det synes enighet om at kvaliteten på kodingen må bli bedre slik at informasjonsgrunnlaget blir pålitelig.

Gjentatte revisjoner utført av ulike instanser over flere år viser at helseforetakene treffer rett med ca. 65 % når koder for hoveddiagnoser skal rapporteres til Norsk pasientregister. Det er også ulik praksis for koding av bidiagnoser. Dette betyr at foretaksledelsen har mangelfull kunnskap om hvilke sykdommer og problemer som behandles i sykehusene. Som nevnt tidligere har to revisjoner gjennomført av Riksrevisjonen vist at kodingen er for mangelfull i Norge, men så langt synes det ikke skjedd noen endring i kodepraksis og derfor er det grunn til å tro at kodingen fremdeles har for lav kvalitet i Norge.

Det er behov for et kontinuerlig arbeid for å sikre god kvalitet på den medisinske kodingen, dersom ledelsen har som mål at kodingen skal bidra til pålitelig informasjon om hva som foregår i sykehusene. Problemet er som oftest ikke diagnosesetting og pasientbehandling, problemet oppstår når sykdommer, undersøkelser og behandling skal kodes og rapporteres til NPR. Regelverket i klassifikasjonene oppfattes som vanskelig og det blir gitt lite opplæring og i enkelte tilfeller ingen opplæring. I Norge er det legene som utfører kodingen, mens det i de fleste andre land utdannes egne kodere fordi kodingsprosessen krever kodingskompetanse. Å oversette diagnoseformuleringer til en standardisert klassifikasjon som ICD-10 er ikke intuitivt, men krever kvalifisert kunnskap som oppnås gjennom systematisk opplæring.

Norsk pasientregister har som mål å inneholde informasjon av god kvalitet om alle pasienter som blir behandlet i spesialisthelsetjenesten. Et godt samarbeid mellom pasientregisteret, helseforetakene og systemleverandørene er grunnleggende for å nå dette målet. Datakvaliteten i Norsk pasientregister er avhengig av kvaliteten på grunnlagsdata som registreres i sektoren og derfor er medisinske kodere de viktigste samarbeidspartnere.⁷³ NPRs mål for data understreker viktigheten av økt kvalitet på kodingen og det kan konkluderes med at for å oppnå bedre kvalitet på den medisinske kodingen kreves det at dagens praksis endres.

Helsedirektoratet og helseregionene har lenge ønsket å bedre kvaliteten i medisinsk koding. Helsedirektoratet har utredet ulike tiltak og blant annet også iverksatt forbedring av kodeveiledninger, og utviklet et e-lærings-program i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF. De fleste

⁷¹ Bjørn Inge Larsen, Helsedirektør, Helsedirektoratet, <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/medisinsk-koding-og-kodeverk/medisinsk-koding/Sider/nasjonal-gjennomgang-av-medisinsk-kodepraksis.aspx> (10.10.2012).

⁷² Propper, Carol og Wilson, Deborah, The Use and Usefulness of Performance Measures in the Public Sector. Oxford Review of Economic Policy. (2003).

⁷³ Norsk Pasientregister Informasjonsbrosjyre. Helsedirektoratet. (2009).

helseforetakene har også iverksatt kvalitetssikringstiltak og opplæring. På tross av dette er kvaliteten på kodingen ikke tilfredsstillende.

I det følgende gjøres en vurdering om hvordan medisinsk koding i sykehusene bør utføres.

4.1 Alternativanalyse

Scenario 0: Dagens situasjon: Legene fortsetter med å utføre kodingen selv

Det er stort sett bare i de nordiske landene at legene selv koder. Kvaliteten på kodingen i alle disse landene er gjennomsnittlig lavere enn land som bruker egne kodere (der kvalitetsmåling er tilgjengelig).

Sentralisering av sekretærfunksjoner, innføring av talegjenkjenning og utvidet bruk av PAS/EPJ for legene, har delvis resultert i at ansvar for og praktisk gjennomføring av korrekt og komplett koding ofte er overlatt til legene. Problemene med dette og med koblingen av koding til epikriseskriving er grundig belyst i Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis fra 2011. Fordelen er at legen innehar den medisinske kompetansen til å kunne vurdere hvilken kode som blir riktig, men legene har ofte ikke opplæring, tid eller interesse for kodingen på samme måte som en godt kvalifisert koder kan ha.

Legene har ingen formell utdanning innen koding, og det er ikke en del av medisinstudiet. Det settes av liten tid til å delta i kurs om medisinsk koding og det stilles få krav fra ledelsen om standard prosesser for å sikre korrekt koding. Det er lite oppfølging av arbeidet og legene får vanligvis ingen tilbakemelding om kvaliteten på kodingen. Arbeidet oppleves som lite meningsfylt og har ingen betydning for pasientbehandlingen. Dette er en administrativ oppgave som raskt gjøres unna for å komme til viktigere oppgaver. Legene har for dårlig kompetanse og kunnskap om koding til å kunne utføre kodingen med tilstrekkelig kvalitet. Mangelen på kunnskap er demonstrert gjennom de mange kravene som stilles til kodere i andre land hvor kvaliteten på kodingen er høy, mens det i Norge er omtrent ingen opplæring og kodingskvaliteten er lav.

Siden dagens løsning medfører lav kvalitet på kodingen er det ikke et alternativ at legene fremdeles skal ha dette ansvaret alene, uten at det gjennomføres betydelige forbedringstiltak. Hvis legene skal fortsette med kodingsarbeidet må det stilles krav til obligatorisk opplæring og oppfølging av kodingskvaliteten. Erfaring tilsier at sykehusledelsen må vise tydelig engasjement og etablere tilfredsstillende system, struktur og felles rutiner i kodingsarbeidet for å oppnå akseptabel kodingskvalitet.

Scenario 1: Egne kvalifiserte kodere

Ved bruk av egne kvalifiserte kodere har legen selvfølgelig fortsatt ansvar for undersøkelse, behandling og diagnosesetting og skal dokumentere dette med gode diagnosebeskrivelser i journaler og epikriser. Men i en slik modell vil selve kodingen i etterkant gjennomføres av skolerte kodere i samarbeid med legene og i samsvar med journaldokumentasjon og epikrisen. Ansvaret for korrekt koding vil i det daglige påhvile ledelsen i divisjon/klinikk.⁷⁴ Dette er helt nødvendig dersom en enhetlig kodepraksis er målet.

Ved å frigjøre legen fra kodingen oppnås mange fordeler. Arbeidssituasjonen blir forenklet ved at legen i epikrisen beskriver oppholdet gjennom gode diagnose- og prosedyreformuleringer. Legen kan fokusere på medisinsk praksis og mindre på administrative oppgaver som det ofte er liten interesse for å gjennomføre. I tillegg vil byrden over å tenke på koding og refusjon bli redusert. Refusjon og

⁷⁴ Helse Sør-Øst RHF Styresak nr. 081-2011. Nasjonal Internrevisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene- resultat og oppfølging.

DRG-vekter vil ikke være en vesentlig faktor, men heller fokus på videre behandling og oppfølging til det beste for pasienten.

Ved en slik modell for gjennomføring av medisinsk koding, vil kodingen fullføres som en egen prosess hvor kodingsreglene settes i fokus. Begrunnelsen er at hensikten med epikrisen er å informere mottakeren tilstrekkelig for videre oppfølging, mens hensikten med kodene er rapportering til sentrale registre og for finansiering. Diagnosen bør uttrykkes tekstlig, korrekt formulert etter faglige kriterier. Bruk av diagnosekoder i epikrisen finnes det ingen god grunn for. Dette vil snu fokus mot epikrisens hovedformål: en kommunikasjon mellom fagperson og pasient med særlig fokus på neste ledd i behandlingen. Som del av Helse Sør-Østs styresak 081-2011 har Helse Sør-Øst sendt forslag til Helsedirektoratet om ny mal for epikrise hvor kodene erstattes av kliniske beskrivelser⁷⁵.

Arbeid med koding ville ha en annen mening for profesjonelle kodere, samtidig som legene vil bli fratatt arbeidet med koding som de likevel mener gir lite mening til deres hverdag. En viktig suksessfaktor er å sikre at de ansatte føler stor grad av innflytelse over arbeidet sitt. I tillegg antas det at ved å ha profesjonelle kodere blir viktigheten av arbeidet realisert på en annen måte enn hvis legene gjør kodingen selv. Legene vurderer ikke denne oppgaven som del av sin kjerneoppgave, pasientbehandling, og dermed får medisinsk koding lavere prioritet i deres hverdag.

Det må stilles krav til at profesjonelle kodere har kunnskap om medisinsk terminologi. I tillegg bør det stilles krav om praksis og videreutdanning (re-sertifisering). I USA må medisinske kodere oppdatere egen sertifisering annethvert år. På denne måten holdes kunnskapen ved like og koderne lærer eventuelle nye nasjonale eller internasjonale oppdateringer. En medisinsk koder må i minimum kunne:

- Medisinsk terminologi
 - Tilstrekkelig kunnskap slik at diagnoser kan bli oversatt til ICD-språk
 - En forståelse av innhold i pasientjournaler
 - Kunnskap om sykdomstrener og medisinsk praksis for å forstå symptomer, signaler, diagnostikk, prosedyrer, etc.
 - Anatomi
- Regelverk for korrekt koding
 - Reglene ved klinisk koding og bruk av kodene
 - Konsistent bruk av regelverk og nasjonale standarder
 - God kjennskap til kodeveiledere
- Statistikk
 - Bakgrunn og kunnskap om rapportering av data og statistikk

Ved en slik modell, med strukturert og ensartet registrering, øker muligheten for å måle kvaliteten på kodingen. I flere land er det mange forskjellige variabler som fungerer som en kontrollfunksjon på kodingen. Dette bidrar til å øke behovet for at kodingen må være av høy kvalitet. I Norge er det få som stiller krav om kodingskvalitet internt i sykehusene.

USA har vist at bruk av profesjonelle medisinske kodere fører til:

- Mer pålitelig informasjon som igjen fører til bedre tjenester til pasientene

⁷⁵ Helse Sør-Øst RHF. Brev til Helsedirektoratet 3.2.2012 om forslag til ny mal for epikrise. Vedlegg 2

- Bedre dokumentasjon i pasientjournalene
- Bedre dokumentasjon av utstyr som ble brukt
- Økt kvalitet på dokumentasjon av alle tjenestene som ble tilbudt.⁷⁶

Selv om selve kodingen utføres av egne kodere, bør det sikres et godt samarbeid med legene fordi det vil dukke opp behov for avklaringer. En slik struktur krever at det eksisterer en standard for dokumentasjon slik at klinisk personell er klar over hva som er kravene til dokumentasjonen og kan holdes til denne standarden.

Et annet viktig element ved å ha egne kodere er at det skapes et miljø for arbeidsgruppen hvor erfaringer kan deles. I mange land finnes det fagforeninger for medisinske kodere og disse fungerer som en støttegruppe for arbeidsgruppen og et forum for diskusjon rundt beste praksis.

Ved en slik omlegging av kodepraksis bør dette skje på landsbasis. Dette er en omfattende sak og konsekvensene må utredes og drøftes videre og omleggingen krever etablering og drift av en opplæringsordning med tilstrekkelig kapasitet. Fortrinnsvis bør dette skje i offentlig regi.

Scenario 2: Legene utfører selve kodingen, men får støtte av kvalifisert personell

Dette alternativet minner om den interne praksisen ved Stavanger Universitetssykehus HF og Akershus Universitetssykehus HF. Mye tyder på at et samarbeid om koding øker kvaliteten på kodingen og øker sjansene for at kodene blir riktige. Også ved dette alternativet bør den medisinske kodingen defineres som en egen arbeidsprosess og ikke nødvendigvis utføres samtidig med epikriseskriving. Dette vil gi mer tid til å sikre korrekt koding, ettersom tid er nevnt som en av hovedårsakene til at kodingen blir feil. Epikrisene bør domineres av kliniske diagnosebeskrivelser. Kodene er unødvendig for fastleger, sykepleiere og andre som skal utføre videre behandling. Dersom legene får støtte til kodingen vil dette føre til et samarbeid som vil understøtte høyere kvalitet på kodingen og øke viktigheten av arbeidet. Ifølge Stavanger Universitetssykehus HF er kvaliteten på kodingen høyere ved de avdelingene som har kodekontakter og det er positive tilbakemeldinger fra legene om tilgang til støttekontakter. I tillegg vil opplæring av støttepersonell til gjengjeld dele denne kunnskapen om koding med legene.

Det kreves at ledelsen tydelig kommuniserer interne krav til koding og at kodingen prioriteres. Ved bruk av en slik løsning er det viktig at det blir avsatt nok tid til kontroll av kodingen og at dette personellet får tilstrekkelig opplæring.

4.2 Anbefalt retning

For å redusere risiko for feilkoding og heve kvaliteten er det nødvendig at legene får omfattende bistand i kodingsarbeidet. Ved å fortsette med dagens løsning vil kildene til feilkoding fremdeles eksistere og kvaliteten på kodingen forbli uendret. En svak kodingskvalitet bidrar til å redusere tilliten til at pasientstatistikken kan benyttes som grunnlag for planlegging, styring og evaluering av helsetjenestene lokalt og nasjonalt. Videre begrenses muligheten til å anvende pasientstatistikken til medisinsk forskning.⁷⁷ Som tabellen nedenfor viser, vil risiki reduseres betydelig dersom profesjonelle kodere har det administrative ansvaret for kodingen.

⁷⁶ Konrad, Dale J. Professional Coding and the Impact it Has on DRG's, Case Mix Index and Resource Consumption (2006).

⁷⁷ Dokument 3:7. (2005-2006) Riksrevisjonens undersøkelse av kodingskvaliteten ved helseforetakene. Riksrevisjonen.

	Legene koder	Kombinasjon	Profesjonelle kodere
Kompetanse		M	
Opplæring		M	
Kunnskap om regelverk eller oppslagsverk		M	
Retningslinjer i helseforetakene		M	M
Koding og kvalitetsstyring er ikke tilstrekkelig integrert i driften		M	M
Tid			
Kvalitet på journal dokumentasjon			
Motivasjon		M	
Oppfølging		M	
Korrekt og komplett koding			

Høy
 M Middels
 Lav

Figur 8. Risikomatrixe

Ved bruk av profesjonelle kodere vil det stilles høyere krav til god dokumentasjon. Legenes dokumentasjonspraksis med henhold til å beskrive hovedtilstand og tilleggstilstander må forbedres. Journaldokumentasjonen bør skje i en strukturert prosaform som gir mulighet for utvikling av verktøy som kan gi mulighet til automatisk forslag av koder. Dette vil legge til rette for bedre koding samt gjøre kodernes arbeid mer effektivt og standardisert.

Risikomatrixen viser også at dersom kodingsprosessen ikke endres til å la profesjonelle kodere ta over kodingen for legene, vil en kombinasjonsløsning være et bedre alternativ enn å la legene fortsette med kodingsarbeidet alene. Det bør opprettes en standard kodepraksis på tvers av Helse Sør-Øst basert på erfaringer blant annet fra AHUS og SUS. Ved et slikt samarbeid mellom leger og kodekonsulenter vil det sikre en entydig kodepraksis i regionen, og skape et fellesskap i regionen for kodekonsulentene. Tilgang til samarbeid med leger som har kjennskap til kodingsarbeid er også en viktig forutsetning for korrekt koding. Kodekonsulentene bør samlet delta i kurs og videreutdanning for å bli kjent og kunne dele erfaringer og kontakte hverandre ved eventuelle spørsmål om kodepraksis. Det er i tillegg viktig at legene får tilbakemeldinger fra kodekonsulentene om deres koding for å forstå bedre hva som gjøres tilstrekkelig og hvor den medisinske kodingen bør forbedres. Tilbakemelding til alle legene på egen kodepraksis var også et viktig tiltak foreslått både av Riksrevisjonen og Internrevisjonen med tanke på vurdering av medisinsk kodepraksis.

Sentrale tiltak som bør styrkes er opplæring i medisinsk koding, videreutvikling av e-læringsprogram, tilrettelegging for IKT-basert beslutningsstøtte for oppgaven og etablering av kontrollsystemer som sikrer betryggende kontroll med helseforetakets kodingskvalitet. Oppfølging av medisinsk kodepraksis skal sikre at kvalitet på det medisinske kodearbeidet og resultatene av dette blir rapportert løpende til personell som koder og ledelse på ulike nivåer. Oppfølgingen kan også ved særlige behov skje i form av frittstående vurderinger som rapporteres særskilt til ledelsen i tillegg til løpende ledelsesrapportering.

Fordelene ved å bruke utdannede kodere er mange. Her er de viktigste⁷⁸:

- De kjenner reglene
- Sikrer konsekvent bruk av kodingsretningslinjer
- Sikrer standard anvendelse av regler for økonomisk refusjon.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at det er nødvendig for foretaksledelsen å iverksette tiltak som sikrer at opplæringen i kodeverkene skjer på en systematisk og koordinert måte. Foretaksledelsen

⁷⁸ Konrad, Dale J. Professional Coding and the Impact it Has on DRG's, Case Mix Index and Resource Consumption (2006).

har også ansvar for å etterprøve at både de som koder og de som kvalitetssikrer kodingen, har nødvendig og oppdatert kompetanse i kodeverkene⁷⁹.

Ved bruk av profesjonelle kodere er det imidlertid viktig å justere lønn i forhold til utdanning. Både på Stavanger Universitetssykehus og Akershus Universitetssykehus har helsesekretærene forhandlet seg frem til høyere lønn for å påta seg kodingsoppgaven. Spesialisering innen området for medisinsk koding vil gi en profesjon med økt forståelse for statistikk og analyse av helsetjenester som ikke eksisterer i dag. Yrket krever en lønn som tilsvarer behovet for økt kompetanse og spesialisering.

4.3 Undervisningstilbud

God opplæring er det aller viktigste tiltaket for å forbedre kodingskvalitet. Dette fordi det er nødvendig med god forståelse av klassifikasjonen (systematikken, prinsipper og struktur) og av kodingsregler. Tilstrekkelig og god opplæring vil gi gevinster i form av korrekte virksomhetsdata, korrekt rapportering til Norsk pasientregister og kvalitetsregistre og korrekt nasjonal helsestatistikk. Lokalt får man pålitelige og praktisk nyttige rapporter og statistikker, god oversikt over egen virksomhet, samt muligheter for sammenlikning med kollegaer.

Tilgang til utdanningstilbud i landene med høy kvalitet på kodingen kan ikke sammenlignes med utdanningstilbudet i Norge. I Norge står mangelen på opplæring og utdanning i sterk kontrast til de fleste andre land, bortsett fra Skandinavia.

Ved dagens løsning hvor det i stor grad er legene som utfører den medisinske kodingen, vil det være vanskelig å stille krav om opplæring som er tilstrekkelig til å øke kvaliteten på kodingen. I alle de skandinaviske landene er det få leger som har tid til å ta kurs i koding, og derfor er kursene i alle tre landene oftest bare tilbudt helsesekretærer og andre som er interessert i koding. I praksis viser det seg imidlertid at det i stor grad drives opplæring for en gruppe som i liten grad blir involvert i kodingsoppgaver. I Norge utfører ingen av disse helsesekretærene primærkoding og et fåtall blir involvert i etterkontroll av kodingen.

Helsemyndighetene bør sette mål for kodingskvaliteten og etablere en formalisert grunnutdanning for medisinske kodere som skal kode selvstendig eller bistå legen i kodingsoppgavene. Det må utarbeides en undervisningsplan som er felles for landet, slik at kodere får ensartet opplæring uavhengig av helseforetak. Det må også etableres en standardisert eksamen og en sertifiseringsordning. Selv om koderne i landene med høyest kvalitet på kodingen har flere års utdanning, ville det være en betydelig kvalitetsheving å legge 3-4 måneder som tillegg til helsesekretærutdannelsen, samt tilleggskurs og krav om praksis. Derfor vil påbygningen på helsesekretærutdanningen dreie seg om minst 3 måneder. Undervisning kan også arrangeres i samarbeid med private aktører som for eksempel Nirvaco og Analysesenteret, som har kursvirksomhet i dag.

4.1 Behov for antall kodere

Det er vanskelig å anslå behovet for antall kodere ved helseforetakene fordi behovene vil variere fra avdeling til avdeling. Dersom kodingsoppgaver skal overføres til profesjonelle kodere er det viktig å skille mellom koding ved poliklinikk og dagopphold i forhold til koding for innlagte pasienter. Det må også skilles mellom behov innen somatikk og psykiatri samt mellom diagnosekoding og prosedyrekoding.

Psykiatri

For psykiatrien vurderes behovet for profesjonelle koder som lite aktuelt, siden klassifisering av

⁷⁹ Dokument 3:7. (2005-2006) Riksrevisjonens undersøkelse av kodingskvaliteten ved helseforetakene. Riksrevisjonen.

pasienter inngår som et sentralt faglig område i psykiatrifaget og legen er sjelden i tvil om hvilke koder som skal benyttes.

Poliklinikk

Ved de fleste poliklinikker utføres kodingen ved at legen krysser av for diagnose- og prosedyrekoder på papirskjema, hvor de mest aktuelle kodene for poliklinikken er oppført. For andre koder må man slå opp i bøker eller mer omfattende kodelister (papir eller elektronisk utgave) eller evt. spørre sekretær eller kodeansvarlig lege.

Tidsbruk for koding ved poliklinikk er lite undersøkt, men siden kodingen er enklere og problemstillingene ofte gjentatte eller av begrenset omfang, antas tidsbruken å være betraktelig mindre enn for innlagte pasienter. En undersøkelse ved Oslo legevakt viste at av 32 legeårsverk benyttes to legeårsverk til koding.⁸⁰ Kodingen ved poliklinikker synes ofte å være godt tilrettelagt gjennom skjemautfylling for koding og kontrolleres ofte av sekretæren som registrerer. Å overføre poliklinisk koding til profesjonelle kodere vurderes som lite aktuelt i første omgang i Norge.

Koding for innlagte pasienter - somatikk

Hvert avdelingsopphold skal avsluttes med epikrise og medisinsk koding. Tidsbruken på koding antas her å være betraktelig høyere enn på poliklinikk. Et vanlig anslag er at legen i snitt bruker ca. fire-fem minutter per epikrise til kodingen. Sett i lys av hva revisjonene har påvist av manglende opplæring i og støtte til koding samt lav kodingskvalitet er dette innlysende for lite tidsbruk til å kunne oppnå korrekt koding.

Ved journalgjennomgang viser det seg at dersom kvalifiserte leger skal vurdere koding av avdelingsopphold mot journaldokumentasjon, er det nødvendig med gjennomsnittlig 10-15 min per pasient dersom det dreier seg om utvalgte opphold hvor kodingen ofte viser variasjon. Dette gjelder leger som ikke kjenner pasienten eller kjenner noe av journalopplysningene på forhånd, men dette kompenseres av at legen som har gjennomført revisjonene er kodingsekspert.

Det foreligger ikke undersøkelser som viser gjennomsnittlig legetid til koding. Det antas derfor at legene benytter ca. tre-fem minutter per avdelingsopphold. I dette estimatet er det forutsatt at legen utfører registrering av prosedyrer for operasjoner etc. sammen med operasjonsbeskrivelsen, slik at dette allerede er registrert. Ved utskrivning antas tidsbruken til koding vesentlig å dreie seg om å bestemme hovedtilstand og andre tilstander (hoveddiagnose og bidiagnoser) som skal kodes samt å finne fram til de rette kodene. Kodevalget blir ofte utført ut fra kortlister eller raske oppslag i bøker uten tid til å studere premissene for å benytte kodene. Da er det ikke så underlig at hvert tredje opphold kodes med feil kode for hovedtilstand.

Dersom legene fritas fra kodingsoppgaven for innlagte pasienter, kan denne tiden i stedet benyttes til pasientbehandling og til å forbedre journaldokumentasjon og epikriser. Bedre og mer fylldig dokumentasjon enn det man som regel ser i dag er nødvendig dersom en profesjonell koder enkelt skal få oversikt over hvilke diagnoser og prosedyrer som skal kodes. Dette fører også til økt kvalitet på journaldokumenter og epikriser som skal sendes til ulike helseaktører, f.eks. til fastlege, sykehjem og hjemmesykepleie som skal sikre at videre behandling blir riktig. Gevinsten er derfor av betydning for pasientsikkerheten samt for helsestatistikk og økonomisk oppgjør.

Estimater for behov for kodere

Ulike organisasjoner har ulikt behov for antall kodere. Noen store sykehus i England har en avdeling med opptil 50 profesjonelle kodere. I USA er det forventet at en «clinical coder» skal kunne fullføre koding av 30 journaler daglig for innlagte pasienter. Dette utgjør ca. 15 minutter/journal (ca. 8 000

⁸⁰ Enger og Farbu: DRG-koding i poliklinikker: til nytte og glede? Prosjektoppgave, Handelshøyskolen BI, 2010

opphold per årsverk). Behovet for kodere kan delvis baseres på hvor mange pasienter som skrives ut årlig. I Irland angis et estimat for at en koder kan kode ca. 7000 opphold per årsverk.

Interne revisjoner i ni helseforetak i Norge konkluderte at tid til koding ikke er tilstrekkelig ved de fleste sykehus. Profesjonelle kodere må bruke mer tid på koding enn legene gjør i dag, men kodingskvaliteten forventes å øke betraktelig. Legene gjør litt koding per dag og koding har ikke høyeste prioritet og "faglig" fokus/ motivasjon. Kvaliteten blir dermed ikke så høy som hos profesjonelle kodere.

En uttalelse fra en nytilsatt kodesekretær mht kodingsoppgaver og tidsbruk:

«Det er mange forhold som spiller inn når jeg skal kvalitetssikre kodingen. Bruker en del tid for å rette opp feil som andre har gjort, bla. når det er skrevet epikriser og oppholdene ikke er kodet i PAS, opphold er feil på sengeposten mtp. inn og ut-tid, manglende opphold, avdelingsoverflyttinger osv. Bruker også tid på mailkontakt med legene. Må sende beskjed om koder som er feil, samt forslag til nye koder. Når vi har fått godkjenning på omgjøring, skal dette journalføres i EPJ, gjøres om i PAS samt arkiveres. Får også kodespørsmål per tlf. og mail. Før jeg kan begynne med koding av innlagte pasienter, må DRG 470 være ordnet. Ellers går det ut over epikrisetiden. Jeg bruker veldig lang tid på "langtliggere". Da må det leses kanskje 20 sider i legejournalen, sykepleiernotater, prøvesvar, kurve, rtg. svar etc. Per dag vil jeg anslå alt fra 5 - 25 pasienter.»

Koderne bør også utføre analyser og sammenlikninger mht. kodingskvalitet, både basert på tilbakemeldinger fra Norsk pasientregister og egenutviklede lokale og regionale analyser, basert på problemområder og i samsvar med utredningen fra Helsedirektoratet.⁸¹

Som et første estimat på behov for antall kodere for innlagte pasienter kan det tas utgangspunkt i at en koder kan kode ca. 30 avdelingsopphold daglig og samtidig ha tid til analyser, stikkontroller og korrigerende av påviste feil. Antall utskrivelser for innlagte pasienter fra somatiske avdelinger (avdelingsopphold) i Helse Sør-Øst var 479 565 for 2011⁸². Ut fra dette kan det estimeres et behov for ca. 68 medisinske kodere i Helse Sør-Øst for innlagte pasienter innen somatikken.

(Estimatet er basert på at tid til koding for et årsverk er 37,5 timer x 47 uker, minus to uker etterutdanning, minus 10 uker til analyse, oppfølging, opplæring, presentasjon av rapporter/statistikk, møter med andre kodere samt leger, fravær, etc. Med utgangspunkt i at en koder kan kode fem-seks opphold i timen gir det en kapasitet på koding av ca. 7 000 utskrivinger per årsverk. Basert på ca. 480 000 utskrivinger per år og koding av ca. 7 000 opphold per årsverk gir dette et behov for ca. 68 årsverk kodere for innlagte pasienter i somatiske avdelinger i Helse Sør-Øst).

⁸¹ IS-1598. (2008). Bedre kvalitet på medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet.

⁸² Statistisk Sentralbyrå: Utskrivinger 2011. Statistisk Sentralbyrå 2012.

5 Ordliste og definisjoner

Ord/forkortelse	Definisjon
Hovedtilstand	Den tilstanden som helsehjelpen hovedsakelig er gitt for under oppholdet eller konsultasjonen. Hvis mer enn én tilstand kan være aktuell, velges den som har krevd mest behandlingsressurser medisinsk sett.
Andre tilstander	Tilstander som eksisterer samtidig med hovedtilstanden eller som utvikler seg i løpet av behandlingsperioden, og som blir gjenstand for undersøkelse og behandling, som det må tas hensyn til eller som får konsekvenser for behandlingen av pasienten. (Disse betegnelsene benyttes i ICD-10, mens DRG/ISF systemet omtaler disse som hoveddiagnose og bidiagnoser.)
ATC	Anatomical Therapeutical Chemical Classification System (Inneholder koder for de aller fleste terapeutiske og diagnostiske substanser)
DRG	Diagnoserelaterte grupper
Epikrise	En rapport til henvisende lege etter at sykehusopphold eller etter undersøkelse ved en poliklinikk eller privatpraktiserende legespesialist.
EPJ	Elektronisk pasientjournal
EUROSTAT	EUs Statistiske enhet (Statistical Office of the European Union)
ICD	Den internasjonale sykdomsklassifikasjonen (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
ISF	Innsatsstyrt finansiering
LMS	Learning management system
NCCH	National Centre for Classification in Health
NCMP	Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrer
NCS	NHS Classification Service (NCS)
NCSP	Klassifikasjon av kirurgiske inngrep (NOMESCO Classification of Surgical Procedures - NOMESCO = Nordic Medico-Statistical Committee)
NHS	National Health Service, United Kingdom
NPR	Norsk pasientregister
PbR	Payment by Results (NHS programme)
WHO	Verdens Helseorganisasjon

6 Vedlegg

Vedlegg 1:

Helse Sør-Øst RHF Styresak nr. 081-2011. Nasjonal Internrevisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene- resultat og oppfølging. <http://www.helse-sorost.no/omoss/styret/Documents/Styremøter/2011/17.november/081-2011%20Saksframlegg%20-%20Nasjonal%20internrevisjon%20av%20medisinsk%20kodepraksis%20i%20Hfene%20-%20resultat%20og%20oppf.pdf>



081-2011 styresak-
HSØ.pdf

Vedlegg 2:

Helse Sør-Øst RHF, brev til Helsedirektoratet 3.2.2012 om forslag til ny mal for epikrise.



Vedlegg 2 Brev Hdir
ny epikrisemal.pdf

Vedlegg 3: http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_3912.aspx

Helsedirektoratet. Funksjonelle og tekniske krav til IT-støtte i medisinsk koding (v. 1.0). 22.12. 2012.



Prosjektrapport-Nasjonal_kodingsmodul-kc

Vedlegg 4: http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_3912.aspx

Helsedirektoratet. Kostnytte-/kostvirkningsanalyse av IT-støtte i medisinsk koding (v. 1.0). 07.12. 2012



Prosjektrapport-Nasjonal_kodingsmodul-kr

Notat

Til: De regionale helseforetakene
Fra: Pasientreiser ANS
Kopi: Steinar Marthinsen

Dato: 03. april 13

Sak: Innspill til høring om forslag til forskrift for nasjonal kjernejournal

Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt forslag til forskrift om nasjonal kjernejournal på høring med høringsfrist 10. april. De regionale helseforetakene og helseforetakene er blant høringsinstansene, noe Pasientreiser ANS ikke er. Fra flere hold har selskapet mottatt henvendelser mht om man burde ta et initiativ for å inkludere synspunkter som omhandler pasientreiseområdet i høringsuttalelsen. På den bakgrunn er utarbeidet foreliggende notat som tar opp viktige sider ved høringsforslaget sett fra pasientreiseområdet. Notatet er tenkt som et mulig innspill til de fire regionale helseforetakenes høringsssvar. Pasientreiser ANS ber RHF-ene vurdere om synspunktene i det følgende kan innarbeides i et høringsssvar. Pasientreiser ANS står gjerne som kopimottaker av de respektive høringsuttalelsene fra de fire regionale helseforetakene.

Muligheter for pasientreiser og reiser uten rekvisisjon

Som de fire RHF-ene vil være kjent med er Pasientreiser ANS involvert i arbeidet med prosjektet for forenkling av oppgjørsordningen for pasientreiser uten rekvisisjon. Prosjektet er gitt i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til de fire RHF-ene v/Helse Sør-Øst som har anmodet Pasientreiser ANS om å lede arbeidet.

Et av målene med prosjektet er at pasient skal få en forenklet løsning gjennom elektronisk innsending av refusjonskrav. En sentral forutsetning for dette er at det heretter ikke skal være nødvendig for pasienter å vedlegge dokumentasjon på at de har møtt til behandling (oppmøtebekreftelse).

For å få verifisert pasientens oppmøte på en god måte vil et oppmøteregister være nyttig. Oppmøteinformasjon ligger allerede i elektroniske journalsystemer for de behandlere som benytter dette, men denne informasjonen er ikke tilgjengelig for pasientreisekontorene i helseforetakene da det ikke er integrasjoner mellom alle pasientjournalsystemene og Pasientreiser ANS sine systemer.

Når det nå legges opp til at en nasjonal kjernejournal skal hente informasjon fra elektroniske journalsystemer bør det vurderes om formålet kan utvides til å omfatte oppmøteinformasjon slik at også pasientreiser kan dra nytte av det.



PASIENTREISER

Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS

Postadresse:
Postboks 2605 Kjørbekk, 3702 Skien
Besøksadresse:
Leirvøllen 23, 3736 Skien

Tlf.: 35 12 10 00
www.pasientreiser.no
postmottak@pasientreiser.no

Det gjennomføres ca. 5,5 millioner pasientreiser uten rekvisisjon årlig. I tillegg til en stor forenkling for pasientene vil også behandlere få en administrativ oppgave mindre ved at de ikke lenger behøver å skrive manuelle oppmøtebekreftelser til pasienter som henvender seg om det.

Muligheter for pasientreiser og reiser med rekvisisjon

For reiser med rekvisisjon er pasientreiser avhengig av manuelle operasjoner fra både behandler og pasientreisekontor. Behandlere administrerer store deler av reisebestillingen mens den informasjonen helsevesenet egentlig trenger fra behandler i utgangspunktet kan snevres ned til to forhold:

- ♦ Har pasienten et medisinsk behov for tilrettelagt transport?
- ♦ Har pasienten en time hos en behandler?

Dersom pasientens transportbehov kunne fremgå i kjernejournal vil saksbehandlere ved pasientreisekontorene kunne utføre de aktuelle administrative oppgavene. En stor andel pasienter antas å ville ha et permanent medisinsk behov for tilrettelagt transport. Dersom informasjonen om at pasienten har et slikt behov inngår i nasjonal kjernejournal er det ikke lenger nødvendig at behandler håndterer disse rekvisisjonene. Det er tilstrekkelig at én behandler én gang legger inn denne informasjonen.

Spørsmålet om det faktisk foreligger en innkalling er det allerede i dag svar på i eksisterende systemer. Utfordringen ligger i at informasjonen ikke er tilgjengelig for andre og at den ligger spredt i et ukjent antall system.

Dersom det er kjent at pasienten har behov for tilrettelagt transport og at det foreligger en innkalling og denne informasjonen kan hentes fra nasjonal kjernejournal vil oppgaven med å registrere dette kunne tas bort fra behandlere. En mulig selvbetjeningsløsning for pasient kan utredes også for reiser med rekvisisjon.

Det er nevnt flere steder i stortingsmeldingen at man ønsker at pasienter skal slippe å gjenta de samme opplysningene hver gang de oppsøker helse- og omsorgstjenesten. Dette er en stor utfordring for reiser med rekvisisjon. Ikke bare må pasienten huske på å gi de samme opplysningene hver gang, i tillegg må alle behandlere gi de samme opplysningene til pasientreiser hver gang de skal rekvirere en reise. Dersom opplysningene ligger i nasjonal kjernejournal vil dette ivaretas på en mer effektiv måte.

Nasjonal kjernejournal

I høringsnotatet til nasjonal kjernejournal går det frem at journalen skal inneholde et begrenset sett relevante helseopplysninger som er nødvendige for å yte forsvarlig helsehjelp. Pasientreiser ANS ønsker å spille inn at det kan være hensiktsmessig at journalen inneholder mer enn helseopplysninger som er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp, som f.eks. behov for tilrettelagt transport av varige eller midlertidige medisinske årsaker.

Det står i høringsnotatet at formålet med kjernejournalen er økt pasientsikkerhet ved å gi bedre beslutningsgrunnlag for helsehjelp og forhindre skade på pasienten som følge av for eksempel feilmedisinering. Pasientreiser ANS foreslår at det legges til i formålet at det gis tilgang til informasjon om pasienters transportbehov for å minske behandleres plikter i forbindelse med å rekvirere transport.

Det står videre i høringsnotatet at det ikke er et formål å erstatte de ordinære pasientjournalene eller være hovedkilde til informasjon om pasienten. Pasientreiser ANS vil spille inn at det bør vurderes å hente ut annen relevant informasjon når det likevel etableres integrasjon mot eksisterende pasientjournaler.

Det står også i høringsnotatet at det kun er helsepersonell med tjenstlig behov skal gis tilgang til nasjonal kjernejournal, forutsatt at de øvrige vilkår er oppfylt. Kjernejournalen vil ikke gi helsepersonell tilgang til flere eller andre opplysninger enn i dag, men tilgangen gis på en mer hensiktsmessig måte. Ved en god tilgangsstyring kan ansatte i pasientreiser kun få tilgang til informasjon om transportbehov. Men tilgangen må utvides fra helsepersonell til ansatte i helseforetaket.

Forskriften

Basert på det ovennevnte vil vi spille inn at formålet som beskrives i forskriftens § 1 bør utvides.

Det samme bør hva som betegnes som innhold i forslaget til § 4, her bør følgende inntas;

- ♦ Pasientens kontakt og planlagte kontakt med helsetjenesten
- ♦ Administrativ informasjon om;
 - Pasientens transportbehov