

Styrets medlemmer

Vår ref.:

2011/4153 - 29379/2011

Deres ref.:**Arkiv:**

012

Dato :

07.12.2011

Innkalling 141211**Møtedato:** Onsdag 14. desember 2011 kl 1000**Møtested:** Sykehuset Levanger – Arken

- | | |
|-------------|--|
| Sak 45/2011 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 17.11.11 |
| Sak 46/2011 | Oppnevning av medlemmer i Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag 2012 - 2013 |
| Sak 47/2011 | Budsjett 2012 |
| Sak 48/2011 | Revisjonsrapport om medisinsk kodepraksis, og handlingsplan for å bedre medisinsk kodepraksis |
| Sak 49/2011 | Møteplan 2012 |
| Sak 50/2011 | Orienteringssaker: <ol style="list-style-type: none">1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 14.11.11 og 1.12.112. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 17.11.11 og 08.12.113. Protokoll fra møte i Samarbeidsutvalget 08.12.114. Protokoll fra møte mellom styret i Helse Nord-Trøndelag og Brukerutvalget 17.11.115. Protokoll fra møte mellom styret i Helse Nord-Trøndelag og tillitsvalgte 17.11.116. Driftsrapport for november 20117. Helse Nord-Trøndelags arbeid med reduksjon av deltid8. Status for samhandlingsreformen9. Oppnevning av politisk foreslåtte- og andre eieroppnevnte representanter til styrene i helseforetak eid av Helse Midt-Norge RHF10. Dialyse DMS Steinkjer, brev av 01.12.11 fra Pasient- og brukerombudet i N-T11. Andre orienteringer |

LUKKET DEL

Sak 51/2011

Vurdering av adm.direktørs lønn

(Unntatt off. jf. Off.l. § 23 første ledd)

Med hilsen
Steinar Aspli
Styreleder
Sign.

Kopi:
Styrets varamedlemmer

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 17.11 2011 kl. 11.00 – 15.00
Møtested: Best Western Tingvold Park Hotel, Steinkjer
Saksnr.: 42/2011 - 44/2011
Arkivsaksnr.: 2011/3856

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:
Steinar Aspli
Inger Marit Eira-Åhrén
Ragnhild Torun Skjerve
Rolf Gunnar Larsen
Torgeir Schmidt-Melbye
Peter Himo
Elinor Kjølsest
Margrete Mære Husby
Sølvi Sæther

Forfall:
Siw Bleikvassli
Torbjørge Vanvik

Fra Brukerutvalget møte: Øystein Bjørnes

Fra Samarbeidsutvalget møte: Ingen

Fra administrasjonen møte:

Adm. direktør	Arne Flaatt
Ass. direktør	Mads E. Berg
Fagsjef	Paul Georg Skogen
Økonomisjef	Tormod Gilberg
Informasjonssjef	Trond G. Skillingstad

Merknader til møtet: Ingen merknader.

Merknader til innkalling og sakliste: Ingen merknader.

Innkalling utsendt pr. e-post 11.11.2011. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Sak 42/2011 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 20.10.11

Protokoll

Steinar Aspli viste til protokollen.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 20.10.11 godkjennes.

Sak 43/2011 Budsjett 2012 – driftsopplegg og effektiviseringstiltak

Protokoll.

Administrerende direktør gjorde rede for økonomiske og aktivitetsmessige rammer som ligger til grunn for budsjettet for 2012. Framlagt budsjett forutsetter en videreføring av dagens struktur på tjenestetilbudet med fødeavdelinger, akutt kirurgi og tilbud til syke barn – og beredskap knyttet til dette. Rammene for budsjettet hviler på økonomiske rammer vedtatt i Helse Midt-Norge som er basert på Magnussens behovsmodell.

Økonomisjef Tormod Gilberg gikk gjennom detaljene i budsjettet. I forhold til prognostisert aktivitetsnivå i 2011, legger budsjettet til grunn tre prosents aktivitetsøkning.

Budsjettet viser et omstillingsbehov på om lag 54 millioner kroner.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Forslag til effektiviseringstiltak og driftsopplegg for 2012 legges til grunn ved ferdigstilling av budsjett 2012.

Sak om budsjett 2012 legges fram for endelig behandling i neste styremøte.

Sak 44/2011 Orienteringssaker

Protokoll

Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 03.11.11

- Styret ber om å få framlagt rullering av styreinstruks i møte i januar eller februar 2012
- Administrerende direktør orienterte om vedtaket om opprettelse av helseforetak for overtakelse av ambulansetjenesten i Midt-Norge.
- Styret er tilfreds med vedtakspunkt om å utvikle kvalitetsindikatorer knyttet til pleietjenesten

2. Protokoll fra møte i Samarbeidsutvalget 27.10.11

- Administrerende direktør viste til forhandlinger som pågår med kommunene for etablering av samhandlingsavtaler.
- Styret ber om at samiske pasienter blir ivaretatt i avtaleinngåelsene

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

3. Driftsrapport for oktober 2011

- Assisterende direktør Mads Berg gikk gjennom sentrale indikatorer for kvalitet og drift. Han viste også hvordan Helse Nord-Trøndelags resultater er i forhold til regionen for øvrig og i forhold til andre regionale helseforetak.

4. Ompakkingsprosjektet

- Mads Berg viste til forankring i helseforetakets strategiplan, og gjennomgikk arbeidet med "ompakking" i Helse Nord-Trøndelag. Rapporten er utviklet i samarbeid med Sintef Helse. Rapporten tilgjengeliggjøres for alle ansatte, det gjennomføres drøftingsmøter med tillitsvalgte og behandling i foretaksledelse før saken igjen legges fram til behandling i styret.

5. Orientering om barn- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP)

- Avdelingsleder for BUP i Nord-Trøndelag, Åsmund Bang, og klinikkleder Wenche P. Dehli gjennomgikk aktivitet, utviklingsprosjekt og mål for den videre driften. Bang viste blant annet til en meget sterk økning i aktivitet, reduksjon i ventetid og forbedret rekruttering. Aktivitetsveksten er imidlertid noe under plantallene.

6. Andre orienteringer

Det ble ikke gitt andre orienteringer.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret tar sakene til orientering.

Steinar Aspli

Inger Marit Eira-Åhrén

Ragnhild Torun Skjerve

Margrete Mære Husby

Elinor Kjølsest

Torgeir Schmidt-Melbye

Peter Himo

Rolf Gunnar Larsen

Sølvi Sæther

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 46/2011 Oppnevning av medlemmer i Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag
2012 - 2013

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	14.12.11	46/2011

Saksbeh: Marit Røvik Skjerve

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2011/4153

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF oppnevner følgende representanter til Brukerutvalget i perioden 01.01 2012 – 31.12 2013:

<i>Navn</i>	<i>Organisasjon, forbund</i>	<i>Sted</i>
Øystein Bjørnes	FFO, LHL	Kolvereid
Hildur Fallmyr	Eldrerådet i Nord-Trøndelag	Ottersøy
Grete Aspaas	FFO, Norsk Revmatikerforbund	Stjørdal
Lillian Svedjan Blæstervold	FFO, Mental Helse	Meråker
Hilde Tyldum Stordahl	FFO, Norsk forening for slagrammede	Flatanger
Ola Larsen	NFU/SAFO N-T	
	Norsk Forbund for Utviklingshemmede	Verdal
Ole Flakken	Pensjonistforbundet i Nord-Trøndelag	Høylandet

Følgende oppnevnes som vararepresentanter i samme periode:

Laila Roel	Eldrerådet i Nord-Trøndelag	Inderøy
Terje Veimo	FFO, Norges Diabetesforbund	Levanger
Anita Gjærum	Kreftforeningen i Midt-Norge	Inderøy
Steinar Mikalsen	SAFO N-T/Norges Handikapforbund	Skogn
Oddvar Bakke	Kreftforeningen i Midt-Norge	Rørvik

SAKSUTREDNING:

Sak 46/2011 Oppnevning av medlemmer i Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag 2012 - 2013

Brukernes reelle medvirkning og innflytelse er et grunnleggende prinsipp, jf helseforetakslovens § 35 annet ledd og vedtektenes § 14. Eier stiller krav om at brukerinnflytelse skal legges til grunn i planlegging og gjennomføring av tjenestetilbudene på overordnet og individuelt nivå. Det er i denne forbindelse opprettet Brukerutvalg på HF-nivå, og Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag ble etablert i 2002. Brukerutvalgene skal gi råd om utvikling av tjenestetilbudet og bidra til et godt samarbeid mellom helseforetak og brukerorganisasjoner.

Leder i brukerutvalget har hatt møte- og talerett i Helse Nord-Trøndelags styre og Samarbeidsutvalget.

Brukerutvalgets funksjonstid går ut ved årsskiftet. Oppnevning av nye representanter tilligger styret i Helse Nord-Trøndelag.

Helse Nord-Trøndelag tilskrev i brev av 19. oktober 2011 organisasjoner med invitasjon til å foreslå medlemmer i Brukerutvalget for neste virkeperiode. Helse Nord-Trøndelag har mottatt følgende forslag på representanter:

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon FFO:

Øystein Bjørnes, Kolvereid
Terje Veimo, Levanger
Grete Aspaas, Stjørdal
Lillian Svedjan Blæstervold, Meråker
Hilde Tyldum Stordahl, Flatanger

Eldrerådet i Nord-Trøndelag:

Hildur Fallmyr, Ottersøy
Laila Roel, Inderøy
Hauk Paulsen, Vanvikan, vara
Kåre Viken, Nordli, vara

Norsk Pensjonistforbund Nord-Trøndelag:

Ole Flakken, Høylandet
Kari Lundsauet, Verdal
Liv Thun, Steinkjer

Norsk Forbund for Utviklingshemmede(NFU) Nord-Trøndelag/ SAFO Nord-Trøndelag:

Ola Larsen, Verdal
Steinar Mikalsen, Skogn

Kreftforeningen:

Anita Gjærum, Inderøy
Oddvar Bakke, Rørvik
Petter Spolén, Steinkjer

I tillegg er Sametinget invitert til å foreslå medlemmer fra samebefolkningen, men forslag til medlemmer er ikke mottatt.

Sammensetningen av nytt Brukerutvalg er basert på følgende prinsipper:

- Representasjon fra spesialisthelsetjenestens sentrale brukergrupper
- God kjønnsmessig balanse
- Representasjon fra ulike geografiske deler av fylket
- Kontinuitet i Brukerutvalget

Administrerende direktør foreslår etter en helhetlig vurdering følgende sammensetning av Brukerutvalget i Nord-Trøndelag 2012-2013:

Øystein Bjørnes	FFO, LHL	Kolvereid
Hildur Fallmyr	Eldrerådet i Nord-Trøndelag	Ottersøy
Grete Aspaas	FFO, Norsk Revmatikerforbund	Stjørdal
Lillian Svedjan Blæstervold	FFO, Mental Helse	Meråker
Hilde Tyldum Stordahl	FFO, Norsk forening for slagrammede	Flatanger
Ola Larsen	NFU N-T/SAFO N-T	
	Norsk Forbund for Utviklingshemmede	Verdal
Ole Flakken	Pensjonistforbundet i Nord-Trøndelag	Høylandet

Vararepresentanter:

Laila Roel	Eldrerådet i Nord-Trøndelag	Inderøy
Terje Veimo	FFO, Norges Diabetesforbund	Levanger
Anita Gjærum	Kreftforeningen i Midt-Norge	Inderøy
Steinar Mikalsen	SAFO N-T/Norges Handikapforbund	Skogn
Oddvar Bakke	Kreftforeningen i Midt-Norge	Rørвик

Brukerutvalget konstituerer seg med leder og nestleder i sitt første møte. Administrerende direktør kaller inn til dette møtet.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 47 /2011 Budsjett 2012

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	14.12.11	47/2011
Saksbeh:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2011/4153	

ADM.DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret vedtar framlagte budsjett for 2012 med tilhørende driftsopplegg. Budsjettet er basert på fastsatte rammer og styringssignal fra eier.

Administrerende direktør gis fullmakt til å gjøre mindre endringer i budsjett 2012.

SAKSUTREDNING:

Sak 47 /2011 Budsjett 2012

Trykte vedlegg som følger saken:

1. Forslag til budsjett 2012 for Helse Nord-Trøndelag HF (budsjettoppstilling basert på rapportmal)

Utrykte vedlegg i saksmappen:

1. Styresak 100/11 i HMN 14.11.11; Inntektsfordeling og aktivitet 2012
2. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 15.11.11 og 12.12.11

1. GRUNNLAG

Budsjettforslaget bygger på økonomiske rammer, aktivitetsforventninger og mottatte retningslinjer fra HMN. I styrets behandling 17.11.11 av sak 43/11, budsjett 2012 - driftsopplegg og effektiviseringstiltak, er det redegjort nærmere for dette. Vi vil i denne saken oppdatere oversikter over budsjett, aktivitet, driftsopplegg og effektiviseringstiltak samtidig som vi vil søke å utdype enkelte forhold som ble drøftet i sak 43/11.

2. SAMMENDRAG RESULTAT, AKTIVITET OG SATSINGSOMRÅDER

2.1. Årsresultat

Vedlagte talloppstilling over forslag til budsjett for 2012 viser en inntektsside på om lag 2,4 mrd kroner og **et budsjettert årsresultat på 15,0 mill kroner**. I budsjettet er det innarbeidet en basisramme fra eier på knapt 1,7 mrd kroner. Øvrige inntekter er i hovedsak aktivitetsbaserte. Styret for HMN har fastsatt et resultatkrav for HNT på 0 eller bedre i 2012. Regionforetaket har nå avklart hvilke likviditetsoverføringer HNT skal få i 2012. På dette grunnlag har HMN konkludert med at HNT gjennom overskudd i driften må framskaffe likviditet til egne investeringer i bl.a. medisinsk teknisk utstyr i 2012. Dette er grunnlaget for at HNT legger fram et budsjettforslag med 15,0 mill kroner i overskudd.

2.2. Aktivitet

Forslaget til aktivitet i foretakets avdelinger bygger på forventninger fra HMN. Foretakets samlede aktivitetsmål for 2012 ligger på nivå med eller litt i underkant av nevnte aktivitetsforventning. For **de somatiske avdelingene** innebærer det en økning (målt i DRG-poeng) på vel 2 % i forhold til prognose aktivitet inneværende år. Bak denne aktivitetsveksten ligger en vekst i poliklinikk på om lag 4 % og i døgnbehandling på knapt 2 %. Oversikt over klinikkvis aktivitetsvekst er tatt inn i kapittel 5.

I **de psykiatriske avdelingene** er det lagt opp til en omlegging og styrking av driften som innebærer en økning i antall polikliniske konsultasjoner på vel 10 % i forhold til prognose aktivitet inneværende år. Antall utskrevne (døgn-)pasienter er foreslått redusert med 5 % og antall liggedøgn er beregnet uendret i foretakets psykiatriske avdelinger.

For å stimulere til økt produktivitet i de psykiatriske avdelingene har HMN holdt tilbake et beløp på 20 mill kroner. HNTs andel av dette beløpet, om lag 4 mill kroner, vil bli utbetalt dersom foretaket etter 2. tertial 2012 kan dokumentere sterkere vekst i aktiviteten i de psykiatriske poliklinikkene enn i kostnadene i de samme virksomhetene sammenlignet med samme periode i 2011.

2.3. Satsingsområder

1. Samhandling

I samsvar med strategiplanen, er det satt av midler til styrking av samhandling og forebygging. Det er nødvendig å videreutvikle samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Gjennom ”meldingsløftet” arbeides det med å forbedre kommunikasjonen mellom nivåene i helsetjenesten. Foretakets laboratorier arbeider også med å opprettholde og styrke samhandlingen med primærhelsetjenesten.

2. Tilpasning av behandlingskapasitet

Innenfor enkelte behandlingsområder sliter foretaket med å holde ventetidene nede på et akseptabelt nivå og unngå fristbrudd. Dette gjelder bl.a. innen ortopedi, revmatologi, onkologi og gastrokirurgi. Det avsettes derfor ressurser for å styrke bemanningen og behandlingskapasiteten. Det arbeides med tiltak som vil øke aktiviteten med om lag 200 DRG-poeng i 2012.

3. Kvalitetsforbedring, jf. kvalitetsstrategien

Flere av foretakets avdelinger og klinikker er ISO-sertifisert og/eller akkreditert. Foretaket har prioritert å styrke kvalitetsarbeidet gjennom sertifisering av flere av foretakets enheter på veien mot målet om at hele helseforetaket skal sertifiseres. I budsjettet er det avsatt midler til videreføring av sertifiseringsarbeidet i 2012.

4. Prioriterte pasientgrupper i henhold til strategiplaner

I henhold til strategiplan for HNT er det i budsjettet for 2012 prioritert å styrke tilbudet (kapasitet og kvalitet) til pasienter innen geriatri/alderspsykiatri, pediatri/barnevern/BUP og rus. Det foreslås bl.a. å styrke tilbudet til barn og unge med sykelig overvekt og koordinerte tjenester innen barn/habilitering/BUP i forhold til angst-diagnoser og funksjonshemninger. Arbeidet forutsettes gjennomført i nær samhandling med primærhelsetjenesten. Avdeling for rusrelatert psykiatri (ARP) styrkes ved at tilbudet, etter oppstarten i februar 2011, sikres helårsdrift i 2012. Som påpekt ellers i saksframlegget, legges det også opp til en betydelig økning i poliklinisk virksomhet knyttet til psykisk helsevern.

5. Ambulansedrift

Det legges opp til at helseregionen skal overta driften av ambulansene i Nord-Trøndelag fra 01.01.13. HNT har ikke satt av egne ressurser til denne prosessen i 2012.

6. Vedlikehold bygg

Det er et uttalt mål å styrke vedlikeholdet av foretakets bygningsmasse for å sikre en effektiv forvaltning av investert kapital og for å bidra til et best mulig grunnlag for løpende drift. Foreslått styrking er nødvendig for å unngå ytterligere etterslep på dette området. Det er behov for ytterligere opptrapping for å ta igjen tidligere års mangelfulle satsing på dette området.

2.4. Kritiske faktorer/risikoområder

Det er lagt opp til betydelig økning i aktiviteten fra 2011 til 2012 samtidig som tilgjengelige økonomiske ressurser er redusert. I praksis betyr dette at foretaket må øke produktiviteten ved å behandle flere pasienter med færre ressurser. Aktivitetsveksten forutsetter forbedret pasientlogistikk gjennom omlegging av driften fra døgn- til dag- og poliklinisk behandling, streng kostnadskontroll og nødvendig tilgang og disponering av behandlingspersonalet.

Budsjett og driftsplan for 2012 er søkt lagt opp med sikte på å begrense risikoen for ikke å nå fastsatte resultatmål for økonomi, aktivitet og kvalitet. For å begrense den økonomiske usikkerheten er det i budsjettet for 2012 satt av en buffer på om lag 20 mill kroner (noe mindre enn inneværende år) for å kunne dekke opp for usikkerhet knyttet til enkelte inntekts- eller kostnadselement. På den annen side er tilbakeholdte psykiatrimidler fra HMN (ca 4 mill kroner, jf. pkt. 2.2) inntektsført i sin helhet.

Slik det er gjort de senere år, vil vi også søke å begrense usikkerheten gjennom tett oppfølging av klinikkenes effektiviseringstiltak og drift for å sikre at vi oppnår planlagt resultat for økonomi, aktivitet og kvalitet.

3. ØKONOMISK UTFORDRING

Med utgangspunkt i endring i basisramme fra HMN, endring i oppgaver/kostnader, prioriterte satsingsområder og endret resultatkrav fra 2011 har vi beregnet **den økonomiske utfordringen i 2012-budsjettet til om lag 55 mill kroner**, jf. sak 43/11. Etter at foretakets klinikker på dette grunnlag har arbeidet med å tilpasse driften til fastsatte rammer, har klinikkene beskrevet tiltak for om lag 50 mill kroner. Tre klinikker arbeider fortsatt med de siste tilpasningene til gitte rammer.

4. DRIFTSOPPLEGG OG TILTAK

Driftsopplegget for 2012 er basert på aktivitetsforventninger fra HMN, hensynet til ventelistesituasjonen og de føringer som ellers er gitt for klinikkenes arbeid med driftsplaner og budsjett for 2012. Prioriteringene i styresak 43/11 (17.11.11) har vært førende for arbeidet med å fastsette driftsplaner og budsjett for 2012. Vi viser til nærmere oversikt over driftsopplegg og tiltak i nevnte styresak.

Ved behandling av sak om driftsopplegg og effektiviseringstiltak i forrige styremøte manglet vi konkretisering av tiltak for om lag 10 mill kroner. De fleste klinikkene har nå ferdigstilt sine budsjett, men tre klinikker mangler detaljerte tiltaksbeskrivelser for noen restutfordringer. Det arbeides med å dekke disse restutfordringene gjennom justering av tiltak knyttet til økt aktivitet og/eller reduksjon i bemanning (redusert innleie, reduksjon i tjenesteplaner og økt antall vakanser). Det forventes avklaring på disse restutfordringene i nærmeste framtid.

Tiltakene er vurdert å ha nøytrale eller positive konsekvenser for pasienttilbudet. Ingen tiltak er vurdert å ha uakseptable konsekvenser for pasienttilbudet. Av større driftsomlegginger og tiltak som er vurdert for neste år, finner vi grunn til å kommentere nedenstående tre områder særskilt.

4.1 Det psykiatriske behandlingstilbudet

Psykiatrisk klinikk arbeider med tiltak knyttet til DPS-ene i foretaket. St. Olavs Hospital HF har redusert sitt kjøp av behandlingsplasser ved DPS Stjørdal. Psykiatrisk klinikk må derfor tilpasse seg en lavere tilgang av pasienter fra Sør-Trøndelag i årene framover. Klinikken har på dette grunnlag vurdert den samlede sengekapasiteten i sørdelen av fylket og kommet til at en vil redusere med 2 senger ved klinikkens avdeling i Levanger og opprettholde sengekapasiteten ved DPS Stjørdal.

Det har i lengre tid foregått prosesser for å endre driften ved DPS Kolvereid. Dette er begrunnet både i hensynet til kompetanse, kapasitet og økonomi. Pasientbehandling som krever innleggelse, vurderes overført til Sykehuset Namsos som har fått utvidet og ombyggt sitt areal gjennom nybygg i 2011. DPS Kolvereid har i dag en kapasitet på 8 sengeplasser. Det polikliniske tilbudet i Kolvereid vil imidlertid bli opprettholdt. Det pågår en prosess med sikte på etablering av et lokallmedisinsk senter i forståelse og samarbeid med berørte kommuner.

I tillegg til en generell styrking av det polikliniske tilbudet innen psykisk helsevern har de nevnte driftsomleggingene sammenheng med en omlegging fra døgnbehandling til dag- og poliklinikkbehandling. Med unntak av nevnte driftsomlegginger i de psykiatriske enhetene i foretaket er det ikke lagt opp til endringer i klinikkenes sengetall.

4.2 Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF)

Helse Nord-Trøndelag er tillagt driftsansvaret for regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF). RKSF gir behandling til pasienter fra hele regionen med omtrent samme pasientfordeling som befolkningsgrunnlaget tilsier. Driftskostnadene for dette regionale tilbudet er om lag 26 mill kroner. Med en særfinansiering fra HMN på om lag 5 mill kroner har denne enheten blitt drevet med en egenfinansiering fra HNT på over 20 mill kroner.

Underfinansieringen av dette regionale tilbudet er tatt opp med HMN. Det ble vurdert å redusere kapasiteten for å redusere kostnadene. HMN har nå vedtatt å øke tilskuddet for 2012 med 2,5 til 7,6 mill kroner. Helse Nord-Trøndelag vil på dette grunnlag opprettholde kapasiteten i behandlingstilbudet i 2012. HMN har lovt å revurdere finansieringen av dette (og evt. andre) regionale behandlingstilbud i 2012. Avhengig av resultatet av denne revurderingen og foretakets samlede økonomiske situasjon, kan det være aktuelt å vurdere kapasiteten i dette tilbudet på nytt et senere år.

4.3 Samhandlingsreformen og konsekvenser for drift av DMS-ene

DMS Stjørdal ble etablert for snart 5 år siden, mens DMS Inn-Trøndelag i Steinkjer ble etablert vinteren 2011. Etablering av disse distriktsmedisinske sentrene har skjedd i et samarbeid mellom berørte kommuner, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord-Trøndelag HF. Driftskostnadene av tilhørende intermediære sengeposter har hittil vært finansiert ved at hver av disse partene har dekket 1/3 av samlede driftskostnader knyttet til sengepostdriften. I tillegg har kommunene hatt egne kommunale sengeplasser og HNT har drevet desentralisert dialyse- og poliklinikkvirksomhet i tilknyttede lokaler.

Dagens drift av de intermediære sengepostene ved DMS-ene er kommet i stand i forkant av samhandlingsreformen. Avtalene knyttet til denne driften opphører i 2012 og forutsettes, som en konsekvens av samhandlingsreformen, reforhandlet. Dagens drift innebærer en kostnad for HNT

på vel 10 mill kroner. Omfang og tidspunkt for nye avtaler vil være avgjørende for innsparingspotensialet i 2012. For HNT er det viktig at driftsopplegg og finansiering av dagens DMS-er tilpasses det opplegg en vil følge overfor øvrige kommuner i foretakets område.

5. AKTIVITETSMÅL

Med utgangspunkt i vedtatte finansieringsmodell har HMN bestilt en aktivitet i foretakets somatiske avdelinger som vil ligge 2 – 3 % over prognose aktivitet i år.

I de psykiatriske enhetene er det bestilt en aktivitetsvekst på om lag 10 % i poliklinisk virksomhet.

HMN har holdt igjen 20 mill kroner av basisrammen til psykiatri og vil først betale ut vår andel av den (om lag 4 mill kroner) hvis vi etter 2. tertial 2012 kan dokumentere at vi har hatt en positiv produktivitetsutvikling i foretakets psykiatriske poliklinikker. I den interne behandlingen av budsjettet har vi lagt opp til å nå disse målene.

HMN har videre holdt tilbake 1,1 mill kroner av basisrammen til HNT tiltenkt somatisk aktivitet. Beløpet vil bli utbetalt dersom foretaket oppfyller fastsatte krav til behandlingsfrister (ingen fristbrudd) og gjennomsnittlig behandlingstid (mindre enn 65 dager). Dersom disse behandlingsmålene ikke innfris, vil regionforetaket benytte tilbakeholdte ramme til å kjøpe behandling i andre helseforetak eller hos private tilbydere av spesialisthelsetjenester.

I samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge HF ble en egen rusbehandlingsenhet i Nord-Trøndelag etablert i februar 2011. Driften videreføres med helårsdrift i 2012. Behandlingsenheten har en kapasitet på 6 senger og er organisatorisk underlagt psykiatrisk klinikk i HNT. Økonomisk er det forutsatt at enhetens driftskostnader skal dekkes med et tilskudd på 7,5 mill kroner fra rusforetaket. Driftstilskuddet utgjør om lag halvparten av enhetens driftskostnader. HNT har det økonomiske ansvaret dersom kostnadene skulle bli større enn budsjettet.

På dette grunnlag legges det opp til følgende aktivitetsmål for 2012:

Aktivitet	Plan 2011	Progn. 2011	Plan 2012	Endr. 2011 – 2012
DRG-poeng totalt, somatikk ¹⁾	28 554	27 960	28 608	2,3 %
Utskrevne døgnpasienter, voksenpsykiatri	1 500	2 103	1 970	-6,3 %
Liggedøgn, voksenpsykiatri	26 510	24 417	24 210	-0,8 %
Polikliniske v-konsultasjoner, voksenpsyk.	54 208	50 163	55 720	11,1 %
Utskrevne døgnpasienter, BUP	130	115	130	13,0 %
Liggedøgn, BUP	2 260	2 250	2 300	2,2 %
Polikliniske v-konsultasjoner, BUP	23 563	18 125	22 000	21,4 %

1) Tallene gjelder sum DRG-poeng behandlede pasienter i HNT.

Måltall for DRG-aktivitet i somatiske klinikker:

Klinikk	Prognose 2011 DRG-p.	Plan 2012 DRG-p.	Endr. 2011 – 2012 ¹⁾
Kirurgisk klinikk, Levanger	7 430	7 864	5,8 %
Kirurgisk klinikk, Namsos	5 468	5 568	1,8 %
Medisinsk klinikk, Levanger	6 955	6 635	-4,6 %
Medisinsk klinikk, Namsos	2 942	3 135	6,6 %
Barne- og familieklubben	3 933	4 068	3,4 %
Rehabiliteringsklubben	1 232	1 338	8,6 %
Sum HNT	27 960	28 608	2,3 %

1) Endringen er inkludert evt. kodeforbedring fra 2011 til 2012.

Planlagt DRG-basert aktivitet er økt med om lag 400 DRG-poeng fra styresak 43/11. Klubbenes oversikter viser nå at planlagt aktivitet for foretaket neste år ligger om lag 200 DRG-poeng eller 0,8 % under forventet aktivitet fra eier. I psykisk helsevern er det lagt opp til en aktivitet i overkant av HMNs aktivitetsforventninger.

Det er nå avklart at HMNs aktivitetsforventninger i de psykiatriske poliklinikkene er måltall for vektete poliklinikk-konsultasjoner (v-konsultasjoner). Dette er et nytt aktivitetsmål som vil bli fulgt opp i rapporteringen neste år.

I tillegg til nevnte økonomiske resultatkrav og resultatmål for aktivitet, vil det gjennom oppdrags- og styringsdokument for 2012 bli fastsatt resultatmål innenfor områder som gjenspeiler krav til kvalitet og andre aktivitetsmål. Vi vil komme tilbake til disse områdene senere ved behandling av styringsdokumentet for foretaket.

6. ØKT PRODUKTIVITET OG RISIKO

HMN har gitt HNT en basisramme til drift i 2012 som bygger på et krav om 1 – 2 % produktivitetsvekst i forhold til inneværende år. Sammen med prioriterte nye tilbud basert på foretakets strategiplan innebærer dette et samlet produktivitetskrav på om lag 2,5 % eller om lag 50 mill kroner.

Generelt kan en si at når helseforetaket får vesentlige reduksjoner i basisrammen, må dette møtes med

- o bedre utnyttelse av foretakets kapasitet
- o kvalitetsforbedrende tiltak (reduserer kvalitetskostnadene)
- o forenklingstiltak
- o bedre samhandling med andre aktører i helsetjenestene
- o organisatoriske/strukturelle tiltak

På dette grunnlag er det utredet muligheter for økonomiske gevinster ved tiltak innen følgende felles områder (jf. sak 43/11):

- Sengepostdrift i foretaket
- Vakt og beredskap i foretaket
- Desentralisert virksomhet

- Somatisk virksomhet i Værnes-regionen
- Elektiv kirurgi

Sammen med klinikkens egne vurderinger har disse utredningene vært førende i arbeidet med planlegging av budsjett og driftsopplegg for 2012. Videre har det vært arbeidet med å kartlegge og analysere klinikkens drift for å finne fram til riktige prioriteringer og mulige områder for ytterligere effektivisering av foretakets drift. Arbeidet knyttet til regionens strategi 2020 har gitt nyttige innspill i forhold til effektivisering av driften.

HMN forventer en vekst i aktiviteten fra 2011 til 2012 på om lag 3 %. Foretaket har på dette grunnlag valgt som hovedtilnærming å forbedre produktiviteten gjennom økt aktivitet innen bestående kapasitet og bemanning. Dette stiller store krav til planlegging og samordning i pasientbehandlingen internt i foretaket og i samhandlingen med primærhelsetjenesten.

Overordnet ser vi for oss tre områder der det kan oppstå uønskede effekter av foretakets opplegg for drift og omstilling for 2012:

1. *Lavere aktivitet.* Helse Nord-Trøndelag får ikke behandlet det antall pasienter som budsjettet legger opp til. Dette kan føre til svikt i inntekter til helseforetaket og økt ventetid på behandling.
2. *Lavere kvalitet.* Kvaliteten i pasientbehandlingen svekkes.
3. *Effekt av samhandlingsreformen.* Hvordan vil kommunene tilpasse seg nye økonomiske virkemidler knyttet til samhandlingsreformen?

Lavere aktivitet enn planlagt er en risiko i budsjettet. Analyse av foretakets drift og kapasitet viser at det gjennom endrede driftsopplegg er mulig å øke foretakets kapasitet. Et driftsopplegg med tilnærmet maksimal kapasitetsutnyttelse krever svært god koordinering. Det er en fare for at det kan oppstå flaskehalser. Det er nødvendig med god planlegging og hyppig oppfølging av driften for å sikre god måloppnåelse.

Lavere kvalitet er en risiko fordi økt pasientbehandling skal tilbys med uendret bemanning. Også på dette området er det nødvendig med god planlegging og jevnlig oppfølging av løpende drift.

Effektene av samhandlingsreformen er usikre. Det er påpekt at samhandlingsreformen er en endringsreform, og at det vil ta noe tid før det blir vesentlige omlegginger i pasientbehandling og samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er likevel grunn til å tro kommunene over tid vil tilpasse seg nye økonomiske virkemidler. Det forventes at betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter vil få relativt hurtig effekt. Omfanget av utskrivningsklare pasienter er imidlertid relativt begrenset i vårt område. Usikkerhet knyttet til samlet effekt av reformen i 2012 innebærer at foretaket må være forberedt på driftstilpasninger i løpet av året i forhold til erfarte effekter.

Det er alltid knyttet en viss risiko til driftsendringer og effektiviseringstiltak, noe som også er tilfelle i budsjett og driftsopplegg for 2012. Administrerende direktør legger til grunn at Helse Nord-Trøndelags budsjett for 2012 vil øke volumet på den totale pasientbehandlingen uten at kvaliteten på tilbudet vil bli redusert.

7. INVESTERINGER

Styret for HMN vedtok i sak 89/10 om budsjett 2011 bl.a. følgende (pkt. 6 i vedtaket):

Anvendelse av resultat bedre enn budsjett må sees i sammenheng med foretaksgruppens samlede likviditetssituasjon. Etter avtale med administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF kan alle foretak benytte overskudd ut over resultatkrav til egne investeringer.

Videre legges det opp til at helseforetakene f.o.m. 2012 skal få ansvar og likviditet til å forestå investeringer i medisinsk teknisk utstyr (MTU), teknisk utstyr og mindre bygningsmessige investeringer (bl.a. knyttet til HMS-krav).

HMN har ennå ikke vedtatt investeringsrammer for 2012 og planlegger å fremme sak om dette for eget styre i februar 2012. Styrets behandling av HNTs investeringsbudsjett for 2012 må derfor utsettes til dette grunnlaget er på plass.

Regionforetaket har nå avklart hvilke likviditetsoverføringer HNT skal få i 2012. På dette grunnlag har HMN konkludert med at HNT gjennom overskudd i driften må framskaffe likviditet til egne investeringer i bl.a. medisinsk teknisk utstyr i 2012. Dette er grunnlaget for at HNT legger fram et budsjettforslag med 15,0 mill kroner i overskudd.

Overførte ubrukte investeringsmidler fra inneværende år, samlet overskudd utover resultatkrav i 2012 og tilgjengelig ramme til leasing i 2012 vil danne grunnlag for foretakets investeringsbudsjett i 2012. Uten særskilte investeringsrammer fra HMN ser det ut til at foretakets investeringsbudsjett for 2012 blir svært trangt. Det arbeides imidlertid med å kunne få rom til følgende prosjekt:

- | | |
|---|-----------------------|
| • Krav til økt egenkapitalinnskudd i KLP | om lag 6 mill kroner |
| • HOV/intensiv Levanger, ferdigstilles i 2012 | om lag 21 mill kroner |
| • MTU (inklusive ramme til leasing på 10-15 mill kr) | om lag 25 mill kroner |
| • Bygningsmessige vedlikeholdsinvesteringer inkl. HMS | om lag 5 mill kroner |

I tillegg til disse prosjektene arbeides det med å avklare innhold, omfang og finansiering av nytt bygg på sykehusområdet i Levanger med bl.a. følgende innspill til arelbehov: parkeringsareal, garasje til ambulanser, mulig flytting av kommunal legevakt, intermediær kommunal sengepost og med landingsplass for helikopter på taket. Dette prosjektet planlegges i samarbeid med Innherred samkommune og med samkommunen som byggherre.

Vi vil komme tilbake med egen sak til styret om investeringer i 2012 når foretakets rammer på dette området er nærmere avklart.

8. PROSESS

Foretakets arbeid med budsjettet 2012 har pågått som en sammenhengende prosess etter arbeidet med langtidsbudsjettet i mai/juni i år. I denne tiden har det vært jevnlig kontakt med regionforetaket på Stjørdal, og det har vært fortløpende informasjon og drøftinger i eget styre.

Internt har driftsplaner og effektiviseringstiltak vært gjenstand for informasjon og drøftinger i foretakets ledelse, i arbeidsmiljøutvalget og i forum for foretakstillitsvalgte. Det er lagt vekt på

informasjon og drøftinger under veis og før endelige konklusjoner er fattet. Den vesentligste del av drøftingene har skjedd ved at tillitsvalgte har blitt invitert med og har deltatt i klinikkenes møter vedrørende budsjett og driftsopplegg for 2012. Felles drøftingsmøte med tillitsvalgte er avholdt 15.11.11. Drøftingsmøte på grunnlag av ferdigstilte driftsplaner skal avholdes 12.12.11.

Levanger, 7. desember 2011

Arne Flaatt
adm. dir.
sign.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF RESULTATBUDSJETT 2012	Budsjett 2011 HNT	Prognose 2011 HNT	Budsjett 2012 HNT pr 07.12.11
Basisramme	1 602 108	1 634 429	1 678 292
ISF egne pasienter	436 807	430 282	454 907
ISF-inntekt kostnadskrevende legemidler utenfor sykehus	12 000	12 000	12 375
Gjestepasienter	42 315	36 941	43 782
Polikliniske inntekter	54 160	52 741	58 666
Øremerket tilskudd "Raskere tilbake"	0	5 950	0
Andre øremerkede tilskudd	225	4 302	222
Andre driftsinntekter	152 391	145 176	165 739
Sum driftsinntekter	2 300 006	2 321 822	2 413 983
Kjøp av offentlige helsetjenester	91 240	92 941	93 926
Kjøp av private helsetjenester	1 500	1 828	1 335
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	372 881	364 970	373 946
Innleid arbeidskraft - del av kto 458	8 470	14 353	6 000
Lønn til fast ansatte	1 041 648	1 056 669	1 094 058
Overtid og ekstrahjelp	42 782	59 409	51 349
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	201 565	240 981	234 029
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-53 428	-62 600	-52 504
Annen lønn	130 347	122 871	132 635
Avskrivninger	88 957	86 196	84 175
Nedskrivninger	0	251	0
Andre driftskostnader	372 169	349 680	380 035
Sum driftskostnader	2 298 131	2 327 548	2 398 984
Driftsresultat	1 875	-5 276	15 000
Finansinntekter	3 510	3 506	3 570
Finanskostnader	5 385	5 381	3 570
Finansresultat	-1 875	-1 875	0
Ordinært resultat	0	-7 600	15 000

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 48/2011 Revisjonsrapport om medisinsk kodepraksis, og handlingsplan for å bedre medisinsk kodepraksis

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	14.12.11	48/2011

Saksbeh: Sveinung Aune

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2011/4153

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar revisjonsrapport om medisinsk kodepraksis til etterretning.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar administrerende direktørs vurderinger av risikoområder til etterretning og ber om at handlingsplanen blir fulgt opp med anbefalte tiltak innen de angitte frister, slik at man kan bedre medisinsk kodepraksis i helseforetaket.

SAKSUTREDNING:

Sak 48/2011 Revisjonsrapport om medisinsk kodepraksis, og handlingsplan for å bedre medisinsk kodepraksis

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Internrevisjonsrapport. Helse Nord-Trøndelag HF. Nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene. September 2011.
2. Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis. Hovedrapport. Oktober 2011.

BAKGRUNN

Det er gjennomført et nasjonalt revisjonsprosjekt i perioden april - august 2011 med temaet medisinsk kodepraksis. Initiativtaker til revisjonen er Helsedirektoratet og revisjonen er gjennomført i et samarbeid med internrevisjonene i Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord.

Formålet med revisjonen er å kartlegge og vurdere medisinsk kodepraksis i helseforetakene, herunder om det er etablert god intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at ukorrekt eller taktisk koding ikke forekommer. Det har ikke vært en del av prosjektets mandat å gjennomføre journalrevisjon ved å teste et representativt utvalg av epikriser, men fokus har vært på om rutiner og regelverk etterleves.

Revisjonen er gjennomført i to deler:

Del 1 er en nasjonal elektronisk spørreundersøkelse til utvalgte personer i alle helseforetak med somatisk virksomhet i landet. Utvalgte deltakere tilhørte tre relevante grupper av ansatte med oppgaver knyttet til medisinsk koding: medisinsk personell som setter medisinske koder, stabspersonell som arbeider med føring eller kontroll av medisinske koder og ledelse (avdelingsledere, klinikkledere og adm.direktør).

Del 2 har bestått av intervjuer og gjennomgang av dokumentasjon ved 9 utvalgte helseforetak fordelt mellom alle helseregionene. I Helse Midt-Norge har del 2 blitt gjennomført ved Helse Nord-Trøndelag HF og ved St. Olavs Hospital HF. I vårt foretak har revisjonen blitt utført ved kirurgisk klinikk, medisinsk klinikk og barn- og familieklinikken ved Sykehuset Levanger. Det ble gjennomført gruppeintervjuer med personell i stillingsnivåer fra leger til klinikksjefer og en avslutningssamtale med administrerende direktør.

Det er presentert resultater og anbefalinger til forbedringer i begge rapportene. Helse Midt-Norge RHF har bedt om at det innen 16. desember 2011 lages en handlingsplan som viser hvilke tiltak som tenkes igangsatt for å følge opp de anbefalinger som er gitt i rapportene. Det skal knyttes tidsfrister til oppfølging av tiltakene i handlingsplanen.

Nå presenteres styret for en oppsummering av konklusjoner fra revisjonsrapportene, og en tilhørende handlingsplan med konkrete tidsfrister for videre arbeid med å bedre medisinsk kodepraksis i foretaket.

BESKRIVELSE AV ANSVAR, ORGANISERING OG PROSESS FOR MEDISINSK KODING

Ved medisinsk koding beskrives sykdommer eller symptomer med koder som er utviklet til dette formål og samlet i diagnosekodeverk (ICD-10). Tilsvarende beskrives hvilke undersøkelser og behandlinger som utføres med koder fra prosedyrekodeverk (NCSP, NCMP). Den medisinske kodingen har ulike formål, som f.eks epidemiologi, dødsårsaksstatistikk, virksamhetsdata og innsatsstyrt finansiering.

Overordnet ansvar for kvaliteten i medisinsk koding ligger hos administrerende direktør. Klinikksjefene har et overordnet ansvar for kontroll innen egne klinikker, og avdelingslederne har tilsvarende ansvar innen egen avdeling.

Det er behandlingspersonellet (leger, sykepleiere etc.) som beskriver pasientenes tilstand i epikrisen, og som skal sette medisinske koder ut fra gjeldende regelverk. I prosessen for medisinsk koding er det i tillegg flere personellgrupper som arbeider for å ivareta kontroll med medisinsk koding. Et første nivå av kontroll er at epikriser fra LIS-/turnusleger kontrolleres for innhold og koding av en overlege før kontrasignering. Det andre nivået av kontroll er at kodesekretærer på klinikknivå kvalitetssikrer koding i epikriser, og gir tilbakemelding på eventuell feilkoding til relevant medisinsk personell. Det tredje nivået av kontroll er at koderådgiver i Data- og analyseavdelingen har overordnet ansvar for å kvalitetssikre den medisinske kodingen i foretaket, og gjennomfører systematiske kontroller på foretaksnivået.

De sentrale personellgruppene som skal ivareta medisinsk koding og kodekvalitet er organisert i forskjellige enheter i foretaket. Behandlingspersonellet har ansvaret for korrekt koding av epikriser, og klinikkene har ansvar for å sørge for opplæring i regelverk og at man har prosedyrer og rutiner som sikrer korrekt medisinsk koding. Kodesekretærer skal sørge for kvalitetssikring av koding i epikriser, og er organisert sammen med øvrige sekretærer i serviceklinikken. Staben skal sørge for faglig rådgivning og opplæring i kodeverk, samt nødvendig systemstøtte til klinikkens arbeid. En slik organisering gjør at de ressurser som skal kontrollere at behandlingspersonellet setter riktige medisinske koder er organisert utenfor klinikkene, og klinikkene er derfor avhengig av tett og godt samarbeid med både serviceklinikken og staben for å ivareta medisinsk kodekvalitet.

RESULTATER OG ANBEFALINGER

For å oppnå formålet med internrevisjonen er det med utgangspunkt i anerkjente rammeverk for internkontroll og risikostyring fokusert på faktorer knyttet til helseforetakets:

1. Styrings- og kontrollmiljø
2. Målsettinger for medisinsk kodepraksis og risikovurderinger
3. Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis
4. Oppfølging av medisinsk kodepraksis

De fire delområdene ovenfor er brutt ned i delproblemstillinger med tilhørende spørsmål. Bruken av disse fire områdene er dermed gjennomgripende for prosjektet og de er også benyttet for å strukturere funn og analyser i rapportene.

Videre følger en kort oppsummering av de viktigste resultater og anbefalinger fra revisjonsrapporten innenfor hvert delområde:

1. Styrings- og kontrollmiljø

Samlet sett tyder datamateriale fra spørreundersøkelsen og gjennomførte intervjuer på at de ansatte, inklusiv ledelsen er opptatt av å kode medisinsk korrekt. Funn fra spørreundersøkelsen tyder på at det i liten grad er kultur for bevisst feilkoding eller valg av annen behandling for å øke refusjonsbeløpet.

Ansvar, roller og organisering er etablert på en hensiktsmessig måte og fungerer godt. Man får ikke tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk og i it-systemet for koding, har ikke tilstrekkelig tid til å kode, og relativt mange gir uttrykk for at de ikke er trygge på at de koder riktig. Dette indikerer at det er risiko for ubevisst feilkoding. Samtidig er det misnøye med talegjenkjenningssystemet som brukes til å utarbeide epikriser. Det kan være flere årsaker til at dette systemet ikke fungerer som forutsatt. Hva årsaken er bør undersøkes nærmere før eventuelle forbedringstiltak iverksettes.

Anbefalinger:

- Det bør gjennomføres obligatorisk opplæring i medisinsk koding for alle nye leger. Dette kan gjøres som en del av introduksjonsprogram for nyansatte, evt. som e-læring. Bruk av IT- systemene bør inngå i opplæringen. Opplæringen bør inkludere logikken bak og begrunnelsen for medisinsk koding. Dette gjelder både den medisinske og økonomiske funksjonen systemet har.
- Helse Nord-Trøndelag bør styrke opplæring for øvrige grupper av medisinsk personell og av relevant administrativt personell. Det bør vurderes om det bør utvikles et helhetlig opplæringsprogram for medisinsk koding tilpasset de ulike gruppenes behov.
- Det bør kartlegges hva årsaken(e) til problemene med talegjenkjenningssystemet er, og deretter bør egnede forbedringstiltak vurderes.

2. Målsettinger for medisinsk kodepraksis og risikovurderinger

Foretaket har i tilstrekkelig grad etablert målsettinger for kodearbeidet.

At det ikke er gjennomført risikovurderinger av medisinsk kodepraksis ved foretaket, kan innebære at ikke alle vesentlige risikoer på området identifiseres, og at det derfor heller ikke iverksettes nødvendige kontrolltiltak og øvrige tilpasninger for å redusere risikoen for bevisst og ubevisst feilkoding.

Anbefalinger:

- Det bør gjennomføres en formell metodisk risikovurdering av prosessen for koding. Denne risikovurderingen bør oppdateres ved vesentlige endringer i rutiner eller systemer.

3. Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis

Roller og ansvar for koding og kontroll av koding er etablert i Sykehuset Levanger, og de rutiner som er utarbeidet beskriver gjeldende praksis. Imidlertid er det i liten grad utarbeidet rutiner for Sykehuset Namsos. Bortsett fra felles rutine for skrive-tjenesten, og for bruk av nøkkeltall er det ikke rutiner knyttet til koding som dekker hele foretaket.

Anbefalinger:

- Det bør fremgå i foretakets rutiner hvordan LIS-leger skal få tilbakemelding på eget kodearbeid, særlig feilkoding.
- Det bør utarbeides rutiner for kodesekretærenes epikrisegjennomgang, og for overlegenes praksis om å gjennomgå LIS-/turnuslegenes koding. I disse rutinene bør ansvar, roller og oppgaver være tydeliggjort, og det bør fremgå hvordan tilbakemeldinger på eventuell feilkoding skal foregå.

- For å sikre lik og hensiktsmessig praksis mellom Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger, bør det så langt det er hensiktsmessig utarbeides felles rutiner for medisinsk koding.
- Det bør etableres rutiner som sikrer at notat med vesentlige endringer sendes sammen med epikriser i tilfeller hvor pasienten fortsetter behandlingen i et annet helseforetak

4. Oppfølging av medisinsk kodepraksis

Det er i stor grad god oppfølgingspraksis av kodearbeidet på sykehuset. Undersøkelsen viser at et klart flertall av de ansatte oppgir at de ville ha meldt fra ved kjennskap til eller sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF. Svarene tyder på at det er relativt mange som ikke er trygge på at den som eventuelt melder fra om slike forhold, og heller ikke at de involverte, vil bli behandlet på en forsvarlig måte. Dette kan innebære økt risiko for at det denne typen kritikkverdige forhold ikke blir meldt fra om dersom de inntreffer.

Alle epikriser gjennomgås av kodesekretærene og det gis tilbakemelding på feilkoding til epikriselege. Denne praksisen er i samsvar med mottatt prosedyre. Det er ikke utarbeidet rutiner for overlegers kontroll og tilbakemelding på turnuslegenes og LIS-legenes epikriser. I praksis gjennomføres dette på en hensiktsmessig måte ved medisinsk klinikk. Ved kirurgisk klinikk synes det ikke å være en etablert praksis om å gi turnuslegene og LIS-legene tilbakemelding på eget kodearbeid. Ved kirurgisk klinikk mottar heller ikke ansvarlige leger tilbakemelding på eventuell feilkoding av kodesekretærene. Dermed blir ikke de som eventuelt feilkoder informert om egne feil, noe som innebærer høy sannsynlighet for at vedkommende vil fortsette å begå samme feil.

Anbefalinger:

- LIS-/turnusleger ved kirurgisk klinikk bør få tilbakemelding på eventuell feilkoding.
- Epikriselege ved kirurgisk klinikk bør få tilbakemelding på eventuell feilkoding som oppdages av kodesekretærene.
- Det bør vurderes om nøkkeltallsanalysene bør kjøres en annen dag i uka for å unngå at kodesekretærene bruker unødig mye tid på å følge opp manglende koding
- For i større grad å sikre at de ansatte tør å melde fra om eventuell bevisst feilkoding eller andre kritikkverdige forhold, bør det vurderes om eksisterende melderutiner sikrer tilstrekkelig vern om den som melder fra om slike forhold. Det bør også vurderes å gjennomføre interne informasjonstiltak for å skape større trygghet blant de ansatte for å melde fra om kritikkverdige forhold.

HANDLINGSPLAN MED TILTAK FOR Å FØLGE OPP REVISJONSRAPPORT

Ut fra de foreliggende resultater og anbefalinger i revisjonsrapporten, er vi bedt om å følge opp med en handlingsplan som beskriver hvilke tiltak som vi mener bør iverksettes for å bedre medisinsk kodepraksis og kodekvalitet.

Hovedområde	Tiltak	Ansvar	Tidsfrist
1. Styrings- og kontrollmiljø	- Etablere obligatorisk opplæringsopplegg for hver av de involverte grupper i medisinsk koding.	Data- og analyse-avdeling	30.04.2012
	- Kartlegge årsaker til problemer og vurdere event. forbedringstiltak ved IT-systemer (TGK/EPJ/PAS/Op.plan).	IT og anvendelse	30.04.2012
2. Målsettinger for medisinsk kodepraksis og risikovurderinger	Gjennomføre risikovurdering av prosessen for medisinsk koding.	Fagavdeling	30.04.2012

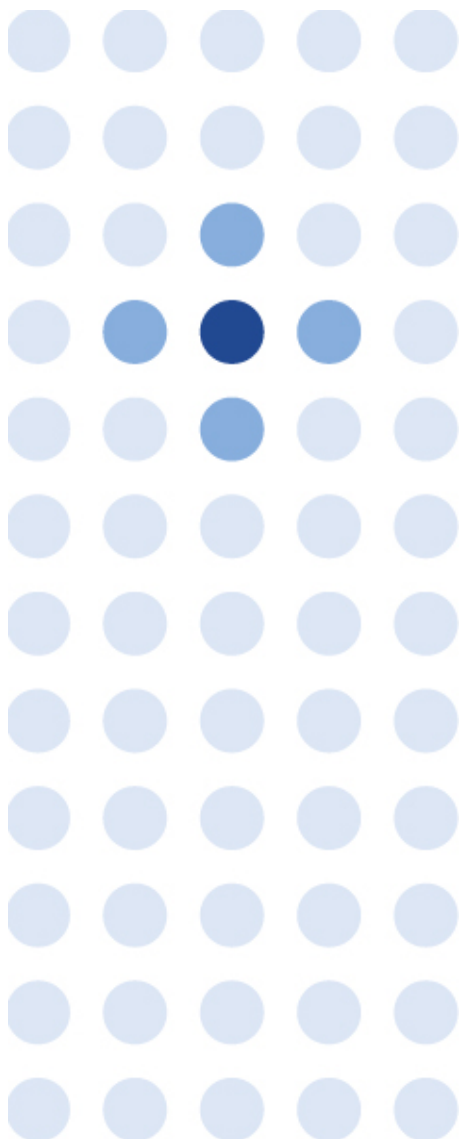
3. Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis	Etablere nye felles prosedyrer og rutiner for medisinsk koding ved helseforetaket, herunder: a) overordnet prosedyre som beskriver roller og ansvar i prosess med medisinsk koding, og hvilke prosedyrer som skal brukes av hver gruppe. b) skriftlig prosedyre for kontrasignering og tilbakemelding fra overlege til turnusleger og LIS-leger. b) ny prosedyre for kodesekretærers epikrisegjennomgang (inkl. tilbakemelding til lege). c) ny rutine for utsending av notat sammen med epikrise ved vesentlige endringer.	Data- og analyse-avdeling (samarbeid med flere avdelinger)	30.04.2012
4. Oppfølging av medisinsk kodepraksis	- Sikre tilbakemelding og god læringssløyfe mellom personell som ivaretar medisinsk koding gjennom informasjon og opplæring i nye rutiner. - Vurdere endring i organisering av kodesekretærer - Vurdere behovet for eksterne revisjoner til intern journalrevisjon - Vurdere eksisterende melderutiner i forhold til mistanke om kritikkverdige forhold i kodepraksis	Data- og analyse-avdeling Egen arb.gruppe Data- og analyseavd. Fagavdeling	30.06.2012 31.01.2012 30.06.2012 30.06.2012

KONKLUSJON

Vi er opptatt av å ha korrekt medisinsk koding i vårt foretak, og vi har i revisjonsrapportene fått bekreftet at vår interne styring og kontroll fungerer bra på mange måter. Retningslinjene for medisinsk koding er kompliserte, og man er avhengig av både velfungerende IT-systemer, gode rutiner og godt samarbeid mellom flere personellgrupper for å ivareta en god medisinsk kodepraksis. Det er ofte endringer i regelverk og veiledninger, og det er nødvendig med et kontinuerlig arbeid for å ivareta en god medisinsk kodepraksis. I den fremlagte handlingsplanen legges det derfor vekt på å bedre både opplæring og rutiner til involverte personellgrupper, samt å vurdere om man er hensiktsmessig organisert for å løse oppgaven på best mulig måte. Det er spesielt viktig at det er godt samarbeid mellom gruppene, slik at man får en god læringssløyfe for alle involverte. Samtidig skal det foretas en risikovurdering av prosessen for medisinsk koding, og vurderes om man skal foreta en journalrevisjon ved bruk av eksterne aktører. Alle tiltak i handlingsplanen skal gjennomføres i løpet av 1. halvår 2012.

Levanger, 07.desember 2011

Arne Flaatt
Adm.direktør



Internrevisjonsrapport

Helse Nord-Trøndelag HF

Nasjonal revisjon av medisinsk
kodepraksis i helseforetakene

Stjørdal, 6. september 2011

HELSE  MIDT-NORGE

INTERNREVISJONEN

Sammendrag	3
1 Rapportinformasjon	4
2 Innledning	5
2.1 Bakgrunn for revisjonsprosjektet	5
2.2 Formål med revisjonen (mandatet).....	5
2.3 Rapportstruktur	6
2.4 Prosess og metode.....	6
3 Resultater og vurderinger	9
3.1 Beskrivelse av medisinsk kodepraksis ved Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger.	9
3.2 Styrings- og kontrollmiljø	13
3.3 Målsettinger for medisinsk kodepraksis og risikovurderinger.....	18
3.4 Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis	18
3.5 Oppfølging av medisinsk kodepraksis	20
4 Konklusjon og anbefalinger	24
5 Vedlegg.....	26
5.1 Vedlegg 1 – Mandatets temaområder og problemstillinger	26
5.2 Vedlegg 2 – Prosess og metode	27
5.3 Vedlegg 3 – Om Helse Nord-Trøndelag HF	32
5.4 Vedlegg 4 – Dokumentforespørsel	33
5.5 Vedlegg 5 – Ytterligere resultater fra spørreundersøkelsen.....	34

Sammendrag

Det er gjennomført et nasjonalt revisjonsprosjekt med temaet medisinsk kodepraksis. Initiativtaker til revisjonen er Helsedirektoratet og revisjonen er gjennomført i et samarbeid mellom internrevisjonene i Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Formålet med revisjonen er å kartlegge og vurdere medisinsk kodepraksis i helseforetakene, herunder om det er etablert god intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at ukorrekt eller taktisk koding ikke forekommer. KPMG AS er engasjert for å bistå med den praktiske gjennomføringen av prosjektet.

Revisjonen er gjennomført i to deler: Del 1 av revisjonen er en nasjonal elektronisk spørreundersøkelse til utvalgte personer i alle helseforetak med somatisk virksomhet i landet. Del 2 er har bestått av intervjuer og gjennomgang av dokumentasjon ved 9 utvalgte helseforetak fordelt mellom alle helseregionene. I Helse Midt-Norge har del 2 blitt gjennomført ved Helse Nord-Trøndelag HF og ved St. Olavs Hospital HF.

Resultater og konklusjoner i denne delrapporten bygger på resultater fra spørreundersøkelsen revisjonsbesøk ved Sykehuset Levanger. Svar på spørsmål som er stilt i undersøkelsen og i intervjuene gir indikasjoner på om rutiner og regelverk etterleves. For å kunne konkludere klart på faktisk etterlevelse av rutiner og regelverk for medisinsk koding ville det imidlertid vært nødvendig å gjennomføre testing av et representativt utvalg epikriser. Dette har imidlertid ikke vært en del av prosjektets mandat.

Samlet sett tyder vårt datamateriale fra spørreundersøkelsen og gjennomførte intervjuer på et sunt styrings- og kontrollmiljø i helseforetaket. Videre viser våre funn at både ansatte og ledelsen er opptatt av å kode medisinsk korrekt, og at det ikke er kultur for bevisst feilkoding eller valg av annen behandling for å øke refusjonsbeløpet.

Revisjonen har vist at det er enkelte sider ved dagens kodepraksis og rutiner som ikke i tilstrekkelig grad sikrer korrekt medisinsk koding. Dette gjelder særlig ved Sykehuset Levanger som er det sykehuset i helseforetaket som vi har best datagrunnlag for å vurdere. Helse Nord-Trøndelag HF har i hovedsak etablert en hensiktsmessig organisering for å sikre korrekt medisinsk koding. Det er ikke etablert felles skriftlige rutiner for medisinsk koding for hele helseforetaket, men det er etablert lokale rutiner på sykehusnivå og ved en del av klinikkene/avdelingene. Intervjuene og spørreundersøkelsen indikerer at de rutinene som er etablert i liten grad er kjent for de ansatte.

Et viktig funn fra spørreundersøkelsen er at en høy andel ansatte mener at det gis for lite opplæring i medisinsk koding., at de har for lite tid til å kode, og at de ikke er trygge på at de koder riktig. For disse spørsmålene har Helse Nord-Trøndelag HF svakere resultater enn landsgjennomsnittet. Disse funnene understøttes av intervjuene. Samlet sett innebærer dette risiko for feilkoding.

Totalt sett er det vår vurdering at kontrollen av kodekvaliteten ved Helse Nord-Trøndelag HF bør forbedres, og at det bør gjennomføres mer kodeopplæring for personellet som setter koder og for administrativt personell som er involvert i kodearbeidet.

1 Rapportinformasjon

Revisjonsperiode:	April 2011 – august 2011
Virksomhet:	Helse Nord-Trøndelag HF
Oppdragsgiver:	Styret for Helse Midt-Norge RHF v/revisjonskomiteen
Revisorer:	Klas Schløsser Møller (KPMG) Sturla Rising (Exonor) Terje Hanssen (Internrevisjonen)
Kontaktpersoner:	Fra Helse Nord-Trøndelag HF: Bente Sofie Nessan Fra internrevisjonen: Terje Hanssen

2 Innledning

2.1 Bakgrunn for revisjonsprosjektet

Internrevisjonen skal på vegne av styret i Helse Midt-Norge RHF påse at helseforetakene og det regionale helseforetaket har etablert en tilfredsstillende internkontroll og at denne fungerer som forutsatt. I tråd med vedtatt aktivitetsplan 2011-2013 skal internrevisjonen delta i gjennomføringen av en nasjonal revisjon av området medisinsk koding.

Revisjonen er initiert av Helsedirektoratet med bakgrunn i et ønske om å skaffe mer informasjon om medisinsk kodepraksis i helseforetakene i landet. Helsedirektoratet så det som en fordel om en undersøkelse av medisinsk kodepraksis ble gjennomført av internrevisjonene i helseregionene.

Revisjonen er gjennomført som et nasjonalt prosjekt i et samarbeid mellom internrevisjonene i Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Helse Sør-Øst har hatt en koordinerende rolle. KPMG AS er engasjert for å bistå med den praktiske gjennomføringen av prosjektet.

2.2 Formål med revisjonen (mandat)

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

Hensikten er å avklare om det er etablert god intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at ukorrekt eller taktisk koding ikke forekommer.

For å oppnå formålet med internrevisjonen skal det med utgangspunkt i anerkjente rammeverk for internkontroll og risikostyring fokuseres på faktorer knyttet til helseforetakenes:

1. Styrings- og kontrollmiljø
2. Målsettinger for medisinsk kodepraksis og risikovurderinger
3. Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis
4. Oppfølging av medisinsk kodepraksis

De fire delområdene ovenfor er brutt ned i delproblemstillinger med tilhørende spørsmål. Bruken av disse fire områdene er dermed gjennomgripende for prosjektet og de er også benyttet for å strukturere funn og analyser i rapportene.

En tabell med liste over mandatets delproblemstillinger og henvisninger til hvor disse besvares i rapporten finnes i vedlegg 1.

2.3 Rapportstruktur

Denne rapporten er delt inn i 3 hoveddeler; innledning, resultater og vurderinger, og konklusjon og anbefalinger.

Kapittel 2 Innledning: Her beskrives bakgrunn for revisjonen, formålet og hvordan data er innhentet.

Kapittel 3 Resultater og vurderinger: Her beskrives først hvordan prosessen med medisinsk koding ved St. Olavs Hospital HF er, deretter er resultater for hvert tema presentert. Temaene er gitt av mandatet og er presentert under formål med revisjonen. Våre vurderinger av resultatene for hvert tema er presentert til slutt i hvert delkapittel.

Kapittel 4: Konklusjon og anbefalinger: Her oppsummeres denne rapporten med konklusjon og anbefalinger.

2.4 Prosess og metode

Revisjonen er gjennomført i to deler. Del 1 av revisjonen er en nasjonal elektronisk spørreundersøkelse. Del 2 er gjennomført som en revisjon ved 9 utvalgte helseforetak fordelt mellom alle helseregionene. Helseforetakene er valgt ut av internrevisjonene i de fire helseregionene etter innspill fra Helsedirektoratet.

Det er utarbeidet egne rapporter for de helseforetak som inngikk i del 2 av revisjonen. I tillegg er det utarbeidet en hovedrapport for hele revisjonen.

Tabell 1-1: Helseforetak der det er foretatt revisjon som Del 2 av prosjektet

Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt RHF	Helse Nord RHF
Akershus Universitetssykehus HF	Helse Bergen HF	St. Olavs Hospital HF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Sykehuset Telemark HF	Helse Fonna HF	Helse Nord-Trøndelag HF	Helgelandssykehuset HF
Sykehuset Østfold HF			

For en mer detaljert gjennomgang av metodene brukt i prosjektet henviser vi til vedlegg 2.

2.4.1 Nasjonal elektronisk spørreundersøkelse

Et utvalg av ansatte ved Helse Nord-Trøndelag HF mottok 11. mars invitasjon til deltakelse i den nasjonale spørreundersøkelsen av medisinsk kodepraksis med svarfrist 27. mars. Utvalget ble plukket fra en liste over ansatte med oppgaver knyttet til medisinsk koding, fremskaffet av kontaktpersoner ved helseforetaket. Deltakerne i spørreundersøkelsen besvarte spørsmål tilpasset deres stillingsnivå og rolle i forhold til medisinsk koding. Utvalget er delt inn i tre grupper avhengig av stillingsnivå:

Tabell 1-2: Beskrivelse av gruppene i utvalget for spørreundersøkelsen

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

Ut fra tabell1-3 nedenfor fremgår det at svarprosenten for Helse Nord-Trøndelag HF er 35 %. Dette er noe under landsgjennomsnittet på 41 %. En hovedårsak til den lave svarprosenten tenkes å være at det har vært for mange ansatte på listene, hvorav en viss andel ikke har stillinger knyttet til medisinsk koding. Denne vurderingen er gjort på grunnlag av tilbakemeldinger mottatt mens undersøkelsen var aktiv. Svarantallet er tilstrekkelig stort for å vise tendenser og trekke konklusjoner, men under analyse av besvarelsene må det tas hensyn til at gjennomsnittstallene kan avvike noe (+/- 11 %) fra de reelle resultatene.

Tabell 1-3: Populasjon, utvalg og svarprosent for Helse Nord-Trøndelag HF

	Populasjon	Utvalg	Antall svar	Svarprosent i forhold til utvalget
Totalt for Helse Nord-Trøndelag HF	423	423	146	35 %
Gruppe 1	295	295	108	37 %
Gruppe 2	108	108	25	23 %
Gruppe 3	20	20	13	65 %

2.4.2 Revisjonsbesøk ved Helse Nord-Trøndelag HF

Det ble gjennomført revisjonsbesøk over to dager ved Helse Nord-Trøndelag HF, 30. og 31. mai 2011. I løpet av de to dagene ble det gjennomført et arbeidsmøte med kartlegging av kodeprosessen i helseforetaket v/Sykehuset Levanger, gruppeintervjuer med personell i stillingsnivåer fra LIS-leger til kliniksjefer og en avslutningssamtale med administrerende direktør Arne Flaatt. Fra alle møtene ble det skrevet referat.

Arbeidsmøtet ble avholdt med nøkkelpersonell innen kodearbeidet. Et generelt prosesskart ble brukt som utgangspunkt. Dette ble tilpasset lokale variasjoner ved helseforetaket. Videre ble det kartlagt prosesser, rutiner, verktøy og systemer i bruk gjennom prosessen samt risikofaktorer som kan medføre feilaktig koding. Prosesskartet for Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger er beskrevet i figur 2-1 i kapittel 3.1.4.

Gruppeintervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i en intervjuguide som besto av forhåndsdefinerte spørsmål tilpasset hver stillingskategori, men det ble ved behov også stilt spørsmål som ikke inngikk i intervjuguiden. De forhåndsdefinerte spørsmålene er utarbeidet for å sikre helhet og sammenlikningsgrunnlag på tvers av stillingsnivåer og helseforetak.

2.4.3 Dokumentanalyse

I forbindelse med revisjonen ble det forespurt dokumentasjon av prosesser og rutiner ved helseforetaket (liste over forespurte dokumenter i vedlegg 4). Dokumentasjonen ble gjennomgått og danner sammen med resultatene fra spørreundersøkelsen, arbeidsmøtet og intervjuene grunnlaget for diskusjoner og vurderinger i denne rapporten.

3 Resultater og vurderinger

3.1 Beskrivelse av medisinsk kodepraksis ved Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger

I kapittel 3.1.4 er prosessen for medisinsk koding ved Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger illustrert ved et prosesskart. Der det er relevant vil vi referere til dette prosesskartet i våre vurderinger og analyser.

Den øverste banen i prosesskartet viser pasient-/informasjonsflyt og kodesetting. Banene nedenfor viser verktøy og systemer som benyttes i kodearbeidet. Nederst har vi beskrevet risikofaktorer knyttet til medisinsk koding ved sykehuset som ble identifisert i arbeidsmøte. Det varierer noe på tvers av divisjoner/avdelinger hvordan dette gjennomføres.

3.1.1 Mottak og innleggelse/poliklinikk

Prosessflyten starter med intern eller ekstern henvisning av pasient. Pasienten vil deretter enten bli henvist videre til vurdering på sykehuset, eller avvist/sendt tilbake til fastlege/henvisende lege. Dersom pasienten henvises til videre behandling på sykehuset er dette snakk om enten en innleggelse eller henvisning til poliklinisk behandling. Øyeblikkelig hjelp-pasienter legges direkte inn, ellers sendes hjem etter poliklinisk behandling.

3.1.2 Behandling, diagnostikk og kodesetting

Pasienten vil etter mottakelse på poliklinikk bli undersøkt og diagnostisert. Det er behandlende lege som setter kode for pasienten første gang på et eget kodeskjema som pasienten selv leverer til felles ekspedisjon for registrering.

Ved utskrivelse etter innleggelse dikterer lege epikrise og setter koder for oppholdet. I medisinske enheter i foretaket blir talegjenkjenning i stor grad brukt for å utarbeide epikrise og legge inn prosedyrekoder. Epikrisen som legges inn gjennom talegjenkjenningen blir ikke lest av helsesekretærene/DRG-sekretærene. Det er den sekretæren som har etterarbeidet for gjeldende epikrise som har ansvar for å legge inn de kodene i det pasientadministrative systemet "HIS-90" som legene har lest inn i talegjenkjenningssystemet.

Ved kirurgisk klinikk legges prosedyrekodene for operasjonene normalt inn i systemet umiddelbart etter operasjonen.

Ved medisinsk klinikk går alle epikriser (inkludert medisinske koder) som er utarbeidet av turnusleger og LIS-leger til overlege for kontroll og kontrasignering. Vanlig praksis er at overlege gir tilbakemelding til disse ved eventuell feilkoding.

Ved kirurgisk klinikk kontrasignes epikriser utarbeidet av turnusleger og LIS-leger så lenge ansvarlig overlege mener det er nødvendig.

Vårt inntrykk fra arbeidsmøtet er at læringssløyfen innen koding for turnuslegene og LIS-legene ved kirurgisk klinikk ikke var like godt etablert som ved medisinsk klinikk..

3.1.3 Kodekontroll på enhetsnivå og sentralt nivå

Kirurgisk klinikk, medisinsk klinikk og barne- og familieklinikken har egne DRG- sekretærer som går gjennom epikriser. Ved kirurgisk klinikk er praksis at DRG- sekretærene leser gjennom epikriser. DRG-sekretærene gir imidlertid ikke tilbakemelding til aktuell overlege ved eventuell feilkoding. DRG-sekretæren tilhørende medisin gir ved feilkoding både tilbakemelding til lege som har satt kodene og aktuell avdelingsoverlege. DRG-sekretærene retter ikke koder før de får klarsignal fra aktuell avdelingsoverlege, med unntak av helt åpenbare mangler.

I forbindelse med tertialoppgjør koder DRG-enheten opphold som ikke er kodet. For å redusere risikoen for feil informerer DRG-enheten deretter den aktuelle lege om hvilke endringer som er foretatt, slik at vedkommende får anledning til å gi tilbakemelding på kodene som er satt. DRG-sekretær har avtale med avdelingsoverlege om denne løsningen.

Det gjennomføres ukentlige sentrale nøkkeltallsanalyser hver mandag for å kontrollere kodekvaliteten. Det kontrolleres blant annet for manglende koding (DRG 470). DRG-enheten gjennomfører også benchmark av Helse Nord-Trøndelag HF sin kodepraksis opp mot andre sykehus i regionen ved hjelp av anonymiserte NPR- data.

3.1.4 Risikofaktorer som ble identifisert i prosessen

Gjennom prosesskartleggingen ble det identifisert flere forhold som innebærer risiko for feilkoding.

- Felles ekspedisjon på poliklinikken innebærer at sekretærene mottar og behandler kodeskjema for alle avdelinger. Tidligere tilhørte sekretærene en bestemt avdeling og gikk kun gjennom kodeskjemaer for den avdelingen de selv tilhørte. Dagens ordning innebærer at sekretærene ikke har samme spesialkompetanse som tidligere. Risikoen for at sekretærene legger inn feil medisinske koder er derfor større enn da sekretærene tilhørte bestemte avdelinger.
- Ved medisinsk klinikk bruker det medisinske personellet i stor grad talegjenkjenning for å utarbeide epikriser. Dette verktøyet oppleves ikke som tilstrekkelig nøyaktig. De vi intervjuet som har erfaring i bruk av systemet oppga at verktøyet ofte oppfatter ord feil. Risikoen er at disse feilene ikke oppdages av den som leser inn epikrisene med tilhørende medisinske koder, og at uriktige medisinske koder legges inn i det pasientadministrative systemet "HIS-90".
- En annen risiko ved talegjenkjenningen er at bruk av dette systemet innebærer at sekretærene ikke lenger skriver epikrisene, og følgelig ikke heller kontrollerer kodingen opp mot innholdet i epikrisen.
- Ved kirurgisk klinikk er det ikke etablert praksis blant overlegene om å gi LIS-legene/assistenlegene tilbakemelding på eventuell feilkoding.
- Ved kirurgisk klinikk gir DRG-sekretærene ikke tilbakemelding til avdelingsoverlegene om eventuell feilkoding som oppdages.

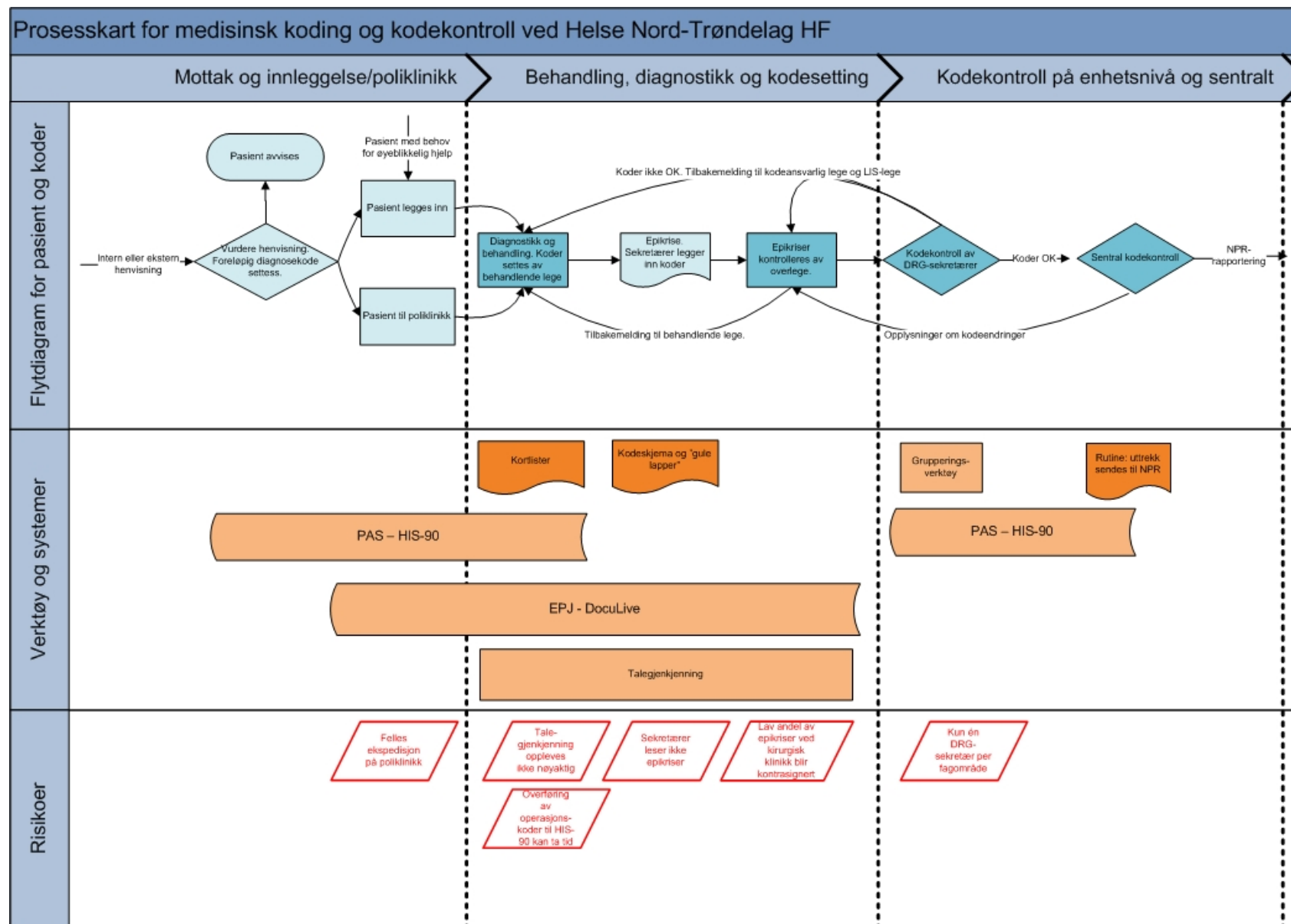
- Det er kun en DRG-sekretær per fagområde (kirurgi, medisin og barn og familie). Ved sykdom og øvrig fravær er det derfor risiko for utilstrekkelig kontroll av den medisinske kodingen. Ved lengre fravær gjennomfører de andre DRG-sekretærene deler av kontrollarbeidet til vedkommende som er fraværende.
- Operasjonskoder skal automatisk overføres til HIS-90 når de er godkjent av lege og sykepleier. Denne godkjenningen kan imidlertid i enkelte tilfeller ta tid, noe som innebærer risiko for at operasjonskodene ikke er tilgjengelige når epikrisen utarbeides.

Det er risiko for manglende registrering av intensivdiagnoser og intensivopphold. Intensivregistrering skjer på eget skjema av anestesilege. Dette skjema kommer av og til noe sent. I noen epikriser nevnes ikke intensivopphold til tross for at de finnes. Det er en manuell overføring av koder fra intensivskjema til PAS-systemet.

I tillegg ønsker vi å trekke fram to øvrige forhold som ikke er relatert til risiko for feilkoding, men som av vesentlighetsgrunner likevel bør omtales.

- I tilfeller hvor diagnoser endres etter at epikrisen er utarbeidet blir det laget et notat som legges ved epikrisen. Dersom pasienten i slike tilfeller flytter eller av andre grunner får medisinsk hjelp ved et annet helseforetak, er det ikke etablert rutiner som sikrer at notatet alltid oversendes sammen med epikrisen. Dette skjer ikke ofte, men kan tenkes å få alvorlige konsekvenser i gitte situasjoner.
- De ukentlige sentrale kodekontrollene kjøres hver søndag. Av denne grunn vil medisin, som har mange helgeinnleggelser som ikke blir lagt inn i HIS-90 i løpet av helgen, stå oppført med en rekke DRG 470 koder (som er koden for manglende opplysninger), når rapporten fra den sentrale kontrollen er klar hver mandag. Dette innebærer at DRG-sekretærene må bruke unødig mye tid på å følge opp disse manglende kodene, som normalt blir lagt inn i løpet av mandag/tirsdag.

Figur 2-1: Prosesskart for koding og kodekontroll ved Helse Nord-Trøndelag HF



3.2 Styrings- og kontrollmiljø

3.2.1 Roller, ansvar og organisering

Overordnet ansvar for kvaliteten i medisinsk koding ligger hos administrerende direktør. Klinikksjefene har et overordnet ansvar for kontroll innen egne klinikker, og avdelingslederne har tilsvarende ansvar innen egen avdeling.

Som beskrevet i kapittel 3.1 ovenfor har avdelingsoverleger/overleger ansvar for kontroll av LIS-legenes epikriser, inklusiv kodesetting.

De avdelingsoverlegene som ble intervjuet oppfatter egen rolle knyttet til medisinsk koding som klart definert. I tillegg til ansvar for å sette koder og skrive epikrise på de pasienter som de skriver ut, ble det opplyst at avdelingsoverlegene i tillegg har ansvar for å kvalitetssikre kodene som underordnede leger setter, gjennom kontrasignering.

DRG-sekretærene som er intervjuet gir uttrykk for at de oppfatter sin rolle knyttet til koding som klart definert. De oppfatter sin rolle som å gå gjennom alle epikriser, og gi tilbakemelding på eventuell feilkoding til relevant medisinsk personell.

Leder for DRG-enheten har et overordnet ansvar for å kvalitetssikre den medisinske kodingen i foretaket.

Se for øvrig kapittel 3.1 ovenfor.

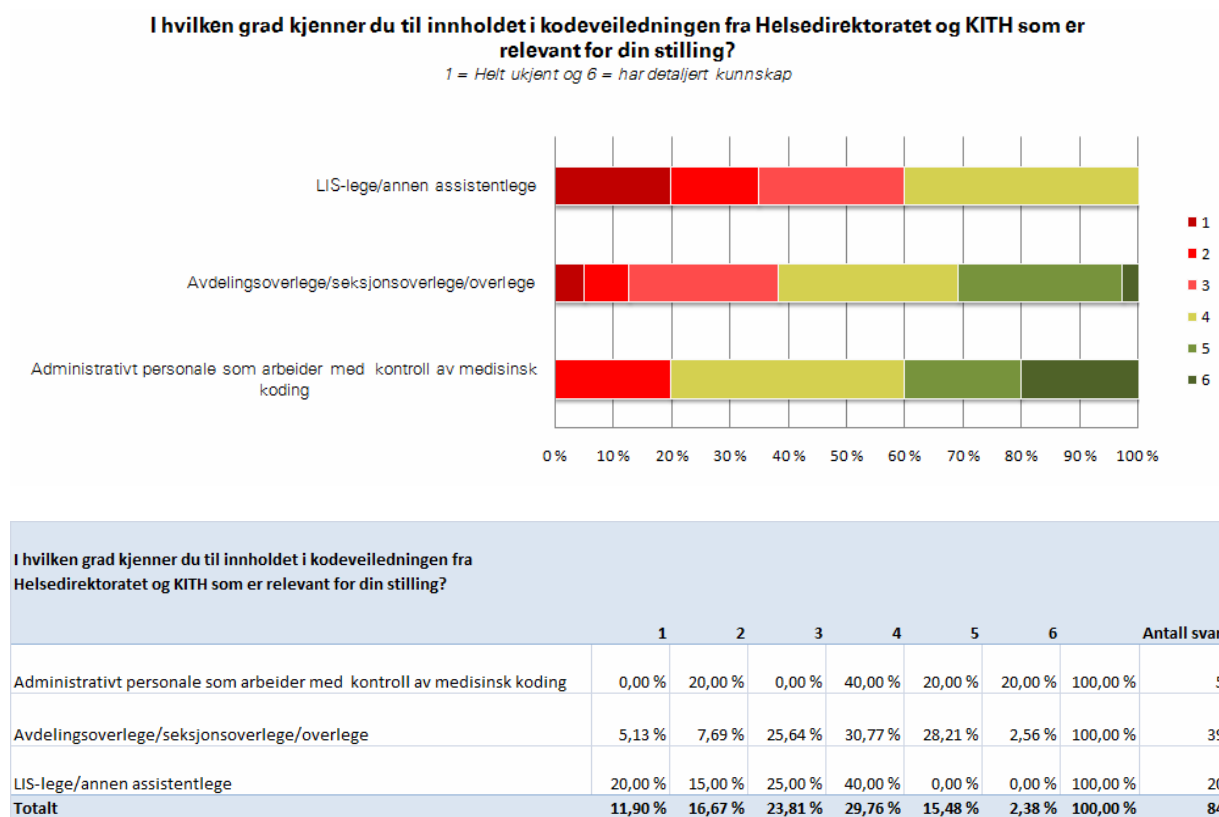
3.2.2 Opplæring og krav til kompetanse

Kjennskap til kodeveiledningen fra Helsedirektoratet/KITH

Kodeveiledningen fra Helsedirektoratet/KITH er sentral kilde til opplysninger om riktig medisinsk koding. Derfor er alle deltakere i spørreundersøkelsen spurt om i hvilken grad de har kjennskap til det innholdet i veilederen som er relevant for deres stilling. Det er også stilt spørsmål om kjennskap til veilederen i intervjuene.

Spørreundersøkelsen viser at 62 % av LIS- legene som selv setter koder oppgir å ha under middels kjennskap (skår 1-3) til de deler av kodeveiledningen som er relevant for deres stilling. Blant avdelingsoverleger/seksjonsoverleger/overleger er den tilsvarende andelen 35 %.

Figur 2-2 - Kjennskap til kodeveiledningen - Helse Nord-Trøndelag HF



Det nasjonale resultatet for kjennskap til kodeveiledningen er til sammenlikning 63 % (skår 3 eller lavere) for LIS-leger som koder og 41 % for avdelingsoverleger/seksjonsoverleger/overleger.

De ansatte ble også spurt om egen kjennskap til innholdet i regelverket for finansieringsordningen innsatsstyrt finansiering som er relevant for deres stilling. I likhet med kjennskapen til KITH-veilederen var den oppgitte kjennskapen til dette regelverket relativt lav for de overnevnte gruppene.

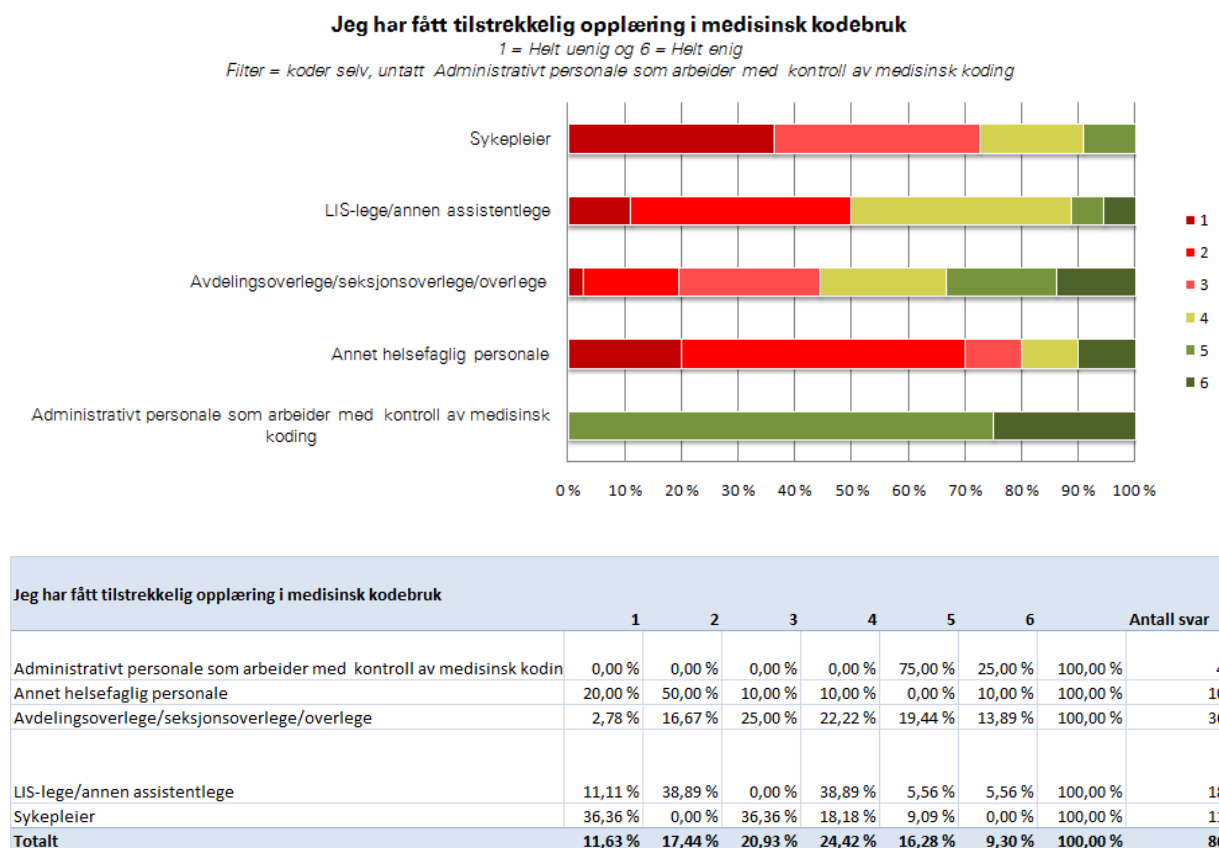
Intervjuene av LIS- leger og avdelingsoverleger understøtter funnene fra spørreundersøkelsen og indikerer at det er liten kjennskap til KITH-veilederen og regelverket for ISF-ordningen blant disse gruppene.

Opplæring

Det gjennomføres introduksjonskurs i medisinsk koding for turnusleger. I tillegg har vi fått opplyst at leder for DRG-enheten har undervist i de fleste klinikker i helseforetaket om temaet. Dette er bekreftet av de vi har intervjuet. I tillegg er vi blitt informert om at enkelte leger og sekretærer har deltatt på nasjonale kurs. Den vanligste formen er imidlertid opplæring etter "mester - svenn" prinsippet. Det stilles ikke konkrete opplærings- eller kompetansekrav innen medisinsk koding til medisinsk og administrativt ansatte i helseforetaket.

Spørreundersøkelsen viser at en høy andel blant det medisinske personalet gir uttrykk for at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk, se figur 2-3.

Figur 2-3 - Opplæring i medisinsk kodebruk - Helse Nord-Trøndelag HF



En relativt høy andel blant legene (35 % blant LIS-legene og 50 % av avdelingsoverlegene/seksjonsoverlegene/overlegene) svarer også at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring i IT-systemet som brukes til koding (skår 3 eller lavere). Den tilsvarende nasjonale andelen er henholdsvis 59 % og 51 %.

Alle grupper som er intervjuet gir uttrykk for at det er behov for å heve kompetansen på medisinsk koding hos legene og at det bør gjennomføres mer opplæring på alle nivåer.

3.2.3 Praktisk gjennomføring og prosess for koding

Formidling av krav til koding

Ansatte på ledernivå gir tydelig uttrykk for at det kommuniseres klart at fokus er på korrekt medisinsk koding og at dette er det som formidles til de ansatte i foretaket. Gjennom intervjuene av ansatte på lavere nivåer kom det fram at de oppfatter at ledelsens budskap er at det skal kodes *medisinsk* korrekt, og at økonomiske forhold ikke skal vektlegges særskilt.

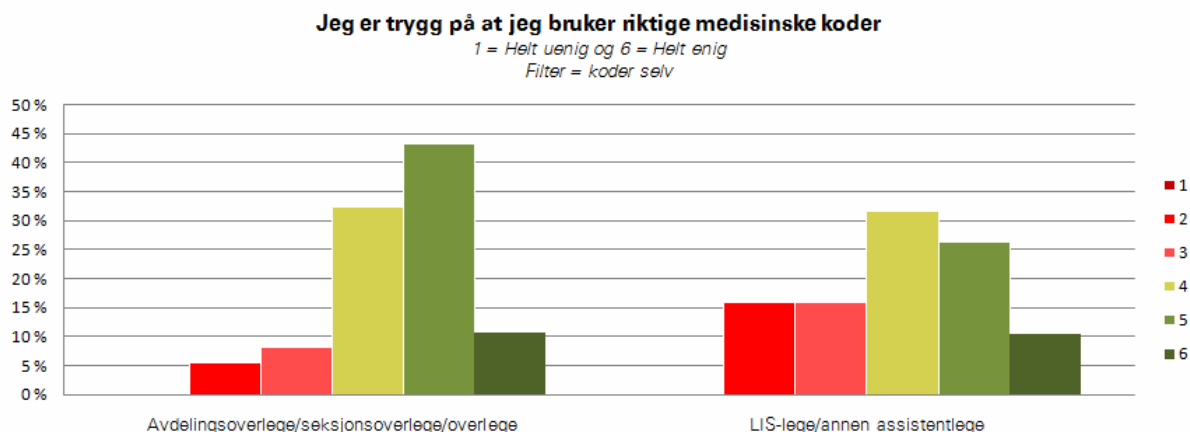
Resultatene fra spørreundersøkelsen støtter opp om dette. 56 % av de ansatte svarer at de opplever at egen HF- ledelse tydelig kommuniserer at det skal kodes medisinsk korrekt (skår 4-6), mens 27 % gir ikke uttrykk for dette (skår 1-3) at (de øvrige respondentene svarte "vet ikke").

De ansatte ble også stilt det samme spørsmålet om egen avdelingsledelse, og tendensen her er enda litt tydeligere: 65 % svarer at de opplever at egen avdelingsledelse tydelig kommuniserer at det skal kodes medisinsk korrekt, mens 12 % gir ikke uttrykk for dette (de øvrige respondentene svarte "vet ikke").

Opplevd trygghet ved koding

Når det gjelder trygghet for at man selv setter riktige koder er tall for Helse Nord-Trøndelag relativt likt landsgjennomsnittet. 54 % av avdelingsoverlegene/seksjonsoverlegene/overlegene som koder gir uttrykk for at de er trygge på at de koder riktig (dvs. oppgir skår 5 eller 6), mens bare 37 % av LIS-legene/assistentlegene som koder gir uttrykk for det samme.

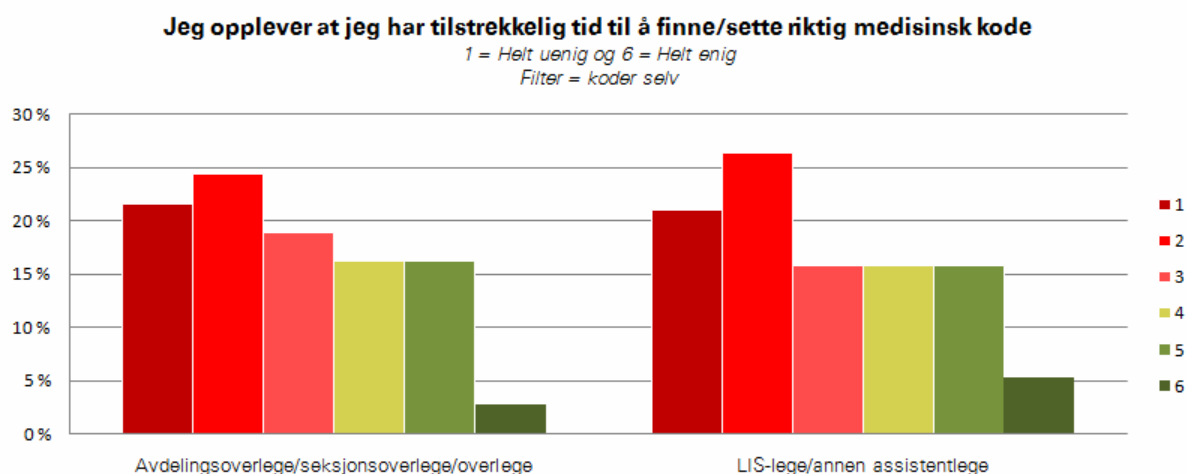
Figur 2-4 - Trygghet ved koding



Tid til koding

Et klart flertall blant koderne gir uttrykk for at de ikke har tilstrekkelig tid til å sette koder (65 prosent blant avdelingsoverleger/seksjonsoverleger/overleger og 63 prosent blant LIS-leger). Intervjuene bekrefter også dette.

Figur 2-5 - Tid til koding



Bevisst feilkoding og valg av alternative behandlingsformer for å øke refusjonsbeløpet

De ansatte ble også spurt om de det siste året har fått kjennskap til at ansatte eller ledere i eget HF med overlegg har benyttet gal medisinsk kode for å øke refusjonsbeløpet. De ble også spurt om de kjenner til at det er valgt en annen behandling i eget HF enn det som er medisinsk optimalt for å øke refusjonsbeløpet.

Kun én av totalt 146 respondenter oppga å ha kjennskap til bevisst bruk av gal medisinsk kode for å øke refusjonsbeløpet, og ingen oppga å ha kjennskap til at det er valgt en annen behandling enn det som er optimalt for å øke refusjonsbeløpet.

3.2.4 Samlet vurdering av styrings- og kontrollmiljø

Vårt inntrykk er at ansvar, roller og organisering er etablert på en hensiktsmessig måte og at dette fungerer godt.

De ansatte med oppgaver innen medisinsk koding gir i spørreundersøkelsen uttrykk for at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring på området. Samtlige intervjugrupper gir også uttrykk for det samme. Dette kan etter vårt syn representere en risiko for feilkoding. Det samme gjelder for manglende tid til koding og uttryggghet på at de koder riktig.

I intervjuene ble det uttrykt misnøye med talegjenkjenningssystemet som brukes til å utarbeide epikriser. Det kan være flere årsaker til at dette systemet ikke fungerer som forutsatt. Støyende omgivelser, utilstrekkelig tilpasning til systemet av den enkelte bruker og svakheter i selve systemet kan være mulige forklaringsfaktorer. Hva årsaken er bør etter vår vurdering undersøkes nærmere før eventuelle forbedringstiltak iverksettes.

Samlet sett tyder vårt datamateriale fra spørreundersøkelsen og gjennomførte intervjuer på at de ansatte, inklusiv ledelsen er opptatt av å kode medisinsk korrekt. Våre funn fra spørreundersøkelsen kan dessuten tyde på at det i liten grad er kultur for bevisst feilkoding eller valg av annen behandling for å øke refusjonsbeløpet.

Totalt sett er vår vurdering innenfor styrings- og kontrollmiljø at det likevel er forhold som bør forbedres. Det er særlig opplæringen innen medisinsk koding, både av administrativt og medisinsk personell som bør styrkes. Se kapittel 4 for konkrete anbefalinger.

3.3 Målsettinger for medisinsk kodepraksis og risikovurderinger

3.3.1 Beskrivelse

Følgende problemstillinger inngår:

- Har foretakene fastsatt målsettinger for arbeidet med medisinsk koding?
- Gjennomfører foretakene risikovurderinger på området?

I forkant av revisjonsbesøket ved Helse Nord-Trøndelag HF ble det oversendt en liste over ønsket dokumentasjon.

Helseforetaket har definert aktivitetsmål for produksjon av DRG-poeng for somatisk virksomhet, som det rapporteres på månedlig, jf. styringsdokument for 2011. Utover dette har vi ikke mottatt dokumentasjon på at foretaket har konkrete målsettinger for kodearbeidet.

Vi har heller ikke fått dokumentasjon på at det er gjennomført risikovurderinger på området.

3.3.2 Samlet vurdering målsettinger og risikovurderinger

At det ikke er gjennomført risikovurderinger av medisinsk kodepraksis ved foretaket, kan innebære at ikke alle vesentlige risikoer på området identifiseres, og at det derfor heller ikke iverksettes nødvendige kontrolltiltak og øvrige tilpasninger for å redusere risikoen for bevisst og ubevisst feilkoding.

Vår samlede vurdering av området mål- og risikovurderinger er at det er forhold som bør forbedres. Dette gjelder spesielt for området risikovurderinger. For konkrete anbefalinger se kapittel 4.

3.4 Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis

3.4.1 Arbeidsrutiner

Det er utarbeidet flere rutiner/prosedyrer knyttet til medisinsk koding. Vi har mottatt følgende interne prosedyrer:

- Overordnet rutine for diagnosekoding for sykehuset Levanger, som gjelder for alle avdelinger og poliklinikker ved sykehuset, som kort beskriver roller og arbeidsoppgaver
- Overordnet prosedyre for kontroll av kodekvalitet ved innleggelser og poliklinikk for Sykehuset Levanger, hvor roller og ansvar er beskrevet

- Prosedyre for sekretærer ved skrive-tjenesten Levanger, hvor deres oppgaver knyttet til medisinsk koding er beskrevet.
- Prosedyrer for skrive-tjenesten i HNT, hvor deres oppgaver knyttet til koding er beskrevet
- Rutine for intensivregistrering ved helseforetaket, som blant annet beskriver hvem som har ansvar for å sette koder og hvordan kodingen skal foregå
- Prosedyre for utarbeiding av epikrise på kir./ort. avd. Namsos, som inkluderer en beskrivelse av sekretærenes ansvar knyttet til medisinsk koding
- Prosedyre vedrørende med. legetjeneste ved observasjonspost for sykehuset Levanger
- Prosedyre for bruk av nøkkeltall for kodekvalitet i NIMES VIS

Som oversikten ovenfor viser er det i liten grad utarbeidet retningslinjer på foretaksnivå. De etablerte retningslinjene er med to unntak avgrenset til det enkelte sykehus. For Sykehuset Levanger er det utarbeidet overordnet rutiner for medisinsk koding, rutiner på klinikknivå, og det er utarbeidet rutiner for kontroll av koding. For Sykehuset Namsos er det derimot i liten grad utarbeidet rutiner for medisinsk koding.

Imidlertid synes grunnleggende roller, oppgaver og kontrolltiltak å være definert i retningslinjene, og de samsvarer med hvordan praksis er beskrevet i intervjuene og arbeidsmøte.

I de mottatte retningslinjene er det videre gitt krav til leger, ledere og personale med dedikerte roller og fagansvar for koding, inkludert kodesekretærene. Det fremgår av retningslinjene at leger skal kode medisinsk korrekt og i tråd med ICD 10, gjeldene prosedyrekodeverk og ISF-regelverket.

Ut fra intervjuene og arbeidsmøtet virker de overnevnte retningslinjene ikke å være kjent for klinikkssjefer, avdelingssjefer eller LIS- legene. Inntrykket er at retningslinjene er lite kjent for andre enn personer med dedikerte roller og ansvar for kvalitetssikring av koding. Spørreundersøkelsen underbygger dette. Bare 5 % svarte ja på spørsmål om det er utarbeidet en sykehusomfattende instruks for medisinsk koding som definerer roller, ansvar og oppgaver.

I tillegg til rutinene er det i stor grad utarbeidet kortlister ved enkelte avdelinger for å bistå behandlende lege med valg av diagnosekoder og prosedyrekoder. Disse listene er ikke oversendt prosjektteamet fra helseforetaket, men det ble nevnt under intervjuene at kortlistene var til stor hjelp.

3.4.2 Nøkkelkontroller knyttet til kodearbeidet

I forbindelse med tertialoppgjør koder DRG-enheten opphold som ikke er kodet. For å redusere risikoen for feil informerer DRG-enheten deretter den aktuelle lege om hvilke endringer som er foretatt, slik at vedkommende får anledning til å gi tilbakemelding på den foretatte kodingen.

Det er etablert flere nivåer av kontroller med kodingen. Det første nivået er at alle epikriser fra LIS- leger kontrolleres for innhold og koding av en overlege før kontrasignering. Ved kirurgisk klinikk er det imidlertid epikriser utarbeidet av turnusleger og LIS-leger med opptil ett års erfaring som blir kontrollert.

På felles ekspedisjon for poliklinikken går sekretærene gjennom alle kodeskjemaer for alle avdelinger som beskrevet i kapittel 3.1.

Det andre kontrollnivået er at DRG- sekretærer innen kirurgisk klinikk, medisinsk klinikk og barne- og familieklinikken som går gjennom alle epikriser, og gir tilbakemelding som beskrevet i kapittel 3.1.

Tredje kontrollnivå består i at DRG- enheten hver mandag gjennomfører ukentlige kodekontroller. Det kontrolleres særlig for manglende koding.

Et fjerde kontrollnivå er at DRG- enheten koder opphold som ikke er kodet i forbindelse med tertialoppgjør. For å redusere risikoen for feil informerer DRG- enheten deretter den aktuelle lege om hvilke endringer som er foretatt, slik at vedkommende får anledning til å gi tilbakemelding på den foretatte kodingen.

DRG-enheten gjennomfører også benchmark av Helse Nord-Trøndelag HF kodepraksis opp mot andre sykehus i regionen ved hjelp av anonymiserte NPR- data.

Se for øvrig kapittel 3.1 for en nærmere beskrivelse av kodeprosessen og tilhørende kontroller.

3.4.3 Samlet vurdering av tiltak for å ha styring og kontroll med medisinsk kodepraksis

Vårt inntrykk er at roller og ansvar for koding og kontroll av koding er etablert i Sykehuset Levanger, og at de rutiner som er utarbeidet beskriver gjeldende praksis. Imidlertid er det i liten grad utarbeidet rutiner for Sykehuset Namsos. Bortsett fra felles rutine for skrivejenesten og for bruk av nøkkeltall, er det ikke rutiner knyttet til koding som dekker hele foretaket.

I prosesskartleggingen ble det imidlertid avdekket enkelte risikoområder ved den praksis og rutiner Sykehuset Levanger har for å sikre god kontroll med medisinsk kodepraksis, se kapittel 3.1.

Vår samlede vurdering av styrings- og kontrollmiljøet er at det er forhold som bør forbedres. Se kapittel 4 for konkrete anbefalinger.

3.5 Oppfølging av medisinsk kodepraksis

Med oppfølging av medisinsk kodepraksis menes her:

- Lederes og andres oppfølging av kodepraksis på enhetsnivå (avdelinger og klinikker)
- Sentral oppfølging av kodepraksis
- Å melde fra om alvorlige brudd på koderegelverket

3.5.1 Prosedyrer for oppfølging

Oppfølgingen av kodepraksis med DRG-sekretærer som foretar nøkkeltallsanalyser og skrivejenestens kontroller er nedfelt i mottatte prosedyrer. I disse prosedyrene er det også angitt hvordan tilbakemelding om eventuell feilkoding til aktuell overlege skal foregå.

Det er ikke utarbeidet rutiner for DRG-sekretærenes epikrisegjennomgang, og heller ikke for overlegenes praksis om å gjennomgå LIS- legenes koding.

Det er utarbeidet rutiner for skrive-tjenesten, og i disse rutinene fremkommer det at en av skrive-tjenestens oppgaver er å følge opp at riktig diagnose blir satt på epikriser.

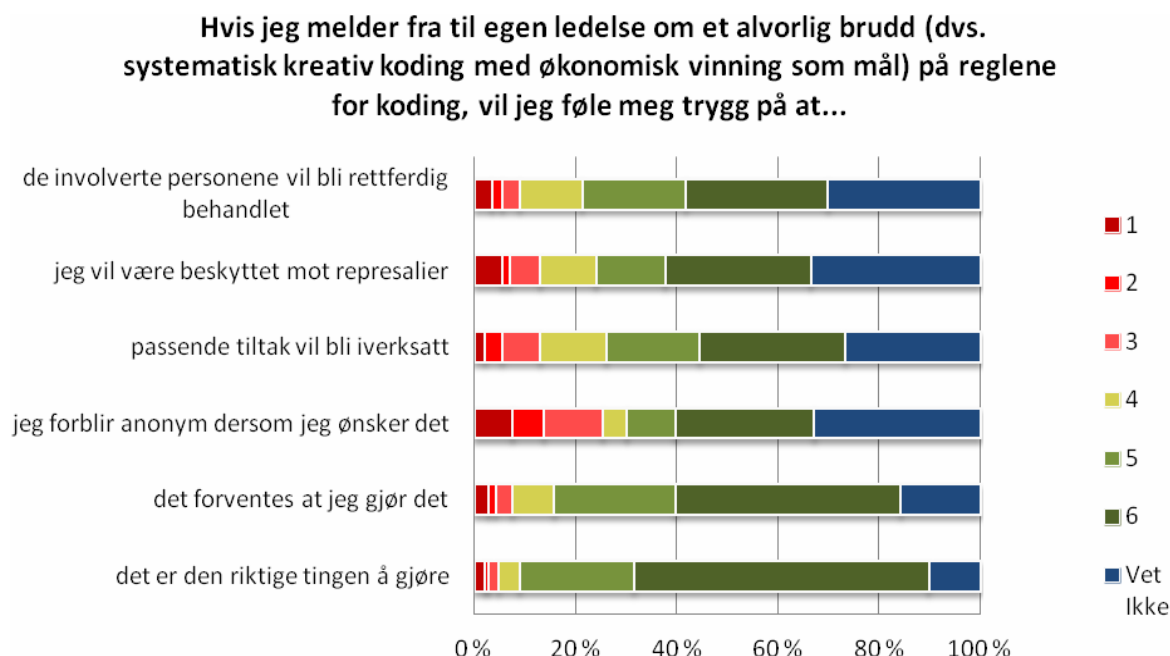
3.5.2 Oppfølging i praksis

Praksis for oppfølging av det medisinske kodearbeidet er beskrevet i kapittel 3.1.

Opplevd trygghet ved varsling av kritikkverdige forhold

Spørreundersøkelsen viser at 82 % av de ansatte oppgir at de ville ha meldt fra ved kjennskap til eller sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF. 15 % oppgir at de ikke vet hva de ville ha gjort mens kun 3 % oppgir at de ikke ville meldt fra.

Figur 2-6 - Opplevd trygghet ved varsling



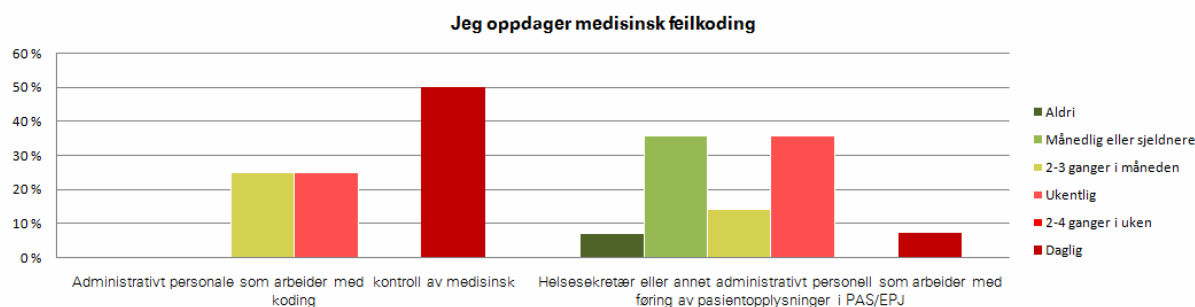
For å kartlegge de ansattes opplevde trygghet og holdning til det å eventuelt melde fra om systematisk kreativ koding med økonomisk vinning som mål, har vi stilt seks spørsmål om dette temaet. Figur 2-6 viser at de aller fleste oppgir at de opplever at dette er den riktige tingen å gjøre og at det forventes at det gjør det. Derimot er det en relativt høy andel som er usikre på om de forblir anonyme dersom de skulle varsle om slike forhold, om passende tiltak vil bli iverksatt, om de vil være beskyttet mot represalier, og om de involverte personene vil bli rettferdig behandlet.

Avdekking av feilkoding blant administrativt personale

I spørreundersøkelsen ble administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding og helsesekretærer og annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ, spurt om de oppdager feilkoding i forbindelse med sine kontroller/gjennomganger. Figur 2-7 nedenfor viser at 2 av totalt 4 i den førstnevnte gruppen oppgir at de daglig oppdager feilkoding, og at blant personale som arbeider med føring av pasientopplysninger oppdages feilkoding sjeldnere. En

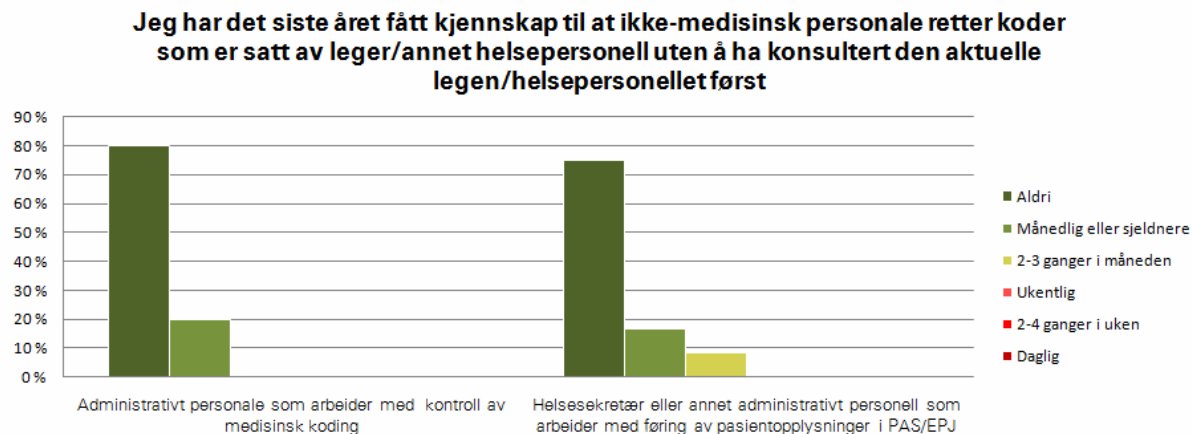
årsak til at relativt få i sistnevnte gruppe ofte oppdager feilkoding, kan trolig forklares med at denne gruppen i praksis ikke lenger har kontroll av koding som en av sine arbeidsoppgaver.

Figur 2-7 - Frekvens av oppdaget medisinsk feilkoding



Figur 2-8 nedenfor viser at få blant det administrative personalet oppgir at de kjenner til at ikke-medisinsk personale retter koder som er satt av leger/annet helsepersonell uten å ha konsultert den aktuelle legen/helsepersonellet først. Fire personer oppgir imidlertid at dette forekommer.

Figur 2-8 - Kjennskap til retting av medisinske koder uten konsultasjon av helsepersonell



DRG-konsulentene oppgir i intervjuene at de retter åpenbare skrivefeil og rutinemessige mangler uten å konferere med lege. Ved alle betydelige forhold kontaktes kodeansvarlig lege.

3.5.3 Frittstående evalueringer av kodepraksis

Vi er ikke gjort kjent med at det er gjennomført frittstående evalueringer av kodepraksis ved Helse Nord-Trøndelag HF. Det er imidlertid foretatt en intern revisjon av kodekvalitet og DRG-poeng i kirurgisk klinikk, Sykehuset Namsos i 2010. Den interne revisjonen er utarbeidet av Kvalitetsavdelingen i Helse Nord-Trøndelag HF. Oppdragsgiver var administrerende direktør for helseforetaket. De ble avdekket 3 avvik i rapporten:

- Det var ikke dokumentert at det i klinikken har vært gjennomført opplæring i kodearbeid av nyansatte eller ansatte med noen års erfaring
- Klinikken kan heller ikke dokumentere at de systematisk evaluerer de ulike sidene av kodearbeidet
- Det formidles viktig informasjon om koding på legemøter, men det er ikke noe system for å sikre at dette blir dokumentert, og sikre at denne informasjonen blir tilgjengelig for de som ikke er tilstede.

I tillegg ble det observert at "Klinikken har generelt sparsomt med prosedyrer som beskriver ansvarsforhold, opplæring og saksgang vedrørende kodingsarbeidet".

3.5.4 Samlet vurdering av oppfølging av medisinsk kodepraksis

Etter vår vurdering er det god oppfølgingspraksis av kodearbeidet på sykehuset. Alle epikriser gjennomgås av DRG-sekretærene og det gis tilbakemelding på feilkoding til overlege. Denne praksisen er i samsvar med mottatt prosedyre.

Imidlertid er det ikke utarbeidet rutiner for overlegers kontroll og tilbakemelding på turnuslegenes og LIS-legenes epikriser. I praksis gjennomføres dette på en hensiktsmessig måte ved medisinsk klinikk. Ved kirurgisk klinikk synes det ikke å være en etablert praksis på å gi turnuslegene og LIS-legene tilbakemelding på eget kodearbeid. Ved kirurgisk klinikk mottar heller ikke ansvarlige leger tilbakemelding på eventuell feilkoding av DRG-sekretærene. Dermed blir ikke de som eventuelt feilkoder informert om egne feil, noe som innebærer høy sannsynlighet for at vedkommende vil fortsette å begå samme feil.

Når det gjelder sekretærene ved skrive-tjenesten, er det ikke samsvar mellom praksis og retningslinjene for sekretærene ved skrive-tjenesten, da disse sekretærene ikke lenger kontrollerer epikrisene opp mot foretatt koding. At denne gruppen ikke lenger foretar disse kontrollene, kan innebære økt risiko for at feilkoding ikke oppdages.

Spørreundersøkelsen viser at et klart flertall av de ansatte oppgir at de ville ha meldt fra ved kjennskap til eller sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF. Svarene kan også tyde på at det er relativt mange som ikke er trygge på at den som eventuelt melder fra om slike forhold, og heller ikke at de involverte, vil bli behandlet på en forsvarlig måte. Dette kan innebære økt risiko for at denne typen kritikkverdige forhold ikke blir meldt fra om dersom de inntreffer.

Vår vurdering er at oppfølging og kontroll med medisinsk kodepraksis bør forbedres. Se kapittel 4 for anbefalinger.

4 Konklusjon og anbefalinger

Samlet sett tyder vårt datamateriale fra spørreundersøkelsen og gjennomførte intervjuer på et sunt styrings- og kontrollmiljø i helseforetaket. Våre funn tyder klart på at de ansatte, inklusiv ledelsen er opptatt av å kode medisinsk korrekt, og at det ikke er kultur for bevisst feilkoding eller valg av annen behandling for å øke refusjonsbeløpet. Videre tyder våre funn på at ansvar, roller og organisering av kodepraksis er organisert på en hensiktsmessig måte på Sykehuset Levanger.

Våre funn tyder imidlertid på at det er flere sider ved dagens praksis og rutiner som ikke i tilstrekkelig grad sikrer korrekt medisinsk koding. Dette gjelder særlig ved Sykehuset Levanger som er det sykehuset i foretaket vi har best datagrunnlag for å vurdere.

Den største risikoen er trolig at det ikke gjennomføres tilstrekkelig opplæring innen medisinsk koding av leger og administrativt personell. Våre funn tyder dessuten på at opplæringen i tilhørende IT-systemer ikke er tilstrekkelig. I tillegg oppgir en høy andel kodere at de har liten tid til å kode, noe som ytterligere øker risikoen for feilkoding.

Ved kirurgisk klinikk i foretaket er det ikke etablert praksis for å gi tilbakemelding til turnus- og LIS-leger på feilkoding. Det er heller ikke etablert rutiner i helseforetakene for hvordan turnus- og LIS-leger skal få tilbakemelding på feilkoding.

Ved kirurgisk klinikk gis det heller ikke tilbakemelding om eventuell feilkoding fra DRG-sekretærene til ansvarlig lege.

Etter at det ble innført sentral skrivetjeneste kontrollerer ikke lenger sekretærene om den medisinske kodingen stemmer med innholdet i epikrisene.

Innføringen av talegjennomgang for å lese inn epikriser ved medisinsk klinikk innebærer at sekretærene ikke lenger kontrollerer epikrise opp mot koding. Det synes også å være misnøye med dette systemet blant de som koder, fordi det ikke vurderes som tilstrekkelig presist.

Innføringen av felles ekspedisjon på poliklinikken øker risikoen for feilkoding, fordi sekretærene, i motsetning til tidligere, må vurdere kodeskjemaer på alle fagområder.

I tillegg vil vi trekke fram to forhold som ikke innebærer risiko for feilkoding, men som likevel bør omtales fordi de innebærer henholdsvis medisinsk risiko og risiko for unødig ressursbruk.

- I tilfeller hvor diagnoser endres etter at epikrisen er utarbeidet blir det laget et notat som legges ved epikrisen. Dersom pasienten i slike tilfeller flytter eller av andre grunner får medisinsk hjelp ved et annet helseforetak, er det ikke etablert rutiner som sikrer at notatet alltid oversendes sammen med epikrisen.
- Fordi de sentrale nøkkeltallsanalysene kjøres hver søndag, må DRG-sekretærene bruke unødig mye tid på å følge opp manglende koding.

Vi har følgende anbefalinger:

- Det bør gjennomføres obligatorisk opplæring i medisinsk koding for alle nye leger. Dette kan gjøres som en del av introduksjonsprogram for nyansatte, evt. som e-læring. Bruk av IT-systemene bør inngå i opplæringen. Opplæringen bør inkludere logikken bak og begrunnelsen for medisinsk koding. Dette gjelder både den medisinske og økonomiske funksjonen systemet har.
- Helse Nord-Trøndelag bør styrke opplæring for øvrige grupper av medisinsk personell og av relevant administrativt personell. Det bør vurderes om det bør utvikles et helhetlig opplæringsprogram for medisinsk koding tilpasset de ulike gruppenes behov.
- LIS-leger ved kirurgisk klinikk bør få tilbakemelding på eventuell feilkoding.
- Ansvarlige leger ved kirurgisk klinikk bør få tilbakemelding på eventuell feilkoding som oppdages av DRG-sekretærene.
- Det bør fremgå i foretakets rutiner hvordan LIS-leger skal få tilbakemelding på eget kodearbeid, særlig feilkoding.
- Det bør gjennomføres en formell metodisk risikovurdering av prosessen for koding. Denne risikovurderingen bør oppdateres ved vesentlige endringer i rutiner eller systemer.
- Det bør utarbeides rutiner for DRG-sekretærenes epikrisegjennomgang, og for overlegenes praksis om å gjennomgå LIS-legenes koding. I disse rutinene bør ansvar, roller og oppgaver være tydeliggjort, og det bør fremgå hvordan tilbakemeldinger på eventuell feilkoding skal foregå.
- For å sikre lik og hensiktsmessig praksis mellom Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger, bør det så langt det er hensiktsmessig utarbeides felles rutiner for medisinsk koding.
- Det bør kartlegges hva årsaken(e) til problemene med talegjennkjenningssystemet er, og deretter bør egnede forbedringstiltak vurderes
- For i større grad å sikre at de ansatte tør å melde fra om eventuell bevisst feilkoding eller andre kritikkverdige forhold, bør det vurderes om eksisterende melderutiner sikrer tilstrekkelig vern om den som melder fra om slike forhold. Det bør også vurderes å gjennomføre interne informasjonstiltak for å skape større trygghet blant de ansatte for å melde fra om kritikkverdige forhold.

5 Vedlegg

5.1 Vedlegg 1 – Mandatets temaområder og problemstillinger

<i>Temaområde fra mandatet</i>	<i>Besvares i kapittel</i>
1. Styrings- og kontrollmiljø	2.2
Hvor ligger <i>ansvaret</i> for den medisinske kodingen og hvordan er arbeidet <i>organisert</i> ?	2.2.1
Hvilke <i>krav</i> stilles til ledere, klinikere og annet personell som har ansvar for kodearbeidet?	2.2.3, 2.2.1 og 2.2.2
Hvordan <i>formuleres, kommuniseres og forankres</i> kravene i foretakene, herunder hvordan oppfattes <i>kodingens formål</i> av ledere, klinikere og annet personell som arbeider med koding?	2.2.3
Hvilke prinsipper legges til grunn ved <i>eventuell konflikt</i> mellom "det medisinske" og "det økonomiske" aspektet ved kodingen?	2.2.3
Hvilke krav til <i>kompetanse</i> stilles til personell som utfører medisinsk koding og hvilken <i>opplæring</i> gis til disse?	2.2.2
2. Målsettinger for medisinsk kodepraksis og risikovurderinger	2.3
Har foretakene fastsatt målsettinger for arbeidet med medisinsk koding?	2.3.1
Gjennomfører foretakene risikovurderinger på området?	2.3.1

3. Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis	2.4
Er det etablert <i>arbeidsrutiner</i> som definerer roller, ansvar og oppgaver i arbeidet med medisinsk koding? I hvilken grad er arbeidsrutinene <i>hensiktsmessige</i> og <i>dekkende</i> , herunder hvordan dokumenteres vurderinger/beslutninger om kodeendringer i EPJ/PAS?	2.4.1
Hvilke <i>nøkkeltroller</i> er etablert for å gi rimelig sikkerhet for at kodingen gjennomføres i tråd med gjeldende regelverk?	2.4.2 og 2.1
4. Oppfølging av medisinsk kodepraksis	2.5
Har foretakene etablert prosedyrer for å følge opp medisinsk kodepraksis?	2.5.1
Er prosedyrene en integrert del av foretakenes systemer for oppfølging og rapportering?	2.5.2 og 2.1
Gjennomfører foretakene frittstående evalueringer/revisjoner av kodepraksis?	2.5.3
Hvordan håndterer foretakene evt. avvik innenfor medisinsk kodepraksis?	2.1, 2.5.1 og 2.5.2

5.2 Vedlegg 2 – Prosess og metode

Revisjonen er gjennomført i to deler. Del 1 av revisjonen er en nasjonal elektronisk spørreundersøkelse. Del 2 er gjennomført som en revisjon ved 9 utvalgte helseforetak fordelt mellom alle helseregionene. Helseforetakene er valgt ut av internrevisjonene i de fire helseregionene etter innspill fra Helsedirektoratet.

Det er utarbeidet egne rapporter for de helseforetak som inngikk i del 2 av revisjonen. I tillegg er det utarbeidet en hovedrapport for hele revisjonen.

Tabell 4-1: Helseforetak der det er foretatt revisjoner som Del 2 av revisjonsprosjektet

Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF
Akershus Universitetssykehus HF	Helse Bergen HF	St. Olavs Hospital HF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Sykehuset Telemark HF	Helse Fonna HF	Helse Nord-Trøndelag HF	Helgelandssykehuset HF
Sykehuset Østfold HF			

Metode for spørreundersøkelse

Utarbeidelse av spørsmålsliste

Spørreundersøkelsen er utarbeidet for å kartlegge de ansattes holdninger til medisinsk kodepraksis ved alle helseforetakene i Norge. KPMGs egenutviklede verktøy Etikkbarometeret er benyttet som utgangspunkt for utforming av spørreundersøkelsen. Etikkbarometeret er et godt utprøvd og svært fleksibelt verktøy og har vært i bruk for kartlegging av holdninger i offentlig virksomheter tidligere.

I samarbeid med internrevisjonene ved de regionale helseforetakene er Etikkbarometeret blitt tilpasset problemstillingene som søkes besvart i mandatet. Det har vært engasjert medisinsk kompetanse for å kvalitetssikre spørsmålsformuleringer opp mot helsepersonell. I tillegg er spørreundersøkelsen kvalitetssikret spørreundersøkelsesteknisk av representanter fra Questback.

Etter utarbeidelse av utkast til spørreundersøkelse ble det gjennomført en pilotundersøkelse. Pilotundersøkelsen ble sendt til et utvalg på 29 personer av representanter fra internrevisjonene, Helsedirektoratet og leger. Tilbakemeldingene ble innarbeidet i undersøkelsen og godkjent av prosjektteamet før ferdigstilling.

Utvalg

Målgruppen for spørreundersøkelsen er delt inn i tre grupper:

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

Det ble valgt ut en populasjon ved å innhente lister over ansatte i målgruppen fra hvert enkelt HF. Det er kontaktpersoner ved helseforetakene som har valgt ut populasjonen. Da populasjonen er svært stor ble det plukket ut et utvalg fra populasjonen ved hjelp av statistiske og spørreundersøkelsesfaglige metoder. Utvalget ble plukket slik at det er representativt på tvers av populasjonsgruppene ved hvert

HF og slik at det er tilstrekkelig stort for å oppnå ønsket nøyaktighet i svarene ved en relativt lav svarprosent.

Tabell 4-2: Populasjon, utvalg og svarprosent for den nasjonale spørreundersøkelsen

	Populasjon	Utvalg	Antall svar	Svarprosent
Totalt	16279	8989	3653	40,6 %
Gruppe 1	11962	5511	2141	38,8 %
Gruppe 2	3488	2676	1058	39,5 %
Gruppe 3	829	802	451	56,2 %

Ut fra Tabell 4-2 fremgår det at svarprosenten er 40,6 %. Dette er lavere enn forventet, men så vidt høyere enn 40% som var svarprosenten som ble antatt da utvalget ble plukket. En hovedårsak til den lave svarprosenten tenkes å være at det har vært for mange ansatte på listene, hvorav en stor andel ikke har stillinger knyttet til medisinsk koding. Denne vurderingen er gjort på grunnlag av tilbakemeldinger mottatt mens undersøkelsen var aktiv. Svarantallet er tilstrekkelig stort for å vise tendenser og trekke konklusjoner, men under analyse av besvarelsene må det tas hensyn til at gjennomsnittstallene kan avvike noe fra det reelle gjennomsnittet.

Gjennomføring

Informasjon om spørreundersøkelsen ble lagt ut på intranettene ved alle helseforetakene og invitasjoner med link til spørreundersøkelsen ble sendt per e-post til alle personer i utvalget.

Invitasjonen ble sendt onsdag 27. mars med svarfrist onsdag 11. mai. Det ble sendt påminnelser på e-post ved jevne mellomrom for å sikre høyest mulig svarprosent. En representant fra KPMG var tilgjengelig under hele tiden spørreundersøkelsen var aktiv for å besvare henvendelser per e-post og telefon.

Metode for revisjoner

Revisjonsbesøk i helseforetakene har blitt gjennomført med to dagers varighet ved hvert foretak i perioden 19.mai – 21.juni 2011. Fra prosjektgruppen har det deltatt en representant fra internrevisjonen ved det respektive RHF, Sturla Rising fra Exonor samt en ressurs fra KPMG.

I løpet av de to dagene ble det gjennomført en prosesskartleggingsworkshop, fem gruppeintervjuer og en samtale med administrerende direktør og/eller fagdirektør ved helseforetaket. Fra alle møtene ble det skrevet referat som er brukt som utgangspunkt for diskusjonene i rapportene.

I forkant av besøkene ble det sendt en forespørsel om dokumentasjon av prosesser og rutiner. Dokumentasjonen ble gjennomgått og ble brukt til å tilpasse møteplanene i forkant av besøket samt analysert slik beskrevet nedenfor.

Metode for dokumentanalyse

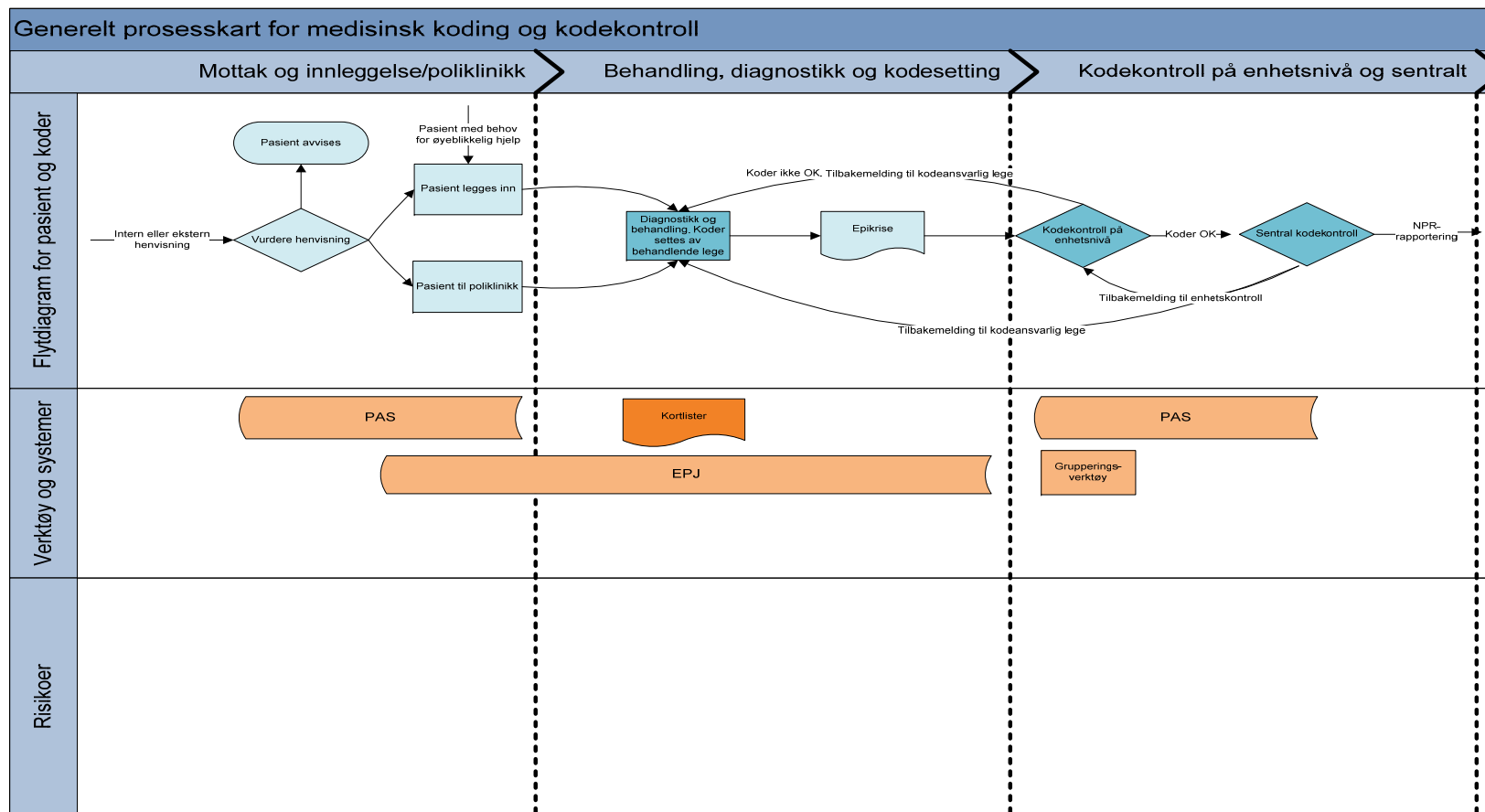
Dokumentene ble gjennomgått og analysert ved hjelp av en mal for dokumentanalyse. Denne ble brukt for å sikre lik analyse og sammenliknbarhet på tvers av helseforetakene. Analysen legger hovedvekt på eksistens av rutiner og dokumentasjon på gjennomført opplæring og kontroll. Kvaliteten av dokumentene er også vurdert.

Utvalg

Deltakere fra helseforetaket i revisjonen er plukket av kontaktpersoner ved helseforetaket med utgangspunkt i liste utarbeidet av KPMG. Utvalget er bestemt for å belyse problemstillingene i mandatet sett fra flere sider ved å intervju ansatte på ulike stillingsnivåer.

Prosesskartlegging/prosessverifikasjon

For å kartlegge kodeprosessen ved helseforetaket er det utarbeidet et overordnet og generalisert prosesskart som beskriver flyten for kodesetting fra det mottas en henvisning til kodene rapporteres til NPR (Figur 4-1). Dette prosesskartet ble brukt som utgangspunkt i workshopene og tilpasset til lokale variasjoner ved helseforetaket. Videre i workshopene ble det kartlagt prosesser, rutiner, verktøy og systemer i bruk gjennom prosessen samt risikofaktorer som kan medføre feilaktig koding.



Figur 4-1 – Generelt prosesskart for medisinsk koding og kodekontroll

Dybdeintervjuer

Dybdeintervjuene ble gjennomført som gruppeintervjuer på opptil én time med de forskjellige gruppene beskrevet i avsnittet om utvalg. For å sikre god medisinsk forståelse og kommunikasjon ble disse møtene ledet av Sturla Rising, med bistand fra ressursene fra KPMG og internrevisjonene. Intervjuene tok utgangspunkt i en intervjuguide utarbeidet med grunnlag i mandatet. Intervjuguiden er tilpasset de ulike stillingsnivåene og ytterligere justert på grunnlag av informasjon kartlagt gjennom dokumentanalyse og prosesskartleggingsworkshopen. En semi-strukturert tilnærming er lagt til grunn, det vil si at hovedvekten ligger på spørsmålene i intervjuguiden, men det tillates at respondentene avviker fra spørsmålene, noe som kan føre til interessante opplysninger og ytterligere funn.

Analyse av intervjuer

I etterkant av intervjuene ble det diskutert internt for å samle inntrykk for skape en felles forståelse før notater ble skrevet inn i en referatmal. Bruk av malen sikrer lik struktur på alle referatene og tillater enkel sammenlikning og entydighet i analysene. Funn fra intervjuene er til slutt sammenliknet på tvers av stillingsnivåene og med resultatene fra spørreundersøkelsen der det var aktuelt.

5.3 Vedlegg 3 – Om Helse Nord-Trøndelag HF

Helse Nord-Trøndelag skal gi tilbud om spesialisthelsetjeneste innen

- akutt behandling
- elektiv (planlagt) behandling
- kronikeromsorg (læring- og mestring)
- rehabilitering og habilitering
- pasienter med sammensatte lidelser
- helsefremmende virksomhet

Helse Nord-Trøndelag er et selvstendig foretak med en administrerende direktør som rapporterer til foretakets styre. Helse Nord-Trøndelag er en del av det regionale foretaket, Helse Midt-Norge RHF.

Foretakets virksomhet foregår hovedsaklig ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos. I tillegg kommer Distriktpsikiatrisk Senter Kolvereid og Distriktpsikiatrisk senter Stjørdal, samt noe desentralisert virksomhet.

Helse Nord-Trøndelags hovedoppgaver er å gi pasientbehandling, drive forskning, undervise helsepersonell og gi opplæring til pasienter og pårørende. Mer spesifikt:

- Diagnostikk, behandling, habilitering, rehabilitering og pleie
- Forskning og utvikling
- Utdanning av helsepersonell
- Opplæring av pasienter og pårørende
- Helsefremmende og forebyggende virksomhet
- Ambulansetjenester
- Syketransport

Basisansvarsområde for Helse Nord-Trøndelag er kommunene i Nord-Trøndelag, samt Bindal i Nordland og Roan og Osen i Sør-Trøndelag. Samtidig skal helseforetaket bidra til et godt tilbud innen spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge.

5.4 Vedlegg 4 – Dokumentforespørsel

Vi har bedt om følgende dokumentasjon/opplysninger:

- Organisasjonskart for helseforetaket og evt. sykehuset.
- En kortfattet overordnet beskrivelse av hvordan arbeidet med medisinsk koding foregår innenfor somatisk virksomhet i helseforetaket hvor følgende opplysninger fremkommer:
 - Beskrivelse av oppgaver og ansvarsforhold i forbindelse med koding, registrering og kontroll av aktivitetsdata
 - Om helsepersonellet koder direkte i PAS/EPJ (eller tilsvarende systemer), eller om utskrivningsskjema/kodeskjema benyttes
 - Hvilke kontroller man har på avdelings-, klinikk-, sykehus og foretaksnivå for å kvalitetssikre kodingen
 - Hvordan feilkoding håndteres på sykehuset/foretaket
- Prosedyrer/interne retningslinjer for medisinsk koding for det enkelte helseforetak og evt. sykehus, herunder:
 - Prosedyrer for praktisk gjennomføring av medisinsk koding
 - Prosedyrer for oppfølging/kontroll av medisinsk koding
 - Prosedyrer for håndtering av avvik (feilkoding)
 - Eksempler på utskrivningsskjemaer/kodeskjemaer og eventuelle sjekklister til bruk i kodeprosessen
 - Opplæringsplaner på området medisinsk koding
 - Prosedyrer for dokumentasjon av gjennomført opplæring på området
- Interne styringsdokumenter for det enkelte helseforetak og evt. sykehus som beskriver roller og ansvar for alt medisinsk og administrativt personell som er involvert i medisinsk koding (for eksempel stillingsinstrukser og lederavtaler).
- Siste års handlingsplaner og/eller virksomhetsplaner for det enkelte helseforetak og evt. sykehus (eller tilsvarende plandokumenter) dersom eventuelle planlagte tiltak knyttet til medisinsk koding framkommer i disse dokumentene.
- Eksempler på månedsrapporter/tertiærplaner fra siste halvår (eller tilsvarende dokumenter) dersom eventuelle gjennomførte tiltak på området medisinsk koding framkommer i disse dokumentene.
- Dokumentasjon på gjennomførte risikovurderinger vedrørende medisinsk koding på HF-, sykehus-, klinikk- og avdelingsnivå de siste to årene.
- Rapporter fra gjennomførte revisjoner, evalueringer eller tilsvarende (eks: Riksrevisjonen, Helsetilsynet, internrevisjonen, forskningsrapporter) på området medisinsk koding de siste to årene.
- Dokumentasjon på gjennomført opplæring innen medisinsk koding (for eksempel introduksjonskurs, e-læringskurs, oppfriskningskurs og annen opplæring innen koding). Vi ber også om eventuelle opplæringsplaner på området.

- DRG-utvalg
 - Oversikt over medlemmer i DRG-utvalg eller tilsvarende utvalg
 - Mandat for DRG-utvalget eller tilsvarende utvalg
 - Referat fra møter i DRG-utvalget eller tilsvarende utvalg fra 2010 til i dag

5.5 Vedlegg 5 – Ytterligere resultater fra spørreundersøkelsen

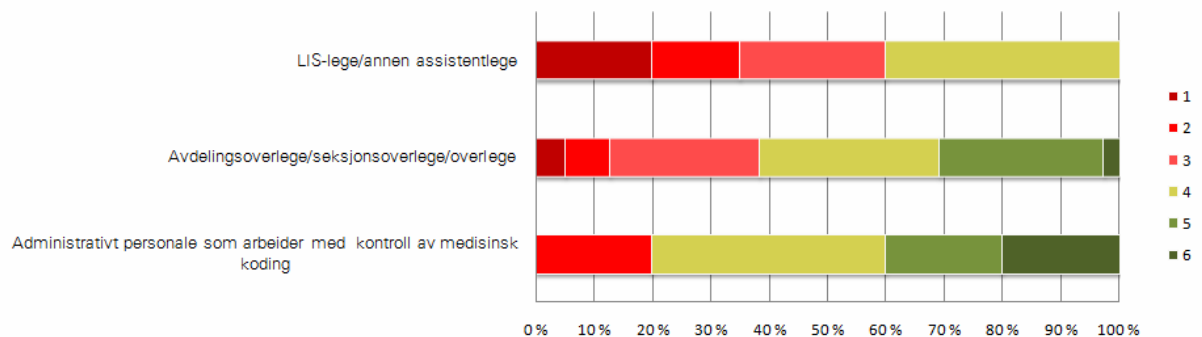
I dette vedlegget har vi lagt inn flere figurer og tabeller med svar fra spørreundersøkelsen. Det er i dette vedlegget ikke brukt noen form for etterbehandling (vekting) av svarene. Dette er gjort i den nasjonale rapporten slik at enkelte tall der kan fremstå som ulike i forhold til tallene som blir presentert i denne rapporten. Forskjellene er imidlertid veldig små og forekommer bare i noen sammenhenger.

5.5.1 Kjennskap til kodeveiledningen

Helse Nord-Trøndelag

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

1 = Helt ukjent og 6 = har detaljert kunnskap

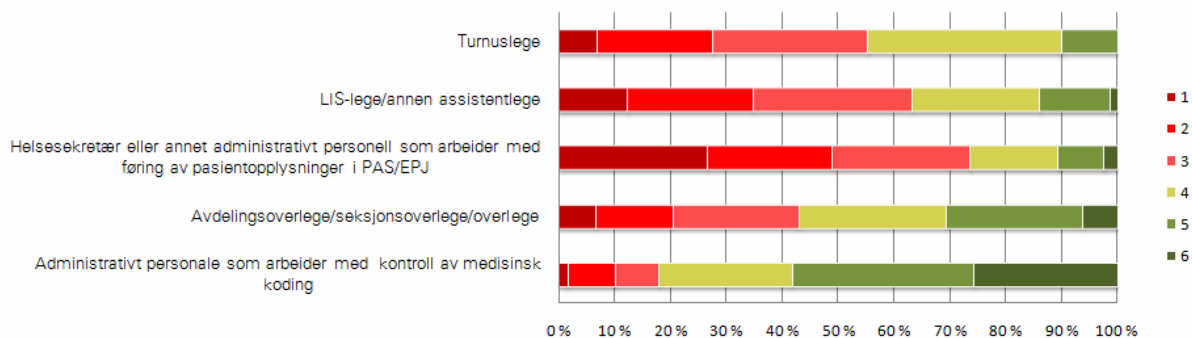


I hvilken grad kjenner du til innholdet i kodeveiledningen fra Helsedirektoratet og KITH som er relevant for din stilling?								
	1	2	3	4	5	6	Antall svar	
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0,00 %	20,00 %	0,00 %	40,00 %	20,00 %	20,00 %	100,00 %	5
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	5,13 %	7,69 %	25,64 %	30,77 %	28,21 %	2,56 %	100,00 %	39
LIS-lege/annen assistentlege	20,00 %	15,00 %	25,00 %	40,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %	20
Totalt	11,90 %	16,67 %	23,81 %	29,76 %	15,48 %	2,38 %	100,00 %	84

Nasjonalt resultat

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

1 = Helt ukjent og 6 = har detaljert kunnskap

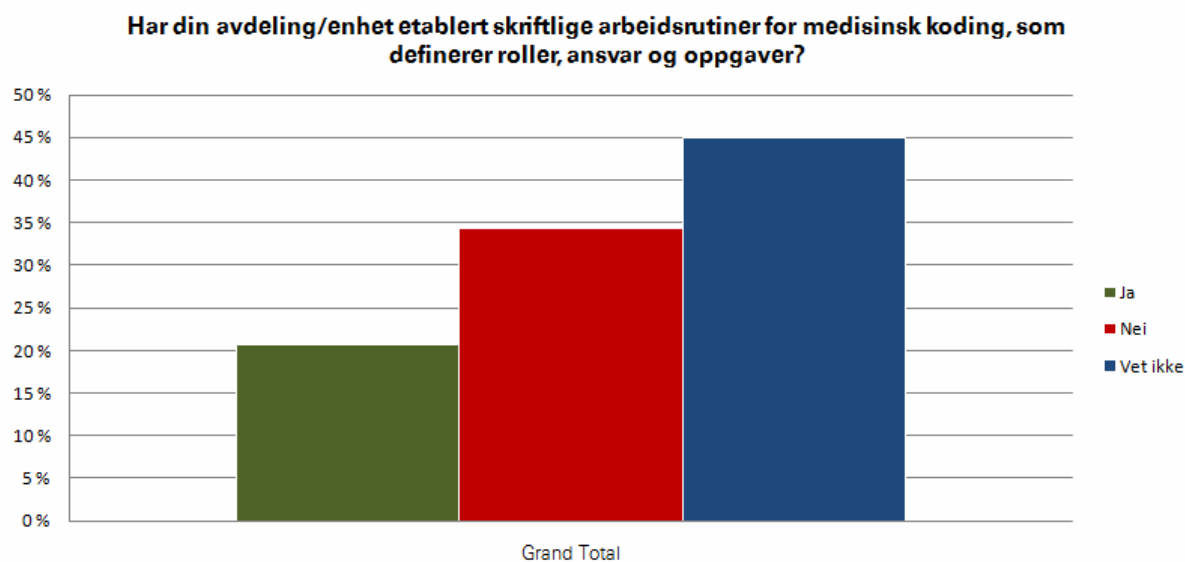


Count of 32: I hvilken grad kjenner du til innholdet i kodeveiledningen fra Helsedirektoratet og KITH som er relevant for din stilling?

Row Labels	Column Labels						Grand Total	Grand Total
	1	2	3	4	5	6		
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	1,71 %	8,55 %	7,69 %	23,93 %	32,48 %	25,64 %	100,00 %	117
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	6,66 %	13,80 %	22,64 %	26,27 %	24,46 %	6,17 %	100,00 %	826
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	26,57 %	22,53 %	24,55 %	15,83 %	8,18 %	2,34 %	100,00 %	941
LIS-lege/annen assistentlege	12,45 %	22,33 %	28,66 %	22,73 %	12,65 %	1,19 %	100,00 %	506
Turnuslege	6,93 %	20,79 %	27,72 %	34,65 %	9,90 %	0,00 %	100,00 %	101
Grand Total	15,13 %	18,87 %	24,09 %	21,84 %	15,70 %	4,38 %	100,00 %	2491

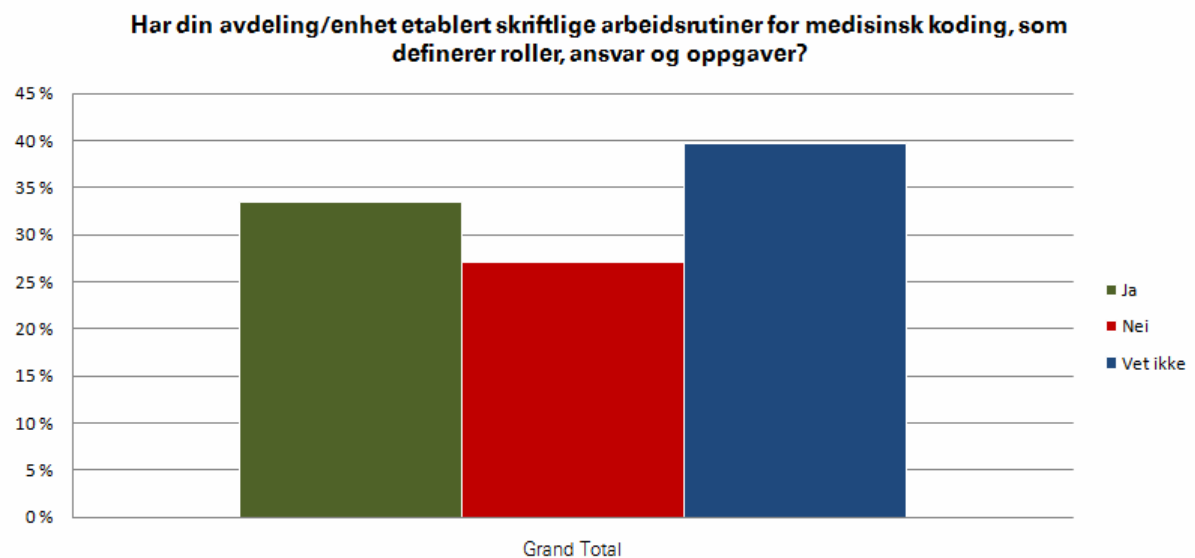
5.5.2 Skriftlige arbeidsrutiner

Helse Nord-Trøndelag



Count of 33: Har din avdeling/enhet etablert skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?					
Row Labels	Column Labels			Grand	Grand
	Ja	Nei	Vet ikke	Total	Total
Grand Total	20,71 %	34,29 %	45,00 %	100,00 %	140

Nasjonalt resultat



Count of 33: Har din avdeling/enhet etablert skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?					
Row Labels	Column Labels			Grand	Grand
	Ja	Nei	Vet ikke	Total	Total
Grand Total	33,38 %	27,02 %	39,60 %	100,00 %	3472

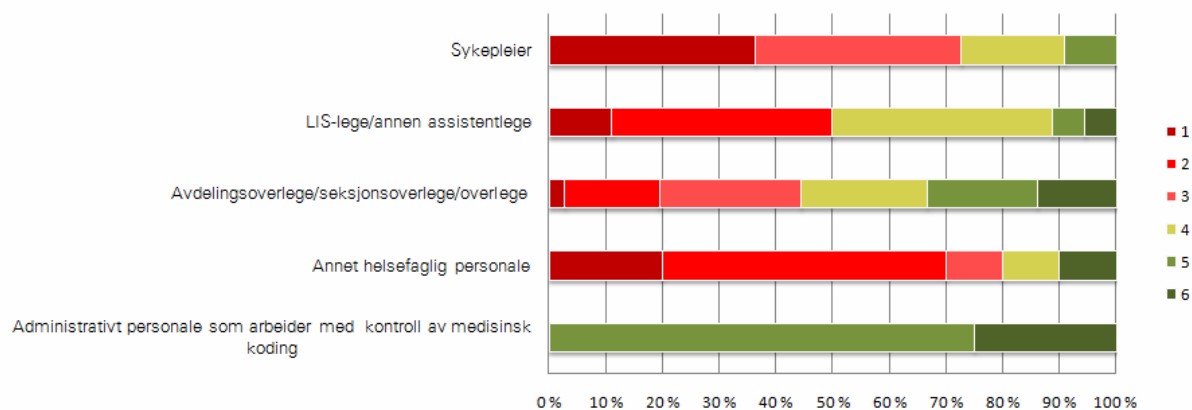
5.5.3 Tilstrekkelig opplæring

Helse Nord-Trøndelag

Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Filter = koder selv, untatt Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding



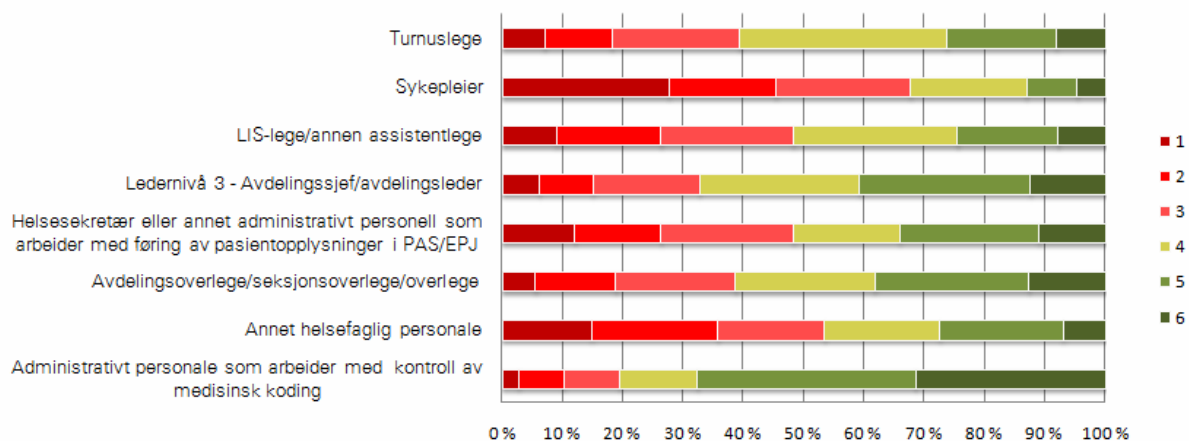
Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk								Antall svar
	1	2	3	4	5	6		
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	75,00 %	25,00 %	100,00 %	4
Annet helsefaglig personale	20,00 %	50,00 %	10,00 %	10,00 %	0,00 %	10,00 %	100,00 %	10
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	2,78 %	16,67 %	25,00 %	22,22 %	19,44 %	13,89 %	100,00 %	36
LIS-lege/annen assistentlege	11,11 %	38,89 %	0,00 %	38,89 %	5,56 %	5,56 %	100,00 %	18
Sykepleier	36,36 %	0,00 %	36,36 %	18,18 %	9,09 %	0,00 %	100,00 %	11
Totalt	11,63 %	17,44 %	20,93 %	24,42 %	16,28 %	9,30 %	100,00 %	86

Nasjonalt resultat

Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Filter = koder selv, untatt kontrollpersonell



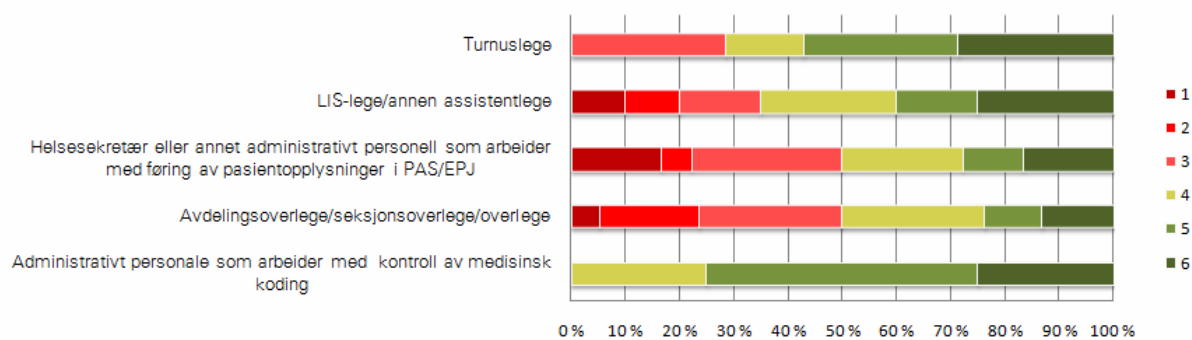
Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk								
Row Labels	Column Labels						Grand Total	Grand Tot
	1	2	3	4	5	6		
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	2,78 %	7,41 %	9,26 %	12,96 %	36,11 %	31,48 %	100,00 %	108
Annet helsefaglig personale	14,88 %	20,93 %	17,67 %	19,07 %	20,47 %	6,98 %	100,00 %	215
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	5,55 %	13,29 %	19,87 %	23,10 %	25,55 %	12,65 %	100,00 %	775
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	12,09 %	14,29 %	21,98 %	17,58 %	23,08 %	10,99 %	100,00 %	91
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	6,19 %	8,85 %	17,70 %	26,55 %	28,32 %	12,39 %	100,00 %	113
LIS-lege/annen assistentlege	9,07 %	17,30 %	21,94 %	27,22 %	16,67 %	7,81 %	100,00 %	474
Sykepleier	27,69 %	17,69 %	22,31 %	19,23 %	8,46 %	4,62 %	100,00 %	130
Turnuslege	7,07 %	11,11 %	21,21 %	34,34 %	18,18 %	8,08 %	100,00 %	99
Grand Total								2005

5.5.4 Tilstrekkelig IT-opplæring

Helse Nord-Trøndelag

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

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

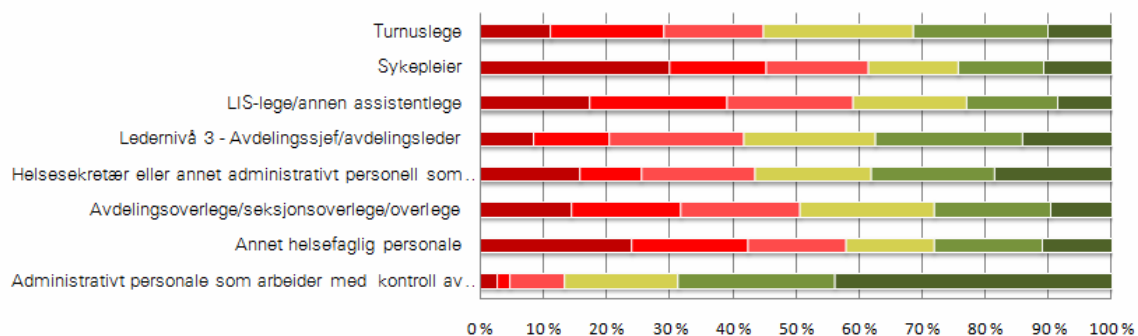


Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i it-systemet (PAS/EPJ/annet) som brukes til koding i min avdeling								
Row Labels	Column Labels						Grand total	Grand Total
	1	2	3	4	5	6		
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0,00 %	0,00 %	0,00 %	25,00 %	50,00 %	25,00 %	100,00 %	4
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	5,26 %	18,42 %	26,32 %	26,32 %	10,53 %	13,16 %	100,00 %	38
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	16,67 %	5,56 %	27,78 %	22,22 %	11,11 %	16,67 %	100,00 %	18
LIS-lege/annen assistentlege	10,00 %	10,00 %	15,00 %	25,00 %	15,00 %	25,00 %	100,00 %	20
Turnuslege	0,00 %	0,00 %	28,57 %	14,29 %	28,57 %	28,57 %	100,00 %	7
Grand Total	8,05 %	11,49 %	22,99 %	24,14 %	14,94 %	18,39 %	100,00 %	87

Nasjonalt resultat

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

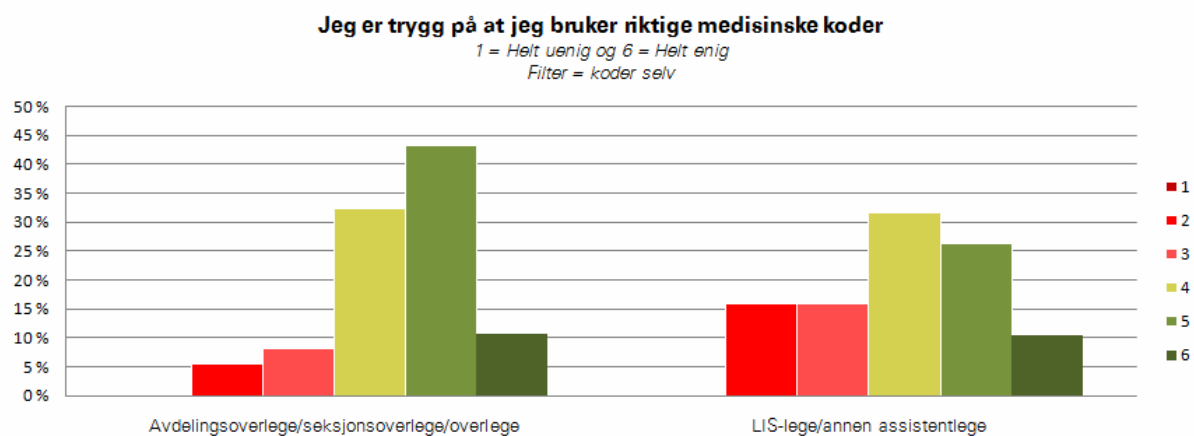
1 = Helt uenig og 6 = Helt enig



Count of 47: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i it-systemet (PAS/EPJ/annet) som brukes til koding i min avdeling								
Row Labels	Column Labels						Grand	Grand
	1	2	3	4	5	6	Total	Total
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	2,86 %	1,90 %	8,57 %	18,10 %	24,76 %	43,81 %	100,00 %	105
Annet helsefaglig personale	24,05 %	18,35 %	15,51 %	13,92 %	17,09 %	11,08 %	100,00 %	316
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	14,47 %	17,37 %	18,82 %	21,32 %	18,29 %	9,74 %	100,00 %	760
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	15,93 %	9,61 %	17,95 %	18,46 %	19,34 %	18,71 %	100,00 %	791
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	8,53 %	11,85 %	21,33 %	20,85 %	23,22 %	14,22 %	100,00 %	211
LIS-lege/annen assistentlege	17,31 %	21,79 %	19,87 %	17,95 %	14,53 %	8,55 %	100,00 %	468
Sykepleier	29,96 %	15,38 %	16,19 %	14,17 %	13,36 %	10,93 %	100,00 %	247
Turnuslege	11,24 %	17,98 %	15,73 %	23,60 %	21,35 %	10,11 %	100,00 %	89
Grand Total	16,67 %	15,03 %	17,91 %	18,58 %	18,11 %	13,69 %	100,00 %	2987

5.5.5 Kodetrygghet

Helse Nord-Trøndelag



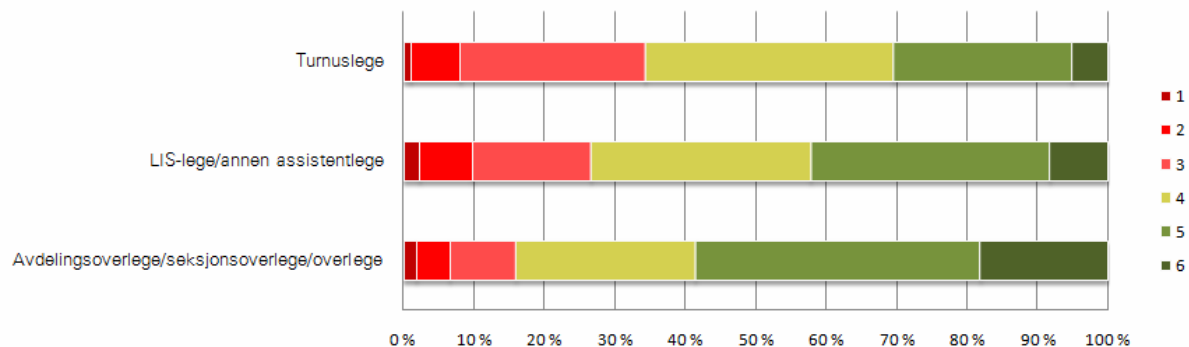
Count of 47: Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder								Column Labels	
Row Labels	1	2	3	4	5	6	Grand Tot	Grand Tot	
Annet helsefaglig personale	20,00 %	0,00 %	10,00 %	50,00 %	0,00 %	20,00 %	100,00 %		10
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	0,00 %	5,41 %	8,11 %	32,43 %	43,24 %	10,81 %	100,00 %		37
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	0,00 %	0,00 %	25,00 %	0,00 %	50,00 %	25,00 %	100,00 %		4
LIS-lege/annen assistentlege	0,00 %	15,79 %	15,79 %	31,58 %	26,32 %	10,53 %	100,00 %		19
Sykepleier	9,09 %	9,09 %	9,09 %	36,36 %	27,27 %	9,09 %	100,00 %		11
Turnuslege	0,00 %	0,00 %	14,29 %	57,14 %	28,57 %	0,00 %	100,00 %		7
Grand Total	3,41 %	6,82 %	11,36 %	35,23 %	31,82 %	11,36 %	100,00 %		88

Nasjonalt resultat

Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

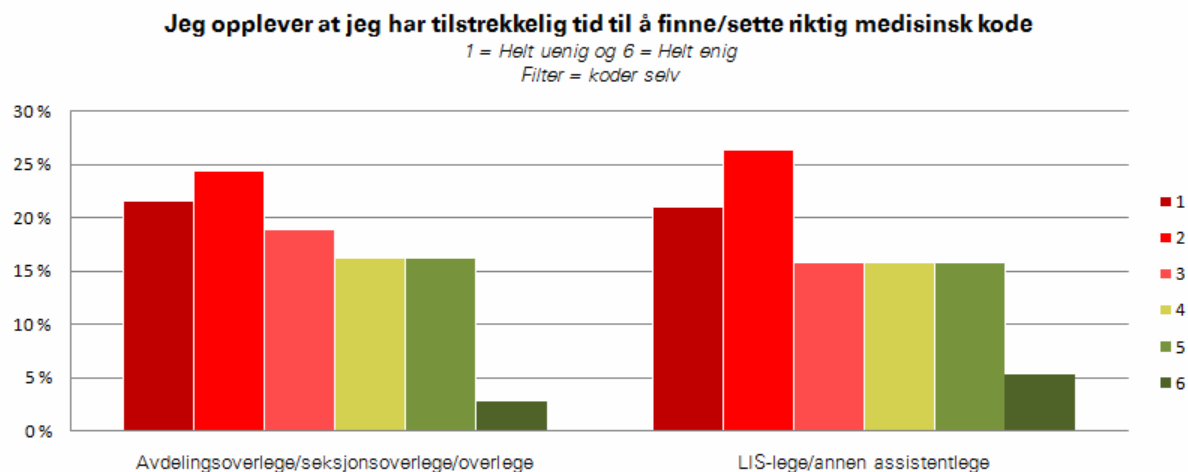
Filter = koder selv



Count of 47: Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder							Column Labels	
Row Labels	1	2	3	4	5	6	Total	Grand Total
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0,00 %	0,00 %	6,25 %	12,50 %	43,75 %	37,50 %	100,00 %	16
Annet helsefaglig personale	7,51 %	13,62 %	15,96 %	23,47 %	26,76 %	12,68 %	100,00 %	213
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	1,80 %	4,76 %	9,40 %	25,48 %	40,54 %	18,02 %	100,00 %	777
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	0,00 %	8,51 %	17,02 %	23,40 %	29,79 %	21,28 %	100,00 %	94
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	2,63 %	1,75 %	6,14 %	22,81 %	46,49 %	20,18 %	100,00 %	114
LIS-lege/annen assistentlege	2,31 %	7,55 %	16,77 %	31,24 %	33,96 %	8,18 %	100,00 %	477
Sykepleier	6,92 %	10,00 %	20,77 %	17,69 %	29,23 %	15,38 %	100,00 %	130
Turnuslege	1,01 %	7,07 %	26,26 %	35,35 %	25,25 %	5,05 %	100,00 %	99
Grand Total	2,81 %	6,88 %	13,75 %	26,30 %	35,68 %	14,58 %	100,00 %	1920

5.5.6 Tid til å kode

Helse Nord-Trøndelag



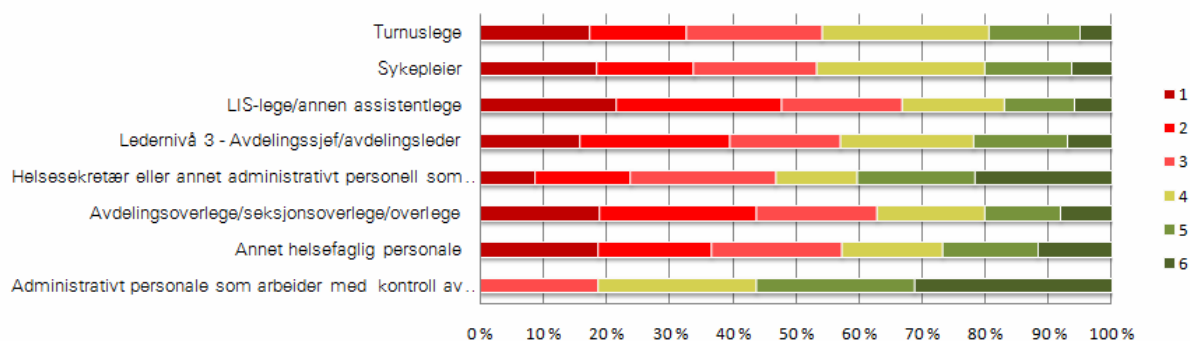
Count of 47: Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig medisinsk kode								
Row Labels	Column Labels						Grand Total	
	1	2	3	4	5	6		
Annet helsefaglig personale	40,00 %	20,00 %	10,00 %	20,00 %	0,00 %	10,00 %	100,00 %	2
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	21,62 %	24,32 %	18,92 %	16,22 %	16,22 %	2,70 %	100,00 %	18
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	0,00 %	75,00 %	0,00 %	0,00 %	25,00 %	0,00 %	100,00 %	57
LIS-lege/annen assistentlege	21,05 %	26,32 %	15,79 %	15,79 %	15,79 %	5,26 %	100,00 %	15
Sykepleier	30,00 %	10,00 %	20,00 %	20,00 %	0,00 %	20,00 %	100,00 %	8
Turnuslege	28,57 %	0,00 %	28,57 %	14,29 %	28,57 %	0,00 %	100,00 %	28
Grand Total	24,14 %	22,99 %	17,24 %	16,09 %	13,79 %	5,75 %	100,00 %	23

Nasjonalt resultat

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

1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Filter = koder selv



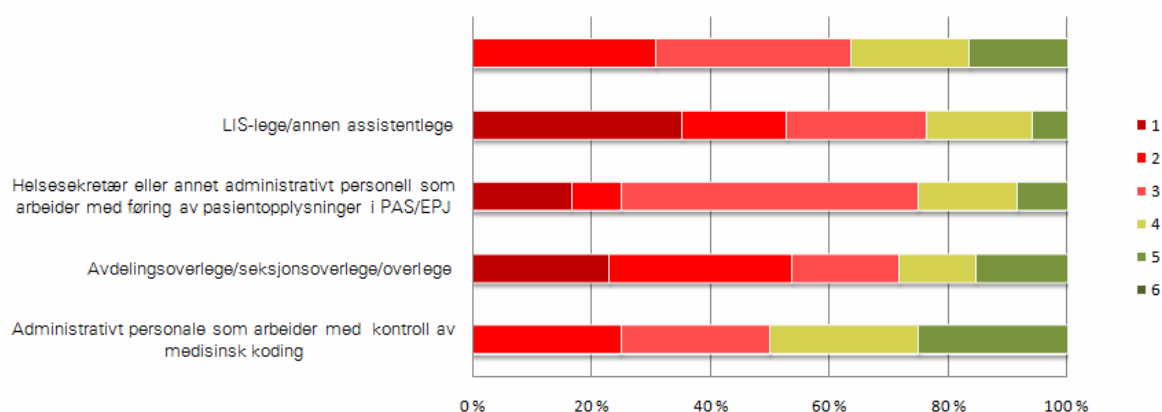
Count of 47: Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig medisinsk kode								
Column Labels								
Row Labels	1	2	3	4	5	6	Grand Total	Grand Total
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0,00 %	0,00 %	18,75 %	25,00 %	25,00 %	31,25 %	100,00 %	16
Annet helsefaglig personale	18,78 %	17,84 %	20,66 %	15,96 %	15,02 %	11,74 %	100,00 %	213
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	18,94 %	24,74 %	19,20 %	16,88 %	12,11 %	8,12 %	100,00 %	776
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	8,70 %	15,22 %	22,83 %	13,04 %	18,48 %	21,74 %	100,00 %	92
Ledernivå 3 - Avdelingsjef/avdelingsleder	15,79 %	23,68 %	17,54 %	21,05 %	14,91 %	7,02 %	100,00 %	114
LIS-lege/annen assistentlege	21,50 %	26,30 %	19,00 %	16,08 %	11,06 %	6,05 %	100,00 %	479
Sykepleier	18,55 %	15,32 %	19,35 %	26,61 %	13,71 %	6,45 %	100,00 %	124
Turnuslege	17,35 %	15,31 %	21,43 %	26,53 %	14,29 %	5,10 %	100,00 %	98
Grand Total	18,62 %	22,54 %	19,51 %	17,83 %	12,97 %	8,53 %	100,00 %	1912

5.5.7 Opplevelse av regelverket

Helse Nord-Trøndelag

Regelverket for medisinsk koding er oversiktlig og enkelt å forholde seg til

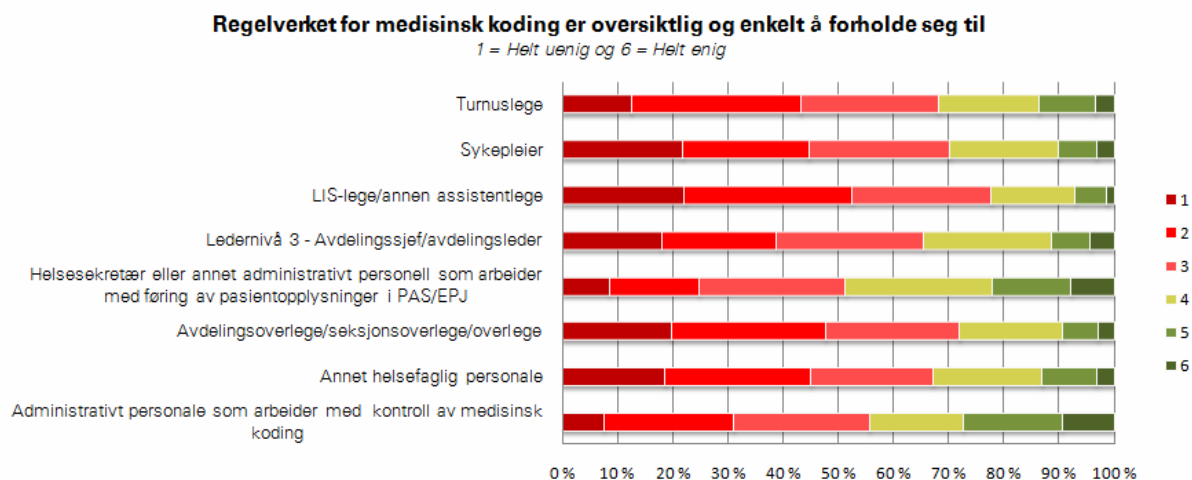
1 = Helt uenig og 6 = Helt enig



Count of 47: Regelverket for medisinsk koding er oversiktlig og enkelt å forholde seg til

seg til	Column Labels							Grand
Row Labels	1	2	3	4	5	6	Total	
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0,00 %	25,00 %	25,00 %	25,00 %	25,00 %	0,00 %	100,00 %	4
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	23,08 %	30,77 %	17,95 %	12,82 %	15,38 %	0,00 %	100,00 %	39
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	16,67 %	8,33 %	50,00 %	16,67 %	8,33 %	0,00 %	100,00 %	12
LIS-lege/annen assistentlege	35,29 %	17,65 %	23,53 %	17,65 %	5,88 %	0,00 %	100,00 %	17
Grand Total	23,61 %	23,61 %	25,00 %	15,28 %	12,50 %	0,00 %	100,00 %	72

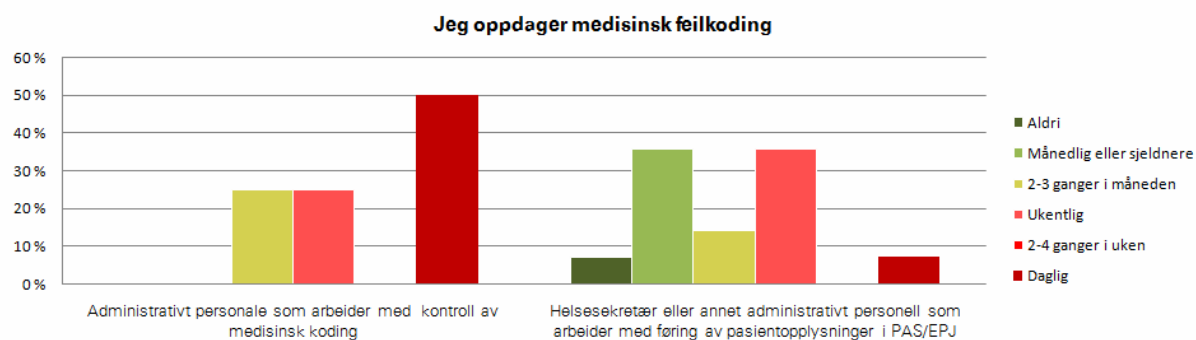
Nasjonalt resultat



Count of 47: Regelverket for medisinsk koding er oversiktlig og enkelt å forholde seg til								
Row Labels	Column Labels						Grand Total	Grand Total
	1	2	3	4	5	6		
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	7,55 %	23,58 %	24,53 %	16,98 %	17,92 %	9,43 %	100,00 %	106
Annet helsefaglig personale	18,66 %	26,41 %	22,18 %	19,72 %	9,86 %	3,17 %	100,00 %	284
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	19,77 %	27,96 %	24,32 %	18,60 %	6,50 %	2,86 %	100,00 %	769
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	8,56 %	16,28 %	26,51 %	26,68 %	14,26 %	7,72 %	100,00 %	596
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	18,01 %	20,85 %	26,54 %	23,22 %	7,11 %	4,27 %	100,00 %	211
LIS-lege/annen assistentlege	22,20 %	30,27 %	25,34 %	15,25 %	5,61 %	1,35 %	100,00 %	446
Sykepleier	21,81 %	22,87 %	25,53 %	19,68 %	6,91 %	3,19 %	100,00 %	188
Turnuslege	12,50 %	30,68 %	25,00 %	18,18 %	10,23 %	3,41 %	100,00 %	88
Grand Total	16,85 %	24,59 %	25,04 %	20,31 %	9,08 %	4,13 %	100,00 %	2688

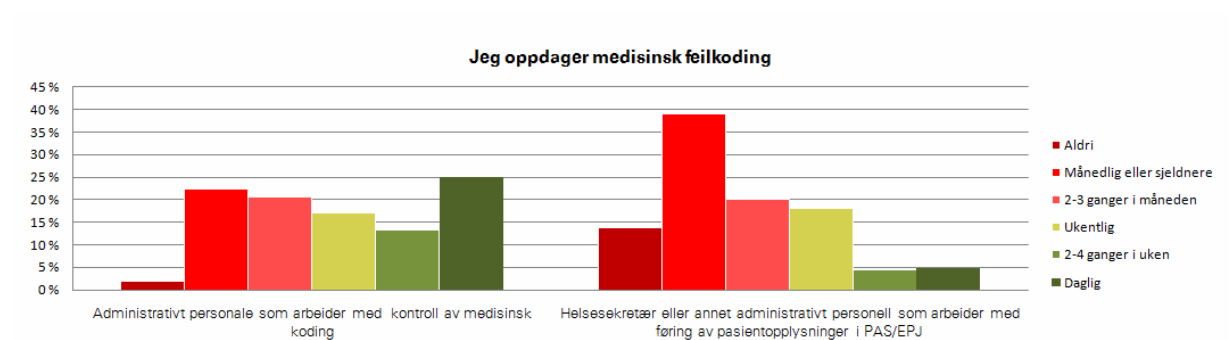
5.5.8 Oppdager feilkoding

Helse Nord-Trøndelag



Count of 50: Jeg oppdager medisinsk feilkoding								
Row Labels	Aldri	Månedlig eller sjeldnere	2-3 ganger i måneden	Ukentlig	2-4 ganger i uken	Daglig	Grand Total	
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	0,00 %	0,00 %	25,00 %	25,00 %		50,00 %	100,00 %	4
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	7,14 %	35,71 %	14,29 %	35,71 %	0,00 %	7,14 %	100,00 %	14
Grand Total	5,56 %	16,67 %	27,78 %	33,33 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %	18

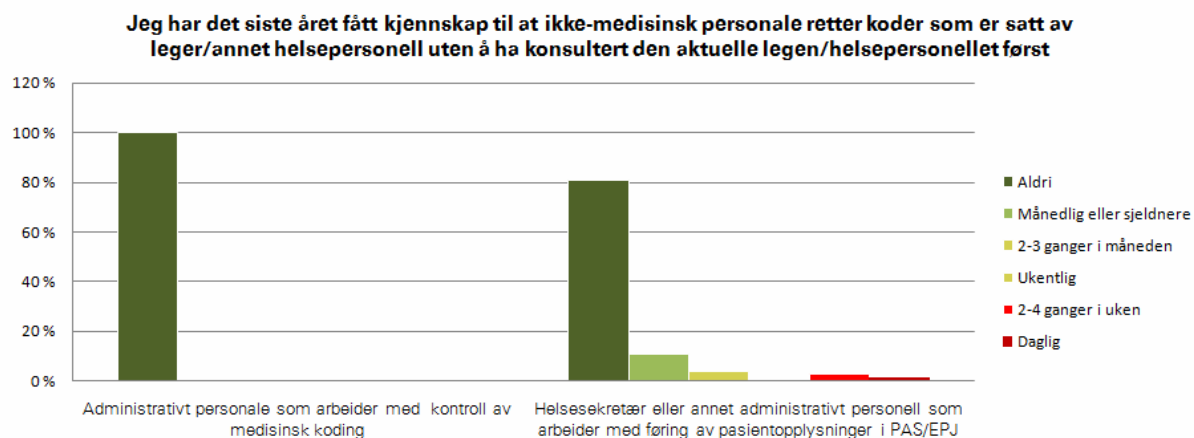
Nasjonalt resultat



Count of 50: Jeg oppdager medisinsk feilkoding								
	Aldri	Månedlig eller sjeldnere	2-3 ganger i måneden	Ukentlig	2-4 ganger i uken	Daglig	Grand Total	Grand Total
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	1,79 %	22,32 %	20,54 %	16,96 %	13,39 %	25,00 %	112	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	13,79 %	39,03 %	20,06 %	18,03 %	4,39 %	4,70 %	638	100,00 %
Grand Total	12,00 %	36,53 %	20,13 %	17,87 %	5,73 %	7,73 %	750	100,00 %

5.5.9 Retting av koder

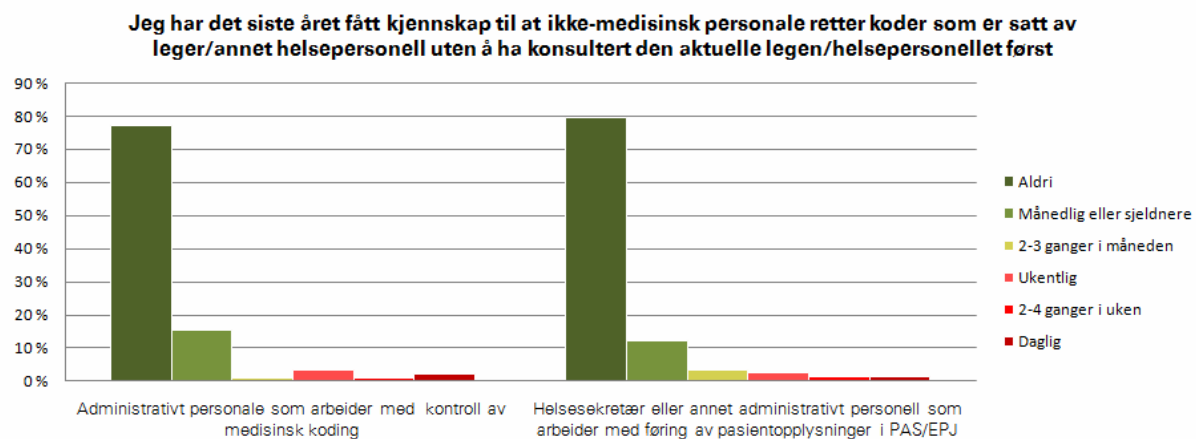
Helse Nord-Trøndelag



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

Row Labels	Aldri	Månedlig eller sjeldnere	2-3 ganger i måneden	Ukentlig	2-4 ganger i uken	Daglig	Grand Total
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	80,00 %	20,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	5
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	75,00 %	16,67 %	8,33 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	12
Grand Total	76,47 %	0,00 %	17,65 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	17

Nasjonalt resultat



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

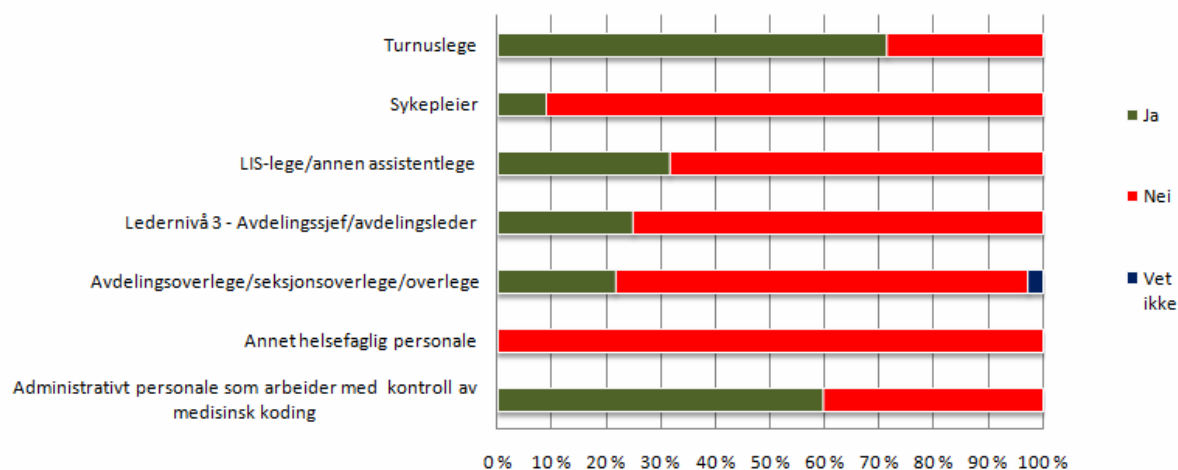
Row Labels	Column Labels						Grand Total
	Aldri	Månedlig eller sjeldnere	2-3 ganger i måneden	Ukentlig	2-4 ganger i uken	Daglig	
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	77,17 %	15,22 %	1,09 %	3,26 %	1,09 %	2,17 %	100,00 %
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	79,47 %	12,04 %	3,19 %	2,65 %	1,24 %	1,42 %	100,00 %
Grand Total	79,15 %	12,48 %	2,89 %	2,74 %	1,22 %	1,52 %	100,00 %

5.5.10 Formell opplæring

Helse Nord-Trøndelag

Har du fått formell opplæring (på kurs, avdelingsmøter eller en-til-en opplæring) i medisinsk koding det siste året?

Filter = koder selv, untatt Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding

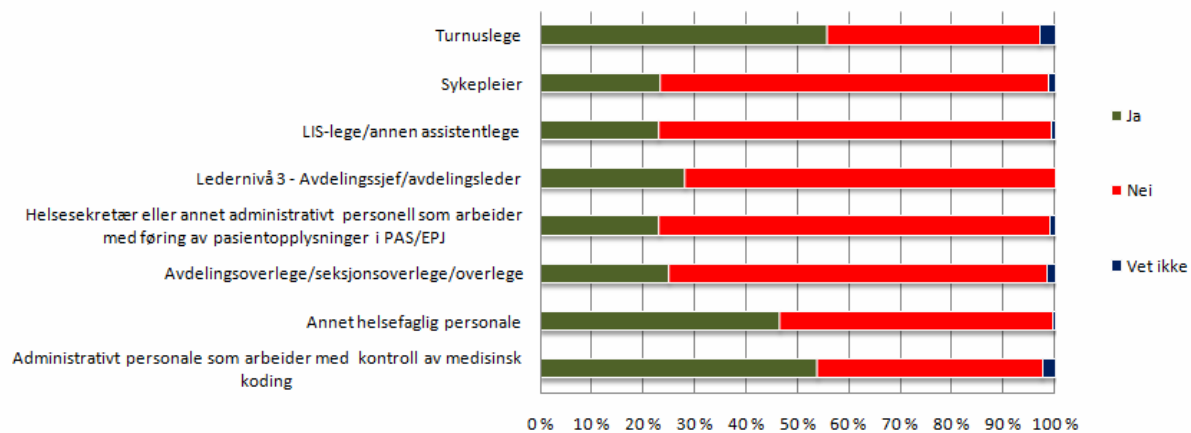


Count of 52: Har du fått formell opplæring (på kurs, avdelingsmøter eller en-til-en opplæring) i medisinsk koding det siste året?					
Row Labels	Column Labels			Grand Total	Grand Total
	Ja	Nei	Vet ikke		
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	60,00 %	40,00 %	0,00 %	100,00 %	5
Annet helsefaglig personale	0,00 %	100,00 %	0,00 %	100,00 %	10
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	21,62 %	75,68 %	2,70 %	100,00 %	37
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	25,00 %	75,00 %	0,00 %	100,00 %	4
LIS-lege/annen assistentlege	31,58 %	68,42 %	0,00 %	100,00 %	19
Sykepleier	9,09 %	90,91 %	0,00 %	100,00 %	11
Turnuslege	71,43 %	28,57 %	0,00 %	100,00 %	7
Grand Total					93

Nasjonalt resultat

Har du fått formell opplæring (på kurs, avdelingsmøter eller en-til-en opplæring) i medisinsk koding det siste året?

Filter = koder selv, untatt Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding



Count of 52: Har du fått formell opplæring (på kurs, avdelingsmøter eller en-til-en opplæring) i medisinsk koding det siste året?

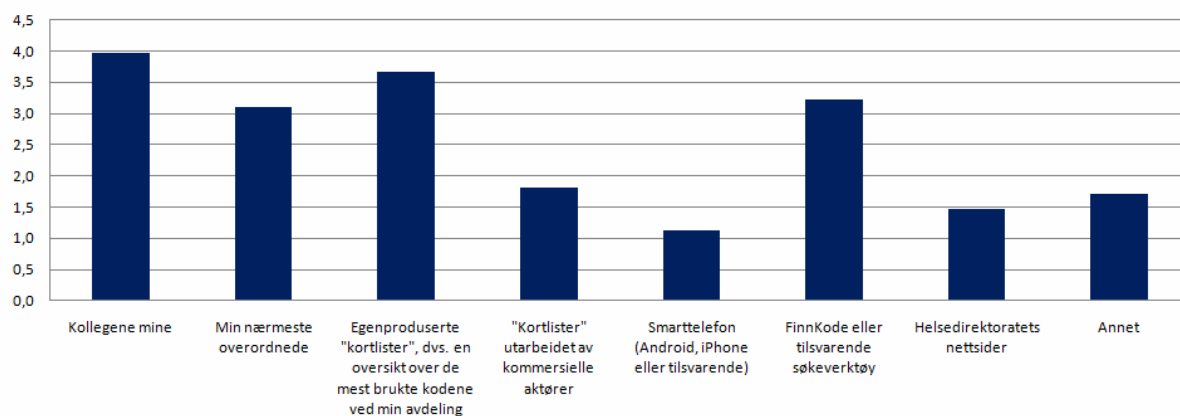
Row Labels	Column Labels			Grand Total	Grand Total
	Ja	Nei	Vet ikke		
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	53,85 %	43,59 %	2,56 %	100,00 %	117
Annet helsefaglig personale	46,54 %	53,00 %	0,46 %	100,00 %	217
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	24,97 %	73,25 %	1,78 %	100,00 %	785
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	23,16 %	75,79 %	1,05 %	100,00 %	95
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	28,07 %	71,93 %	0,00 %	100,00 %	114
LIS-lege/annen assistentlege	22,92 %	76,25 %	0,83 %	100,00 %	480
Sykepleier	23,31 %	75,19 %	1,50 %	100,00 %	133
Turnuslege	55,56 %	41,41 %	3,03 %	100,00 %	99
					2040

5.5.11 Informasjonskilder

Helse Nord-Trøndelag

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

Filter = koder selv

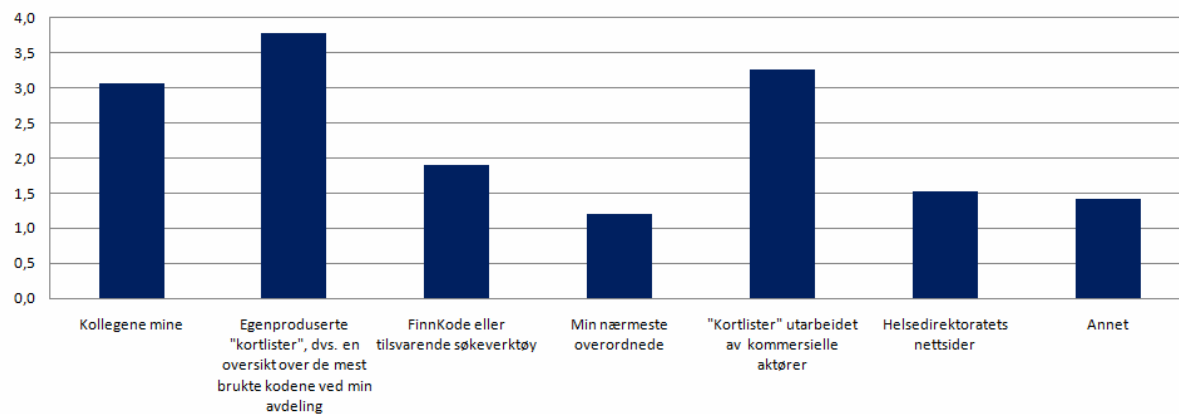


Dersom jeg er usikker på hvilke medisinske koder jeg skal benytte, bruker jeg følgende informasjonskilder:	1	2	3	4	5	6	Vet ikke/ikke aktuelt	Sum	Vektet gjennom snitt
Kollegene mine	5	10	15	18	28	12	1	89	3,98
Min nærmeste overordnede	25	12	12	14	21	5	0	89	3,10
Egenproduserte "kortlister", dvs. en oversikt over de mest brukte kodene ved min avdeling	17	9	8	11	29	13	2	89	3,66
"Kortlister" utarbeidet av kommersielle aktører	54	7	7	9	5	2	5	89	1,82
Smarttelefon (Android, iPhone eller tilsvarende)	81	2	2	1	1	0	2	89	1,12
FinnKode eller tilsvarende søkeverktøy	33	5	3	8	19	18	3	89	3,22
Helsedirektoratets nettsider	64	12	7	3	2	0	1	89	1,47
Annet	58	2	3	7	7	3	9	89	1,71

Nasjonalt resultat

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

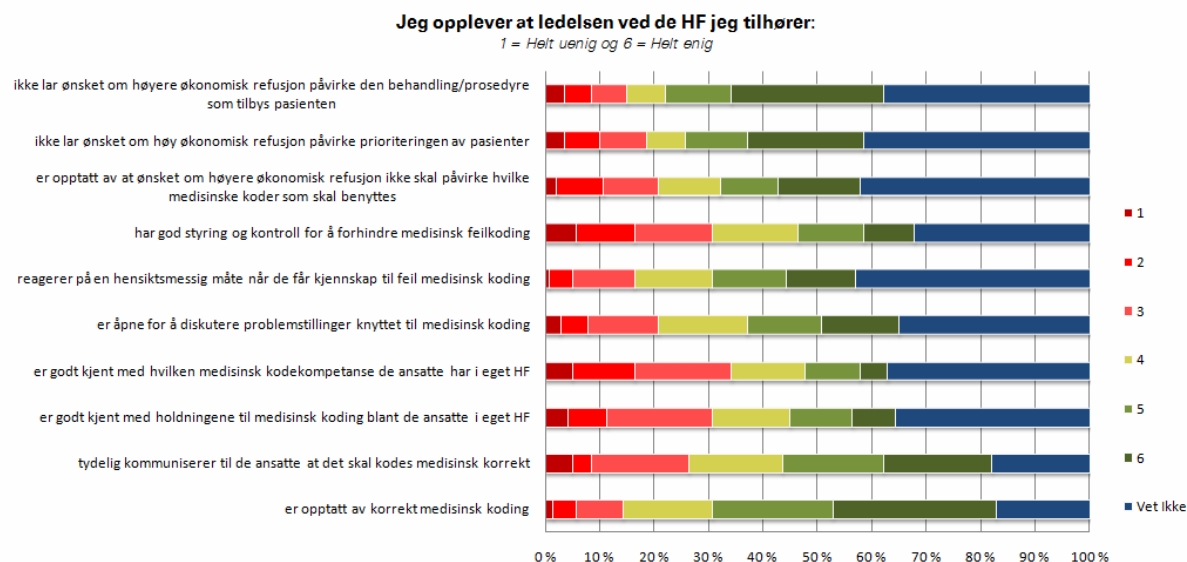
Filter = koder selv



Dersom jeg er usikker på hvilke medisinske koder jeg skal benytte, bruker jeg følgende informasjonskilder:	1	2	3	4	5	Vet ikke/ikke		Vektet	
						6 aktuelt	Sum	gjennomsnitt	
Kollegene mine	426	310	246	311	386	141	77	1897	3,06
Egenproduserte "kortlister", dvs. en oversikt over de mest brukte kodene ved min avdeling	287	162	170	304	586	320	68	1897	3,79
FinnKode eller tilsvarende søkeverktøy	1021	242	133	140	162	54	145	1897	1,90
Min nærmeste overordnede	1531	113	40	42	34	10	127	1897	1,20
"Kortlister" utarbeidet av kommersielle aktører	579	120	118	189	464	326	101	1897	3,27
Helsedirektoratets nettsider	1296	228	109	92	62	22	88	1897	1,52
Annet	1012	78	58	77	122	71	479	1897	1,42

5.5.12 Tiltro til HF-ledelse

Helse Nord-Trøndelag

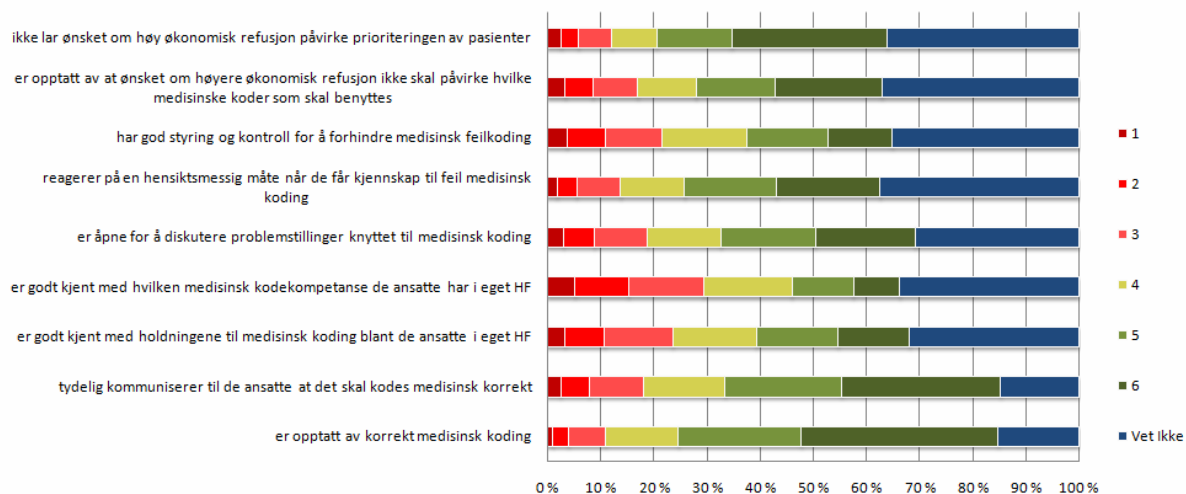


Jeg opplever at ledelsen for det HF jeg tilhører:	1	2	3	4	5	6	Vet Ikke
er opptatt av korrekt medisinsk koding	1 %	4 %	9 %	16 %	22 %	30 %	17 %
tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt	5 %	4 %	18 %	17 %	19 %	20 %	18 %
er godt kjent med holdningene til medisinsk koding blant de ansatte i eget HF	4 %	7 %	19 %	14 %	11 %	8 %	36 %
er godt kjent med hvilken medisinsk kodekompetanse de ansatte har i eget HF	5 %	11 %	18 %	14 %	10 %	5 %	37 %
er åpne for å diskutere problemstillinger knyttet til medisinsk koding	3 %	5 %	13 %	16 %	14 %	14 %	35 %
reagerer på en hensiktsmessig måte når de får kjennskap til feil medisinsk koding	1 %	4 %	11 %	14 %	14 %	13 %	43 %
har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding	6 %	11 %	14 %	16 %	12 %	9 %	32 %
er opptatt av at ønsket om høyere økonomisk refusjon ikke skal påvirke hvilke medisinske koder som skal benyttes	2 %	9 %	10 %	11 %	11 %	15 %	42 %
ikke lar ønsket om høy økonomisk refusjon påvirke prioriteringen av pasienter	4 %	6 %	9 %	7 %	11 %	21 %	41 %
ikke lar ønsket om høyere økonomisk refusjon påvirke den behandling/prosedyre som tilbys pasienten	4 %	5 %	6 %	7 %	12 %	28 %	38 %

Nasjonalt resultat

Jeg opplever at ledelsen ved de HF jeg tilhører:

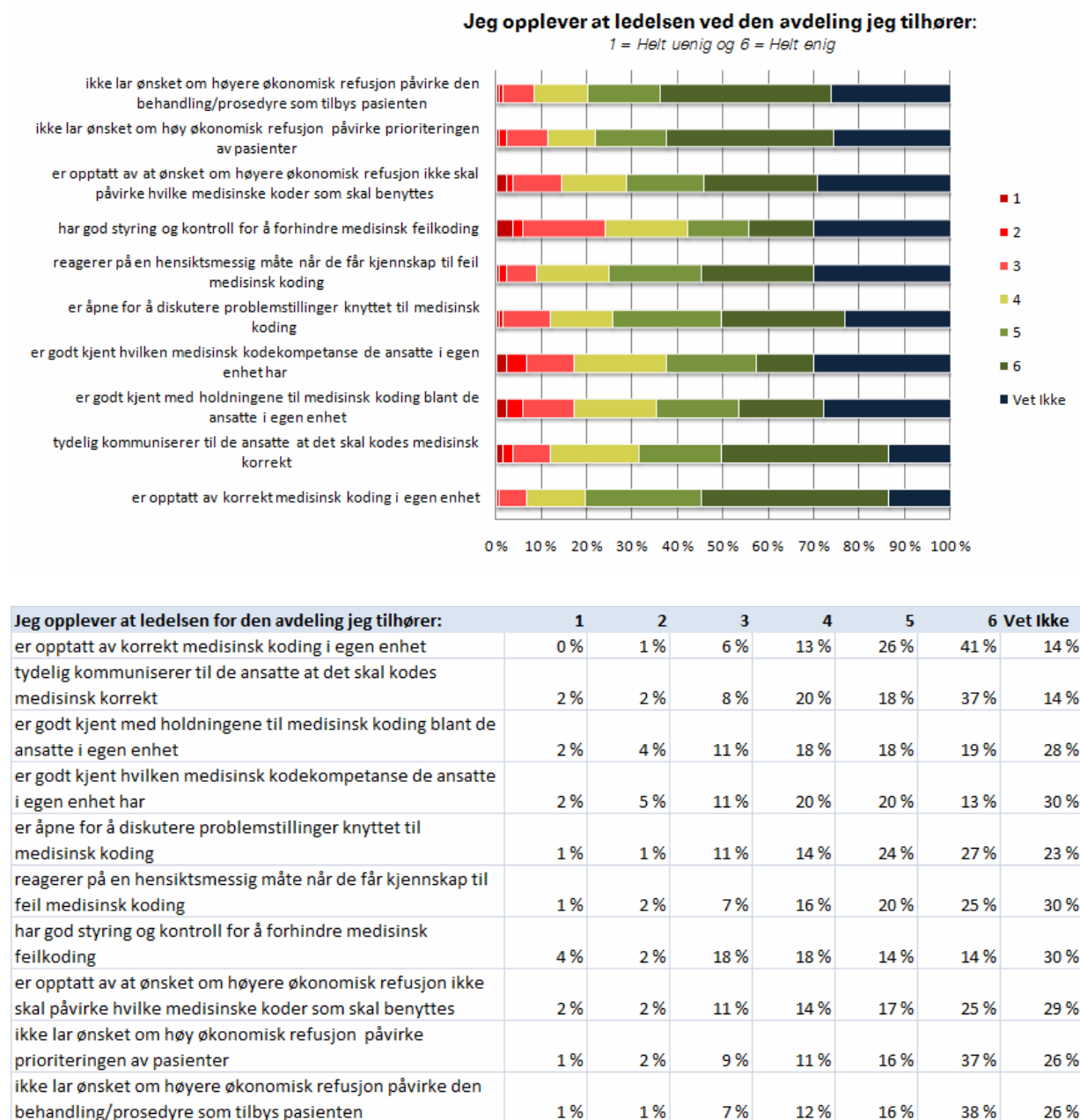
1 = Helt uenig og 6 = Helt enig



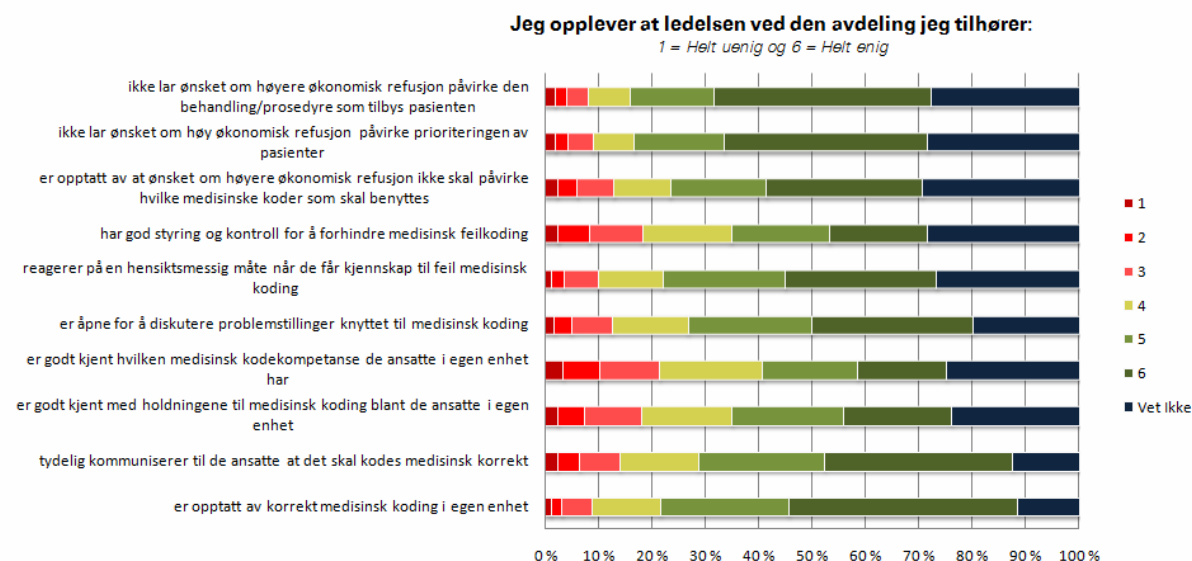
Jeg opplever at ledelsen for det HF jeg tilhører:	1	2	3	4	5	6	Vet ikke
er opptatt av korrekt medisinsk koding	1 %	3 %	7 %	14 %	23 %	37 %	15 %
tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt	3 %	5 %	10 %	15 %	22 %	30 %	15 %
er godt kjent med holdningene til medisinsk koding blant de ansatte i eget HF	3 %	7 %	13 %	16 %	15 %	13 %	32 %
er godt kjent med hvilken medisinsk kodekompetanse de ansatte har i eget HF	5 %	10 %	14 %	17 %	12 %	9 %	34 %
er åpne for å diskutere problemstillinger knyttet til medisinsk koding	3 %	6 %	10 %	14 %	18 %	19 %	31 %
reagerer på en hensiktsmessig måte når de får kjennskap til feil medisinsk koding	2 %	4 %	8 %	12 %	17 %	20 %	37 %
har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding	4 %	7 %	11 %	16 %	15 %	12 %	35 %
er opptatt av at ønsket om høyere økonomisk refusjon ikke skal påvirke hvilke medisinske koder som skal benyttes	3 %	5 %	8 %	11 %	15 %	20 %	37 %
ikke lar ønsket om høy økonomisk refusjon påvirke prioriteringen av pasienter	3 %	3 %	6 %	8 %	14 %	29 %	36 %

5.5.13 Tiltro til avdelingsledelse

Helse Nord-Trøndelag



Nasjonalt resultat

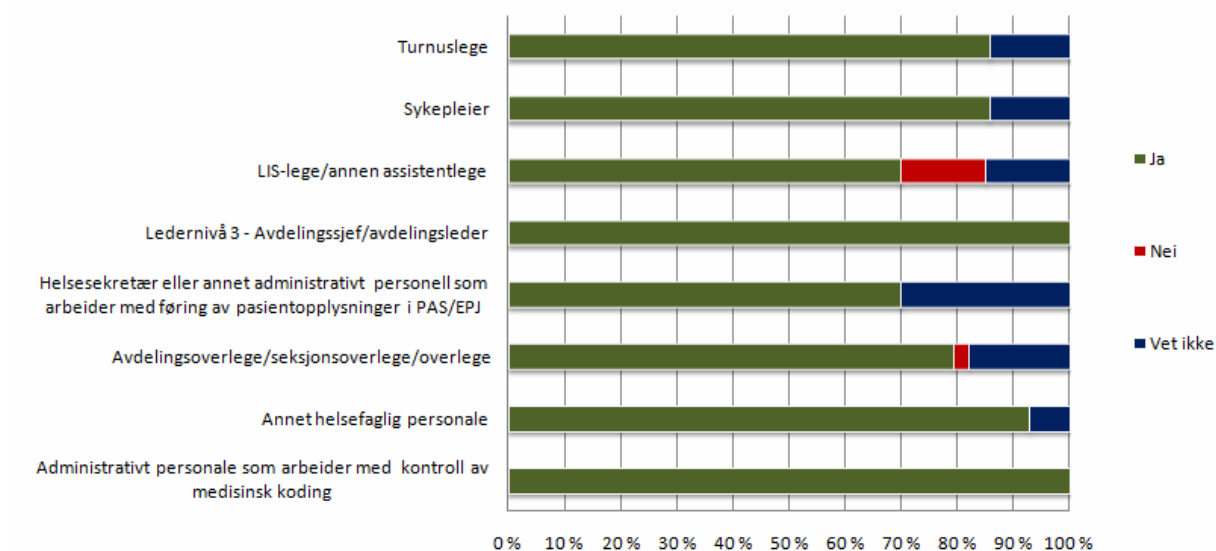


Jeg opplever at ledelsen for den avdeling jeg tilhører:	1	2	3	4	5	6	Vet Ikke
er opptatt av korrekt medisinsk koding i egen enhet	1 %	2 %	6 %	13 %	24 %	43 %	12 %
tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt	2 %	4 %	8 %	15 %	24 %	35 %	12 %
er godt kjent med holdningene til medisinsk koding blant de ansatte i egen enhet	3 %	5 %	11 %	17 %	21 %	20 %	24 %
er godt kjent hvilken medisinsk kodekompetanse de ansatte i egen enhet har	3 %	7 %	11 %	19 %	18 %	17 %	25 %
er åpne for å diskutere problemstillinger knyttet til medisinsk koding	2 %	3 %	8 %	14 %	23 %	30 %	20 %
reagerer på en hensiktsmessig måte når de får kjennskap til feil medisinsk koding	1 %	2 %	7 %	12 %	23 %	28 %	27 %
har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding	3 %	6 %	10 %	17 %	18 %	18 %	28 %
er opptatt av at ønsket om høyere økonomisk refusjon ikke skal påvirke hvilke medisinske koder som skal benyttes	2 %	4 %	7 %	11 %	18 %	29 %	29 %
ikke lar ønsket om høy økonomisk refusjon påvirke prioriteringen av pasienter	2 %	2 %	5 %	8 %	17 %	38 %	28 %
ikke lar ønsket om høyere økonomisk refusjon påvirke den behandling/prosedyre som tilbys pasienten	2 %	2 %	4 %	8 %	16 %	41 %	28 %

5.5.14 Varslingsmottakere

Helse Nord-Trøndelag

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

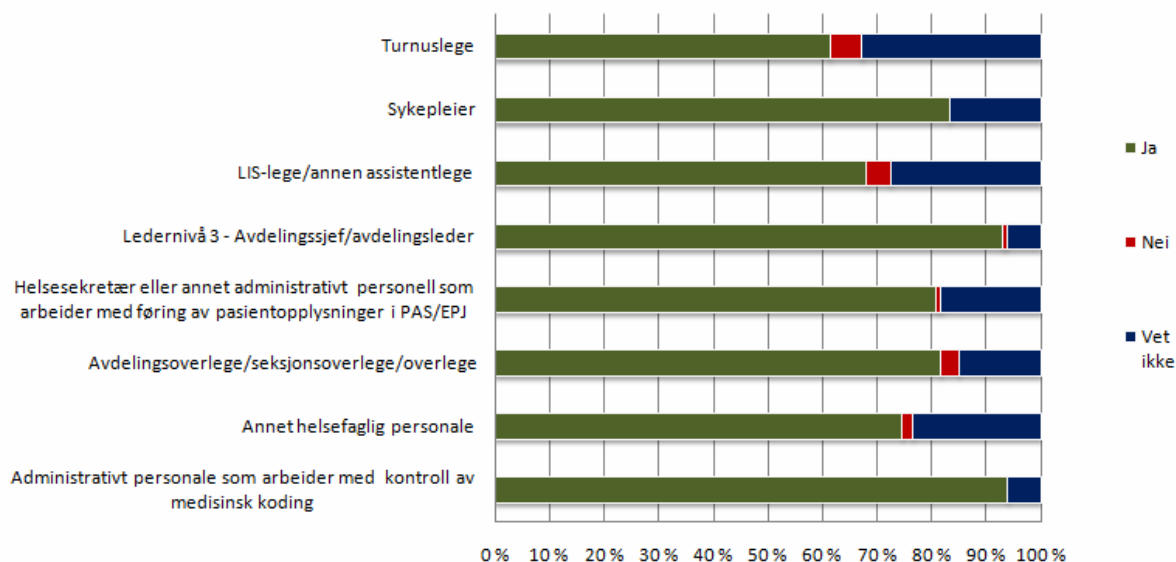


Count of 58: Hvis jeg får kjennskap til eller fatter sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF vil jeg velge å melde fra om dette til nærmeste leder eller andre aktuelle parter

Row Labels	Column Labels			Grand Tot	Grand Total
	Ja	Nei	Vet ikke		
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	100,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %	5
Annet helsefaglig personale	92,86 %	0,00 %	7,14 %	100,00 %	14
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	79,49 %	2,56 %	17,95 %	100,00 %	39
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	70,00 %	0,00 %	30,00 %	100,00 %	20
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	100,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %	7
LIS-lege/annen assistentlege	70,00 %	15,00 %	15,00 %	100,00 %	20
Sykepleier	85,71 %	0,00 %	14,29 %	100,00 %	28
Turnuslege	85,71 %	0,00 %	14,29 %	100,00 %	7
Grand Total	81,43 %	2,86 %	15,71 %	100,00 %	140

Nasjonalt resultat

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



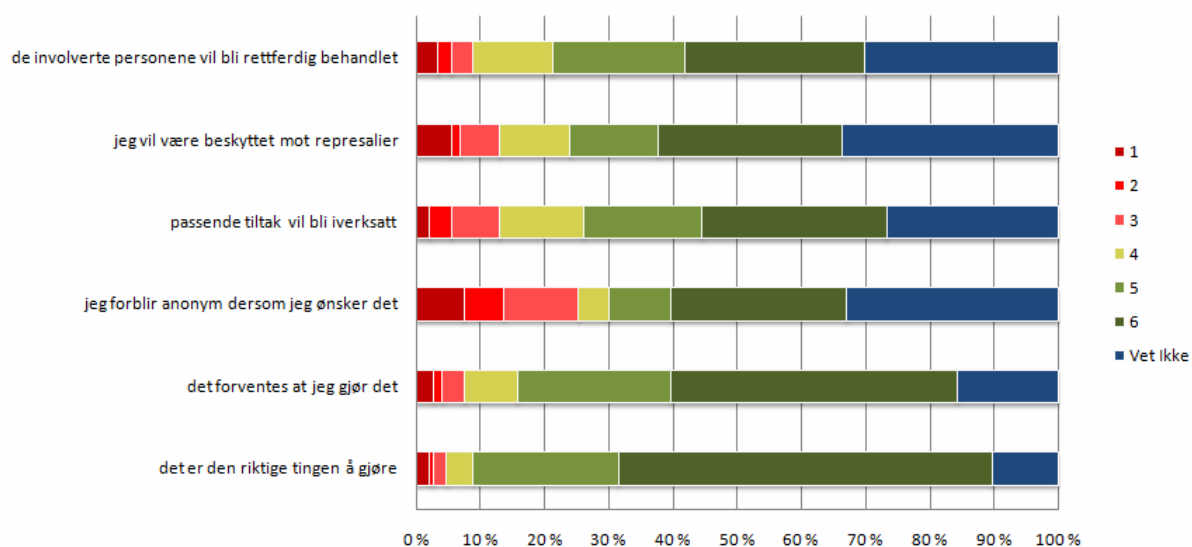
Count of 58: Hvis jeg får kjennskap til eller fatter sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF vil jeg velge å melde fra om dette til nærmeste leder eller andre aktuelle parter

Row Labels	Column Labels			Grand	
	Ja	Nei	Vet ikke	Grand Total	Total
Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding	94,02 %	0,00 %	5,98 %	100,00 %	117
Annet helsefaglig personale	74,69 %	1,99 %	23,33 %	100,00 %	403
Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege	81,72 %	3,27 %	15,01 %	100,00 %	826
Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ	80,98 %	0,85 %	18,17 %	100,00 %	941
Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder	93,04 %	0,73 %	6,23 %	100,00 %	273
LIS-lege/annen assistentlege	68,18 %	4,35 %	27,47 %	100,00 %	506
Sykepleier	83,28 %	0,00 %	16,72 %	100,00 %	305
Turnuslege	61,39 %	5,94 %	32,67 %	100,00 %	101
Grand Total	79,58 %	2,10 %	18,32 %	100,00 %	3472

5.5.15 Trygghet ved varsling

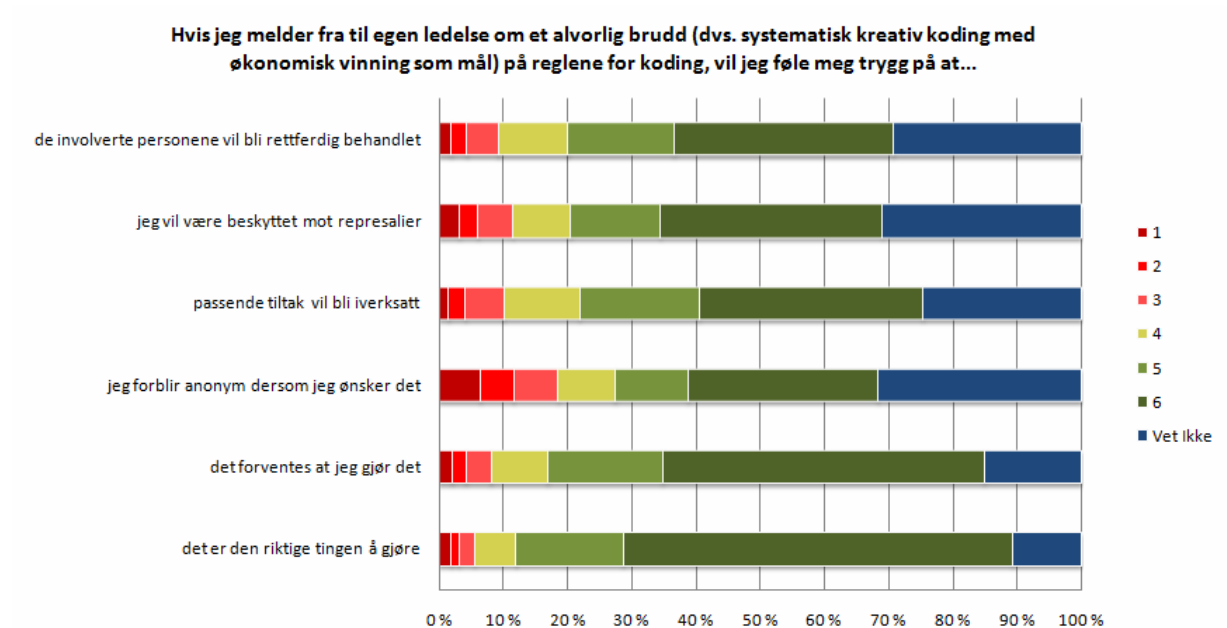
Helse Nord-Trøndelag

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



Hvis jeg melder fra..	1	2	3	4	5	6	Vet Ikke
det er den riktige tingen å gjøre	2 %	1 %	2 %	4 %	23 %	58 %	10 %
det forventes at jeg gjør det	3 %	1 %	3 %	8 %	24 %	45 %	16 %
jeg forblir anonym dersom jeg ønsker det	8 %	6 %	12 %	5 %	10 %	27 %	33 %
passende tiltak vil bli iverksatt	2 %	3 %	8 %	13 %	18 %	29 %	27 %
jeg vil være beskyttet mot represalier	5 %	1 %	6 %	11 %	14 %	29 %	34 %
de involverte personene vil bli rettferdig behandlet	3 %	2 %	3 %	12 %	21 %	28 %	30 %

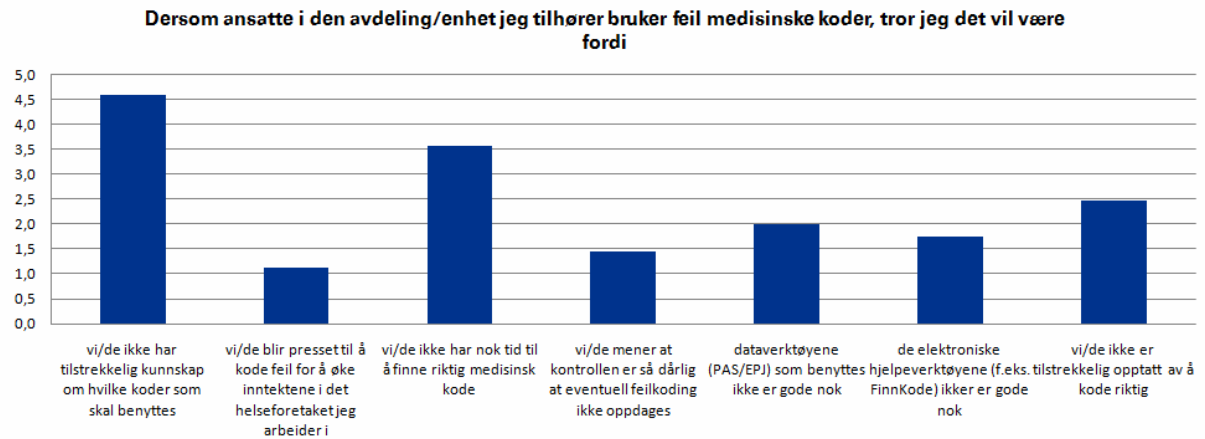
Nasjonalt resultat



Hvis jeg melder fra..	1	2	3	4	5	6	Vet Ikke	Sum
det er den riktige tingen å gjøre	2 %	1 %	2 %	6 %	17 %	61 %	11 %	3540
det forventes at jeg gjør det	2 %	2 %	4 %	9 %	18 %	50 %	15 %	3540
jeg forblir anonym dersom jeg ønsker det	6 %	5 %	7 %	9 %	11 %	30 %	32 %	3540
passende tiltak vil bli iverksatt	2 %	3 %	6 %	12 %	19 %	35 %	25 %	3540
jeg vil være beskyttet mot represalier	3 %	3 %	5 %	9 %	14 %	35 %	31 %	3540
de involverte personene vil bli rettferdig behandlet	2 %	2 %	5 %	11 %	17 %	34 %	29 %	3540

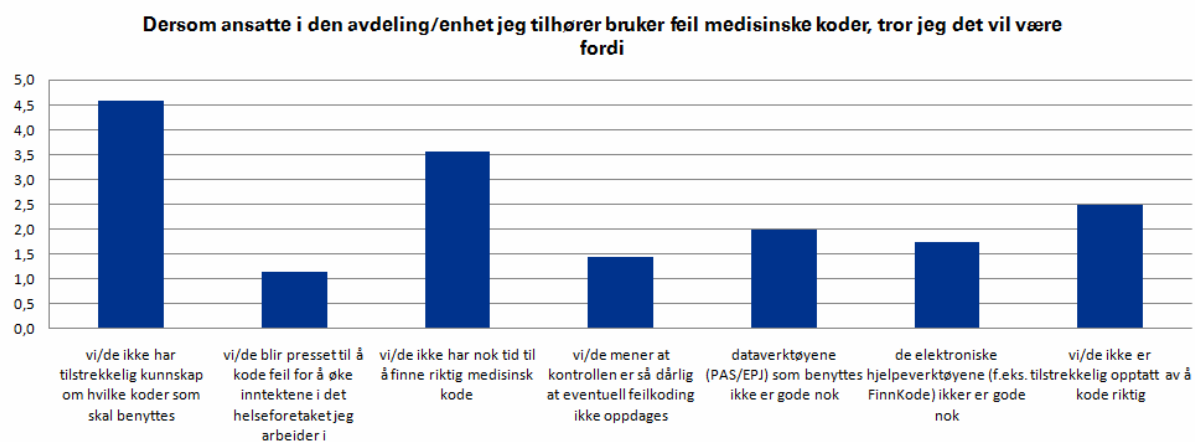
5.5.16 Årsaker til feilkoding

Helse Nord-Trøndelag

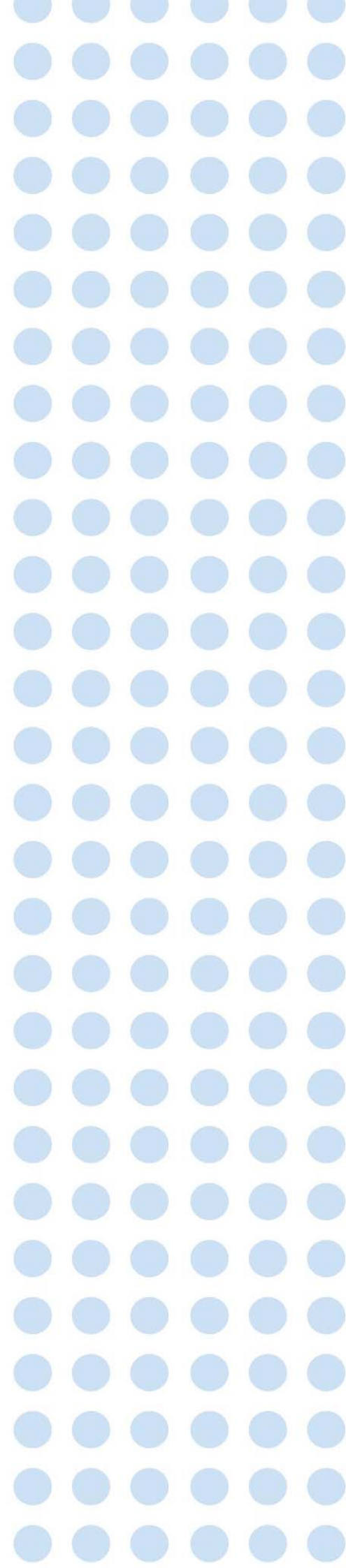


Dersom ansatte i den avdeling/enhet jeg tilhører bruker feil medisinske koder, tror jeg det vil være fordi	1	2	3	4	5	6	Ingen formening	Sum	Vektet gjennomsnitt
vi/de ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvilke koder som skal benyttes	2	1	5	8	43	74	13	146	4,87
vi/de blir presset til å kode feil for å øke inntektene i det helseforetaket jeg arbeider i	88	25	7	6	1	1	18	146	1,17
vi/de ikke har nok tid til å finne riktig medisinsk kode	6	6	17	28	45	29	15	146	3,95
vi/de mener at kontrollen er så dårlig at eventuell feilkoding ikke oppdages	53	23	15	13	6	6	30	146	1,65
dataverktøyene (PAS/EPJ) som benyttes ikke er gode nok	9	13	18	23	23	20	40	146	2,77
de elektroniske hjelpeverktøyene (f.eks. FinnKode) ikke er gode nok	13	19	22	26	9	17	40	146	2,40
vi/de ikke er tilstrekkelig opptatt av å kode riktig	28	12	26	33	16	8	23	146	2,60

Nasjonalt resultat



Dersom ansatte i den avdeling/enhet jeg tilhører bruker feil medisinske koder, tror jeg det vil være fordi	1	2	3	4	5	Ingen 6 formening	Sum	Vektet gjennomsnitt	
vi/de ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvilke koder som skal benyttes	64	49	92	280	850	1741	464	3540	4,58
vi/de blir presset til å kode feil for å øke inntektene i det helseforetaket jeg arbeider i	1967	569	172	104	65	36	627	3540	1,13
vi/de ikke har nok tid til å finne riktig medisinsk kode	285	162	323	619	872	725	554	3540	3,56
vi/de mener at kontrollen er så dårlig at eventuell feilkoding ikke oppdages	1403	528	299	279	132	81	818	3540	1,44
dataverktøyene (PAS/EPJ) som benyttes ikke er gode nok	418	328	362	489	356	245	1342	3540	1,99
de elektroniske hjelpeverktøyene (f.eks. FinnKode) ikke er gode nok	448	445	339	445	270	193	1400	3540	1,75
vi/de ikke er tilstrekkelig opptatt av å kode riktig	700	376	377	661	508	231	687	3540	2,48



Internrevisjonene i
de regionale helseforetakene

Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis

Hovedrapport

Oktober 2011

HELSE  SØR-ØST

HELSE  VEST

HELSE  MIDT-NORGE

HELSE  NORD

Sammendrag

Om revisjonen:

Internrevisjonene i de fire helseregionene har gjennomført en felles revisjon av området medisinsk kodepraksis i helseforetak med somatisk virksomhet. Formålet med revisjonsprosjektet har vært å kartlegge og vurdere medisinsk kodepraksis i helseforetakene. Hensikten har vært å avklare om det er etablert god intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for korrekt koding.

Mandatet for revisjonen er utarbeidet av internrevisjonene i samråd med Helsedirektoratet. KPMG AS har vært engasjert for å bistå med den praktiske gjennomføringen av prosjektet.

Revisjonen er gjennomført i to faser med felles rapportering. Fase 1 som nasjonal elektronisk spørreundersøkelse til utvalgte personer i alle landets helseforetak med somatisk virksomhet. Fase 2 som nærmere undersøkelser ved 9 utvalgte helseforetak fordelt mellom alle helseregionene. Her inngikk dybdeintervjuer og en gjennomgang av dokumentasjon fra helseforetakene. Resultater og konklusjoner i denne rapporten bygger på datagrunnlaget fra begge fasene i prosjektet. For å kunne konkludere klart på faktisk etterlevelse av rutiner og regelverk for medisinsk koding ville det imidlertid ha vært nødvendig å gjennomføre testing av journalmateriale. Dette har ikke vært en del av prosjektets mandat.

Rapportens hovedkonklusjoner er:

- 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.

Anbefalinger i rapporten:

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

Helseforetakene:

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

De regionale helseforetakene:

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

Nasjonalt nivå:

- Vurdere dagens kobling mellom medisinsk koding og utsending av epikrise.
- Vurdere tiltak for å styrke egeninteressen av kodingen for andre formål enn økonomi i foretakene.
- Se på kompleksiteten i gjeldende regelverk.

Leserveiledning

Kapittel 1 omhandler bakgrunn, mandat og metode. Kapittel 2 gjengir funn fra begge fasene i revisjonsprosjektet. Her er det lagt inn vurderinger for hvert tema som gjennomgås. Til slutt i kapittel 3 oppsummerer vi funn og drøftinger og gir nærmere begrunnelser for de anbefalinger som fremmes.

Innhold

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for revisjonen	1
1.2	Formål (mandat)	1
1.3	Tidligere revisjoner og undersøkelser	2
1.4	Prosess og metode	3
1.5	Mottakere av rapporten	6
2	Funn og vurderinger	7
2.1	Styrings- og kontrollmiljø	7
2.2	Målsettinger og risikovurderinger	22
2.3	Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis	24
2.4	Oppfølging av medisinsk kodepraksis	28
3	Oppsummering av funn, konklusjoner og anbefalinger	30
3.1	Oppsummering av funn	30
3.2	Hva forteller funnene oss?	33
3.3	Konklusjoner	34
3.4	Anbefalinger	34
3.5	Mulige tiltak av nasjonal art	36
4	Vedlegg	38
Vedlegg 1	Om internrevisjon	i
Vedlegg 2	Metode for utvalg og vekting av spørreundersøkelse	ii
Vedlegg 3	Spørsmål fra spørreundersøkelsen	xi
Vedlegg 4	Dokumentforespørsel til HF-ene	xix

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for revisjonen

Dette revisjonsprosjektet er kommet i stand etter initiativ fra Helsedirektoratet. Direktoratets begrunnelse for å anmode om en gjennomgang av kodepraksis i helseregionene, har blant annet vært risikoen for at kodingen kan bli påvirket av økonomiske betraktninger, og at det kan finne sted kodeendringer som er i strid med regelverket.

I begrunnelsen heter det også at Helsedirektoratet har hørt gjentatte påstander om at helsepersonell er blitt presset til å kode "økonomisk gunstig" selv om dette er i strid med medisinsk korrekt koding.

I møte mellom de administrerende direktørene i helseregionene 14.6.2010 (sak 287-10) ble det uttrykt enighet med direktoratet om at det kan være nyttig å skaffe mer informasjon om forholdene rundt medisinsk koding i helseforetakene. Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst ble satt opp som kontaktpunkt for en mulig gjennomføring av dette som et internrevisjonsprosjekt.

Revisjonskomiteene i de regionale foretakene ga sin tilslutning til prosjektet.

Mandatet for revisjonen er utarbeidet av internrevisjonene i de fire helseregionene i samråd med Helsedirektoratet. Internrevisjonen er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon som faglig rapporterer til styret. Se nærmere beskrivelse i Vedlegg 1.

Planlegging og operasjonalisering av mandat og problemstillinger for revisjonen er gjennomført av en prosjektgruppe bestående av representanter for internrevisjonene i de regionale helseforetakene, KPMG AS, og deres underleverandør Exonor AS.

1.2 Formål (mandat)

Formålet med revisjonsprosjektet har vært å kartlegge og vurdere medisinsk kodepraksis i helseforetakene.

Hensikten har vært å avklare om det er etablert god intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for korrekt koding.

For å oppnå formålet med internrevisjonen er det, med utgangspunkt i anerkjente rammeverk for internkontroll og risikostyring, fokusert på faktorer knyttet til helseforetakenes:

1. Styrings- og kontrollmiljø
2. Målsettinger og risikovurderinger
3. Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis
4. Oppfølging av medisinsk kodepraksis

Disse fire temaområdene er brutt ned i delområder med tilhørende problemstillinger. Kapitlene 2.1 – 2.4 omhandler de fire temaområdene. I innledningen til hvert kapittel beskrives dette temaområdets problemstillinger. Temainndelingen er dermed gjennomgripende for prosjektet, og er også benyttet for å strukturere funn og analyser i rapportene.

Det er gjort to sentrale avgrensninger i prosjektet: a) Prosjektet har ikke omfattet testing av journalmateriale, og b) prosjektet har omfattet kun somatisk virksomhet.

1.3 Tidligere revisjoner og undersøkelser

Nedenfor presenteres et utvalg tidligere rapporter vedrørende medisinsk koding.

Kvalitet på medisinsk koding og ISF-refusjoner (SINTEF, 2005) viser sammenhengen mellom journalinformasjon og koding, samt i hvilken grad journalgjennomgang kan anvendes for å si noe om statens utbetalinger av ISF¹-refusjoner til de regionale helseforetakene. Undersøkelsen viser et

”relativt dårlig samsvar mellom hva som dokumenteres i journalen og hvordan dette uttrykkes gjennom kodeverk. (...) Dette kan være ett uttrykk for dårlig journalføring og / eller manglende kjennskap til kodeverk og koblingen mellom klinisk diagnosesetting og hvordan dette uttrykkes i statistiske kategorier (kodeverk)” (s.3).

Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene (Dokument nr. 3:7 (2005–2006)). Konklusjonene fra denne gjennomgangen er at helseforetakene ikke har en tilstrekkelig systematisk styring av kodekvaliteten, mangler retningslinjer for hvordan regelverket skal etterleves, ikke gir legene tilstrekkelig opplæring i gjeldende regelverk for koding, at mange leger dermed ikke kjenner godt nok til regelverket for medisinsk koding, og at kvalitetssikring av kodingen ikke er tilstrekkelig integrert i driften.

Bedre kvalitet på medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2008) konkluderer med at kvaliteten på medisinsk koding må bli bedre. Videre presenteres et opplæringsprogram for å sikre god medisinsk koding som blant annet skal øke kjennskapen til regelverket og øke legers og andre koderes kompetanse.

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2008 (Dokument 3:2 (2009–2010)), viser at

”feilkodingen fortsatt er betydelig, og at feilkodingen av hoveddiagnoser fortsatt er på tilnærmet samme nivå som i 2003. I 2008 ble hoveddiagnose feilkodet i 36,2 prosent av oppholdene som inngikk i undersøkelsen, mot 37,8 prosent i 2003”(s.18).

Det fremgår av rapporten at Helse- og omsorgsdepartementet har jobbet med tiltak på dette området gjennom flere år, men ut ifra resultatene i undersøkelsen stiller Riksrevisjonen spørsmål ved om arbeidet har hatt tilstrekkelig progresjon og prioritet. Riksrevisjonen påpeker også at dette har konsekvenser for kvaliteten på pasientstatistikken.

Tidligere rapporter har i hovedsak beskrevet undersøkelser hvor man har testet kvaliteten på kodingen direkte. Rapportene fra Helsedirektoratet (2008) og Riksrevisjonen (2006) viser at man også har undersøkt årsaker til feilkodingen. Dermed bidrar denne internrevisjonsrapporten til å komplettere problemstillinger tatt opp i ovennevnte rapporter, spesielt ved å belyse opplevelsen av kodepraksis hos personell som er direkte involvert i koding og kodekontroll.

¹ Innsatsstyrt Finansiering

1.4 Prosess og metode

Revisjonen er gjennomført i to faser. Fase 1 var en elektronisk spørreundersøkelse i 21 helseforetak med somatisk virksomhet. Fase 2 var nærmere undersøkelser ved 9 utvalgte helseforetak fordelt på alle helseregionene.

Resultatene fra begge fasene utgjør grunnlaget for de resultater og vurderinger som presenteres i denne rapporten.

1.4.1 Fase 1 – Nasjonal elektronisk spørreundersøkelse

Den nasjonale spørreundersøkelsen ble utformet med utgangspunkt i mandatet. Undersøkelsen fokuserte på temaer som holdninger til medisinsk korrekt kodepraksis, de ansattes opplevelse av opplæring, IT-systemer og regelverk, trygghet ved egen kodebruk og trygghet ved varsling om mistanke om bevisste brudd på regelverk. Samtlige spørsmål fra spørreundersøkelsen finnes i Vedlegg 3.

Hver enkelt respondent besvarte spørsmål tilpasset deres stillingskategori og rolle basert på hva respondenten oppga tidlig i undersøkelsen. Dersom det likevel ble stilt spørsmål som respondenten følte var utenfor hva han/hun kunne svare på, var det i de fleste tilfeller svaralternativ "Vet ikke" og/eller "Ikke aktuelt". Dersom ikke annet er oppgitt er disse besvarelsene trukket fra før analyse av det enkelte spørsmål i rapporten.

Utvalg av respondenter

For å plukke utvalget av respondenter til deltakelse i spørreundersøkelsen ble hvert helseforetak bedt om å sende lister over ansatte med stillinger knyttet til medisinsk kodepraksis. Det ble etterspurt helhetlige lister over ansatte i tre grupper, beskrevet i Tabell 1. Totalt inneholdt listene 16 279 navn hvorav 9 286² ble plukket ut til deltakelse.

² Avviket mellom dette tallet og utvalgstallet i Tabell 1 skyldes at den oppgitte e-postadressen var ugyldig hos 297 individer i utvalget.

Tabell 1: Populasjonsstørrelse, utvalgsstørrelse og svarprosent i spørreundersøkelsen

	Populasjon	Utvalg	Antall svar	Svarprosent
Totalt	16 279	8 989	3 653	40,6 %
Gruppe 1 Helsepersonell som selv setter medisinske koder ³	11 962	5 511	2 141	38,8 %
Gruppe 2 Stab- og støttepersonell som arbeider med føring eller kontroll av medisinske koder	3 488	2 676	1 058	39,5 %
Gruppe 3 Ledelse på nivå 1, 2 og 3 ⁴	829	802	451	56,2 %

Som det fremgår av Tabell 1 var det 3 653 som besvarte undersøkelsen, hvilket gir en svarprosent på 40,6 %. Svarprosenten for helseforetakene varierer mellom 20 % og 57 %. De fleste har imidlertid svarprosenter rundt gjennomsnittet på 40 %. På grunnlag av tilbakemeldinger mottatt mens undersøkelsen var aktiv antas det at en årsak til den generelt lave svarprosenten kan være at listene har inkludert ansatte med perifere roller i arbeidet med medisinsk koding. Nærmere beskrivelse av metoden for plukking av utvalg og svarfordelinger på HF-nivå finnes i Vedlegg 2

Svarantallet er likevel tilstrekkelig høyt for å indikere tendenser med god nøyaktighet og trekke konklusjoner på nasjonalt nivå. Også på HF-nivå er svarantallet tilstrekkelig høyt for å indikere tendenser og trekke konklusjoner, men de faktiske forholdene kan avvike noe fra resultatene i spørreundersøkelsen.

I tolkningen av det muntlige kildemateriale denne undersøkelsen i stor grad bygger på, både intervjuer og spørreundersøkelsen, må det også tas forbehold om at det kan være utenforliggende forhold som kan påvirke hvem som responderer, og hva de svarer.

Gjennomføring av spørreundersøkelsen

De som inngikk i utvalget mottok invitasjon til deltakelse i spørreundersøkelsen på e-post 27. april. Undersøkelsen var aktiv frem til 11. mai. I løpet av perioden ble det sendt tre purringer. En representant fra KPMG var tilgjengelig for å besvare spørsmål om undersøkelsen per e-post og telefon.

Statistisk analyse

Spørreundersøkelsen er ikke å regne som en vitenskapelig undersøkelse. Den er ment for å indikere tendenser på nasjonalt nivå og antyde forskjeller mellom ulike helseforetak. Av denne grunn er det ikke foretatt signifikantesting av besvarelsene. Konsekvensen av dette er at man ikke med sikkerhet kan si at det er en reell forskjell mellom helseforetak der forskjellen på resultatene er små.

Det er variasjon i populasjonsstørrelser, utvalgsstørrelser og svarprosent mellom helseforetakene og de ulike gruppene. Ved presentasjon av nasjonale resultater har det derfor vært nødvendig å vekte svarene i forhold til antall svar for å gjenspeile de reelle forholdene. I Tabell 2 er de tre benyttede vektingsmodeller beskrevet. Nærmere beskrivelse av metoden for vekting er presentert i Vedlegg 2.

³ 1714 av respondentene i denne gruppen oppga at de selv setter medisinske koder. At ikke alle i gruppen oppgir at de selv setter koder kan være forårsaket av at det har vært helsepersonell som ikke er tilknyttet koding på populasjonslistene og/eller helsepersonell som sjelden setter koder og har oppgitt at de ikke selv setter koder. Enkelte turnusleger og LIS-leger kan også ha oppgitt at de ikke setter koder selv dersom ikke selv er ansvarlig for kodesetting.

⁴ Nivå 1: Foretaksledelse, Nivå 2: Klinikksjefer/stabssjefer, Nivå 3: Avdelingsledelse.

Tabell 2: Beskrivelse av modeller for vekting av spørreundersøkelseresultater

Vektemodell	Beskrivelse
HF-vekting	Besvarelsene fra hvert HF teller like mye uavhengig av størrelsen på HF-et og svarantallet. Resultater i at svar fra hver respondent fra mindre HF blir vektet opp og svar fra respondenter ved større HF vektes ned.
Individvekting	Det vektes slik at resultatene blir direkte representative for populasjonen. Svar fra respondenter ved HF med lav svarprosent i forhold til populasjonen er vektet opp, mens det er vektet ned ved høy svarprosent i forhold til populasjonen.
Justert vekting	Gjennomsnittet mellom HF-vekting og individvekting. Dette medfører at små HF vil påvirke totalresultatene mer enn størrelsen skulle tilsa, men ikke i like stor grad som store HF.

Hvilken vektingsmodell som er brukt er beskrevet i fotnoter under analysene eller i figurene. Det er hovedsakelig brukt justert vekting.

For å antyde sammenheng mellom resultatene på ulike spørsmål er det regnet ut korrelasjonstall⁵ der dette er aktuelt.

1.4.2 Fase 2 – Revisjonsbesøk og dokumentgjennomgang

Fase 2 av revisjonen ble gjennomført ved revisjonsbesøk med dybdeintervjuer og dokumentgjennomgang ved ni utvalgte helseforetak. Der det, ved omtale av intervjuer eller dokumentgjennomgang, henvises til et gitt antall HF, er tallet i forhold til de ni utvalgte foretakene.

Utvalg

Utvalget av helseforetak er foretatt av internrevisjonene. Helseforetakene er valgt for å oppnå representativitet for landets helseforetak. I tre regioner er det plukket ut ett større og ett mindre helseforetak. I Helse Sør-Øst er det plukket ett stort foretak og to mindre med geografisk spredning. Denne utvalgsmetoden bidrar til representativitet både i forhold til størrelse og lokasjon.

Tabell 3: Helseforetakene som var en del av fase 2 i revisjonen

Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord
Akershus Universitetssykehus HF	Helse Bergen HF (Haukeland)	St. Olavs Hospital HF (Trondheim)	Universitetssykehuset Nord-Norge HF (Tromsø)
Sykehuset Telemark HF (Skien og Notodden)	Helse Fonna HF (Haugesund sykehus)	Helse Nord-Trøndelag HF (Levanger)	Helgelandssykehuset HF (Sandnessjøen)
Sykehuset Østfold HF (Fredrikstad)			

Gjennomføring av dokumentanalyse

I forkant av revisjonsbesøkene ble det sendt en dokumentforespørsel til helseforetakene. Det ble etterspurt dokumenter som beskriver kodepraksisen ved helseforetaket, herunder prosedyrer og rutiner, styringsplaner, rapporter, dokumentasjon på gjennomført opplæring mv. En komplett liste over etterspurte dokumenter finnes i Vedlegg 4. Det varierte mellom helseforetakene hvilke

⁵ Korrelasjonstallet beskriver sammenhengen mellom resultater på ulike spørsmål. Korrelasjonstallet varierer fra 0 til 1, der 0 tilsier ingen sammenheng, mens 1 tilsier at resultatene er nøyaktig like.

dokumenter som ble oversendt. Det er i rapporten lagt til grunn at etterspurte dokumenter som ikke er oversendt ikke eksisterer med mindre annen informasjon har fremkommet senere.

Dokumentene ble gjennomgått og analysert ved hjelp av en mal for dokumentanalyse. Denne ble brukt for å sikre lik analyse og sammenliknbarhet på tvers av helseforetakene. Analysen omhandlet blant annet eksistens av rutinebeskrivelser og dokumentasjon på gjennomført opplæring og kontroll. Innholdet i dokumentene ble også vurdert.

Gjennomføring og analyse av intervjuer

Ved hvert helseforetak ble det gjennomført et prosesskartleggingsmøte, intervjuer med LIS-leger/turnusleger, overleger, klinikkjefer og kodekontrollere, samt en samtale med administrerende direktør og/eller fagdirektør. Revisjonsbesøkene ble gjennomført i løpet av to dager ved hvert HF i tidsperioden 19. mai – 21. juni 2011. Besøkene fant sted ved én lokasjon ved hvert foretak, med representanter fra lokasjonen(e) angitt i parentes i Tabell 3. Til stede under intervjuene var en representant fra internrevisjonen ved det aktuelle RHF-et, medisinskfaglig kompetanse fra konsulentselskapet Exonor AS samt en representant fra konsulentselskapet KPMG AS.

I prosesskartleggingsmøtet ble prosessen for medisinsk koding ved det enkelte HF kartlagt ut fra et generelt prosesskart beskrevet i kapittel 2.1.1. Det ble også kartlagt risikomomenter tilknyttet kodepraksisen.

Intervjuene ble gjennomført med utgangspunkt i en intervjuguide som inneholdt temaområder hentet fra mandatet og tilpasset hver stillingskategori. En semistrukturert⁶ tilnærming ble lagt til grunn der intervjupersonene kunne snakke fritt rundt hvert tema.

Funn fra intervjuene ble strukturert og til slutt sammenliknet på tvers av stillingskategoriene, og med resultatene fra spørreundersøkelsen der det var aktuelt.

1.5 Mottakere av rapporten

Det er utarbeidet egne rapporter for de ni helseforetakene som inngikk i fase 2 av revisjonen.

I samsvar med instruksene for internrevisjonene i de enkelte regionene oversendes denne rapporten til styret og ledelsen i de regionale helseforetakene og de enkelte helseforetak.

Som initiativtaker til revisjonen, mottar Helsedirektoratet rapporten.

⁶ Intervjuguiden inneholdt noen direkte spørsmål samt mer generelle temaer til diskusjon.

2 Funn og vurderinger

2.1 Styrings- og kontrollmiljø

Følgende problemstillinger fra mandatet inngår i temaområdet:

- Hvor ligger ansvaret for den medisinske kodingen og hvordan er arbeidet organisert?
- Hvilke krav stilles til ledere, klinikere og annet personell som har ansvar for kodearbeidet?
- Hvordan formuleres, kommuniseres og forankres kravene i foretakene, herunder hvordan oppfattes kodingens formål av ledere, klinikere og annet personell som arbeider med koding?
- Hvilke prinsipper legges til grunn ved eventuell konflikt mellom "det medisinske" og "det økonomiske" aspektet ved kodingen?
- Hvilke krav til kompetanse stilles til personell som utfører medisinsk koding og hvilken opplæring gis til disse?

I tillegg er andre problemstillinger knyttet til styrings- og kontrollmiljø trukket inn der disse har vist seg som relevante.

Resultatene fra spørreundersøkelsen og gjennomførte intervjuer samt dokumentanalyse er slått sammen for å besvare problemstillingene.

2.1.1 Roller, ansvar og organisering

Roller, ansvarsfordeling og organisering av arbeidet relatert til medisinsk koding ble kartlagt gjennom fase 2 av revisjonsprosjektet.

Hovedtrekkene var stort sett felles for foretakene, mens det var forskjeller både mellom foretak og internt i enkelte foretak i organiseringen av arbeidet på operativt nivå.

Det overordnede ansvaret for medisinsk kodepraksis ligger hos foretakets administrerende direktør. Klinikksjefene (ledernivå 2) har et overordnet ansvar for kodepraksis i egen klinikk, og avdelingslederne (ledernivå 3) har tilsvarende ansvar for sin avdeling. De fleste HF-ene har en sentral stabsfunksjon med ansvar for sentral kontroll og kvalitetssikring av kodingen og til dels organisering av opplæring innen medisinsk koding.

Ved noen helseforetak er det opprettet egne utvalg som har oppgaver knyttet til sentral oppfølging av kodepraksis. Dette gjelder eksempelvis i Helgelandssykehuset HF hvor det siden 2004 har eksistert et DRG-utvalg bestående av ISF-leder, medisinsk direktør, to avdelingssjefer og en overlege. Utvalget følger opp kodepraksisen ved foretaket, organiserer opplæring og informerer om endringer i regelverk.

Rollefordelingen tilknyttet det operative kodearbeidet ved foretakene kan generelt oppsummeres slik

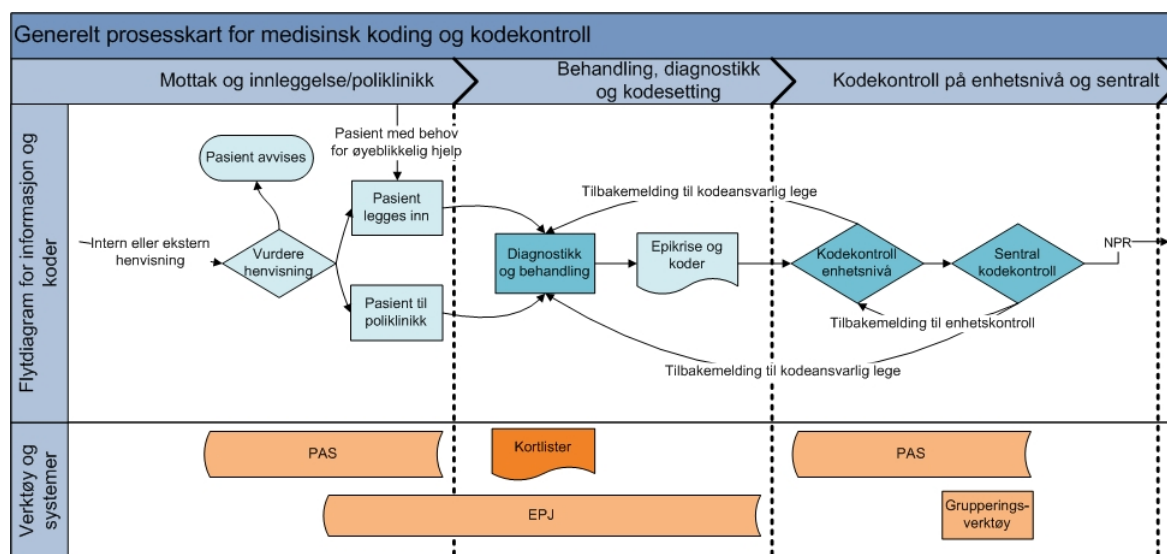
- LIS-leger og turnusleger dikterer (eventuelt skriver) epikriser og tilhørende medisinske koder.
- Helsesekretærer fører kodene i PAS/EPJ og skriver/ferdigstiller epikrisene.
- Overleger (noen steder spesifisert til kodeansvarlig lege) skriver, kontrollerer og kontraserer epikriser/koding.
- Kodekontrollere (helsesekretærer/merkantilt personell) kvalitetssikrer diagnose- og prosedyrekoder i den enkelte avdeling (gjelder ikke alle HF).

- Kodeansvarlig lege samarbeider med kodekontroller og godkjenner endring av koder.

Ved noen HF ble det i intervju uttalt at sentralisering av helsesekretærer de senere år har medført at den enkelte helsesekretærs kunnskap om spesifikke fagområder har blitt redusert. Dermed har også helsesekretærenes forutsetninger for å avdekke kodefeil i forbindelse med føring av koder og epikriser blitt dårligere. Dette ble oppfattet som konsekvenser av en organisering som innebærer større rotasjon og/eller avstand til det medisinske fagmiljøet enn tidligere.

Figur 1 viser et prosesskart for prosessen med kodesetting og kodekontroll. Foretakene har bekreftet at dette generelle kartet er en tilfredsstillende beskrivelse av den generiske prosessen. Nedenfor gis en kort beskrivelse av prosessen basert på dette kartet.

Figur 1: Prosesskart for medisinsk koding og kodekontroll



Mottak og innleggelse/poliklinikk

Proessen starter med intern eller ekstern henvisning av pasient. Opplysninger om pasienten føres inn i PAS-systemet⁷. Henvisningen vurderes, og pasientens rett til/behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten besluttet. Dersom pasienten får tilbud om helsehjelp settes en frist for oppstart av helsehjelpen, eller pasienten settes opp til time for innleggelse eller poliklinisk behandling.

Øyeblikkelig hjelp-pasienter legges direkte inn, eller sendes hjem etter poliklinisk vurdering/behandling.

Ved noen helseforetak/klinikker/avdelinger blir det satt tentative diagnosekoder basert på opplysninger i henvisningen. I intervjuene ble det antydnet at tentative diagnosekoder ved mottak bidrar til fullstendighet i koding av hoveddiagnoser, men medfører risiko for at det blir registrert feil hoveddiagnose ved utskrivelse dersom hoveddiagnosen endrer seg i løpet av behandlingsforløpet.

Behandling, diagnostikk og kodesetting

Det er observert to hovedmodeller for kodesetting ved poliklinisk behandling. Den ene er at helseforetaket har skjemaer med aktuelle koder som fylles ut i forbindelse med behandlingen og leveres til helsesekretærer som fører kodene inn i IT-systemet. Den andre modellen er at behandelende lege fyller inn koder i IT-systemet direkte i løpet av konsultasjonen.

⁷ Patientadministrativt system

For inneliggende pasienter blir koder som regel satt i forbindelse med utskriving av pasienten. I hovedsak er det utskrivende/behandlende lege som dikterer epikrise og setter tilhørende koder. Ved en del foretak benyttes talegjenkjenningsverktøy som skriver epikrise og koder basert på legens diktat. Det kom frem i flere intervjuer at dette systemet medfører risiko for feiltolkninger av talegjenkjenningen, noe som forsterkes av at diktering tidvis skjer i miljøer med mye støy.

Kodekontroll

Kodekontroll er som regel organisert i tre nivåer: kodekontroll gjennom kontrasignering, kodekontroll på enhetsnivå og sentral kodekontroll. Omfang og fokus i de ulike kontrolleddene varierer mye mellom foretakene. Nærmere beskrivelse av kodekontroll gis i kapittel 2.3.2 Nøkkelkontroller.

2.1.2 Opplæring og krav til kompetanse

I spørreundersøkelsen ble de ansatte spurt om de har fått formell opplæring (på kurs, avdelingsmøte eller en-til-en opplæring) i medisinsk koding det siste året. 31 %⁸ av respondentene i gruppe 1 som selv setter koder svarer at de har fått slik opplæring. Denne andelen varierer imidlertid fra 9 % til 73 % mellom helseforetakene. Blant respondenter fra gruppe 2 som oppgir at de er administrativt personell som arbeider med kontroll av medisinsk koding oppgir 54 %⁸ at de har fått formell opplæring det siste året. Her varierer andelen fra 0 % til 100 %.

De ansatte ble i spørreundersøkelsen også spurt om de mener de har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk. Resultater for gruppe 1 er presentert i Figur 2. Ved 14 av de 21 helseforetakene oppgir minst 40 % av respondentene fra gruppe 1 at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring⁹. Kun ved ett helseforetak var denne andelen mindre enn 20 %.

Bildet er annerledes for administrativt personell som arbeider med kontroll av medisinsk koding (Figur 3). Kun ved 3 av 21 HF oppgir minst 40 % av respondentene at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring⁹.

⁸ Det er brukt HF-vektning på resultatene.

⁹ Det vil si oppgir skår 1-3.

Figur 2: Opplevd grad av opplæring

Spørsmål

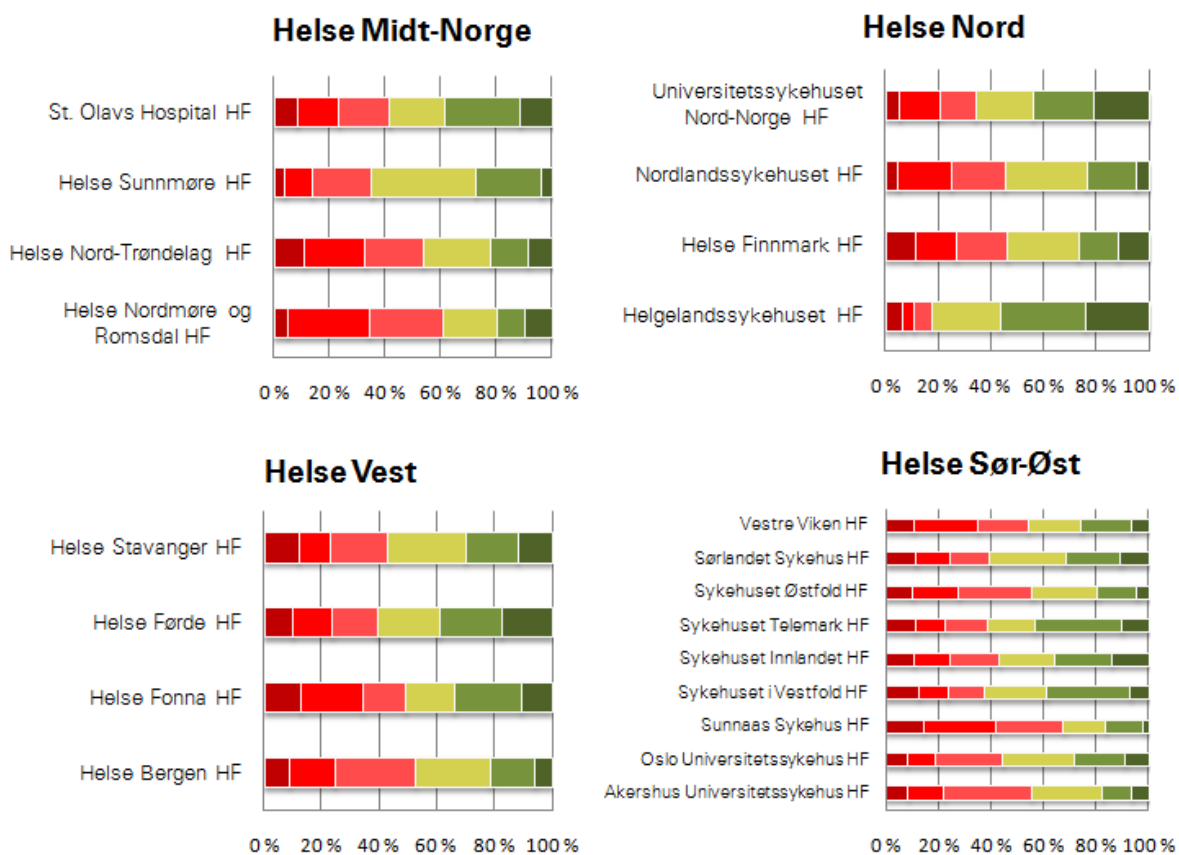
"Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk"

Svarskala

1 Helt uenig 2 3 4 5 6 Helt enig

Gruppe og filter

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



Figur 3: Opplevd grad av opplæring hos kontrollpersonell

Spørsmål

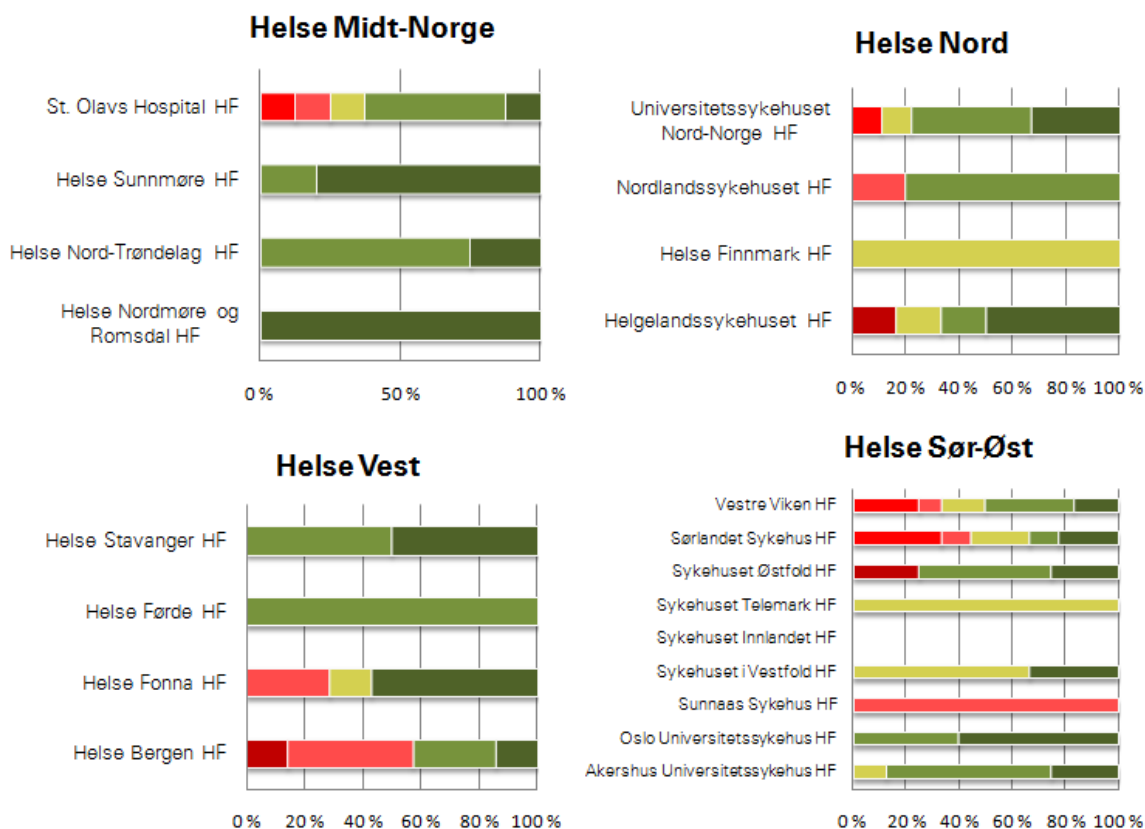
"Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk"

Svarskala

1 Helt uenig 2 3 4 5 6 Helt enig

Gruppe og filter

Gruppe 2, kun administrativt personell som arbeider med kontroll av medisinsk koding¹⁰



På spørsmål om de føler seg trygge på at de bruker riktige medisinske koder, gir totalt 49 % i gruppe 1 klart uttrykk for at de er trygge på at de gjør dette.¹¹ Som Figur 4 viser er det en viss variasjon i opplevd kodetrygghet mellom helseforetakene, men i alle helseforetak er det over 40 % som ikke gir klart uttrykk¹² for at de er trygge på at de koder medisinsk korrekt.

Det er også kartlagt at det er en sammenheng mellom de ansattes opplevde kodetrygghet og i hvilken grad de mener at de har fått tilstrekkelig opplæring¹³. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at de som oppgir at de har fått tilstrekkelig opplæring, er mer trygge på at de koder riktig enn ansatte som svarer at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring.

¹⁰ Ingen av respondentene ved Sykehuset Innlandet HF oppga at de er administrativt personell som arbeider med kontroll av medisinsk koding.

¹¹ Det vil si oppgir skår 5-6. Det er brukt justert vektning på resultatet.

¹² Det vil si oppgir skår 1-4.

¹³ Korrelasjonskoeffisienten mellom de ansattes opplevelse av om de har fått tilstrekkelig opplæring i koding og deres kodetrygghet er 0,54 (Pearson's R). (Se også fotnote om korrelasjonstall i avsnitt 1.4.1.)

Figur 4: Trygghet ved egen kodebruk

Spørsmål

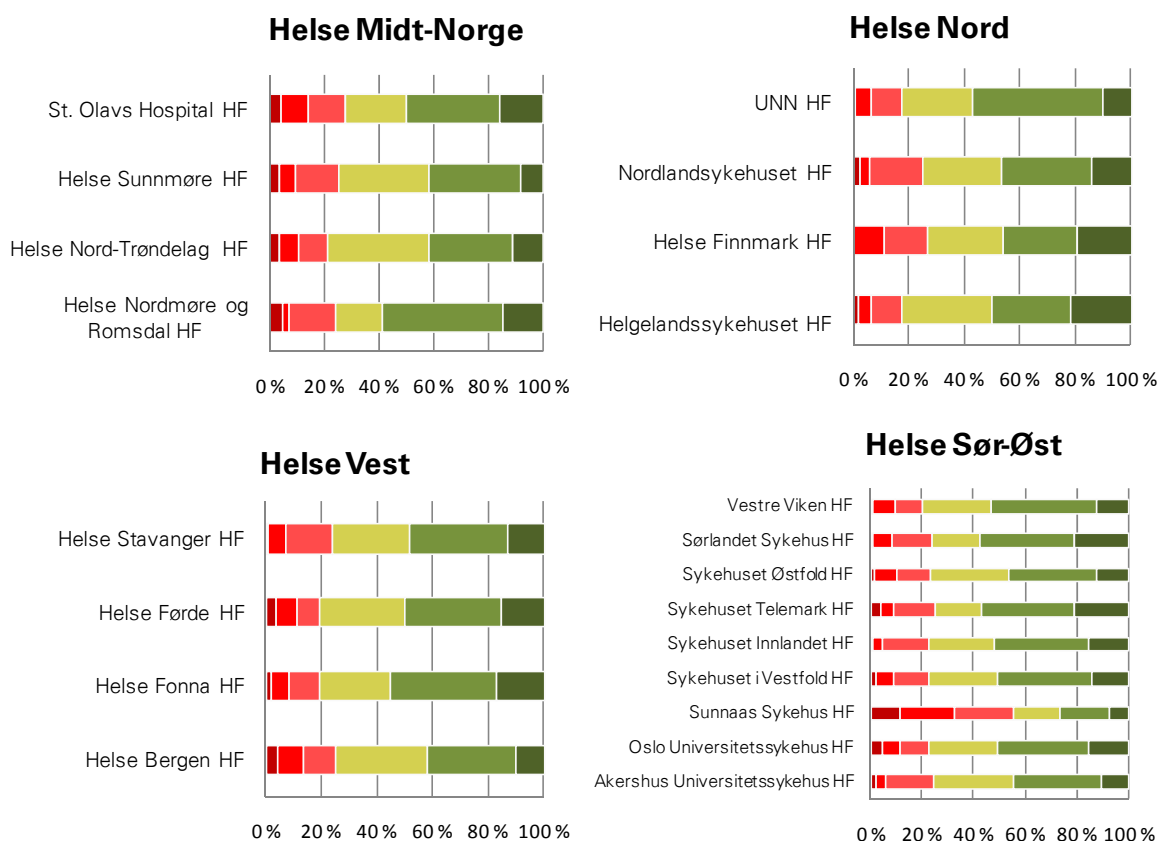
“Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder”

Svarskala

1 Helt uenig 2 3 4 5 6 Helt enig

Gruppe og filter

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



At helsepersonell som setter medisinske koder opplever deres opplæring som utilstrekkelig bekreftes også gjennom intervjuene. De fleste representanter fra denne gruppen mente de ikke hadde fått tilstrekkelig opplæring. Også i intervjuer med ledere og kontrollpersonell ble det påpekt at de opplevde opplæringen av helsepersonell som setter medisinske koder som utilstrekkelig.

Kontrollpersonellets oppfatning av egen opplæring var varierende. Noen var tilfreds med den, mens andre kunne fortelle at de hadde behov for ytterligere opplæring. Ved flere HF hadde kontrollpersonell deltatt på Nirvaco-kurs¹⁴, og mente de hadde stor nytte av dette.

Resultatene fra revisjonsbesøkene, inklusiv mottatt dokumentasjon, viser at det i liten grad er stilt konkrete kompetansekrav innen medisinsk koding ved de ni helseforetakene. Ved de fleste foretakene var det imidlertid opplevd en forventning om at den enkelte skal tilegne seg den kompetansen som er nødvendig for å gjennomføre sine arbeidsoppgaver tilknyttet koding. Ved to foretak var kravene nedfelt i stillingsinstruksene for kodekontrollere, kliniksjefer og/eller overleger.

Ved seks av ni helseforetak er det et krav om at turnusleger skal ha gjennomført kodeopplæring som en del av introduksjonskurs. Ved to av de ni helseforetakene er det stilt krav om at alle leger skal ha gjennomført opplæring innen koding. Dette kravet omfatter at alle leger skal gjennomføre

¹⁴ Grunnkurs i medisinsk klassifisering (kodekurs) for ikke-medisinere.

e-læringskurs med tilhørende selvtest. Ved ett av disse HF-ene er det i tillegg krav om at selvtesten skal gjennomføres årlig.

Alle helseforetakene har tilgang til det samme e-læringskurset. Ved de fleste var det kommunisert en anbefaling om å gjennomføre kurset, men de opplevde at det var svært få leger som prioriterte å gjennomføre det.

2.1.3 Holdninger til medisinsk korrekt koding

De signaler om medisinsk koding, som ledelsen sender ut kan påvirke de ansattes holdninger. Det har derfor blitt kartlagt hvordan de ansatte oppfatter ledelsen på dette området. I spørreundersøkelsen ble de ansatte stilt spørsmål om de opplever at egen HF-ledelse og avdelingsledelse er opptatt av korrekt medisinsk koding og om de tydelig kommuniserer at kodingen skal være medisinsk korrekt. Resultatene er presentert i Tabell 4.

Tabell 4: HF-ledelsens og avdelingsledelsens kommunikasjon om medisinsk korrekt koding¹⁵

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

Et generelt inntrykk fra intervjuene ved de ni helseforetakene er at personellet er opptatt av at det skal kodes medisinsk korrekt. Det ble også uttalt ved flere HF at de opplever at fokuset har endret seg i løpet av de siste fem årene, og at man i dag er mer opptatt av medisinsk korrekt koding og at dette vil gi de inntekter man har krav på.

Selv om det i intervjuer fremkom at man også var bevisst på kodingens funksjon for medisinsk statistikk, uttalte noen leger at de likevel oppfattet kodingen som "å skrive faktura". Enkelte ga også uttrykk for en betydelig skepsis til bruk av registrerte koder for andre formål, for eksempel som grunnlag for kvalitetsindikatorer eller forskning.

2.1.4 De ansattes oppfatninger av regelverket for medisinsk koding

Med regelverket menes i denne sammenheng ISF-regelverket utgitt av Helsedirektoratet, med tilhørende nasjonal kodeveileder og kodeverkene som benyttes ved registrering av pasientbehandling og ved rapportering til NPR¹⁶: ICD-10¹⁷ for koding av tilstander/diagnoser, klinisk prosedyrekodeverk, nasjonale særkoder og ATC¹⁸-koder for koding av legemidler.

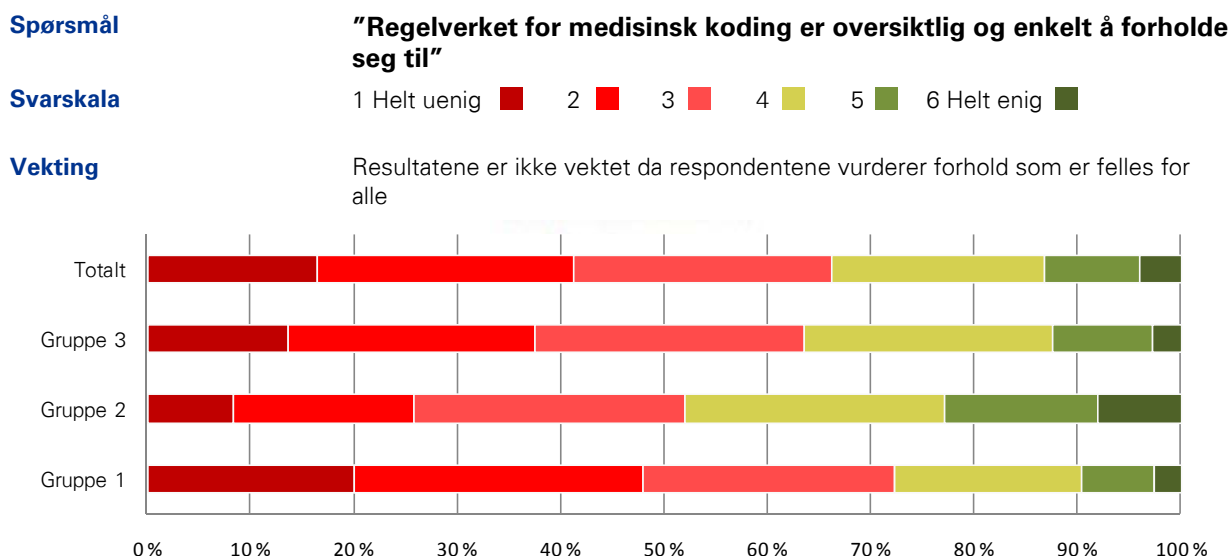
¹⁵ Viser andel av respondenter oppgir skår 4-6 på spørsmålet. Det er brukt HF-vekting på resultatene.

¹⁶ Norsk Pasientregister

¹⁷ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision

¹⁸ Anatomical Therapeutic Chemical Classification System

Figur 5: Opplevelse av regelverket for medisinsk koding



I spørreundersøkelsen ble alle grupper bedt om å vurdere om regelverket for medisinsk koding er oversiktlig og enkelt å forholde seg til. Figur 5 viser at resultatene varierer på tvers av gruppene og at totalt 66 % av respondentene oppgir at de er uenig¹⁹ i denne påstanden. Minst enighet i påstanden er det hos gruppe 1, størst hos gruppe 2.

Utfordringer ved regelverket var også et gjennomgående tema i intervjuene. Mange klinikere ga uttrykk for at regelverket er komplisert, ofte kan oppleves som ulogisk og ikke alltid sammenhengende med medisinske vurderinger. Det ble også gitt uttrykk for at DRG-vekten ikke alltid gjenspeiler de faktiske ressursbehovene tilknyttet behandlingen. I ett intervju ble det vist til en foreleser på DRG-forum²⁰ som hadde vist eksempler der flere ulike måter å kode på, som alle var medisinsk korrekt, ga betydelig forskjellig refusjon.

2.1.5 IT-systemer brukt til koding

IT-systemene ved helseforetakene er viktige i arbeidet med medisinsk koding. Koder registreres i journalsystemet og blir videre rapportert til NPR. For å bidra til god kodekvalitet er det viktig at IT-systemene er tilpasset brukerne og har nødvendig funksjonalitet og brukervennlighet for å unngå feilregistrering og -rapportering.

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å vurdere en påstand om at IT-systemet som er brukt til å registrere medisinske koder er enkelt å bruke. Det er stor forskjell mellom gruppene på dette spørsmålet.

I gruppe 1 fremgår det at 52 %²¹ av respondentene er uenig²² i at IT-systemet er enkelt å bruke. Fordelingen av svarene varierer mellom HF-ene, men ved 12 av 21 HF oppgir mer enn halvparten av respondentene at de er uenig i påstanden, se Figur 6.

¹⁹ Det vil si oppga skår 1-3.

²⁰ Et uavhengig og frittstående forum for personer, institusjoner og firmaer som er interesserte i å arbeide med problemstillinger knyttet til DRG-klassifisering og ISF-ordningen.

²¹ Det er brukt justert vektning på resultatene.

I gruppe 2 er det til sammenlikning kun 21 % som er uenig. Ved 12 av 21 HF er det over 80 % fra gruppe 2 som er enig²³ i at IT-systemet er enkelt å bruke, se Figur 7.

Figur 6: Opplevelse av IT-systemet hos Gruppe 1

Spørsmål

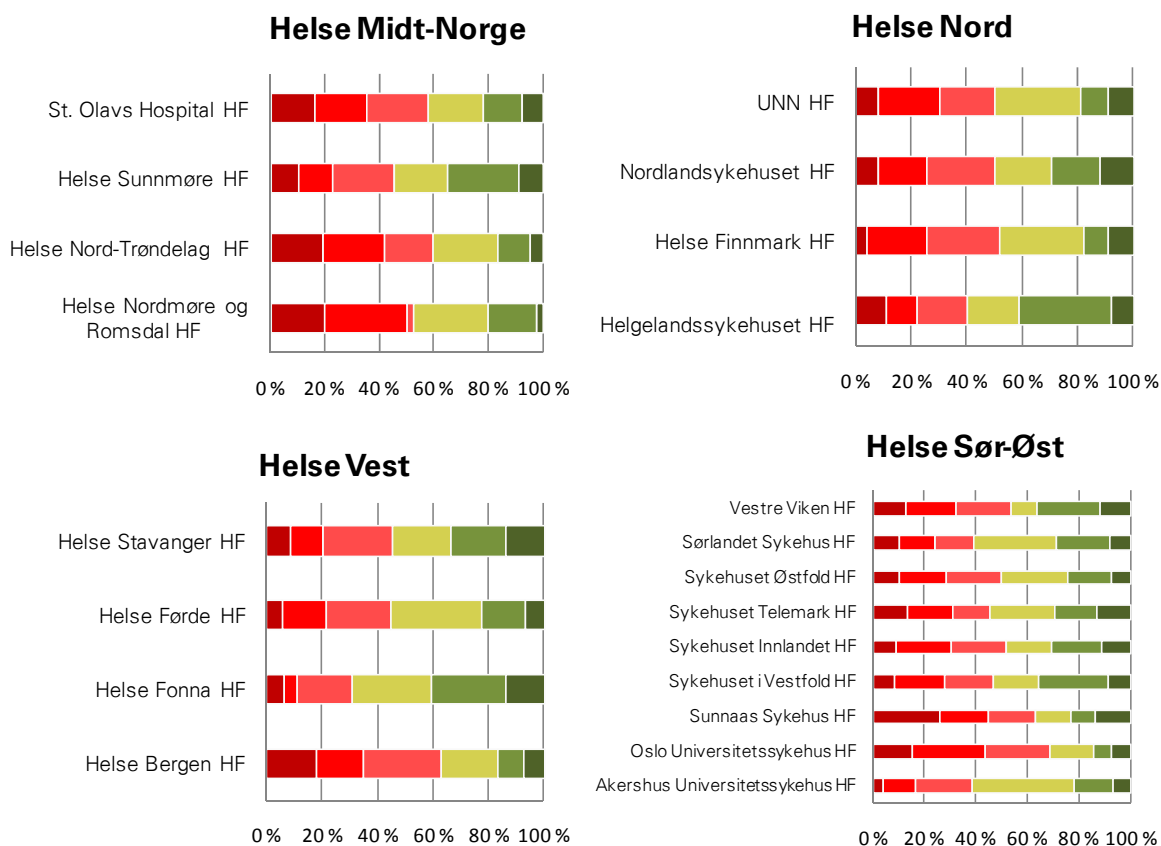
“Jeg mener it-systemet (PAS/EPJ/Annet) som jeg benytter til å registrere medisinsk koding i er enkelt å bruke”

Svarskala

1 Helt uenig 2 3 4 5 6 Helt enig

Gruppe

Gruppe 1



²² Det vil si oppgir skår 1-3.

²³ Det vil si oppgår skår 4-6.

Figur 7: Opplevelse av IT-systemet hos Gruppe 2

Spørsmål

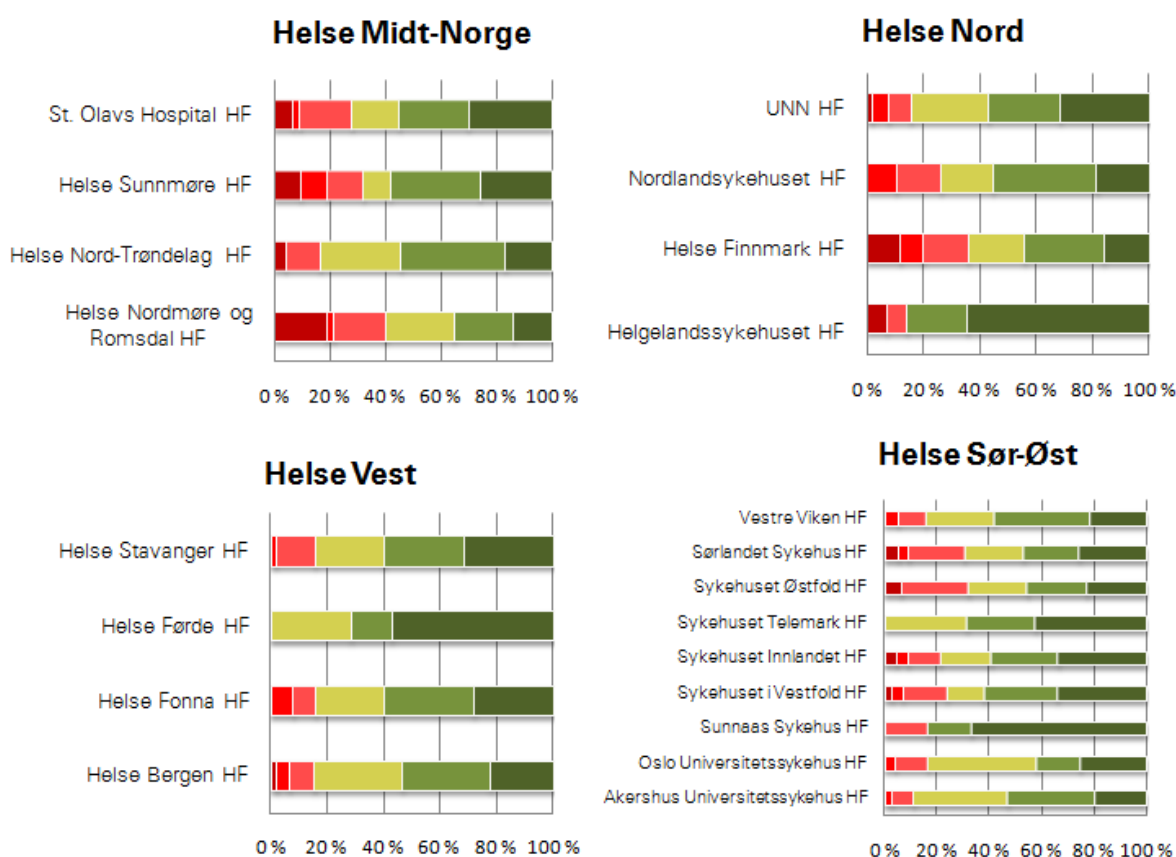
"Jeg mener it-systemet (PAS/EPJ/annet) som jeg benytter til å registrere medisinsk koding i er enkelt å bruke"

Svarskala

1 Helt uenig 2 3 4 5 6 Helt enig

Gruppe

Gruppe 2



I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å evaluere hva som er relevante feilkilder til eventuell feilkoding. Ett av svaralternativene var at dataverktøyene (PAS/EPJ) som benyttes ikke er gode nok. 61 % av de som selv setter medisinske koder i gruppe 1 er enige²⁴ i denne påstanden.²⁵

Gjennom intervjuene ble det gitt uttrykk for at opplevelsen av IT-systemene varierte mellom HF-ene, selv der de hadde samme systemer. Opplevelsen varierte også innad i HF-ene. Generelle trekk var at stabspersonell hadde bedre opplevelse av systemene enn personell i klinisk virksomhet, og at de med mer erfaring fra systemene hadde bedre opplevelse enn de som nylig hadde tatt systemene i bruk.

To eksempler på forhold som bidro til dårlig opplevelse ble trukket fram: for dårlige søkefunksjoner for oppslag i kodeverk og/eller manglende integrering av egnede søkeverktøy, og at skjermbildene er for lite tilpasset rollen til brukeren.

Av andre forhold som representerer en risiko for kodekvaliteten ble det nevnt trege datamaskiner og dårlig funksjonalitet ved talegjenkjenningsverktøy.

²⁴ Det vil si oppgir skår 4-6.

²⁵ Se Figur 9 i 2.1.7 for svaroversikt på dette spørsmålet. Det er brukt justert vektning på resultatene.

En tilbakevendende problemstilling i foretakene som var med i fase 2 var at det finnes flere uavhengige IT-systemer i bruk, gjerne spesifikke for avdelinger eller fagområder. Det fremkom i intervjuene at der disse ikke er integrert mot journalsystemet, vil dette kunne medføre en risiko for at kodene ikke blir overført på riktig måte og dermed ikke rapportert til NPR, eller at kodene blir rapportert to ganger. Noen steder var det utarbeidet rutiner for å forsøke å sikre denne overføringen, men i hovedsak var disse rutinene ikke formalisert/dokumentert.

Det finnes dataverktøy som, automatisk eller via menyvalg, kan utføre DRG-gruppering og få ut DRG-informasjon. Etter gruppering vises beregning av DRG-poeng, DRG-vekt eller refusjonsbeløp i kroner for oppholdet. Noen varianter av slike grupperingsverktøy kan også brukes til simulere seg fram til den koderekkefølgen som gir mest økonomisk uttelling. Bruk av denne funksjonaliteten er blitt vurdert som en risiko for misbruk.

Bruk av slike verktøy ble diskutert i intervjuene. Det ble fortalt at grupperingsverktøy brukes hovedsakelig i forbindelse med analyse av datamateriale før NPR-rapportering. I noen tilfeller ble også grupperingsverktøy brukt i forbindelse med planlegging av ny aktivitet ved foretakene, for å vurdere lønnsomheten av den planlagte aktiviteten. Det ble gjennom intervjuene understreket at grupperingsverktøy ikke blir brukt av kodesettere for å bestemme koderekkefølge med hensikt å øke refusjonsbeløpet.

2.1.6 Tilgjengelig tid til koding

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å svare på om de opplever å ha tilstrekkelig tid til koding. Svarene varierer, men i hovedsak opplever gruppe 1 at de har for liten tid til å finne/sette riktig medisinsk kode. Ved 19 av 21 HF oppgir over 50 % at de ikke har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig kode.²⁶ Resultatene vises i Figur 8.

²⁶ Det vil si oppgir skår 1-3.

Figur 8: Tid til koding

Spørsmål

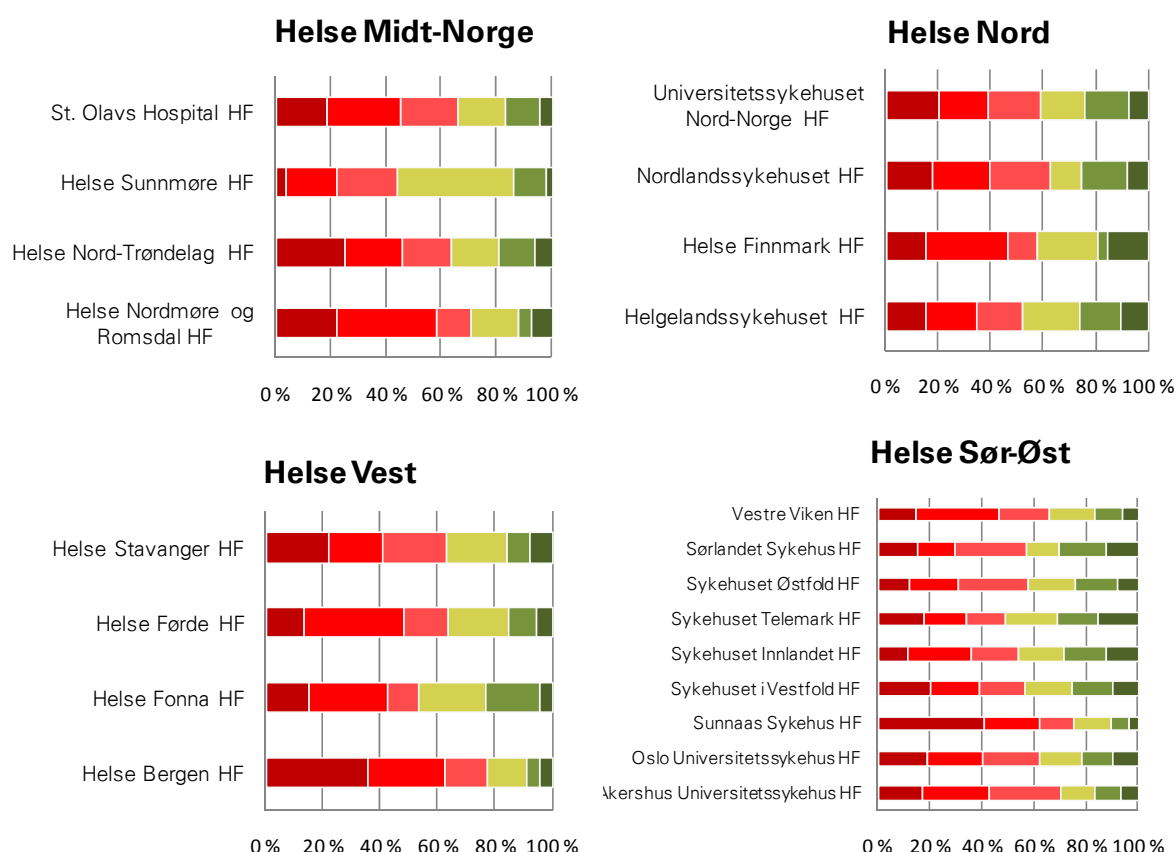
"Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig medisinsk kode"

Svarskala

1 Helt uenig 2 3 4 5 6 Helt enig

Gruppe

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



I intervjuene ble tidsutfordringene spesielt trukket frem i forbindelse med poliklinisk behandling. Ved flere HF er det slik at legene selv skal sette koder og legge disse inn i IT-systemet fortløpende. Legene opplevde at dette var for tidkrevende og at det gikk ut over tiden med pasientene, som allerede oppleves som knapp. Denne utfordringen ble ikke omtalt ved HF-ene der det fortsatt er helsesekretærer som legger kodene inn i IT-systemet basert på kortliste/skjema utfylt av legen og levert av pasienten.

Det er et nasjonalt krav at epikrise skal sendes senest en uke etter utskrivelse. I flere intervjuer framkom det at dette ofte medførte opphoping av uferdige epikriser, og at legene dermed har en stor bunke med epikriser som skal kodes samtidig. Flere av de som ble intervjuet mener at kravet om epikrise innen en uke medfører at de ikke kan ta seg tilstrekkelig tid til å finne den beste koden/kodekombinasjonen, noe som resulterer i at det for ofte benyttes en samlekode (Z-kode) eller en kode som ikke fullstendig beskriver tilstanden til pasienten.

Enkelte foretak opererer med at pasienten skal få epikrisen "i hånda" ved utskrivelse. Det ble ved disse foretakene fortalt at kodesettingen ble hastearbeid med følgende risiko for dårlig kodekvalitet.

Ved mange avdelinger er det utarbeidet hjelpeverktøy som kan bidra til å redusere tidsbruken til koding. Det vanligste eksempelet er kortlister der de mest brukte kodene for fagfeltet er samlet. Av

respondentene i Gruppe 1 er det 84 % ²⁷ som svarer ja på at enheten/avdelingen de jobber i har utarbeidet kortlister over de mest brukte medisinske koder/prosedyrer. 5 % av Gruppe 1 vet ikke om slike lister finnes i deres enhet/avdeling.

I intervjuene ble det gitt uttrykk for at kortlister er gode verktøy for å redusere tidsbruken og sikre et visst nivå på kodekvaliteten. På den annen side ble det fortalt at i de tilfellene der korrekt kode ikke står på kortlisten velges ofte den mest representative koden tilgjengelig på listen, eller en samlekode. Dette ble uttrykt som en risiko for kodekvaliteten.

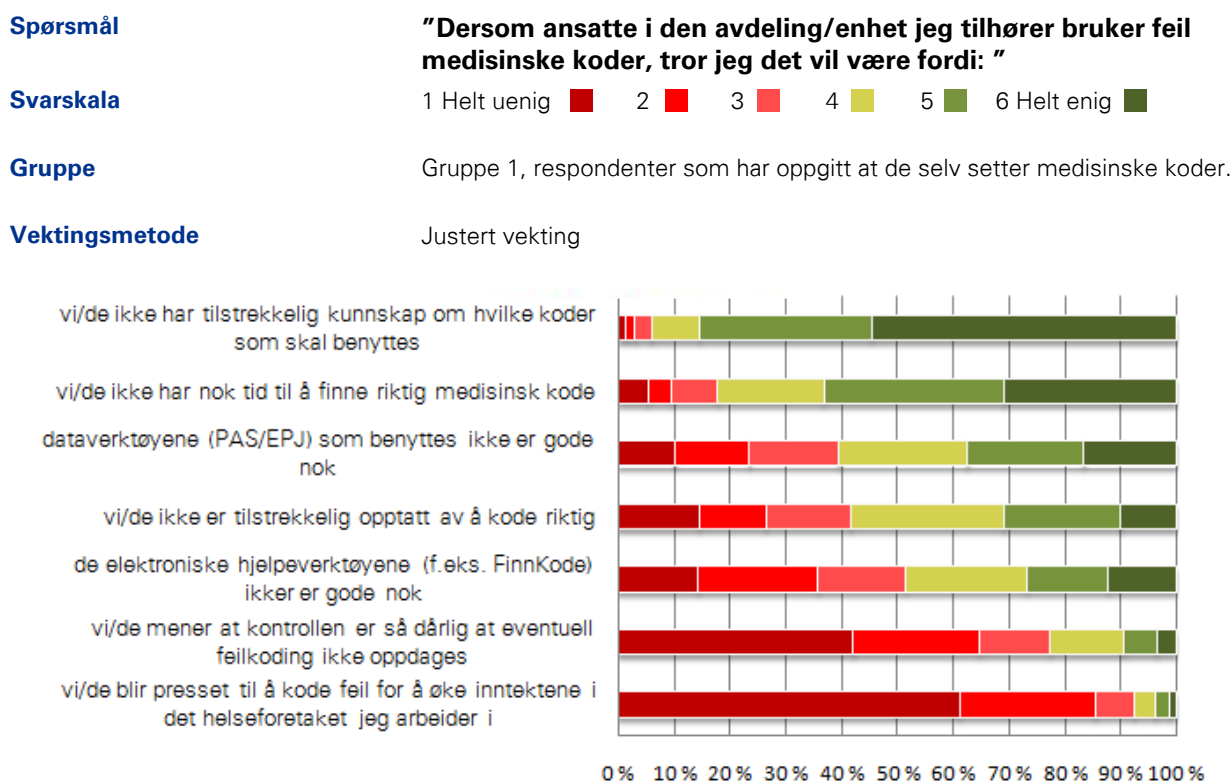
2.1.7 Årsaker til feilkoding

I tidligere revisjoner/undersøkelser omtalt i kapittel 1.3 har det fremkommet at kodekvaliteten har vært for dårlig og at det er stor grad av feilkoding i foretakene.

I denne revisjonen ble de ansatte, i spørreundersøkelsen, bedt om å vurdere relevansen av ulike kilder til eventuell feilkoding i egen avdeling/enhet. Svarene viste at de tre viktigste er "vi/de har ikke tilstrekkelig kunnskap om hvilke koder som skal benyttes", "vi/de har ikke nok tid til å finne riktig medisinsk kode", og "dataverktøyene (PAS/EPJ) som benyttes er ikke gode nok", se Figur 9. Opplevelsen av å bli presset til å kode feil for å øke inntektene i helseforetaket er vurdert som den minst relevante feilkilden.

Manglende kunnskap om hvilke koder som skal benyttes, lite tid til koding og misnøye med it-systemene som benyttes i koding, ble også i intervjuene beskrevet som sentrale årsaker til risiko for feilkoding i egen enhet, sammen med manglende motivasjon til kodesetting hos leger.

Figur 9: Opplevde årsaker til feilkoding



²⁷ Filtrert for de i gruppe 1 som oppgir at de selv setter medisinske koder. Det er brukt HF-vekting på resultatet.

2.1.8 Varsling og bevisste brudd på koderegelverket

De ansatte ble i spørreundersøkelsen stilt spørsmål knyttet til bevisste brudd på koderegelverket i form av feilkoding eller valg av ikke-optimal behandling for å øke refusjonsbeløpet. Resultatene er HF-vektet og presentert i Tabell 5.

Tabell 5: Kjennskap til brudd på koderegelverket

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

Det er tre HF der ingen har oppgitt kjennskap til bevisst brudd av feil medisinsk kode for å øke refusjonsbeløpet. I fem HF har ingen oppgitt kjennskap til valg av ikke-optimal behandling for å øke refusjonsbeløpet.

Antall ansatte som har oppgitt kjennskap til brudd på koderegelverket er lavt ved alle helseforetakene unntatt ett. Ved dette foretaket har 17 % av gruppe 1 og 26 % av gruppe 3 oppgitt kjennskap til bevisst feilkoding, og 17 % av gruppe 3 har oppgitt kjennskap til ikke-optimal behandling.

I kapittel 2.1.7, Figur 9 presenteres gruppe 1 sin vurdering av relevansen av ulike feilkilder til koding. 8 % av de som selv setter medisinske koder i gruppe 1 anser press til å kode feil for å øke inntektene som en relevant feilkilde.²⁸ Andelen som oppgir dette varierer fra 0 % til 17 % mellom helseforetakene, med de fleste foretakene rundt gjennomsnittet. Et hovedinntrykk fra de gjennomførte intervjuene er også at det medisinske personellet i liten grad opplever et press for å kode bevisst feil for å øke den økonomiske refusjonen.

De ansatte ble spurt om de vil velge å melde fra til ledelse eller andre aktuelle parter ved kjennskap til, eller sterk mistanke om, bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF. Av respondentene i gruppe 1 oppgir 76 % at de vil velge å melde fra. 3 % svarer at de ikke vil melde fra, mens de øvrige 21 % har svart "vet ikke".²⁹ I gruppe 2 er det 83 % som vil melde fra, 16 % som er usikre og 1 % som ikke ville melde fra.²⁹ Det er gjennomgående en høy andel ansatte i alle helseforetak som svarer at de vil velge å melde fra.

For å redusere risikoen for at bevisst feilkoding og andre kritikkverdige forhold ikke blir meldt fra om, er det viktig at de ansatte føler seg trygge på at de vil bli behandlet på en forsvarlig måte dersom de ønsker å melde fra om slike forhold. I spørreundersøkelsen ble derfor respondentene bedt om å vurdere ulike aspekter i forbindelse med varsling av brudd på reglene for koding. Det er stor enighet blant respondentene om at å varsle er det riktige å gjøre og at det forventes av dem, men det fremkommer en usikkerhet rundt konsekvenser for varsleren. For eksempel oppgir 20 % at de ikke er trygge på at de vil bli behandlet anonymt i en varslingssituasjon, og 32 % svarer "vet ikke".³⁰ Se for øvrig Figur 10 for flere resultater.

²⁸ Det vil si oppgir skår 4-6. Det er brukt justert vektning på resultatet.

²⁹ Det er brukt HF-vektning på resultatene.

³⁰ Det vil si oppgir skår 1-3. Det er brukt justert vektning.

Figur 10: Opplevde konsekvenser av å melde fra om brudd på reglene for koding

Spørsmål

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

Svarskala

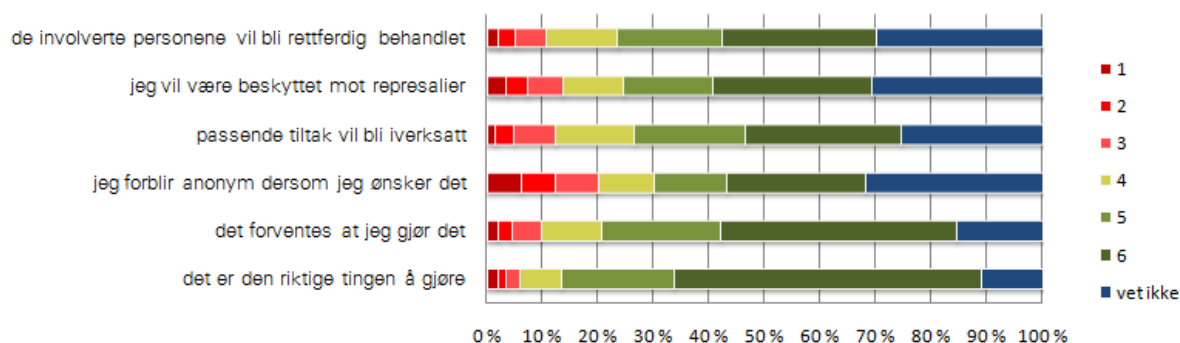
1 Helt uenig ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 Helt enig ■

Gruppe og filter

Gruppe 1

Vekting

Justert vekting



2.1.9 Samlet vurdering av styrings- og kontrollmiljø

Et godt styrings- og kontrollmiljø vil være avhengig av en god organisering med klare roller og ansvarsforhold for medisinsk koding og tydelig forankring av kontrollfunksjonene.

Hovedtrekkene for roller, ansvarsfordeling og organisering av arbeidet relatert til medisinsk koding er stort sett felles for foretakene, og etter internrevisjonens vurdering etablert med en hensiktsmessig rollefordeling på overordnet nivå. På operativt nivå er det imidlertid forskjeller både internt i det enkelte helseforetak og mellom foretakene. Dette gjelder for eksempel oppgavefordeling mellom leger og helsesekretærer, rutiner for kontrasignering av epikriser og hvilke kontrollfunksjoner som er etablert. Disse forskjellene gir ulikheter i kvaliteten på arbeidet med å sikre riktig koding.

Undersøkelsen viser at det er tydelig kommunisert fra ledelsen at kodingen skal være medisinsk korrekt. Dette er også oppfattet nedover i organisasjonen og ser ut til å ha positiv innvirkning på holdningene hos øvrige ansatte. Internrevisjonen oppfatter dette som svært viktig for å forebygge kreativ koding. Internrevisjonens vurdering er likevel at det i hovedsak er det økonomiske formålet som er drivkraften for korrekt koding – men da i forhold til at enheten får de inntekter den har krav på. Egeninteressen for korrekt koding for andre formål er lite framtrødende. Enkelte ga uttrykk for en betydelig skepsis til bruk av registrerte koder for andre formål, for eksempel som grunnlag for kvalitetsindikatorer eller forskning. Vi oppfatter dette som manglende tillit til kvaliteten av registrerte data for annet enn økonomiske formål.

Vi vil også trekke fram som en risiko at mange kodesettere opplever koderegelverket som uoversiktlig og vanskelig å forholde seg til. Dette kan medføre frustrasjon og manglende motivasjon til god kodepraksis.

Internrevisjonen har observert at det kun i få tilfeller er stilt formelle krav til kodekompetanse og obligatorisk opplæring hos kodesettere og -kontrollere. Både i spørreundersøkelsen og i intervjuene fremkom det at en stor andel av de som selv setter koder opplever opplæringen som utilstrekkelig, samtidig som manglende kunnskap hos kodesettere oppfattes som den største risikoen for

feilkoding i foretakene. Sammen med kompleksiteten i koderegelverket og varierende kvalitet på kontrollfunksjonene vurderes dette som en betydelig risiko for feilkoding.

Manglende tid til koding er også påpekt som en risiko for feilkoding. Internrevisjonens forståelse er at denne opplevelsen av tidspress i stor grad er koplet mot de tidsfrister som gjelder for utsending av epikrise. Opplevelse av tidspress gjelder også ved de poliklinikker der det forventes at behandler skal journalføre koder fortløpende direkte i EPJ/PAS i forbindelse med konsultasjon av den enkelte pasient. Disse problemstillingene vil bli nærmere drøftet i kapittel 3.5.

Gjennom denne revisjonen har det ikke framkommet holdepunkter for at IT-systemer benyttes til å endre koderekkefølgen med sikte på å maksimere inntjening. Derimot har det framkommet enkelte eksempler på at det benyttes grupperingsverktøy for å vurdere potensiell inntjening i forbindelse med planlegging og oppstart av ny aktivitet.

En stor andel av respondentene har i spørreundersøkelsen oppgitt "at PAS/EPJ-systemene ikke er gode nok" som en potensiell kilde til feilkoding. Basert på dette, sammen med opplysninger i intervjuene, er internrevisjonens vurdering 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.

Resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjuene antyder at bevisste brudd på koderegelverket for å øke refusjonsbeløpet kan forekomme i liten grad. Internrevisjonens oppfatning er at kodesettere generelt ønsker å finne riktig kode, men at kompleksiteten i systemet gjør riktig koding krevende. Ved en eventuell varslig av feilkoding internt i organisasjonen viser spørreundersøkelsen at en del er usikre på hvordan varslene vil behandles. Dette kan medføre risiko for at det ikke meldes fra om det skulle oppdages regelbrudd.

Vurderingen samlet sett er at styrings- og kontrollmiljøet i foretakene på området medisinsk kodepraksis bør forbedres.

2.2 Målsettinger og risikovurderinger

Følgende problemstillinger fra mandatet inngår i temaområdet:

- Har foretakene fastsatt målsettinger for arbeidet med medisinsk koding?
- Gjennomfører foretakene risikovurderinger på området?

Resultatene fra spørreundersøkelsen og gjennomførte intervjuer samt dokumentanalyse er slått sammen for å besvare problemstillingene.

2.2.1 Målsettinger

For å kunne vurdere og håndtere risiko forbundet med et område eller en prosess er det nødvendig at det er etablert målsettinger for området, enten kvantitative, kvalitative eller en kombinasjon av disse. Uklare eller manglende mål bidrar i seg selv ofte til styringsmessige utfordringer. Revisjonen har i begge faser kartlagt om det er etablert formelle målsettinger for medisinsk koding i helseforetakenes styringsdokumenter.

Ved de ni helseforetakene som inngikk i fase 2 er det ikke etablert skriftlige målsettinger for arbeidet med medisinsk koding, bortsett fra at det er fastsatt mål for produksjon av DRG-poeng.

Foretaksledelsen³¹ i helseforetakene ble i undersøkelsen spurt om deres helseforetak har egne mål for arbeidet med medisinsk koding (for eksempel om økt inntjening som følge av mer komplett koding, om reduksjon i feilkoding, evt. annet). Dette ledernivået var representert blant respondentene i 19 av totalt 21 helseforetak i spørreundersøkelsen, og representanter fra 18 av helseforetakene oppgir at det er etablert slike målsettinger. Det som oppgis som målsetting er først og fremst at det skal kodes medisinsk korrekt. Ingen av de ni helseforetakene som inngikk i fase 2 av revisjonen hadde imidlertid definert slike mål i skriftlig form. De målsettingene for kodearbeidet som øverste ledelse oppga i spørreundersøkelsen antas derfor i stor grad å være målsettinger som ikke er nedfelt i formelle styringsdokumenter

2.2.2 Risikovurderinger

Formaliserte risikovurderinger på området medisinsk kodepraksis skal bidra til at vesentlige risikoer på området identifiseres, og at nødvendige kontrolltiltak og øvrige tilpasninger for å redusere risikoen for bevisst og ubevisst feilkoding blir iverksatt.

Foretaksledelsen fikk derfor spørsmål om det har vært foretatt risikovurderinger vedrørende medisinsk koding ved eget HF/sykehus de to siste årene. Ved 15 av 19 HF er det minst én respondent som har oppgitt at risikovurderinger har vært gjennomført.

Ledernivå 2 og 3 ble i spørreundersøkelsen spurt om det har vært gjennomført risikovurderinger av medisinsk kodepraksis ved deres divisjon/klinikk/avdeling de siste to årene. Ved alle HF med unntak av to er det minst én som har oppgitt at risikovurderinger har vært gjennomført. Andelen er imidlertid liten og varierer mellom 0 % og 38 %. Totalt har 13 % svart at dette har vært gjennomført, 55 % har svart at det ikke har vært gjennomført og 32 % har svart at de ikke vet.³²

Selv om enkelte oppgir at det er foretatt risikovurderinger er det sannsynlig at dette i liten grad er dokumentert, da det ikke har vært gjennomført skriftlige/dokumenterte risikovurderinger ved noen av de ni helseforetakene som inngikk i fase 2 av revisjonen.

2.2.3 Samlet vurdering av målsettinger og risikovurderinger

Undersøkelsen viser tydelig at ledelsen ved helseforetakene signaliserer krav til riktig medisinsk koding i organisasjonen og at dette er den rådende holdning. Samtidig er dette kravet i liten grad formalisert gjennom skriftlige målsettinger for kodekvalitet. Som en stadfestelse av holdningen til riktig kodekvalitet bør det vurderes å formalisere krav til kodekvalitet som en målsetting i forbindelse med kodearbeidet.

Det er mange utfordringer knyttet til å oppnå rimelig sikkerhet for at den medisinske kodingen blir korrekt, det viser både denne revisjonen og tidligere revisjoner/gjennomganger. Internrevisjonen mener at gode og dokumenterte risikovurderinger vil være en effektiv fremgangsmåte for å avdekke og evaluere slike utfordringer. De gir samtidig foretaket et godt grunnlag for å velge fornuftig organisering og gode kontroller. Undersøkelsen viser at få, om noen, helseforetak har benyttet dokumenterte risikovurderinger som verktøy i denne forbindelse. En større grad av systematikk her ville gitt et godt grunnlag for forbedringsarbeid.

³¹ De som i spørreundersøkelsen har oppgitt at de tilhører Ledernivå 1 – foretaksledelse.

³² Det er brukt HF-vektning på resultatene.

2.3 Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis

Følgende problemstillinger fra mandatet inngår i temaområdet:

- Er det etablert rutiner eller retningslinjer som definerer roller, ansvar og oppgaver i arbeidet med medisinsk koding?
- I hvilken grad er arbeidsrutinene hensiktsmessige og dekkende, herunder hvordan dokumenteres vurderinger/beslutninger om kodeendringer i EPJ/PAS?
- Hvilke nøkkelkontroller er etablert for å gi rimelig sikkerhet for at kodingen gjennomføres i tråd med gjeldende regelverk?

Hvordan vurderinger/beslutninger om kodeendringer dokumenteres i EPJ/PAS er ikke kartlagt.

Resultatene fra spørreundersøkelsen og gjennomførte intervjuer samt dokumentanalyse er slått sammen for å besvare problemstillingene.

2.3.1 Dokumenterte arbeidsrutiner

Ett av flere virkemidler for å sikre korrekt medisinsk koding, er å ha rutiner som:

- Definerer hvilke roller og ansvar knyttet til koding og kodekontroll de enkelte funksjoner/stillinger skal ha
- Beskriver konkret hvilke kodeoppgaver og tilhørende kontrollopgaver som skal gjennomføres

De ansatte fikk i spørreundersøkelsen spørsmål om det foreligger skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding i deres avdeling/enhet³³, som definerer roller, ansvar og oppgaver. Resultatene viser at gruppe 1 i varierende grad mener det er etablert skriftlige arbeidsrutiner, se Figur 11. Resultatene fra øvrige grupper avviker ikke vesentlig fra dette.

³³ Av hensyn til respondentenes anonymitet, ble det ikke stilt spørsmål om hvilken avdeling/enhet de ansatte tilhører.

Figur 11: Oppfatning av eksistens av arbeidsrutiner

Spørsmål

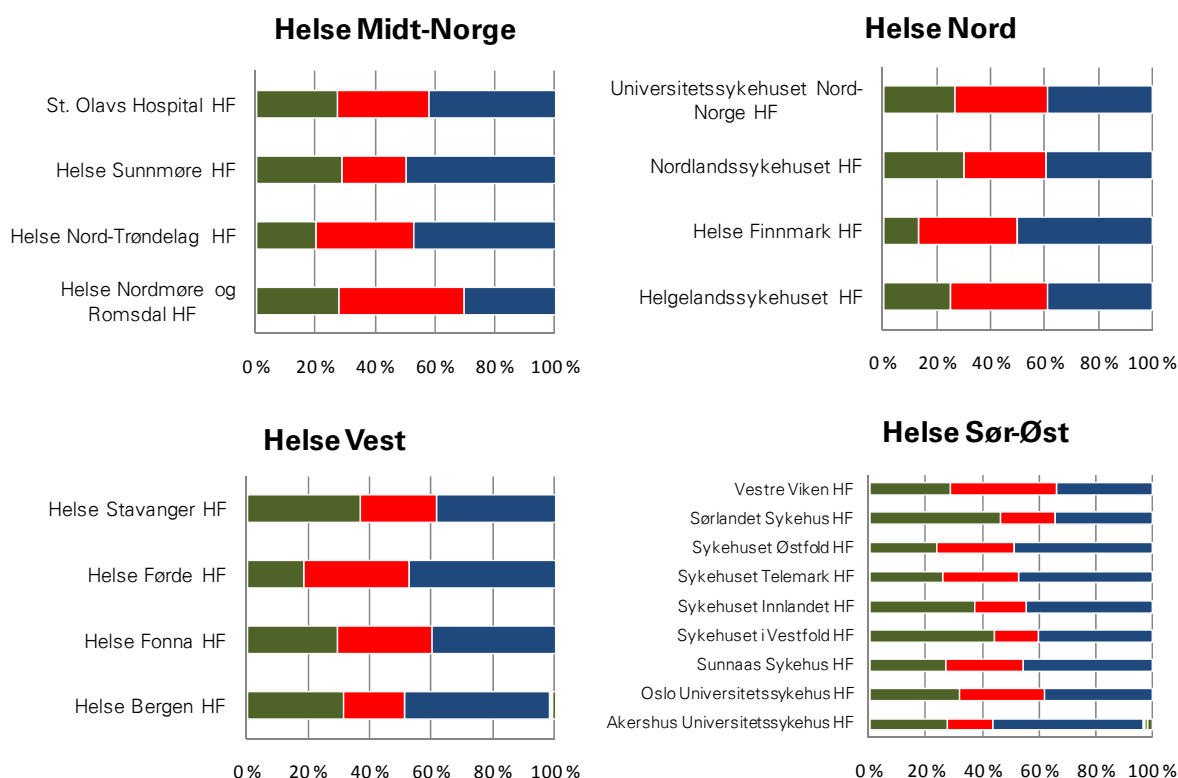
"Har din avdeling/enhet etablert skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?"

Svarskala

■ Ja ■ Nei ■ Vet ikke

Gruppe og filtrering

Gruppe 1



Ved de ni helseforetakene som inngikk i fase 2 av revisjonsprosjektet, ble eksistens og innhold av dokumenterte arbeidsrutiner kartlagt nærmere. Dokumentkartleggingen viser at helseforetakene i varierende grad har utarbeidet slike. Fire av HF-ene har overordnede rutiner på foretaks- og sykehusnivå. Åtte av HF-ene har dokumenterte arbeidsrutiner ved noen av de kontrollerte avdelingene, mens det niende HF-et ikke har slike rutiner ved noen av avdelingene som er kontrollert.

Et gjennomgående inntrykk fra intervjuene ved de ni helseforetakene er at selv i de enheter som har beskrevet rutiner på dette området, er de lite kjent blant andre enn ledelsen og i noen tilfeller kodekontrollere at beskrivelsene foreligger.

Resultatene fra undersøkelsen tyder altså på at det er lav kjennskap til, og varierende eksistens av, dokumenterte arbeidsrutiner som definerer roller og ansvar. Likevel ble det i intervjuene stort sett gitt uttrykk for at de ansatte opplever sin rolle i forbindelse med medisinsk koding som tydelig. Et unntak har vært at kodekontrollere noen steder opplever sin rolle som flytende og at det ikke er klart definert hva som skal kontrolleres.

2.3.2 Nøkkelkontroller

Det er identifisert tre hovednivåer knyttet til kodekontroll: kontroll ved kontrasignering, kontroll på enhetsnivå og kontroll på sentralt nivå. Her redegjøres det for hvordan disse kontrollene gjennomføres og fungerer i helseforetakene.

Kodekontroll gjennom kontrasignering

Kontrasignering innebærer at en overlege leser epikrise med tilhørende koder satt av epikriseskrivende lege, og kontrasignerer dersom dette godkjennes.

Felles for de ni helseforetakene er krav om at alle epikriser utarbeidet av turnusleger skal kontrasignereres av overlege. Når det gjelder kontrasignering for LIS-leger er det imidlertid varierende praksis. Den vanligste modellen er at det kontrasignereres for uerfarne LIS-leger, ofte definert som LIS-leger med mindre enn ett års erfaring.

Ved noen HF ble det uttalt at epikriser til tider blir kontrasignert uten å bli nøye kontrollert grunnet tidspress hos overlegene. Ved ett helseforetak ble det opplyst at grunnet tidspress ble ikke alle epikriser som skulle vært det kontrasignert.

Dersom overlegen ikke godkjenner epikrise eller koder, må epikriseskrivende lege utføre rettelser basert på overlegens tilbakemelding. Det er varierende praksis i om overlegen lager konkrete forslag til endringer eller kun sender en melding om feil tilbake til behandlende lege. Etter at endringen er gjort blir epikrise og koder igjen sendt overlegen for kontrasignatur.

Det fremkom i intervjuene at feilkoding hyppig oppdages og korrigeres gjennom denne kontrollen, men det ble gitt få konkrete anslag på omfanget

Kodekontroll på enhetsnivå

Før det foretas sentrale kontroller er det som regel en form for kodekontroll på enhetsnivå, innenfor hver avdeling eller hver klinikk. Dette er oftest organisert ved at enheten har dedikerte kodekontrollere som, i samarbeid med en kodeansvarlig overlege, gjennomgår epikriser og koding for å kontrollere at kodingen er fullstendig og korrekt. Det varierer imidlertid både internt og mellom helseforetakene i hvilken grad slike kontrollroller er etablert, og hvor omfattende kontrollene er. Noen steder var slik kontroll nærmest fraværende, mens ved andre enheter ble samtlige epikriser og koder kontrollert.

Det er ulik praksis rundt håndtering av feil som avdekkes gjennom kodekontrollen. Epikriseskrivende lege orienteres ikke alltid om rettinger som foretas.

I intervjuene ble det oppgitt at det ved enkelte avdelinger blir funnet og korrigert kodefeil i inntil 50 % av epikrisene gjennom denne kontrollen. Det ble uttrykt bekymring rundt at slike kontroller ikke forekommer ved alle avdelinger, noe som medfører at mange kodefeil ikke blir oppdaget og dermed ikke korrigert.

Sentral kodekontroll

Med sentral kodekontroll menes her kontroller som foretas av enheter utenfor den avdelingen som blir kontrollert. Vanligvis er det økonomienheten eller andre interne stabsenheter som gjennomfører disse kontrollene. Det hender også at kontrollene blir utført av eksterne leverandører, hovedsakelig av Analysesenteret AS.

Den sentrale kodekontrollen er i hovedsak innrettet for å kvalitetssikre rapporteringene til NPR, og fokuserer på kodefeil som kan oppdages ved analyse av datagrunnlaget. Disse analysene

gjennomføres ved hjelp av lister over mulige feil og spesifikke spørringer i Nimes³⁴ eller tilsvarende programvare. Det kontrolleres blant annet for manglende og ufullstendig koding (DRG 470) og ulogiske sammenhenger, for eksempel pasienter som har vært inneliggende lengre enn normalt uten at dette gjenspeiles gjennom kodingen. Kun dersom slike analyser gir grunnlag for nærmere undersøkelser sammenliknes kodingen med informasjonen i epikriser og eventuelt andre journaldokumenter.

Det varierer mellom foretakene om denne sentrale kontrollen gjennomføres med hovedfokus på medisinsk korrekt koding eller økonomi. Der hvor fokuset er på økonomi prioriteres analyser som finner kodefeil der rettelser medfører økt refusjon, mens analyser som ikke vil påvirke refusjonen direkte vil nedprioriteres.

Internrevisjonen har registrert at den sentrale kontrollfunksjonen ved ett foretak har utarbeidet egen sjekkliste for kontrollhandlinger som skal gjennomføres på måneds- eller tertialbasis. Den enkelte avdeling må signere på listen for gjennomførte kontroller og sende utfylt skjema til sentral funksjon i foretaket.

Ved flere foretak utfører den sentrale kontrollenheten også andre former for kodekontroll. Dette kan for eksempel være detaljerte gjennomganger av samtlige epikriser ved en gitt enhet innenfor en avgrenset produksjonstid. Ved denne type kontroller vektlegges aspekter ved kodingen som ikke blir hensyntatt i kontrollen som gjøres før NPR-rapportering. Fokuset kan ligge på om det er valgt riktig hoveddiagnose, og om bidiagnoser og operasjonskoder er korrekt og fullstendig kodet. Her sammenliknes koding og epikriser.

Ved ett av helseforetakene ble det opplyst at man ved disse kontrollene finner og korrigerer kodefeil i sammenheng med 30-50 % av epikrisene.

I intervjuene fremkom det at ansatte i alle stillingskategorier opplever etablerte kontrolltiltak som gode, men ikke tilstrekkelige.

2.3.3 Samlet vurdering av tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis

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

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

Det er stor variasjon i omfanget av øvrige kontroller i de enkelte avdelinger/klinikker ved foretakene. En mulig forklaring på dette kan være at det i relativt liten grad er utarbeidet sentrale føringer for kodekontroll i helseforetakene. Vår vurdering er at denne variasjonen i kontroll ikke nødvendigvis gjenspeiler ulikheter i den faktiske risikoen for feilkoding ved de respektive avdelingene.

På sentralt nivå er helseforetakenes kontroll av DRG-dataene i forbindelse med NPR-rapportering viktige tiltak for å oppdage feilkoding og manglende koding. Det er imidlertid ikke alle former for

³⁴Software som brukes for å trekke ut rapporter om koding, utviklet av Nirvaco Medisinske Systemer

feilkoding som dekkes opp av denne kontrollen. Innretningen varierer mellom helseforetakene. Noen steder har den sentrale kontrollen primært et økonomisk formål. I andre tilfeller er medisinsk korrekt koding hovedfokus for disse kontrollene. Internrevisjonens vurdering er at den sentrale kontrollen bør dekke begge aspekter. Dette for å sikre riktig refusjon samt å bidra til at kodene som rapporteres til NPR gir en korrekt gjengivelse av faktisk produksjon med sikte på senere bruk av data.

Internrevisjonen konstaterer at det ved foretakene er varierende, og ofte for liten, grad av utarbeidede/dokumenterte arbeidsrutiner, samt varierende grad av, og ofte utilstrekkelige, etablerte kontrolltiltak. Samlet sett vurderes derfor helseforetakenes tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis som ikke tilstrekkelige.

2.4 Oppfølging av medisinsk kodepraksis

Følgende problemstillinger fra mandatet inngår i temaområdet:

- Har foretakene etablert prosedyrer for å følge opp medisinsk kodepraksis?
- Er prosedyrene en integrert del av foretakenes systemer for oppfølging og rapportering?
- Gjennomfører foretakene frittstående evalueringer/revisjoner av kodepraksis?
- Hvordan håndterer foretakene evt. avvik innenfor medisinsk kodepraksis?

I tillegg er andre problemstillinger knyttet til oppfølging av medisinsk kodepraksis trukket inn der disse har vist seg som relevante.

Hvordan foretakene håndterer eventuelle avvik innenfor medisinsk kodepraksis er ikke eksplisitt dekket.

Problemstillingene i dette kapittelet er besvart med utgangspunkt i det innsamlede datamaterialet fra fase 2 av revisjonen, det vil si utdypende intervjuer og dokumentanalyse ved ni helseforetak.

2.4.1 Løpende oppfølging

Med løpende oppfølging menes i denne rapporten ledelsens og kontrollpersonellets oppfølging av arbeidet i forbindelse med kodesetting og -kontroll, inkludert tilbakemeldinger og informasjonsflyt med sikte på læring og forbedring.

Oppfølging på enhetsnivå

Som nevnt i kapittel 2.3.2 er praksis i alle ni helseforetak at epikriser utarbeidet av turnusleger og uerfarne LIS-leger blir kontrollert og kontrasignert av overleger. Ingen av de ni helseforetakene har skriftlige prosedyrer for hvordan tilbakemelding på eventuell feilkoding fra kontrasignerende overlege til underordnede leger skal foregå. Det eksisterer likevel udokumenterte oppfølgingsprosedyrer som omfatter blant annet ordinær veiledning fra overordnet lege gjennom "mester-svenn"-prinsippet, tilbakemeldinger etter gjennomført kodekontroll og diskusjoner om kodepraksis i avdelingsmøter. Gjennomgangen ved de ni helseforetakene viser imidlertid at praksis på dette området varierer betydelig, både mellom helseforetakene og innad i disse.

Når det gjelder tilbakemelding fra kontrollfunksjoner på enhetsnivå (vanligvis kodeansvarlig lege, DRG-sekretærer og/eller kodekontrollere) er praksis ved de fleste helseforetak at det gis tilbakemelding til epikriseskrivende lege eller overordnet lege. Tilbakemeldingen gis enten som "gul lapp" i DIPS (eller tilsvarende i andre IT-systemer), melding i posthyllen eller som muntlig tilbakemelding. Med unntak av for ett helseforetak, er heller ikke disse rutinene formalisert.

Ved flere HF ble det i intervjuene trukket fram at avdelingsmøter med varierende mellomrom benyttes som arena for oppfølging av medisinsk kodepraksis. Spesielt benyttes slike møter til å belyse problemstillinger som gjennomgående, eller gjentakende feilkoding, samt til å informere om endringer i regelverket.

Til tross for at det er etablert flere kanaler for oppfølging på enhetsnivå framkom det gjennom intervjuene at mange som setter koder opplever relativt lite oppfølging, tilbakemeldinger eller annen kommunikasjon rundt egen kodepraksis, og at det er lite fokus på koding i den kliniske hverdagen. Ikke alle enheter har etablert en fungerende læringssløyfe der epikriseskrivende leger får tilbakemelding på egen kodepraksis.

Oppfølging på sentralt nivå

Den løpende oppfølging av kodepraksis på foretaksnivå skjer ofte gjennom stabsenhet med sentral kontrollfunksjon. Det er innarbeidet praksis at det ved sentrale kodekontroller gis tilbakemelding om eventuell feilkoding. Det varierer imidlertid om det kun gis tilbakemelding til kodeansvarlig lege/eller annen kontaktperson i avdelingen, eller om kodesettende lege også får tilbakemelding om dette. Ved enkelte foretak er det utarbeidet rutiner som angir hvordan slike tilbakemeldinger skal foretas.

I forbindelse med tilleggskontroller utført av sentrale kontrollorganer gis tilbakemelding stort sett i form av en rapport med resultatene fra kontrollen.

2.4.2 Frittstående evalueringer av kodepraksis

Ved tre helseforetak som inngikk i revisjonens fase 2 er det gjennomført egeninitierte revisjoner av kodekvaliteten i løpet av de to siste årene. To av disse revisjonene er gjennomført av den eksterne leverandøren Analysesenteret AS. Ved de seks øvrige helseforetakene er vi ikke blitt informert om at det er gjennomført frittstående evalueringer av kodepraksis de siste to årene.

2.4.3 Samlet vurdering av oppfølging av medisinsk kodepraksis

Som det framgår av kapittel 2.3 og 2.4.1 gjennomføres det ulike kontroller av medisinsk koding ved helseforetakene. Oppfølgingen av feil og mangler som avdekkes ved disse kontrollene varierer imidlertid, spesielt gjelder dette for feil og mangler som avdekkes gjennom kontrasignering.

Det er i liten grad etablert prosedyrer som beskriver hvordan gjennomførte kontroller skal følges opp for å bidra til en hensiktsmessig læringssløyfe. Ufullstendige læringssløyfer kan innebære at erfaringene fra kontrollene som gjennomføres ikke blir benyttet systematisk til forbedring.

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

3 Oppsummering av funn, konklusjoner og anbefalinger

Dette kapittelet oppsummerer funnene fra internrevisjonen. Deretter følger samlet konklusjon og anbefalinger til tiltak for å styrke det medisinske kodearbeidet. Anbefalingene er kategorisert med forslag til tiltak på foretaksnivå og regionalt nivå. Anbefalingene tar utgangspunkt i dagens rammebetingelser. Imidlertid er det forhold her som kan tenkes å kunne endres på lengre sikt. Derfor trekkes det til slutt opp noen gjennomgående utfordringer hvor mulige tiltak av nasjonal art kan vurderes.

3.1 Oppsummering av funn

Oppsummeringen av funn er organisert rundt hovedtemaene for internrevisjonen.

1. Styrings- og kontrollmiljø
2. Målsettinger og risikovurderinger
3. Tiltak for å ha styring og kontroll med kodepraksis
4. Oppfølging av medisinsk kodepraksis

1. Styrings- og kontrollmiljø

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

■ **Organisering, roller og ansvarsforhold innenfor medisinsk kodearbeid**

Internrevisjonen har vist at roller, ansvarsfordeling og organisering av arbeidet relatert til medisinsk koding er stort sett felles for foretakene, og etter internrevisjonens vurdering etablert med en hensiktsmessig rollefordeling på overordnet nivå.

På operativt nivå er det imidlertid forskjeller både internt i det enkelte helseforetak og mellom foretakene. For eksempel gjelder dette oppgavefordeling mellom lege og helsesekretær, rutiner for kontrasignering av epikriser og hvilke kontrollfunksjoner som er etablert. Dette innebærer risiko for ulik kvalitet på arbeidet med å sikre riktig koding.

■ **Holdninger til medisinsk koding**

Internrevisjonen har vist at gjennomgående er det i alle helseforetak tydelig kommunisert fra ledelsen at kodingen skal være medisinsk korrekt. Dette er også oppfattet nedover i organisasjonen og ser ut til å ha positiv innvirkning på holdningene hos involvert personell.

Internrevisjonen oppfatter dette som svært viktig for å forebygge kreativ koding. Internrevisjonens vurdering er likevel at det i hovedsak er det økonomiske formålet som er drivkraften for korrekt koding – forstått slik at enheten får de inntekter den har krav på.

Egeninteressen for korrekt koding for andre formål er lite framtrædende hos kodesettere. Enkelte ga uttrykk for en betydelig skepsis til, og manglende tillit til, bruk av registrerte koder for andre formål, for eksempel som grunnlag for kvalitetsindikatorer eller forskning.

■ **Bruk av IT-systemer**

Internrevisjonen har vist at det ikke er holdepunkter for at IT-systemer benyttes til å endre koderekkefølgen med sikte på å maksimere inntjening. Det har imidlertid fremkommet enkelte eksempler på at det benyttes grupperingsverktøy for å vurdere økonomiske konsekvenser i forbindelse med planlegging og oppstart av ny aktivitet.

En stor andel av respondentene har i spørreundersøkelsen oppgitt at PAS/EPJ-systemene ikke er "gode nok" og kan utgjøre en potensiell kilde til feilkoding. Basert på dette, sammen med opplysninger i intervjuene, er internrevisjonens vurdering 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. Resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjuene tyder på at brudd på koderegelverket for å øke refusjonsbeløpet kan forekomme, men at omfanget av dette sannsynligvis er lavt. Internrevisjonens oppfatning er at kodesettere generelt ønsker å kode riktig, men at kompleksiteten i systemet gjør riktig koding krevende.

■ **Kompetansekrav og opplæring hos kodesettere og -kontrollere**

Internrevisjonen har vist at det er kun i få tilfeller er stilt formelle krav til kodekompetanse og obligatorisk opplæring hos kodesettere og -kontrollere.

Både i spørreundersøkelsen og i intervjuene fremkom det at en stor andel av dem som selv setter koder opplever opplæringen som utilstrekkelig, samtidig som manglende kunnskap hos kodesettere oppfattes som den største risikoen for feilkoding i foretakene.

■ **Tid til å utføre kodearbeidet**

Internrevisjonen har vist at de fleste som arbeider med å utføre medisinsk koding opplever å ha manglende tid til oppgaven.

Manglende tid til koding er påpekt som en risiko for feilkoding. Internrevisjonens forståelse er at denne opplevelsen av tidspress i stor grad er koplet mot de tidsfrister som gjelder for utsending av epikrise. Opplevelse av tidspress gjelder også ved de poliklinikker der det forventes at behandler skal journalføre koder fortløpende direkte i EPJ/PAS i forbindelse med konsultasjon av den enkelte pasient.

■ **Varsling om regelbrudd**

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

2. Målsettinger og risikovurderinger

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

■ **Målsettinger for medisinsk kodearbeid**

Internrevisjonen har vist at ledelsen ved helseforetakene signaliserer tydelige krav til riktig medisinsk koding i organisasjonen og at dette er den rådende holdning. Dette kravet i liten grad formalisert gjennom skriftlige målsettinger for kodekvalitet.

Internrevisjonen har også vist at kun en liten andel av helseforetakene benytter dokumenterte risikovurderinger som verktøy for å finne frem til risikoene som kan hindre medisinsk korrekt koding, samt hvilke tiltak som vil være mest hensiktsmessige å sette i verk for å redusere risiko. En større grad av systematikk her ville gitt et godt grunnlag for forbedringsarbeid.

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

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

■ **Skriftlige rutiner eller retningslinjer**

Internrevisjonen har vist at foretakene i varierende grad har utarbeidet skriftlige rutiner eller retningslinjer for medisinsk koding som definerer roller, ansvar og oppgaver.

Dersom det er etablert felles rutiner som er dekkende for alle underliggende enheter kan dette være en hensiktsmessig løsning. I motsatt fall bør det være etablert prosedyrer og rutiner lokalt ved avdelinger/enheter. Selv om de ansatte i hovedsak oppfatter sine roller og oppgaver knyttet til koding som tilstrekkelig tydelige, kan manglende skriftlige rutiner på området innebære økt risiko for ulik og lite hensiktsmessig praksis for koding og kodekontroll.

■ **Kontrasignering av epikriser**

Internrevisjonen har vist at den etablerte praksisen i helseforetakene om overlegers kontrasignering av epikriser utarbeidet av mindre erfarne leger er et viktig tiltak for å sikre god kodekvalitet.

Det varierer dog i hvilken grad kontrasigneringen gjennomføres, og kvaliteten på arbeidet er også variabel. Det er viktig at dette arbeidet prioriteres.

■ **Øvrige kontroller**

Internrevisjonen har vist at det er stor variasjon i omfanget av øvrige kontroller i de enkelte avdelinger/klinikker ved foretakene. En mulig forklaring på dette kan være at det i relativt liten grad er utarbeidet sentrale føringer for kodekontroll i helseforetakene.

På sentralt nivå er helseforetakenes kontroll av DRG-dataene i forbindelse med NPR-rapporteringen et viktig tiltak for å oppdage feilkoding og manglende koding. Vi har sett dokumentasjon og fått anslag som viser feil i både hoveddiagnoser og bidiagnoser på 30 – 50 %. Det er imidlertid ikke alle former for feilkoding som dekkes opp av denne kontrollen. Innretningen varierer mellom helseforetakene. Noen steder har den sentrale kontrollen primært et økonomisk formål. I andre tilfeller er medisinsk korrekt koding hovedfokus for disse kontrollene.

Internrevisjonens vurdering er at den sentrale kontrollen bør være dekkende for begge aspekter. Dette for å sikre riktig refusjon samt å bidra til at kodene som rapporteres til NPR gir en korrekt gjengivelse av faktisk produksjon med sikte på senere bruk av data.

4. *Oppfølging av medisinsk kodepraksis*

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

■ **Oppfølging av feil og mangler som avdekkes gjennom etablerte kontroller**

Internrevisjonen har vist at oppfølgingen av feil og mangler som avdekkes ved de kontroller som gjennomføres varierer. Spesielt gjelder dette for feil og mangler som avdekkes gjennom kontrasignering.

Det er i liten grad etablert prosedyrer som beskriver hvordan gjennomførte kontrollene skal følges opp for å bidra til en hensiktsmessig læringssløyfe. Ufullstendige læringssløyfer kan innebære at erfaringene fra de ulike kontrollene som gjennomføres ikke benyttes systematisk til forbedring.

■ **Frittstående evalueringer/revisjoner av medisinsk kodepraksis**

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

3.2 **Hva forteller funnene oss?**

Resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjuene antyder at bevisste brudd på koderegelverket for å øke refusjonsbeløpet forekommer i liten grad. De ansatte gir i all hovedsak uttrykk for at de er opptatt av å kode medisinsk korrekt. Samtidig er det viktig å være klar over at opplegget for intern styring og kontroll ikke vil kunne hindre at enkeltstående tilfeller av regelbrudd kan forekomme.

Undersøkelsen viser at regelverket for medisinsk koding oppfattes som komplisert blant en stor andel helsepersonell. Den iboende kompleksiteten i kodearbeidet tilsier at det er behov for gode kontrollsystemer. Et godt grunnlag for tilpassing av et kontrollsystem vil være risikovurderinger av området. Vi finner ikke at det er gjennomført dokumenterte risikovurderinger av kodepraksisen.

Sett opp imot kompleksiteten i koderegelverket gir undersøkelsen klare indikasjoner på at det gis for lite opplæring innen medisinsk koding i de ulike helseforetakene. Det er kun et fåtall helseforetak som har satt opplæringen innenfor området i et formelt system med krav til opplæring av ulike stillingskategorier. Det er også i varierende, og for liten, grad etablert skriftlige rutiner og prosedyrer for medisinsk koding ved de reviderte helseforetakene. Legene uttrykker også at de har for lite tid til å sette koder. I sum er dette medvirkende årsaker til at under halvparten av de som selv setter medisinske koder i spørreundersøkelsen gir uttrykk for at de er trygge på at de bruker riktige medisinske koder.

Det fremkommer i intervjuene også signaler på manglende motivasjon for kodearbeidet hos kodesettere. Den opplevde egennyttens av kodingen, for eksempel til bruk i forbedringsarbeid, planlegging eller forskning, synes lav, noe som forklares med manglende tillit til avgitte data. Den fremste motivasjon til kodearbeidet synes å ligge i å få sikret et korrekt inntektsgrunnlag, ikke å sikre korrekt gjengivelse av faktisk produksjon med sikte på senere bruk av data.

Flere av helseforetakene gjennomfører kontroller i form av epikrisegjennomganger på enhetsnivå og foretaksnivå. Resultatene fra disse kontrollene viser her et betydelig antall feil både i hoveddiagnoser og bidiagnoser, anslagsvis opp mot 30 – 50 %. Disse feilene rettes i ettertid. Dette indikerer at kodesettingen i første instans (epikriseskrivende lege) og første kontrollinstans

(kontrasignerende overlege), ikke er tilfredsstillende. Det er ikke grunn til tro at en slik feilmengde forekommer kun i de avdelinger som foretar slike dokumenterte gjennomganger.

På samme måte ser vi også at omfanget av sentral kodekontroll (tredje instans) varierer mellom helseforetakene. Denne kontrollen har noen steder et økonomisk fokus, slik at det primært kontrolleres for, og korrigeres ved feil, koder som gir økonomiske utslag.

Undersøkelsen viser også at det er behov for styrket oppfølging av kodesettere. Først og fremst gjennom bedre tilbakemeldinger fra overlege til epikriseskrivende lege, og ved økt utarbeidelse og bruk av formaliserte/dokumenterte prosedyrer på området. For å sikre at kodingen skal bli mest mulig "riktig første gang" er det viktig at det for gjennomførte kontroller er etablert bedre læringssløyfer som sikrer tilbakemelding til de som setter koder og andre som er involvert i kodearbeidet.

Ved kjennskap til, eller mistanke om, brudd på koderegelverket er det behov for varsling av dette. Det er i stor grad en bevisst holdning til varsling, men en del er usikre på hvordan de vil bli behandlet dersom de varsler om brudd på kodereglene. Dette kan medføre risiko for at det ikke meldes fra om det skulle oppdages regelbrudd.

Undersøkelsen har vist mangler i opplæring, rutiner og kontroller innenfor området. Funnene gir ikke indikasjoner på at det foregår bevisst feilkoding i et betydelig omfang i helseforetakene. Undersøkelsen viser imidlertid at den interne styring og kontroll ikke er tilstrekkelig til å sikre korrekt koding i helseforetakene.

3.3 Konklusjoner

På bakgrunn av internrevisjonens kartlegging og vurdering av medisinsk kodepraksis i helseforetakene er konklusjonene som følger:

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

Det bør settes i verk tiltak for å styrke intern styring og kontroll på området både på helseforetaksnivå og regionalt nivå. Det kan i tillegg være hensiktsmessig å vurdere eventuelle tiltak på nasjonalt nivå.

3.4 Anbefalinger

Anbefalinger rettet til helseforetakene

De ni helseforetakene som var omfattet av internrevisjonens del 2, har mottatt egne rapporter med anbefalinger til tiltak. Når vi ser disse rapportene i sammenheng og kobler det med hva som framkommer i denne rapporten, er det fem forhold vi særlig vil peke på som fellesnevnerne. Dette er forhold vi mener alle helseforetakene bør gjøres oppmerksomme på, og vurdere i tilknytning til sitt eget utviklingsarbeid.

- **Det bør gjennomføres regelmessige og dokumenterte risikovurderinger av prosessen for koding.**

Risikovurderingene bør oppdateres ved vesentlige endringer i rutiner eller systemer. Risikovurderingene kan inngå som grunnlag for å vurdere omfang og innretning av oppfølging og kontroll.

■ **Det bør gjennomføres en vurdering av de IT-systemer som benyttes for medisinsk koding.**

Dette gjelder spesielt integrasjonen mellom systemene, og risiko forbundet med manuell overføring av koder fra ulike fagsystemer til PAS/EPJ. Der det mangler integrasjon mellom systemene bør det etableres en formell rutine for denne manuelle overføringen av koder, slik at fullstendighet og kvalitet i størst mulig grad sikres.

- De enkelte helseforetak bør sikre en positiv læringssløyfe ved at det gis regelmessige tilbakemelding på egen kodepraksis til alle som koder.

Dette kan gjennomføres ved avdelingsvise møter kombinert med tilbakemelding til den enkelte.

■ **For å sikre lik og hensiktsmessig praksis mellom avdelinger/lokasjoner ved det enkelte helseforetak bør det så langt det er hensiktsmessig utarbeides felles rutiner for medisinsk koding ved helseforetaket.**

Behov for avdelings-/lokasjonsvise rutiner bør vurderes ut fra lokale behov.

■ **For i større grad å legge til rette for at de ansatte melder fra om eventuell bevisst feilkoding eller andre kritikkverdige forhold, bør det vurderes om eksisterende melderrutiner sikrer tilstrekkelig vern om den som melder fra om slike forhold.**

Det bør også vurderes å gjennomføre interne informasjonstiltak for å skape større trygghet blant de ansatte for å melde fra om kritikkverdige forhold.

Anbefalinger rettet til de regionale helseforetakene:

De regionale helseforetakene har ikke blitt revidert i dette prosjektet. Derimot er det enkelte utfordringer som vi tror med fordel kan løftes opp på regionalt nivå.

■ **De regionale helseforetakene bør vurdere dagens organisering av kontroll og kvalitetssikring av medisinsk kodepraksis ved de enkelte helseforetak i sin region.**

Et virkemiddel kan være å stille visse minstekrav til organisering av medisinsk koding; styring, kontroll og oppfølging. Aktuelle områder for vurdering kan være krav til medisinskfaglig kvalitetssikring av koding ved avdelinger og seksjoner herunder konkrete krav om kodeansvarlige leger ved alle avdelinger. Med hensyn til sentral kodekontroll ved helseforetakene bør de regionale helseforetakene vurdere hvordan dagens kontroll er organisert innen foretaksgruppen og om de etablerte ordningene er tilstrekkelige for å sikre medisinsk korrekt koding. Et annet aktuelt virkemiddel kan være regelmessige stikkprøvekontroller av epikriser med medisinske fagrevisorer.

■ **De regionale helseforetakene bør vurdere å stille krav til helseforetakene om obligatorisk opplæring i medisinsk koding for alle nye leger.**

Noen av helseforetakene som har inngått i revisjonen har allerede innført slike opplæringskrav. Dette kan gjøres som en del av introduksjonsprogram for nyansatte og senere vedlikeholdsprogrammer. Her foreligger det allerede et tilgjengelig e-læringsprogram. Bruk av IT-systemene bør inngå i opplæringen. Opplæringen bør inkludere begrunnelsen for kravene om registrering og rapportering av aktivitetsdata, herunder medisinske koder, samt egenverdien av korrekt koding som grunnlag for styring og kvalitetsforbedring. Opplæring for andre grupper av medisinsk og administrativt personell bør også vurderes, herunder om det bør utvikles et helhetlig opplæringsprogram for medisinsk koding tilpasset de ulike gruppernes behov.

3.5 Mulige tiltak av nasjonal art

Som det framgår av tidligere revisjoner og gjennomganger, har det over flere år vært kjente utfordringer knyttet til kodekvalitet. Funnene ved denne revisjonen viser at utfordringene er vedvarende. Det bør derfor vurderes om det fra nasjonalt ståsted kan gjøres tilpasninger som kan bidra til forbedring av kodekvaliteten. Basert på denne revisjonens funn vil vi her trekke fram tre gjennomgående utfordringer som vi mener bør vurderes i et slikt perspektiv:

1. Dagens kobling mellom medisinsk koding og utsending av epikrise.
2. Svak egeninteresse i foretakene for kodingen for andre formål enn økonomi.
3. Regelverket for medisinsk koding oppleves av mange som skal sette koder som vanskelig å forholde seg til.

Utfordring 1: Dagens kobling mellom koding og utsending av epikrise

I samtlige helseforetak der prosesskartlegging har vært gjennomført som del av denne revisjonen (ni helseforetak) er det etablert praksis at diagnoser og gjennomførte prosedyrer kodes i forbindelse med at epikrise utarbeides, ved eller etter utskriving av pasient. Kodene framgår av epikrisen ved utsending. I dag er det krav om at epikrise skal sendes ut senest en uke etter utskrivelse. Dette kravet har blitt innskjerpet i løpet av de siste par årene. Noen helseforetak krever at epikrisen skal foreligge ved utskriving av pasienten.

Manglende tid til koding er i denne internrevisjonen påpekt som en stor risiko for feil. Ved 19 av 21 helseforetak oppga over 50 % av respondentene som selv setter medisinske koder at de opplever å ha liten tid til å sette koder. I intervju framkom at opplevelsen av manglende tid i stor grad knyttes mot kravene om utsending av epikrise.

Det synes som om det kan være hensiktsmessig at det på nasjonalt nivå vurderes om denne koblingen er nødvendig for å ivareta enten formålet med epikrisen eller formålet med den medisinske kodingen.

I denne sammenheng kan alternative prosesser for kodesetting vurderes. Her nevnes noen alternativer som diskuteres i enkelte fagmiljø i dag, og som framkom i forbindelse med revisjonsbesøk.

- Unnta medisinske koder fra innholdet i epikrisen. Behandler (forfatter av epikrisen) fokuserer på det tekstlige innholdet for å sikre god informasjon. Medisinske koder registreres i PAS/EPJ basert på opplysninger i pasientjournalen i etterkant av at epikrise er sendt ut. Slik koderegistrering må gjøres av kompetent personell med detaljert kjennskap til kodeverket for et avgrenset fagområde. Dette kan trolig være andre enn lege/behandler.

- Kontinuerlig koding i løpet av sykehusoppholdet. Koder registreres løpende som del av journalnotatene. Legevisitten trekkes fram som eksempel på arena for kodesetting. Ved utskrivningstidspunkt kan da koderegistreringen være så godt som fullført, og kodene eksporteres eventuelt over i riktig felt i epikrisen. Ved en slik prosess vil koding kunne utvikles til en mer integrert og naturlig del av behandlers løpende journalføring.

En slik løsning vil trolig kreve noe tilrettelegging i PAS/EPJ-systemene. For eksempel vil det nok være hensiktsmessig å legge inn felt for medisinske koder i alle aktuelle notatmaler etc. Det må også tilrettelegges slik at verktøy (datamaskin eller tilsvarende) for å registrere koder er tilgjengelig ved alle lokasjoner der det kan være behov for å registrere koder.

Utfordring 2: Svak egeninteresse i foretakene for kodingen for andre formål enn økonomi

Vår vurdering er at det i helseforetakene i hovedsak er det økonomiske formålet som er drivkraften for målsettinger om medisinsk korrekt koding. Egeninteressen for korrekt koding i fagmiljøer og hos kodesettere for andre formål er lite framtrædende. Dette oppfatter vi som en utfordring for korrekt koding.

For å forsterke foretakenes, og den enkelte behandlers, egeninteresse for korrekt koding kan det vurderes å fokusere mer på hvordan de registrerte dataene benyttes for formål av ikke-økonomisk karakter, for eksempel for kvalitetsforbedring, styring og planlegging.

Utfordring 3: Regelverket for medisinsk koding oppleves av mange som skal sette koder som vanskelig å forholde seg til

Denne internrevisjonen har vist at mange kodesettere opplever koderegelverket som uoversiktlig og vanskelig å forholde seg til. Dette kan medføre frustrasjon og manglende motivasjon for god kodepraksis. Muligheter for forenkling bør derfor vurderes.

Samtidig har det framkommet at manglende kunnskap hos kodesettere oppfattes som den største risikoen for feilkoding i foretakene, og at en stor andel av de som selv setter koder opplever opplæringen de har fått som utilstrekkelig. Dette stiller store krav til den opplæringen som må gis ved det enkelte helseforetak. Det er potensial for forbedringer av opplæringen ved flere foretak. I tillegg kan det være hensiktsmessig at det ved alle aktuelle profesjonsstudier gis en introduksjon til medisinsk koding som grunnlag for forståelse av kodeverkene og dets betydning. Ut fra de opplysninger internrevisjonen har mottatt gjøres dette i svært lite omfang per i dag.

4 Vedlegg

Vedlegg 1 Om internrevisjon

Det har fra 2005 vært etablert internrevisjoner i alle landets regionale helseforetak (RHF). Internrevisjonene rapporterer faglig til styrene i de fire regionale helseforetakene, ved revisjonskomiteene. Internrevisjonene skal på vegne av styrene overvåke og bidra til forbedringer i foretaksgruppene sin virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll. Internrevisjonene har et godt samarbeid seg i mellom i utviklingen av fagfeltet. Felles er at alle baserer arbeidet på [NIRF/IIA](http://nirf.no)¹ sine internasjonale standarder for profesjonell utøvelse av internrevisjon. Alle enhetene har informasjonssider på nettet, under de respektive RHF-er, hvor bl.a. alle rapportene blir publisert.

Internrevisjonsfunksjonen defineres slik:

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

¹ <http://iia.no>

Vedlegg 2 Metode for utvalg og vekting av spørreundersøkelse

Populasjon og utvalg

Populasjonen i spørreundersøkelsen er ansatte, ved norske helseforetak med somatisk virksomhet, som tilhører en av følgende klassifiseringsgrupper med tilhørende kriterier:

- Gruppe 1:** Leger og annet helsepersonell som setter medisinske koder
Gruppe 2: Stab- og støttepersonell som har oppgaver relatert til føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ og/eller har roller knyttet til kontroll av den medisinske kodingen.
Gruppe 3: Ledernivå 1, 2 og 3 ved helseforetakene. Dvs. foretaksledelse (1), kliniksjefer/stabssjefer (2), avdelingsledere (3).

Kontaktpersoner ved alle helseforetakene utarbeidet lister over ansatte som inngikk i gruppene ved helseforetaket. Listene ble oversendt KPMG som plukket et utvalg av personer som mottok invitasjon til spørreundersøkelsen.

Populasjonen fordeles utover et antall sub-populasjoner i flere nivåer:

Nivå 1: Hele populasjonen

Nivå 2: Helseregioner

Nivå 3: Helseforetak innen hver helseregion

Nivå 4: Klassifiseringsgrupper innen hvert helseforetak

Tabell i Populasjonsfordeling

	Totalt	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Helse Sør-Øst				
Akershus Universitetssykehus HF	857	673	157	27
Oslo Universitetssykehus HF	3023	2462	492	69
Sunnaas Sykehus HF	317	263	24	30
Sykehuset i Vestfold HF	746	517	203	26
Sykehuset Innlandet HF	1267	836	376	55
Sykehuset Telemark HF	421	299	93	29
Sykehuset Østfold HF	518	429	64	25
Sørlandet Sykehus HF	995	720	228	47
Vestre Viken HF	635	490	98	47
Helse Vest				
Helse Bergen HF	410	373	18	19
Helse Fonna HF	1806	1162	541	103
Helse Førde HF	362	247	82	33
Helse Stavanger HF	810	621	151	38
Helse Midt-Norge				
Helse Nordmøre og Romsdal HF	548	409	111	28
Helse Nord-Trøndelag HF	318	198	104	16
Helse Sunnmøre HF	1372	983	293	96
St. Olavs Hospital HF	423	295	108	20

	Totalt	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Helse Nord				
Helgelandssykehuset HF	123	57	45	21
Helse Finnmark HF	758	564	143	51
Nordlandssykehuset HF	372	235	107	30
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	198	129	50	19

For å sikre tilstrekkelig svarantall og representativitet innen hver gruppe er det plukket separate utvalg for hver sub-populasjon på nivå 4. Det totale utvalget blir dermed de kumulerte utvalgene for alle gruppene.

Ved plukking av utvalg ble følgende kriterier vektlagt:

- Representativitet innenfor hver enkelt gruppe
- Tilstrekkelig antall i utvalget for å sikre troverdige resultater ved mulig lav svarprosent

Følgende formler er brukt for å plukke utvalg fra den enkelte sub-populasjon:

$$utvalgsstørrelse_1 = \frac{Z^2 * p * (1 - p)}{c^2}$$

Hvor Z = 1,96 (Z-verdien for 95 % konfidensnivå)

p = 0,5 (sannsynligheten for et gitt utfall. 0,5 gir høyest sikkerhet)

c = 0,1 (konfidensintervall på 10 %.)

Denne formelen gir utvalgsstørrelse for en uendelig stor populasjon for gitt konfidensintervall og konfidensnivå. For å justere for endelig populasjonsstørrelse er følgende formel brukt:

$$utvalgsstørrelse_2 = \frac{utvalgsstørrelse_1}{1 + \frac{utvalgsstørrelse_1 - 1}{populasjonsstørrelse}}$$

Utvalgsstørrelsen her er antall svar som trengs fra sub-populasjonen for å oppnå 10 % konfidensintervall med 95 % konfidensnivå. For å oppnå ønsket sikkerhet på resultatene er utvalgsstørrelsen videre justert for å ta høyde for en svarprosent på 40 %. Dette var basert på erfaringer om at det sjelden oppnås høy svarprosent i denne typen spørreundersøkelse.

$$utvalgsstørrelse_3 = \frac{utvalgsstørrelse_2}{0,4}$$

For å bidra til ekstra sikkerhet rundt representativitet innenfor sub-populasjonene er utvalgsstørrelsene ytterligere oppjustert i enkelte tilfeller. Der hvor populasjonsstørrelsen er på 300 individer eller mindre er hele populasjonen tatt med i utvalget da utvalgsstørrelsen er nærmere populasjonsstørrelsen. I de tilfellene der populasjonsstørrelsen er på 600 individer eller mer er også utvalgsstørrelsen oppjustert til 25 % - 30 % av populasjonsstørrelsen.

For å sikre representativitet er utvalget trukket tilfeldig fra de sub-populasjonene der ikke hele populasjonen inngår i utvalget.

Tabell ii Utvalg i spørreundersøkelsen

	Gruppe 1			Gruppe 2			Gruppe 3		
	Populasjon	Utvalg	Utvalgs- andel	Populasjon	Utvalg	Utvalgs- andel	Populasjon	Utvalg	Utvalgs- andel
Totalt	11962	5693	48 %	3488	2764	79 %	829	829	100 %
Helse Sør-Øst	6689	2827	42 %	1735	1312	76 %	355	355	100 %
Akershus Universitetssykehus HF	673	280	42 %	157	157	100 %	27	27	100 %
Oslo Universitetssykehus HF	2462	700	28 %	492	235	48 %	69	69	100 %
Sunnaas Sykehus HF	263	263	100 %	24	24	100 %	30	30	100 %
Sykehuset i Vestfold HF	517	240	46 %	203	203	100 %	26	26	100 %
Sykehuset Innlandet HF	836	300	36 %	376	210	56 %	55	55	100 %
Sykehuset Telemark HF	299	299	100 %	93	93	100 %	29	29	100 %
Sykehuset Østfold HF	429	220	51 %	64	64	100 %	25	25	100 %
Sørlandet Sykehus HF	720	290	40 %	228	228	100 %	47	47	100 %
Vestre Viken HF	490	235	48 %	98	98	100 %	47	47	100 %
Helse Vest	2403	1137	47 %	792	491	62 %	193	193	100 %
Helse Bergen HF	1162	410	35 %	541	240	44 %	103	103	100 %
Helse Fonna HF	247	247	100 %	82	82	100 %	33	33	100 %
Helse Førde HF	373	210	56 %	18	18	100 %	19	19	100 %
Helse Stavanger HF	621	270	43 %	151	151	100 %	38	38	100 %
Helse Midt- Norge	1885	1058	56 %	616	616	100 %	160	160	100 %
Helse Nordmøre og Romsdal HF	198	198	100 %	104	104	100 %	16	16	100 %
Helse Nord- Trøndelag HF	295	295	100 %	108	108	100 %	20	20	100 %
Helse Sunnmøre HF	409	215	53 %	111	111	100 %	28	28	100 %
St. Olavs Hospital HF	983	350	36 %	293	293	100 %	96	96	100 %
Helse Nord	985	671	68 %	345	345	100 %	121	121	100 %
Helgelandssykehus et HF	129	129	100 %	50	50	100 %	19	19	100 %
Helse Finnmark HF	57	57	100 %	45	45	100 %	21	21	100 %
Nordlands- sykehuset HF	235	235	100 %	107	107	100 %	30	30	100 %
Universitets- sykehuset Nord- Norge HF	564	250	44 %	143	143	100 %	51	51	100 %

Vekting

Forskjellene i populasjonsstørrelse, utvalgsstørrelse og svarprosent medfører at fordelingen av svar er ujevn i forhold til størrelsen på sub-populasjonene. Konsekvensen av dette er at svar fra ulike HF vil ha ulik vekt i resultater presentert på høyere nivåer enn nivå 4. I de tilfellene der disse tallene skal brukes i analyser bør de vektas for å representere virkeligheten på best mulig måte.

Det er ulike metoder for å vekte resultatene, avhengig av hva man ønsker å beskrive (Tabell iii). Eksempelvis vil det være ønskelig at alle HF skal ha lik vekt i spørsmål som kartlegger eksistens av rutiner ved helseforetakene, mens i spørsmål som omhandler problemstillinger som er like for alle respondentene er det ikke nødvendig å vekte resultatene. I rapporten er det hovedsakelig brukt justert vekting ved holdnings- og kvalitetsspørsmål og HF-vekting ved kartleggingsspørsmål.

Tabell iii Ulike modeller for vekting

Vektemodell	Beskrivelse
HF-vekting	Besvarelsene fra hvert HF teller like mye uavhengig av størrelsen på HF-et og svarantallet. Det resulterer i at svar fra hver respondent fra mindre HF blir vektet opp og svar fra respondenter ved større HF vektas ned.
Individvekting	Det vektas slik at resultatene blir direkte representative for populasjonen. Svar fra respondenter ved HF med lav svarprosent i forhold til populasjonen er vektet opp, mens svarene fra HF med høy svarprosent i forhold til populasjonen er vektet ned.
Justert vekting	Gjennomsnittet mellom HF-vekting og individvekting brukes. Dette medfører at små HF vil påvirke totalresultatene mer enn størrelsen vil tilsi, men ikke like mye som de store HF-ene.

For å vekte besvarelsene tildeles hvert HF et vekttall for hver gruppe. Dette vekttallet multipliseres med antall svar på hvert svaralternativ for alle sub-populasjoner. Deretter summeres de vektete svarantallene fra alle HF-ene.

Utgangspunktet for utregning av vekttall i de tre vektingsmetodene:

HF-vekting

$$HF - Vektfaktor_{HF} = \frac{Gjennomsnittlig\ andel\ svar}{Andel\ svar_{HF}}$$

Individvekting

$$Individvektfaktor_{HF} = \frac{Gjennomsnittlig\ svarprosent\ ift\ populasjon}{Svarprosent\ i\ forhold\ til\ populasjon_{HF}}$$

Justert vekting

$$Justert\ vektfaktor_{HF} = \frac{(HF - vektfaktor_{HF} + Individvektfaktor_{HF})}{2}$$

I Tabell iv, Tabell v og Tabell vi presentert informasjon om populasjon, utvalg, svarprosent og ulike vekt faktorer for henholdsvis gruppe 1, gruppe 2 og gruppe 3.

Tabell iv Gruppe 1: Populasjon, utvalg, svarprosent og vektfactorer

	Populasjon	Utvalg	Utvalgsandel	Antall svar	Svarprosent ift utvalg	Svarprosent ift populasjon	Svarvekt	Populasjons-vekt	Reell Vekt per HF	Vektfactor ved individvektning	Vektfactor ved HF-vektning	Justert vektfactor
Totalt	11962	5693	48 %	2141	38 %	18 %						
Helse Sør-Øst	6689	2827	42 %	1036	37 %	15 %						
Akershus Universitetssykehus HF	673	280	42 %	102	36 %	15 %	4,8 %	5,6 %	0,8	1,18	1,00	1,09
Oslo Universitetssykehus HF	2462	700	28 %	165	24 %	7 %	7,7 %	20,6 %	0,4	2,67	0,62	1,64
Sunnaas Sykehus HF	263	263	100 %	88	33 %	33 %	4,1 %	2,2 %	1,9	0,53	1,16	0,85
Sykehuset i Vestfold HF	517	240	46 %	121	50 %	23 %	5,7 %	4,3 %	1,3	0,76	0,84	0,80
Sykehuset Innlandet HF	836	300	36 %	126	42 %	15 %	5,9 %	7,0 %	0,8	1,19	0,81	1,00
Sykehuset Telemark HF	299	299	100 %	111	37 %	37 %	5,2 %	2,5 %	2,1	0,48	0,92	0,70
Sykehuset Østfold HF	429	220	51 %	91	41 %	21 %	4,3 %	3,6 %	1,2	0,84	1,12	0,98
Sørlandet Sykehus HF	720	290	40 %	118	41 %	16 %	5,5 %	6,0 %	0,9	1,09	0,86	0,98
Vestre Viken HF	490	235	48 %	114	49 %	23 %	5,3 %	4,1 %	1,3	0,77	0,89	0,83
Helse Vest	2403	1137	47 %	435	38 %	18 %						
Helse Bergen HF	1162	410	35 %	168	41 %	14 %	7,8 %	9,7 %	0,8	1,24	0,61	0,92
Helse Fonna HF	247	247	100 %	58	23 %	23 %	2,7 %	2,1 %	1,3	0,76	1,76	1,26
Helse Førde HF	373	210	56 %	70	33 %	19 %	3,3 %	3,1 %	1,0	0,95	1,46	1,21
Helse Stavanger HF	621	270	43 %	139	51 %	22 %	6,5 %	5,2 %	1,3	0,80	0,73	0,77
Helse Midt-Norge	1885	1058	56 %	393	37 %	21 %						
Helse Nordmøre og Romsdal HF	198	198	100 %	43	22 %	22 %	2,0 %	1,7 %	1,2	0,82	2,37	1,60
Helse Nord-Trøndelag HF	295	295	100 %	108	37 %	37 %	5,0 %	2,5 %	2,0	0,49	0,94	0,72
Helse Sunnmøre HF	409	215	53 %	76	35 %	19 %	3,5 %	3,4 %	1,0	0,96	1,34	1,15
St. Olavs Hospital HF	983	350	36 %	166	47 %	17 %	7,8 %	8,2 %	0,9	1,06	0,61	0,84

	Populasjon	Utvalg	Utvalgsandel	Antall svar	Svarprosent ift utvalg	Svarprosent ift populasjon	Svarvekt	Populasjons- vekt	Reell Vekt per HF	Vektfaktor ved individvekt	Vektfaktor ved HF-vekt	Justert vektfaktor
Helse Nord	985	671	68 %	277	41 %	28 %						
Helgelandssykehuset HF	129	129	100 %	52	40 %	40 %	2,4 %	1,1 %	2,3	0,44	1,96	1,20
Helse Finnmark HF	57	57	100 %	30	53 %	53 %	1,4 %	0,5 %	2,9	0,34	3,40	1,87
Nordlandssykehuset HF	235	235	100 %	102	43 %	43 %	4,8 %	2,0 %	2,4	0,41	1,00	0,71
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	564	250	44 %	93	37 %	16 %	4,3 %	4,7 %	0,9	1,09	1,10	1,10

Tabell v Gruppe 2: Populasjon, utvalg, svarprosent og vektfactorer

	Populasjon	Utvalg	Utvalgsandel	Antall svar	Svarprosent ift utvalg	Svarprosent ift populasjon	Svarvekt	Populasjons- vekt	Reell Vekt per HF	Vektfaktor ved individvekt	Vektfaktor ved HF-vekt	Justert vektfaktor
Totalt	3488	2764	79 %	1058	38 %	30 %						
Helse Sør-Øst	1735	1312	76 %	475	36 %	27 %						
Akershus Universitetssykehus HF	157	157	100 %	51	32 %	32 %	4,8 %	4,5 %	1,1	0,93	0,99	0,96
Oslo Universitetssykehus HF	492	235	48 %	26	11 %	5 %	2,5 %	14,1 %	0,2	5,74	1,94	3,84
Sunnaas Sykehus HF	24	24	100 %	8	33 %	33 %	0,8 %	0,7 %	1,1	0,91	6,30	3,60
Sykehuset i Vestfold HF	203	203	100 %	101	50 %	50 %	9,5 %	5,8 %	1,6	0,61	0,50	0,55
Sykehuset Innlandet HF	376	210	56 %	85	40 %	23 %	8,0 %	10,8 %	0,7	1,34	0,59	0,97
Sykehuset Telemark HF	93	93	100 %	22	24 %	24 %	2,1 %	2,7 %	0,8	1,28	2,29	1,79
Sykehuset Østfold HF	64	64	100 %	36	56 %	56 %	3,4 %	1,8 %	1,9	0,54	1,40	0,97

	Populasjon	Utvalg	Utvalgsandel	Antall svar	Svarprosent ift utvalg	Svarprosent ift populasjon	Svarvekt	Populasjons- vekt	Reell Vekt per HF	Vektfaktor ved individvektning	Vektfaktor ved HF-vektning	Justert vektfaktor
Sørlandet Sykehus HF	228	228	100 %	101	44 %	44 %	9,5 %	6,5 %	1,5	0,68	0,50	0,59
Vestre Viken HF	98	98	100 %	45	46 %	46 %	4,3 %	2,8 %	1,5	0,66	1,12	0,89
Helse Vest	792	491	62 %	199	41 %	25 %						
Helse Bergen HF	541	240	44 %	81	34 %	15 %	7,7 %	15,5 %	0,5	2,03	0,62	1,32
Helse Fonna HF	82	82	100 %	30	37 %	37 %	2,8 %	2,4 %	1,2	0,83	1,68	1,25
Helse Førde HF	18	18	100 %	12	67 %	67 %	1,1 %	0,5 %	2,2	0,45	4,20	2,33
Helse Stavanger HF	151	151	100 %	76	50 %	50 %	7,2 %	4,3 %	1,7	0,60	0,66	0,63
Helse Midt-Norge	616	616	100 %	232	38 %	38 %						
Helse Nordmøre og Romsdal HF	104	104	100 %	39	38 %	38 %	3,7 %	3,0 %	1,2	0,81	1,29	1,05
Helse Nord-Trøndelag HF	108	108	100 %	25	23 %	23 %	2,4 %	3,1 %	0,8	1,31	2,02	1,66
Helse Sunnmøre HF	111	111	100 %	33	30 %	30 %	3,1 %	3,2 %	1,0	1,02	1,53	1,27
St. Olavs Hospital HF	293	293	100 %	135	46 %	46 %	12,8 %	8,4 %	1,5	0,66	0,37	0,52
Helse Nord	345	345	100 %	152	44 %	44 %						
Helgelandssykehuset HF	50	50	100 %	20	40 %	40 %	1,9 %	1,4 %	1,3	0,76	2,52	1,64
Helse Finnmark HF	45	45	100 %	29	64 %	64 %	2,7 %	1,3 %	2,1	0,47	1,74	1,10
Nordlandssykehuset HF	107	107	100 %	48	45 %	45 %	4,5 %	3,1 %	1,5	0,68	1,05	0,86
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	143	143	100 %	55	38 %	38 %	5,2 %	4,1 %	1,3	0,79	0,92	0,85

Tabell vi Gruppe 3: Populasjon, utvalg, svarprosent og vektfactorer

	Populasjon	Utvalg	Utvalgsandel	Antall svar	Svarprosent ift utvalg	Svarprosent ift populasjon	Svarvekt	Populasjonsvekt	Reell Vekt per HF	Vektfactor ved individvekt	Vektfactor ved HF-vekt	Justert vektfactor
Totalt	829	829	100 %	451	54 %	54 %						
Helse Sør-Øst	355	355	100 %	190	54 %	54 %						
Akershus Universitetssykehus HF	27	27	100 %	18	67 %	67 %	4,0 %	3,3 %	1,2	0,82	1,19	1,00
Oslo Universitetssykehus HF	69	69	100 %	8	12 %	12 %	1,8 %	8,3 %	0,2	4,69	2,68	3,69
Sunnaas Sykehus HF	30	30	100 %	14	47 %	47 %	3,1 %	3,6 %	0,9	1,17	1,53	1,35
Sykehuset i Vestfold HF	26	26	100 %	10	38 %	38 %	2,2 %	3,1 %	0,7	1,41	2,15	1,78
Sykehuset innlandet HF	55	55	100 %	47	85 %	85 %	10,4 %	6,6 %	1,6	0,64	0,46	0,55
Sykehuset Telemark HF	29	29	100 %	32	110 %	110 %	7,1 %	3,5 %	2,0	0,49	0,67	0,58
Sykehuset Østfold HF	25	25	100 %	14	56 %	56 %	3,1 %	3,0 %	1,0	0,97	1,53	1,25
Sørlandet Sykehus HF	47	47	100 %	28	60 %	60 %	6,2 %	5,7 %	1,1	0,91	0,77	0,84
Vestre Viken HF	47	47	100 %	19	40 %	40 %	4,2 %	5,7 %	0,7	1,35	1,13	1,24
Helse Vest	193	193	100 %	110	57 %	57 %						
Helse Bergen HF	103	103	100 %	52	50 %	50 %	11,5 %	12,4 %	0,9	1,08	0,41	0,75
Helse Fonna HF	33	33	100 %	16	48 %	48 %	3,5 %	4,0 %	0,9	1,12	1,34	1,23
Helse Førde HF	19	19	100 %	20	105 %	105 %	4,4 %	2,3 %	1,9	0,52	1,07	0,80
Helse Stavanger HF	38	38	100 %	22	58 %	58 %	4,9 %	4,6 %	1,1	0,94	0,98	0,96
Helse Midt-Norge	160	160	100 %	84	53 %	53 %						
Helse Nordmøre og Romsdal HF	16	16	100 %	12	75 %	75 %	2,7 %	1,9 %	1,4	0,73	1,79	1,26
Helse Nord-Trøndelag HF	20	20	100 %	13	65 %	65 %	2,9 %	2,4 %	1,2	0,84	1,65	1,24

Helse Sunnmøre HF	28	28	100 %	19	68 %	68 %	4,2 %	3,4 %	1,2	0,80	1,13	0,97
St. Olavs Hospital HF	96	96	100 %	40	42 %	42 %	8,9 %	11,6 %	0,8	1,31	0,54	0,92
Helse Nord	121	121	100 %	67	55 %	55 %						
Helgelandssykehuset HF	19	19	100 %	13	68 %	68 %	2,9 %	2,3 %	1,3	0,80	1,65	1,22
Helse Finnmark HF	21	21	100 %	11	52 %	52 %	2,4 %	2,5 %	1,0	1,04	1,95	1,50
Nordlandssykehuset HF	30	30	100 %	16	53 %	53 %	3,5 %	3,6 %	1,0	1,02	1,34	1,18
UNN HF	51	51	100 %	27	53 %	53 %	6,0 %	6,2 %	1,0	1,03	0,80	0,91

Vedlegg 3 Spørsmål fra spørreundersøkelsen

Spørsmål	Routing	Svaralternativer
1: Hvilken helseregion tilhører du?	Alle	
2: Hvilket helseforetak arbeider du i?	Alle	Svaralternativer avhengig av svar på spm 1
3: Hvilket sykehus/geografisk enhet arbeider du i?	Alle	Svaralternativer avhengig av svar på spm 2
4: Hvilket fagområde arbeider du innenfor? (Velg det fagområdet du hovedsakelig arbeider innenfor hvis du arbeider både innen medisin og kirurgi)	Alle	Medisin Kirurgi Annet
5: Jeg tilhører følgende stillingsnivå/gruppe:	Alle	Ledernivå 1 - Foretaksledelse Ledernivå 2 - Klinikksjef/divisjonsdirektør og er medlem av foretakets ledergruppe Ledernivå 2 - Klinikksjef/divisjonsdirektør og er ikke medlem av foretakets ledergruppe Ledernivå 2 - Stabsdirektør som inngår i foretakets ledergruppe Ledernivå 3 - Avdelingssjef/avdelingsleder Avdelingsoverlege/seksjonsoverlege/overlege LIS-lege/annen assistentlege Turnuslege Sykepleier Annet helsefaglig personale Administrativt personale som arbeider med kontroll av medisinsk koding Helsesekretær eller annet administrativt personell som arbeider med føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ
6: Arbeider du i/er tilknyttet en analysegruppe, det vil si en gruppe som gjennomfører kvalitetssjekker av den medisinske kodekvaliteten ved det helseforetaket/sykehuset du tilhører?	Alle	Ja/Nei
7: Setter du selv medisinske koder i ditt arbeid (det vil si, beslutter du selv hvilke medisinske koder som skal benyttes)?	Alle	Ja/Nei
8: Hvor gammel er du?	Alle	under 30 30-39 40-49 50-59 60 +
9: Kjønn:	Alle	Mann/Kvinne
<i>Spørsmålene nedenfor handler om din kjennskap til regelverk og veiledere for medisinsk koding.</i>		
10: I hvilken grad kjenner du til innholdet i regelverket for finansieringsordningen innsatsstyrt finansiering som er relevant for din stilling?	Alle	Skala 1-6 1 = Helt ukjent og 6 = Har detaljert kunnskap

Spørsmål	Routing	Svaralternativer
11: I hvilken grad kjenner du til innholdet i kodeveiledningen fra Helsedirektoratet og KITH som er relevant for din stilling?	Alle	Skala 1-6 1 = Helt ukjent og 6 = Har detaljert kunnskap
<i>Spørsmålene nedenfor handler om hvilke verktøy og rutiner som benyttes i forbindelse med medisinsk koding ved din avdeling/enhet.</i>		
12: Har din avdeling/enhet tilgang til elektroniske hjelpeverktøy (oppslagsverk) for å søke opp riktig kode? (FinnKode eller tilsvarende)	De som har oppgitt ledernivå 3 eller lavere i spm 5	Ja/Nei/Vet ikke
13: Benytter du slike elektroniske hjelpeverktøy (oppslagsverk) for å søke opp riktig kode?	De som har oppgitt ledernivå 3 eller lavere i spm 5	Ja/Nei/Vet ikke
14: Bruker du manuelle hjelpeverktøy (som kodeveiledningen fra Helsedirektoratet/KITH) for å søke opp riktig kode?	De som har oppgitt ledernivå 3 eller lavere i spm 5	Ja/Nei/Vet ikke
15: Har din avdeling/enhet arbeidslister ("kortlister") over de mest brukte medisinske koder/prosedyrer?	De som har oppgitt ledernivå 3 eller lavere i spm 5	Ja/Nei/Vet ikke
15: Har din avdeling/enhet etablert skriftlige arbeidsrutiner for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?	De som har oppgitt ledernivå 3 eller lavere i spm 5	Ja/Nei/Vet ikke
16: Kjenner du til om det er utarbeidet en nivå 1 instruks (sykehusomfattende) for medisinsk koding, som definerer roller, ansvar og oppgaver?	De som har svart "Vet ikke" eller "Nei" på spm 15	Ja, jeg kjenner til en slik sykehusomfattende instruks Nei
17: Kjenner du til om denne instruksjonen er lagt inn i sykehusets elektroniske kvalitetssystem/tilgjengelig på intranett?	Ja på spm 16	Ja, denne instruksjonen er lagt inn i sykehusets elektroniske kvalitetssystem/tilgjengelig på intranett Nei
18: I hvilken grad mener du denne instruksjonen bidrar til å sikre at den medisinske kodingen gjennomføres i tråd med gjeldende regelverk?	Ja på spm 16	Skala 1-6 1 = i ubetydelig grad og 6 = i meget stor grad
19: Er disse arbeidsrutinene lagt inn i sykehusets elektroniske kvalitetssystem/tilgjengelig på intranett?	Ja på spm 15.	Ja/Nei
20: I hvilken grad mener du disse arbeidsrutinene bidrar til å sikre at den medisinske kodingen gjennomføres i tråd med gjeldende regelverk?	Ja på spm 15	Skala 1-6 1 = i ubetydelig grad og 6 = i meget stor grad
21: Elektroniske grupperingsverktøy kan være nyttige i planlegging av aktivitet. Bruker din avdeling/enhet DRG-grupperingsverktøy ("Grouper") i forbindelse med planlegging/prioritering av medisinsk aktivitet?	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7) pluss Ledernivå 2 & 3	Ja/Nei/Vet ikke

Spørsmål	Routing	Svaralternativer
22: Har det vært gjennomført frittstående (dvs. foretatt av uavhengige aktører) evalueringer/revisjoner av medisinsk kodepraksis ved din divisjon/klinikk/avdeling de siste to årene?	Ledernivå 2 & 3	Ja/Nei/Vet ikke
23: Har det vært gjennomført frittstående (dvs. foretatt av uavhengige aktører) evalueringer/revisjoner av medisinsk kodepraksis ved ditt HF/sykehus de siste to årene?	Ledernivå 1 & 2	Ja/Nei/Vet ikke
24: Har det vært gjennomført risikovurderinger av medisinsk kodepraksis ved din divisjon/klinikk/avdeling de siste to årene?	Ledernivå 2 & 3	Ja/Nei/Vet ikke
25: Har det vært gjennomført risikovurderinger av medisinsk kodepraksis ved det HF/sykehus du tilhører de siste to årene?	Ledernivå 1	Ja/Nei/Vet ikke
26: Har ditt foretak egne mål for arbeidet med medisinsk koding (for eksempel om økt inntjening som følge av mer komplett koding, om reduksjon i feilkoding, evt. annet)?	Ledernivå 1	Ja/Nei
27: Hvilke mål for arbeidet med medisinsk koding har helseforetaket?	Ja på 26	Fritekst
<i>Ta stilling til følgende påstander om medisinsk kodebruk som angår deg og din avdeling:</i>		
28: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
29: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i it-systemet (PAS/EPJ/annet) som brukes til koding i min avdeling	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
30: Jeg er trygg på at jeg bruker riktige medisinske koder	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
31: Jeg er trygg på at de ansatte i min avdeling bruker riktige medisinske koder	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
32: Det er enkelt å få hjelp hvis jeg er usikker på hvilken medisinsk kode som skal benyttes	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
33: Jeg mener it-systemet (PAS/EPJ/annet) som jeg benytter til å registrere medisinsk koding i er enkelt å bruke	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
34: Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig tid til å finne/sette riktig medisinsk kode	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Spørsmål	Routing	Svaralternativer
35: Regelverket for medisinsk koding er oversiktlig og enkelt å forholde seg til	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
36: Dersom det finnes flere alternative diagnosekoder, er det da riktig å velge koden som gir høyest refusjonsbeløp?	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
<i>Ta stilling til følgende påstander om medisinsk kodebruk:</i>		
37: Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk kodebruk	Ledernivå 1 & 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
38: Jeg mener it-systemet (PAS/EPJ/annet) som benyttes til å registrere medisinsk koding i er enkelt å bruke	Ledernivå 1 & 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
39: Regelverket for medisinsk koding er oversiktlig og enkelt å forholde seg til	Ledernivå 1 & 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
40: Dersom det finnes flere alternative diagnosekoder, er det da riktig å velge koden som gir høyest refusjonsbeløp?	Ledernivå 1 & 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
41: Ta stilling til følgende påstand: Jeg opplever at medisinsk personell i min divisjon/klinikk/avdeling har tilstrekkelig tid til å finne riktig medisinsk kode	Ledernivå 2 & 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
42: Hvor ofte arbeider du med kontroll av medisinsk koding eller føring av pasientopplysninger i PAS/EPJ?	Gruppe 2	Aldri Månedlig eller sjeldnere 2-3 ganger i måneden Ukentlig 2-4 gang i uken Daglig
43: Jeg oppdager medisinsk feilkoding	Gruppe 2	Aldri Månedlig eller sjeldnere 2-3 ganger i måneden Ukentlig 2-4 gang i uken Daglig
44: Jeg har det siste året fått kjennskap til at ikke-medisinsk personale retter koder som er satt av leger /annet helsepersonell uten å ha konsultert den aktuelle legen/helsepersonellet først	Gruppe 2	Aldri Månedlig eller sjeldnere 2-3 ganger i måneden Ukentlig 2-4 gang i uken Daglig
45: Ved den avdeling/enhet jeg tilhører er det egne personer som gjennomfører medisinsk kvalitetssikring av kodingen.	Ledernivå 3	Ja/Nei/Vet ikke
46: Har du fått formell opplæring (på kurs, avdelingsmøter eller en-til-en opplæring) i medisinsk koding det siste året?	Alle	Ja/Nei/Vet ikke

Spørsmål	Routing	Svaralternativer
47: Dersom jeg er usikker på hvilke medisinske koder jeg skal benytte, bruker jeg følgende informasjonskilder:	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7)	
47-1: Kollegene mine	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7)	Skala 1-6 1 = Aldri og 6 = Alltid
47-2: Min nærmeste overordnede	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7)	Skala 1-6 1 = Aldri og 6 = Alltid
47-3: Egenproduserte "kortlister", dvs. en oversikt over de mest brukte kodene ved min avdeling	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7)	Skala 1-6 1 = Aldri og 6 = Alltid
47-4: "Kortlister" utarbeidet av kommersielle aktører	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7)	Skala 1-6 1 = Aldri og 6 = Alltid
47-5: Smarttelefon (Android, iPhone eller tilsvarende)	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7)	Skala 1-6 1 = Aldri og 6 = Alltid
47-6: FinnKode eller tilsvarende søkeverktøy	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7)	Skala 1-6 1 = Aldri og 6 = Alltid
47-7: Helsedirektoratets nettsider	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7)	Skala 1-6 1 = Aldri og 6 = Alltid
47-8: Annet	Alle som oppgir at de selv setter medisinske koder (ja på spm 7)	Skala 1-6 1 = Aldri og 6 = Alltid
48: Dersom du svarte at du bruker en annen/andre informasjonskilde(r) enn de som er nevnt over, vennligst oppgi hvilken/hvilke du bruker:	Setter koder	Fritekst
Påstandene nedenfor handler om din vurdering av kodekompetansen hos ansatte ved ditt HF/sykehus. Ta stilling til følgende påstander:	De som har oppgitt at de er med i en analysegruppe (svart ja på spm 6)	
49: Kodekompetansen blant det medisinske personalet som setter koder i mitt HF er god.	De som har oppgitt at de er med i en analysegruppe (svart ja på spm 6)	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
50: Kunnskapen om og forståelsen for medisinsk koding blant avdelingslederne/seksjonslederne (ledernivå 3) i mitt HF er god	De som har oppgitt at de er med i en analysegruppe (svart ja på spm 6)	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
51: Kunnskapen om, og forståelsen for, medisinsk koding blant kliniksjefer/områdesjefer eller tilsvarende i mitt HF er god.	De som har oppgitt at de er med i en analysegruppe (svart ja på spm 6)	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
I spørsmålene nedenfor ber vi deg vurdere egen HF-ledelse. Jeg opplever at ledelsen for det HF jeg tilhører:	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	
52-1: er opptatt av korrekt medisinsk koding	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
52-2: tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Spørsmål	Routing	Svaralternativer
52-3: er godt kjent med holdningene til medisinsk koding blant de ansatte i eget HF	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
52-4: er godt kjent med hvilken medisinsk kodekompetanse de ansatte har i eget HF	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
52-5: er åpne for å diskutere problemstillinger knyttet til medisinsk koding	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
52-6: reagerer på en hensiktsmessig måte når de får kjennskap til feil medisinsk koding	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
52-7: har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
52-8: er opptatt av at ønsket om høyere økonomisk refusjon ikke skal påvirke hvilke medisinske koder som skal benyttes	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
52-9: ikke lar ønsket om høy økonomisk refusjon påvirke prioriteringen av pasienter	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
52-10: ikke lar ønsket om høyere økonomisk refusjon påvirke den behandling/prosedyre som tilbys pasienten	Alle unntatt ledernivå 1 og 2	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
<i>Jeg opplever at ledelsen ved min avdeling</i>	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	
53-1: er opptatt av korrekt medisinsk koding i egen enhet	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
53-2: tydelig kommuniserer til de ansatte at det skal kodes medisinsk korrekt	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
53-3: er godt kjent med holdningene til medisinsk koding blant de ansatte i egen enhet	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
53-4: er godt kjent hvilken medisinsk kodekompetanse de ansatte i egen enhet har	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
53-5: er åpne for å diskutere problemstillinger knyttet til medisinsk koding	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
53-6: reagerer på en hensiktsmessig måte når de får kjennskap til feil medisinsk koding	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
53-7: har god styring og kontroll for å forhindre medisinsk feilkoding	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
53-8: er opptatt av at ønsket om høyere økonomisk refusjon ikke skal påvirke hvilke medisinske koder som skal benyttes	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
53-9: ikke lar ønsket om høy økonomisk refusjon påvirke prioriteringen av pasienter	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Spørsmål	Routing	Svaralternativer
53-10: ikke lar ønsket om høyere økonomisk refusjon påvirke den behandling/prosedyre som tilbys pasienten	Alle unntatt ledernivå 1, 2 og 3	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
54: Hvis jeg får kjennskap til eller fatter sterk mistanke om bevisst feil medisinsk koding i eget sykehus/HF vil jeg velge å melde fra om dette til nærmeste leder eller andre aktuelle parter	Alle	Ja/Nei/Vet ikke
<i>Hvis jeg melder fra til egen ledelse om et alvorlig brudd (dvs. systematisk kreativ koding med økonomisk vinning som mål) på reglene for koding, vil jeg føle meg trygg på at</i>	Alle	
55-1: det er den riktige tingen å gjøre	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
55-2: det forventes at jeg gjør det	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
55-3: jeg forblir anonym dersom jeg ønsker det	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
55-4: passende tiltak vil bli iverksatt	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
55-5: jeg vil være beskyttet mot represalier	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
55-6: de involverte personene vil bli rettfærdig behandlet	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
<i>Spørsmålene nedenfor handler om hvorvidt du har kjennskap til bevisst feilkoding.</i>	Alle	
<i>Jeg har det siste året fått kjennskap til at ansatte eller ledere i mitt HF</i>		
56: med overlegg har brukt gal medisinsk kode for å øke refusjonsbeløpet	Alle	Ja/Nei
57: har valgt enn annen behandling enn det som er medisinsk optimalt for å øke refusjonsbeløpet	Alle	Ja/Nei
<i>Dersom ansatte i den avdeling/enhet jeg tilhører bruker feil medisinske koder, tror jeg det vil være fordi</i>	Alle	
58-1: vi/de ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvilke koder som skal benyttes	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
58-2: vi/de blir presset til å kode feil for å øke inntektene i det helseforetaket jeg arbeider i	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
58-3: vi/de ikke har nok tid til å finne riktig medisinsk kode	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig

Spørsmål	Routing	Svaralternativer
58-4: vi/de mener at kontrollen er så dårlig at eventuell feilkoding ikke oppdages	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
58-5: dataverktøyene (PAS/EPJ) som benyttes ikke er gode nok	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
58-6: de elektroniske hjelpeverktøyene (f.eks. FinnKode) ikke er gode nok	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
58-7: vi/de ikke er tilstrekkelig opptatt av å kode riktig	Alle	Skala 1-6 1 = Helt uenig og 6 = Helt enig
<i>Endring av medisinsk kode kan være nødvendig av ulike årsaker. Vi ønsker her å vite hvor ofte dette skjer uavhengig av årsak.</i>		
59: Hvor ofte endres den medisinske kodingen fra den første satte kode til innsending av NPR-rapportering i din avdeling?	Alle som koder selv (svart ja på spm 5), overleger, ledernivå 3 og medlemmer av analysegrupper (svart ja på spm 6)	Skala 0 % - 100 % i 5 % intervaller, og "Vet ikke"
60: Dersom kodeendringen skjer etter at epikrise er sendt ut, hvor ofte tror du denne blir korrigert og ny korrigert epikrise sendt ut i din avdeling?	Alle som koder selv (svart ja på spm 5), overleger, ledernivå 3 og medlemmer av analysegrupper (svart ja på spm 6)	Skala 0 % - 100 % i 5 % intervaller, og "Vet ikke"
61: Eventuelle kommentarer eller synspunkter:	Alle	Fritekst

Vedlegg 4 Dokumentforespørsel til HF-ene

Vi ber om følgende dokumentasjon/opplysninger:

- Organisasjonskart for helseforetaket og evt. sykehuset.
- En kortfattet overordnet beskrivelse av hvordan arbeidet med medisinsk koding foregår innenfor somatisk virksomhet i helseforetaket OG evt. sykehuset (i de tilfeller hvor vi kun gjennomfører intervjuer ved ett sykehus i helseforetak som består av flere sykehus) hvor følgende opplysninger fremkommer:
 - Beskrivelse av oppgaver og ansvarsforhold i forbindelse med koding, registrering og kontroll av aktivitetsdata
 - Om helsepersonellet koder direkte i PAS/EPJ (eller tilsvarende systemer), eller om utskrivningsskjema/kodeskjema benyttes
 - Hvilke kontroller man har på avdelings-, klinikk-, sykehus og foretaksnivå for å kvalitetssikre kodingen
 - Hvordan feilkoding håndteres på sykehuset/foretaket

Dersom de etterspurte opplysningene ovenfor kommer tydelig fram i helseforetakets/sykehusets skriftlige retningslinjer for medisinsk koding, er det ikke nødvendig å gi en slik overordnet beskrivelse.

- Prosedyrer/interne retningslinjer for medisinsk koding for det enkelte helseforetak og evt. sykehus, herunder:
 - Prosedyrer for praktisk gjennomføring av medisinsk koding
 - Prosedyrer for oppfølging/kontroll av medisinsk koding
 - Prosedyrer for håndtering av avvik (feilkoding)
 - Eksempler på utskrivningsskjemaer/kodeskjemaer og eventuelle sjekklistor til bruk i kodeprosessen
 - Opplæringsplaner på området medisinsk koding
 - Prosedyrer for dokumentasjon av gjennomført opplæring på området
- Interne styringsdokumenter for det enkelte helseforetak og evt. sykehus som beskriver roller og ansvar for alt medisinsk og administrativt personell som er involvert i medisinsk koding (for eksempel stillingsinstrukser og lederavtaler).
- Siste års handlingsplaner og/eller virksomhetsplaner for det enkelte helseforetak og evt. sykehus (eller tilsvarende plandokumenter) dersom eventuelle planlagte tiltak knyttet til medisinsk koding framkommer i disse dokumentene.
- Eksempler på månedsrapporter/tertiær-rapporter fra siste halvår (eller tilsvarende dokumenter) dersom eventuelle gjennomførte tiltak på området medisinsk koding framkommer i disse dokumentene.
- Dokumentasjon på gjennomførte risikovurderinger vedrørende medisinsk koding på HF-, sykehus-, klinikk- og avdelingsnivå de siste to årene.
- Rapporter fra gjennomførte revisjoner, evalueringer eller tilsvarende (eks: Riksrevisjonen, Helsetilsynet, internrevisjonen, forskningsrapporter) på området medisinsk koding de siste to årene.
- Dokumentasjon på gjennomført opplæring innen medisinsk koding (for eksempel introduksjonskurs, e-læringskurs, oppfriskningskurs og annen opplæring innen koding). Vi ber også om eventuelle opplæringsplaner på området.

■ DRG-utvalg

- Oversikt over medlemmer i DRG-utvalg eller tilsvarende utvalg
- Mandat for DRG-utvalget eller tilsvarende utvalg

Referat fra møter i DRG-utvalget eller tilsvarende utvalg fra 2010 til i dag

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 49/2011 Møteplan 2012

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	14.12.11	49/2011
Saksbeh:	Marit Røvik Skjerve	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2011/4153	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord-Trøndelag vedtar følgende møteplan for 2012:

16. februar
28. mars
23. mai
13. juni
6. september
18. oktober
15. november

SAKSUTREDNING:
Sak 49/2011 Møteplan 2012

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

- Forslag til møteplan 2012 fra Helse Midt-Norge datert 10.11.11

UTRYKT VEDLEGG:

- Sak 62/2011 i styret i Helse Midt-Norge – Årsplanlegging i foretaksgruppen – Årshjul 2012

BAKGRUNN

Helse Midt-Norge har satt i gang et arbeid hvor de evaluerer administrative arbeids- og rapporteringsrutiner, saksforberedelse for styre og oppfølging av helseforetakene. Styret i Helse Midt-Norge behandlet sak om årsplanlegging i foretaksgruppen – årshjul 2012, sak 62/2012 på junimøtet, med vedtak om videre oppfølging. Saken er også lagt fram i direktørmøte i Helse Midt-Norge.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Styret i Helse Nord-Trøndelag har i inneværende år gjennomført ett møte pr. måned med unntak av juli måned, totalt 11 møter.

Den tentative møteplanen for 2012 fra Helse Midt-Norge har med utgangspunkt i evalueringen bl.a. foreslått redusert møtehyppighet for styret i RHF og styrene i HF-ene. Antall møter i styret i Helse Midt-Norge er foreslått justert ned til 7 møter i 2012, samme antall møter er skissert for HF-styrene for 2012.

2012 Foreløpig

RHF Helsebygg **RBH**
AU reg tillitsvalgte

HNT **HMR** **STO** **RBM** **APO**
1 Direktørmøte
1 Styreleder og dir-møte
Felles møter RHF og HF styre

Dialogmøter
Fridager

Dato: 10.11.11

JANUAR						
M	T	O	T	F	L	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

FEBRUAR						
M	T	O	T	F	L	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29				

MARS						
M	T	O	T	F	L	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19*	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

* RBH

APRIL						
M	T	O	T	F	L	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

MAI						
M	T	O	T	F	L	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

JUNI						
M	T	O	T	F	L	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18*	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

* RBH

JULI						
M	T	O	T	F	L	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

AUGUST						
M	T	O	T	F	L	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

SEPTEMBER						
M	T	O	T	F	L	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

OKTOBER						
M	T	O	T	F	L	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

NOVEMBER						
M	T	O	T	F	L	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

DESEMBER						
M	T	O	T	F	L	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13*	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 50/2011 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	14.12.11	50/2011
Saksbeh:	Marit Røvik Skjerve	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2011/4153	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
Sak 50/2011 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 14.11.11 og 1.12.11
2. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 17.11.11 og 08.12.11
3. Protokoll fra møte i Samarbeidsutvalget 08.12.11
4. Protokoll fra møte mellom styret i Helse Nord-Trøndelag og Brukerutvalget 17.11.11
5. Protokoll fra møte mellom styret i Helse Nord-Trøndelag og tillitsvalgte 17.11.11
6. Driftsrapport for november 2011
7. Helse Nord-Trøndelags arbeid med reduksjon av deltid
8. Status for samhandlingsreformen
9. Oppnevning av politisk foreslåtte- og andre eieroppnevnte representanter til styrene i helseforetak eid av Helse Midt-Norge RHF
10. Dialyse DMS Steinkjer, brev av 01.12.11 fra Pasient- og brukerombudet i N-T
11. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 14.11.11 kl.17.00 –
Møtested: Quality Airport Hotell Værnes
Saksnr.: 99/11-102/11
Arkivsaksnr.: 2011/18

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid
Toril Hovdenak
Bjørge Henriksen
Tore Brudeseth
Jan Magne Dahle
Asmund S. Kristoffersen
Ellen Marie Wøhni
Nils Håvard Dahl
Kirsti Leirtrø
Olav Huseby
Merethe Storødegård
Joar Olav Grøtting
Perny-Ann Nilsen

Regionalt brukerutvalg:

Elin Gulvåg
Snorre Ness

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Gunnar Bovim
Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)
Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås
Direktør for helsefag, forskning og utdanning Nils Hermann Eriksson
Direktør for eierstyring Torbjørge Vanvik
Direktør for samhandling Daniel Haga
Økonomidirektør Anne Marie Barane
HR direktør Sveinung Aune
Direktør for Stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 08.11.11. Sakspapirer ble lagt ut i styreadministrasjonen samme dag. Sak 100/11 vedlegg Drøftingsprotokoll ble lagt ut i styreadministrasjonen 11.11.11.

Styreleder Kolbjørn Almlid ønsket velkommen.

Det var ingen kommentarer til innkalling og saksliste.

Sak 99/11 Oppfølging av vedtak om nytt ambulanse HF

Forslag til vedtak:

Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om at valgkomiteen trer sammen for å utarbeide innstilling til styre i det nye helseforetaket. Helseforetaket skal stiftes 01.12.2011

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om at valgkomiteen trer sammen for å utarbeide innstilling til styre i det nye helseforetaket. Helseforetaket skal stiftes 01.12.2011

Sak 100/11 Inntekstfordeling og aktivitet 2012

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar følgende fordeling av basisramme 2012 og forventer følgende aktivitetsbaserte inntekter for 2012:

(Tall i tusen)	STO	HMR	HNT	RMN	APO	RHF	HMN
Basisramme	5 078 519	3 341 400	1 673 648	383 376	1 031	1 431 197	11 909 171
ISF-inntekt	1 454 092	986 265	461 670	-	-	73 973	2 976 000
Polikliniske refusjoner	198 506	135 907	71 197	4 000	-	-	409 610
Sum ramme og aktivitetsbasert inntekt	6 731 117	4 463 572	2 206 515	387 376	1 031	1 505 170	15 294 781

2. a) Aktivitet somatikk
Helse Midt-Norge har en aktivitetsbestilling fra eier på 194 261 DRG-poeng. Styret for Helse Midt-Norge vedtar en fordeling for 2012 som vist i tabell:

(Tall i tusen)	STO	HMR	HNT	RHF	Sum
DRG-Poeng	95 438	64 567	30 171	4 085	194 261

- b) Aktivitet psykisk helsevern

Basert på inntektsramme fordelt til helseforetakene har styret følgende forventning til nivå polikliniske konsultasjoner i 2012:

Polikliniske konsultasjoner	STO	HMR	HNT	Sum
Psykisk helsevern voksne	103 000	82 500	51 500	237 000
Psykisk helsevern barn og unge	57 500	40 250	20 000	117 750

c) Aktivitet Rusbehandling Midt-Norge HF:

Basert på inntektsrammen tildelt Rusbehandling Midt-Norge forventer styret en aktivitetsøkning på 3000 konsultasjoner til 24 000 konsultasjoner i 2012.

3. Resultatkrav

Styret for Helse Midt-Norge vedtar et budsjett 2012 for foretaksgruppen med et resultat på 166,5 mill kr, fordelt pr foretak jf tabell

STO	HMR	HNT	RMN	APO	RHF	HMN
0	0	0	0	1,5 mill kr	165 mill kr	166,5 mill kr

Eventuelle endringer i forutsetninger for beregning av pensjon kan medføre endringer i resultatkravene.

4. Administrerende direktør gis fullmakt til å gjøre mindre endringer i budsjett 2012

Protokoll

Styremedlem Bjørg Henriksen fremmet følgende tilføyelse innledningsvis til pkt. 4:

Helse Midt-Norge er pliktig til å forvalte ressursene i spesialisthelsetjenesten innenfor rammene av gjeldende lovverk.

Styremedlem Perny-Ann Nilsen fremmet følgende forslag:

Budsjett for Ambulanse HF føres inn i budsjett med egen synlig konto/post med de 24 mill som står i RHF sin basisramme i punkt 1

Styremedlem Olav Huseby fremmet følgende forslag:

Nytt pkt 5:

Adm dir gis fullmakt til å inngå avtaler med de enkelte Helseforetak om fordeling av innsparing over år dersom det foreligger plan for gjennomføringen.

Nytt pkt 6:

Investeringskostnader knyttet til insourcing av ambulansetjenesten fordeles over 5 år, frigjorte midler fordeles forholdsmessig på de respektive Helseforetak

I tilknytting til saken:

Styret ber om en egen sak om utvikling/satsing innen rusfeltet og utviklingen innen rusforetaket de siste år

Det ble votert på følgende måte.

Adm. forslag til pkt 1 ble enstemmig vedtatt

Adm forslag til pkt 2 ble enstemmig vedtatt

Adm forslag til pkt 3 ble enstemmig vedtatt

Perny-Ann Nilsens forslag ble foreslått som oversendelsesforslag. Dette ble enstemmig vedtatt. Forslaget oversendes til administrasjonen uten realitetsbehandling.

Styremedlem Bjørg Henriksen trakk sitt forslag. Adm dir kommer tilbake med en redegjørelse.

Det blir gitt en orientering i neste statusrapport som svar på styremedlem Olav Husebys forslag til vedtak, som forøvrig ble trukket som vedtaksforslag.

Styremedlem Olav Huseby forslag til nytt pkt 5 ble foreslått som oversendelsesforslag uten realitetsbehandling. Dette ble vedtatt mot 4 stemmer (Toril Hovdenak, Joar Grøtting, Perny-Ann Nilsen, Merethe Storødegård).

Styremedlem Olav Huseby trakk sitt forslag til nytt pkt 6

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret vedtar følgende fordeling av basisramme 2012 og forventer følgende aktivitetsbaserte inntekter for 2012:

(Tall i tusen)	STO	HMR	HNT	RMN	APO	RHF	HMN
Basisramme	5 078 519	3 341 400	1 673 648	383 376	1 031	1 431 197	11 909 171
ISF-inntekt	1 454 092	986 265	461 670	-	-	73 973	2 976 000
Polikliniske refusjoner	198 506	135 907	71 197	4 000	-	-	409 610
Sum ramme og aktivitetsbasert inntekt	6 731 117	4 463 572	2 206 515	387 376	1 031	1 505 170	15 294 781

2. a) Aktivitet somatikk

Helse Midt-Norge har en aktivitetsbestilling fra eier på 194 261 DRG-poeng. Styret for Helse Midt-Norge vedtar en fordeling for 2012 som vist i tabell:

(Tall i tusen)	STO	HMR	HNT	RHF	Sum
DRG-Poeng	95 438	64 567	30 171	4 085	194 261

- b) Aktivitet psykisk helsevern

Basert på inntektsramme fordelt til helseforetakene har styret følgende forventning til nivå polikliniske konsultasjoner i 2012:

Polikliniske konsultasjoner	STO	HMR	HNT	Sum
Psykisk helsevern voksne	103 000	82 500	51 500	237 000
Psykisk helsevern barn og unge	57 500	40 250	20 000	117 750

- c) Aktivitet Rusbehandling Midt-Norge HF:

Basert på inntektsrammen tildelt Rusbehandling Midt-Norge forventer styret en aktivitetsøkning på 3000 konsultasjoner til 24 000 konsultasjoner i 2012.

3. Resultatkrav

Styret for Helse Midt-Norge vedtar et budsjett 2012 for foretaksgruppen med et resultat på 166,5 mill kr, fordelt pr foretak jf tabell

STO	HMR	HNT	RMN	APO	RHF	HMN
0	0	0	0	1,5 mill kr	165 mill kr	166,5 mill kr

Eventuelle endringer i forutsetninger for beregning av pensjon kan medføre endringer i resultatkravene.

4. Administrerende direktør gis fullmakt til å gjøre mindre endringer i budsjett 2012

Sak 101/11 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 102/11 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll fra styremøte ble godkjent og signert.

Stjørdal 14.11.11

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Merethe Storødegård

Asmund S. Kristoffersen

Olav Huseby

Perny-Ann Nilsen

Jan Magne Dable

Joar Olav Grøtting

Kirsti Leirtro

Nils Håvard Dahl

Tore Brudseth

Ellen Wøbni

Björg Henriksen

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 01.12.11 kl.08.30–14.45

Møtested: Quality Airport Hotell Værnes

Arkivsaksnr.: 2011/19

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Björg Henriksen

Tore Brudeseth

Jan Magne Dahle

Asmund S. Kristoffersen

Ellen Marie Wøhni

Nils Håvard Dahl

Kirsti Leirtrø

Olav Huseby

Joar Olav Grøtting

Perny-Ann Nilsen

Forfall:

Merethe Storødegård

Regionalt brukertvalg:

Elin Gulvåg

Brit Haugdahl

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Gunnar Bovim

Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Direktør for helsefag, forskning og utdanning Nils Hermann Eriksson

Direktør for eierstyring Torbjørg Vanvik

Direktør for samhandling Daniel Haga

Økonomidirektør Anne Marie Barane

HR direktør Sveinung Aune

Direktør for Stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 24.11.11. Sakspapirer, med unntak av sak 104/11 ble lagt ut i styreadministrasjonen samme dag. Sak 104/11 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.10.11 ble lagt ut 25.11.11.

Mandag 28.11.11 ble nytt saksframlegg til sak 104/11 og sak 110/11 lagt ut. I tillegg ble drøftingsprotokoll til sak 105/11 lagt ut. Tirsdag 29.11.11 ble drøftingsprotokoll til sak 108/11 og nytt saksframlegg til sak 105/11 med tilhørende drøftingsprotokoll lagt ut.

Drøftingsprotokoll til sak 106/11 ble lagt ut 30.11.11.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 28.11.11
- Sak 106/11 vedlegg drøftingsprotokoll

Styreleder Kolbjørn Almlid ønsket velkommen.

Det var ingen kommentarer til innkalling og sakliste.

Styremøtet startet med at avtroppende leder for Regionalt brukerutvalg Elin Gulvåg ga noen betraktninger rundt samarbeidet mellom styret og Regionalt brukerutvalg.

Sak 103/11 Referatsaker

- Møte i Regionalt brukerutvalg 28.11.11

Sak 104/11 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.10.2011

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapporten til etterretning.
2. Styret er tilfreds med de tiltak administrerende direktør har iverksatt for at mål for ventetid og fristbrudd skal nås innen slutten av året og forutsetter en fortsatt tett oppfølging
3. Styret er tilfreds med at helseregionen presenterer oppdaterte kvalitetsindikatorer på sin hjemmeside og ber om at framtidig rapportering av kvalitetsindikatorer til styret bygger på samme elektroniske plattform

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapporten til etterretning.
2. Styret er tilfreds med de tiltak administrerende direktør har iverksatt for at mål for ventetid og fristbrudd skal nås innen slutten av året og forutsetter en fortsatt tett oppfølging
3. Styret er tilfreds med at helseregionen presenterer oppdaterte kvalitetsindikatorer på sin

hjemmeside og ber om at framtidig rapportering av kvalitetsindikatorer til styret bygger på samme elektroniske plattform

Sak 105/11 Innspill Statsbudsjett for 2013

Forslag til vedtak:

1. Styret slutter seg til det foreliggende innspill til statsbudsjett for 2013, herunder vurdering av aktivitetsforutsetningene for somatiske spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmisbrukere.
2. Styret ber om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet og innarbeides i Årlig melding 2011 fra Helse Midt-Norge RHF.

Protokoll

Styret ønsket tilleggspunkt til vedtak.

- 3. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om at det neste år arbeides frem en sak som er mer konkret på utvikling av spesialisthelsetjenesten basert på utfordringer man ser i driften.*
- 4. Styret i Helse Midt-Norge RHF gir adm. direktør fullmakt til å endre kapitel "Særskilte merknader fra Helse Midt-Norge RHF" i tråd med diskusjonen.*

Votering

Det ble stemt over forslagene punktvis. Alle ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret slutter seg til det foreliggende innspill til statsbudsjett for 2013, herunder vurdering av aktivitetsforutsetningene for somatiske spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmisbrukere.
2. Styret ber om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet og innarbeides i Årlig melding 2011 fra Helse Midt-Norge RHF.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om at det neste år arbeides frem en sak som er mer konkret på utvikling av spesialisthelsetjenesten basert på utfordringer man ser i driften.
4. Styret i Helse Midt-Norge RHF gir adm. direktør fullmakt til å endre kapitel "Særskilte merknader fra Helse Midt-Norge RHF" i tråd med diskusjonen.

Sak 106/11 Strategi 2020 – status og risikovurdering

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn utfordringsbildet beskrevet i Strategi 2020
2. Styret tar til etterretning risikovurderingen av måloppnåelse i Strategi 2020
3. Styret forutsetter at risikoreduserende tiltak iverksettes for å sikre måloppnåelse

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn utfordringsbildet beskrevet i Strategi 2020
2. Styret tar til etterretning risikovurderingen av måloppnåelse i Strategi 2020
3. Styret forutsetter at risikoreduserende tiltak iverksettes for å sikre måloppnåelse

Sak 107/11 Stiftelse av nytt HF

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF stifter Ambulanse Midt-Norge HF i tråd med vedlagte stiftelsesdokument.
2. Helseforetakets hovedkontor skal lokaliseres i Stjørdal
3. Styreleder gis fullmakt til å avholde nødvendige foretaksmøter for å få på plass driften av Ambulanse Midt-Norge HF

Protokoll

Styreleder Kolbjørn Almlid orienterte om valgkomiteens innstilling til nytt styre.

Torbjørge Vanvik	styreleder
Marthe Styve Holte	nestleder
Kristen Rasmussen	styremedlem
Inger Marit Eira-Åhrén	styremedlem
Jens Ivar Tronshart	styremedlem

Videre orienterte styreleder om at det skal velges 3 ansattrepresentanter, en fra Helse Nord-Trøndelag HF, en fra Helse Møre og Romsdal HF og en fra St. Olav HF. Ansattrepresentantene skal representere Delta YS, Fagforbundet LO og Norsk Sykepleierforbund UNIO. Det er kommet forslag om tre menn og dette gir feil kjønnsfordeling. Styreleder Kolbjørn Almlid fremmet derfor forslag om et tilleggspunkt:

Styreleder gis fullmakt til å komplettere styret med tre ansattrepresentanter. Det skal være 1 representant fra hhv. Delta YS, Fagforbundet LO og Norsk Sykepleierforbund UNIO, samt vararepresentanter

Styremedlem Perny-Ann Nilsen fremmet følgende endringsforslag til pkt 2:
Helseforetakets hovedkontor legges til Ålesund.

Dette forslaget ble senere trukket.

Votering

Det ble stemt over innstillingens 3 første punkter samlet. Disse ble enstemmig vedtatt.

Det ble tilslutt stemt over tilleggspunktet. Dette ble også enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF stifter Ambulanse Midt-Norge HF i tråd med vedlagte stiftelsesdokument.
2. Helseforetakets hovedkontor skal lokaliseres i Stjørdal
3. Styreleder gis fullmakt til å komplettere styret med tre ansattrepresentanter. Det skal være 1 representant fra hhv. Delta YS, Fagforbundet LO og Norsk Sykepleierforbund UNIO, samt vararepresentanter
4. Styreleder gis fullmakt til å avholde nødvendige foretaksmøter for å få på plass driften av Ambulanse Midt-Norge HF

Sak 108/11 Samarbeid innen eiendomsvirksomheten mellom de regionale helseforetakene

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar fremlagte sak om oppfølging av FoU-rapport *Bygg og eiendom som strategisk virkemiddel for effektive helsetjenester* til orientering.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar fremlagte sak om oppfølging av FoU-rapport *Bygg og eiendom som strategisk virkemiddel for effektive helsetjenester* til orientering.

Sak 109/11 Helse Møre og Romsdal HF - salg av Åsebøen 3 og 9

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til salg av Åsebøen 3 og 9 og ber om at saken oversendes Helse og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøtet.

Styret forutsetter bruk av midler fra salget blir vurdert i forbindelse med investeringsbudsjett for 2012.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til salg av Åsebøen 3 og 9 og ber om at saken oversendes Helse og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøtet.

Styret forutsetter bruk av midler fra salget blir vurdert i forbindelse med investeringsbudsjett for 2012.

Sak 110/11 Oppnevning av medlemmer i Regionalt brukerutvalg 2012-2013

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF oppnevner følgende medlemmer i Regionalt brukerutvalg for perioden 2012-2013:

Navn	Organisasjon	Anbefalt av
Brit Haugdal	Diabetesforbundet FFO Nord-Trøndelag	FFO Nord-Trøndelag
Bjørn Stian Hojem	Landsforeningen for Nyrepasienter og transplanterte FFO Nord-Trøndelag	FFO Nord-Trøndelag
Arthur Mandal	ADHD Norge FFO Sør-Trøndelag	FFO Sør-Trøndelag
Bjørn Bratvik	Astma- og allergiforbundet FFO Sør-Trøndelag	FFO Sør-Trøndelag
Laila Langerud	Mental Helse FFO Møre og Romsdal	FFO Møre og Romsdal
Snorre Ness	Norsk Forbund for Utviklingshemmede SAFO Midt-Norge	SAFO Midt-Norge (Nord-Trøndelag)
Eilin Reinaas	Norges Handikapforbund SAFO Midt-Norge	SAFO Midt-Norge (Møre og Romsdal)
Mona Sundnes,	Norges Handikapforbund SAFO Midt-Norge	SAFO Midt-Norge (Sør-Trøndelag)
Roy Aleksander Farstad	Ungdomsgruppen i Kreftforeningen Kreftforeningen	Kreftforeningen
Jakob Strand	Eldrerådet i Møre og Romsdal Eldrerådene i Nord- Trøndelag, Sør Trøndelag, Møre og Romsdal	Eldrerådene i Nord- Trøndelag, Sør Trøndelag, Møre og Romsdal

FFO: Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon

SAFO: Samarbeidsforum for Funksjonshemmedes Organisasjoner

- Snorre Ness oppnevnes som leder av Regionalt Brukerutvalg 2012-2013
- Brit Haugdal oppnevnes som nestleder av Regionalt Brukerutvalg 2012-2013

Vararepresentanter

Steinar Waksvik	Afasiforbundet i Norge FFO Møre og Romsdal	FFO Møre og Romsdal
Tor Blåsmo	Prostatakreftforeningen Kreftforeningen	Kreftforeningen
Atle Tangen	LHL - Landsforeningen for hjerte- lungesyke FFO Møre og Romsdal	FFO Møre og Romsdal

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF oppnevner følgende medlemmer i Regionalt brukerutvalg for perioden 2012-2013:

Navn	Organisasjon	Anbefalt av
Brit Haugdal	Diabetesforbundet FFO Nord-Trøndelag	FFO Nord-Trøndelag
Bjørn Stian Hojem	Landsforeningen for Nyrepasienter og transplanterte FFO Nord-Trøndelag	FFO Nord-Trøndelag
Arthur Mandal	ADHD Norge FFO Sør-Trøndelag	FFO Sør-Trøndelag
Bjørn Bratvik	Astma- og allergiforbundet FFO Sør-Trøndelag	FFO Sør-Trøndelag
Laila Langerud	Mental Helse FFO Møre og Romsdal	FFO Møre og Romsdal
Snorre Ness	Norsk Forbund for Utviklingshemmede SAFO Midt-Norge	SAFO Midt-Norge (Nord-Trøndelag)
Eilin Reinaas	Norges Handikapforbund SAFO Midt-Norge	SAFO Midt-Norge (Møre og Romsdal)
Mona Sundnes,	Norges Handikapforbund SAFO Midt-Norge	SAFO Midt-Norge (Sør-Trøndelag)
Roy Aleksander Farstad	Ungdomsgruppen i Kreftforeningen Kreftforeningen	Kreftforeningen
Jakob Strand	Eldrerådet i Møre og Romsdal Eldrerådene i Nord- Trøndelag, Sør Trøndelag, Møre og Romsdal	Eldrerådene i Nord- Trøndelag, Sør Trøndelag, Møre og Romsdal

FFO: Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon

SAFO: Samarbeidsforum for Funksjonshemmedes Organisasjoner

- Snorre Ness oppnevnes som leder av Regionalt Brukerutvalg 2012-2013
- Brit Haugdal oppnevnes som nestleder av Regionalt Brukerutvalg 2012-2013

Vararepresentanter

Steinar Waksvik	Afasiforbundet i Norge FFO Møre og Romsdal	FFO Møre og Romsdal
Tor Blåsmo	Prostatakreftforeningen Kreftforeningen	Kreftforeningen
Atle Tangen	LHL - Landsforeningen for hjerte- lungesyke FFO Møre og Romsdal	FFO Møre og Romsdal

Sak 111/11 Oppfølging av saker vedtatt av styret i Helse Midt-Norge RHF

Forslag til vedtak:

Styret i Helse Midt-Norge RHF tar status på oppfølging av saker behandlet i styret Helse Midt-Norge RHF til orientering.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret i Helse Midt-Norge RHF tar status på oppfølging av saker behandlet i styret Helse Midt-Norge RHF til orientering.

Sak 112/11 Orienteringssaker

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar fremlagte orienteringssaker til orientering.

I styremøte 01.12.11 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Nytt fra foretaksgruppen
- Fast Track (før sak 108/11)
- Fagnettverk
- Dialogmøter med Helsetilsynet
- Regionalt smittevern
- Arbeidstilsynets oppfølging av arbeidstidsbestemmelsene
- Forprosjekt Fellestjenester
- Nye styrer HF

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar fremlagte orienteringssaker til orientering.

Sak 113/11 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 114/11 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll fra styremøte ble godkjent og signert.

St. Olav HF har bedt om at man holder av tidspunkt for evt. ekstra styremøte like på nyttår.

Styret holder av 4. januar som aktuell dato for styremøte. Det vil i tilfelle bli kalt inn til møtet før jul.

Stjørdal 1.12.11

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Merethe Storødegård

Asmund S. Kristoffersen

Olav Huseby

Perny-Ann Nilsen

Jan Magne Dable

Joar Olav Grøtting

Kirsti Leirtrø

Nils Håvard Dahl

Tore Brudeseth

Ellen Wøbni

Björg Henriksen

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 17.11 2011 kl. 10.00 – 13.00
Møtested: Best Western Tingvold Park Hotel, Steinkjer
Saksnr.: 48/2011 – 52/2011
Arkivsaksnr: 2011/56

Møteleder: Hildur Fallmyr

Møtende medlemmer:

Hildur Fallmyr
Astrid Marie Bakken
Grete Aspaas
Lillian Blæstervold
Ole Flakken
Ola Larsen

Øystein Bjørnes deltok i Brukerutvalgets formøte og Brukerutvalgets møte med styret. Under ordinært Brukerutvalgsmøte deltok Bjørnes i samtidig pågående styremøte.

Merknad til møte og sakliste:
Ingen merknader

Sak 48/2011 Godkjenning av protokoll fra møte 17.10 2011

Protokoll

Hildur Fallmyr viste til protokollen.

Vedtak

Protokoll fra møte 17.10 2011 godkjennes.

Sak 49/2011 Oppnevning av brukerrepresentant

Protokoll

Hildur Fallmyr viste til saksframlegget og viste til forslag fra FFO i Nord-Trøndelag.

Vedtak

Brukerutvalget oppnevner følgende brukerrepresentant i prosjekt/arbeidsgrupper:
KOLS-forløp: Arne Sæther

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET

MØTEPROTOKOLL

Sak 50/2011 Budsjett 2012

Protokoll

Hildur Fallmyr viste til diskusjon i formøtet.

Vedtak

Brukerutvalget har drøftet forslag til budsjett. Brukerutvalget er bekymret over enkelte innsparinger. Dette gjelder reduksjon i lønnskostnader knyttet til pleietjenesten, reduksjon i lønnskostnader knyttet til vakt og tjenesteplaner for leger. Brukerutvalget er også bekymret for reduksjon i varer og tjenester, herunder medikamentutgifter. Brukerutvalget er også overrasket og bekymret over redusert satsing på DMS.

Sak 51/2011 Styremøte i Helse Nord-Trøndelag 17. november 2011

Protokoll

Styremøte pågikk samtidig med møtet. Det ble derfor ikke gitt noen orienteringer fra administrasjonen.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering

Sak 52/2011 Orienteringer

Protokoll

Administrasjonen ga ingen orienteringer.

Brukerutvalget drøftet ulike tema som er aktuelle for senere møter, herunder:

- Kreftpasienters behandling og ventetid fra 01.01 2012
- Manglende psykiatrivinkling i Samhandlingsreformen
- GPS-bruk til pasienter mv, jf NOU 11/2011: Innovasjon i omsorg

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Protokoll fra møte mellom styret i Helse Nord-Trøndelag og Brukerutvalget 17.11 2011

Møtested: Best Western Tingvold Park Hotel, Steinkjer

Møtetid: 17.11 2011, kl 10.00 – 11.00

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende:

Fra Brukerutvalget:

Øystein Bjørnes

Hildur Fallmyr

Astrid Marie Bakken

Grete Aspaas

Lillian Blæstervold

Ole Flakken

Ola Larsen

Fra styret:

Steinar Aspli

Inger Marit Eira Åhren

Torgeir Schmidt-Melbye

Peter Himo

Sølvi Sæther

Ragnhild Torunn Skjerve

Elinor Kjølseth

Margrete Mære Husby

Fra administrasjonen:

Arne Flaot

Trond G. Skillingstad (referent)

Styreleder Steinar Aspli innledet møtet med å vise til hvordan Brukerutvalgets møte med styret i Helse Nord-Trøndelag er forankret. Aspli inviterte Brukerutvalget til å ta opp saker med styret.

Brukerutvalget tok opp følgende saker:

- *Åpenheten i sykehusene*
 - o Brukerutvalget har ikke konkludert, men ser at dagens praksis med svært åpne sykehus uten registreringer bør gjennomdrøftes i et trygghetsperspektiv.
 - Steinar Aspli meldte tilbake at diskusjonen også er ønsket fra styret, og at saken er på innledende stadium. Etter hvert må prosessen formaliseres og konkretiseres. Brukerutvalget vil bli involvert i dette arbeidet.
- *Budsjett for Helse Nord-Trøndelag 2012*
 - o Brukerutvalget gjennomgikk ulike prioriteringer i budsjett som administrasjonen legger fram for styret. Det ble bedt om ytterligere informasjon om hva som ligger i ulike budsjettposter. Brukerutvalget signaliserte samtidig at styret bør

- omstille for å styrke driften og tjenestetilbudet i Ytre Namdal knyttet til DPS Kolvereid
 - styrke kompetansen i legetjenesten som møter pasienter (jf tidligere diskusjon om bruk av turnusleger), og om tiltaket med reduserte tjenesteplaner for leger kan gi utvikling i motsatt retning
 - vurdere konsekvenser av reduksjoner innen pleietjenesten, samt reduksjon innenfor vare- og medikamentutgifter
 - Administrerende direktør gjorde rede for hoveddrammene i budsjettet, og gjorde nærmere rede for budsjettpunktene som Brukerutvalget tok opp.
 - Styreleder Steinar Aspli viste til langtidsplaner, krav fra overordnede myndigheter og Samhandlingsreformen som ligger til grunn for budsjettet. Aspli understrekte at omstillingstiltak skal være forankret i gode prosesser, både med egne ansatte og med eksterne samarbeidspartnere.
-

Notatet fra Brukerutvalgets møte med styret legges fram til orientering i neste møte i hhv Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag og styret i Helse Nord-Trøndelag.

Protokoll fra møte mellom styret i Helse Nord-Trøndelag, tillitsvalgte og hovedverneombud 17.11 2011

Møtested: Best Western Tingvold Park Hotel, Steinkjer
Møtetid: 17.11 2011, kl 09.00 – 10.00
Møteleder: Steinar Aspli

Møtende:

Fra tillitsvalgte:

Olav Fikse
Jørund Eidsaunet
Mona Lund Veie
Mette Dybwad

Hovedverneombud:

Karin Marie Pedersen

Fra styret:

Steinar Aspli
Inger Marit Eira Åhren
Torgeir Schmidt-Melbye
Peter Himo
Sølvi Sæther
Rolf Gunnar Larsen
Ragnhild Torunn Skjerve
Elinor Kjølseth
Margrete Mære Husby

Fra administrasjonen:

Arne Flaatt
Trond G. Skillingstad (referent)

Styreleder Steinar Aspli innledet møte med å vise til Hovedavtalens bestemmelser som krever at tillitsvalgte skal ha et årlig møte med helseforetakets styre.

Aspli ga videre en redegjørelse for hvordan styret arbeider med å innfri ulike krav som settes til Helse Nord-Trøndelags drift. Innen stadig flere kvalitetsindikatorer innfris kravene, samtidig som drift og investeringer gjennomføres innen planlagte rammer.

Tillitsvalgte trakk blant annet fram

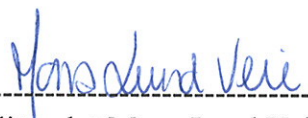
- *behovet for seniorpolitiske tiltak* i Helse Nord-Trøndelag. Tillitsvalgte viste blant annet til St. Olavs Hospitals nye, prisbelønnede ordninger.
 - o Steinar Aspli ba administrerende direktør ta opp saken med Helse Midt-Norge, slik at det sikres en lik personalpolitikk i regionen.
- *kravet om økt produksjon for å redusere ventetid*, og stiller spørsmål om hvordan kvaliteten i behandlingen sikres ved sterkere produksjonskrav – spesielt innen psykisk helsevern.

- Administrerende direktør Arne Flaata gjorde nærmere rede for virksomhet innen Barne- og ungdomspsykiatri. Flaata viste til aktivitetstall, redegjorde for hvordan aktiviteten ofte gjennomføres i et tett og krevende samarbeid med andre organisasjoner. Det ble også vist til ulike større prosjekt hvor BUP er involvert, herunder Familieambulatoriet.
- Steinar Aspli vil ta saken inn i styrets videre arbeid. Det ble samtidig gått inn på behovet for målinger av kvalitet i pleietjenesten.
- behovet for å legge til rette for *rollen som foretakstillitsvalgt* og en tydeliggjøring av hvor stor stillingsandel som settes av til tillitsvalgtarbeidet
 - Administrerende direktør viste til hvilke ordninger som er lagt i forhold til foretakstillitsvalgte med enkelte frikjøpsordninger. Innspillet tas med i videre arbeid med forholdet mellom tillitsvalgte og arbeidsgiver.

Rolf Larsen orienterte om planer om en nasjonal IKT-satsing innen helsetjenesten, og viste blant annet til arbeid i Helsedirektoratet. Larsen ber om at de nasjonale og regionale planene blir sett i sammenheng, slik at Helse Midt-Norge unngår unødige IKT-investeringer.

Partene er enige om at styreleder Steinar Aspli og tillitsvalgt Mona Lund Veie underskriver protokollen.

Styreleder Steinar Aspli



Tillitsvalgt Mona Lund Veie

Mottakere i henhold til liste

Dette brevet med vedlegg sendes både som brevpost og i elektronisk form til adressatene og kopimottakerne.

Vår ref.
2011/597 - 6583/2011

Deres ref.

Saksbehandler
Erik Andreas Øyen, 74 83 99 05Dato
21.11.2011

Oppnevning av politisk foreslåtte- og andre eieroppnevnte representanter til styrene i helseforetak eid av Helse Midt-Norge RHF

De nåværende styrene for de helseforetakene i Midt-Norge ble oppnevnt i foretaksmøter i april 2010 med tiltredelse i mai. Oppnevningen gjelder for to år. Se vedlegg 1.

1. Aktuelle styrer

Helseforetak	Antall styre- medlemmer	Antall folke- valgte	Antall eier- oppnevnte	Antall ansatte Repr. (ikke på Valg)
Helse Møre og Romsdal HF	11	4	3	4
St. Olavs Hospital HF	11	4	3	4
Helse Nord- Trøndelag HF	11	4	3	4
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	7	3	2	2
Rusbehandling Midt-Norge HF	8	3	2	3
<i>Ambulanse Midt- Norge HF</i>	<i>8</i>	<i>3</i>	<i>2</i>	<i>3</i>

Styret i Ambulanse Midt-Norge HF søkes etablert fra den 01.01.2012 med medlemmer utgått fra de øvrige styrene i Helse Midt-Norge. Ansatterepresentantene velges etter egen prosess. Det vil derfor være lite hensiktsmessig å endre Ambulanse Midt-Norge HF sin styresammensetning samtidig med de øvrige med virkning fra mai.

2. Styrenes roller og sammensetning

Hvert av helseforetakene ledes av et styre og en daglig leder, som tilsettes av styret. Det er foretaksmøtet mellom Helse Midt-Norge RHF og det enkelte helseforetak som formelt oppnevner styrene for helseforetakene.

Helseforetaksloven, og forarbeider til denne, setter rammer for styrenes ansvarsområde og arbeidsoppgaver. Styrets ansvar er overordnet og omfatter både strategiske, driftsmessige og økonomiske forhold. Styret har ansvar for at de helsepolitiske målene nås innenfor de økonomiske rammer som Stortinget stiller til disposisjon, og at ressursene brukes mest mulig effektivt. Styrets primære oppgave er å ivareta eiers interesse, gjennom samarbeid med eier så vel som daglig ledelse i virksomheten.

Styrene i helseforetakene består av både eieroppnevnte styremedlemmer og ansattevalgte styremedlemmer (en tredel). Med bakgrunn i Stoltenbergregjeringens forrige politiske plattform (Soria Moria I), ble det fra 2006 stilt krav til at et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene skulle oppnevnes blant de foreslåtte folkevalgte.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt følgende definisjon av folkevalgt:

*”Folkevalgte kandidater til styrene i de regionale helseforetakene er personer med **nåværende verv i bystyre, kommunestyre og fylkesting, og Sameting i de områder dette er aktuelt. Folkevalgte kandidater til styrene for helseforetakene omfatter imidlertid både personer med nåværende og tidligere politiske verv.**”*

Det er bestemmelsen i den siste setningen som her er aktuell.

Hensikten med å innlemme folkevalgte i styrene er blant annet at det bidrar til å styrke styrene med politisk og samfunnsmessig forståelse..

Tilnærmet korrekt politisk fordeling av styrevervene søkes oppnådd slik:

Avgitte stemmer til Fylkestingsvalget 2011 i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag legges sammen. I de fem aktuelle helseforetakene skal det fordeles 18 politisk oppnevnte kandidater. Den politiske fordelingen beregnes i hht avgitte stemmer totalt. I sum blir dette rimelig korrekt, men fordi det er så lite antall per styre (2-4stk), og at det også skal tas kjønnsmessige- og geografiske hensyn, vil politisk skjevfordeling kunne forekomme i det enkelte styre.

3. Antall folkevalgte kandidater og krav til disse.

Her bes det om forslag på maksimalt 4 kandidater til styrene i Helse Møre og Romsdal HF, St. Olavs Hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF. Videre bes det om forslag på maksimalt tre kandidater til Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og Rusbehandling Midt-Norge HF.

Det kan være aktuelt å plassere en kandidat inn i et annet HF-styre enn det fylket som kandidaten er hjemmehørende i. Slik praksis er allerede etablert for St. Olavs Hospital HF sitt vedkommende. Forslagsstiller bes vurdere dette.

Ved utvelgelsen av aktuelle folkevalgte kandidater bes det lagt særskilt vekt på generell kompetanse, kjønnsfordeling og geografisk tilhørighet i forhold til de ulike helseforetakenes naturlige nedslagsfelt. Det er likevel anledning til å foreslå kandidater på tvers av geografisk tilhørighet.

Personene som foreslås må være innforstått med at det trengs et helhetsspektiv på oppgaveløsningen, både innenfor eget helseforetak og som en del av Helse Midt-Norge.

4. Eieroppnevnte kandidater

Helse Midt-Norge RHF har også som nevnt eieroppnevnte representanter i HF-styrene hvor det ikke er krav til politisk tilhørighet. Kandidatene her er søkt valgt ut slik at den samlede kompetansen i styrene blir best mulig ivaretatt. I denne runden bes det også om innspill til slike kandidater.

Styrene i alle Helse Midt-Norge sine helseforetak bes, i samarbeid med administrasjonen, komme med innspill til kandidater innen denne kategorien.

Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF, inviteres til å komme med forslag til kandidater som eventuelt kan gå inn i styret ved St. Olavs Hospital HF. Universitetssykehus-relatert bakgrunn ansees her som relevant.

Generelt forutsettes det at alle kandidater er spurt og har sagt seg villig til å stå på liste over foreslått.

5 Personaloopplysninger (se vedlegg 2)

Alle forslag til kandidater må vedlegges en forenklet CV (dokumentasjon kreves ikke). Av denne må det fram gå følgende:

PERSONALIA

- Navn
- Yrke
- Fødselsdato:
- Adresse
- Tlf. (mob.) og e-postadresse
- Partitilhørighet

UTDANNING OG VARIGHET PÅ DENNE (omvendt kronologisk rekkefølge)

YRKESPRAKSIS/VARIGHET (omvendt kronologisk rekkefølge)

POLITISKE VERV/VARIGHET (omvendt kronologisk rekkefølge)

ANDRE VERV/VARIGHET (omvendt kronologisk rekkefølge)

- Styreverv i bedrifter
- Styreverv i frivillige organisasjoner

ANDRE RELEVANTE OPPLYSNINGER:

- Forslagene vedlagt CV-en sendes til Helse Midt-Norge RHF.
- Oversendingen bes fortrinnsvis sendt i elektronisk form til postmottak@helse-midt.no.
- Alternativt til postboks 464, 7501 Stjørdal

Absolutt frist for innmelding av kandidater settes til den 1. mars 2012.

6 Prosessen videre

6.1. Utsending av informasjon med oppfordring om å melde inn kandidater – Dette brevet.

6.2. Det oppnevnes en valgkomité i HMN sitt styremøte i februar. Denne ledes av styreleder.
NB: Nytt styre for Helse Midt-Norge RHF oppnevnes i foretaksmøte med Helse- og Omsorgsdepartementet jan/febr 2012.

6.3. Kommuner og fylkeskommuner m. fl. fremmer forslag på aktuelle personer etter egen intern prosess innen den 1. mars 2012.

6.4 Valgkomiteen vurderer kandidatene og lager et forslag etter de kriteriene som er nedfelt i lov og forskrift. Dette blir så lagt fram for styret i Helse Midt-Norge RHF til drøfting.

6.5. De nye styremedlemmene oppnevnes formelt i de foretaksmøter med alle HF-ene. Dette antas å skje i april 2012.

6.5. Dato for tiltredelse i de nye styrene besluttet i foretaksmøtene. Trolig vil dette skje fra 1.mai 2012.

Helse Midt-Norge RHF er sikker på at adressatene vil finne fram til egnede personer som både kan hjelpe til med utviklingen av spesialisthelsetjenesten i regionen, og bidra til den stadig viktigere samhandlingen med primærhelsetjenesten.

Med vennlig hilsen

Gunnar Bovim
Administrerende direktør

Torbjørn Vanvik
Direktør eierstyring

Adresseliste (mottakere av dette brev)

Alle kommuner i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag

Møre og Romsdal fylkeskommune

Sør-Trøndelag Fylkeskommune

Nord-Trøndelag Fylkeskommune

HMR, St. Olavs Hospital, HNT, RBMN og SAMN. Alle v/styret

Helse Nord

Helse Vest

Helse Sør-Øst RHF

Fylkeshuset

Postboks 2350 Sluppen

Fylkets Hus

6404

7004

7735

Molde

Trondheim

Steinkjer

8038

4066

2303

Bodø

Stavanger

Hamar

Kopi til:

Kolbjørn Almlid

KS Møre og Romsdal

KS Sør-Trøndelag

KS Nord-Trøndelag

Gunnar Bovim og Torbjørg Vanvik, her

Olaveien 3 7790 MALM (VERRAN)

Vedlegg:

1. Oversikt over nåværende styremedlemmer
2. Mal for elektronisk tilbakemelding av kandidater inklusiv CV.

Helse Nord-Trøndelag	
Saksnr.	11/4237
Mottatt:	02 DES. 2011
Arkiv:	321
Unnt.off.:	

Helse Nord-Trøndelag HF
v/ direktøren,
Postboks 333,

7601 LEVANGER.

Dato: 01.12.2011
Vår ref.: 2011/0396-1
Deres ref.:
Journalnr.: 2011/1113
Arkiv: 320

Dialyse ved DMS Steinkjer.

Pasient- og brukerombudet har fått henvendelser om manglende dialysetilbud ved DMS Steinkjer. Henvendelsene forteller om stor slitasje på pasienter som flere ganger hver uke må reise til Sykehuset Levanger for nødvendig behandling. Det rapporteres at tilleggsbelastninga er stor når reisestrekning og -tid blir mye mer omfattende ved bruk av samletransport ved Lenes bussreiser.

Jeg er kjent med at det over lengre tid er gitt løfter om dialyse ved DMS Steinkjer. Lokala er klargjorte, og personale er rede til nødvendig opplæring for formålet. Jeg er også kjent med at det er relativt mange pasienter som ville ha nyttiggjort seg et slikt tilbud hvis det hadde vært etablert, og da uten tilleggsbelastningene ved avstand og reiser.

Tidligere i år ble forholda påpekt gjennom brev fra Steinkjer kommune v/ ordførernivå. Jeg kjenner også til at den samme kommunen v/ rådmannen i det siste har etterspurt framdriftsplan for å ta i bruk ledige lokaler i DMS Steinkjer, inkl. lokaler for dialyse. Også pårørende har tatt direkte kontakt med direktør i Helse Nord-Trøndelag.

I 2010 vedtok styret i Helse Nord-Trøndelag HF å overlate til direktøren å bestemme oppstarttidspunkt for dialyse ved DMS Steinkjer.

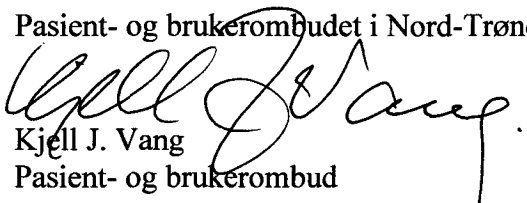
Det er altså gitt løfte om dialysetilbud ved DMS Steinkjer, men tilbudet er ikke iverksatt. Dette tærer på helse og livskvalitet for dem det direkte gjelder. Det tærer også, slik Pasient- og brukerombudet ser det, på omdømmet til Helse Nord-Trøndelag HF. Det ville vært mye enklere å forholde seg til løftet hvis det var ledsaga av informasjon om når tilbudet kan forventes effektivt.

På denne bakgrunnen ber jeg om raskt svar på følgende spørsmål:

1. Står det fortsatt fast at det skal bli tilbud om dialyse ved DMS Steinkjer?
2. Når vil i så fall tilbudet bli iverksatt?

Med hilsen

Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag



Kjell J. Vang
Pasient- og brukerombud

Pasient- og brukerombudet
i Nord-Trøndelag
Postboks 2568
7735 STEINKJER

Kopi til: Styret i Helse Nord-Trøndelag HF v/ styreleder.