

HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

Rapport fra Helsetilsynet 10/2004
Tilsyn med kodepraksis
Juni 2004

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne publikasjonen finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Trykk og elektronisk versjon: Lobo Media AS

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
Faks: 21 52 99 99
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

Del A: Tilsyn med kodepraksis – brev fra Helsetilsynet til Helsedepartementet av 22. juni 2004	6
1 Innledning	7
2 Diagnostisering og journalføring	9
3 Diagnose- og prosedyrekoding	10
4 Rapporterte koder til NPR.....	12
5 Oppsummering	14
Del B: Rapport fra tilsyn med kodepraksis ved Sørlandet sykehus HF Arendal.....	15
1 Innledning	16
2 Aktuelt regelverk og retningslinjer.....	18
2.1 Aktuelle lovbestemmelser	18
2.2 Aktuelle retningslinjer.....	18
3 Oversikt over systemet for koding.....	20
3.1 Beskrivelse av organisasjonen	20
3.2 Dokumentunderlag	20
3.3 Gjennomføring av intervjuene	21
3.4 Informasjon fra intervjuene/fremlagt dokumentasjon	21
3.4.1 Innledning.....	21
3.4.2 Prosedyrekoder.....	21
3.4.3 Diagnosekoder.....	21
3.4.4 DRG.....	21
3.4.5 Rutiner for kontroll av koder.....	22
3.4.6 Økonomi.....	22
4 Journalgjennomgang	24
4.1 Innledning	24
4.2 ØNH - avdelingen	24
4.2.1 Journalmaterialet	24
4.2.2 Diagnosevalg.....	25
4.2.3 Valg av kode for diagnose/tilstand.....	25
4.2.4 Pasientbehandling, prosedyrebeskrivelse og prosedyrekoding	25
4.2.5 Journalføring	26

4.2.6 Helsetilsynets vurdering av funn ved journalgjennomgangen ved ØNH-avdelingen	26
4.3 Nevrologisk avdeling	27
4.3.1 Journalmaterialet	27
4.3.2 Diagnosevalg	27
4.3.3 Valg av kode for diagnose/tilstand	27
4.3.4 Pasientbehandling, prosedyrebeskrivelse og prosedyrekoding	28
4.3.5 Journalføring	28
4.3.6 Helsetilsynets vurdering av funn ved journalgjennomgangen ved nevrologisk avdeling	28
5 Rapporterte koder til norsk pasientregister (NPR)	29
5.1 Innledning	29
5.2 ØNH-avdelingen	29
5.2.1 KITHs gjennomgang av kodene	29
5.2.2 Helsetilsynets vurdering av KITHs funn – ØNH-avdelingen	30
5.3 Nevrologisk avdeling	30
5.3.1 KITHs gjennomgang av kodene	30
5.3.2 Helsetilsynets vurdering av KITHs funn – nevrologisk avdeling	31
6 Oppsummering og konklusjon	32
Del C: Rapport fra tilsyn med kodepraksis ved Helse Nordmøre og Romsdal HF Molde sjukehus	33
1 Innledning	34
2 Aktuelt regelverk og retningslinjer	36
2.1 Aktuelle lovbestemmelser	36
2.2 Aktuelle retningslinjer	36
3 Oversikt over systemet for koding	38
3.1 Beskrivelse av organisasjonen	38
3.2 Dokumentunderlag	38
3.3 Gjennomføring av intervjuene	38
3.4 Informasjon fra intervjuene/fremlagt dokumentasjon	38
3.4.1 Innledning	38
3.4.2 Prosedyrekoder	39
3.4.3 Diagnosekoder	39
3.4.4 DRG	39
3.4.5 Rutiner for kontroll av koder	39
4 Journalgjennomgang	41
4.1 Innledning	41
4.2 ØNH – avdelingen	41
4.2.1 Journalmaterialet	41
4.2.2 Diagnosevalg	41
4.2.3 Valg av kode for diagnose/tilstand	42
4.2.4 Pasientbehandling, prosedyrebeskrivelse og prosedyrekoding	42
4.2.5 Journalføring	42
4.2.6 Helsetilsynets vurdering av funn ved journalgjennomgangen ved ØNH-avdelingen	42
4.3 Nevrologisk avdeling	43
4.3.1 Journalmaterialet	43
4.3.2 Diagnosevalg	43
4.3.3 Valg av kode for diagnose/tilstand	44
4.3.4 Pasientbehandling, prosedyrebeskrivelse og prosedyrekoding	44
4.3.5 Journalføring	44

4.3.6 Helsetilsynets vurdering av funn ved journalgjennomgangen ved nevrologisk avdeling.....	44
5 Rapporterte koder til norsk pasientregister (NPR)	46
5.1 Innledning	46
5.2 ØNH-avdelingen.....	46
5.2.1 KITHs gjennomgang av kodene	46
5.2.2 Helsetilsynets vurdering av KITHs funn – ØNH-avdelingen.....	47
5.3 Nevrologisk avdeling	47
5.3.1 KITHs gjennomgang av kodene	47
5.3.2 Helsetilsynets vurdering av KITHs funn – nevrologisk avdeling.....	48
6 Oppsummering og konklusjon.....	49
Del D: Rapport fra tilsyn med kodepraksis ved Sykehuset Østfold HF Fredrikstad	50
1 Innledning	51
2 Aktuelt regelverk og retningslinjer	53
2.1 Aktuelle lovbestemmelser.....	53
2.2 Aktuelle retningslinjer.....	53
3 Oversikt over systemet for koding.....	55
3.1 Beskrivelse av organisasjonen	55
3.2 Dokumentunderlag.....	55
3.3 Gjennomføring av intervjuene	55
3.4 Informasjon fra intervjuene/fremlagt dokumentasjon	55
3.4.1 Innledning.....	55
3.4.2 Prosedyrekoder.....	55
3.4.3 Diagnosekoder.....	56
3.4.4 DRG.....	56
3.4.5 Rutiner for kontroll av koder.....	57
4 Journalgjennomgang	58
4.1 Innledning	58
4.2 ØNH – avdelingen.....	58
4.2.1 Journalmaterialet	58
4.2.2 Diagnosevalg	59
4.2.3 Valg av kode for diagnose/tilstand.....	59
4.2.4 Pasientbehandling, prosedyrebeskrivelse og prosedyrekoding.....	59
4.2.5 Journalføring	59
4.2.6 Helsetilsynets vurdering av funn ved journalgjennomgangen ved ØNH-avdelingen	59
4.3 Nevrologisk avdeling	60
4.3.1 Journalmaterialet	60
4.3.2 Diagnosevalg	60
4.3.3 Valg av kode for diagnose/tilstand.....	60
4.3.4 Pasientbehandling, prosedyrebeskrivelse og prosedyrekoding.....	60
4.3.5 Journalføring	60
4.3.6 Helsetilsynets vurdering av funn ved journalgjennomgangen ved nevrologisk avdeling.....	60
5 Oppsummering og konklusjon.....	62

Del A

Tilsyn med kodepraksis – brev fra Helsetilsynet til Helsedepartementet av 22. juni 2004

Deres ref. 03/00926 HTA-2 ITM

Vår ref. 2003/181 I SYS/

Underskriver Lars E. Hanssen

Parafist Sylvi Storaas

Saksbehandler: seniorrådgiver Sylvi Storaas

Helsefaglig saksbehandler: seniorrådgiver

Grethe Hoddevik

Vedlegg: Rapportene fra tilsyn med kodepraksis ved Sørlandet sykehus HF Arendal, Helse Nordmøre og Romsdal HF Molde sjukehus og Sykehuset Østfold HF Fredrikstad.

Kopi:

Helsetilsynet i Aust-Agder

Helsetilsynet i Møre og Romsdal

Helsetilsynet i Østfold

Sørlandet sykehus HF Arendal

Helse Nordmøre og Romsdal HF Molde sjukehus

Sykehuset Østfold HF Fredrikstad

Riksrevisjonen m/vedlegg

KITH m/vedlegg

De regionale helseforetakene m/vedlegg

1 Innledning

Statens helsetilsyn mottok 17. februar 2003 informasjon om en kodepraksis ved Sørlandet sykehus HF Arendal som etter Helsetilsynets vurdering kunne tyde på at det forelå mulige straffbare forhold. Helsetilsynet orienterte Helsedepartementet om forholdet i notat av 18. februar 2003 der det fremgår at Helsetilsynet mente at saken burde politianmeldes for å sikre dataspor. Departementet valgte å ikke anmelde forholdet. Helsetilsynet fant grunn til å orientere påtalemyndigheten om den informasjonen vi hadde om saken og hadde et møte med Økokrim 14. april 2003. I brev av 3. juli 2003 besluttet Økokrim å ikke åpne etterforskning i anledning saken.

Helsetilsynet mottok ytterligere opplysninger om kodepraksis ved Sørlandet sykehus HF Arendal, ønh-avdelingen gjennom korrespondanse mellom Helsedepartementet og Helse Sør RHF i perioden 25. februar 2003 til 7. april 2003, samt gjennom rapporter avgitt av Deloitte & Touche 13. mars 2003 og 21. mars 2003. I Helsedepartementets brev av 11. april 2003 ble Helsetilsynet bedt om å vurdere sakens tilsynsmessige sider. Helsetilsynet gjennomførte et særskilt tilsyn med ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling, Sørlandet sykehus HF Arendal 2. og 9. september 2003. Nevrologisk avdeling ble valgt som referanseavdeling.

På bakgrunn av funnene ved dette tilsynet, besluttet Helsetilsynet å føre tilsvarende tilsyn med flere sykehus for å få et mer helhetlig bilde av kodepraksis ved tilsvarende avdelinger. Helsetilsynet gjennomførte derfor tilsyn med ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling, Helse Nordmøre og Romsdal HF Molde sjukehus den 8. og 9. desember 2003, og med ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling, Sykehuset Østfold HF Fredrikstad, 13. og 14. januar 2004, samt 27. og 28. januar 2004.

Helsetilsynet har utarbeidet en rapport fra hvert av de ovennevnte tilsyn. Rapportene følger vedlagt, og det vises til hva som fremgår av disse.

Tilsynene besto av:

- Intervju av ansatte for å få en oversikt over hvordan systemet for kodepraksisen fungerte, med tilhørende gjennomgang av dokumentasjon fremlagt av sykehuset.
- En gjennomgang av utvalgte journaler til inneliggende pasienter i 2002 ved ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling for å undersøke om diagnosen, diagnosekode(r) og prosedyrekode(r) i epikrisen var i samsvar med journalopplysningenes problemstilling for aktuelle pasient under oppholdet.
- En vurdering av om journalføringen var tilfredsstillende
- Undersøkelse med bistand fra KITH om de kodene som var oversendt Norsk Pasientregister (NPR) samsvarte med epikrisens prosedyrekoder og diagnosekoder i det utvalgte materialet.

Helsetilsynet har gjennomgått ca 200 journaler ved hvert sykehus, ca 100 ved hver avdeling, fra sykehusopphold i 2002, tilsammen i overkant av 600 journaler. Journalmaterialet ble selektert etter bestemte kriterier som er nærmere beskrevet i rapportene. Journalgjennomgangen ble foretatt av spesialist i ønh-sykdommer og spesialist i nevrologi.

I det følgende vil Helsetilsynet kort redegjøre for de funn som er gjort ved tilsynene og vår vurdering av disse:

Pkt. 2 - en vurdering av diagnosesettingen i forhold til opplysninger som fremgikk av journalen, samt en vurdering av journalføringen. Dette er forhold som etter Helse-tilsynets vurdering kan ha direkte betydning for pasienten. Det kan føre til feil behandling senere dersom det er registrert feil diagnoser i pasientens journal.

Pkt. 3 – en vurdering av kodesettingen knyttet til de aktuelle diagnoser og prosedyrer. Eventuell feil bruk av ICD-10 og NCSP får ingen direkte konsekvenser for pasientbehandlingen, men kan medføre feil opplysninger til statistiske formål og feil DRG-vekt.

Pkt. 4 – misforhold mellom koder brukt i journal og epikrise og de koder som er overført til NPR for å beregne helseforetakets inntekter gjennom ISF-systemet.

Pkt. 5 - en kort oppsummering

2 Diagnostisering og journalføring

Helsetilsynets hovedfokus er pasientsikkerheten. I den forbindelse undersøkte vi om diagnosen(e) som fremgår av epikrisen var i samsvar med problemstillingen i journalen for aktuelle pasient under sykehusoppholdet. I tillegg vurderte Helsetilsynet om journalføringen var tilfredsstillende for de samme pasientene.

Ved ønh-avdelingen, Sørlandet sykehus HF Arendal har Helsetilsynet vurdert at 13 pasienter av de gjennomgåtte 100 journalene hadde fått diagnosen søvnapne uten at hovedsymptomet for diagnosen var angitt verken i journal eller henvisningsskriv. I tillegg har de sakkyndige vært i tvil om det var grunnlag for diagnosen søvnapne hos ytterligere fire pasienter. Helsetilsynet har bedt helseforetaket om å gjennomgå disse 17 pasientjournalene og at det foretas en ny vurdering av diagnosesettingen. Helsetilsynet fant videre at det ved samme avdeling var mangelfull journalføring i ca 20 % av de gjennomgåtte journalene. Ved neurologisk avdeling var diagnostiseringen og journalføringen hovedsakelig tilfredsstillende.

Ved ønh-avdelingen og neurologisk avdeling, Helse Nordmøre og Romsdal HF Molde sjukehus ble det etter Helsetilsynets vurdering ikke funnet vesentlige mangler ved diagnosesettingen. Helsetilsynet fant at det manglet to epikriser ved ønh-avdelingen og to epikriser ved neurologisk avdeling. Helsetilsynet har i eget brev til helseforetaket opplyst hvilke pasienter som manglet epikrise for det aktuelle oppholdet slik at nødvendig epikrise kan bli sendt til rette vedkommende.

Ved ønh-avdelingen og neurologisk avdeling, Sykehuset Østfold HF Fredrikstad ble det etter Helsetilsynets vurdering ikke funnet vesentlige mangler ved diagnosesettingen.

Journalføringen ved begge avdelingene ble i hovedsak vurdert som tilfredsstillende.

Helsetilsynets vurdering

I forhold til diagnosesettingen skiller ønh-avdelingen i Arendal seg fra de andre avdelingene vi har ført tilsyn med. På bakgrunn av at flere pasienter ved denne avdelingen har fått diagnosen søvnapne uten at hovedsymptomet fremgikk verken av henvisningsskriv eller journal, har Helsetilsynet vurdert at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonelloven § 4.

Det var forskjellige leger som skrev epikrisen til disse pasientene. Helsetilsynet har derfor ikke vurdert den enkelte leges plikt til forsvarlig yrkesutøvelse, men har vurdert at denne bør sees i sammenheng med den plikt helsetjenesten som sådan har til forsvarlig virksomhet. Nødvendige kriterier for diagnosen søvnapne som fremgår av "Veileder for fagområdet øre-nese-hals-sykdommer 1998" ble ikke funnet i journalen til de aktuelle pasientene. Etter Helsetilsynets oppfatning anses dermed rutinene for diagnostisering av søvnapne ved avdelingen som uforsvarlige.

Videre ble det ved samme avdeling avdekket mangelfull journalføring i ca 20 % av de gjennomgåtte journalene.

Det er helseforetakets plikt til å sørge for at de rutiner som etableres er forsvarlige, at veiledere på fagområdet følges og at svikt i journalføringen avdekkes og forebygges, jf. internkontrollforskriften.

3 Diagnose- og prosedyrekoding

Helsetilsynet har vurdert kodesettingen i det selekterte journalmaterialet i forhold til reglene for diagnose-/tilstandskoding i ICD-10, "Klassifikasjon av kirurgiske inngrep 2001" (NCSP) og Prislister DRG 1999 med kodeveiledning. Selv om disse reglene ikke er hjemlet i lovverket, anser Helsetilsynet at helseforetakene gjennom det innsatsstyrte finansieringssystemet (ISF) er pålagt å følge dem. Dersom det systematisk anvendes feil koder som innebærer en økning av DRG-vekten, vil det etter Helsetilsynets vurdering kunne være brudd på helsepersonelloven § 6 om ressursbruk, jf. helsepersonelloven § 16. Det ble avdekket til dels omfattende feilkoding ved de undersøkte foretakene, jf. nedenfor. På bakgrunn av dette fant Helsetilsynet det ikke hensiktsmessig å vurdere den enkelte leges kodepraksis. Helsetilsynet valgte å vurdere om helseforetakene hadde tilfredsstillende rutiner for kodesettingen slik at feil koding ble avdekket og rettet opp. Etter Helsetilsynets vurdering vil feil koding først og fremst ha betydning for inntektsoppgjøret gjennom ISF-systemet. I tillegg kan det medføre misvisende helsestatistikker fra NPR. For pasientene vil som regel valg av koder ha liten betydning for den videre oppfølging og behandling, såfremt diagnosen som fremgår av teksten i epikrisen er riktig.

Helsetilsynets journalgjennomgang avdekket få feil i koding av prosedyrer. Imidlertid ble det avdekket til dels et betydelig omfang feil i koding av diagnoser/tilstander.

Helsetilsynets journalgjennomgang både ved ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling, Sørlandet sykehus HF Arendal viste et betydelig omfang av feilkoding i forhold til gjeldende regler for koding ved sykehusopphold. Ved ønh-avdelingen ble det avdekket at det i 26 % av de aktuelle oppholdene ble kodet

feil, og ved nevrologisk avdeling ble det kodet feil i nesten 70 % av oppholdene.

Journalgjennomgangen ved ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling, Helse Nordmøre og Romsdal HF Molde sjukehus viste også feilkoding. Ved ønh-avdelingen ble det avdekket at det i 11 % av de aktuelle oppholdene ble kodet feil, og ved nevrologisk avdeling i 45 % av oppholdene.

Videre viste journalgjennomgangen ved ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling, Sykehuset Østfold HF Fredrikstad feilkoding. Ved ønh-avdelingen ble det avdekket at det i 13 % av de aktuelle oppholdene ble kodet feil, og ved nevrologisk i 64 % av oppholdene.

Helsetilsynets vurdering

Som det fremgår ovenfor hadde de nevrologiske avdelingene en betydelig høyere forekomst av feilkoding enn ønh-avdelingene ved de tre sykehusene vi førte tilsyn med. Nevrologisk avdeling ble nærmest tilfeldig valgt som en referanseavdeling, og disse funnene kan etter Helsetilsynets vurdering tyde på at det generelt sett forekommer en stor andel feilkoding i forhold til de gjeldende koderegler for sykehusopphold. En gjennomgående feil var bruk av for mange koder som ikke var dekkende for hva pasienten var utredet og behandlet for under det aktuelle oppholdet.

Det fremkom under intervjuene at legene generelt sett var lite interessert i kodearbeid. Det fremkom også at opplæringen i koder reglene var mangelfull og ofte tilfeldig. Det forelå videre få skriftlige retningslinjer ved avdelingene for hvordan ICD-10, NCSP og

Prisliste DRG 1999 nærmere skulle etterleves. Etter Helsetilsynets vurdering viser den utstrakte feilkodingen at avdelingene ikke hadde tilfredsstillende rutiner og skriftlige retningslinjer for kodesettingen. Helsetilsynet er av den oppfatning at det er helseforetakets som har plikt til å sørge for opplæring i kodearbeid og at alle avdelingene ved foretaket har tilfredsstillende rutiner slik at feilkoding avdekkes og rettes opp. Helsetilsynet har bedt de aktuelle helseforetakene om en tilbakemelding om hvilke tiltak som er eller vil bli iverksatt for å følge kodereglene.

4 Rapporterte koder til NPR

De tre sykehusene som Helsetilsynet har ført tilsyn med har noe forskjellige systemer for kodepraksisen, jf. de vedlagte rapportene. Felles for alle er imidlertid at kodene som skal videresendes til NPR og danne grunnlag for inntektsoppgjøret via ISF-systemet, registreres ved de respektive avdelingene i et pasientadministrativt system (PAS). Helseforetakene har forskjellige rutiner for hvordan de kvalitetssikrer kodene i PAS før oversendelse til NPR. Men felles for alle er at PAS "lever sitt liv" uavhengig av journalsystemet, og endringer i PAS kan i prinsippet foretas til enhver tid uten at det samtidig endres i journalen.

Under intervjuene ved helseforetakene ga flere uttrykk for et behov for en sentral brukerstøtte som kunne gi råd på aktuelle problemstillinger i forbindelse med kodearbeidet.

For å få en oversikt over hvordan kode-systemet fungerte, undersøkte Helsetilsynet med bistand fra KITH om de kodene som var oversendt NPR i forbindelse med inntektsoppgjøret for 2002 samsvarte med epikrisens prosedyrekoder og diagnosekoder i det utvalgte materialet, eventuelt om det var skrevet journalnotat om foretatte endringer i PAS. Denne sammenligningen ble gjort med kodene fra Sørlandet sykehus HF Arendal og Helse Nordmøre og Romsdal HF Molde sjukehus. På bakgrunn av resultatene fra disse undersøkelsene og hensyn til ressursbruken, valgte Helsetilsynet å ikke gjennomføre tilsvarende sammenligning med kodene fra Sykehuset Østfold HF Fredrikstad.

Ved ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling, Sørlandet sykehus HF Arendal, viste KITHs sammenligning en uoverensstemmelse på henholdsvis 8 % og 28 %. For ønh-

avdelingen medførte endringene til høyere inntekt og KITH vurderte endringene som ikke tilfældige. For nevrologisk avdeling medførte ikke endringene til høyere inntekt, men etter Helsetilsynets vurdering var det ikke medisinsk grunnlag for disse endringene.

Ved ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling, Helse Nordmøre og Romsdal HF Molde sjukehus, viste KITHs sammenligning en uoverensstemmelse på henholdsvis 21 % og 34 %. Kodeendringene som var foretatt ved ønh-avdelingen medførte høyere inntekt for ca halvparten av endringene, og ingen endring for den andre halvparten. Etter Helsetilsynets vurdering var det medisinsk grunnlag for endringene i ca tredjeparten av tilfellene. Ved nevrologisk avdeling var det etter Helsetilsynets vurdering ikke medisinsk grunnlag for de foretatte endringene.

Helsetilsynets vurdering

For det første vil Helsetilsynet bemerke at det i forbindelse med helseforetakenes kvalitets-sikring av kodene før oversendelse til NPR, er rimelig at feil i kodingen kan avdekkes. Dersom det avdekkes feil, bør imidlertid feilene etter Helsetilsynets vurdering rettes opp både i det pasientadministrative systemet og pasientens journal. Etter Helsetilsynets vurdering er det svikt i sykehusets journal- og informasjonssystemer når pasientens diagnose- og prosedyrekode nedtegnet i journalen ikke er i overensstemmelse med det som registreres i PAS for oversendelse til NPR, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-2. Helsetilsynet har bedt de aktuelle helseforetakene om en redegjørelse for hvilke rutiner som er eller vil bli iverksatt, slik at nødvendige endringer av koder i det pasientadministra-

tive system dokumenteres i den aktuelle pasients journal.

Som det fremgår ovenfor var uoverensstemmelsene mellom kodene som var nedtegnet i pasientens journal og kodene som var sendt NPR for de samme pasientene av et betydelig omfang. På bakgrunn av at Helsetilsynet ikke har funnet medisinsk grunnlag for de fleste av disse endringene, stiller Helsetilsynet seg spørrende til hvorfor det var foretatt endringer av et så stort omfang.

Helsetilsynet vil bemerke at grunnlaget for helseforetakenes inntekter via ISF er bygget på et kodesystem som forutsetter at det følges tilnærmet likt av landets helseforetak. Helsetilsynet har gjennom dette tilsynet avdekket til dels betydelig feilkoding i avdelingene, samt en betydelig endring av koder i forbindelse med oversendelse til NPR som ikke er dokumentert i pasientens journal. Etter Helsetilsynets vurdering tilsier disse funnene at det er mangelfull kontroll med grunnlagsmaterialet for beregning av DRG-vekt.

På bakgrunn av ovennevnte funn er det etter Helsetilsynets oppfatning grunn til å anta at tilsvarende vil gjelde for de øvrige helseforetakene. Helsetilsynet ber derfor Helsedepartementet om å vurdere hvilke tiltak som bør iverksettes for å sikre en nødvendig kontroll av at de kodedata som oversendes NPR gjenspeiler det som er forutsatt skal ligge til grunn for helseforetakenes inntekter gjennom ISF-systemet.

5 Oppsummering

Gjennom tilsynene avdekket Helsetilsynet:

- at flere pasienter ved ønh-avdelingen, Sørlandet sykehus HF Arendal, har fått diagnosen søvnapne uten at hovedsymptomet fremgikk verken av henvisningskriv eller journal. I tillegg ble 20 % av de gjennomgåtte journalene ved samme avdeling vurdert som mangelfulle i forhold til journalføringsreglene.
- at alle helseforetakene kodet feil i forhold til gjeldende koderegler for sykehusopphold. De nevrologiske avdelingene hadde betydelig større forekomst av feil enn ønh-avdelingene, helt opp til nesten 70 % av de undersøkte oppholdene.
- med bistand fra KITH at uoverensstemmelsene mellom diagnose- og prosedyrekodene som var nedtegnet i pasientens journal og kodene som var sendt NPR var av et betydelig omfang. Dette gjaldt for ønh-avdelingene og de nevrologiske avdelingene ved Sørlandet sykehus HF Arendal og Helse Nordmøre og Romsdal HF Molde sjukehus.

DEL B

Rapport fra tilsyn med kodepraksis ved Sørlandet sykehus HF Arendal

1 Innledning

Statens helsetilsyn mottok 17. februar 2003 informasjon om en kodepraksis ved Sørlandet sykehus HF Arendal som etter Helsetilsynets vurdering kunne tyde på at det forelå mulige straffbare forhold. Helsetilsynet orienterte Helsedepartementet om forholdet i notat av 18. februar 2003. På bakgrunn av ytterligere opplysninger om kodepraksis ved Sørlandet sykehus HF Arendal, ønh-avdelingen, som Helsetilsynet ble informert om gjennom korrespondanse mellom Helsedepartementet og Helse Sør RHF i perioden 25. februar 2003 til 7. april 2003, samt gjennom rapporter avgitt av Deloitte & Touche 13. mars 2003 og 21. mars 2003, besluttet Helsetilsynet å føre et særskilt tilsyn med sykehuset. Tilsynet ble utført ved ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling. Nevrologisk avdeling ble valgt som referanseavdeling. Helsetilsynet gjennomførte tilsynet 2. og 9. september 2003. Tilsynet besto av:

- Intervju av tidligere og nåværende ansatte for å få en oversikt over hvordan systemet for kodepraksisen fungerte i 2002 og om det er foretatt noen endringer av denne praksisen, med tilhørende gjennomgang av dokumentasjon fremlagt av sykehuset, jf. tilsynsloven § 3.
- En gjennomgang av utvalgte journaler til inneliggende pasienter i 2002 ved ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling for å undersøke om diagnosen, diagnosekode(r) og prosedyrekode(r) i epikrisen var i samsvar med problemstillingen i journalen for aktuelle pasient under oppholdet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven §§ 4 og 16.
- En vurdering av om journalføringen var tilfredsstillende, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 og helsepersonelloven

§ 40 med tilhørende journalforskrift.

- Undersøkelse med bistand fra KITH om de kodene som var oversendt Norsk Pasientregister (NPR) samsvarte med epikrisens prosedyrekoder og diagnosekoder i det utvalgte materialet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-2.

Utkast til delrapport (pkt. 3) ble utformet på bakgrunn av den informasjon som fremkom ved intervjuene og gjennomgang av dokumentasjon fremlagt av sykehuset. Utkastet ble sendt 25. februar 2004 til Sørlandet sykehus HF Arendal til uttalelse slik at eventuelle faktiske feil kunne bli rettet. Helsetilsynet mottok svar fra sykehuset ved brev av 22. mars 2004. Rapporten er justert i forhold til de aktuelle tilbakemeldingene.

I fremstillingen nedenfor vil Helsetilsynet i pkt. 2 redegjøre for aktuelt regelverk og retningslinjer. I pkt. 3 vil vi gi en oversikt over systemet for koding.

I pkt. 4 Journalgjennomgang, fremgår vurdering av diagnosesetting i forhold til opplysninger som fremgår av journalen, samt en vurdering av journalføringen. Dette er forhold som etter Helsetilsynets vurdering kan ha direkte betydning for pasienten. Det kan føre til feil behandling senere dersom det er registrert feil diagnoser i pasientens journal.

Under pkt. 4.2.3 og 4.2.4, samt 4.3.3 og 4.3.4 fremgår vurdering av kodesetting knyttet til de aktuelle diagnoser og prosedyrer. Eventuell feil bruk av ICD-10 og NCSP får ingen direkte konsekvenser for pasientbehandlingen, men kan medføre feil opplysninger til statistiske formål og feil DRG-vekt.

Pkt. 5 fremstiller i hvilken grad det er

misforhold mellom koder brukt i journal og epikrise og de koder som er overført til NPR for å beregne helseforetakets inntekter gjennom ISF-systemet.

En oppsummering og konklusjon fremgår av pkt. 6.

2 Aktuelt regelverk og retningslinjer

2.1 Aktuelle lovbestemmelser

Tilsynsloven

§ 3. *Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll*

Enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

Helsetilsynet i fylket skal påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i helsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesteloven

§ 2-2. *Plikt til forsvarlighet*

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.

§ 3-2. *Journal- og informasjonssystemer*

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige.

Helsepersonelloven

§ 4 første ledd. *Forsvarlighet*

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og

omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

§ 16. *Organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll*

Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om organisering av virksomhet som yter helsehjelp og om internkontroll.

§ 40. *Krav til journalens innhold m.m.*

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om pasientjournalens innhold og ansvar for journalen etter denne bestemmelse, herunder om oppbevaring, overdragelse, opphør og tilintetgjøring av journal.

2.2 Aktuelle retningslinjer

ICD-10 – Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Norsk utgave, 10. revisjon.

”Opplæringshefte ICD-10”, utgitt i Statens helsetilsyns veiledningsserie 5-96. Heftet bygger på de internasjonale reglene for diagnose-/tilstandskoding i ICD-10.

”Klassifikasjon av kirurgiske inngrep 2001” - NCSP. Klinisk prosedyrekodeverk utgitt av Statens helsetilsyn og Kompetansesenteret for IT i Helsevesenet AS med tillatelse fra NOMESCO.

Prisliste DRG 1999 med kodeveiledning, utgitt av Sosial- og helsedepartementet.

3 Oversikt over systemet for koding

3.1 Beskrivelse av organisasjonen

Sørlandet sykehus Arendal (SSA) var frem til 1. februar 2003 eget helseforetak under navnet Aust-Agder sykehus HF, Arendal (ASA). Fra 1. februar 2003 ble sykehuset en del av Sørlandet Sykehus HF (SSHF), sammen med Vest-Agder sykehus og Lister sykehus.

ØNH-avdelingen er organisert i kirurgisk klinikk. Nevrologisk avdeling tilhører medisinsk klinikk.

3.2 Dokumentunderlag

- E-post av 27. januar 2003 fra Lars Rønning til helseforetakene i Helse Sør og notat av 8. februar 2003 fra Hans Kristian Røkenes, begge vedr. forslag om et kodeforbedringsprosjekt
- Notat av 28. februar 2003 fra Helse Sør RHF til Helsedepartementet vedrørende prosessen knyttet til det vurderte DRG-prosjektet
- Delrapport til Helsedepartementet vedrørende undersøkelse av kodepraksis i Helse Sør, avgitt av Deloitte & Touche 13. mars 2003
- Brev fra Helsedepartementet til Helse Sør RHF av 14. mars 2003 vedrørende den videre håndtering av kodepraksis
- Delrapport 2 til Helsedepartementet vedrørende undersøkelse av kodepraksis i Helse Sør, avgitt av Deloitte & Touche 21. mars 2003
- Brev fra Helse Sør til Helsedepartementet av 24. mars 2003 vedrørende styrets oppfølging av kodepraksissaken
- Brev fra Helsedepartementet til Helse Sør av 27. mars 2003 vedrørende styrets oppfølging av kodepraksis
- Brev av 7. april 2003 vedr. styret i Helse Sør RHF sitt opplegg for oppfølging med sikte på at kodepraksis best mulig skal samsvare med regelverk og god praksis.
- Brev fra Helsetilsynet til Sørlandet sykehus HF Arendal av 5. juni 2003 – Opprettelse av tilsynssak
- Mandat fra Statens helsetilsyn for saksyndighetsoppdrag vedr. tilsyn med Sørlandet sykehus HF Arendal av 4. juli 2003
- Brev fra Statens helsetilsyn til Sørlandet sykehus HF Arendal av 9. juli 2003 vedr. tilsyn ved ØNH-avdelingen og nevrologisk avdeling
- Oversendelse av diskett med navn, personnummer og NPR-nummer på de utvalgte pasientene hvor journalen skal gjennomgås, mottatt i Helsetilsynet 12. august 2003
- Følgende dokumenter ble mottatt ved tilsynsbesøk 2. og 9. september 2003:
 - prosedyre for DRG, 17. desember 1997, utarbeidet av økonomiavdelingen, Aust-Agder sentralsjukehus
 - brev av 23. juni 1999 fra direktøren til avdelingsoverlegene – Medisinsk koding og kodingspraksis
 - internt notat av 24. august 1999 fra

økonomiavdelingen til Fylkesrevijsjonen i Aust-Agder

- brev av 18. mai 2001 til Sosial- og helsedepartementet, ”Takster for innsatsstyrt finansiering innen øre nese hals faget”, skrevet av landets ØNH avdelingsoverleger
- brev av 1. september 2003 til Sintef Unimed Avregningsutvalget fra Kirurgisk klinikk, Arendal
- notat av 15. mars 2003 fra klinikksjefen til avdelingssjefene vedr. journalrutiner og kodepraksis, samt svar fra fem avdelingssjefer
- pressemelding 18. juni 2003 sendt til Aftenposten av ØNH-foreningen

3.3 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble foretatt av fylkeslege Anne Sofie Syvertsen fra Helsetilsynet i Aust-Agder, seniorrådgiver Grethe Hoddevik og seniorrådgiver Sylvi Storaas fra Statens helsetilsyn, under ledelse av fylkeslegen.

Åpningsmøte ble avholdt 2. september 2003, og direktør, klinikksjef, to avdelingsoverleger og en tidligere assistentlege ble intervjuet denne dagen. Tre personer ble intervjuet 9. september 2003: tidligere direktør, tidligere avdelingsoverlege og økonomikonsulent.

3.4 Informasjon fra intervjuene/fremlagt dokumentasjon

3.4.1 Innledning

Målet med intervjuene var å få en beskrivelse av hvordan praksisen for koding av diagnoser og prosedyrer var ved de to utvalgte avdelingene ved sykehuset. ”Kodesaken” har etter ledelsen av sykehusets vurdering ikke foranlediget behov for systemendringer.

De intervjuede beskrev hver fra sitt ståsted hvordan systemet for koding fungerte; fra legen nedtegnet/dikterte prosedyrekoder og diagnosekoder til disse kodene ble registrert i det administrative datasystemet for videre-sending til NPR.

Alle journalene ved sykehuset var databasert, også den tidligere papirjournalen.

3.4.2 Prosedyrekoder

Spesifiserte kirurgiske inngrep og enkelte diagnostiske prosedyrer blir gitt en prosedyrekode i tilknytning til inngrepet. Legen som utfører operasjonen eller undersøkelsen dikterer prosedyrekodene i henhold til NCSP samtidig med operasjonsbeskrivelsen for det aktuelle operative inngrepet. Sekretæren skriver diktatet i pasientens journal.

3.4.3 Diagnosekoder

ØNH-avdelingen: Legen som har dagens avdelingsarbeid skriver ut ferdigbehandlede pasienter og dikterer epikrisen. Som regel utfører legene dette arbeidet hver sin dag. På bakgrunn av opplysningene i journalen, herunder prosedyrekodene, fastsetter legen diagnosekoder i epikrisen. Det kan være andre leger enn den som dikterer epikrisen som har skrevet journal tidligere. Ved avdelingen brukes vanligvis en kortversjon av papirbasert ICD-10. Sykehuset har også en elektronisk versjon av ICD-10.

Når sekretæren har skrevet epikrisen, blir den godkjent av legen som har diktet den. Det foreligger ikke krav om at epikrisen skal godkjennes av spesialist. Én assistentlege skrev epikrisene selv på sine pasienter. Når epikrisen er godkjent, låses journalen, og diagnosekodene kan ikke endres i epikrisen. Dersom en senere mener at en kode bør endres, må det gjøres ved å skrive en tilleggs-epikrise. Det finnes ingen skriftlige retningslinjer for evt. endringer av kode.

Nevrologisk avdeling: Diagnosen fastsettes på morgenmøte i forbindelse med utskrivning av pasienten. En av legene dikterer epikrisen med diagnosekoder. Sekretæren skriver alle epikrisene. Spesialist kontraserer ikke epikrisen før den blir godkjent. Det finnes ingen skriftlige retningslinjer for evt. endringer av koder etter at journalen er låst. Avdelingen bruker både papirversjon og elektronisk kortversjon av ICD-10.

3.4.4 DRG

Prosedyrekoder og diagnosekoder registreres i et medisinsk registreringsskjema i det pasientadministrative systemet. Denne registreringen foretas på avdelingen, enten av en sekretær eller av en lege. Kodene som registreres i skjemaet bestemmer DRG, og koblingen skjer elektronisk i en datamaskin, ”grouperen”. Registreringsskjemaet er et administrativt bilde som ”lever sitt liv” uavhengig av journalen.

Kodene i det medisinske registrerings-skjemaet kan til enhver tid endres slik at det kan foretas endringer helt frem til fristen for innsending til NPR, 10. februar følgende år. Disse kodene har betydning for inntektene til foretaket. Teoretisk sett behøver det ikke være samsvar mellom pasientens diagnosekode i dette skjemaet og i epikrisen. Det finnes ingen historikk på endringer i det medisinske registrerings-skjemaet på sykehuset. Det er dermed ingen dokumentasjon på evt. endringer eller hvem som har foretatt disse. Også skriftlig materiale fra avdelingene om endringer som skal foretas i registrerings-skjemaet av administrasjonsavdelingen kastes etter at endringene er registrert.

3.4.5 Rutiner for kontroll av koder

Helseforetakets kontroll

Økonomikonsulenten ved administrasjonsavdelingen kjører ca en gang i måneden spøringer om feil-/mangelfull koding til ”grupperen” etter en prosedyre som var utarbeidet 24. august 1999. Det ble opplyst at denne prosedyren senere er revidert. Lister over feil og mangler, blant annet at det ikke er samsvar mellom prosedyrekode og diagnosekode blir da sendt til avdelingsoverlegene for eventuelle korrigeringer. Avdelingsoverlegen ved neurologisk avdeling foretok selv kvalitetssikring av listene, mens de fleste avdelingsoverlegene hadde delegert kontrollen til en kontaktperson. Avdelingsoverlegen ved ønh-avdelingen hadde delegert denne oppgaven til en assistentlege som gikk gjennom de aktuelle journalene, og som regel selv foretok de endringene som han vurderte som nødvendig i det medisinske registrerings-skjemaet. I sykehusets brev av 22. mars 2004 ble det påpekt at endringene baserte seg på muntlige retningslinjer fra avdelingsoverlegen, og at assistentlegen ved tvil om diagnosesettingen diskuterte problemstillingen med avdelingsoverlegen. Fra de andre avdelingene kom listene i retur til administrasjonsavdelingen påtegnet aktuelle endringer som økonomikonsulenten foretok i registrerings-skjemaet. Flere leger på sykehuset hadde fått tilgang til å ta ut kontrollister fra ”grupperen” fra sin egen datamaskin. Teoretisk sett var det mulig å sjekke og endre kodene uten at økonomikonsulenten fikk kunnskap om det.

Et eksempel på varsling fra datasystemet om feilkoding er DRG 468 (større operasjoner uten sammenheng med hoveddiagnose). Hver gang kontrollister ble tatt ut av ”grupperen” ga systemet varsel med DRG 468 på

listene til ønh-avdelingen om at diagnosekoden for søvnapne ikke logisk hørte sammen med prosedyrekoden for adenotonsillektomi eller tonsillektomi. Det ble opplyst at det i 2002 var 119 tilfeller på ønh-avdelingen som ble varslet med koden DRG 468. Imidlertid fikk økonomikonsulententilbakemelding fra ønh-legene om at dette var en riktig medisinsk diagnose. Legene ved avdelingen ga uttrykk for at de støttet seg på medisinsk litteratur og faglige diskusjoner som antydte at 50-60 % av barna som fikk fjernet mandlene hadde diagnosen søvnapne. Det ble også henvist til at problemet med at systemet ga for høy betaling for kombinasjonen søvnapne og fjerning av mandler ble tatt opp i brev av 18. mai 2001 til Sosial- og helsedepartementet der det ble bedt om at betalingen ble redusert. Brevet ble skrevet av avdelingsoverlege Asbjørn Elgen i Fredrikstad på vegne av avdelingsoverlegene ved ønh-avdelingene i landet.

Det ble opplyst at neurologisk avdeling fikk få meldinger om feilkoding fra administrasjonsavdelingen.

Kontroll nasjonalt

Når de endelige kodene sendes NPR, reagerer ikke SINTEF dersom feilene på sykehusnivå ikke overstiger 1 % for en bestemt kode. Feilene blir ikke registrert på avdelingsnivå, slik at når det i Arendal ble 1 % feilkoding med varsel DRG 468 på sykehuset så fremgår det ikke at så å si alle disse feilene var på ønh-avdelingen for den samme diagnosen.

Sykehuset i Arendal deltok ikke i kvalitetssikringen av kodepraksis gjennom analyse-senteret på Lovisenberg. Ledelsen ga i intervjuet uttrykk for at de hadde gode rutiner og kontroll med kodingen på sykehuset. De hadde en prosess ”forbedra koding” på slutten av 90 – tallet der det hver måned ble sendt ut to rapporter til avdelingene, en for ufullstendig koding og en for manglende tilleggs-koding. Senere hadde ledelsen mindre fokus på kodepraksis. Ledelsen etterspurte ikke lister over avvik som ble varslet fra datasystemet for DRG-koding.

3.4.6 Økonomi

Ingen enkeltpersoner hadde økonomisk vinning av å kode slik at DRG ga høyest mulig inntekt til sykehuset. Assistentlegen på ønh-avdelingen fikk utvidet tjenesteplan for å kvalitetssikre kodingen på avdelingen. I 2002 gjennomgikk han 700 journaler ved avdelingen med henblikk på riktig koding. I denne sammenheng opplyste han at 37 diagnose-

koder ble endret. En endring av kode fra kronisk tonsillitt til søvnapne medførte en betydelig høyere utbetaling for aktuelle pasient. Det fremkom av intervju med assistentlegens overordnede at assistentlegen hadde spurt om han kunne få 10 % provisjon av den merinntekten som sykehuset fikk av hans forbedrede koding, men han fikk avslag av avdelingsoverlegen. Det fremgår av sykehusets brev av 22. mars 2004 at assistentlegen mener dette er feil. Han hevder at han aldri spurte avdelingsoverlegen om å få provisjon av kvalitetssikringen av den medisinske diagnosesettingen.

Avdelingene hadde selv ingen økonomisk gevinst av å være "flinke" med koding. Det var imidlertid et stadig press fra administrasjonen om å bedre økonomien. Dette presset medførte et fokus mot at kodingen skulle gi høyest mulig inntekter.

Det ble vist til at ønh-avdelingen fulgte retningslinjene til Den norske lægeforening, Veileder for fagområdet øre-nese-hals-sykdommer 1998, i forbindelse med diagnostisering av søvnapne. Det ble hevdet at linken til penger var uvesentlig, men ved å bruke den riktige diagnosen som de mente var søvnapne, fikk sykehuset samtidig mer utbetalt.

Ledelsen aksepterte at ønh-avdelingen hadde så mange DRG 468 feilmeldinger på bakgrunn av at legene ved avdelingen hadde en medisinsk argumentasjon for at bruken av diagnosen søvnapne var riktig.

4 Journalgjennomgang

4.1 Innledning

To leger med spesialitet i ønh-sykdommer gjennomgikk uavhengig av hverandre de på forhånd selekterte journalene ved ønh-avdelingen. En av de sakkyndige var norsk, den andre svensk.

En lege som er spesialist i nevrologi gjennomgikk de på forhånd selekterte journalene ved nevrologisk avdeling.

Journalene var selektert etter følgende kriterier:

- 30 journaler pr. lege på ønh-avdelingen, 20 journaler pr. lege på nevrologisk avdeling
- bare fra pasienter som ble utskrevet i 2002
- bare fra sykehusopphold ved en avdeling, enten ved ønh-avdelingen eller nevrologisk avdeling
- bare fra pasienter med vanlige diagnoser
- pasientoppholdene mest mulig fordelt over hele 2002

Ved journalgjennomgangen undersøkte de sakkyndige:

- om diagnosen gjenspeilte den utredning og behandling som var gitt ved det aktuelle oppholdet
- om valget av diagnosekoder/tilstandskoder var i overensstemmelse med gjeldende regler
- om valg av prosedyrekoder var i samsvar med operasjonsbeskrivelse/ pasientbehandling

- om journalføringen var tilfredsstillende

Funnene ved journalgjennomgangen og Helsetilsynets vurderinger av disse er gjengitt nedenfor.

4.2 ØNH - avdelingen

4.2.1 Journalmaterialet

Det ble gjennomgått 30 journaler fra tre leger og 10 journaler fra en lege, til sammen 100 journaler. Den ene sakkyndige gjennomgikk 100 journaler. En av disse journalene ble utelukket fra materialet pga. at pasienten var behandlet av oralkirurg. Den andre sakkyndige gjennomgikk 75 av de samme journalene. Det var faglig overensstemmelse mellom funnene til de to sakkyndige.

Kjønn: Det selekterte materialet besto av journaler fra 42 kvinner og 58 menn.

Alder: Pasientenes alder varierte fra 2 til 92 år. De fleste var mellom 22 og 52 år. 27 av pasientene var under 12 år.

Utskrivningsdato: Ingen av innleggelsene gjaldt utskrivelser i desember. For de øvrige månedene var det fra 2 til 23 utskrivelser pr. måned, færrest i juli og november og flest i april og september.

Journalmaterialets representativitet: For å bedømme hvor representativt det selekterte materialet var i forhold til de diagnosene avdelingen stilte i løpet av 2002, ble antallet av de diagnosene som avdelingen i løpet av 2002 hadde stilt hos 10 eller flere pasienter, sammenlignet med antallet av de samme diagnosene i det selekterte materialet. Det viste seg at det var noen skjevfordelinger. Diagnosene

søvnapne (G47.3), øresus (H93.1), uspesifisert akutt tonsillitt (J03.9) og skjev nese-skillevegg (J34.2) var noe overrepresentert i det gjennomgåtte materialet. Diagnosene forstyrrelser i søvn-våkenhetsrytmen (G47.2), peritonsillær abscess (J36), betydelig anomali i kjevestørrelse (K07.0), atrofi av tannløs kjevekam (K08.2) var ikke representert i det gjennomgåtte materialet.

4.2.2 Diagnosevalg

Seks journaler ble utelukket fra materialet pga ufullstendig tilgang til nødvendige opplysninger. Diagnosevalget ble dermed vurdert i 93 journaler.

Funn ved journalgjennomgangen:

I 77 journaler har Helsetilsynet ut fra de sakkyndiges notater vurdert at diagnosevalget synes å være riktig ut fra den utredning og behandling som fremgikk av journalene.

I 16 journaler hadde de sakkyndige følgende merknader:

- I 13 journaler var viktige symptomer eller tegn ikke angitt for den valgte diagnosen. Alle tilfellene gjaldt valg av diagnosen søvnapne uten at det i journal eller henvisningsskriv var opplyst at pasienten hadde hatt apneperioder som kunne mistenkes for å være patologiske.
- I to journaler ble det anmerket mangelfull anamnese slik at det var vanskelig å ta stilling til diagnosevalget. Begge disse tilfellene gjaldt pasienter som hadde fått diagnosen traumatisk trommehinneruptur uten at det forelå opplysninger om traume i journalen.
- I en journal var den angitte diagnosen ikke dekkende for det aktuelle oppholdet. Diagnosen svulst i hjernenerve (acusticusnevrinom) ble brukt etter at svulsten var fjernet.

Søvnapne var brukt som diagnose i 23 journaler av det gjennomgåtte materialet. I seks av disse journalene var det nedtegnet at pasienten hadde apneer. Som det fremgår ovenfor bemerket de sakkyndige at 13 pasienter hadde fått diagnosen søvnapne uten at det av journalen fremgikk at det forelå apneperioder. I tillegg var de sakkyndige i tvil om det forelå apneer hos ytterligere fire pasienter pga ufullstendig tilgang til nødvendige opplysninger.

4.2.3 Valg av kode for diagnose/tilstand

Kodevalget ble vurdert i de 93 journalene som var vurdert for diagnosevalg. Kodevalget ble vurdert i forhold til den valgte diagnosen uavhengig av vurderingen om diagnosevalget var riktig. Det ble funnet kodevalgfeil i journalene til alle legene som hadde ansvaret for epikrisen i det undersøkte materialet.

Funn ved riktig diagnosevalg:

I de 77 journalene de sakkyndige ikke hadde noe å bemerke til diagnosevalget, ble kodevalget vurdert som dekkende i 55 journaler i forhold til hva det var brukt ressurser på under det aktuelle oppholdet. I de 22 journalene hvor det ble vurdert å foreligge kodevalg som ikke var dekkende, ble feilen vurdert til å være en av følgende:

- diagnoseteksten samsvarte ikke med standardteksten for den valgte ICD-10-koden
- for mange koder
- feil rekkefølge på kodene
- hoved- eller bidiagnose fra feil kapittel i ICD-10
- feil i 2. eller 3. tegn i hoved- eller bidiagnose
- for få koder

Funn ved ikke dekkende diagnosevalg:

I de 16 journalene hvor de sakkyndige hadde merknader til diagnosevalget, ble kodevalget i 14 journaler vurdert som riktig i forhold til den valgte diagnosen. I to journaler mente de sakkyndige at det var angitt for få koder.

4.2.4 Pasientbehandling, prosedyrebeskrivelse og prosedyrekoding

Av det journalmaterialet som ble gjennomgått, fremgikk det at det for 64 pasienter ble utført en kirurgisk prosedyre under det aktuelle oppholdet. Til fem av disse journalene hadde de sakkyndige følgende kommentarer til behandlingen, prosedyrebeskrivelsen eller valg av prosedyrekode:

- I en journal var det angitt at uvulopalatofaryngoplastikk var utført. Det ble stilt spørsmål til om indikasjonen for et så stort inngrep var til stede i det aktuelle tilfellet.
- I en journal fremgikk det ikke at det var

gjort en fullstendig ønh-status ved innleggelsen.

- I en journal ble prosedyrekoden vurdert som feil.
- I en journal var det ikke angitt prosedyrekoder for alle de beskrevne kirurgiske prosedyrene.
- I en journal var det ikke angitt noen prosedyrekode for det angitte inngrepet.

4.2.5 Journalføring

De sakkyndige vurderte journalføringen i hele materialet, dvs. 99 journaler. 79 journaler ble funnet tilfredsstillende ført. I de 20 journalene som ble vurdert som mangelfulle besto manglene i:

- manglende epikrise eller nødvendig journalnotat
- manglende dokumentasjon for videre oppfølging
- journalen ble vurdert for knapp til å være et nyttig verktøy for andre leger

4.2.6 Helsetilsynets vurdering av funn ved journalgjennomgangen ved ØNH-avdelingen

Diagnosevalg

I følge de sakkyndige forelå det mangler ved diagnosesettingen i 16 % av journalene. Etter Helsetilsynets vurdering er dette et betydelig antall. Som nevnt ovenfor utgjorde de fleste manglene diagnostisering av søvnapne uten at patologiske apneer var angitt i journalen. For pasienten kan det være av betydning for senere behandling hvilken diagnose som er valgt. Feil diagnose kan dermed medføre uheldige konsekvenser for pasienten. Etter Helsetilsynets vurdering skal en diagnose understøttes i journalen av de viktigste symptomer og tegn for lidelsen. Et diagnosevalg som ikke tar utgangspunkt i pasientens symptomer og funnene ved undersøkelser er et brudd på forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4. Det enkelte helsepersonells plikt til forsvarlig yrkesutøvelse må imidlertid sees i sammenheng med den plikt helsepersonellet som sådan har til forsvarlig virksomhet, jf spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Forsvarlig virksomhet innebærer bl.a. at helseforetaket har en plikt til å sørge for at de rutiner og faglige standarder som etableres er forsvarlige. Helsetilsynet fikk opplyst at

”Veileder for fagområdet øre-nese-hals-sykdommer 1998” utgitt av Den norske lægeforening ble brukt i 2002. Nødvendige kriterier for diagnosen søvnapne som fremgår av denne veilederen, ble ikke funnet nedtegnet i de journalene der de sakkyndige hadde merknader til bruken av diagnosen søvnapne. Manglende opplysninger om hovedsymptomet for søvnapne innebærer etter Helseilsynets oppfatning at disse pasientene antagelig er feildiagnostisert. Etter Helsetilsynets vurdering foreligger det brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf helsepersonelloven § 4.

Helsetilsynet vil i eget brev til foretaket opplyse hvilke pasienter ønh-avdelingen bør vurdere diagnosesettingen på nytt.

Kodevalg

Helsetilsynet har valgt å vurdere kodekvaliteten ut fra den valgte diagnosen enten den er vurdert som riktig eller feil. 26 % av de aktuelle oppholdene ble funnet å være feil kodet i henhold til reglene. Etter Helsetilsynets vurdering har feilkodingene ikke betydning for den enkelte pasient. Et så høyt antall feil kodede opphold vil imidlertid kunne få betydning for helseforetakets inntekter gjennom ISF-systemet (innsattsstyrt finansiering). Feilkodingen vil også medføre at NPRs helsestatistikker blir misvisende.

Etter Helsetilsynets vurdering avdekker gjennomgangen av kodekvaliteten at avdelingen ikke har tilfredsstillende rutiner for codesettingen. Vi viser i den sammenheng til ICD-10 og Prislister DRG 1999 med kodeveiledning.

Journalføring

I følge de sakkyndiges gjennomgang av journalene ble det vurdert at ca. 20 % var mangelfulle i forhold til kravene i helsepersonelloven § 40 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 med tilhørende forskrift. De angitte mangler om at epikrise og nødvendige journalnotat manglet, og at journalen var for knapp til å være et hendig verktøy for andre leger, kan etter Helsetilsynets vurdering ha betydning for om pasienten får den behandlingen vedkommende trenger og har krav på. Helsetilsynet anser den mangelfulle journalføringen ved avdelingen som betydelig og stiller spørsmål til om den som er utpekt til å ha det overordnede ansvaret for pasientjournalen har overholdt sine plikter. I den sammenheng vises det til helsepersonelloven § 39 annet ledd der det fremgår at helseinstitusjoner skal utpeke en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal,

og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen. Ansvar for å strukturere journalen innebærer bl.a. at journalen må ordnes slik at den fungerer som et arbeidsverktøy i samsvar med intensjonene.

Etter Helsetilsynets vurdering avdekker den mangelfulle journalføringen svikt i internkontrollen, jf. tilsynsloven § 3, og brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-2, jf. helsepersonelloven § 40.

4.3 Nevrologisk avdeling

4.3.1 Journalmaterialet

Det ble gjennomgått 20 journaler fra seks leger, til sammen 120 journaler. En journal ble utelatt pga. at seleksjonskriteriene ikke var oppfylt.

Kjønn: Det selekterte journalmaterialet besto av 58 kvinner og 61 menn.

Alder: Pasientenes alder varierte fra 18 til 94 år.

Utskrivningsdato: Utskrivelsene var jevnt fordelt over hele året. Antall utskrivelser pr. måned varierte fra 4 til 15.

Journalmaterialets representativitet: For å bedømme hvor representativt det selekterte materialet var i forhold til de diagnosene avdelingen stilte i løpet av 2002, ble antallet av de diagnosene som avdelingen i løpet av 2002 hadde stilt hos 10 eller flere pasienter, sammenlignet med antallet av de samme diagnosene i det selekterte materialet. Det viste seg at det var noen skjevfordelinger. Diagnosene vanlig rehabilitering (Z50.89), kompleks rehabilitering (Z50.80), uspesifisert hjerneinfarkt (I63.9), hjerneinfarkt forårsaket av trombose i hjernearterie (I63.3) og lokalisasjonsrelatert symptomatisk epilepsi og epileptiske syndromer med komplekse partielle anfall (G40.2) var overrepresentert i det selekterte materialet. Spesielt var rehabiliteringsdiagnosene overrepresentert. Diagnosen andre og uspesifiserte kramper (R56.8) var ikke representert i materialet.

4.3.2 Diagnosevalg

Funn ved journalgjennomgangen:

I alle journalene som ble gjennomgått var pasientens viktigste symptomer og tegn beskrevet for den valgte diagnosen.

Videre fant den sakkyndige at alle diagnosene som var nedtegnet i journalen fremsto som riktige i forhold til den aktuelle pasient. Imidlertid var det i en rekke journaler angitt for mange diagnoser som det ikke var brukt ressurser på ved det aktuelle sykehusoppholdet, se nærmere omtale under kodevalg, pkt. 4.3.3.

I åtte journaler ble hoveddiagnosen ikke funnet å være dekkende for det aktuelle oppholdet. Disse pasientene var overflyttet til nevrologisk avdeling etter operasjon ved Rikshospitalet. Tilstandene disse diagnosene gjaldt var behandlet kirurgisk ved Rikshospitalet og diagnosen var således ikke lenger aktuell.

4.3.3 Valg av kode for diagnose/tilstand

Kodevalget ble vurdert i de 119 journalene som var vurdert for diagnosevalg. Kodevalget ble vurdert i forhold til den valgte diagnosen uavhengig av vurderingen om diagnosevalget var riktig. Det ble funnet feil kodevalg i journalene til alle legene som hadde ansvaret for epikrisen i det undersøkte materialet.

Funn ved riktig diagnosevalg:

I de 111 journalene der den sakkyndige ikke hadde merknader til diagnosevalget, ble kodevalget i 78 journaler vurdert som feil i forhold til ressursbruken og problemstillingen for det aktuelle oppholdet. Det ble avdekket flere feil i en journal. Følgende ble vurdert som feil:

- i 71 journaler var det angitt for mange koder i forhold til opplysninger i journalen om hva som reelt var brukt ressurser på under det aktuelle oppholdet. Som eksempel kan nevnes at tilføyelser av koder for hyperkolesterolemi og hypertensjon gikk igjen som ekstrakoder.
- i 37 journaler var det enten feil i koderekkefølgen, valgt kode fra feil kapittel i ICD-10, valgt kode med feil i 2., 3. eller 4. tegn eller ikke angitt kode.

Funn ved ikke dekkende diagnosevalg:

De åtte pasientoppholdene hvor den sakkyndige hadde merknader til diagnosevalget, gjaldt pasienter som var overflyttet etter operasjon ved Rikshospitalet. Nevrologisk avdeling brukte de samme kodene som Rikshospitalet hadde brukt, selv om tilstanden var endret etter operasjonen. Ut fra den valgte diagnosen var kodevalget riktig.

4.3.4 Pasientbehandling, prosedyrebeskrivelse og prosedyrekoding

I de journalene det var angitt prosedyrer og prosedyrekoder, fant den sakkyndige at det var overensstemmelse mellom prosedyrene og prosedyrekodene. Videre ble det funnet at alle pasientene hadde fått den utredning og behandling som var i tråd med pasientens tilstand.

4.3.5 Journalføring

Den sakkyndige vurderte journalføringen som tilfredsstillende i alle de gjennomgåtte journalene. Det ble bemerket at journalene var skrevet på en måte som gjorde dem til et nyttig verktøy for andre leger.

4.3.6 Helsetilsynets vurdering av funn ved journalgjennomgangen ved nevrologisk avdeling

Diagnosevalg

Diagnosevalget skal gjenspeile den reelle problemstillingen ved det aktuelle sykehusoppholdet. Åtte pasienter som ble operert ved Rikshospitalet beholdt sin opprinnelige diagnose ved nevrologisk avdeling etter at tilstanden var endret. Dette er etter Helsetilsynets oppfatning ikke tilfredsstillende diagnosesetting. I de aktuelle tilfellene ville en dekkende diagnose vært etterbehandling etter kirurgi.

Gjennomgangen av det selekterte journalmaterialet ved nevrologisk avdeling tyder imidlertid etter Helsetilsynets vurdering på at diagnostiseringen av pasientene ved avdelingen var forsvarlig.

Kodevalg

I følge den sakkyndiges journalgjennomgang ble det vurdert at det i underkant av 70 % av journalene forelå feilkoding i forhold til gjeldende regler for diagnose-/tilstandskoding ved sykehusopphold. Hovedårsaken til de vurderte feil var bruk av for mange koder. Selv om pasienten kan ha flere sykdommer er det etter Helsetilsynets vurdering viktig at kodevalget er dekkende for hva pasienten har blitt utredet og behandlet for under det aktuelle sykehusoppholdet.

Koding som ikke samsvarer med det som er utført av behandling under et opphold, vil etter Helsetilsynets vurdering være til liten nytte for helseforetakets planlegging av ressursbruk. Videre vil den statistikk som NPR fører på grunnlag av de innrapporterte kodene bli feil. Kodevalget er imidlertid først

og fremst avgjørende for helseforetakets inntekter gjennom ISF-systemet. I den forbindelse kan det etter Helsetilsynets vurdering tyde på at kodepraksisen ved avdelingen kan medføre feil beregningsgrunnlag for inntektene. Vi vil bemerke at Helsetilsynet ikke har vurdert kodepraksisens betydning for DRG-vekten.

Etter Helsetilsynets vurdering viser den utstrakte feilkodingen at avdelingen ikke har tilfredsstillende rutiner for kodesettingen. Vi viser i den sammenheng til ICD-10 og Prislister DRG 1999 med kodeveiledning.

Journalføring

I følge den sakkyndiges gjennomgang av journalene var disse tilfredsstillende ført. På bakgrunn av den dokumentasjon som er gjennomgått anser Helsetilsynet at journalføringen ved avdelingen oppfyller kravene i henhold til journalføringsreglene.

5 Rapporterte koder til norsk pasientregister (NPR)

5.1 Innledning

I forbindelse med journalgjennomgangen ved ØNH-avdelingen og nevrologisk avdeling registrerte de sakkyndige diagnose(r) og kode(r) som fremgikk av pasientens epikrise. Disse dataene ble sammen med pasientens oppholdsnummer, kjønn og utskrivningsdato oversendt til Kompetansesenteret for informasjonsteknologi i helsetjenesten (KITH). KITH ble av Helsetilsynet bedt om å innhente de nødvendige data fra NPR for å sammenligne de kodene som sykehuset hadde oversendt NPR på de samme pasientene som Helsetilsynet hadde gjennomgått. For å sikre at de registrerte dataene fra journalene var riktig, ble KITH bedt om å kontrollere disse dataene ved å reise til Arendal å registrere de samme kodene som de sakkyndige hadde registrert.

Helsetilsynet ba KITH uttale seg om følgende:

- eventuelle uoverensstemmelser mellom registrerte koder i epikrise/journal og koder oversendt NPR
- om en oversikt over de prosedyre- eller diagnosekoder som eventuelt var endret
- om eventuelle endringer medførte endring i DRG-vekt og dermed endring i utbetaling

5.2 ØNH-avdelingen

5.2.1 KITHs gjennomgang av kodene

Kodene som var registrert i pasientens epikrise ble sammenlignet med de kodene som helseforetaket oversendte NPR i forbindelse

med oppgjøret for inntektsåret 2002.

I åtte av de 99 gjennomgåtte journalene ble det funnet uoverensstemmelse mellom de registrerte kodene i epikrisen og de som helseforetaket hadde oversendt til NPR. For sju av disse tilfellene gjaldt uoverensstemmelsen diagnose-/tilstandskodingen, en gjaldt prosedyrekodingen og i to av tilfellene var det uoverensstemmelse i både diagnose-/tilstandskoding og prosedyrekoding.

Diagnosekoding

Følgende uoverensstemmelser ble avdekket:

- Tre koderekkefølger var endret i forbindelse med foretakets oversendelse til NPR. I alle disse tilfellene var søvnapne endret fra bidiagnose til hoveddiagnose.
- En hoveddiagnose var endret fra L72.0 (epidermalcyste) i epikrisen til Q18.0 (sinus, fistel og cyste i gjellebuespalte) i det oversendte materialet til NPR.
- En bidiagnose for uspesifisert astma var lagt til i oversendelsen til NPR.
- I en journal var ingen koder registrert, mens diagnosekoden J11.1 (influenza med annen luftveissykdom, uidentifisert virus) var oversendt til NPR.
- I ett tilfelle ble det aktuelle sykehusoppholdet ikke gjenfunnet i NPR.

Endringene i kodene førte alle til høyere DRG-vekt.

Prosedyrekode

Følgende uoverensstemmelser ble avdekket:

- I ett tilfelle var det foretatt to endringer av

prosedyrekodene angitt i epikrisen. Koden for adenotomi var endret til eksisjon av hypopharynxdivertikkel, og koden for tonsillektomi var endret til adenotonsillektomi.

- I ett tilfelle var det foretatt én endring av prosedyrekodene i epikrisen. Koden for operasjon for kronisk sår el. fistel i hud på hode el. hals var endret til eksisjon av brankialcyste el. -fistel.
- I ett tilfelle ble det aktuelle sykehusoppholdet ikke gjenfunnet i NPR.

For det oppholdet som gjaldt én endring av prosedyrekoden, medførte endringen en høyere DRG-vekt. De to andre endringene hadde ingen betydning for DRG-vekten.

5.2.2 Helsetilsynets vurdering av KITHs funn – ØNH-avdelingen

For 8 % av oppholdene ble det avdekket uoverensstemmelse mellom registrerte koder i epikrisen og koder oversendt til NPR. Både av hensyn til nasjonal statistikk og for inntektsberegningen via ISF-systemet bør det etter Helsetilsynets vurdering være overensstemmelse mellom registrering av koder for diagnoser og prosedyrer i journalen og de kodene som oversendes NPR. I forbindelse med sykehusets kvalitetskontroll av kodingen før oversendelse til NPR er det rimelig at feil i kodingen kan bli avdekket. Feilene bør imidlertid etter Helsetilsynets vurdering rettes opp både i sykehusets pasientadministrative system og pasientens journal. Etter Helsetilsynets vurdering er det svikt i sykehusets journal- og informasjonssystemer når registrering i epikrise og NPR-data ikke er i overensstemmelse, jf spesialisthelsetjenesteloven § 3-2.

For sju opphold medførte endringer av kodene til høyere utbetaling gjennom ISF-systemet. Dette er 7 % av det gjennomgåtte materialet. Bortsett fra de tre tilfellene der søvnapne var endret fra bidiagnose til hoveddiagnose, var det etter Helsetilsynets vurdering medisinsk grunnlag for den diagnosendringen som ble gjort før oversendelse til NPR. Funn ved journalgjennomgangen og informasjon som fremkom under intervjuene tyder på at sykehuset ikke har rutiner for å dokumentere endringer i pasientens journal når koder endres i det pasientadministrative system etter at epikrisen er skrevet og godkjent.

KITHs gjennomgang av materialet avdekket at de kodeendringene som var utført før over-

sendelse til NPR, gikk entydig i retning av at kodene ville medføre høyere DRG-baserte inntekter. KITH vurderte endringene som ikke tilfeldige.

5.3 Nevrologisk avdeling

5.3.1 KITHs gjennomgang av kodene

Kodene som var registrert i pasientens epikrise ble sammenlignet med de kodene som helseforetaket oversendte NPR i forbindelse med oppgjøret for inntektsåret 2002.

I 33 av de 119 gjennomgåtte journalene ble det funnet uoverensstemmelse mellom de registrerte kodene i epikrisen og de som helseforetaket hadde oversendt til NPR. I 27 tilfeller gjaldt uoverensstemmelsen diagnose-/tilstandskodingen, ni gjaldt prosedyrekodingen og i tre tilfeller var det uoverensstemmelse i både diagnose-/tilstandskoding og prosedyrekoding.

Diagnosekoding

Følgende endringer var foretatt ved oversendelse til NPR:

- Ved 11 opphold var rekkefølgen av kodene endret slik at bidiagnose var blitt hoveddiagnose.
- Ved 10 opphold var det uoverensstemmelse i bidiagnosekoder der det ikke samtidig var påvist ombytting mellom hoved- og bidiagnosekode
- Resten av uoverensstemmelsene gjaldt endring av åpenbar feil i kodesettingen, samt tilføyelse av koder som ikke var angitt i epikrisen.

For disse 27 oppholdene medførte endringen høyere DRG-vekt i ni tilfeller og lavere i åtte tilfeller. I ti tilfeller hadde endringen ingen betydning for inntekten. Totalt medførte endringene en mindre merinntekt via ISF-systemet.

Prosedyrekoding

For alle de 9 oppholdene der det ble avdekket uoverensstemmelser mellom registrerte prosedyrekoder i epikrisen og oversendte koder til NPR, gjaldt uoverensstemmelsen at det var tilføyd prosedyrekoder i det materialet som var oversendt NPR.

For ett av oppholdene medførte tilføyelsen høyere DRG-vekt, for tre opphold lavere og for fem opphold medførte tilføyelsen uendret

inntekt. Totalt medførte tilføyelsen av prosedyrekoder til mindre inntekt fra ISF-systemet.

5.3.2 Helsetilsynets vurdering av KITHs funn – nevrologisk avdeling

For 28 % av oppholdene der journalen ble gjennomgått ble det avdekket uoverensstemmelse mellom registrerte koder i epikrisen og koder oversendt til NPR. Etter Helsetilsynets vurdering er denne uoverensstemmelsen betydelig. Både av hensyn til nasjonal statistikk og for inntektsberegningen via ISF-systemet bør det være overensstemmelse mellom registrering av koder for diagnoser og prosedyrer i journalen og de kodene som oversendes NPR. I forbindelse med sykehusets kvalitetskontroll av kodingen før oversendelse til NPR, er det rimelig at feil i kodingen kan avdekkes. Feilene bør imidlertid etter Helsetilsynets vurdering rettes opp både i det pasientadministrative systemet og pasientens journal. Etter Helsetilsynets vurdering er det svikt i sykehusets journal- og informasjonssystemer når registrering i epikrise og NPR-data ikke er i overensstemmelse, jf spesialisthelsetjenesteloven § 3-2.

For de oppholdene der det ble foretatt en endring av koderekkefølgen for hoved- og bidiagnosen, medfører det etter Helsetilsynets vurdering ingen betydning for pasienten.

Når det gjelder de oppholdene der det var tilføyd diagnosekoder i forbindelse med oversending av data til NPR, er disse etter Helsetilsynets vurdering stort sett ikke relevante for det aktuelle sykehusoppholdet vurdert ut fra de nedtegninger Helsetilsynet gjorde fra journalene. Imidlertid kan diagnosene knyttes til den aktuelle pasienten, selv om det ikke var brukt ressurser på tilstanden under oppholdet. Således har Helsetilsynet ikke funnet grunnlag for at pasienter har blitt gitt koder som medfører en diagnose som vedkommende i realiteten ikke har.

Som det fremgår ovenfor viste KITHs gjennomgang av kodene at uoverensstemmelsene medførte både høyere, lavere og ingen endring i DRG-vekt. Kodeendringene ved nevrologisk avdeling medførte til sammen ikke høyere inntekt. Helsetilsynet er spørrende til hvorfor det er foretatt kodeendringer i så stort omfang når det av medisinske grunner ikke var nødvendig.

6 Oppsummering og konklusjon

Ved ønh-avdelingen har Helsetilsynet vurdert at 13 pasienter i det gjennomgåtte materialet har fått diagnosen søvnapne uten at hovedsymptomet for diagnosen var angitt i journal eller henvisningsskriv. Etter Helsetilsynets vurdering er dette brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf helsepersonelloven § 4. I tillegg har de sakkyndige vært i tvil om det var grunnlag for å stille diagnosen søvnapne hos ytterligere fire pasienter. Helsetilsynet ber om at disse 17 pasientjournalene gjennomgås og at det foretas en ny vurdering av diagnosesettingen. En oversikt over de aktuelle pasientene følger vedlagt denne rapporten. En bekreftelse på at diagnosene er revurdert og utfallet av dette skal sendes til Helsetilsynet i Aust-Agder.

Helsetilsynet avdekket at det ved ønh-avdelingen var mangelfull journalføring i ca 20 % av de gjennomgåtte journalene. Helsetilsynet ber om en redegjørelse for hvilke tiltak som er iverksatt, eller vil bli iverksatt for at kravene til journalføring blir ivaretatt, jf. helsepersonelloven § 40 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 med tilhørende forskrift, samt intenrkontrollforskriften. Redegjørelsen skal sendes til Helsetilsynet i Aust-Agder.

Helsetilsynets journalgjennomgang både ved ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling viste etter Helsetilsynets vurdering et betydelig omfang av feilkoding i forhold til gjeldende regler for koding ved sykehusopphold. Feilkodingen vil først og fremst ha betydning for inntektsoppgjøret gjennom ISF-systemet. I tillegg vil det medføre misvisende helsestatistikker fra NPR. Etter Helsetilsynets vurdering avdekket kodekvaliteten at helseforetaket ikke hadde tilfredsstillende rutiner for kodesettingen. En tilbakemelding om hvilke tiltak som er eller vil bli iverksatt for å

følge kodeveiledningen i Prislister DRG 1999 og ICD-10 skal sendes til Helsetilsynet i Aust-Agder.

KITHs sammenligning av de kodene som var registrert i pasientens epikrise og de kodene som ble oversendt NPR i forbindelse med inntektsoppgjøret viste en uoverensstemmelse på 8 % for ØNH-avdelingen og 28 % for nevrologisk avdeling. Uoverensstemmelsene er etter Helsetilsynets oppfatning betydelige. Etter Helsetilsynets vurdering er det svikt i sykehusets journal- og informasjonssystemer når registrering i epikrise og NPR-data ikke er i overensstemmelse, jf spesialisthelsetjenesteloven § 3-2. Helsetilsynet ber om en redegjørelse for hvilke rutiner helseforetaket har iverksatt eller vil iverksette slik at nødvendige endringer av koder i det pasientadministrative system dokumenteres i den aktuelle pasients journal. Redegjørelsen skal sendes til Helsetilsynet i Aust-Agder.

Helsetilsynet har i eget brev til Helsedepartementet redegjort for de funn og vurderinger som er foretatt i forbindelse med tilsyn med kodepraksis og viser til vedlagte kopi av dette.

Frist for de ovennevnte tilbakemeldingene til Helsetilsynet i Aust-Agder: 30. september 2004.

DEL C

Rapport fra tilsyn med kodepraksis ved Helse Nordmøre og Romsdal HF Molde sjukehus

1 Innledning

Statens helsetilsyn mottok 17. februar 2003 informasjon om en kodepraksis ved Sørlandet sykehus HF Arendal som etter Helsetilsynets vurdering kunne tyde på at det forelå mulige straffbare forhold. Helsetilsynet orienterte Helsedepartementet om forholdet i notat av 18. februar 2003. På bakgrunn av ytterligere opplysninger om kodepraksis ved sykehuset som Helsetilsynet ble informert om gjennom korrespondanse mellom Helsedepartementet og Helse Sør RHF i perioden 25. februar 2003 til 7. april 2003, samt gjennom rapporter avgitt av Deloitte & Touche, gjennomførte Helsetilsynet i september 2003 et særskilt tilsyn med Sørlandet Sykehus HF Arendal. Tilsynet ble utført ved ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling. Nevrologisk avdeling ble valgt som referanseavdeling. På bakgrunn av funnene ved dette tilsynet, besluttet Helsetilsynet å føre tilsvarende tilsyn med flere sykehus for å få et mer helhetlig bilde av kodepraksis ved tilsvarende avdelinger. Helsetilsynet gjennomførte derfor tilsyn med ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling, Helse Nordmøre og Romsdal HF Molde sjukehus den 8. og 9. desember 2003. Tilsynet besto av:

- Intervju av ansatte for å få en oversikt over hvordan systemet for kodepraksisen fungerte i 2002 og om det er foretatt noen endringer av denne praksisen, med tilhørende gjennomgang av dokumentasjon fremlagt av sykehuset, jf. tilsynsloven § 3.
- En gjennomgang av utvalgte journaler til inneliggende pasienter i 2002 ved ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling for å undersøke om diagnosen, diagnosekode(r) og prosedyrekode(r) i epikrisen var i samsvar med problemstillingen i journalen for aktuelle pasient under oppholdet, jf.

spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven §§ 4 og 16.

- En vurdering av om journalføringen var tilfredsstillende, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 og helsepersonelloven § 40 med tilhørende journalforskrift.
- Undersøke med bistand fra KITH om de kodene som var oversendt Norsk Pasientregister (NPR) samsvarte med epikrisens prosedyrekoder og diagnosekoder i det utvalgte materialet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-2.

Utkast til delrapport (pkt. 3) ble utformet på bakgrunn av den informasjon som fremkom ved intervjuene og gjennomgang av dokumentasjon fremlagt av sykehuset. Utkastet ble sendt 25. februar 2004 til Helse Nordmøre og Romsdal HF Molde sjukehus til uttalelse slik at eventuelle faktiske feil kunne bli rettet. Helsetilsynet mottok svar fra sykehuset ved e-post av 15. mars, 24. mars og 26. mars 2004. Rapporten er justert i forhold til de aktuelle tilbakemeldingene.

I fremstillingen nedenfor vil Helsetilsynet i pkt. 2 redegjøre for aktuelt regelverk og retningslinjer. I pkt. 3 vil vi gi en oversikt over systemet for koding.

I pkt. 4 Journalgjennomgang, fremgår vurdering av diagnosesetting i forhold til opplysninger som fremgår av journalen, samt en vurdering av journalføringen. Dette er forhold som etter Helsetilsynets vurdering kan ha direkte betydning for pasienten. Det kan føre til feil behandling senere dersom det er registrert feil diagnoser i pasientens journal.

Under pkt. 4.2.3 og 4.2.4, samt 4.3.3 og 4.3.4 fremgår vurdering av kodesetting knyttet til

de aktuelle diagnoser og prosedyrer. Eventuell feil bruk av ICD-10 og NCSP får ingen direkte konsekvenser for pasientbehandlingen, men kan medføre feil opplysninger til statistiske formål og feil DRG-vekt.

Pkt. 5 fremstiller i hvilken grad det er misforhold mellom koder brukt i journal og epikrise og de koder som er overført til NPR for å beregne helseforetakets inntekter gjennom ISF-systemet.

En oppsummering og konklusjon fremgår av pkt. 6.

2 Aktuelt regelverk og retningslinjer

2.1 Aktuelle lovbestemmelser

Tilsynsloven

§ 3. *Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll*

Enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

Helsetilsynet i fylket skal påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i helsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesteloven

§ 2-2. *Plikt til forsvarlighet*

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.

§ 3-2. *Journal- og informasjonssystemer*

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige.

Helsepersonelloven

§ 4 første ledd. *Forsvarlighet*

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og

omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

§ 16. *Organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll*

Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om organisering av virksomhet som yter helsehjelp og om internkontroll.

§ 40. *Krav til journalens innhold m.m.*

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om pasientjournalens innhold og ansvar for journalen etter denne bestemmelse, herunder om oppbevaring, overdragelse, opphør og tilintetgjøring av journal.

2.2 Aktuelle retningslinjer

ICD-10 – Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Norsk utgave, 10. revisjon.

”Opplæringshefte ICD-10”, utgitt i Statens helsetilsyns veiledningsserie 5-96. Heftet bygger på de internasjonale reglene for diagnose-/tilstandskoding i ICD-10.

”Klassifikasjon av kirurgiske inngrep 2001” - NCSP. Klinisk prosedyrekodeverk utgitt av Statens helsetilsyn og Kompetansesenteret for IT i Helsevesenet AS med tillatelse fra NOMESCO.

Prisliste DRG 1999 med kodeveiledning, utgitt av Sosial- og helsedepartementet.

3 Oversikt over systemet for koding

3.1 Beskrivelse av organisasjonen

Molde sjukehus er en enhet under Helse Nordmøre og Romsdal HF. Helseforetaket ble fra 1. juni 2003 organisert med 13 avdelinger som hver ledes av en avdelingssjef.

ØNH-avdelingen ble fra samme tidspunkt en seksjon ved avdeling for Øye-Øre-Nese-Hals-Tann-Kjeve. Viseadministrerende direktør fungerer foreløpig som avdelingssjef for denne avdelingen. ØNH-seksjonen har en overlege som medisinsk leder og seksjonen ligger i Molde. I Kristiansund foregår en utstrakt poliklinisk og dagkirurgisk virksomhet.

Nevrologisk avdeling er en av de 13 avdelingene, og ledes av en avdelingssjef som er nevrolog. Avdelingen er i sin helhet organisert ved Molde sjukehus.

3.2 Dokumentunderlag

Følgende dokumenter ble mottatt ved tilsynsbesøket 8. desember 2003:

- Årsrapport – DRG og Kodepraksis (T. Hals)
- Koding og Kodepraksis – 1. Halvår 2003, Helse Nordmøre og Romsdal
- Hva er nytt om DRG og ISF?
- Prosedyre for koding – legers funksjon, ØNH-avd., Molde sjukehus
- Prosedyre for koding – kontorpersonalets funksjon, ØNH-avd., Molde sjukehus
- Brev til legene ved ØNH-avdelingen fra medisinsk leder om koding

3.3 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble foretatt av fylkeslege Egil Storås fra Helsetilsynet i Møre og Romsdal, seniorrådgiver Grethe Hoddevik og seniorrådgiver Sylvi Storaas fra Statens helsetilsyn, under ledelse av fylkeslegen.

Åpningsmøtet ble avholdt 8. desember 2003. Denne dagen ble viseadministrerende direktør, en avdelingssjef, en medisinsk leder og to sekretærer intervjuet. En rådgiver fra administrasjonsavdelingen ble intervjuet 9. desember 2003.

3.4 Informasjon fra intervjuene/fremlagt dokumentasjon

3.4.1 Innledning

Målet med intervjuene var å få en beskrivelse av hvordan praksisen for koding av diagnoser og prosedyrer var ved ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling, og om det var foretatt noen endringer av systemet for kodepraksisen.

De intervjuede beskrev hver fra sitt ståsted hvordan systemet for koding fungerte; fra legen nedtegnet/dikterte prosedyrekoder og diagnosekoder til disse kodene ble registrert i det pasientadministrative datasystemet (PAS) for videresending til NPR.

20. august 2002 startet sykehuset med å innføre elektronisk pasientjournal (EPJ). Innføringen er organisert som et prosjekt som ikke er avsluttet. I en overgangsperiode skal alle pasientene ha papirbasert journal i tillegg til EPJ. Dette gjøres ved at det tas utskrift fra EPJ og legges i papirjournal.

3.4.2 Prosedyrekoder

I pasientjournalen fremgår all behandling pasienten har gjennomgått, og det er ført prosedyrekoder fra NCSP for de ulike inngrepene.

ØNH-avdelingen: Det fremgår av prosedyrer for koding i avdelingen at koding av inngrep gjøres ved at legen bokstaverer under diktering eller legger ved egen lapp med kodene påskrevet når diktatet legges til journalskriving etter at inngrepet er ferdig.

Nevrologisk avdeling har ikke utarbeidet noen skriftlig prosedyre for prosedyrekoding.

3.4.3 Diagnosekoder

ØNH-avdelingen: Når pasienten utskrives fra avdelingen, setter legen diagnosekode(r) på baksiden av kurvearket og signerer. Diagnosekode(n)e skrives deretter av kontorpersonelet inn i det pasientadministrative system samme dag, eventuelt første virkedag etter utskrivningen. Pasientene får imidlertid allerede ved innleggelsen en tentativ diagnose som blir lagt inn i PAS. Ny diagnosekode registreres derfor bare ved utskrivning dersom denne ikke samsvarer med innleggesdiagnosen. Dette gjøres før epikrise skrives. Som regel er det den legen som har operert pasienten som dikterer epikrisen. Epikrisene til assistentlegene blir ikke signert spesielt av overlege. Når epikrisen er skrevet av sekretæren og signert av aktuelle lege, blir datajournalen låst. Det er da ikke lenger teknisk mulig å endre epikrisen. Dersom en senere mener at en diagnosekode bør endres, må dette gjøres ved å skrive en tilleggs-epikrise. Det finnes ingen skriftlige retningslinjer for dette.

Når sekretæren skriver epikrisen, skal vedkommende kvalitetssikre og sjekke at samtlige koder i journalen stemmer overens med skjermbildet i PAS. Hvis legen forandrer diagnosekoder eller prosedyrekoder ved endelig signering i EPJ, er det legens ansvar å sørge for at sekretæren også endrer kodene i PAS.

Sekretærene bruker papirversjonen av ICD-10. Legene bruker både den elektroniske versjonen og papirversjonen. Medisinsk faglig sjef har laget kortversjoner av de mest brukte kodene som han sender til legene pr. e-post. I tillegg er det skrevet en kortversjon utenpå "gul lapp".

Nevrologisk avdeling: Som regel er det

assistentlegene som dikterer epikrisen og kommer med et diagnoseforslag. En av overlegene har ansvar for diagnosevalget og kontraserer alltid epikrisen via EPJ når sekretæren har skrevet den. Når epikrisen er markert for utsending, printer sekretæren den ut og journalen blir med dette låst for endringer. Sekretæren registrerer prosedyrekodene og diagnosekodene i PAS etter at journalen er låst. Ingen av legene ved avdelingen kan gå inn i PAS. Papirversjonen av ICD-10 blir brukt. Det finnes ingen skriftlige rutiner for kodearbeidet i avdelingen.

3.4.4 DRG

Prosedyrekoder og diagnosekoder registreres i et skjermbilde i det pasientadministrative system. Denne registreringen foretas av kontorpersonelet ved den aktuelle avdelingen. Kodene som registreres i skjemaet bestemmer DRG, og koblingen skjer elektronisk i datamaskinen. Registreringsskjemaet "lever sitt liv" uavhengig av journalen.

Kodene i PAS kan til enhver tid endres slik at det kan foretas endringer helt frem til årsfristen for innsending til NPR, 10. februar, som vil få betydning for inntektene til foretaket. Teoretisk sett trenger det ikke være samsvar mellom diagnosekodene i PAS og i epikrisen. Det finnes ingen historikk på endringer i registreringsskjemaet i PAS.

3.4.5 Rutiner for kontroll av koder

NIMES ble innført ved sykehuset i oktober 2002. Dette er et datasystem som kan brukes til å kvalitetssikre kodingen. Rådgiver ved økonomiavdelingen tar ut data fra PAS to ganger i måneden og overfører disse til NIMES for kvalitetssikring i de respektive avdelingene. Alle avdelinger som har DRG-aktivitet har tilgang til NIMES og kan sjekke dataene og eventuelt endre kodene i "NIMES klinisk". "NIMES klinisk" er linket til PAS, men det fremgår av intervjuene at denne muligheten til å endre i PAS ikke brukes, men at endringer av koder foretas direkte i PAS. Det er avdelingssjefenes ansvar å kvalitetssjekke kodingen ved hjelp av NIMES. Det er oppnevnt en superbruker av NIMES på hver avdeling. Det finnes imidlertid ingen skriftlige retningslinjer eller prosedyrer for dette arbeidet, kun en forventning fra ledelsen om at kodingen skal være riktig.

Økonomiavdelingen foretar ingen jevnlig kvalitetskontroller av kodingen til avdelingene. En rådgiver sjekker kodene i skippertak ved å ta ut logiske søk. Hun har

ingen rutinebeskrivelse for hva hun søker etter, og gir ingen systematisk tilbakemelding til avdelingene. Avdelingssjefene får som regel muntlig tilbakemelding om spørsmål om endringer/feil ved kodingen sammen med skriftlige lister over opphold som bør ses nærmere på. Det finnes ingen dokumentasjon over hva som meldes til avdelingene om feil i løpet av året. Rådgiveren har imidlertid kun mulighet til å oppdage opplagte feil og ulogiske kodesammenstillinger.

I begynnelsen av hver måned tar rådgiver ved økonomiavdelingen utdrag fra PAS og sender til NPR på en datafil. Det foretas ingen kontroll av denne filen, det forutsettes at avdelingssjefene har kvalitetssikret dataene via NIMES. Før NIMES ble innført ved sykehuset, tok rådgiver ut lister over ufullstendig koding som ble sendt til sekretæren ved avdelingene for korrigerende. I januar/februar hvert år passer hun på at kodene så langt hun kan se er riktige før de endelig oversendes NPR innen årsfristen.

Økonomiavdelingen får ingen tilbakemelding fra NPR om feilkoding. NPR-rapportene er på foretaksnivå/indeksnivå, og er for grove til å kunne sammenligne seg med andre sykehus. Rådgiveren bruker ca 20 % av stillingen sin på DRG-koding og opplæring i kodepraksis, og hun har ingen formelle instruksjoner eller føringer fra administrerende direktør for dette arbeidet. Direktøren får månedlig statistikk over DRG-indeksen, og forutsetter at kodingen blir utført riktig.

En lege ved Kristiansund sjukehus er sammen med rådgiveren ved økonomiavdelingen ved Molde sjukehus rådgiver for kodingen ved helseforetaket. Hver måned bruker han NIMES til å sjekke om det er logiske feil/brudd etc. og gir skriftlig tilbakemelding til avdelingssjefene. I tillegg sender han halvårslige rapporter til avdelingene og ber avdelingssjefene se nærmere på enkelte problemstillinger og gir dem råd i kodearbeidet. Han har den medisinske innfallsvinkelen til kodingen og henter frem det enkelte pasientbildet i NIMES for å kunne gi råd til avdelingssjefene. Han endrer ingen koder. Det er avdelingssjefenes ansvar å vurdere om koder skal endres etter hans råd.

ØNH-avdelingen: Samtlige leger har tilgang til NIMES på sin pc, og medisinsk leder prøver å få det til å bli morsomt for alle å bruke systemet. Legene ved avdelingen har deltatt på kurs i koding, og på mandagsmøtene diskuteres vanskelige kodespørsmål. Medisinsk leder ble interessert i kodesystemet i

2002 og har utarbeidet prosedyre for koding for kontorpersonalet og legene. I tillegg går han gjennom kode-rapportene som kommer fra den rådgivende legen og gjennomgår de pasientjournalene det stilles spørsmål til. Etter denne gjennomgangen får legene ved avdelingen skriftlig tilbakemelding om forbedringsområder.

Medisinsk leder bruker NIMES til å kvalitetssikre kodingen, men det gjøres ikke systematisk etter fastlagte rutiner, og alt blir ikke sjekket. Avdelingen har ikke fått retningslinjer fra ledelsen om hvordan kvalitetssikringen av kodepraksis skal utføres.

Dersom medisinsk leder mener at koder skal endres i PAS, tar han en utskrift fra NIMES og skriver en beskjed til sekretæren i avdelingen. Sekretæren retter opp kodene i PAS, men foretar ingen endringer i journalen. Kodene i pasientens journal stemmer dermed ikke med de kodene som er grunnlag for DRG i de tilfellene retting er foretatt etter at epikrise er sendt! Tidligere da sykehuset bare hadde papirjournal, skrev sekretæren et notat til journalen ved endring av koder i PAS.

Nevrologisk avdeling: I tillegg til avdelingssjefen er det kun én lege og sekretæren som har installert NIMES på sin pc. Avdelingssjefen har hatt noe opplæring i kodepraksis i avdelingen, blant annet når bidiagnoser skal brukes og ikke brukes. Morgenmøtene blir brukt til å gi tilbakemelding hvis større feil er avdekket.

Det er ikke utarbeidet noen skriftlige prosedyrer i avdelingen for kodearbeidet. Kode-rapportene fra den rådgivende legen blir gjennomgått, men avdelingssjefen er ofte ikke enig med ham. Hun synes han er for offensiv, for eksempel når det gjelder hva som skal være hoveddiagnose.

Avdelingssjefen bruker ikke NIMES til å kvalitetssikre kodingen. Hun bruker systemet litt i kontrollsammenheng i forbindelse med forslag om retting av koder. Sekretæren foretar eventuelle endringer av koder i PAS etter beskjed fra avdelingssjefen. Før det gjøres endringer i PAS, sjekker avdelingssjefen journalen. Hun har ikke opplevd at endringer har hatt medisinsk betydning for pasienten. Det blir ikke foretatt endringer i journalen ved kodeendringer i PAS. Før EPJ ble innført rettet sekretæren også i papirjournalen. Det fremkom av intervjuene at legene ved avdelingen var lite interessert i koding da de hadde hovedfokus på den medisinske del av pasientbehandlingen.

4 Journalgjennomgang

4.1 Innledning

En lege med spesialitet i ønh-sykdommer gjennomgikk de på forhånd selekterte journalene ved ønh-avdelingen.

En lege som er spesialist i nevrologi gjennomgikk de på forhånd selekterte journalene ved nevrologisk avdeling.

Journalene var selektert etter følgende kriterier:

- 100 journaler fra hver avdeling, 20 journaler fra fem epikriseskrivende leger
- bare fra pasienter som var utskrevet i 2002
- bare fra sykehusopphold ved en avdeling, enten ved ønh-avdelingen eller nevrologisk avdeling
- bare fra pasienter med vanlige diagnoser
- pasientoppholdene mest mulig fordelt over hele 2002

Ved journalgjennomgangen undersøkte de sakkyndige:

- om diagnosen gjenspeilte den utredning og behandling som var gitt ved det aktuelle oppholdet
- om valget av diagnosekoder/tilstandskoder var i overensstemmelse med gjeldende regler
- om valg av prosedyrekoder var i samsvar med operasjonsbeskrivelse/ pasientbehandling

- om journalføringen var tilfredsstillende

Funnene ved journalgjennomgangen og Helsetilsynets vurderinger av disse er gjengitt nedenfor.

4.2 ØNH – avdelingen

4.2.1 Journalmaterialet

Alle de selekterte journalene ble funnet å ha oppfylt seleksjonskriteriene.

Kjønn: Det selekterte materialet besto av journaler fra 33 kvinner og 67 menn.

Alder: Pasientenes alder varierte fra 3 til 95 år. 18 pasienter var 12 år eller yngre.

Utskrivningsdato: Antall utskrivelser pr. måned varierte mellom fem og 12 pasienter, flest i juni og færrest i juli.

Journalmaterialets representativitet: For å bedømme hvor representativt det selekterte materialet var i forhold til de diagnosene avdelingen stilte i løpet av 2002, ble antallet av de diagnosene som avdelingen i løpet av 2002 hadde stilt hos 10 eller flere pasienter, sammenlignet med antallet av de samme diagnosene i det selekterte materialet. Det viste seg at representasjonen var tilfredsstillende. Det var imidlertid en svak underrepresentasjon av diagnosen hypertrofi av mandler med hypertrofi av adenoid vev (kode J35.3), og en svak overrepresentasjon av diagnosen epistaxis (kode R 04.0).

4.2.2 Diagnosevalg

Funn ved journalgjennomgangen:

Diagnosevalget ble vurdert som riktig i 99 av de 100 gjennomgåtte journalene. I en journal var hoveddiagnosen peritonsillær abscess angitt i epikrisen. Det fremgikk imidlertid av journalen at abscess ikke ble påvist under utredningen. Diagnosen var rettet til dekkende diagnose i sykehusets pasientadministrative system.

Journalmaterialet inneholdt sju søvnapne-diagnoser. Alle disse pasientene var voksne med fødselsår 1933-1967. Diagnosen var brukt som hoveddiagnose hos seks pasienter og bidiagnose hos en pasient. Med unntak av det tilfellet der diagnosen var brukt som bidiagnose, fremgikk det av journalene til de øvrige pasientene at det var gjort en grundig utredning for å kartlegge at patologiske apneperioder forelå.

4.2.3 Valg av kode for diagnose/tilstand

Kodevalget ble vurdert i alle 100 journalene i forhold til den valgte diagnosen uavhengig av vurderingen om diagnosevalget var riktig.

Funn ved riktig diagnosevalg:

I de 99 journalene der den sakkyndige ikke hadde noe å bemerke til diagnosevalget, ble kodevalget vurdert som dekkende i 88 journaler i forhold til hva det var brukt ressurser på under det aktuelle oppholdet.

I de 11 journalene hvor det ble vurdert å foreligge kodevalg som ikke var dekkende, forelå det flere feil i noen journaler. Feilene ble vurdert til å være en eller flere av følgende:

- feil i 2., 3. eller 4. tegn i hoved- eller bidiagnose
- for få koder
- for mange koder
- feil rekkefølge på kodene
- hoved- eller bidiagnose fra feil kapittel i ICD-10

Funn ved ikke dekkende diagnosevalg:

I den journalen hvor den sakkyndige hadde merknader til diagnosevalget, ble kodevalget vurdert som riktig i forhold til den valgte diagnosen.

4.2.4 Pasientbehandling, prosedyrebeskrivelse og prosedyrekoding

Av det journalmaterialet som ble gjennomgått, fremgikk det at det for 87 pasienter ble utført en kirurgisk prosedyre under det aktuelle oppholdet. Den sakkyndige hadde intet å bemerke til pasientbehandlingen eller prosedyrebeskrivelsen i disse journalene. Han hadde videre heller ingen bemerkninger til prosedyrekodingen i 82 journaler.

For fem av journalene hadde den sakkyndige følgende kommentarer til prosedyrekodingen:

- I to journaler var det brukt feil kode for det beskrevne inngrepet.
- I en journal var det ikke angitt prosedyrekode til tross for at det av journalen fremgikk at en prosedyre var utført.
- I en journal var det brukt en uspesifisert prosedyrekode i et tilfelle der en mer spesifikk kode burde vært anvendt.
- I en journal var det beskrevet en prosedyre som det ikke er prosedyrekode for. Det ble imidlertid anvendt en kode som kunne være dekkende.

4.2.5 Journalføring

Den sakkyndige vurderte at 94 journaler var tilfredsstillende ført. I seks journaler var manglene som følger:

- To journaler manglet epikrise.
- Tre journaler var mangelfullt ført.
- I en journal var det mange skrivefeil.

4.2.6 Helsetilsynets vurdering av funn ved journalgjennomgangen ved ØNH-avdelingen

Representasjonen av de ulike diagnoser i det selekterte journalmaterialet tilsvarte godt de ulike diagnosers forekomst i årsstatistikken for 2002. På bakgrunn av dette samsvaret anser Helsetilsynet at forekomst av de funn som er gjort ved journalgjennomgangen, sannsynligvis tilsvarte avdelingens standard på de undersøkte områdene i 2002.

Diagnosevalg

Den sakkyndige har ved journalgjennomgangen vurdert at det forelå feil diagnosesetting i en av journalene. Denne feilen var imidlertid rettet opp i det pasientadmini-

strative systemet. Etter Helsetilsynets vurdering kan dette tyde på at avdelingen ikke hadde rutiner for å rette feil diagnosevalg i pasientens journal etter at epikrisen var låst. Helsetilsynet vil derfor understreke betydningen av en internkontroll som vil fange opp slike feil.

I seks journaler var søvnapne brukt som hoveddiagnose. Nødvendige kriterier som fremgår av "Veileder for fagområdet øre-nese-hals-sykdommer 1998", utgitt av Den norske lægeforening, var oppfylt. Etter Helsetilsynets vurdering var det en god begrunnelse for disse diagnosene.

Etter Helsetilsynets vurdering er det ved journalgjennomgangen ikke funnet vesentlige mangler ved diagnosesettingen i avdelingen.

Kodevalg

Helsetilsynet har valgt å vurdere kodekvaliteten ut fra den valgte diagnosen enten den er vurdert som riktig eller feil. I følge den sakkyndiges journalgjennomgang ble det vurdert at det i 11 % av de aktuelle oppholdene var kodet feil i henhold til reglene. Etter Helsetilsynets vurdering hadde ingen av disse feilene betydning for pasientens tilstand og den behandling som ble gitt under det aktuelle oppholdet. Imidlertid har riktig kodevalg betydning for helseforetakets inntekter gjennom ISF-systemet (innsatsstyrt finansiering). Feil i kodingen kan også medføre at NPR sine helsestatistikker blir misvisende. På bakgrunn av feilenes art og at det ikke er avdekket systematiske feil, tyder det etter Helsetilsynets vurdering på at feilene er tilfeldige.

Selv om kodekvaliteten er gjennomgående god, avdekker journalgjennomgangen etter Helsetilsynets vurdering at avdelingens rutiner for kodesetting kan forbedres. Vi viser i den sammenheng til ICD-10 og Prislister DRG med kodeveiledning.

Journalføring

I følge den sakkyndiges gjennomgang av journalene ble det vurdert at 6 % var mangelfulle i forhold til kravene i helsepersonelloven § 40 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 med tilhørende forskrift. Etter Helsetilsynets vurdering var det at epikrise manglet i to journaler av størst betydning for pasienten. Manglende epikrise er et brudd på journalforskriften § 9, og kan ha betydning for om pasienten får en forsvarlig oppfølging av sin primærlege. Etter Helsetilsynets vurdering tyder manglende epikriser videre på at avdelingen ikke hadde tilfredsstillende intern-

kontroll for å fange opp manglende utsending av epikrise, jf. tilsynsloven § 3. Helsetilsynet vil i eget brev til helseforetaket redegjøre for hvilke pasienter som manglet epikrise for det aktuelle oppholdet.

4.3 Nevrologisk avdeling

4.3.1 Journalmaterialet

En journal ble utelatt fra journalgjennomgangen pga. at seleksjonskriteriene ikke var oppfylt.

Kjønn: Det selekterte journalmaterialet besto av journaler fra 54 kvinner og 45 menn.

Alder: Pasientenes alder varierte fra 12 til 80 år.

Utskrivningsdato: Antall utskrivelser pr. måned varierte mellom en og 16 pasienter, flest i januar og mars og færrest i desember og august.

Journalmaterialets representativitet: For å bedømme hvor representativt det selekterte materialet var i forhold til de diagnosene avdelingen stilte i 2002, ble antallet av de diagnosene som avdelingen i løpet av 2002 hadde stilt hos 10 eller flere pasienter, sammenlignet med antallet av de samme diagnosene i det selekterte materialet. Det viste seg at det var skjevfordelinger. I det selekterte materialet var det en betydelig overrepresentasjon av pasienter med diagnosen MS, og en betydelig underrepresentasjon av pasienter som var blitt utskrevet med tilstanden observasjon ved mistanke om sykdom i nervesystemet. Materialet inneholdt ingen journaler der tilstanden kompleks rehabilitering var anvendt til tross for at denne tilstanden var registrert i 65 tilfeller i avdelingens årsoversikt. Uspesifisert dystoni var også underrepresentert i det selekterte journalmaterialet. Årsoversikten viste at avdelingen i løpet av 2002 hadde hatt 80 slike pasienter innlagt. Det selekterte journalmaterialet inneholdt bare en journal der denne diagnosen var brukt.

4.3.2 Diagnosevalg

Funn ved journalgjennomgangen:

I fire journaler fant den sakkyndige for få opplysninger til at diagnosevalget kunne vurderes. Diagnosevalget ble dermed vurdert i 95 journaler.

Den sakkyndige hadde ingen merknader til

valget av hoveddiagnose i 88 av de 95 gjennomgåtte journalene. De sju journalene der den sakkyndige hadde merknader til hoveddiagnosen gjaldt:

- To pasienter som var operert ved Rikshospitalet hadde som hoveddiagnose den tilstanden som operativt var fjernet.
- Fem pasienter var gitt en hoveddiagnose som ikke var dekkende for den medisinske problemstillingen ved oppholdet.

I tre journaler var psykiatriske bidiagnoser anvendt uten at det fremgikk at det forelå grunnlag for å stille disse diagnosene ved det aktuelle oppholdet.

4.3.3 Valg av kode for diagnose/tilstand

Kodevalget ble vurdert i de 95 journalene der diagnosevalget ble vurdert. Kodevalget ble vurdert i forhold til den valgte diagnosen uavhengig av vurderingen om diagnosevalget var riktig.

Funn ved riktig diagnosevalg:

I de 88 journalene der den sakkyndige vurderte hoveddiagnosen for å være riktig, ble kodevalget i 42 journaler vurdert som feil i forhold til ressursbruken og problemstillingen for det aktuelle oppholdet. Det ble avdekket flere feil i noen journaler. Feilene ble vurdert til å være en eller flere av følgende:

- or mange koder
- hoved- eller bidiagnose fra feil kapittel i ICD-10
- feil rekkefølge på kodene
- for få koder
- feil i kodens 2., 3. eller 4. tegn

Ca. halvparten av feilene gjaldt at det var angitt for mange koder.

Funn ved ikke dekkende diagnosevalg:

I de sju journalene hvor den sakkyndige hadde merknader til diagnosevalget, ble kodevalget for seks av tilfellene vurdert som riktig i forhold til feildiagnostiseringen. I ett tilfelle var det valgt kode fra feil diagnosekategori.

Andre observasjoner fra nevrologisk avdelings valg av diagnosekode

I henhold til regler for koding bør man ved sykehusopphold være tilbakeholden med å

velge koder fra symptomkapitlet (kapittel 18 i ICD-10), jf. opplæringsheftet. Koder fra dette kapitlet var anvendt 14 ganger i det selekterte materialet, dels som kode for hoveddiagnose, dels som kode for bidiagnose. Både hodepine, svimmelhet og smertetilstander var angitt med symptomkoder.

Kode for alminnelig rehabilitering (Z50.89) var brukt for bidiagnosen i to journaler. Denne koden var i disse tilfellene ikke dekkende for hva det var brukt ressurser på under det aktuelle oppholdet.

4.3.4 Pasientbehandling, prosedyrebeskrivelse og prosedyrekoding

Den sakkyndige bemerket at det i tre journaler var anvendt prosedyrekode for ”annen operasjon på ryggmarg eller nerverot for smerte eller funksjonsforstyrrelse” (ABD 99) der det var gitt påfyll av baklofen i allerede anlagt baklofenpumpe.

I de øvrige journalene der prosedyre var angitt, ble det funnet overensstemmelse mellom den beskrevne prosedyren og den angitte prosedyrekoden.

4.3.5 Journalføring

Den sakkyndige vurderte journalføringen som tilfredsstillende for 97 journaler.

I to journaler ble det ikke funnet epikrise.

4.3.6 Helsetilsynets vurdering av funn ved journalgjennomgangen ved nevrologisk avdeling

Representasjonen av de ulike diagnoser i det selekterte journalmaterialet var ikke i samsvar med de ulike diagnosers forekomst i årsstatistikken for 2002. Denne mangelfulle representativiteten i det gjennomgåtte materialet kan etter Helsetilsynets oppfatning innebære at mangler ikke er avdekket for noen diagnoser eller at antall mangler ved overrepresenterte diagnoser statistisk fremstår som for stort.

Diagnosevalg

Diagnosevalg skal gjenspeile den reelle problemstillingen ved det aktuelle sykehusoppholdet. To pasienter som ble operert ved Rikshospitalet beholdt sin opprinnelige diagnose ved nevrologisk avdeling etter at tilstanden var endret. Dette er etter Helsetilsynets oppfatning ikke tilfredsstillende diagnosesetting. I de aktuelle tilfellene ville en dekkende diagnose vært etterbehandling etter

kirurgi.

For de fem pasientene der den sakkyndige har bemerket at hoveddiagnosen ikke var dekkende for den medisinske problemstillingen ved oppholdet, kunne imidlertid diagnosene knyttes til de aktuelle pasientene. Etter Helsetilsynets vurdering er diagnosevalgene ikke av en slik betydning for pasientene at det anses som brudd på forsvarlighetskravet i helselovgivningen.

I følge den sakkyndiges journalgjennomgang hadde tre pasienter fått en psykiatrisk bidiagnose ved det aktuelle oppholdet, uten at disse var begrunnet i journalen. Helsetilsynet har ikke vurdert om disse bidiagnosene kunne knyttes til pasientene, og har således ikke grunnlag for å vurdere forsvarligheten av diagnosesettingen i disse tilfellene.

Kodevalg

I følge den sakkyndiges journalgjennomgang ble feil i kodevalget avdekket i 45 % av journalene i forhold til gjeldende regler for diagnose-/tilstandskoding ved sykehusopphold. De fleste feilene ved kodingen gjaldt bruk av for mange koder ved de enkelte sykehusopphold. Etter Helsetilsynets vurdering er det viktig at kodevalget er dekkende for hva pasienten har blitt utredet og behandlet for under det aktuelle sykehusoppholdet. For den enkelte pasient vil imidlertid en overkoding ikke få betydning for den videre behandling så lenge kodene gjenspeiler en lidelse som er knyttet til pasienten. Helsetilsynet har ikke funnet koder i epikrisen som ikke er reelle for pasienten.

Den sakkyndige har bemerket at avdelingen anvendte koder for symptomer i overkant av 10 % av journalene. Etter Helsetilsynets vurdering er det påfallende at en nevrologisk avdeling anvender symptomkoder for hodepine, svimmelhet og smerter. Dette er vanlige nevrologiske symptomer som vanligvis lar seg inkludere i spesifikke diagnosekoder.

Helsetilsynet vil bemerke at prosedyren påfyll av baklofen i allerede anlagt baklofenpumpe var kodet som et kirurgisk inngrep på ryggmargen. Etter Helsetilsynets vurdering er dette feil kodeanvendelse. Det ble imidlertid opplyst under intervju av avdelingssjefen at denne kodepraksisen senere er endret.

Koding som ikke samsvarer med det som er utført av behandling under et opphold, vil etter Helsetilsynets vurdering være til liten nytte for helseforetakets planlegging av ressursbruk. Videre vil den statistikk som NPR

fører på grunnlag av de innrapporterte kodene bli feil. Kodevalget er imidlertid først og fremst avgjørende for helseforetakets inntekter gjennom ISF-systemet. I den forbindelse kan det etter Helsetilsynets vurdering tyde på at kodepraksisen ved avdelingen kan medføre feil beregningsgrunnlag for inntektene. Vi vil bemerke at Helsetilsynet ikke har vurdert kodepraksisens betydning for DRG-poengene.

Etter Helsetilsynets vurdering viser den utstrakte feilkodingen at avdelingen ikke har tilfredsstillende rutiner for kodesettingen. Vi viser i den sammenheng til ICD-10 og Prislister DRG 1999 med kodeveiledning.

Journalføring

I følge den sakkyndiges gjennomgang av journalene manglet epikrise i to journaler. Manglende epikrise er et brudd på journalforskriften § 9, og kan ha betydning for om pasienten får en forsvarlig oppfølging av sin primærlege. Etter Helsetilsynets vurdering tyder det videre på at avdelingen ikke hadde tilfredsstillende internkontroll for å fange opp manglende utsending av epikrise, jf. tilsynsloven § 3. Helsetilsynet vil i eget brev til helseforetaket redegjøre for hvilke pasienter som manglet epikrise for det aktuelle oppholdet.

Bortsett fra ovennevnte anser Helsetilsynet på bakgrunn av den dokumentasjon som er gjennomgått, at journalføringen ved avdelingen oppfylder kravene i henhold til journalføringsreglene.

5 Rapporterte koder til norsk pasientregister (NPR)

5.1 Innledning

I forbindelse med journalgjennomgangen ved ØNH-avdelingen og nevrologisk avdeling registrerte de sakkyndige diagnose(r) og kode(r) som fremgikk av pasientens epikrise. Disse dataene ble sammen med pasientens oppholdsnummer, kjønn og utskrivningsdato oversendt til Kompetansesenteret for informasjonsteknologi i helsetjenesten (KITH). KITH ble av Helsetilsynet bedt om å innhente de nødvendige data fra NPR for å sammenligne de kodene som sykehuset hadde oversendt NPR på de samme pasientene som Helsetilsynet hadde gjennomgått. For å sikre at de registrerte dataene fra journalene var riktige, registrerte også en jurist fra Helsetilsynet disse uavhengig av de sakkyndiges registrering.

Helsetilsynet ba KITH uttale seg om følgende:

- eventuelle uoverensstemmelser mellom registrerte koder i epikrise/journal og koder oversendt NPR
- om en oversikt over de prosedyre- eller diagnosekoder som eventuelt var endret
- om eventuelle endringer medførte endring i DRG-vekt og dermed endring i utbetaling

5.2 ØNH-avdelingen

5.2.1 KITHs gjennomgang av kodene

Kodene som var registrert i pasientens epikrise ble sammenlignet med de kodene som helseforetaket oversendte NPR i forbindelse med oppgjøret for inntektsåret 2002.

I 21 av de 100 gjennomgåtte journalene ble det funnet uoverensstemmelse mellom de registrerte kodene i epikrisen og de som helseforetaket hadde oversendt til NPR. 15 uoverensstemmelser gjaldt diagnose-/tilstandskodingen, åtte gjaldt prosedyrekodingen og i to av journalene var det uoverensstemmelse i både diagnose-/tilstandskoding og prosedyrekoding.

Diagnosekoding

Følgende uoverensstemmelser ble avdekket:

- I sju tilfeller var det gjort endring i fjerde tegn av hoveddiagnosekoden ved oversendelse til NPR.
- I tre tilfeller var koden for hoveddiagnose byttet om med koden for bidiagnose i oversendelsen til NPR.
- I ett tilfelle var koden for snorking (R 06.5) i epikrisen endret til koden for søvnapne (G47.3) ved oversendelse til NPR.
- I ett tilfelle var koden for hoveddiagnosen endret fra svimmelhet (R42) i epikrisen til godartet svulst i mellomøre (D14.0) ved oversendelse til NPR. I tillegg var tre bidiagnoser tilføyd.
- I ett tilfelle var koden for parese av stemmebånd (J38.0) i epikrisen endret til koden for godartet svulst i strupe (D14.1) ved oversendelse til NPR.
- I ett tilfelle var koden for hoveddiagnosen endret fra hemoptyse (R 04.2) i epikrisen til epistaxis (R 04.0) ved oversendelse til NPR. I tillegg var tre bidiagnosekoder tilføyd.
- I ett tilfelle var en kode som ikke eksisterer rettet opp ved oversendelse til NPR.

Åtte av oppholdene med endring av diagnose/tilstandskodingen ved oversendelse til NPR medførte høyere DRG-vekt. De resterende sju endringene medførte ingen endring av DRG-vekten.

Prosedyrekode

Følgende uoverensstemmelser ble avdekket:

- I fire tilfeller var koden i epikrisen endret ved oversendelse til NPR.
- I to tilfeller var ingen kode angitt i epikrisen, men tilføyd ved oversendelse til NPR.
- I ett tilfelle var en ny kode tilføyd ved oversendelse til NPR.
- I ett tilfelle var en kode som ikke eksisterer angitt i epikrisen, men rettet opp ved oversendelse til NPR.

Tre av oppholdene med endring av prosedyrekode ved oversendelse til NPR medførte høyere DRG-vekt. Fire opphold med endring medførte uforandret DRG-vekt. Ved ett opphold medførte endringen redusert DRG-vekt.

5.2.2 Helsetilsynets vurdering av KITHs funn – ØNH-avdelingen

For 21 % av oppholdene der journalen ble gjennomgått, ble det avdekket uoverensstemmelse mellom registrerte koder i epikrisen og koder oversendt til NPR. I følge Helsetilsynets opplysninger var det imidlertid medisinsk grunnlag for de foretatte endringene i ca. en tredjedel av tilfellene. På bakgrunn av den sakkyndiges nedtegninger er kodeendringene etter Helsetilsynets vurdering ikke av medisinsk betydning for pasienten. Men både av hensyn til nasjonal statistikk og for inntektsberegningen via ISF-systemet bør det være overensstemmelse mellom registrering av koder for diagnoser og prosedyrer i journalen og de kodene som oversendes NPR. I forbindelse med sykehusets kvalitetskontroll av kodingen før oversendelse til NPR er det rimelig at feil i kodingen kan bli avdekket. Feilene bør imidlertid etter Helsetilsynets vurdering rettes opp både i det pasientadministrative system og pasientens journal. Etter Helsetilsynets vurdering er det svikt i sykehusets journal- og informasjonssystemer når registrering i epikrise og NPR-data ikke er i overensstemmelse, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-2.

Etter gjennomgang av KITHs rapport har

Helsetilsynet registrert at ca. halvparten av kodeendringene medførte høyere utbetaling via ISF-systemet, mens den andre halvparten ikke medførte noen endret utbetaling.

Funn ved journalgjennomgangen bekrefter informasjonen som fremkom under intervjuene at avdelingen ikke hadde rutiner for å dokumentere endringer i pasientens journal når koder endres i det pasientadministrative system etter at epikrisen er skrevet og godkjent.

5.3 Nevrologisk avdeling

5.3.1 KITHs gjennomgang av kodene

Kodene som var registrert i pasientens epikrise, ble sammenlignet med de kodene som helseforetaket oversendte NPR i forbindelse med oppgjøret for inntektsåret 2002.

I 34 av de 99 gjennomgåtte journalene ble det funnet uoverensstemmelse mellom de registrerte kodene i epikrisen og de som helseforetaket hadde oversendt til NPR. 17 uoverensstemmelser gjaldt diagnose-/tilstandskodingen, 18 gjaldt prosedyrekodingen og i en journal var det uoverensstemmelse i både diagnose-/tilstandskoding og prosedyrekoding.

Diagnosekode

Følgende endringer var foretatt ved oversendelse til NPR:

- Ved 12 opphold var rekkefølgen av kodene endret slik at bidiagnosekoden i epikrisen var endret til hoveddiagnosekode.
- Ved fem opphold var det tilføyd en ny hoveddiagnosekode ved oversendelse til NPR. I en av disse journalene var det ikke angitt kode fra det aktuelle oppholdet.

15 av oppholdene med endring av diagnose/tilstandskoder ved oversendelse til NPR medførte høyere DRG-vekt. Kodeendringen medførte lavere DRG-vekt for to opphold. Totalt medførte kodeendringene en betydelig merinntekt via ISF-systemet.

Prosedyrekode

For alle de 18 oppholdene der det ble avdekket uoverensstemmelser mellom registrerte prosedyrekoder i epikrisen og oversendte koder til NPR, gjaldt uoverensstemmelsen at det var tilføyd nye prosedyrekoder i det materialet som var oversendt NPR.

For to av oppholdene der det var tilføyd prosedyrekoder ved oversendelse til NPR, medførte tilføyelsen høyere DRG-vekt, for to opphold medførte tilføyelsen lavere DRG-vekt og for 14 opphold medførte tilføyelsen uendret DRG-vekt. Totalt medførte tilføyelsen av prosedyrekoder til en økning i inntekt fra ISF-systemet.

for å dokumentere endringer i pasientens journal når koder endres i det pasientadministrative system etter at epikrisen er skrevet og godkjent.

5.3.2 Helsetilsynets vurdering av KITHs funn – nevrologisk avdeling

For 34 % av oppholdene der journalen ble gjennomgått, ble det avdekket uoverensstemmelse mellom registrerte koder i epikrisen og koder oversendt til NPR. På bakgrunn av den sakkyndiges nedtegninger er Helsetilsynet av den oppfatning at de endringene som var foretatt i diagnosekodene ikke var oppretting av medisinske feil. Helsetilsynet finner således ingen medisinsk grunn til at disse kodene burde endres ved oversendelse til NPR. Uoverensstemmelsene i prosedyrekodene besto av at det i oversendelsen til NPR var påført prosedyrekode uten at slik var angitt i epikrise eller journal. Kodene fremsto imidlertid som riktige ut fra den problemstilling som fremgikk av journalen.

Etter Helsetilsynets vurdering er den overnevnte uoverensstemmelsen betydelig. Både av hensyn til nasjonal statistikk og for inntektsberegningen via ISF-systemet bør det være overensstemmelse mellom registrering av koder for diagnoser og prosedyrer i journalen og de kodene som oversendes NPR. I forbindelse med sykehusets kvalitetskontroll av kodingen før oversendelse til NPR er det rimelig at feil i kodingen kan bli avdekket. Feilene bør imidlertid etter Helsetilsynets vurdering rettes opp både i det pasientadministrative system og pasientens journal. Etter Helsetilsynets vurdering er det svikt i sykehusets journal- og informasjonssystemer når registrering i epikrise og NPR-data ikke er i overensstemmelse, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-2.

Som det fremgår ovenfor viste KITHs gjennomgang av kodene at uoverensstemmelsene medførte både høyere, lavere og ingen endring i DRG-vekt. De fleste kodeendringene ved nevrologisk avdeling medførte imidlertid høyere inntekt. Helsetilsynet er spørrende til hvorfor det er foretatt kodeendringer i så stort omfang når det av medisinske grunner ikke var nødvendig.

Funn ved journalgjennomgangen bekrefter den informasjonen som fremkom under intervjuene at avdelingen ikke hadde rutiner

6 Oppsummering og konklusjon

Både ved ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling er det etter Helsetilsynets vurdering ikke funnet vesentlige mangler ved diagnosesettingen.

I det gjennomgåtte journalmaterialet fant Helsetilsynet at det manglet to epikriser ved ønh-avdelingen to epikriser ved nevrologisk avdeling. Dette er et brudd på journalforskriften § 9, og kan ha betydning for om pasienten får en forsvarlig oppfølging av sin primærlege. Etter Helsetilsynets vurdering tyder det videre på at avdelingene ikke hadde tilfredsstillende internkontroll for å fange opp manglende utsending av epikrise, jf. tilsynsloven § 3. Helsetilsynet vil i eget brev til helseforetaket redegjøre for hvilke pasienter som manglet epikrise for det aktuelle oppholdet. Helsetilsynet ber om at journalen til disse pasientene gjennomgås slik at nødvendig epikrise kan sendes til rette vedkommende. En bekreftelse på at dette er utført skal sendes til Helsetilsynet i Møre og Romsdal.

Helsetilsynets journalgjennomgang viste at det både ved ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling ble foretatt feilkoding i forhold til gjeldende regler for koding ved sykehusopphold. Omfanget av feilkoding var etter Helsetilsynets vurdering betydelig ved nevrologisk avdeling. Feilkodingen vil først og fremst ha betydning for inntektsoppgjøret gjennom ISF-systemet. I tillegg vil det medføre misvisende helsestatistikker fra NPR. Etter Helsetilsynets vurdering avdekket kodekvaliteten at helseforetaket ikke hadde tilfredsstillende rutiner for kodesettingen. En tilbakemelding om hvilke tiltak som er eller vil bli iverksatt for å følge kodeveiledningen i Prislister DRG 1999 og ICD-10 skal sendes til Helsetilsynet i Møre og Romsdal.

KITHs sammenligning av de kodene som var registrert i pasientens epikrise og de kodene som ble oversendt NPR i forbindelse med inntektsoppgjøret for 2002 viste en uoverensstemmelse på 21 % for ønh-avdelingen og 34 % for nevrologisk avdeling. Dette er etter Helsetilsynets vurdering en betydelig uoverensstemmelse. Ved nevrologisk avdeling var det etter Helsetilsynets oppfatning ikke medisinsk grunnlag for de foretatte endringene. Ved ønh-avdeling fant Helsetilsynet medisinsk grunnlag for de foretatte endringene i ca en tredjedel av tilfellene. Etter Helsetilsynets vurdering er det svikt i sykehusets journal- og informasjonssystemer når registrering i epikrise og NPR-data ikke er i overensstemmelse, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-2. Helsetilsynet ber om en redegjørelse for hvilke rutiner helseforetaket har iverksatt eller vil iverksette slik at endringer av koder i det pasientadministrative system dokumenteres i den aktuelle pasients journal. Redegjørelsen skal sendes til Helsetilsynet i Møre og Romsdal.

Helsetilsynet har i eget brev til Helsedepartementet redegjort for de funn og vurderinger som er foretatt i forbindelse med tilsyn med kodepraksis og viser til vedlagte kopi av dette.

Frist for de ovennevnte tilbakemeldingene til Helsetilsynet i Møre og Romsdal: 30. september 2004.

DEL D

Rapport fra tilsyn med kodepraksis ved Sykehuset Østfold HF Fredrikstad

1 Innledning

Statens helsetilsyn mottok 17. februar 2003 informasjon om en kodepraksis ved Sørlandet sykehus HF Arendal som etter Helsetilsynets vurdering kunne tyde på at det forelå mulige straffbare forhold. Helsetilsynet orienterte Helsedepartementet om forholdet i notat av 18. februar 2003. På bakgrunn av ytterligere opplysninger om kodepraksis ved sykehuset som Helsetilsynet ble informert om gjennom korrespondanse mellom Helsedepartementet og Helse Sør RHF i perioden 25. februar 2003 til 7. april 2003, samt gjennom rapporter avgitt av Deloitte & Touche, gjennomførte Helsetilsynet i september 2003 et særskilt tilsyn med Sørlandet Sykehus HF Arendal. Tilsynet ble utført ved ønh-avdelingen og neurologisk avdeling. Neurologisk avdeling ble valgt som referanseavdeling. På bakgrunn av funnene ved dette tilsynet, besluttet Helsetilsynet å føre tilsvarende tilsyn med flere sykehus for å få et mer helhetlig bilde av kodepraksis ved tilsvarende avdelinger. Helsetilsynet gjennomførte derfor tilsyn med ønh-avdelingen og neurologisk avdeling, Sykehuset Østfold HF Fredrikstad, 13. og 14. januar 2004, samt 27. og 28. januar 2004. Tilsynet besto av:

- Intervju av ansatte for å få en oversikt over hvordan systemet for kodepraksisen fungerte i 2002 og om det er foretatt noen endringer av denne praksisen, med tilhørende gjennomgang av dokumentasjon fremlagt av sykehuset, jf. tilsynsloven § 3.
- En gjennomgang av utvalgte journaler til inneliggende pasienter i 2002 ved ønh-avdelingen og neurologisk avdeling for å undersøke om diagnosen, diagnosekode(r) og prosedyrekode(r) i epikrisen var i samsvar med problemstillingen i journalen for aktuelle pasient under oppholdet, jf.

spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven §§ 4 og 16.

- En vurdering av om journalføringen var tilfredsstillende, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 og helsepersonelloven § 40 med tilhørende journalforskrift.

Utkast til delrapport (pkt.3) ble utformet på bakgrunn av den informasjon som fremkom ved intervjuene og gjennomgang av dokumentasjon fremlagt av sykehuset. Utkastet ble sendt 27. februar 2004 til Sykehuset Østfold HF Fredrikstad til uttalelse slik at eventuelle faktiske feil kunne bli rettet. Helsetilsynet har ikke mottatt svar fra sykehuset.

Helsetilsynet vurderte å undersøke med bistand fra KITH om de kodene som er oversendt til Norsk Pasientregister (NPR) samsvarer med epikrisens prosedyrekode og diagnosekode i det utvalgte materialet. På bakgrunn av resultatene fra en slik undersøkelse ved Sørlandet Sykehus HF Arendal og Helse Nordmøre og Romsdal HF Molde sjukehus, vurderte Helsetilsynet at det forelå tilstrekkelig informasjon til å påpeke svakheter ved systemet som ligger til grunn for innsatsstyrt finansiering (ISF).

Helsetilsynet har i eget brev til Helsedepartementet redegjort for de funn og vurderinger som er foretatt i forbindelse med tilsyn med kodepraksis og viser til vedlagte kopi av dette.

I fremstillingen nedenfor vil Helsetilsynet i pkt. 2 redegjøre for aktuelt regelverk og retningslinjer. I pkt. 3 vil vi gi en oversikt over systemet for koding.

I pkt. 4 Journalgjennomgang, fremgår

vurdering av diagnosesetting i forhold til opplysninger som fremgår av journalen, samt en vurdering av journalføringen. Dette er forhold som etter Helsetilsynets vurdering kan ha direkte betydning for pasienten. Det kan føre til feil behandling senere dersom det er registrert feil diagnoser i pasientens journal.

Under pkt. 4.2.3 og 4.2.4, samt 4.3.3 og 4.3.4 fremgår vurdering av kodesetting knyttet til de aktuelle diagnoser og prosedyrer. Eventuell feil bruk av ICD-10 og NCSP får ingen direkte konsekvenser for pasientbehandlingen, men kan medføre feil opplysninger til statistiske formål og feil DRG-vekt.

En oppsummering og konklusjon fremgår av pkt. 5.

2 Aktuelt regelverk og retningslinjer

2.1 Aktuelle lovbestemmelser

Tilsynsloven

§ 3. *Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll*

Enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

Helsetilsynet i fylket skal påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i helsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesteloven

§ 2-2. *Plikt til forsvarlighet*

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.

§ 3-2. *Journal- og informasjonssystemer*

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige.

Helsepersonelloven

§ 4 første ledd. *Forsvarlighet*

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og

omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

§ 16. *Organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll*

Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om organisering av virksomhet som yter helsehjelp og om internkontroll.

§ 40. *Krav til journalens innhold m.m.*

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om pasientjournalens innhold og ansvar for journalen etter denne bestemmelse, herunder om oppbevaring, overdragelse, opphør og tilintetgjøring av journal.

2.2 Aktuelle retningslinjer

ICD-10 – Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Norsk utgave, 10. revisjon.

”Opplæringshefte ICD-10”, utgitt i Statens helsetilsyns veiledningsserie 5-96. Heftet bygger på de internasjonale reglene for diagnose-/tilstandskoding i ICD-10.

”Klassifikasjon av kirurgiske inngrep 2001” - NCSP. Klinisk prosedyrekodeverk utgitt av Statens helsetilsyn og Kompetansesenteret for IT i Helsevesenet AS med tillatelse fra NOMESCO.

Prisliste DRG 1999 med kodeveiledning, utgitt av Sosial- og helsedepartementet.

3 Oversikt over systemet for koding

3.1 Beskrivelse av organisasjonen

Sykehuset Østfold HF Fredrikstad er en del av Sykehuset Østfold HF. Helseforetaket er organisert med 6 divisjoner som hver ledes av en divisjonsdirektør. Helseforetaket har sin virksomhet fordelt på 5 klinikker (Fredrikstad, Moss, Askim, Sarpsborg, Halden).

ØNH-avdelingen ligger under kirurgisk divisjon og ledes av en avdelingssjef.

Nevrologisk avdeling ligger under medisinsk divisjon og ledes nå av en avdelingssjef som ikke er nevrolog. Overlegen som i 2002 var avdelingsoverlege er medisinsk faglig rådgiver for avdelingssjefen.

3.2 Dokumentunderlag

Følgende dokumenter ble mottatt ved tilsynsbesøket 13. januar 2004:

- Kvalitetskontroll av medisinsk koding (udatert)
- Funksjonsbeskrivelse for DRG-controller (udatert)
- Koding av diagnoser og behandling, ØNH-avdelingen, gjeldende fra 15.05.96
- Epikriseskriving og diagnoseregistrering ved nevrologisk ekspedisjon, gjeldende fra 01.09.03

3.3 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble foretatt av fylkeslege Elisabeth Lilleborge Markhus fra Helsetilsynet i Østfold, seniorrådgiver Grethe

Hoddevik og seniorrådgiver Sylvi Storaas fra Statens helsetilsyn, under ledelse av fylkeslegen.

Åpningsmøtet ble avholdt 13. januar 2004. Denne dagen ble administrerende direktør, en avdelingssjef, en overlege, analysesjefen og to sekretærer intervjuet.

3.4 Informasjon fra intervjuene/fremlagt dokumentasjon

3.4.1 Innledning

Målet med intervjuene var å få en beskrivelse av hvordan praksis for kodesettingen ved ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling fungerer, og om det var foretatt noen endringer av kodepraksisen på systemnivå. Vi vil nedenfor beskrive kodesystemet slik Helsetilsynet oppfattet det, fra legen nedtegner/dikterer prosedyrekoder og diagnosekoder til disse kodene videresendes til NPR.

IMX er sykehusets elektroniske system. Systemet inneholder en pasientadministrativ del, IMX-classic, der kodene som bestemmer DRG registreres. Journalnotater og epikrise skrives i IMX-tekst. Alt som skrives i IMX-tekst printes ut og legges i papirjournalen. Papirjournalen er den formelle journalen til pasienten. Elektronisk godkjenning av epikrise ble innført høsten 2003.

3.4.2 Prosedyrekoder

I pasientjournalen fremgår all behandling pasienten har gjennomgått, og det er ført prosedyrekoder for de ulike inngrepene.

ØNH-avdelingen: Det fremgår av prosedyre for avdelingen at prosedyrekoder baserer seg

på klassifikasjon av kirurgisk inngrep 2001 (NCSP), og at avdelingen har en egen prosedyrekodeliste i tillegg til den offisielle. Det vises for øvrig til vedlagte prosedyre av 15.05.96.

Nevrologisk avdeling har ikke utarbeidet noen prosedyrer for prosedyrekoding.

3.4.3 Diagnosekoder

ØNH-avdelingen: Ca 75 % av pasientene er elektive pasienter. Disse pasientene blir tatt imot av legen som skal være pasientansvarlig lege og som skal operer pasienten. Denne legen dikterer også epikrisen med de aktuelle diagnosekodene. Diktatet legges til sekretæren som skriver epikrisen i IMX-tekst og registrerer kodene i IMX-classic. Den legen som tar imot en øyeblikkelig-hjelp pasient blir som regel pasientansvarlig lege for denne pasienten, eventuelt diskuteres det på neste morgenmøte hvem som skal være pasientansvarlig lege. Legen som har diktert epikrisen godkjenner den elektronisk når sekretæren har skrevet den i IMX-tekst. Etter godkjenning blir journalen låst. Dersom ingen lege har godkjent epikrisen 30 dager etter at den er skrevet, blir epikrisen automatisk godkjent. Den blir da sendt elektronisk med stempel "automatisk godkjent" til de legene som kan motta epikriser elektronisk. Eventuelle endringer av koder etter at journalen er låst, kan kun gjøres i det pasientadministrative system. Det fremgår ikke av avdelingens prosedyre av 15.05.96 hvilke retningslinjer som praktiseres ved endring av koder.

Før høsten 2003 godkjente legen epikrisen etter at sekretæren hadde printet den ut, og eventuelle endringer ble foretatt i papirjournalen. Sekretæren foretok deretter de nødvendige endringer i datasystemet. Epikrisene til assistentlegene blir ikke systematisk godkjent av overlege, men uerfarne assistentleger blir kontrollert av avdelingsoverlegen.

For et utvalg diagnoser og operative prosedyrer bruker avdelingen standard-journal som samtidig blir brukt som epikrise til henvisende lege/fastlege.

Det er mest vanlig å bruke papirversjonen av ICD-10. Avdelingen bruker flere varianter av kortversjon av ICD-10, bl.a. Elverland sine. Det fremgår av avdelingens prosedyre at hoveddiagnosen skal være den viktigste tilstanden pasienten ble undersøkt og/eller behandlet for under oppholdet. Dersom pasienten har flere sykdommer skal den tilstanden som har krevd flest ressurser benyttes som

hoveddiagnose. Videre fremgår det at bidiagnoser alltid skal fastsettes der de har hatt betydning for planlegging, ressursbruk eller lengde på sykehusoppholdet.

Nevrologisk avdeling: Den medisinske diagnosen blir satt av en spesialist i nevrologi og 1-2 assistentleger i røntgenmøtet og møtet for de pasientene som skal utskrives. Foreløpig epikrise med diagnosekoder blir skrevet for hånd. Denne får pasienten med seg, og den sendes til fastlegen og legges i journalen. Den foreløpige epikrisen blir godkjent av spesialist i nevrologi. Sekretæren registrerer ikke kodene i IMX-classic etter foreløpig epikrise. En av assistentlegene dikterer som regel den endelige epikrisen ca en uke etter at pasienten er utskrevet. Diagnosen kan bli revidert når endelig epikrise dikteres dersom nye prøvesvar tilsier det. Som ved ønh-avdelingen godkjennes nå epikrisen elektronisk etter at sekretæren har skrevet den.

Både sekretæren og legene ved avdelingen bruker bare papirversjonen av ICD-10. Det brukes en kortversjon av ICD-10 som revideres annet hvert år av en av spesialistene i avdelingen.

Det finnes ingen skriftlige prosedyre for kodesetting i avdelingen. Sekretæren har utarbeidet en prosedyre for epikriseskriving og diagnoseregistrering for kontortjenesten, jf vedlegg.

3.4.4 DRG

Prosederekoder og diagnosekoder registreres i et skjermbilde i IMX-classic som er den pasientadministrative delen av datasystemet IMX. Denne registreringen foretas av kontorpersonalet ved den aktuelle avdelingen. Kodene som her registreres bestemmer DRG, og koblingen skjer elektronisk i datamaskinen. Registreringsskjemaet "lever sitt liv" uavhengig av journalen.

Kodene i IMX-classic kan endres til enhver tid endres slik at det kan foretas endringer helt frem til fristen for innsending til NPR, 10. februar følgende år. Teoretisk trenger det ikke være samsvar mellom diagnosekodene i IMX-classic og i epikrisen.

IT-avdelingen tar ut prosedyrekoder og diagnosekoder fra IMX-classic en gang i måneden og oversender disse sammen med DRG-kodene til NPR. Foretaket får ingen tilbakemelding fra NPR om systematiske feil.

3.4.5 Rutiner for kontroll av koder

Våren 2002 ble det opprettet en DRG-gruppe i administrasjonsavdelingen med 3 stillinger. Gruppen ledes av en analysesjef og alle i gruppen arbeider med kontroll av kodingen, vesentlig ved medisinsk og kirurgisk avdeling i Fredrikstad og Moss. Kodene kontrolleres systematisk ved å gå inn i IMX-tekst og IMX-classic for å avdekke om koder er glemt registrert, tastefeil, rekkefølgen på diagnosekodene, uoverensstemmelse mellom tekst og kode etc. Under dette arbeidet blir det ofte oppdaget feil. Dersom en DRG-kontrollør finner grunn til å foreslå endring i kodingen, utarbeides et endringsforslag til den legen som har skrevet epikrisen. Forslaget blir godkjent ved at legen undertegner på den tilsendte rapporten for den enkelte pasient. Ca 95 % av forslagene blir godkjent. De endringsforslagene som ikke blir godkjent, legges frem for en lege som er rådgiver for administrasjonen i kodearbeid. Dersom rådgiveren er enig med DRG-gruppens forslag, går forslaget på ny til legen som har skrevet epikrisen med en utdypende begrunnelse. Dersom legen fremdeles er uenig i endringsforslaget, kan han bli overprøvd av den rådgivende legen. Denne endringsprosessen loggføres og brukes til intern statistikk for DRG-gruppen. Det er mulig å oppsummere denne statistikken på legenivå, men dette er ikke gjort i forbindelse med tilbakemelding til legene. DRG-gruppen endrer kodene i IMX-classic etter at legen har godkjent forslaget. Det skrives ikke ny epikrise ved kodeendring, men rapporten over det godkjente endringsforslaget skal legges i journalen. Vi viser for øvrig til vedlagte prosedyre "Kvalitetskontroll av medisinsk koding" og "Funksjonsbeskrivelse for DRG-controller".

Som verktøy for kvalitetssikring av kodesettingen bruker DRG-gruppen datasystemet NIMES. Hver måned tas data fra IMX-classic og grupperes ved hjelp av NIMES-programvaren, som inneholder både DRG-grupper og regelverket for innsatsstyrt finansiering. I 2002 ble ca. 22.000 pasientopphold gjennomgått, og ca. 25 % av disse ble gjenstand for endringsforslag fra DRG-gruppen. Foretaket har lisens for 10 brukere av NIMES, men foreløpig er det kun DRG-gruppen som bruker dette systemet. DRG-gruppen samler alle data om pasientene og finner pasientkostnaden for å undersøke om kostnadene matcher det som blir betalt via DRG-systemet. Vi fikk opplyst at foretaket har lavere index enn gjennomsnittet.

Ledelsen ønsker at DRG-gruppen skal forhindre tap, men har ikke utarbeidet retnings-

linjer/instruks til gruppen. Gruppen har ingen rutiner for systematisk tilbakemelding om kodearbeid til avdelingene. Foretaket har ingen DRG-ansvarlig lege på avdelingen. Som det fremgår ovenfor, henvender DRG-gruppen seg til den legen som har skrevet epikrisen når gruppen har endringsforslag.

Det fremkom under intervjuene at de fleste legene mangler entusiasme og motivasjon for kodearbeidet.

ØNH-avdelingen: Sekretæren ved avdelingen går gjennom innkostjournal og operasjonsbeskrivelse og kontrollerer om det er samsvar mellom prosedyrekode og diagnosekode(r). Dersom hun mener det er feilkoding, avklarer hun problemstillingen med avdelingssjefen før eventuelt endring. Hun har ingen skriftlig prosedyre for sitt kontrollarbeid.

Avdelingssjefen tar ingen stikkprøver for å kontrollere kodingen til overlegene. Han kontrollerer imidlertid uerfarne assistentleger, men har ingen skriftlige rutiner for systematisk kontroll. Det diskuteres ikke kodesetting på møter i avdelingen. Ved endring av koder etter forslag fra DRG-gruppen, finnes ingen skriftlig prosedyre for endring i journal. Avdelingen har ikke logg over endringene som blir foretatt.

Nevrologisk avdeling: Sekretæren påpeker åpenbare kodefeil til overlegene. Ved endring av koder lages et tilleggsnotat til journalen, og det er kun spesialister i nevrologi som eventuelt endrer kodene. Det forekommer sjelden endringer, og kodene endres ikke dersom det i lang tid etter oppholdet viser seg at en pasient har fått feil diagnosekode.

En av overlegene som i 2002 var avdelingsoverlege ser gjennom endringsforslagene som kommer fra DRG-gruppen, anslagsvis 10-12 i året. Forslagsendringene har hittil vært formelle feil som at det ikke er samsvar mellom diagnosetekst og diagnosekode og rekkefølgen av diagnosekodene. Det har ikke vært behov for å informere fastlegen til pasienten om endringene. Det finnes ingen skriftlig prosedyre for kodearbeidet i avdelingen. Det er en stabil legestab i avdelingen som har diskutert kodesetting på postmøtene opp gjennom årene. Avdelingsledelsen har fått muntlig beskjed fra ledelsen om at det må legges mer arbeid i kodingen og at det ikke skal underrapporteres da det er DRG som er "levebrødet". Overlegen kontrollerer ingen av de andre legene i avdelingen.

4 Journalgjennomgang

4.1 Innledning

En lege med spesialitet i ønh-sykdommer gjennomgikk de på forhånd selekterte journalene ved ønh-avdelingen.

En lege som er spesialist i nevrologi gjennomgikk de på forhånd selekterte journalene ved nevrologisk avdeling.

Journalene var selektert etter følgende kriterier:

- 100 journaler fra hver avdeling, 20 journaler fra fem epikriseskrivende leger
- bare fra pasienter som var utskrevet i 2002
- bare fra sykehusopphold ved en avdeling, enten ved ønh-avdelingen eller nevrologisk avdeling
- bare fra pasienter med vanlige diagnoser
- pasientoppholdene mest mulig fordelt over hele 2002

Ved journalgjennomgangen undersøkte de sakkyndige:

- om diagnosen gjenspeilte den utredning og behandling som var gitt ved det aktuelle oppholdet
- om valget av diagnosekoder/tilstandskoder var i overensstemmelse med gjeldende regler
- om valg av prosedyrekoder var i samsvar med operasjonsbeskrivelse/ pasientbehandling

- om journalføringen var tilfredsstillende

Funnene ved journalgjennomgangen og Helsetilsynets vurderinger av disse er gjengitt nedenfor.

4.2 ØNH – avdelingen

4.2.1 Journalmaterialet

99 journaler var tilgjengelige for gjennomgang. Alle de selekterte journalene ble funnet å ha oppfylt seleksjonskriteriene.

Kjønn: Det selekterte materialet besto av journaler fra 41 kvinner og 58 menn.

Alder: Pasientenes alder varierte fra 2 til 90 år. 12 pasienter var 12 år eller yngre.

Utskrivningsdato: Antall utskrivelser pr. måned varierte mellom tre og 15 pasienter, flest i mars og færrest i desember.

Journalmaterialets representativitet: For å bedømme hvor representativt det selekterte materialet var i forhold til de diagnosene avdelingen stilte i løpet av 2002, ble antallet av de diagnosene som avdelingen i løpet av 2002 hadde stilt hos 10 eller flere pasienter, sammenlignet med antallet av de samme diagnosene i det selekterte materialet. Det viste seg at representasjonen var tilfredsstillende. Det var imidlertid en underrepresentasjon av diagnosen hypertrofi av mandler (kode J35.1), og en svak underrepresentasjon av diagnosene munnpusting (kode R06.5) og søvnapne (kode G47.3). Diagnosen uspesifisert akutt tonsillitt (kode J03.9) og blødning og hematoma som komplikasjon til inngrep (kode T81.0) var ikke representert i det selekterte materialet.

4.2.2 Diagnosevalg

Funn ved journalgjennomgangen:

Diagnosevalget ble vurdert som riktig i de 99 gjennomgåtte journalene.

Journalmaterialet inneholdt 13 søvnapne-diagnoser. Alle disse pasientene var voksne med fødselsår fra 1920 til 1967. Diagnosen var brukt som hoveddiagnose hos alle de 13 pasientene. Kriteriene for å stille diagnosen var oppfylt hos alle.

4.2.3 Valg av kode for diagnose/tilstand

Kodevalget ble vurdert i alle de 99 journalene i forhold til den valgte diagnosen.

Funn ved riktig diagnosevalg:

I de 99 journalene ble kodevalget vurdert som dekkende i 86 journaler i forhold til hva det var brukt ressurser på under det aktuelle oppholdet.

I de 13 journalene hvor det ble vurdert å foreligge kodevalg som ikke var dekkende, ble feilene vurdert til å være en av følgende:

- for mange koder
- for få koder
- feil rekkefølge på kodene
- kode fra feil kapittel
- feil i 4. tegn

4.2.4 Pasientbehandling, prosedyrebeskrivelse og prosedyrekoding

Av det journalmaterialet som ble gjennomgått, fremgikk det at det for 71 pasienter ble utført en kirurgisk prosedyre under det aktuelle oppholdet. Den sakkyndige hadde intet å bemerke til pasientbehandlingen eller prosedyrebeskrivelsen i disse journalene. Han hadde videre heller ingen bemerkninger til prosedyrekodingen i 70 journaler. I en journal var det brukt feil kode for det beskrevne inngrepet.

4.2.5 Journalføring

To papirjournaler manglet under gjennomgangen. De nødvendige opplysningene fra disse journalene ble hentet fra sykehusets elektroniske system, IMX-tekst. Journalkvaliteten ble vurdert i de 97 journalene som var tilgjengelige i papir. Av disse ble 94 journaler funnet å være tilfredsstillende ført.

Tre journaler manglet kopier fra IMX-tekst.

4.2.6 Helsetilsynets vurdering av funn ved journalgjennomgangen ved ØNH-avdelingen

Representasjonen av de ulike diagnoser i det selekterte journalmaterialet tilsvarte godt de ulike diagnosers forekomst i årsstatistikken for 2002. På bakgrunn av dette samsvaret anser Helsetilsynet at forekomst av de funn som er gjort ved journalgjennomgangen sannsynligvis tilsvarte avdelingens standard for de undersøkte områdene i 2002.

Diagnosevalg

Etter Helsetilsynets vurdering viste journalgjennomgangen generelt en god standard når det gjaldt diagnostisering av pasientene.

Kodevalg

I følge den sakkyndiges journalgjennomgang ble det vurdert at det i 13 % av de aktuelle oppholdene var kodet feil i henhold til reglene. Etter Helsetilsynets vurdering hadde ingen av disse feilene betydning for pasientens tilstand og den behandling som ble gitt under det aktuelle oppholdet. Imidlertid har riktig kodevalg betydning for helseforetakets inntekter gjennom ISF-systemet (innsattsstyrt finansiering). Feil i kodingen kan også medføre at NPRs helsestatistikker blir misvisende. På bakgrunn av feilenes art og at det ikke er avdekket systematiske feil, tyder det etter Helsetilsynets vurdering på at feilene er tilfældige.

Selv om kodekvaliteten etter Helsetilsynets vurdering er gjennomgående god, avdekker journalgjennomgangen og informasjon under intervjuene at avdelingens rutiner for kodesettingen bør forbedres. Vi viser i den sammenheng til ICD-10 og Prislister DRG med kodeveiledning.

Journalføring

Ved journalgjennomgangen ble det avdekket at det manglet kopi av journalnotat som var skrevet i IMX-tekst i tre journaler. Helsetilsynets vil påpeke betydningen av å ha en internkontroll som sikrer at alle journalnotater som skrives i IMX-tekst fortløpende legges i pasientens journal, jf tilsynsloven § 3 og internkontrollforskriften. Etter Helsetilsynets vurdering var journalføringen for øvrig tilfredsstillende i henhold til journalføringsreglene.

4.3 Nevrologisk avdeling

4.3.1 Journalmaterialet

97 journaler var tilgjengelige for gjennomgang. Alle disse journalene oppfylte seleksjonskriteriene.

Kjønn: Det selekterte journalmaterialet besto av journaler fra 48 kvinner og 49 menn.

Alder: Pasientenes alder varierte fra 17 til 94 år.

Utskrivningsdato: Antall utskrivelser pr. måned varierte mellom to og 17 pasienter, flest i mai og færrest i august og juni.

Journalmaterialets representativitet: For å bedømme hvor representativt det selekterte materialet var i forhold til de diagnosene avdelingen stilte i løpet av 2002, ble antallet av de diagnosene som avdelingen i løpet av 2002 hadde stilt hos 10 eller flere pasienter, sammenlignet med antallet av de samme diagnosene i det selekterte materialet. Det viste seg at representasjonen var tilfredsstillende. Det var imidlertid en overrepresentasjon av diagnosen multippel sklerose (kode G35) i det selekterte materialet. Diagnosene vaskulær hodepine (kode G44.1), kommuniserende hydrocefalus (kode G91.0) og svulst i hjerne supratentorielt (kode D43.0) manglet i det selekterte materialet.

4.3.2 Diagnosevalg

Funn ved journalgjennomgangen:

I to journaler fant den sakkyndige for få opplysninger til at diagnosevalget kunne vurderes. Diagnosevalget ble dermed vurdert i 95 journaler.

Den sakkyndige hadde ingen merknader til valget av hoveddiagnose i 80 av de 95 gjennomgåtte journalene. I 15 journaler var diagnosevalget ikke dekkende for det som var den aktuelle problemstillingen for sykehusoppholdet. Alle disse pasientene var blitt operert på Rikshospitalet for den tilstanden som var valgt som diagnose. Diagnosen var dermed ikke lenger aktuell. Pasientene var innlagt i nevrologisk avdeling etter operasjon i påvente av å kunne reise hjem.

4.3.3 Valg av kode for diagnose/tilstand

Kodevalget ble vurdert i de 95 journalene der diagnosevalget ble vurdert. Kodevalget ble vurdert i forhold til den valgte diagnosen

uavhengig av vurderingen om diagnosevalget var riktig.

Funn ved riktig diagnosevalg:

I de 80 journalene der den sakkyndige vurderte hoveddiagnosen for å være riktig, ble kodevalget i 52 journaler vurdert som feil i forhold til ressursbruken og problemstillingen for det aktuelle oppholdet. Det ble avdekket flere feil i noen journaler. Feilene ble vurdert til å være en eller flere av følgende:

- for mange koder
- feil i kodens 2.,3. eller 4. tegn
- feil rekkefølge på kodene
- hoved- eller bidiagnose fra feil kapittel i ICD-10
- for få koder

Over halvparten av feilene ble vurdert til at det var angitt for mange koder.

Funn ved ikke dekkende diagnosevalg:

I de 15 journalene hvor den sakkyndige anså at diagnosevalget ikke lenger var dekkende, ble kodevalget vurdert som riktig i forhold til den valgte diagnosen i seks tilfeller. Der kodevalget ble vurdert som feil var det brukt for mange koder eller det var feil i 2.3. og/eller 4. tegn av koden.

4.3.4 Pasientbehandling, prosedyrebeskrivelse og prosedyrekoding

I det gjennomgåtte journalmaterialet var det utført en prosedyre ved ni sykehusopphold. Åtte av prosedyrene gjaldt spinalpunksjon. Prosedyrekoden var angitt feil i sju av disse journalene.

4.3.5 Journalføring

Den sakkyndige vurderte journalføringen som tilfredsstillende for 95 journaler.

I to journaler manglet viktig journalnotat, slik at diagnosevalget ikke var mulig å bedømme. Den ene manglet innkomstnotat, den andre manglet notat om utredningen under oppholdet.

4.3.6 Helsetilsynets vurdering av funn ved journalgjennomgangen ved nevrologisk avdeling

Representasjonen av de ulike diagnoser i det

selekterte journalmaterialet tilsvarte godt de ulike diagnosers forekomst i årsstatistikken for 2002. På bakgrunn av dette samsvaret anser Helsetilsynet at forekomst av de funn som er gjort ved journalgjennomgangen sannsynligvis tilsvarte avdelingens standard for de undersøkte områdene i 2002.

Diagnosevalg

Diagnosevalget skal gjenspeile den reelle problemstillingen ved det aktuelle sykehusoppholdet. 15 pasienter som ble operert ved Rikshospitalet beholdt sin opprinnelige diagnose ved nevrologisk avdeling etter at tilstanden var endret. Dette er etter Helsetilsynets oppfatning ikke tilfredsstillende diagnosesetting. I de aktuelle tilfellene ville en dekkende diagnose vært etterbehandling etter kirurgi.

Gjennomgangen av det selekterte journalmaterialet ved nevrologisk avdeling tyder imidlertid etter Helsetilsynets vurdering på at diagnostiseringen av pasientene ved avdelingen var forsvarlig i henhold til kravene i helselovgivningen.

Kodevalg

I følge den sakkyndiges journalgjennomgang ble feil i kodevalget avdekket i 64 % av journalene i forhold til gjeldende regler for diagnose-/tilstandskoding ved sykehusopphold. Hovedårsaken til de vurderte feil var bruk av for mange koder. Etter Helsetilsynets vurdering er det viktig at kodevalget er dekkende for hva pasienten har blitt utredet og behandlet for under det aktuelle sykehusoppholdet. For den enkelte pasient vil en overkoding ikke få betydning for den videre behandling så lenge kodene gjenspeiler en lidelse som er knyttet til pasienten. Helsetilsynet har ikke funnet koder i epikrisen som ikke er reelle for pasienten.

Koding som ikke samsvarer med det som er utført av behandling under et opphold, vil etter Helsetilsynets vurdering være til liten nytte for helseforetakets planlegging av ressursbruk. Videre vil den statistikk som NPR fører på grunnlag av de innrapporterte kodene bli feil. Kodevalget er imidlertid først og fremst avgjørende for helseforetakets inntekter gjennom ISF-systemet. I den forbindelse kan det etter Helsetilsynets vurdering tyde på at kodepraksisen ved avdelingen kan medføre feil beregningsgrunnlag for inntektene. Vi vil bemerke at Helsetilsynet ikke har vurdert kodepraksisens betydning for DRG-poengene.

Etter Helsetilsynets vurdering viser den

utstrakte feilkodingen at avdelingen ikke har tilfredsstillende rutiner for kodesettingen. Vi viser i den sammenheng til ICD-10 og Prislister DRG 1999 med kodeveiledning.

Journalføring

I følge den sakkyndiges journalgjennomgang manglet det nødvendige journalnotater i to journaler. Etter Helsetilsynets vurdering innebar dette at det var vanskelig å bedømme om riktig diagnose var valgt for disse pasientene. Kravene til journalføring er ikke overholdt i disse to tilfellene, jf helsepersonellloven § 40 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 med tilhørende forskrift.

Bortsett fra ovennevnte anser Helsetilsynet på bakgrunn av den dokumentasjon som er gjennomgått, at journalføringen ved avdelingen oppfyller kravene i henhold til journalføringsreglene.

5 Oppsummering og konklusjon

Etter Helsetilsynets vurdering er det ikke funnet vesentlige mangler ved diagnosesettingen verken ved ønh-avdelingen eller nevrologisk avdeling. Ved nevrologisk avdeling vurderte Helsetilsynet at det forelå brudd på journalføringsreglene i to journaler.

Helsetilsynets journalgjennomgang både ved ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling viste feilkoding i forhold til gjeldende regler for koding ved sykehusopphold. Etter Helsetilsynets vurdering var feilkodingen ved nevrologisk avdeling av et betydelig omfang. Feilkodingen vil først og fremst ha betydning for inntektsoppgjøret gjennom ISF-systemet. I tillegg vil det medføre misvisende helsestatistikker fra NPR. Etter Helsetilsynets vurdering avdekket kodekvaliteten at helseforetaket ikke hadde tilfredsstillende rutiner for kodesettingen. En tilbakemelding om hvilke tiltak som er eller vil bli iverksatt for å følge kodeveiledningen i Prislister DRG 1999 og ICD-10 skal sendes til Helsetilsynet i Østfold innen 30. september 2004.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2003

1/2003 På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger - kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002 (februar 2003)

2/2003 Kartlegging av tilgjengeligheten til lege – ”Når hjelpen kan vente litt” (februar 2003)

3/2003 Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002 (februar 2003)

4/2003 Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helse-tjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 (mars 2003)

5/2003 Styrket smittevern i kommunene - sluttrapport fra prosjektet (februar 2003)

6/2003 Der det er hjerterom... Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002 (mai 2003)

7/2003 Kartlegging av kommunenes beredskap på smitte-vernområdet pr. juni 2003 (august 2003)

8/2003 Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlege-ordningen (september 2003)

9/2003 Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgs-sektoren – tilsynserfaringer 1998-2003 (oktober 2003)

10/2003 Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud (oktober 2003)

11/2003 Rapport til Helsedepartementet om Helsetilsynets oppfølging i Dent-O-Sept saken (oktober 2003)

Utgivelser 2004

1/2004 Oppsummering etter tilsyn med kommunenes smittevernberedskap ved 6 flyplasser med internasjonal flytrafikk. Mars - mai 2003 (februar 2004)

2/2004 Fortsatt for fullt. Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Kartlegging 2003 og utvikling 1999-2003 (februar 2004)

3/2004 Oppsummeringsrapport for landsomfattende tilsyn med pasientrettigheter i somatiske poliklinikker (februar 2004)

4/2004 Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelse-tjenester til voksne med psykiske problemer (februar 2004)

5/2004 Tannhelsetjeneten i Norge. Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten (mars 2004)

6/2004 Medisinalmeldingene 1804. Et tilbakeblikk på første årgang av en tradisjonsrik rapport (april 2004)

7/2004 Meldesentralen – årsrapport 2001-2002 (april 2004)

8/2004 Kosmetisk kirurgiske inngrep i Norge (april 2004)

9/2004 Fortsatt press på plassene. Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2003 og utvikling 2002-2003 (mai 2004)

10/2004 Tilsyn med kodepraksis (juni 2004)

Serien ble etablert i 2002. Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no. Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no.

Tilsynsmeldinger fra Helsetilsynet

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene. Tilsynsmeldingen gir uttrykk for Helsetilsynets syn på sosial- og helsetjenestene i landet og er et viktig policydokument.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave fra Helsetilsynet.

I serien *Rapport fra Helsetilsynet* formidles resultater fra tilsyn i sosial- og helse-tjenesten.

Serien ble etablert i 2002 og utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no.

Rapport fra Helsetilsynet 10/2004

Tilsyn med kodepraksis

Statens helsetilsyn mottok 17. februar 2003 informasjon som kunne tyde på feil i forbindelse med koding av diagnoser hos pasienter behandlet ved Sørlandet sykehus HF i Arendal.

Helsetilsynet gjennomførte et særskilt tilsyn med øre-nese-hals (ønh) -avdelingen og nevrologisk avdeling, Sørlandet sykehus HF Arendal i september 2003. Nevrologisk avdeling ble valgt som referanseavdeling. Helsetilsynet besluttet å føre tilsvarende tilsyn med flere sykehus for å få et mer helhetlig bilde av kodepraksis. Helsetilsynet gjennomførte derfor tilsyn med ønh-avdelingen og nevrologisk avdeling ved Helse Nordmøre og Romsdal HF Molde sjukehus og ved Sykehuset Østfold HF Fredrikstad.

Gjennom tilsynene avdekket Helsetilsynet:

- at flere pasienter ved ønh-avdelingen, Sørlandet sykehus HF Arendal, har fått diagnosen søvnapné uten at hovedsymptomet fremgikk verken av henvisningsskriv eller journal. I tillegg ble 20 % av de gjennomgåtte journalene ved samme avdeling vurdert som mangelfulle i forhold til journalføringsreglene.
- at alle helseforetakene kodet feil i forhold til gjeldende koderegler for sykehusopphold. De nevrologiske avdelingene hadde betydelig større forekomst av feil enn ønh-avdelingene, helt opp til nesten 70 % av de undersøkte oppholdene.
- at det er betydelige uoverensstemmelser mellom diagnose- og prosedyrekodene som var nedtegnet i pasientens journal og kodene som var sendt Norsk Pasientregister. Dette gjaldt for ønh-avdelingene og de nevrologiske avdelingene ved Sørlandet sykehus HF Arendal og Helse Nordmøre og Romsdal HF Molde sjukehus.

Etter Helsetilsynets vurdering tilsier disse funnene en mangelfull kontroll med grunnlagsmaterialet for beregning av inntekter til sykehusene.