
Feil diagnosekoder gir dårligere styring av helseforetakene

DEBATT

SIRI BJERKREIM HELLEVIK

siri.hellevik@riksrevisjonen.no

Siri Bjerkreim Hellevik (f. 1977) arbeider som seniorrådgiver i forvaltningsrevisjon i Riksrevisjonen, og hun var prosjektleder for undersøkelsen som presenteres i artikkelen. Hun har en doktorgrad i statsvitenskap fra Universitetet i Oslo fra 2012 og har mange års erfaring fra undersøkelser på helsefeltet i Norge og internasjonalt.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

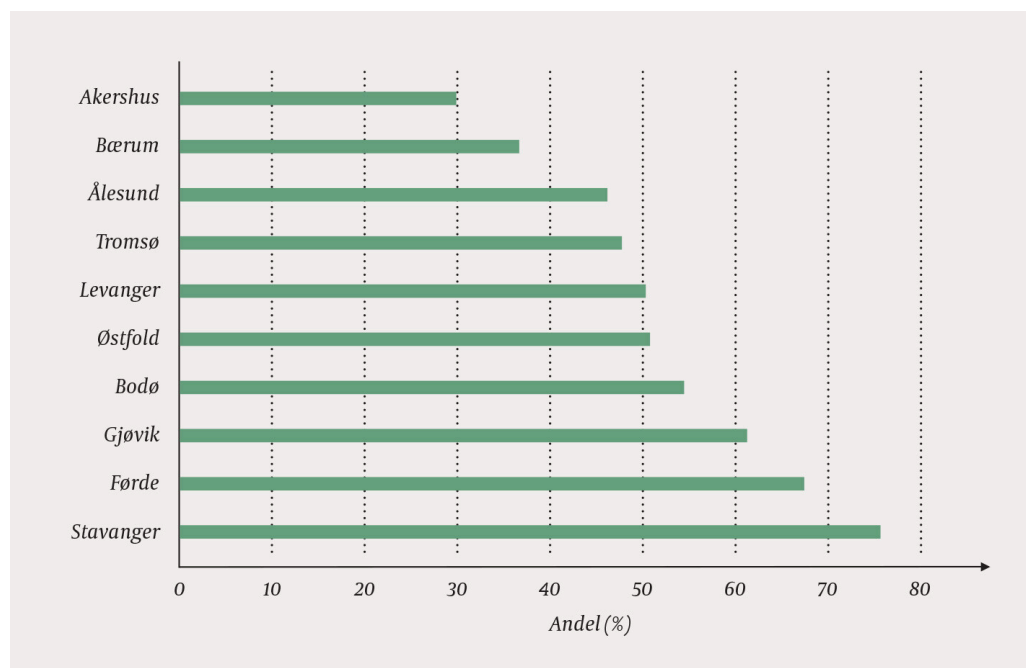
Riksrevisjonen konkluderer i en ny undersøkelse med at det er svak kvalitet på den medisinske kodingen i helseforetakene. Det gir mange feil i helsestatistikken og får negative konsekvenser for styringen og finansieringen av helseforetakene. Undersøkelsen viser at kunnskap om koding, god kvalitetssikring og ledelse er viktig for å sikre god koding.

Riksrevisjonen har gjennomført en forvaltningsrevisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene. Gjennom flere tidligere revisjoner har Riksrevisjonen avdekket betydelige svakheter i kvaliteten på den medisinske kodingen. Aktører på både nasjonalt, regionalt og lokalt nivå bruker data fra de medisinske kodene i et stort og økende omfang – enten informasjon hentet direkte fra kodeverkene eller indirekte gjennom informasjon fra DRG-systemet.

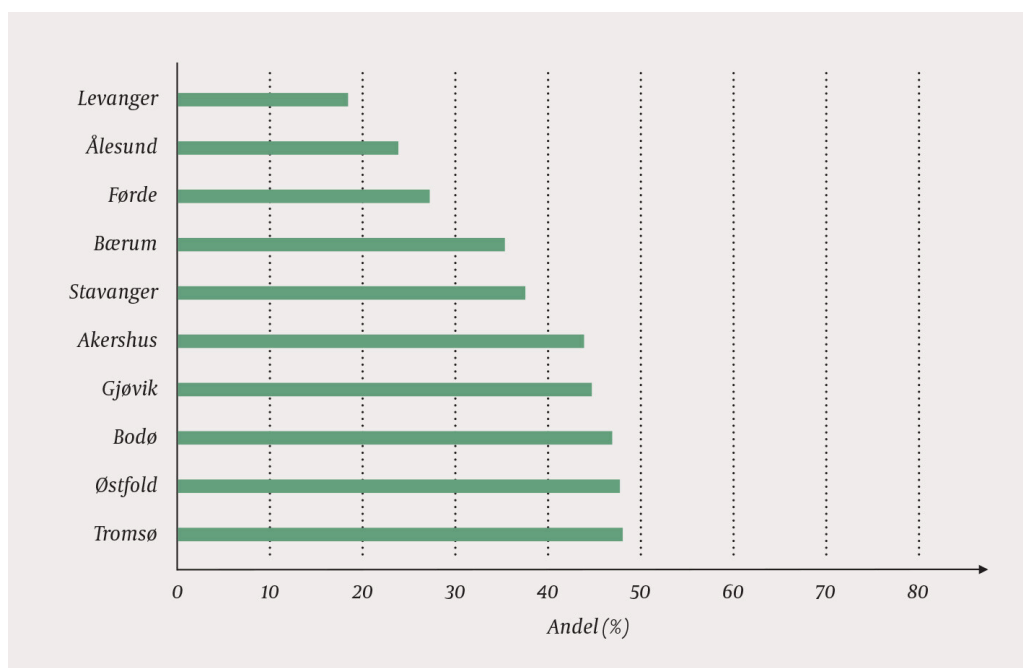
Svak kodekvalitet kan bidra til å redusere tilliten til at pasientstatistikken kan brukes som grunnlag for planlegging, styring, oppfølging og evaluering av helsetjenestene. Videre begrenses muligheten til å bruke pasientstatistikken til medisinsk forskning. Etter Riksrevisjonens vurdering er det derfor viktig at alle aktører med ansvar for medisinsk koding bidrar til å sikre god kvalitet på statistikken.

Målet med Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis har vært å belyse hvordan helseforetakene sikrer at medisinske koder kan brukes til styring og finansiering. Videre har man i undersøkelsen belyst hvordan de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse ivaretar sitt ansvar for å bidra til god kodekvalitet.

Undersøkelsen er basert på spørrebrev og spørreundersøkelser til alle helseforetakene (1). Videre er det gjennomført en koderevisjon av et utvalg på 600 opphold for pasienter med henholdsvis lungebetennelse (fig 1) og hofteproteser (fig 2) ved to avdelinger i ti helseforetak. Koderevisjonen ble gjennomført av Analysesenteret og Nirvaco. I tillegg er det gjennomført en dybdestudie ved seks avdelinger. Disse avdelingene er valgt ut fordi koderevisjonen, spørrebrevet og spørreundersøkelsene gir grunn til å tro at de har god kodepraksis. Undersøkelsen omfatter data fra perioden januar 2015 til november 2016.



Figur 1 Andel korrekt rapporterte andre tilstander, dvs. at tilstanden både er tilstrekkelig dokumentert i journal og korrekt kodet. Pasienter med lungebetennelse. Figuren er basert på Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene (1)



Figur 2 Andel korrekt rapporterte andre tilstander, dvs. at tilstanden både er tilstrekkelig dokumentert i journal og korrekt kodet. Hofteprotesepasienter. Figuren er basert på Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene (1)

Sentrale begreper og regelverk

Helseforetakene skal kode og rapportere hovedtilstand og eventuelt andre tilstander til Norsk pasientregister etter et sykehusopphold. Hovedtilstanden er det helseproblemet som helsehjelpen primært er rettet mot i et gitt sykehusopphold. Andre tilstander er tilstander som eksisterer samtidig med hovedtilstanden, eller som utvikler seg i løpet av behandlingsperioden. Andre tilstander er tilstander som blir gjenstand for undersøkelse og behandling, som det må tas hensyn til, eller som får konsekvenser for behandlingen av pasienten. Legen som koder, gjør en skjønnsmessig vurdering av om det er slike andre tilstander som skal rapporteres til Norsk pasientregister.

Tilstander som legen rapporterer, skal dokumenteres i journalen. Tilstander som relaterer seg til tidligere eller kroniske sykdommer, og som ikke har innvirkning på den aktuelle behandlingen, skal ikke tas med i rapporteringen til pasientregisteret. De skjønnsmessige vurderingene som ligger til grunn for rapporteringen, skal være dokumentert i journalen. Fagrevisorene har strøket tilstander som er kodet dersom journalen ikke har inneholdt slike vurderinger for kodene som er satt.

Svak kodekvalitet

Vi har funnet flere eksempler på dårlig og feil kodepraksis. Utvalget i denne koderevisjonen er begrenset og gir isolert sett ikke grunnlag for å kunne trekke generelle konklusjoner om kodekvaliteten ved helseforetakene, men undersøkelsen tar utgangspunkt i pasientgrupper som blir undersøkt og behandlet ved de fleste sykehus, dvs. pasienter med lungebetennelse og hofteprotesepasienter.

Når undersøkelsen i tillegg viser at internkontrollen er svak, er det grunn til å anta at kodekvaliteten er svak også på andre sykehus og for andre pasientgrupper.

For eksempel er det blant pasienter med lungebetennelse rapportert feil hovedtilstand for 41% av alle oppholdene. 16% fikk en helt ny hovedtilstand etter gjennomgang av kodene, mens 25% fikk endret hovedtilstand på tredjetegnsnivå, nemlig at koden som er brukt, ikke gir korrekt bilde av årsaken til pasientens lungebetennelse. I all hovedsak dreier dette seg om en endret klassifisering av lungebetennelse, f.eks. fra J18 - Pneumoni, uspesifisert mikroorganisme før revisjonen - til J15 - Bakteriell pneumoni, ikke klassifisert annet sted etter revisjonen. For pasienter med innsetting av hofteprotese er det færre feil på hovedtilstand.

Det er rapportert feil ved andre tilstander blant nesten to av tre hofteprotesepasienter og blant nesten 40% av pasienter med lungebetennelse, dvs. at det ikke er grunnlag i journalen for å rapportere disse tilstandene. Undersøkelsen viser at det er mange flere feil i rapporteringen av andre tilstander enn hovedtilstand, for begge pasientgruppene. I utvalget er det stor variasjon i feil mellom avdelingene som er undersøkt. Det er vanligere å overrapportere enn å underrapportere, og mange avdelinger fremstår dermed som å ha langt mer kompliserte pasienter enn det er grunnlag for i journalen. Avdelingene får derfor overført mer midler enn det er grunn til.

Styret og ledelsen i helseforetakene har ansvar for å etablere systemer som bidrar til god kodekvalitet. Riksrevisjonens undersøkelse viser at selv om helseforetakene har gjennomført en del tiltak de siste årene for å bedre kodekvaliteten, har mange foretak fortsatt svak styring av kodearbeidet. I undersøkelsen er det identifisert tre faktorer som i stor grad påvirker kodekvaliteten: om legene har kunnskap om medisinsk koding, om helseforetakene har en god kvalitetssikring av kodene legene setter, og om en tydelig ledelse legger til rette for god koding i praksis og gode holdninger til koding hos de ansatte.

Mange leger har for lite kunnskap om grunnleggende prinsipper for koding og om kravene som stilles til dokumentasjon i journalen for å kunne rapportere tilstanden til Norsk pasientregister. Ofte er det bare turnusleger og eventuelt nyansatte leger som læres opp, mens erfarne leger får lite påfyll av kunnskap utover i karrieren. Samtidig skal ofte mer erfarne leger veilede yngre kolleger i riktig koding. Det er særlig viktig at legene får både kursing, individuell oppfølging og begrunnede tilbakemeldinger på egen koding. Dette er ikke praksis ved de fleste helseforetakene.

Stavanger universitetssjukehus har mye av dette på plass. En kombinasjon av disse virkemidlene gjør at sykehuset synes å ha lyktes bedre enn andre med å gi legene kunnskap om koding og holde denne kunnskapen ved like. I tillegg er sykehuset et eksempel på betydningen av en tydelig ledelse som signaliserer at kodearbeidet er viktig utover å sikre inntekter, og som støtter arbeidet med kodingen. Undersøkelsen viser også at der ledelsen gir tydelige signaler om viktigheten av korrekt koding, som ved Stavanger universitetssjukehus, har de også sentrale aktører med dedikert ansvar for koding. Ved å sette av ressurser til koding viser ledelsen at koding er viktig.

Resultatene i undersøkelsen viser at det er mange feil som ikke oppdages og endres gjennom kvalitetssikringen. Dette kan skyldes at kvalitetssikringen ved mange avdelinger er mer innrettet på å sikre helseforetakene rettmessige inntekter enn å sikre korrekt pasientstatistikk. En annen grunn kan være at det er usikkerhet om hvilke krav som stilles til dokumentasjon i journalen for å kode en tilstand og rapportere den til pasientregisteret.

Ledelsesansvar

Riksrevisjonens undersøkelse viser at det er svak kodekvalitet i de fleste norske helseforetak. Etter Riksrevisjonens vurdering har helseforetakene samlet sett for lite styring og oppfølging av kodekvaliteten. Undersøkelsen viser at skriftlige rutiner ikke er tilstrekkelig for å oppnå god kodekvalitet. En tydelig og kompetent ledelse med motivasjon for medisinsk koding er minst like viktig og kan skape holdninger hos de ansatte som kan fremme god kodekvalitet. Dette inkluderer å synliggjøre for legene det store bruksområdet kodene har, utover å finansiere helseforetakene.

Mer bruk av statistikken i klinisk arbeid kan trolig bidra til å øke legenes forståelse for at kodene brukes til andre formål enn å sikre klinikkene inntekter. Etter Riksrevisjonens vurdering er det viktigste tiltaket for å forbedre kodekvaliteten at helseforetakene arbeider for å øke kunnskapen om koding hos alle leger som koder, både nyansatte og mer erfarne.

LITTERATUR

1. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene. Bergen: Fagbokforlaget, 2017.
<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2016-2017/KodepraksisHelseforetakene.pdf> (12.5.2017).

Publisert: 26. juni 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0428
Mottatt 10.5.2017, første revisjon innsendt 19.5.2017, godkjent 22.5.2017.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 21. juli 2026.