

Hvilken lærdom kan man trekke ut av Riksrevisjonsrapporten?

Ikke grunnlag i journalen, men rapportert:

- Hovedtilstand - pneumoni: 41 %
- Annen tilstand - pneumoni. 37 %
- Annen tilstand hofteproteseoperasjoner: 58%

Representativt?

- «man må anta at kodekvaliteten er svak også på andre HF og for andre pasient grupper – undersøkelsen konkluderer med at det er svak kvalitet på den medisinske kodingen i HFene»¹

Hva er årsaken til at revisjonen mener det ikke foreligger grunnlag for rapportering av en vesentlig andel av kodene?

- 1) Manglende dokumentasjon eller
- 2) feil tolkning av kodereglene?

Å bedre kvaliteten innen disse to områdene krever ulike tilnærminger

Mangelfull dokumentasjon

- Tiltak: - Retningslinjer
- Hvilke eventuelle alternativer ser Direktorat for E-helse for seg vedrørende dokumentasjonskrav i fremtiden?
- Hva er realistiske krav til journaldokumentasjon?
 - Realistisk at det i alle journaler utarbeides et sluttnotat hvor man oppsummerer den diagnostiske tankegangen / hvilke vurderinger man har gjort?

Feil tolkning av koderegelverket er årsak

Behov for tiltak som medfører bedret kodekompetanse

- Hva slags type opplæring skal til for å ha effekt på legenes koding?
 - Tilstrekkelig med e-læring?
 - Hvordan monitorere evt effekt?
 - Hvordan få sykehusledelse til å ta mer ansvar?

Kodekontrollernes rolle

- Hva med kodekontrollernes rolle i fremtiden, bør de ha en formalisert rolle i kodeprosessen?
 - Bør det være formelle krav til kompetanse? Hvem eventuelt ha ansvar for å påse dette?
- Fra Riksrevisjonsrapporten:
 - «Samtidig har alle HFene kodekontrollører som har særskilt kompetanse på koding»
 - «Fire av ti kodekontrollører svarer i spørreus at de tilbyr kursing på avd. Dette indikerer at kompetansen til kodekontrollørerene kunne blitt utnyttet bedre til intern kursing av legene»

Hvor alvorlig er feilene for statistikkbruk?

- overordnede helsestatistikk?
- styringsinformasjonen til HFene?
- beregning av ISF?
- forskning?

Konsekvens av kodefeil – differensiering

- Noen feil er alvorlig for styringsinformasjonen som benyttes for å ta beslutninger av HF, RHF, myndigheter.
 - særlig HT på 1 og 2. tegnsnivå (10% feil)
- Noen feil er viktige for medisinsk statistikk.
 - For eksempel folkehelsa; - «hva slags type pneumoni?» - 3.tegnsnivå (25 % feil)
- Alle feil som medfører endring i drg (både HT og AT) er uheldig for drg gruppering og har konsekvenser for ISF. (27 % feil)

Mål: «god og enhetlig kodepraksis»

- «Alle her i salen har mål om korrekt koding»

En tanke:

« Kanskje bør myndighetene rette arbeidet mer direkte mot denne gruppen for at det skal oppnås bedre kodekvalitet»

oppsummert

1. Hvor stor del av feilene påpekt i RRR skyldes manglende dokumentasjon?
2. Retningslinjer - dokumentasjonskrav i fremtiden?
3. Hva slags type opplæring skal til for å ha effekt på legenes koding?
4. Kodekontrollerne, - formalisert rolle i fremtiden?
5. Hvor pålitelig er dagens helsestatistikk?

•

vedlegg

Dårlig dokumentasjon = feil statistikk?

- Hvis manglende dokumentasjon er årsak til at en kode er blitt strøket, er det ikke så alvorlig for helsestatistikken
- «den koden som er rapportert representerer jo det som har skjedd medisinsk sett»

Mangelfull dokumentasjon

Problemstillinger/mulige tiltak:

- Hvilke eventuelle alternativer ser Direktorat for E-helse for seg vedrørende dokumentasjonskrav i fremtiden?
- Tolkningen Riksrevisjonen har lagt seg på realistisk/gjennomførbar i praksis?
 - Merarbeid for legene

intro

Innledningen - sampresentasjon mellom Riksrevisjonen og Styret i DRG-Forum

Sammen kommet frem til hva som skal være med i denne introduksjonen:

1. Riksrevisjonen: mål med revisjonen samt funn og forslag til tiltak.
2. Styret DRG-Forum: kommentarer samt spørsmål for diskusjon