

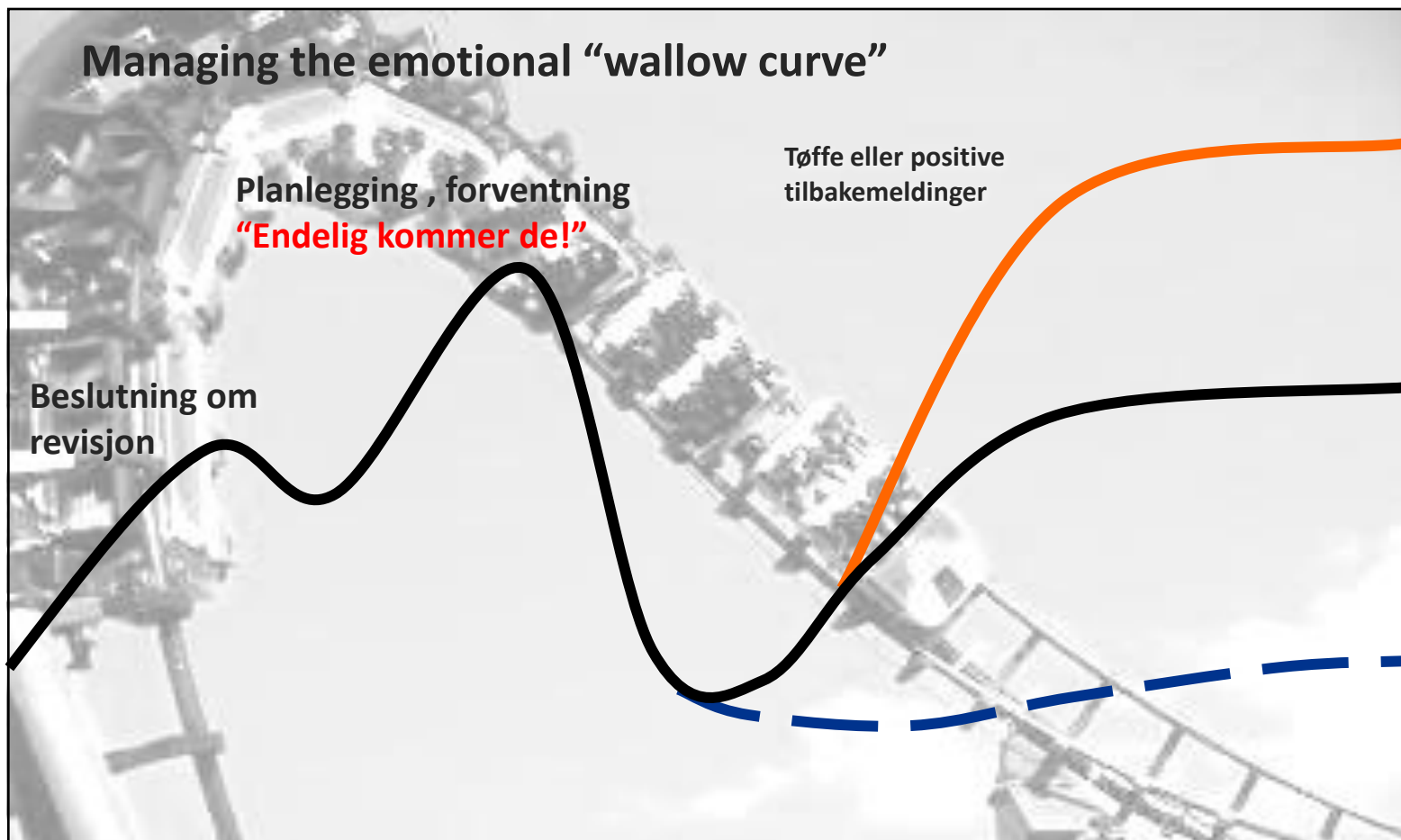


Riksrevisjonens revisjon 2009

Oslo universitetssykehus HF

Avdeling Kirkeveien

Stemningskurve for revisjoner



Source: “Mergers: Leadership, Performance and Corporate Health” David Fubini, Colin Price, Mauricio Zollo

Revisjon – opp mot hvilken standard?

- Revisjon er en viktig del av kvalitetsarbeidet
- Sentrale diagnosekoderegler tolkes ulikt av autoritetene
- Hvor går grensen for ”normale variasjoner”?

OUS-Kirkeveien (tidl. UUS) har lang tradisjon for revisjoner: Har hatt årlige eksterne (ASL) og interne koderevisjoner, etter hvert som del av internkontroll-systemet. Årlige interne codeseminarer med eksterne autoriteter, gjennomgang av koderegler og en rekke caser.

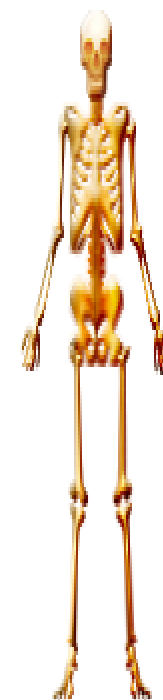
Erfaringene fra RR's revisjon 2009 (1)

- Avviket som slo mest ut var 2 typer feil bruk av prosedyrekoder:
 - Den ene kategorien mente avdelingen å ha klarert med KITH selv
 - Den andre kategorien gjaldt endret betydning av en prosedyrekode, oppryddingen i vedvart bruk i begynnelsen av året var ikke ryddet opp fullstendig (2 tilfeller, begge funnet av revisjonen).
- Påvist feil koder for hovedtilstand, for mange / for få / feil koder for tilleggstilstander
- **Second opinion** av ekstern nordisk autoritet viste betydelige forskjeller i vurderingen.
- **Tilbakemeldingen til Riksrevisjonen ikke tatt hensyn til i sluttrapporten, selv om fagrevisor enig i flere av innsigelsene.**
Forskjeller i vurdering: "Har vi sett på samme revisjonsgrunnlag?"
- **Svært hyggelige fagrevisorer:**
Skrøt av journaldokumentasjonen, ga inntrykk av at dette så bra ut ("bare småtter").



Erfaringene fra RR's revisjon 2009 (2)

- Avvikene ble lagt sammen og fremsto som uvirkelig store
- **Tegnet et vesentlig annet bilde enn vi har fått fra like omfattende andre eksterne koderevisjoner tidligere**
- **Viktigste problemområder:**
 - Generalisering:
Revisjonsfunn må vurderes ifht. om de er representative.
 - Det er et tankekors at det er så stor forskjell i vurderingen av fagrevisorer som er involvert i koderevisjon:
Når spesialister ikke er enige, hva er da fasiten?
 - Forvirrende forskjell mellom autoriteters utsagn om hva som skal være hovedtilstand, og hvilken tidsperiode den skal gjelde for (avdelingsopphold).
 - Tilleggstilstander: "Tatt hensyn til under oppholdet"?



Konklusjon

- **Revisjon er en viktig del av kvalitetsarbeidet**
- **Dokumenter alt som avklares med eksterne autoriteter**
- **Uholdbart med så ulik oppfatning av WHO's koderegler for ICD:**
 - Som statistisk klassifikasjon er det viktig å ha enhetlig oppfatning av hvorfor pasienten var innlagt: I prinsippet er det SHO som skal kodes (episode of care).
 - DRG som sekundærklassifikasjon hviler jo først og fremst på hvordan hovedtilstanden kodes – hva er da medisinsk meningsfullt?
- **Tilleggstilstander er viktig for beskrivelse av totalbildet**
 - Er det *tillegg* (noe annet) eller skal kodesettet ses i sammenheng?
 - **Fullstendig koding av problemstilling:**
 - Beskrivelse av risikofaktorer:
Også dokumentere for ettertiden at man var klar over risikobildet.
 - Komplikasjoner / hendelser
 - Hvis NPR skal ha noen verdi (kfr. notat om hva som skal rapporteres):
Hvorfor ønskes ikke komplette beskrivelser av problembildet?

