



**St. Olavs Hospital HF**

Universitetssykehuset i Trondheim

# Riksrevisjonens koderevisjon 2009 på 2008-data ved St. Olavs Hospital HF. Kommentarer

St. Olavs Hospital HF

Enhet for økonomi

Anne Stenseth

10. Mars 2010



# St. Olavs Hospital HF

Universitetssykehuset i Trondheim

*”Det er også forstemmende at Riksrevisjonen i 2009 kan fastslå at kodepraksisen for diagnoser og behandling ikke er blitt bedre siden 2003. At åtte av ti sykehus gir pasientene mer kompliserte tilstander enn de har, i et forsøk på å tilrane seg nærmere en milliard kroner mer enn de har krav på, er både respektløst overfor pasientene og uanstendig overfor fellesskapet”*

Aftenpostens leder 16.11.2009



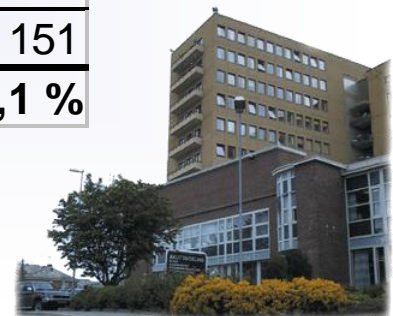
## 2009: Koding av hovedtilstand Riksrevisjonens oversikt

Sykehus	Riktig	Feil
AA	59	40
AB	66	34
AC	63	38
AD	68	32
AE	62	38
BA	76	24
BB	54	46
CA	63	37
<b>CB</b>	<b>57</b>	<b>43</b>
DA	70	30
	638	362
Prosent	<b>63,8 %</b>	<b>36,2 %</b>
2003-revisjonen:	62,2 %	37,8 %



## Koding av hovedtilstand Riksrevisjonens oversikt

Sykehus	Rett kategori, feil 4. tegn	Feil kategori, rett blokk	Feil blokk, rett kapittel	Feil kapittel
AA	13	4	3	20
AB	16	6	1	11
AC	11	4	6	17
AD	11	3	6	12
AE	8	6	4	20
BA	4	3	5	12
BB	10	9	8	19
CA	12	2	4	19
<b>CB</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>15</b>
DA	15	5	4	6
	114	50	47	151
Prosent	<b>11,4 %</b>	<b>5,0 %</b>	<b>4,7 %</b>	<b>15,1 %</b>



## Antall bidiagnoser Riksrevisjonens oversikt

Sykehus	Antall BD	Antall BD	Ending i
	før revisjonen	etter revisjonen	antall BD
AA	107	100	-7
AB	238	202	-36
AC	122	122	0
AD	136	144	8
AE	156	126	-30
BA	180	148	-32
BB	109	144	35
CA	164	133	-31
<b>CB</b>	<b>153</b>	<b>139</b>	<b>-14</b>
DA	120	116	-4
	1485	1374	-111
Gj.snitt	<b>1,5</b>	<b>1,4</b>	<b>-0,1</b>



## Koding av prosedyrer Riksrevisjonens oversikt

Sykehus	Antall prosedyrer	Antall prosedyrer	Ending i
	før revisjonen	etter revisjonen	antall prosedyrer
AA	123	112	-11
AB	127	126	-1
AC	66	69	3
AD	107	102	-5
AE	76	77	1
BA	125	117	-8
BB	55	54	-1
CA	107	106	-1
<b>CB</b>	<b>72</b>	<b>73</b>	<b>1</b>
DA	124	119	-5
	982	955	-27
Gj.snitt	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>0,0</b>



## Endret refusjon etter revisjonen

Sykehus	Sum	Sum
	endret vekt	endret beløp
AA	-5,82	-78 331
AB	-5,95	-80 081
AC	-2,75	-37 012
AD	-7,87	-105 922
AE	-5,28	-71 064
BA	1,06	14 267
BB	-1,51	-20 323
CA	-15,51	-208 749
<b>CB</b>	<b>-4,78</b>	<b>-64 334</b>
DA	1,92	25 841
	-46,49	-625 709
Gj.snitt	<b>-4,6</b>	-62 571
2003-revisjon	-73,35	-987 218



## Koding av hovedtilstand: Case 1

### Hoveddiagnose:

Z39.1 – Pleie og undersøkelse av ammende mor

### Riksrevisjonens endring:

Z76.3 – Frisk ledsager til syk person

Det dreier seg om en kvinne som ble forløst med keisersnitt på annet sykehus og etter ett døgn overflyttet til St Olavs Hospital pga at barnet ble innlagt ved Kuvøsen her. Det dreier seg om postpartumpleie etter operasjon, dvs keisersnitt. Lang rapport fra jordmor (over 1 side). Deriblant skrives om smertestillende tabletter og avtagende vaginal blødning. Dette kan neppe kalles et ledsageropphold.

Revisjonens endring må være feil.

ISF-refusjon: **3.230** ,- (evt. 9.152,-) ISF-refusjon etter endring: **0 kr**





## Koding av hovedtilstand: Case 2a

Episode 18.-20. febr

### Hoveddiagnose:

C23 – Ondartet svulst i galleblære

### Riksrevisjonens endring:

Z51.11 – Kjemoterapi for svulst

Det handler her om en pasient som utredes for magesmerter og CT viser tegn til malign svulst i galleblære med metastaser til lever. Dårlig prognose (< 6 mnd). Finnes ikke etablerte standarder for palliativ kjemoterapi, men viser til beh. beskrevet i British Journal of Canser. Pasient motivert for palliativ kjemoterapi som startes under oppholdet. Dette handler om utredning av malign sykdom.

Revisjonens endring av diagnose må være feil.

ISF-refusjon: **13.728,-** ISF-refusjon etter endring: **5.922,-**



## Koding av hovedtilstand: Case 2b

Episode 22.-24. febr

### Hoveddiagnose:

C23 – Ondartet svulst i galleblære

### Riksrevisjonens forslag:

Z51.11 – Kjemoterapi for svulst

Samme pasient som på forrige skjermbilde. Denne gang handler oppholdet om bedømmelse av behandlingseffekt av kjemoterapi. Man gjør større utredning og det viser seg at det foreligger progress av sykdommen; Derfor endres behandlingsregimet. Heller ikke her handler det om en episode med begrenset kjemoterapibehandling.

Revisjonens endring av diagnose må være feil.

ISF-refusjon: **13.728,-** ISF-refusjon etter endring: **5.922,-**



## Gal hovedtilstand. For mange bidiagnoser: Case 3

### Hoveddiagnose:

I50.1 Venstre ventrikkelsvikt

### Riksrevisjonens endring:

J15.9 Bakteriell pneumoni (var kodet som bidiagnose i j.)

Multippelt syk pasient som innlegges med pustebesvær som bedømmes som en kombinasjon av hjertesvikt og lungebetennelse der lungebetennelsen har forverret hjertesvikten. Etter behandling med antibiotika god bedring. Man ga dessuten støttebehandling for svikten. Ifølge journaldokumentasjonen bedømmes lungebetennelsen å være årsaken til sykehusoppholdet og den skal derfor kodes som hovedtilstand.

Revisjonens endring er korrekt.

ISF-refusjon: **14.266,-** ISF-refusjon etter endring: **20.054,-**



## Gal hovedtilstand. For mange bidiagnoser: Forts. case 3

Forøvrig har revisjonen strøket registrering av diabetes mellitus type 2 (E11.9) som "annen tilstand". Behandlende lege mente at diabetes hadde relevans for behandlingen under den aktuelle sykdomsepisoden og burde således vært godkjent.

Ingen endring i ISF-refusjon



## Feil hoveddiagnose: Case 4

### Hoveddiagnose:

G45.1 – Carotissyndrom, hemifærisk

### Riksrevisjonens endring:

G45.9 – Uspesifisert TIA

Pasient med RA som innlegges med TIA oppfattet som "iskemisk episode i fremre sirkulasjon". Man velger å kode med G45.1- Carotissyndrom, hemisfærisk. Revisjonen har i stedet valgt G45.9 - Uspesifisert TIA.

Ansvarlig lege skriver: *"Uenig; utfallene tydet på fremre sirkulasjonsforstyrrelser dvs. carotiskretsløpet."*

Revisjonen aksepterer sykehusets argumentasjon.

Ingen endring i ISF-refusjon



## Bruk av observasjonskodene: Z03 – Z04 Revisjonens kommentar

*“Det var flere registreringer av Z03.9 Observasjon ved mistanke om uspesifisert sykdom. Det innebærer at man mistenker noe, men at man ikke vet hva man mistenker. En helt uakseptabel kategori for registrering i norske sykehus, .....*”

Dette utsagnet er helt feil. Det var ingen slik registrering i materialet fra St. Olavs Hospital. Z03.3 var kodet én gang.





## ◆ Følgefeil ?

- Samme feil fire ganger på samme pasient (hovedtilstand + for mange bidiagnoser)

## ◆ For mange bidiagnoser ?

- Samme bidiagnose rapportert to ganger
- Revisjonen manglet hoveddiagnose i materialet

## ◆ For få prosedyrekoder

- NCMP-koder ikke rapportert på flatfil





# St. Olavs Hospital HF

Universitetssykehuset i Trondheim

## Tilbakemelding fra KITH på innspill fra sykehusene

Sykehus	Korrekt revisjon av KITH	Må se journal på nytt	Trolig ukorrekt revisjon av KITH	Antall SHO berørt
A	5	9		14
B	3	3		6
C	10	11	5	26
<b>D</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>18</b>
E	2	1	1	4
	23	38	7	68
Andel av 1000 opphold i %	<b>2,3 %</b>	<b>3,8 %</b>	<b>0,7 %</b>	<b>6,8 %</b>





# St. Olavs Hospital HF

Universitetssykehuset i Trondheim

## Resultat av second opinion utført av DiaQualos AB v/Olafr Steinum

*”Av de 42 episoder der revisjonen har angitt at det foreligger feil kode for hovedtilstand, har vi bedømt 23 episoder. Vi anser at ni (9) av disse er feilbedømt av revisjonen, men korrekt kodet av sykehuset, og ytterligere tre (3) er både feil kodet av sykehuset og feil bedømt av revisjonen. Vår konklusjon blir således at av 42 pasientepisoder som revisjonen angir har feil hoveddiagnosekode, er minst 12 (29%) feil revidert.”*



## Resultat av second opinion

*”På grunn av begrenset tid, har man ikke systematisk vurdert revisjonens bedømmelse av ”andre tilstander” (”bidiagnoser”) eller koding av prosedyrer. Dog er det et generelt inntrykk av at revisjonen har vært særdeles streng med godkjenning av ”andre tilstander”. Man har ved flere pasientepisoder strøket koder som synes både motiverte og dokumenterte.”*



## Konklusjon

- ◆ Medisnsk koding er ingen eksakt vitenskap
- ◆ Bør selvfølgelig tilstrebe lik kodingspraksis. Obligatoriske kurs for leger før ansettelse i sykehus?
- ◆ Kodeveiledning 2010 mottas med takk
- ◆ Bør reglene tilpasses den praktiske hverdag og så får finansieringen rette seg etter dette?

