

# Tanker fra sykehus som er revidert



# Sykehuset Levanger

- Valgt ut som 1 av 10 foretak
- Avleverte dokumenter i henhold til krav
- 30 opphold i hvert DRG-par
- Fordeling mellom u/bk og m/bk lik det som var avlevert til NPR i de utvalgte DRG'er

## Avlevering av journaler

- Hyppig kontakt med Riksrevisjonen
- Avklare en del problemstillinger
- Riksrevisjonen fikk «sjokk» ikke R57
- Ca 4000 sider
- 1,5 km korrekturtape

# Dokumentasjonskravet er praktisert strengt

- Tilstand/prosedyre:
- Skal være beskrevet i fri tekst i pasientens journal
- Skal fremkomme vurdering som begrunner at tilstanden har hatt betydning under oppholdet

## Formulering - dokumentasjon

- I dagens lov og forskrift er det få formelle krav om hvordan det skal dokumenteres i forhold til koding
- Legen mener han har dokumentert riktig
- Stammespråket

# Dokumentasjonskravet

## Kodeveiledningen 2015 pkt. 2.2.1

*Det skal fremgå av den skriftlige journaldokumentasjonen at alle tilstander som er tatt med har hatt en reell betydning under oppholdet. Det generelle prinsippet er at kodingen skal gi så presis informasjon som mulig, og så mye informasjon som nødvendig for formålet, men ikke mer. Definisjonen for valg av andre tilstander er en konsekvens av dette. Det er en umulig oppgave å i utgangspunktet vite sikkert hvilke tilstander som vil ha betydning for andre tilstander under ett opphold. Dette må bli en skjønnsmessig vurdering, og denne vurderingen må være dokumentert i journalen.*

# Dokumentasjonskravet

I foreliggende revisjon er dokumentasjonskravet praktisert strengt, dog ikke strengere enn det Journalforskriftens § 8 f allerede pålegger foretakene mht. dokumentasjon av: *foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette.*

For å akseptere rapportering av en tilstand som håndtert eller prosedyre som utført, har revisjonen i tråd med ovennevnte, lagt til grunn at tilstanden/prosedyren skal være fritekstlig formulert i pasientens journal, og at det av pasientens journal under oppholdet fremkommer vurderinger som begrunner at tilstanden har hatt reell betydning under oppholdet.



## Revisjon

- En betydelig del av koder og prosedyrer som er slettet skyldes manglende journalformuleringer
- 



# Revisjon - resultat

## Medisinsk avdeling DRG 89/90

- 2 HD endret: Fra J22 til J159. Fra J189 til J22.
- Annen tilstand 50% strøket

## Streng revisjon

- Med bedre dokumentasjon kunne trolig flere av de slettede kodene vært rapportert
- Koding er i samsvar med hva behandler vet er håndtert under oppholdet, men som behandler ikke har formulert i journal

# Revisjon - resultat

## Ortopedisk avdeling DRG 209D/209E

- Alle Hd riktig
- 42 av 54 andre tilstander strøket
- Overrapportering av andre tilstander i forhold til journaldokumentasjon
- Presiseres at det er revisjonen som ikke finner tilstrekkelig grunnlag for å rapportere alle tilstander

# DRG 89/90

J15.9      N18.3    I25.2    I45.2

**EKG:** Sinusrytme, frekvens 89. Bifasikulær blokk.  
(Høyre grenblokk, venstre fremre fascikkelblokk)

Behandlet for pneumoni/luftveisinfeksjon siden 11.02. med penicillin/Gentamicin. Røntgen thorax viser et lite infiltrat basalt venstre underlapp

Anbefaler kontroll av kreatinin, da han har fått to doser Gentamicin på nedsatt nyrefunksjon.

**Etter revisjon:**                      J15.9

# DRG 89/90

J15.9 C61 G20 E86 N17.9

## *Fra sykepleierdokumentasjon*

- Fremstår som tørr i huden med stående hudfolder.  
1000 Ringer hengt opp i mottak
- Måle: Væske/Diurese pr. døgn/time
- Svelgproblemer pga Parkinson

## *Fra legedokumentasjon*

- Oppfyller  $\frac{3}{4}$  SIRS-kriterier
- Lab.prøver viser forhøyet kreatinin – nyresvikt



## DRG 89/90

**Etter revisjon:      J15.9                      G20**

*Parkinsonkoden er beholdt,*

*Ikke dehydrering.*

*Er like godt dokumentert.*



## DRG 209D/209E

S72.0

D62

F03

NFB12

- Lege: Postoperativ Hb 8,7. Får to SAG.
- 07.02.15 Ra/So :  
Rekv HB . ↓Hb → Rekv. 2 enh SAG.  
Ringer 1000ml.
- Spl: **HB 8,8 postoperativt, fått blodoverføring.**  
**HB 08.02.15 10,8.**
- **Blødning under operasjon: 400**



## DRG 209D/209E

Etter revisjon:

**S72.0**

**F03**

**REGG00**

**NFB12**



## 209D/209E

M16.1 I25.9 Z92.2 E03.9 I10 M35.0

- **Fra operasjonsbeskrivelsen:**  
Hun har Sjøgrens syndrom, plaget med ryggsmarter, tidligere gjennomgått infarkt og behandles for hypertensjon. Har en hudlidelse (hudlidelsen beskrives nærmere)
- **Fra medikamentlisten** ser man at pasienten står fast på Albyl-E



209D/209E

Etter revisjon:

M16.1      Z92.2    L12.0

## REVISJON - RESULTATER

- Funn og tiltak som fremkommer av journal tyder på at kodingen er i samsvar med hva som er behandlet og hensyntatt under oppholdet
- Må strykes pga. behandler har ikke formulert dette i journalen

# LÆRING

- De medisinske avdelingene ved Stavanger og Levanger sykehus trekkes frem positivt
- Lærer om koding gjennom individuelle tilbakemeldinger på egen koding fra kodekontrollørene.

# LÆRING - LÆRINGSSLØYFE

Både erfarne og mindre erfarne leger får jevnlig slike tilbakemeldinger fra kodekontrollører.

## Eksempel 1:

- Hei  
I epikrisen er det beskrevet oppvekst av E-coli i ekspektorat, alternativ å bruke J15.5?  
Endrer forslagsvis, vennligst gi tilbakemelding om du er uenig.
- **Eksempel 2:**
- Når det påvises pneumoni hos KOLS-pasient, skal pneumoni kodes som hovedtilstand, bytter derfor om på hoveddiagnose og bidiagnose og setter pneumoni som hoveddiagnose.  
Viser til koderegler 2016, punkt 14.3.1, riktig koding av KOLS med akutt forverrelse (s. 105 i koderegelverket).

## LÆRING – LÆRINGSSLØYFE

- Ikke tilstrekkelig å tilby legene kurs for å sikre at legene har varig og oppdatert kunnskap om koding.
- Det kreves i tillegg en løpende oppfølging
- Opplæring gjennom samtaler, veiledning og tilbakemeldinger på legenes individuelle koding.
- Veiledning og tilbakemeldinger kan f.eks. komme fra leger med særskilt ansvar for koding eller fra kodekontrollører.