



Innst. 297 S

(2016–2017)

Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument 3:5 (2016–2017)

Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene

Til Stortinget

1. Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene

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

Et viktig formål med medisinsk koding er å få oversikt over sykdommer i befolkningen og hvordan forekomsten av sykdommer varierer med tid og sted. Kodene danner også grunnlag for administrasjon, finansiering, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester i hele beslutningskjeden, fra Helse- og omsorgsdepartementet til de kliniske avdelingene ved sykehusene. Riksrevisjonen har gjennom flere tidligere revisjoner avdekket betydelige svakheter i kvaliteten på den medisinske kodingen.

Undersøkelsen er basert på spørrebrev og spørreundersøkelser til alle helseforetakene. Videre er det gjennomført en koderevisjon av et utvalg på 600 opphold for pasienter med lungebetennelse og hofteprotesepasienter ved to avdelinger i ti helseforetak.

I tillegg er det gjennomført en dybdestudie i 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.

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister av 7. desember 2007 (Norsk pasientregisterforskriften)
- forskrift om pasientjournal av 21. desember 2000
- lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001 (helseforetaksloven)
- Innst. S. nr. 198 (2005–2006) Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene

Undersøkelsen har også tatt utgangspunkt i Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2015.

Riksrevisjonens rapport ble lagt fram for Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 7. desember 2016. Departementet har i brev 10. januar 2017 til Riksrevisjonen gitt kommentarer til rapporten.

Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i Dokument 3:5 (2016–2017).

Rapporten, riksrevisorkollegiets oversendelsesbrev til departementet 2. februar 2017 og statsrådets svar 16. februar 2017 følger som vedlegg til Riksrevisjonens dokument.

1.1 Hovedfunn

- Det er svak kvalitet på den medisinske kodingen.
- Svak kodekvalitet har negative konsekvenser for styring og finansiering av spesialisthelsetjenesten.

- Helseforetakene følger ikke godt nok opp kodekvaliteten for å sikre god pasientstatistikk.
- Direktoratet for e-helses veiledning og verktøy støtter ikke godt nok opp under helseforetakenes kodearbeid.

1.2 Riksrevisjonens merknader

1.2.1 *Det er svak kvalitet på den medisinske kodingen*

Helseforetakene har ansvar for å sende inn opplysninger som er korrekte og relevante for den behandlingen pasienten har fått under det aktuelle oppholdet, til Norsk pasientregister (NPR) i Helsedirektoratet. Undersøkelsen viser at det er for store avvik mellom medisinske koder for tilstander som er rapportert til NPR, og informasjonen i de undersøkte pasientjournalene. Dette svekker kvaliteten på pasientstatistikken.

Helseforetakene skal kode og rapportere hovedtilstand og eventuelt andre tilstander til NPR etter et sykehusopphold. Byggesteinene i kodeverket er enkeltkoder på tre tegn som blant annet brukes internasjonalt når man sammenligner forekomst av sykdommer. De fleste kodene er også underinndelt med et fjerde tegn. Feil på første- og andretegnsnivå vil i de aller fleste tilfeller føre til endringer i DRG-grupperingen som brukes til å finansiere helseforetakene. Ofte vil også feil på tredjetegnsnivå føre til slike endringer. Slike feil vil også føre til en «feil fortelling» i nasjonal statistikk i spørsmålet om hvilken tilstand helsehjelpen primært har vært rettet mot under oppholdet. Feil på fjerdetegnsnivå er mindre alvorlig for pasientstatistikken og påvirker sjelden DRG-grupperingen.

Hovedtilstanden er det helseproblemet som helsehjelpen primært er rettet mot i et gitt opphold. Undersøkelsen viser følgende feil i valg av og koding av hovedtilstand:

- 16 prosent av pasientene som er kodet med lungebetennelse, får en ny hovedtilstand etter kode-revisjonen. Dette betyr at journaldokumentasjonen beskriver en annen klinisk tilstand enn lungebetennelse som hovedtilstand.
- Tilsvarende får fem prosent av pasientene med innsetting av hofteprotese en helt ny hovedtilstand etter koderevisjonen.
- 25 prosent av pasientene med lungebetennelse fikk endret hovedtilstand på tredjetegnsnivå. Journaldokumentasjonen viser at det er lungebetennelse som er hovedtilstand, men koden som er brukt, gir feil bilde av årsaken til pasientens lungebetennelse, for eksempel om den skyldes bakterie eller virus.
- For 14 prosent av hofteprotesepasientene er hovedtilstanden kodet feil på fjerdetegnsnivå.

Dette betyr at det ikke blir rapportert i henhold til regelverket, og det medfører en mindre presis beskrivelse av hovedtilstanden i pasientstatistikken enn det journaldokumentasjonen gir grunnlag for.

Legen gjør også en skjønnsmessig vurdering av om det er andre tilstander enn hovedtilstanden som har hatt en reell betydning for gjennomføringen av helsehjelpen som ble gitt under oppholdet. Den skjønnsmessige vurderingen av tilstander som rapporteres til NPR, skal dokumenteres i journalen. Tilstander som relaterer seg til tidligere eller kroniske sykdommer, og som ikke reelt har påvirket helsehjelpen, skal ikke rapporteres til NPR. Alle helseforetakene i undersøkelsen rapporterer andre tilstander til NPR som det ikke er grunnlag for i journalen. Dette omfatter:

- 58 prosent av rapporterte andre tilstander hos hofteprotesepasientene
- 37 prosent av rapporterte andre tilstander hos pasientene med lungebetennelse

Noen av disse tilstandene kan ha hatt betydning for helsehjelpen som ble gitt under oppholdet, men legens skjønnsmessige vurdering er ikke godt nok dokumentert i journalen til at det er grunnlag for å rapportere disse. Disse oppholdene framstår dermed som mer kompliserte i nasjonal statistikk enn det som er dokumentert i journalen.

For en del opphold er derimot situasjonen omvendt, slik at det er grunnlag i journalen for å rapportere flere andre tilstander. Disse framstår følgelig som mindre kompliserte i nasjonal statistikk enn det som er dokumentert i journalen. Både underrapportering og overrapportering av andre tilstander til NPR har konsekvenser for pasientstatistikken og dermed også for styring og finansiering i spesialisthelsetjenesten. I utvalget er det imidlertid mer vanlig å overrapportere enn å underrapportere.

Kodekvaliteten varierer mellom avdelingene. For de undersøkte oppholdene med lungebetennelse rapporterte 3 av 10 avdelinger feil hovedtilstand for mer enn halvparten av oppholdene. Medisinsk avdeling ved Stavanger universitetssykehus rapporterte imidlertid 80 prosent av oppholdene med riktig hovedtilstand. Dette viser at noen avdelinger lykkes bedre enn andre med å få god kodepraksis.

I noen avdelinger mangler det grunnlag i journalen for 70 prosent av andre tilstander som er rapportert til NPR, mens det i andre avdelinger mangler grunnlag for mindre enn 20 prosent. Det er en tendens til at de avdelingene som rapporterer mange andre tilstander til NPR, er de samme som har en stor

andel andre tilstander som det ikke er grunnlag i journalen for å rapportere.

Riksrevisjonens undersøkelser har også tidligere vist at helseforetakene ikke har god nok kodekvalitet. Utvalget i 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 på de fleste sykehus. Når undersøkelsen i tillegg viser at internkontrollen er svak, mener Riksrevisjonen det er grunn til å anta at kodekvaliteten er svak også på andre sykehus og for andre pasientgrupper.

1.2.2 Svak kodekvalitet har negative konsekvenser for styring og finansiering av spesialisthelsetjenesten

Aktører både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå bruker data fra de medisinske kodene i et stort og økende omfang. Det er derfor viktig at vurderinger og beslutninger som tas på bakgrunn av fastsatte koder, er basert på riktige premisser.

Helse- og omsorgsdepartementet bruker antall DRG-poeng som et mål på aktivitet og til å finansiere helseforetakene gjennom innsattsstyrt finansiering (ISF). Ordningens viktigste formål er å støtte opp under sørge-for-ansvaret til de regionale helseforetakene og stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling. Utbetalingene gjennom ISF-systemet skal avspeile reell behandlingsaktivitet, og dette forutsetter god kvalitet på den medisinske kodingen.

Omtrent hvert fjerde undersøkte opphold ble endret til en ny DRG da oppholdene ble gruppert på nytt etter koderevisjonen. Dette har betydning for ISF-refusjonen. Et flertall av avdelingene fikk en samlet reduksjon i antall DRG-poeng for de undersøkte oppholdene etter koderevisjonen. Dette skyldes at flertallet av oppholdene ble regruppert fra en komplisert DRG til en ukomplisert DRG. Et opphold i en komplisert DRG gir høyere refusjon fra staten enn et opphold i en ukomplisert DRG. Noen få avdelinger fikk en samlet økning i antall DRG-poeng. Dette er like alvorlig for utbetalingsgrunnlaget i ISF-ordningen som en reduksjon. Begge deler gir uttrykk for at primærkodingen ikke er i samsvar med journaldokumentasjonen, noe som i mange tilfeller medfører at heller ikke refusjonen er i samsvar med den helsehjelpen som er utført.

Undersøkelsen viser at helseforetakene bruker antall DRG-poeng som et mål på aktivitet i de kliniske enhetene. De fleste helseforetakene viderefordeler også ISF-refusjonen til de kliniske enhetene. Dette gjør at de fleste klinikkene og mange avdelinger delvis finansieres av hvor mange DRG-poeng de genererer, selv om Helsedirektoratet mener at DRG-systemet ikke er robust nok til å bli brukt til dette for-

målet. Etter Riksrevisjonens vurdering viser undersøkelsen at varierende og svak kodekvalitet vil kunne påvirke grunnlaget for riktig og rettferdig fordeling lokalt.

Svak kodekvalitet vil gi styringsinformasjon som gjør det vanskelig å vurdere hvor stor del av aktivitetsendring som er reell, og hvor stor del av aktivitetsendringen som skyldes endringer i kodepraksis. Bedre kodekvalitet vil derfor gi ledelsen på alle nivåer i helseforetakene et bedre grunnlag for å vurdere pasientaktiviteten ved foretakets kliniske enheter. En rekke beslutninger som påvirker driften i helseforetakene, tas på bakgrunn av informasjon fra DRG-systemet. Dersom helseforetakene etablerer systemer som sikrer god kodekvalitet og dermed et bedre beslutningsgrunnlag, kan de oppnå bedre kostnadskontroll og ressursutnyttelse.

Gode og ensartede data er en forutsetning for at de regionale helseforetakene skal kunne vurdere i hvilken grad de ivaretar sørge-for-ansvaret. De regionale helseforetakene bruker statistikk basert på koding til å analysere forbruksmønstre, tilgjengelighet, variasjon i tilbud og praksis og kvalitet i egen helse-region. Data brukes også av de regionale helseforetakene til å planlegge og å følge opp funksjonsfordelingen mellom helseforetakene, utarbeide prosjekter/strategier og regionale planer, og beregne behovet for helsepersonell. Riksrevisjonen mener derfor at de regionale helseforetakene i større grad må være pådriverer for å sikre ensartet og god medisinsk koding for helseforetakene i sin region.

Helse- og omsorgsdepartementet bruker informasjon fra medisinske koder for å planlegge spesialisthelsetjenesten og vurdere om helsetjenesten når målene sine. Dette gjøres blant annet gjennom de 73 nasjonale kvalitetsindikatorerne som er basert på informasjon fra de medisinske kodene. Disse skal være et hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten. Andre sentrale kunnskapsleverandører til helsesektoren, som Folkehelseinstituttet, Statistisk sentralbyrå og forskningsmiljøer, bruker også data fra NPR basert på medisinske koder.

Svak kodekvalitet kan bidra til å redusere tilliten til at pasientstatistikken kan brukes som grunnlag for planlegging, styring, oppfølging og evaluering av helsetjenestene lokalt, regionalt og nasjonalt. 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.

1.2.3 Helseforetakene følger ikke godt nok opp kodekvaliteten for å sikre god pasientstatistikk

Styret og ledelsen i helseforetakene har ansvar for å etablere systemer som bidrar til god kodekvalitet. Selv om helseforetakene har gjennomført en del tiltak de siste årene for å bedre kodekvaliteten, har mange foretak fortsatt svak styring av kodearbeidet.

Gjennom undersøkelsen er det identifisert følgende faktorer som i stor grad påvirker kodekvaliteten:

- om legene har kunnskap om medisinsk koding
- om helseforetakene har en god kvalitetssikring av kodene legene setter
- om tydelig ledelse legger til rette for god koding i praksis og gode holdninger til koding hos de ansatte

Ledelsen i helseforetakene har ansvar for å sørge for at de ansatte har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å utføre oppgaven med medisinsk koding. 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 NPR.

En kombinasjon av ulike virkemidler gjør at enkelte helseforetak og avdelinger synes å ha lyktes bedre enn andre med å gi legene kunnskap om koding og holde denne kunnskapen ved like. Det er særlig viktig at legene får både kursing, individuell oppfølging og begrunnede tilbakemeldinger på egen koding. Dette er ikke vanlig i de fleste helseforetak.

Opplæringen er i mange helseforetak typisk rettet mot turnusleger og eventuelt nyansatte leger, mens erfarne leger får lite påfyll av kunnskap utover i karrieren. Samtidig skal ofte mer erfarne leger veilede yngre kolleger i riktig koding. Etter Riksrevisjonens vurdering er det viktigste tiltaket for å forbedre kodekvaliteten at helseforetakene må arbeide for å øke kunnskapen om koding hos alle leger som koder, både nyansatte og mer erfarne.

Resultatene i koderevisjonen viser at det er mange feil som ikke identifiseres og endres gjennom kvalitetssikringen. I koderevisjonen ble det blant annet funnet mange koder for andre tilstander som det ikke var grunnlag for i journalen. Dette kan skyldes at kvalitetssikringen i mange avdelinger er mer innrettet for å sikre helseforetakene rettmessige inntekter enn å sikre korrekt pasientstatistikk. En annen årsak kan være at det er usikkerhet om hvilke krav som stilles til dokumentasjon i journalen for å kode en tilstand og rapportere den til NPR. Etter Riksrevisjonens mening viser dette at kvalitetssikringen av kodingen ved helseforetakene ikke er godt nok innrettet mot å sikre god kodekvalitet.

Alle helseforetakene har et mål om å kode korrekt. Foretakene har imidlertid ikke utviklet konkrete og realistiske mål for kodekvaliteten. Med få unntak måler ikke helseforetakene utviklingen i kodekvaliteten over tid, og mange har heller ikke på en systematisk måte vurdert hvor i kodeprosessen det er størst risiko for å gjøre feil. Dette gjør det vanskelig å sette inn målrettede tiltak som kan sikre god kodekvalitet.

De fleste helseforetakene har utviklet felles overordnede prosedyrer for koding. Mange av prosedyrene varierer imidlertid i kvalitet og innhold og gir stor frihet til ledere på lavere nivåer i styringen av kodearbeidet. Avdelingsledelsens frihet til å styre og organisere kodearbeidet kan gi en risiko for at kodekvaliteten i stor grad blir avhengig av ledelsens kompetanse på og interesse for koding.

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.

Etter Riksrevisjonens mening har helseforetakene samlet sett for lite styring og oppfølging av kodekvaliteten. For å oppnå god internkontroll og risikostyring av kodekvaliteten er det viktig at ledelsen avdekker svakheter i kontrollmiljøet, setter i verk relevante tiltak og viser interesse og motivasjon for kodearbeidet.

1.2.4 Direktoratet for e-helses veiledning og verktøy støtter ikke godt nok opp under helseforetakenes kodearbeid

Direktoratet for e-helse har ansvar for å forvalte de helsefaglige kodeverkene. Dette omfatter revisjon av kodeverkene og at sektoren får veiledning i hvordan regelverket for medisinsk koding skal praktiseres.

Direktoratet har flere virkemidler og verktøy for å veilede sektoren i praktisering av kodereglene, blant annet søkeverktøyet FinnKode og et e-læringskurs i koding. Undersøkelsen avdekker svakheter både ved FinnKode og e-læringskurset i koding, verktøy som er mye brukt i sektoren. Det er etter Riksrevisjonens vurdering viktig at Direktoratet for e-helse utvikler og vedlikeholder gode verktøy. Dette vil kunne bidra til å heve legenes kunnskap om og motivasjon for koding.

Direktoratet for e-helse har ansvar for å informere sektoren om regelverksendringer i tide, noe som ikke alltid gjøres. Det er nødvendig at direktoratet sikrer at informasjonen kommer ut til rett tid, og at dette skjer gjennom en dokumentert, tydelig og åpen

prosess med faste tidspunkter for informasjon. Dette vil skape forutsigbarhet for helseforetakene når de skal planlegge hvordan endringene skal innføres i organisasjonen.

Undersøkelsen viser at det er ulike oppfatninger og praksis i avdelingene om når andre tilstander skal rapporteres til NPR. Dette viser at direktoratet bør avklare hvor tersklene for koding av andre tilstander bør ligge, i samarbeid med fagmiljøene. Dette kan bidra til en mer enhetlig rapportering av andre tilstander og dermed bedre kvalitet på pasientstatistikken. Det er også ulike oppfatninger i sektoren om når en rapportert tilstand er godt nok dokumentert. Direktoratet for e-helse bør avklare hva som ligger i dokumentasjonskravet, og sektoren må få god informasjon om dette.

Direktoratet arbeider for tiden med ulike prosjekter og tiltak under paraplyen «Program for kodeverk og terminologi», og et forventet resultat av programmet er bedre kodekvalitet. Flere av tiltakene har som formål å bøte på utfordringer revisjonen har pekt på. Riksrevisjonen mener at flere av tiltakene, og særlig oppdatering og forbedring av opplæringsmateriellet, er viktige å få på plass for at sektoren skal kunne oppnå bedre kodekvalitet.

1.3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at

- helseforetakene legger til rette for bedre medisinsk koding ved at ansatte får nødvendig og oppdatert kunnskap om koding og krav til journaldokumentasjon, og at ledelsen gir tydelige signaler om at korrekt koding er viktig for å oppnå god pasientstatistikk
- de regionale helseforetakene tar en større pådriverrolle for å sikre god og ensartet medisinsk koding.
- Direktoratet for e-helse legger bedre til rette for god koding gjennom veiledning og utvikling av støtteverktøy
- Helse- og omsorgsdepartementet følger opp at Direktoratet for e-helse og de regionale helseforetakene legger til rette for at helseforetakene har en god kodekvalitet og ensartet koding, slik at vurderinger og beslutninger i spesialisthelsetjenesten gjøres på riktige premisser

1.4 Departementets oppfølging

Statsråden skriver i sitt svarbrev 16. februar 2017 at Riksrevisjonens undersøkelse om medisinsk kodepraksis i helseforetakene omfatter et viktig område. I brevet peker han på at kodekvaliteten har betydning for hvor presist slik informasjon kan brukes i arbeidet med å utvikle tjenesten og finansieringen lokalt. Statsråden viser til at det er viktig at alle aktører med

ansvar for medisinsk koding bidrar til å sikre god kvalitet på statistikken.

Statsråden peker på at utvalget på 600 opphold for to pasientgrupper er et begrenset utvalg, noe som reduserer muligheten for å kunne trekke generelle konklusjoner om medisinsk koding og kodekvalitet. Samtidig viser statsråden til at det er funn i undersøkelsen som understøtter viktigheten av å ha oppmerksomhet på medisinsk kodepraksis. Statsråden mener det er positivt at rapporten gir grunnlag for læring og erfaringsoverføring.

Statsråden vil på en god måte følge opp Riksrevisjonens undersøkelse i styringsdialogen med de relevante aktørene.

1.5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

2. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jette F. Christensen, Gunvor Eldegard og lederen Martin Kolberg, fra Høyre, Erik Skutle og Michael Tetzschner, fra Fremskrittspartiet, Gjermund Hagesæter og Helge Thorheim, fra Kristelig Folkeparti, Hans Fredrik Grøvan, fra Senterpartiet, Per Olaf Lundteigen, fra Venstre, Abid Q. Raja, fra Sosialistisk Venstreparti, Bård Vegar Solhjell, og fra Miljøpartiet De Grønne, Rasmus Hansson, viser til Dokument 3:5 (2016–2017).

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, mener det er vesentlig for helseforetakenes styring og finansiering at ordningen med medisinsk koding fungerer godt. I tillegg gir medisinsk koding oversikt over sykdommer i befolkningen og hvordan forekomsten av sykdommer varierer med tid og sted.

Flertallet viser til Riksrevisjonens beskrivelse av medisinske koder som helt sentrale inndata i DRG-systemet (DRG står for diagnoserelaterte grupper) som brukes til å finansiere helseforetakene gjennom ISF (innsatsstyrt finansiering). De regionale helseforetakene mottok i 2016 over 30 mrd. kroner gjennom ISF-tilskuddet, som fordeles videre til helseforetakene. Tilskuddet skal dekke omtrent 50 prosent av finansieringen av helseforetakenes kostnader til somatisk pasientbehandling. Utbetalingene gjennom ISF skal avspeile reell behandlingsaktivitet, og dette forutsetter god kvalitet på den medisinske kodingen. Svak internkontroll kan gi risiko for at økt inntjening blir vektlagt mer enn korrekt kodeføring.

Flertallet vil i likhet med Riksrevisjonen fremheve at informasjonen som helseforetakene bruker til å planlegge egen virksomhet og sammenligne egne resultater med andre, bygger på den medisinske kodingen. Alle helseforetakene bruker DRG-poeng som en styringsindikator, og de fleste helseforetakene fordeler ISF-refusjonen nedover i virksomheten ut fra dette informasjonsgrunnlaget.

Komiteen er kjent med at kodene brukes av mange aktører til ulike formål, og en god kodekvalitet er viktig for at beslutninger tas på riktig grunnlag. Når de medisinske kodene gir en korrekt beskrivelse av den helsehjelpen som er gitt ved hvert sykehusopphold, vil kodene til sammen kunne fortelle en statistisk historie om pasientrettet aktivitet ved våre sykehus og hvordan helsetilstanden i befolkningen utvikler seg.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, vil uttrykke en bekymring over hovedfunnene i Riksrevisjonens rapport som indikerer at det er svak kvalitet på den medisinske kodingen, noe som igjen kan ha negative konsekvenser for styring og finansiering av spesialisthelsetjenesten. En viktig årsak er at helseforetakene ikke følger opp kodekvaliteten godt nok og at Direktoratet for e-helsesveiledning og verktøy ikke i tilstrekkelig grad understøtter helseforetakenes kodearbeid.

Komiteen viser til undersøkelsen som avdekker at det er utilfredsstillende store avvik mellom medisinske koder for tilstander som er rapportert i Norsk pasientregister (NPR), og informasjonen som kan leses ut av de undersøkte pasientjournalene, med blant annet den virkning at pasientstatistikken blir mindre pålitelig.

Komiteen minner om at Riksrevisjonens undersøkelser også tidligere har vist at helseforetakene ikke har god nok kodekvalitet. Utvalget i koderevisjonen er imidlertid begrenset og gir isolert sett ikke grunnlag for å trekke bastante konklusjoner om kodekvaliteten ved helseforetakene, men undersøkelsen har tatt for seg pasienter som blir undersøkt og behandlet på de fleste sykehus. Når undersøkelsen i tillegg viser at internkontrollen er svak, er komiteen enig med Riksrevisjonen i at det er grunn til å anta at kodekvaliteten er for lav også på andre sykehus og for andre pasientgrupper.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, vil uttrykke bekymring for de negative virkninger på pasientstatistikkenes pålitelighet som følge av at helseforetakene ikke godt nok følger opp kodekvaliteten. Ledelsen i helseforetakene skal etablere systemer som skal gi tilfredsstillende kode-

kvalitet. Selv om helseforetakene har gjennomført en del tiltak de siste årene, ligger mange foretak fortsatt etter i kodearbeidet.

Komiteen viser til at undersøkelsen har identifisert følgende faktorer som har stor påvirkning på kodekvaliteten: Det er spørsmål om legene har kunnskap om medisinsk koding, om helseforetakene har et tilsyn med kodene legene setter, og om tydelig ledelse fremmer god kodepraksis og gode holdninger.

Komiteen mener at ledelsen i helseforetakene skal se til at de ansatte har kunnskap og ferdigheter til å gjennomføre medisinsk koding. Komiteen har merket seg rapportens funn om at mange leger har for lite kunnskap om prinsippene for korrekt koding, og om kravene som stilles til dokumentasjonen i journalen for å rapportere tilstanden til NPR.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, legger til grunn omtalen i rapporten om at opplæringen i mange helseforetak er rettet mot turnusleger og eventuelt nyansatte leger, mens erfarne leger får lite påfyll av kunnskap utover i karriereløpet. Riksrevisjonen mener at det viktigste enkelttiltaket for å bedre kodekvaliteten er at helseforetakene aktivt må arbeide for å øke kunnskapen om korrekt koding hos alle leger som koder, både nyansatte og mer erfarne. Flertallet vil slutte seg til denne vurdering.

Flertallet vil uttrykke bekymring over at koderevisjonen viser at det er mange feil som ikke identifiseres og rettes gjennom kvalitetssikringen. I koderevisjonen ble det blant annet funnet mange koder for andre tilstander som det ikke er grunnlag for i journalen, og en forklaring på dette kan være at kvalitetssikringen i mange avdelinger er mer rettet inn på å sikre helseforetakene rettmessige inntekter enn å sikre korrekt pasientstatistikk. En medvirkende forklaring kan ifølge Riksrevisjonen være usikkerhet om hvilke krav som stilles til dokumentasjon i journalen for å kode en tilstand og sende den til NPR. Det er grunn til å tro at kvalitetssikringen av kodingen ved helseforetakene ikke er godt nok innrettet mot det som skal sikre god kodekvalitet.

Flertallet har merket seg at undersøkelsen kan tyde på at skriftlige rutiner ikke er tilstrekkelig for å oppnå god kodekvalitet, og at det må stilles krav til ledelsen om å skape holdninger hos de ansatte for hvor viktig kodekvaliteten er – ikke minst ved å synliggjøre for legene det store bruksområdet kodene har utover å finansiere helseforetakene. Når Riksrevisjonen hevder at helseforetakene samlet sett har for svak oppfølging av kodekvaliteten, vil flertallet uttrykke en forventning om at ledelsen avdekker svakheter i kontrollmiljøet og setter inn relevante til-

tak og viser interesse for, og motiverer til, forbedret kodearbeid.

Komiteen vil under henvisning til faktabeskrivelsen avslutningsvis i rapporten peke på punktet om at Direktoratet for e-helses verktøy og veiledning i for liten grad bygger opp under helseforetakenes kodearbeid. Direktoratet for e-helses oppgave er løpende å revidere kodeverkene og gi sektoren veiledning i praktiseringen av regelverket for medisinsk koding. Komiteen er enig med Riksrevisjonen i at Direktoratet for e-helse skal informere om regelendringer i tide.

Komiteen forutsetter i samsvar med Riksrevisjonens anbefaling at departementet fremover gjennom styring av helseforetakene vil legge vekt på følgende tiltak:

- at helseforetakene legger til rette for bedre medisinsk koding ved at ansatte får oppdatert kunnskap om koding og krav til journaldokumentasjon
- å bevisstgjøre de regionale helseforetakene for å sikre god og ensartet medisinsk koding
- at Direktoratet for e-helse fremmer god kodepraksis og utvikling av støtteverktøy
- at Direktoratet for e-helse og de regionale helseforetakene fremmer kodekvalitet og ensartet koding

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at målet med Riksrevisjonens undersøkelse er å belyse hvordan helseforetakene sikrer at medisinske koder kan brukes til styring og finansiering. Dette medlem mener at rapporten bør føre til en større politisk diskusjon om det i det hele tatt er mulig eller formålstjenlig å bruke medisinske koder til styring og finansiering av pasienttilbudet ved norske sykehus. Dette medlem mener at det viktigste ved bruk av medisinske koder må være å få oversikt over sykdommer i befolkningen, og få kunnskap om hvordan sykdommer varierer med tid og sted. Ut fra slik kunnskap vil en kunne dimensjonere og utvikle helsetjenesten i en retning slik at enda flere får den beste forebygging og behandling av lidelser, og at vi slik kan komme nærmere målet om likeverdige helsetjenester til alle, uansett inntekt eller bakgrunn. Dette medlem er kjent med at medisinske koder i dag legger grunnlaget for både administrasjon, finansiering, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenesten. Ut fra dette er det klart at variasjon i kodepraksis i dag vil få større konsekvenser enn det feilkoding i seg selv betyr for den enkelte pasient og pasientforløpet. Dette medlem er også kjent med at Riksrevisjonen gjennom flere tidligere revisjoner har avdekket betydelige svakheter i kvaliteten på den medisinske kodingen. At dette bare ser ut til å fortsette, bør føre til en overordnet diskusjon om betydning

gen medisinske diagnosekoder har fått for utvikling av norsk spesialisthelsetjeneste.

Dette medlem vil da særlig vise til at Helse- og omsorgsdepartementet bruker antall DRG-poeng som et mål på aktivitet og til å finansiere helseforetakene gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF). De fleste foretak videreforder også ISF-refusjonen til de kliniske enhetene. Dette medlem vil presisere at det aldri var meningen da ISF ble innført i spesialisthelsetjenesten, at finansieringsmåten skulle videreføres ned på helseforetaksnivå, sykehusnivå og klinikk- og avdelingsnivå. Dette var bare ment som en finansieringsmåte fra departement og ned til regionale helseforetak. Dette medlem viser til Riksrevisjonens rapport som viser at finansieringen som praktiseres nå, har ført til at de fleste klinikker og mange avdelinger delvis finansieres etter hvor mange DRG-poeng de genererer. Dette medlem vil også bemerke at Riksrevisjonen viser til at Helsedirektoratet mener at DRG-systemet «ikke er robust nok til å bli brukt til dette formålet». Etter Riksrevisjonens vurdering viser undersøkelsen at varierende og svak kodekvalitet vil kunne påvirke grunnlaget for riktig og rettferdig behandling lokalt. Dette medlem er kjent med at svak kodekvalitet også gjør det vanskeligere å vurdere om hvor stor del av aktivitetsendringen som er reell, og at beslutningsgrunnlaget i helseforetakene for overordnede prioriteringer blir vanskelig.

Dette medlem mener at disse advarslene må tas på største alvor. Om selve diagnosekodesystemet koblet mot økonomisk inntjening fører til feilprioritering og feil behandling lokalt, er det avgjørende å vurdere endringer i denne måten å styre og finansiere helsevesenet vårt på.

Dette medlem er også kjent med at sykehus som baserer driften mye på inntjening via ISF, vanskelig prioriterer opp tilbud som ikke er ISF-finansiert. Dette kan gå ut over tilbudet til kronikergrupper, eldre og andre pasienter som trenger tverrfaglig og langvarig oppfølging. Innen fødselsomsorgen gjør 50 prosent ISF-finansiering av fødetilbudet at det ikke er noe å «tjene» på å prioritere ekstra jordmorfaglig kompetanse og tilstedeværelse som kan forebygge komplikasjoner. Men dersom det skjer uheldige hendelser som krever inngripen, for eksempel blødning ved rifter, utløses ekstra finansiering. Dette medlem mener dette er eksempel på at dagens høye grad av ISF-finansiering er til hinder for trygg pasientbehandling og god forebygging.

Dette medlem vil også vise til Prioriteringsutvalget NOU 2014:12, Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten, som anbefalte en vurdering av ISF-finansiering opp mot rettferdig prioritering i helsevesenet:

«... Det er behov for mer kunnskap om hvordan innsatsstyrt finansiering (ISF) virker på prioriteringsbeslutninger i sykehusene, og det bør settes i gang et kontrollert forsøk for å få mer kunnskap om dette. Utvalget vil tilrå at Helse- og omsorgsdepartementet nøye vurderer og evaluerer hvordan den økte ISF-andelen påvirker behandlingstilbudet for de pasientgrupper som ikke omfattes av ISF. Videre er det behov for å vurdere om den forhøyede ISF-andelen påvirker prioriteringen mellom lite kostnadskrevende pasienter og meget kostnadskrevende pasienter innenfor hver enkelt DRG i ISF-ordningen. Nye vekter i ISF-systemet, knyttet til nye behandlingsformer, bør ikke innføres uten at det er avklart at behandlingsformen bør prioriteres. Det betyr at vekter for nye behandlingsformer må knyttes opp mot det systemet for metodevurdering som er under innføring i spesialisthelsetjenesten...»

Dette medlem registrerer at på tross av slike faglige anbefalinger, blir nå ISF utvidet til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Dette medlem viser også til at for å få til forbedringer i kodepraksis har enkelte sykehus ansatt egne kodeekspertter. Disse er ikke medisinsk personell, men er ekspertter på medisinske koder. Faren er da at klinikerens medisinske vurderinger kommer i bakgrunnen, og at det blir to kodesett. Det ene blir bestemt av behandlende lege ut fra medisinske vurderinger og skjønn, slik det fremgår av epikrisen. Det andre kodesettet blir da bestemt av kodeeksperten, ut fra hva som finnes av dokumentasjon i journalen. Men også sannsynlig på grunnlag av økonomiske vurderinger.

Dette medlem mener hele systemet er svært byråkratiserende, og kan føre til en fremmedgjøring av hva diagnosesetting faktisk er ment for. Diagnose er navnet på en sykdom eller symptomer, og er først og fremst et medisinsk arbeidsverktøy for å kunne gi god behandling til pasient, ikke for å gi penger til helseforetaket. Det viktigste for et helseforetak må være at det finnes leger og annet helsepersonell som sørger for at pasienter får korrekt behandling, i tide. At den medisinske koden er korrekt, er selvsagt viktig for statistikken. Men medisinske koder må ikke være koblet direkte mot økonomisk inntjening på avdelingene, som nå.

Dette medlem mener som Riksrevisjonen, at hovedfunnene om svak kodekvalitet er bekymringsfulle, fordi det får uheldige konsekvenser og gir mangelfull kunnskap om behovet i helsetjenesten og som gjør planleggingen av helsetilbudet vanskeligere. Dette medlem mener at man selvsagt må bestrebe rett kodepraksis ut fra det som er den medisinske situasjonen og ut fra pasientforløpet. Leger må selvsagt få god opplæring i kodeverket, og dette medlem legger til grunn at helseforetakene tar ansvar for at dette kan skje. Samtidig erkjenner dette medlem at systemet alltid vil invitere til feil og vridnin-

ger, så lenge ISF er så sterkt knyttet til diagnosekodene, og så lenge helseforetakene lar ISF bli videreført ned på klinikk – og avdelingsnivå. Dette medlem vil også presisere at arbeidstiden som leger i sykehus bruker på direkte pasientrelatert arbeid, er sunket og er nå nede på om lag 40 prosent. At leger skal bruke ennå mer tid på opplæring, kursing og arbeid med korrekt kodepraksis, er også noe som må tas hensyn til. Dette medlem mener at helsetjenesten må innrettes slik at møtet mellom pasient og behandler/helsepersonell, blir best mulig og effektivt. Kodesystemet må derfor være enkelt å bruke, og det må være elektroniske løsninger som legger til rette for god praksis.

Dette medlem viser til at Riksrevisjonens rapport har avdekket store avvik mellom medisinske koder for tilstander som er rapportert, og informasjon i de undersøkte pasientjournalene. Dette medlem merker seg at et flertall av avdelingene fikk en samlet reduksjon i antall DRG-poeng for de undersøkte oppholdene etter koderevisjon. Dette skyldes at flertallet av oppholdene ble endret fra en komplisert DRG til en ukomplisert DRG. Et opphold i en komplisert DRG gir høyere refusjon fra staten. Dette medlem mener Riksrevisjonens rapport må få som konsekvens at det ikke lenger skal være slik i norske sykehus at penger styres av diagnoser, og diagnoser styres av penger. Da vil en trolig unngå slike funn ved fremtidige revisjoner.

Dette medlem fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen snarest sørge for at ISF ikke blir videreført ned på helseforetaksnivå, sykehusnivå og avdelings-/klinikknivå.»

«Stortinget ber regjeringen sørge for ensartet kodepraksis basert på pasientens diagnose og behandlingsforløp.»

«Stortinget ber regjeringen starte en grundig evaluering av ISF-finansiering av norske sykehus og hvordan dette påvirker kodepraksis og prioriteringer i spesialisthelsetjenesten.»

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en plan for endring av finansiering av norsk spesialisthelsetjeneste, der målet er at sykehusene i all hovedsak blir rammefinansiert.»

3. Forslag fra mindretall

Forslag fra Senterpartiet:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen snarest sørge for at ISF ikke blir videreført ned på helseforetaksnivå, sykehusnivå og avdelings-/klinikknivå.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen sørge for ensartet kodepraksis basert på pasientens diagnose og behandlingsforløp.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen starte en grundig evaluering av ISF-finansiering av norske sykehus og hvordan dette påvirker kodepraksis og prioriteringer i spesialisthelsetjenesten.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en plan for endring av finansiering av norsk spesialisthelsetjeneste der målet er at sykehusene i all hovedsak blir rammefinansiert.

4. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til dokumentet og rår Stortinget til å gjøre slikt

v e d t a k :

Dokument 3:5 (2016–2017) – Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene – vedlegges protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 16. mai 2017

Martin Kolberg

leder

Michael Tetzschner

ordfører

