

Høyaktuelt om kodepraksis

– Både Legeforeningen og legene som gruppe må bli mer involvert i arbeidet med å videreutvikle systemet for diagnoserelaterte grupper (DRG).

Det sa konstituert generalsekretær Terje Vigen da Legeforeningen og Helsedepartementet i mars arrangerte et felles seminar om DRG-systemet og behovet for ensartet kodepraksis. Seminaret var planlagt i lengre tid (1), og ikke et resultat av den aktuelle situasjonen i Helse Sør.

– Problemstillingen er av både faglig og etisk art, fremholdt Vigen. – Vi har informasjon om at leger føler seg presset av administrasjonen for å presse mest mulig økonomi ut av kodingen. Legeforeningen har vært klar over denne problemstillingen. Vi vil medvirke til at et faglig, godt behandlingsopplegg av pasienter blir gjennomført til en riktig pris, sa generalsekretæren.

Ekspedisjonssjef Vidar Oma Steine fra Helsedepartementet sa at det er et forbedringspotensial med hensyn til det formelle grunnlaget for kodingen, og at denne aktiviteten må være forankret i de kliniske miljøer.

– Sykehus er kunnskapsbedrifter som ledes ovenfra og styres faglig nedenfra. Fra Helsedepartementets side er det ønskelig å høre de faglige innspillene i forhold til en videreutvikling av DRG og innsatsstyrt finansiering (ISF). Vi deltar på dette møtet med vilje til å lytte, og vi må få til faglige interaksjoner, sa ekspedisjonssjefen.

– Sintef Unimed er spesielt opptatt av datakvaliteten. Da er vi avhengige av gode registre for å få ut pålitelig informasjon, sa direktør Trude Mathisen fra Sintef Unimed.

Hoveddiagnose først?

Gynekolog Lillian Norbø Berge ved Ullevål universitetssykehus HF fortalte at man innen hennes fagfelt har arbeidet for en ensartet koding. Målsettingen har vært at den skal ha en logisk oppbygging, og at kodingen skal være mest mulig lik den som er i de øvrige nordiske land.

– Ved de gynekologiske avdelinger har de hatt som prinsipp for kodingen at det er den antatt mest ressurskrevende diagnosen som settes først, sa Berge.

Synspunktet ble drøftet i den etterfølgende debatten, og viste med all tydelighet at det er behov for mer og klarere informasjon om hva som skal skrives som hoveddiagnose.

– Det er hovedtilstanden som alltid skal registreres først, sa Glen Thorsen fra Kompetansesenter for IT i helsevesenet (KITH).

Under debatten ble det understreket viktigheten av at fagmiljøene må delta

aktivt i utformingen av retningslinjer for koding av diagnoser og prosedyrer. Kodingen må være pålitelig. Den skal gi et viktig bilde av virkeligheten, og det må være avklart hvem som er ansvarlig for den medisinske informasjonen. Det er også vesentlig at diagnosekodene spiller det som faktisk er gjort med pasienten under sykehusoppholdet.

Kvaliteten må økes, anførte seminardeltakerne, og det må settes av ressurser og tid. Det ble også vist til at DRG ikke er et like godt hjelpemiddel i alle fag. Systemet fungerer trolig best for tilstander som medfører behandling det finnes prosedyrekoder for, som i de kirurgiske fag.

Feil skal meldes

– Det som er nytt, er at medisinske data brukes i forbindelse med økonomi. Dårlige data har konsekvenser for forskning, styringsinformasjon og statistikk, påpekte Leena Kiviluoto fra Sintef Unimed, avdeling for pasientklassifisering og finansiering (PaFi).

Ved funn av noe leger oppfatter som feil i DRG- og kodesystemene, skal de melde dette til KITH, PaFi eller Norsk pasientregister (NPR) ved Sintef Unimed – enten det er logiske feil eller feil kostnader. Disse tre faginstanser samarbeider tett, og tar gjerne imot feilmelding på e-post (npr@sintef.no, kodehjelp@kith.no eller drghjelp@kith.no).

Mye av DRG-utviklingen skjer på nordisk nivå. Norge er representert både i nordisk ekspertgruppe og i styringsgruppen til NordDRG, Nordisk center för klassifikationer i hälso- och sjukvården ved Uppsala Universitet. Alle årlige endringer i NordDRG er basert på anbefalinger fra den nordiske ekspertgruppen og beslutninger i styringsgruppen. Disse endringer er beskrevet på nettsidene av NordDRG Forum (se www.nordclass.uu.se). Leger kan også kontakte det nordiske miljø direkte, via e-post til norddrg@nordclass.uu.se

Positive erfaringer i Sverige

Dosent og klinikkssjef Gunnar Németh orienterte om bruk av DRG ved ortopedisk klinikk, Karolinska sjukhuset i Stockholm.

– Vi har lengre og mer allsidig erfaring når det gjelder bruk av DRG og innsatsstyrt finansiering, men har hatt liknende problemer og diskusjoner som dere har i Norge nå, sa Németh.

Han opplyste at det i Stockholm fylke er 100 % DRG-finansiering. Seks geografiske områder (sjukvårdsområder) har en bestil-



Sykehusleger opplever at de må presse mest mulig økonomi ut av kodingen. Illustrasjon Øystein Førre

lerfunksjon og sju akuttisykehus utfører bestillingene.

– DRG er ikke bare økonomi, det er også bra for virksomhetene, mente klinikkssjefen. – Vi vet hva vi gjør, og hvor mye vi gjør. Vi vet hvordan pasientene er og hvor mange som dør. Vi vet hvor vi skriver ut pasientene, og vi får et godt grunnlag for å rapportere til vårt medisinske kvalitetsregister. Med andre ord får vi en økt troverdighet gratis gjennom systemet.

Alt er imidlertid ikke problemfritt:

– Vi er avhengig av bestillerne. Vi har et endret pasientmateriale som innebærer at friskere pasienter går til det private, mens de med alvorlige sykdommer blir igjen i sykehusene. I tillegg opplever vi urettferdighet på klinikknivå og mellom spesialiteter, sa Németh.

– Vi må fange opp omverdenens ønsker og krav. De må overføres i vurderinger og prinsipper innad i klinikken, og gjøre legenes arbeidsdag lettere gjennom god service og infrastruktur, sa klinikkssjefen. Han understreket at det er viktig å ha personer som kjenner systemene, til å utføre denne jobben.

– Legeforeningen vil følge opp samarbeidet med Sintef for å bidra til at innspill fra de kliniske fagmiljøene kommer mer med i prosessen for å videreutvikle DRG-systemet. Spesialforeningene vil være viktige premissleverandører i dette arbeidet, sier Audun Fredriksen, konstituert leder for helsepolitisk avdeling.

Ellen Juul Andersen

ellen.juul.andersen@legeforeningen.no

Lise B. Johannessen

lise.berit.johannessen@legeforeningen.no
Informasjonsavdelingen

Litteratur

1. Sundar T. Prisivirvar presser frem enhetlig DRG-kodeverk. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 351.