

Hvordan DRG-systemet påvirker medisinsk praksis

Ordningen med diagnoserelaterte grupper (DRG) er et sensitivt kontrollsystem som danner grunnlag for innsatsstyrt finansiering av helse-tjenester. Medisinsk diagnosesetting er ikke noen entydig prosedyre, og det er svært sannsynlig at DRG-koding påvirker diagnosen.

DRG-systemet underteoretiserer medisinsk diagnosesetting og fremstår som et forsøk på å kontrollere legene.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Siden 1997 har somatiske sykehus i Norge vært finansiert gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF). Deler av budsjettet til de regionale helseforetakene gjøres avhengig av hvor mange og hvilke pasienter som får behandling. ISF-refusjonen beregnes for hvert helseforetak med systemet med diagnoserelaterte grupper (DRG) som utgangspunkt (1). DRG-systemet grupperer blant annet diagnosekodene fra ICD-10, som legene rapporterer i forbindelse med hver pasients opphold i avdelingen eller sykehuset.

I denne kronikken argumenterer jeg for at DRG-koding endrer det DRG-systemet skal beskrive. Dermed vil systemet aldri bli så robust at det genererer en stabil aktivitetststatistikk i den grad man synes å forvente i staten. Mine meningsytringer er basert på min masteroppgave i sosiologi om DRG-systemets interaksjon med medisinsk diagnosesetting (2).

Kontroversiell DRG-koding

Helt siden ordningen med innsatsstyrt finansiering trådte i kraft, har DRG-koding vært en gjenganger – både i tabloide medier og i Tidsskriftet. Den første store krisen kom med det Westin & Fosse kalte «historien om den varslede skandalen» (3). En assistentlege ved Rikshospitalet i Helse Sør hadde tilbudt seg «å skaffe øreneshals-avdelinger millioner av kroner fra Staten ved å fiske statistikken over diagnoser mot ti prosent i provisjon» (4). Helsedepartementet iverksatte tiltak for å kvalitetssikre kodepraksisen spesifikt i Helse Sør og kom med mer gjennomgående tiltak i alle helseforetak for å sikre ett felles sett av holdningsmessige og kulturelle verdier (5). Etter opprullinga kom imidlertid flere sykehus i søkelyset for det som er benevnt «kreativ koding» av medisinske diagnoser (1, 6). Det ble fremstilt som om legene hadde økonomisk motiv for sitt kodearbeid eller at de var vanskelige å motivere til å følge opp et diagnosekodearbeid de uansett var pålagt

å utføre. Det ble også antydnet tvetydige fortolkninger av hva medisinsk diagnosesetting er, og spørsmålet om hvorvidt DRG-koding har konsekvenser for diagnosesettingen ble stilt.

Det finnes høyst sannsynlig leger som vrir sin praksis etter økonomisk fortjeneste – uten at dette er spesielt for legene. I ethvert praksisfelt som er regulert av innsatsstyrt finansiering, vil det finnes nyttemaksimerende individer som definerer nytte etter kronebeløpet. Dersom leger koder mer eller annerledes enn tidligere på grunn av økt oppmerksomhet omkring kodenes økonomiske betydning, er ikke dette illegitimt i seg selv. Det kan til tider være en nødvendighet som DRG-systemet presser frem. Diagnosekodene er jo definert for å vise til sykehusenes produksjonsstørrelse. At kodepraksisen ikke er standardisert, handler ikke om legenes holdninger i sin helhet eller om de kulturelle verdier i sykehusene. Det er en egenskap ved forholdet mellom DRG-systemet og den aktiviteten systemet skal beskrive.

DRG-systemets egenteori

Sosiologiske studier av teknologi og kunnskap har vist at når noen designer en teknologi, baker de bevisst og ubevisst inn forestillinger om hvem som skal bruke teknologien og om det praksisfeltet den skal brukes innenfor (7). Slike forestillinger gjenspeiler seg i teknologiens funksjonalitet og i implementørenes forventninger til teknologien.

I DRG-systemets antakelser, intensjoner og instruksjoner har legene fått en oppskrift på hvordan medisinsk diagnosesetting og kodesetting skal gjøres. Instruksene impliserer at diagnosesettingen og DRG-kodingen skal være atskilte strukturer. Diagnosesettingen forutsettes å være en prosess med tre trinn. Først skal legene bestemme seg for «hva pasienten lider av». Deretter skal de finne den aktuelle betegnelsen i ICD-10 og notere denne. Så skal beteg-

nelsen overføres til DRG-grupper, som inngår i rapportering og budsjettprosesser. Det første punktet, som kan oversettes til det mer stabile begrepet «diagnostisering», skal gå forut for og avspeiles presist av det andre, som betegnes som diagnosekoding. Punkt 2 skal være uavhengig og fullstendig uberørt av punkt 3, som kan oversettes til DRG-gruppering og DRG-systemet som helhet, inkludert systemets rolle i budsjett-sammenheng.

DRG-instruksjonene forutsetter og forsterker slik et skille mellom arbeidsdiagnoser og formelle diagnoser. Formelle diagnoser plasseres utenfor det medisinske arbeidet og de medisinske bestemmelsene som noe som ikke påvirker det medisinske. Dette skillet er i praksis en glidende og overlappende overgang. Om legene arbeider med uformelle arbeidsdiagnoser, kan også formelt nedskrevne diagnoser ha status som arbeidsdiagnoser. Samtidig er det ved nedskrevne, formelle, inntil videre ferdige diagnoser også et uformelt aspekt.

Slike oppskrifter er materielle ressurser for handling (8) og ideelle beskrivelser av en tenkt fremtidig situasjon. En handling er dermed ikke uavhengig av, men heller ikke nødvendigvis identisk med oppskriften. For at DRG-systemet skal fungere så presist som det i sin funksjon krever, må det bygge på klinisk standardiserte diagnosesettinger eller det som benevnes som «korrekt koding» (9). Det er imidlertid ikke gitt at systemets skissering av strukturen for medisinsk diagnosesetting og diagnosen gjenspeiler reell medisinsk praksis.

Skillet mellom diagnosesetting og DRG-koding er vanskelig å se i den kliniske hverdag. Begrepet «medisinsk diagnosesetting» brukes både for å beskrive de øyeblikk hvor legen setter foreløpige diagnoser under utforskningen av pasientens tilstand og der legen skal formalisere diagnosene etter de administrative kodeverkene. Ordet «diagnosesetting» viser til både koding og diagnostisering, men disse to aspektene lar seg ikke skille fra hverandre. Betegnelsen «diagnosesetting» kan brukes vekselvis om punkt 1 alene, som en slags samlebetegnelse på punkt 1 og punkt 2, om punkt 2 alene og som en samlebetegnelse for alle tre punktene.

Vitenskapsteoretiske perspektiver på kunnskap

Det er kanskje ikke mulig å etablere stabilt samsvar mellom taksonomi og virkelighet



Illustrasjon Kari Stai, Patron

i så stor grad som DRG-systemet krever. Medisinens vitenskapsteoretiske grunnlag tilsier imidlertid at systemets korrespondansekrav skal kunne oppfylles. Skolemedisinen bygger i stor grad på en tradisjon som hevder at virkelighetens eksistens og egenskaper er uavhengig av vår erkjennelse. Dette kalles for realisme. Realismen går ut fra at vår erkjennelse avbilder ytre og fysiske gjenstander. Når våre bestrebelser etter erkjennelse lykkes, består dette i at den uavhengige virkeligheten påvirker det menneskelige erkjennelsesapparatet og setter sitt avtrykk på det (10). Dermed kan sannhetsgehalten i våre påstander måles etter i hvor stor grad våre erkjennelser korresponderer med virkeligheten.

Det konstruktivistiske perspektivet problematiserer denne forståelsen: Kunnskap er alltid under produksjon (11) og er karakterisert av et mer eller mindre rotete sett med praktiske og til tider uforutsette betingelser (12). Naturen, eller virkeligheten utenfor produksjonen, er én, men bare én blant mange betingelser. Virkeligheten kan ikke konstrueres vilkårlig. Ettersom den ikke kan erfares uavhengig av de øvrige erkjennelsesbetingelsene, kan den ikke tjene som en absolutt og endelig målestokk for påstandens

sannhetsgehalt. Det er dermed ikke en sosiologisk selvfølgelighet at det finnes en medisinsk virkelighet som ligger fast og er upåvirkelig av sosiale betraktninger og som man standardisert kan sortere på et slikt detaljnivå som DRG-systemet krever.

All dokumentasjon er beheftet med usikkerhet

Under arbeidet med min masteroppgave ble det tydelig for meg at den diagnostiske prosessen er konstruktivistisk heller enn avdekkende. Dette problematiserer hvorvidt medisinsk dokumentasjon bør brukes i oppbyggingen av økonomisk motiverte infrastrukturer, som ISF-systemet er. All dokumentasjon er beheftet med en usikkerhet som er vanskelig å identifisere i en objektiv fremstilling. Faktorer rapportøren vurderer som irrelevante, men som kan ha vært signifikante i beslutningsprosessen, blir ikke alltid registrert. Dette kompliseres nødvendigvis i beslutninger hvor rapportøren håndterer differensiale kategorier.

Mange diagnoser er forholdsvis enkle å sette i den forstand at det er bred enighet om hvilken kroppslig tilstand de viser til. Noen er tvetydige, andre settes kun på grunnlag av skjønn. I klinisk virksomhet har medi-

sinske diagnoser ulike egenskaper avhengig av situasjon, formål og person, noe leger er vel kjent med. Når diagnoser formidles til pasienten, brukes de til noe annet enn når legen leser dem i en pasientjournal for å kartlegge pasientens tidligere sykehistorie. For pasienten viser en formell diagnose til trygderettigheter, følelser, familiebiografier etc., for leger organiserer diagnosen aktiviteten som skal foregå rundt pasienten.

På et tidlig stadium i arbeidet med pasienten er legens arbeid preget av å sortere ut mønstre blant symptomene, vurdere diagnostiske kriterier eller algoritmer og relatere det enkelte tilfellet til sin tidligere medisinske og sosiale erfaring. Her fremtrer et paradoks: Samtidig som legene vet at diagnosene kan være usikre, er de avhengige av å ha tillit til dem. Når de antar at de har kommet frem til en bra nok medisinsk konklusjon, vet de at i en del tilfeller kan det finnes et bedre forslag. Det er ikke en antakelse legene alltid kan sjekke opp eller følge. De må arbeide innenfor tidsrammer. Legene vet at tidligere tolkninger av pasientens tilstand kan være for usikre til at de kan stille sikre diagnoser og iverksette effektiv behandling. Ved feildiagnostiseringer kan en uriktig diagnose for eksempel opprett-

holdes selv om feilen er erkjent. En diagnose kan henge med og bli registrert ved et sykehusopphold uten annet grunn enn at den tidligere er registrert i journalen.

Dette har også Riksrevisjonen påpekt (9).

Samtidig er legene avhengige av å stole på diagnosene, og de må stole på hverandre for å ha en kontinuitet i arbeidet med pasienten. De må forvente at de vil se de samme situasjonene regelmessig om og om igjen. De må anta at de oppnår bevis eller sikkerhet om det fremtidige ved å utlede kunnskap fra tidligere regelmessigheter (13). Diagnoser er like foreløpige som de er bastante. Legene etterprøver derfor sine handlinger og antakelser ved å drive konstant hypotesetesting. Under en utredning må legene bestemme seg for hva de skal gjøre med pasienten. Pasienten er på sykehus for diagnostisering og behandling. Legene må bestemme noe. Og de må handle raskt, særlig i tilfeller hvor de blir presset til å korte ned på liggetiden. Legene må handle etter den mest sannsynlige hypotesen eller den hypotesen som i størst grad flagger sikkerhet for pasienten.

Det kan hende at leger som tidligere har vært i kontakt med pasienten og har tilføyd informasjon i pasientjournalen, har tatt feil – sett i ettertid. Med «feil» mener jeg ikke at de nødvendigvis har gjort dårlig arbeid. Det kan vise seg at det ikke har vært nok data om pasienten til at man kan si noe om vedkommendes helbred fremover eller nok for legen som senere skal formalisere diagnosen gjennom diagnosesetting og kodesetting. Leger bruker i stor grad tidligere dokumentasjon om pasienten. I ethvert tilfelle hvor pasienten tidligere har vært i diagnostiserende kontakt med helsetjenesten, kan legene komme til å trekke inn misvisende eller vedhengende dokumentasjon. Dette er dermed en usikkerhet legene må arbeide med daglig og å ha rutiner for å vurdere.

DRG-systemet underteoretiserer diagnosesetting

Den medisinske diagnosesettingen er underteoretisert i DRG-systemet. En diagnose er ikke resultatet av et standardisert praksismønster. Diagnoser viser ikke alltid til noe ved pasienten. Dermed viser heller ikke en diagnosekode alltid til det medisinske arbeidet som er utført under pasientens opphold i sykehuset. Leger setter diagnoser i en presset situasjon i tillit til at kolleger senere sjekker dem. Når diagnosen er registrert, vet legene at andre har rutiner for å validere den. Kanskje leser de ikke diagnosen eller de avfeier den. Kanskje er de skeptisk til den. Men diagnosen skal jo føre til DRG-koden! De som håndterer diagnosekoden etter at leger har registrert den, må ta den for gitt. Legene er jo instruert til å sette den «riktige» diagnosen, og de må stole på at tidligere leger har gjort så.

Dermed viskes usikkerheten i dokumentasjonen ut. Hvorvidt formelle diagnoser

trekkes inn i senere utredninger, diagnostiseringer og diagnosesettinger, vil slik i stor grad være avhengig av legenes medisinske vurdering av om den gamle registrerte diagnosen kan ha praktisk verdi ved neste anledning. Det er derfor verken naivt eller en undervurdering av medisinen å si at DRG-koding interagerer med den medisinske praksisen.

Finansiering og kodearbeid

Legenes usikkerhet i forbindelse med diagnosene overføres til DRG-kodingen. Siden leger vet at diagnosen ikke alltid viser til pasientens tilstand, vet de også at diagnosene ikke kan fungere som standardiserte mål på ressursforbruk og aktivitet. Fordi DRG-kodingen er koblet til diagnosesettingen, trekker systemet med seg egenskapene ved den. Systemet er avhengig av diagnosekodingen og er derfor ikke atskilt fra den medisinske diagnosesettingen. Usikkerheten ved diagnosene bygges inn i DRG-systemet og dets aktivitetsbeskrivelser. Samtidig videreutvikles systemet uten at systemets egenteori forandres. Dermed opprettholdes påstanden om at diagnosesettingen er en egen prosess som kommer forut for DRG-kodingen.

Dette er et tap-tap-forhold for både staten og den medisinske profesjon. Aktivitetsbeskrivelsene vil forbli ustabile. Samtidig fremstilles legene som profesjonsutøvere vi ikke kan stole på eller som aktører som ikke evner å lære seg DRG-instruksene. Fremstillingen av legene er vel heller et forsøk på å kontrollere dem og DRG-kodingen enn en reell beskrivelse av virkeligheten. Statens individualiserende fokus på å disiplinere legene til å kode «korrekt» bør dermed vike til fordel for mer oppmerksomhet omkring begrepsliggjøring av diagnosekodene i ICD-10 og systemets relasjon til klinisk arbeid. Gjennomgang av pasientjournaler viser at det er relativt dårlig samsvar mellom det som dokumenteres i journalen og hvordan dette uttrykkes gjennom kodeverk (9, 14, 15). Så lenge studier om denne tematikken opererer innenfor den samme markedsdiskursen som statens, vil de mest sannsynlig ikke overgå de løsninger og retningslinjer som i dag oppfattes som mulige. Det trengs flere bidrag om DRG-koding og fra andre perspektiver enn det markedsorienterte.

Gunhild Tøndel

gunhilt@stud.ntnu.no

Institutt for sosiologi og statsvitenskap
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7491 Trondheim

Jeg takker legeteamet som jeg fikk følge under datainnsamlingen i forbindelse med min masteroppgave, og som jeg av anonymiserende årsaker ikke kan identifisere nærmere. Takk til Ann R. Sætnan for veiledning og Jon Hovland for gjennomlesing av manuskriptet.

Litteratur

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Innsatsstyrt finansiering 2006. www.drginfo.no/ist/docs/Informasjonshette_ISF_2006.pdf [23.11.2006].
2. Tøndel G. Diagnoser og forhandling. DRG-systemets interaksjon med den medisinske diagnosesettingen. Masteroppgave i sosiologi. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2006.
3. Westin S, Fosse A. Kreativ diagnosekoding – en varslet skandale. Kronikk. Aftenposten 16.6.2003.
4. Gedde-Dahl S, Hafstad A. Pasientene fikk mer lønnsomme sykdommer. Aftenposten 3.7.2003.
5. Helsedepartementet. Kodeprosjekt i Helse Sør. Pressemelding nr. 19, 15.3.2003. <http://odin.dep.no/hod/norsk/aktuelt/presse/042071-070106/index-dok000-b-n-a.html> [26.4.2006].
6. Folge L. Diagnosejegerne. Dagens Medisin 12.7.2003.
7. Spilker HS. På jakt etter designernes skjulte tanker om brukerne. Trondheim: Senter for teknologi og samfunn, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2002.
8. Bowker GC, Leigh SS. Sorting things out. Classification and its consequences. Cambridge, MA: MIT Press, 1999.
9. Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene. Dok. 3: 7. 2005–2006. Oslo: Riksrevisjonen, 2006.
10. Collin F. Konstruktivisme. Frederiksberg: Samfundslitteratur, 2003.
11. Latour B. Science in action: how to follow scientists and engineers through society. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1987.
12. Law J. After method. Mess in social science research. London: Routledge, 2004.
13. Collins HM. Changing order: replication and induction in scientific practice. Chicago: University of Chicago Press, 1985.
14. Jørgenvåg R, Hope ØB. Kvalitet på medisinsk koding og ISF-refusjoner. I hvilken grad er journalgjennomgang et nyttig verktøy? Trondheim: SINTEF helse/Norsk pasientregister, 2005.
15. Jerzewski D. Diagnossättning – nyckeln till DRG. En epikristudie av 22 medicinklinikers diagnossättning. I: Kjellström T, Jerzewski, D, Hulter-Åberg K et al. DRG inom internmedicin. Erfarenheter med DRG från 22 internmedicinska kliniker i Sverige. Stockholm: Spri, 1994.

Manuskriptet ble mottatt 30.11. 2006 og godkjent 27.4. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.