



Ny versjon av sykdomsklassifikasjon og klassifikasjon av kirurgiske inngrep

REDAKSJONELT

ALVIK A

Som det siste av de nordiske land har Norge fra 1. januar 1999 innført den nyeste versjonen av den internasjonale sykdomsklassifikasjonen, ICD-10 (International Classification of Diseases) (1, 2), for somatiske sykehus og spesialisttjenester. Samtidig ble en ny klassifikasjon av kirurgiske inngrep, NCSP (NOMESKO Classification of Surgical Procedures) tatt i bruk. Den norske oversettelsen er ved Glen Thorsen (3) og erstatter "Klassifikasjon av operasjoner, 3. versjon", utgitt av Statens institutt for folkehelse i samarbeid med Statens helsetilsyn.

Den første internasjonale statistikkongress i Brussel i 1853 gav Jacques Bertillon i oppdrag, på bakgrunn av et utkast fra William Farr i 1837, å legge frem et forslag til et klassifikasjonsystem som skulle gjøre det mulig å foreta internasjonale sammenlikninger mellom dødsårsaker. I 1855 utarbeidet kongressen en liste over dødsårsaker på 139 kategorier. Senere er det foretatt en rekke revisjoner, og ordningen gikk over fra å være et system for registrering av dødsårsaker til et system for registrering av sykdommer. Siden 1946 har Verdens helseorganisasjon (WHO) hatt ansvaret for det internasjonale klassifikasjonsarbeidet. Den siste revisjonen, ICD-10, ble vedtatt av Verdens helseforsamling i mai 1990 og trådte i kraft fra 1993. WHO har senere vedtatt noen mindre endringer. Disse er innarbeidet i den reviderte utgaven som ble utgitt i september 1998.

Som medlem i FN og WHO er Norge forpliktet til å innføre siste versjon av ICD. Dette er viktig for at internasjonal helsestatistikk skal kunne sammenliknes. God statistikk om sykdomsforekomst i befolkningen og hva helsetjenesten arbeider med er nødvendig for at helsemyndighetene skal kunne drive forsvarlig planlegging, styring og tilsyn. Også medisinsk forskning er avhengig av god klassifikasjon og koding. Ved at man velger koder utover det som er obligatorisk, legger man forholdene til rette for kvalitetsfremmende arbeid gjennom utarbeiding av statistikk fra egen virksomhet.

Det er blitt hevdet at systemet er komplisert og lite brukervennlig, samt at det har vært knapp tid for legene til å lære det nye systemet (4). Gjennom tidligere bruk av ICD-9 og klassifikasjon av operasjoner skulle legene ha et godt utgangspunkt. Det er ingen strukturendringer i ICD-10. Under revisjonsarbeidet kom det frem mange forslag om ny struktur, men alle ble funnet å ha ulemper som veide tyngre enn fordelene. Den viktigste forskjellen mellom ICD-10 og tidligere versjoner er innføringen av et alfanumerisk

kodesystem, ved at første tegn er en bokstav som blir etterfulgt av tre tall til firetegnsnivået. Resultatet er en fordobling av antall diagnoser som kan plasseres innenfor koderammen.

Det er ikke noe som tyder på at det i nær fremtid kommer en ny versjon - ICD-11. Basert på erfaringer og utviklingen innen medisinen vil WHO foreta jevnlig revisjoner av ICD-10 tilrettelagt for regelmessig elektronisk oppdatering. WHO har strenge regler for endringer i ICD-10. Forslag om endringer eller tillegg skal sendes til et av WHO's Collaborating Centers. Norske forslag skal sendes Nordiskt WHO-center för klassifikation av sjukdomar i Uppsala. Etter innstilling fra en referansegruppe avgjør senterets styre hvilke forslag som skal fremmes for WHO. Norge er representert både i styret og referansegruppen.

Kortversjoner med lister hvor de viktigste kodene for spesialitetene er samlet, kan lette legenes arbeid. Helsemyndighetene har ikke planer om å lage slike versjoner. Det kan eventuelt være en oppgave for spesialforeningene å utarbeide slike kortversjoner, som kan bidra til mer lik praksis.

Siden både ICD-10 og NCSP danner grunnlaget for innsatsstyrt finansiering basert på diagnoserelaterte grupper (DRG), har mange hevdet at legene kan bli presset til å foreta taktiske kodinger for å sikre sitt sykehus størst mulig økonomisk uttelling. I det landsomfattende opplæringsprogrammet som Helsetilsynet i samarbeid med Kompetansesenter for IT i helsevesenet (KITH) gjennomførte i oktober 1998, er det lagt stor vekt på at legens oppgave er å komme frem til en medisinsk sett riktig koding. Hovedtilstanden bør alltid registreres først. Hvis det dreier seg om mer enn én tilstand, skal den mest ressurskrevende velges. Det er viktig å få med relevante bidiagnoser og de medisinske prosedyrer som er brukt. En faglig riktig koding vil i det lange løp ikke bare gi det beste grunnlaget for statistikk, men også gi den riktige og i praksis den beste økonomiske uttelling. Prinsippene for den økonomiske beregningen kan variere over tid, og forsøk på taktisk koding kan slå tilbake med en bumerangeffekt.

Det er et lederansvar å sikre at alle brukerne forstår ICD-10 og NCSP og - så langt det er mulig - koder likt og korrekt. Det bør settes mål for presisjonsnivå, innøves felles forståelse av termene og foretas regelmessig oppfølging i fagmiljøene. At leger har et bevisst forhold til klassifikasjon og koding av sykdomsårsaker, vil høyne presisjonen i det diagnostiske arbeidet og således bidra til å gi en bedre virkelighetsbeskrivelse av befolkningens helsetilstand og virksomheten i helsetjenesten.

Anne Alvik

LITTERATUR:

1. ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. revisjon. Utgitt av Statens helsetilsyn på oppdrag av Sosial- og helsedepartementet. Oslo: Elanders Forlag, 1998.
2. Opplæringsheftet. ICD-10. Helsetilsynets veiledningsserie. 5-96. Oslo: Statens helsetilsyn, 1996.
3. Klassifikasjon av kirurgiske inngrep 1999. Klinisk prosedyrekodeverk. Utgitt av Statens helsetilsyn og KITH på oppdrag av Sosial- og helsedepartementet etter tillatelse fra NOMESKO. Trondheim: Bjærum AS, 1999.
4. Sundar T. Tidspress gjør kodeverk til hodeverk. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4418-9.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no