

funnsmedisin og til planlegging og kvalitetssikring av helsetjenester.

– Blant annet ser vi at stadig flere allmennleger henter ut ICPC-basert statistikk fra egen praksis, dels av ren nysgjerrighet, men også i tilknytning til fagutvikling og videreutdanning, sier Anders Grimsmo.

ICPC-2 like rundt hjørnet

Det neste store steget i oppgraderingen av ICPC-systemet blir å sjøsette ICPC-2. Det skal etter planen skje 1. januar 2004. Etter denne datoen vil ikke Rikstrykdeverket godta at leger fortsetter å bruke ICPC-1 for sykmeldinger eller legereregninger. I dette revisjonsarbeidet har Kompetansesenter for IT i helsevesenet (KITH), som vedlikeholder medisinske og administrative kodeverk, en sentral rolle.

– ICPC-2 vil inneholde en komplett revisjon av den systematiske og alfabetiske utgaven samt et nytt søkeverktøy. Kodeverket vil foreligge i både bokutgave og elektronisk utgave. En kortversjon med en konverteringstabell fra ICD-10 til ICPC-2 hører også



Arnt Ole Ree

med, sier prosjektleder Arnt Ole Ree ved KITH.

– Hvorfor trengs det en revisjon?

– Leger i primærhelsetjenesten trenger et best mulig kode-system for å registrere diagnoser, føre medisinsk statistikk og få oversikt over egen praksisprofil. ICPC-2 blir mer spesifikk enn dagens ICPC-1. Noen diagnosekoder vil utgå eller bli slått sammen med andre, mens enkelte vil bli splittet opp i flere nye, sier Ree.

Han påpeker at bruken av konverteringstabeller og andre endringer vil kreve store tilpasninger i lokale IT- og datajournalsystemer. På den annen side vil muligheten for å samkjøre ICPC-2 og ICD-10 være et viktig verktøy for evalueringen av fastlegeordningen og for prosjekter knyttet til elektroniske henvisninger og epikriser.

– Tom Sundar, *Tidsskriftet*
tom.sundar@legeforeningen.no

— fakta —

ICPC oppgraderes

Følgende endringer er gjort i ICPC-versjon 1.4 som gjelder fra 1. juni 2002:

– Den elektroniske søkeordlisten er fordoblet til 6 000 rader

– Kode A18 utgår

– MSIS-koder på firetegnsnivå er revidert og tilbakeført til opprinnelig ICPC-kode på tretegnsnivå (for eksempel U721 til U72), ettersom summarisk meldeplikt for smittsomme sykdommer har opphørt. Koder som går ut, er D731, R801, R831, S101, S731, U721, X741, X991, Y741 og Y991.

– De eneste gyldige firetegnskodene er nå W301 (cytologisk undersøkelse) og X311 (svangerskapskontroll), altså koder fastsatt av Rikstrykdeverket.

Les mer: www.kith.no/kodeverk/icpc/

Ti år med ICPC i Norge

International Classification of Primary Care (ICPC) er et internasjonalt kode- og klassifiseringssystem for primærhelsetjenesten. Systemet brukes til å registrere helseproblemer så vel som kontaktårsaker, samt diagnoser og behandlingsvalg.

I 1978 tok Verdens helseorganisasjon initiativ til å utarbeide ICPC. Begrunnelsen var at primærhelsetjenesten hadde behov for et klassifikasjonssystem som vektla symptomer, plager og funksjonsevne, i motsetning til den tradisjonelle ICD-klassifikasjonen som var tuftet på medisinske undersøkelser og data fra sykehus.

I 1992 ble ICPC tatt i bruk i primærhelsetjenesten i Norge, etter påtrykk fra Rikstrykdeverket. Hensikten var å få et enhetlig system for koding av diagnoser på legeregningskort og sykmeldinger. ICPC benyttes også i allmennpraksis for diagnoseregistrering i journalnotater og kontaktregister.

Alle nordiske land benytter ICPC, med unntak av Sverige, som har utarbeidet en forkortet versjon av ICD-10 til bruk i primærhelsetjenesten. Verdens helseorganisasjon og WONCA drøfter et formalisert samarbeid for å videreutvikle og koordinere de to klassifikasjonene.

En av tre diagnosekoder er feil

Medisinsk kodepraksis ved norske sykehus holder ikke mål, er konklusjonen i en rapport fra Riksrevisjonen. Det har økonomiske konsekvenser.

En undersøkelse som Riksrevisjonen nylig gjorde ved tre store sykehus i ulike fylker og helseregioner, viser at oppunder 35 % av pasientoppholdene var registrert med feil hoveddiagnose (1). For hvert femte tilfelle førte det til endret DRG-refusjon innenfor ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF) (2), som innebærer at sykehusene får betalt for hver behandlet pasient.

Feilbruk

Rapporten understreker at medisinsk kodepraksis har betydning for refusjonen sykehusene mottar, og kan dessuten på en utilsiktet måte påvirke hvordan ulike pasientgrupper blir prioritert. En vanlig feil er at hoveddiagnoser blir endret til bidiagnoser,

eller omvendt. Det er også avdekket feil bruk av diagnosekapitler og diagnosekategorier innenfor ICD-systemet, som er det klassifikasjonssystemet sykehusene bruker. Videre fremgår det at i bare 10 % av skadetilfellene er den medisinske kodingen utført på en adekvat måte.

Norske sykehus har for dårlig informasjon om ventelistepasienter, ressursutnyttelse og behandlingskvalitet, ifølge Riksrevisjonen, som påpeker at slik informasjon er nødvendig for en effektiv drift av sykehusene og for at de skal kunne utnytte potensialet i ISF-ordningen. Et av flere tiltak som blir foreslått, er å sikre sykehuslegene en bedre opplæring i å bruke medisinske koder.

– Tom Sundar, *Tidsskriftet*
tom.sundar@legeforeningen.no

Litteratur

1. Dok. nr. 3: 6 (2001–2002) Riksrevisjonens undersøkelse av innsatsstyrt finansiering av somatiske sykehus. Oslo: Riksrevisjonen, 2002.
2. Nesje SB. Riksrevisjonen påpeker svikt i finansieringssystemet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 741.

Livial® (tibolon) gir mastalgi på placebonivå og ingen økt mammografisk tetthet^(1,3)



For preparatomtale og referanser se side 1384

LIV/0222/N