

Økonomiske argumenter og premisser får en stadig større plass i den medisinske hverdagen. Er dette en ønsket utvikling eller en fare for pasientene?

## Epikrisen – faktura eller medisinsk dokument?

To artikler i dette nummer av Tidsskriftet berører svært aktuelle prinsipielle spørsmål: Mishra og medarbeidere omtaler kirurgiske inngrep hos pasienter med alvorlig blødersykdom (1). Dette er kostbar behandling til en liten gruppe, og finansieringssystemet gjør at disse pasientene blir «ulønnsomme» for sykehuset. Spørsmålet reises derfor om personer i denne gruppen kan prioriteres til behandling, siden det er risiko for budsjettsprekke på avdelingen. I den andre artikkelen beskriver Aardal og medarbeidere forholdene ved et universitetssykehus der epikrisene er mangelfulle i forhold til medisinsk informasjon og koding av diagnoser og prosedyrer (2).

Leger må ta stilling til spørsmål om prioritering og medisinsk dokumentasjon i et system med begrensede ressurser og økende vekt på økonomi. Grunnleggende synspunkter om ledelse og organisering av sykehusene er da en viktig basis i diskusjonen. Det perfekte finansieringssystemet for helsevesenet finnes neppe. Problemer dukker opp når man på individnivå begynner å regne på lønnsomheten. Det kan føre til at pasienter som åpenbart behøver hjelp, ikke får det, og at mennesker som kanskje ikke behøver det, får for mye og unødvendig behandling. Det finnes også eksempler på at det bygges opp virksomheter med utgangspunkt i «lønnsomme pasientgrupper», slik som tilbud om snorkeoperasjoner, enklere dagkirurgiske inngrep etc., som endrer service-tilbudet og prioriteringen av ressursene. Utdanning av fremtidens spesialister blir da lett salderingspost, fordi utdanningsaktiviteter ikke gir DRG-poeng. Den angivelig høye effektiviteten som private helseaktører argumenterer med, kan ofte ha sin årsak i pasientseleksjon og tilpasning. Dette skaper ytterligere vansker med å finne gode løsninger.

Mange leger er frustrert over glidningen fra medisinsk til økonomisk argumentasjon. Er kveldspoliklinikken «lønnsom», er den OK, er den det ikke, får pasientene heller vente. I praksis vil det si at faglighet og kvalitet og i ytterste konsekvens forsvarlighet settes til side. Det er dette som gjør artikkelen til Mishra og medarbeidere så aktuell. De beskriver jo nettopp en liten gruppe pasienter som krever en høyspesialisert behandling der DRG-systemet ikke passer (1). Vi kan ikke slutte å behandle pasientene av den grunn, selv om avdelingens budsjett går i minus. Eller kan vi det? Hvor er Lønning-utvalgets (3, 4) prioriteringsutredninger? Sykehuseier har ansvar for å finne løsninger i den interne fordelingsprosessen, løsninger som ivaretar alle pasientgrupper som behøver medisinsk behandling, uavhengig av finansieringssystemene.

Epikrisen, som er tema for artikkelen til Aardal og medarbeidere (2), skal være en måte å oppsummere pasientens utredning og behandling under sykehusoppholdet på, i tillegg til å gi viktige beskjeder om videre oppfølging og tiltak. Spesielt for primærlegene, men også for sykehuslegene, er epikrisens innhold avgjørende for de valg som tas videre. Med økt oppmerksomhet på såkalt rett koding for at sykehuset og avdelingen skal få høyest mulig inntekter kan man lett komme til å gjøre alvorlige feil. I utgangspunktet er de medisinske diagnose- og prosedyrekodene ganske eksakt definert (5, 6), selv om det i praksis ikke alltid er så enkelt. I slike situasjoner må man holde seg til en medisinsk argumentasjon for hvilke koder som velges.

Rett koding er viktig av mange grunner. Om man stikker om på kodene, utelater eller setter irrelevante koder, blir den medisinske statistikk, f.eks. Norsk pasientregister, Kreftregisteret og liknende, feil. Politikerne risikerer da å ta strategiske beslutninger bygd på uriktig saksgrunnlag. Det neste som kan skje, er at epikrisen blir villedende, fordi leserne vil oppfatte kodene som en kortversjon av epikrisen. Har man da tillagt pasientene irrelevante eller feil diagnoser og prosedyrer eller har utelatt noe, vil den legen som skal bruke dataene, løpe en risiko for å gjøre alvorlige feil. I ytterste konsekvens kan dette ha fatale følger for pasienten.

Utviklingen er i ferd med å føre oss fra en medisinsk orientert ledelse til en mer og mer økonomisk orientert ledelse. Det er ikke lett å se hvor dette bærer hen. Som leger må vi være oss bevisst vår rolle i forhold til hva som er medisinske og hva som er økonomiske premisser. Ofte er det ingen motsetning mellom disse, men der det er det, må man være klar over det. De fleste politikere og pasienter forventer at legene, uansett posisjon, gjør en medisinsk vurdering til pasientens beste og i tråd med de krav loven stiller. Dermed er det ikke sagt at legene ikke skal ha et helhetssyn. Tvert imot. Men uten medisinsk innsikt vil økonomiske og andre hensyn lett bli førende. Derfor er det viktigere enn noensinne at legene innehar ledende posisjoner i sykehus og helseforetak.

Epikrisene må bli bedre og kodingen i tråd med de medisinske vurderingene. Det er den legen som skriver epikrisen som er ansvarlig for innholdet. Det som mangler, er støttesystemer og samordning som gjør dette arbeidet lettere. Tydelig ledelse med enda større oppmerksomhet rettet mot hele behandlingsskjeden og tilrettelegging slik at legene kan gjøre det de kan og skal, er avgjørende. Noen av styringssystemene ved dagens sykehus er ikke laget med tanke på samordning og brukervennlighet. Epikriser og prioritering må fortsatt ha medisinsk forankring, og legene må være seg bevisst sitt ansvar og sin rolle. Den økende vektleggingen av økonomi kan føre til at det blir viktigere å telle antall behandlede pasienter, antall korridorpatienter, antall DRG-poeng og antall publiserte artikler enn å se på grunnleggende kjerneverdier i kvalitetsarbeidet.

**Tom Glomsaker**  
tom@glomsaker.no

*Tom Glomsaker (f. 1960) er spesialist i generell og gastroenterologisk kirurgi og har mastergrad i helseadministrasjon fra Universitetet i Oslo. Han arbeider som seksjonsoverlege ved Stavanger universitetssykehus og er nestleder i Norsk kirurgisk forening. Han har tidligere vært sykehusdirektør, klinikkdirektør, avdelingssjef og avdelingsoverlege.*

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

- Mishra V, Paus AC, Tjønnfjord GE. Kirurgi ved alvorlig blødersykdom – kostbar behandling til en liten pasientgruppe. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 883–5.
- Aardal S, Berge K, Breivik K et al. Epikriser, DRG og intensivpasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 903–6.
- Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsevesen. NOU 1987: 23.
- Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. NOU 1997: 18.
- ICD-10. Norsk utgave, 10. revisjon. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, med tillatelse fra Verdens helseorganisasjon, 2005: 1448–82.
- Klassifikasjon av kirurgiske inngrep. Klinisk prosedyrekodeverk. Veiledning. Trondheim: Statens helsetilsyn og Kompetansesenter for IT i Helsevesenet A/S på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet, med tillatelse fra NOMESKO, 1999: xiii-xxiii.