

Økt engasjement i fagmiljøene sikrer god kodekvalitet

Representanter for en rekke spesialforeninger, helseforetak og myndigheter møttes i mars til den årlige DRG-konferansen i regi av Legeforeningen og SINTEF Helse.

Tema for konferansen var denne gang medisinsk klassifisering, DRG (diagnoserelaterte grupper) og innsatsstyrt finansiering. Formålet med konferansen var foruten generell informasjon om medisinsk klassifisering, bl.a. å bidra til økt engasjement i fagmiljøene slik at innspill fra disse kan bringes til myndighetene for videreutvikling av DRG-systemet og innsatsstyrt finansiering. Inneggene fra konferansen kan lastes ned fra SINTEF Helses Internett-sider (1).

Utpeker kodeansvarlig overlege

Konferanseledelsen hadde invitert kontorsjef Poul Erik Hansen fra DRG-enheten i den danske Sundhedsstyrelsen, til å orientere om danske erfaringer med DRG-systemet.

– Danskene hadde ikke mye tro på at DRG ville virke da man startet med dette i Danmark på midten av 1990-tallet, sa Hansen. – Erfaringene så langt er imidlertid at de impliserte parter rapporterer om et faglig meget givende samarbeid, og det er etablert et felles eierskap til DRG-systemet.

En styringsgruppe med representanter for Foreningen Af Speciallæger, Amdsrådsforeningen, DSI – Institut for Sundhedsvæsen, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet ble våren 1997 nedsatt for å få en klinisk vurdering hele DRG-systemet med særskilt fokus på klinisk meningsfulle grupper og ressurshomogene grupper. Etter styringsgruppens gjennomgang av DRG-utviklingen er vil man ha økt fokus på samspillet mellom klinikk og økonomi. Organiseringen skal skje med deltakere fra de klinisk vitenskapelige selskaper, en økonomisk ansvarlig overlege som skal representere hver av de fem regionene (Danmark innfører regioner fra 2007), en representant for administratorene hos sykehuseierne samt DRG-enheten (formannskap og sekretariat). Det er utpekt en kodeansvarlig overlege på sykehusavdelingene.

Gruppen skal ha ansvar for DRG-systemets grupperingslogikk. Grupperingen kan endre seg, sa Hansen. – Kommer det en ny kode undersøker vi om koden kan plasseres inn i grupperingslogikken. Justering av grupperingen skjer en gang hvert kvartal (2).

Enhetlig strategi

Ola Kindseth fra SINTEF orienterte kort om DRG-utviklingen og om konsensus-

arbeidet i Norge. – Vi startet opp et kvalitetsprosjektet i 2004 med fokus på ICD 10 og prosedyrekoder, kvalitet i DRG (sekundær klassifisering som bygger på den primære registrering av koder og kvalitet i innsatsstyrt finansiering (ISF) for å etablere gode rutiner for oppretting av feil og mangler, sa han.

Status i kvalitetsprosjektet per mars 2006 er at det er igangsatt et samarbeid med 15 ulike spesialiteter. Det er utarbeidet grunnlagsdokumenter, det er etablert faste møter med styret, kodeutvalg eller DRG-utvalg, forslag til kodeveiledning, DRG og ISF-enderinger. Dette blir tatt videre til nasjonale og nordiske ekspertgrupper og beslutningsorganer. Vi arbeider for en enhetlig bruk av de medisinske primærkodeverkene, et oppdatert og forankret DRG-system og en vel fungerende og forankret ISF-ordning. Dette krever imidlertid en enhetlig strategi for en kontinuerlig kvalitetsprosess som involverer de sentrale helsemyndigheter og deres fagmiljø, helseforetakene og de medisinsk-faglige miljø.

Kodekvalitet ved helseforetakene

Styret og ledelsen i helseforetakene har det overordnede ansvaret for at regelverket for nasjonal koding etterleves, og for å etablere systemer som sikrer en god kontroll med foretakets måloppnåelse, økonomi og ressursbruk. En god kodekvalitet er viktig for å ivareta dette ansvaret, sa Børre Fylling fra Riksrevisjonen da han presenterte noen av resultatene fra Riksrevisjonens undersøkelse av kodevaliteten ved helseforetakene. Riksrevisjonen mener at det samlet sett er knyttet stor usikkerhet til kvaliteten på de medisinske kodene som dannet grunnlaget for finansieringen av de regionale helseforetakene i 2003.

De fleste sykehusene bruker DRG-systemet til å finansiere avdelingene, sa Fylling. En god kodekvalitet vil sikre en bedre pasientstatistikk, og dersom det utvikles systemer og rutiner som sikrer dette, kan helseforetakene oppnå en bedre økonomistyring, inkludert bedre kostnadskontroll og mer effektiv ressursutnyttelse. Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité anser at tilliten til ISF som finansieringssystem er helt avhengig av at kodingen av diagnoser foregår korrekt i helseforetakene.

Riksrevisjonen har nylig gjennomført en

undersøkelse for å kartlegge hva som er årsaken til den dårlige kodekvaliteten. Undersøkelsen omfatter en dokumentanalyse av regelverk, rutiner og styringsdokumenter ved 14 sykehus, et spørreskjema til 800 leger og intervjuer med 43 personer ved sju av sykehusene. Ifølge undersøkelsen har innføring av ISF ført til en bedre kodekvalitet.

Mangler systematisk opplæring

Det er flere årsaker til at regelverket for koding ikke etterleves. I følge undersøkelsen opplyser hver tredje lege at de ikke har fått systematisk opplæring i regelverket, at mange ikke har oppdatert kompetanse i regelverket, at opplæringen bør bli bedre koordinert og mer systematisk, og at mange leger sjelden eller aldri får tilbakemelding på kodingen. 40 % av legene svarer også at de ikke kjenner godt til veiledningsmaterialet i ICD-10 boken. Enda flere kjenner ikke godt til annet veiledningsmateriale, og mange leger kjenner ikke til sentrale prinsipper for koding.

Nesten halvparten svarer at dette er en viktig årsak til svak kodekvalitet. Mange leger bruker kortliste som et hjelpemiddel i kodearbeidet og bruk av kortlister kan også være en forklaring på svak kodekvalitet.

Kodingen og kvalitetssikringen er ofte på etterskudd. Flere sykehus mangler rutiner som sikrer at alle relevante bidiagnoser og prosedyrer blir kodet. Kvalitetssikring av kodingen bør være en driftsoppgave. Datastyrte kontroller utenfor avdelingen bør være et supplement til kvalitetssikring i avdelingen.

Konsekvenser av svak kodekvalitet

Konsekvensene er at man ikke etterlever nasjonalt regelverk for koding. Det svekker kvaliteten på pasientstatistikken til bruk i styring og forskning og det svekker kvaliteten på ledelsesinformasjon vedrørende økonomi og aktivitet. Samtidig påvirker det ressursfordelingen både mellom helseforetak og internt i helseforetakene på en utilsiktet måte.

Lise B. Johannessen

lise.berit.johannessen@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk

Litteratur

1. http://www.drginfo.no/drg/Soria%20Moria%202005/program%20og%20pres_mars_2006.htm (25.4. 2006).
2. http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/DRG.aspx?lang=da (25.4. 2006).