

# DRG 483

## Tanker om andre løsninger for finansiering av intensivmedisinen

Sidsel Aardal,  
Spesialrådgiver, dr. med.  
Helse Bergen



# DRG 483

Tracheostomi ekskl. for sykd. i ansikt, munnhule eller hals

- DRG-vekt 34,099
- $\text{kr.}42081 \times 34,099 = \text{kr.}1434920$
- $50\% = \text{kr.}717460$

# Indikasjon for tracheostomi

- Pas. som respiratorbehandles lenge, har mye slim, irriteres av en tube i munnen.
- Avvending fra respirator,
- Bevisstløse som ikke holder fri luftvei, men som ikke trenger intensivbehandling
- Respirasjonssvikt av andre årsaker

# Kontraindikasjon for tracheostomi

- Pasienter som skal ligge i bukleie
- Barn
- Brannskadepasienter
- En del andre pas.

# Hva er galt med DRG 483?

- Refusjonen sier ikke noe om hvor syk pasienten er, og ikke noe om hvilke ressurser man har brukt på behandlingen.
- Ikke sjelden blir pasientene tracheostomert når de ikke klarer å holde fri luftvei, og man ønsker å flytte dem til et lavere behandlingsnivå fordi man trenger intensivplassen til noen som er enda sykere.

# Tracheostomi av intensivpasienter

- For å utføre en perkutan tracheostomi trenger man en sykepleier, 2 anestesileger, evt. en anestesilege og en ØNH-lege i ca. 30 minutter samt en sykepleier.
- Inngrepet kan gjøres i seng, ikke på op. stue
- Engangsutstyret koster ca. kr. 2000
- Lettere å trene pas. av respirator, sug opp slim og pas. har mindre ubehag enn med en tube.

## Eksempel på hvorfor man bør endre gruppering av koding av intensivpasienter

- Pas. innlegges på sykehus A med en skade i nakken, og lammelser fra halsen og i armer og ben. Operert og tracheostomert. Flyttes til hjemsykehus på dag 3. DRG 483.
- Kommer til sykehus B med infeksjon i lungene, er respiratortrengende og fortsatt ustabil sirkulatorisk, lam fra halsen og ned.

# Forts.

- Intensivtrengende fortsatt i 2 – 3 uker.
- Pas. puster ikke selv.
- Starter etter hvert med tilpassing av «hjemmerespirator»
- Trenger stell på høyt nivå for å unngå trykksår etc. Må snues hver 3. time!
- Overføres til spinalenhet for kompleks, sekundær rehabilitering i 6 – 18 måneder!
- DRG 487 signifikant multitraume, vekt 2,289 + tillegg for liggetid?



# Nekrotiserende fasciitt M72.6

- Mann f.68
- Innlagt med smerter, diffust utslett på legg
- Septisk, med sjokk.
- Opereres x mange, fjerner nekroser, transplanterer hud til slutt.
- Respirasjonssvikt, nyresvikt, benmargssvikt.
- Respirator, hemofiltrasjon, diverse trans-fusjoner av plasma, blod, trombocytter

# Forts.

- Tiltagende lungeproblemer.
- Oscillerende behandling og bukleie
- Over 2 måneders opphold intensiv
- DRG 263 vekt 5,780?

# Kreft i bukspyttkjertel C25.0

## + I25.2, Z85.5

- Operert JLC30
- Etter 6 dg. T81.0, JWE00, JKA04
- J95.2, GXAV01
- Etter noen dager T81.3, R65.1, R57.2, I50.9, JWF00, JKA03
- Nyresvikt og benmargssvikt
- Hemofiltrasjon og transfusjoner
- DRG191B vekt 5,822

# Andre muligheter

- Bruke de koder som allerede finnes
- SOFA-score (som uttrykk for alvorlighet av sykdom) rapporteres nå fra alle intensivavdelinger til Norsk intensivregister
- Lengden av behandlingen, ikke intensivoppholdet må inn

# Organsvikt

- Respirasjonssvikt: GXAV01, GXAV24, GXGX00
- Nyresvikt: RXGD05, KAGD47
- Sirkulasjonssvikt: I50.0-9, R57, WBGM00 + ATC
- Koagulopati: RKGM00, RTGG00, RPPGG05
- Leversvikt: Graden avhengig av lab.-verdier
- Cerebral svikt: R40.2, F05.8, G00.0-9, skader etc.

# Generell ressursbruk

- Pasienter som trenger 1 sykepleier kontinuerlig døgnet rundt (intuberte respiratorpasienter)
- Der hvor en sykepleier kan passe 2 -3 pasienter
- Strengt isolerte pasienter, Z29.0, WLGX50, forsterket kontaktsmitte og luftsmitteisolasjon

# Oppsummering DRG 483

- Intensivmedisinen bør ikke være avhengig av tracheostomi eller ikke
- Kan føre til at man enten tracheostomerer for tidlig, eller der det ikke skulle vært gjort.
- DRG-vekten må speile både hvor syk pasienten har vært og hvilke ressurser som har vært brukt