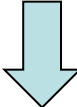




Dokumentasjonskrav i forbindelse med medisinsk koding

Øystein Hebnes, avdeling standardisering

Koder er ikke primærdokumentasjon

- Både prosedyrekoder og diagnosekoder er omtrentlige og noen ganger svært upresise beskrivelser av tilstander og tiltak
 - Diagnose: cerebellart infarkt etter trombose i a. cerebelli superior
- 
- Kode: I63.3 Hjerneinfarkt forårsaket av trombose i hjernearterier
- Koder har ikke som hensikt å formidle medisinsk informasjon mellom behandlere

Koder er ikke primærdokumentasjon

- Om mulig bør kodeteksten endres til å bli mest mulig presis ved registrering:
 - ~~I63.3 Hjerneinfarkt forårsaket av trombose i hjernearterier~~
I63.3 Cerebellart infarkt etter trombose i a. cerebelli superior
- Endrede kodetekster kan bare bli synlige i datasystemet lokalt samt i dokumenter som sendes ut, ikke i NPR sine data fordi NPR-meldingen ikke inneholder kodetekster
- Endring av kodeteksten gjør det tydelig hva man har kodet og letter etterkontroller av koding og bruk av data lokalt

Koder er ikke primærdokumentasjon


- Koder er likevel svært viktige pga. sine bruksområder. I tillegg til at koder har verdi lokalt og regionalt skal NPR-data brukes til:

Hovedformål - å danne grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester, herunder den aktivitetsbaserte finansieringen

Tilleggsformål - bidra til medisinsk og helsefaglig forskning, herunder forskning som kan gi viten om helsetjenester, behandlingseffekter, diagnoser, og sykdommers årsaker, utbredelse og forløp og forebyggende tiltak

- danne grunnlag for etablering og kvalitetssikring av sykdoms- og kvalitetsregistre
- bidra til kunnskap som grunnlag for forebygging av ulykker og skader

Hva kan registreres i NPR?

- Merknad til NPR-forskriften:
 - *Til § 1-2 Norsk pasientregisters formål*
 - (...) Det er hovedformålet som er bestemmende for hvilke opplysninger som kan registreres i Norsk pasientregister. Dette innebærer at registeret ikke kan utvides til å inneholde andre opplysninger selv om disse opplysningene ville være relevante og nødvendige for å ivareta for eksempel forskningsformål.
 - *Til § 1-6 Opplysninger i Norsk pasientregister*
 - (...) Det er bare de opplysninger som er relevante for den behandling man har fått som kan og skal registreres i Norsk pasientregister. (...)
- 
(«behandling» må her forstås som «helsehjelp»)

Hovedtilstand og andre tilstander

- Det er andre tilstander enn hovedtilstanden som kan skape hodebry mht. dokumentasjon og relevans for oppholdet
- **Hovedtilstanden** er den tilstanden som helsehjelpen hovedsakelig er gitt for under oppholdet eller konsultasjonen. Hvis mer enn én tilstand kan være aktuell, velges den som har krevd mest behandlingsressurser medisinsk sett

Andre tilstander

- tilstander som eksisterer samtidig med hovedtilstanden *eller* som utvikler seg i løpet av behandlingsperioden
og
som blir gjenstand for undersøkelse og behandling, som det må tas hensyn til eller som får konsekvenser for behandlingen av pasienten
- (eng.) *those conditions that coexist or develop during the episode of health care and affect the management of the patient. Conditions related to an earlier episode that have no bearing on the current episode should not be recorded*

Andre tilstander – tilleggsregler

- Symptomer som vanligvis følger med en tilstand skal som regel ikke tas med som egne tilstander, f.eks. smerte ved brudd eller appendisitt og hoste ved nedre luftveisinfeksjoner.
- Når en tilstand er kjent fra før og man bare opprettholder vanlig behandling uten å vurdere eller gjøre nye undersøkelser av tilstanden, skal den i utgangspunktet ikke velges som hovedtilstand. Den skal også bare tas med under andre tilstander dersom den har vært av betydning for helsehjelpen som er gitt under oppholdet.
- Hva er det å ha hatt betydning under oppholdet?

Andre tilstander – relevans i seg selv

- En tilstand kan være relevant i kraft av seg selv, eller i forhold til andre tilstander.
- Tilstander som diagnostiseres under oppholdet er åpenbart relevante, enten de oppstod under oppholdet eller var til stede fra før men ikke diagnostisert tidligere.
- Kjente tilstander som behandlingen endres for er relevante, f.eks. hypertensjon tidligere behandlet med diuretikum der man skifter til ACE-hemmer pga. forhøyet kreatinin eller proteinuri.

Andre tilstander – relevans i seg selv

- Kjente tilstander der behandlingen ikke endres, men der det utføres mer enn rutinemessige kontrollundersøkelser for tilstanden er relevante.
- Eks: Hypertoni som kontrolleres med vanlig BT-måling er i utgangspunktet ikke relevant, men dersom det gjøres ekkokardiografi pga. mistanke om venstre ventrikelhypertrofi i EKG er den relevant (EKG i seg selv er ofte rutineundersøkelse hos mange pasienter).

Andre tilstander – relevans i seg selv

- Eks: Diabetes som behandles uendret vil neppe være relevant med mindre den får betydning i forhold til andre tilstander. Selv om det føres enkel blodsukkerkurve er dette ikke vesensforskjellig fra hva de fleste pasienter gjør hjemme. Dersom det derimot må gjøres spesielle tiltak, som å gi glukoseinfusjon evt. med insulin i en fasteperiode, har man tatt hensyn til sykdommen, og den er da relevant for oppholdet.

Andre tilstander – relevans i seg selv

- Eks: Hypotyreose der man kun kontrollerer hormoner uten at behandling endres er et av de vanligste eksempler på annen tilstand som feilaktig tas med. Endrer man derimot tablett dosen under oppholdet er dette relevant.

Relevans i forhold til andre

- Når en tilstand medfører ekstra undersøkelser eller endret behandling av en annen tilstand er den relevant.
- Eks: revmatoid artritt får betydning ved andre tilstander når disse behandles i intubasjonsnarkose dersom det tas rtg. cervikalkolumna på forhånd for å vurdere atlantoaxial glidning.
- Når en tilstand påvirker valg av behandling av en annen tilstand, vil den første tilstanden tilsvarende være relevant selv om den ikke hadde vært relevant i seg selv.

Hva kreves av dokumentasjon?

- Kanskje det vanskeligste å svare på. Ingen offisielle regler eller fasit for akkurat dette. Journalforskriften er til noe hjelp:
 - § 8. (Krav til journalens innhold)
 - Pasientjournalen skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige:
 - e) Bakgrunnen for helsehjelpen, opplysninger om pasientens sykehistorie, og opplysninger om pågående behandling.
Beskrivelse av pasientens tilstand, herunder status ved innleggelse og utskriving
 - f) Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette. Plan eller avtale om videre oppfølging.
 - h) Overveielser som har ledet til tiltak som fraviker fra gjeldende retningslinjer.

Journalforskriften

Arbeidsdokumenter, pasientens egendokumentasjon, røntgenbilder, video- og lydopptak mv. er å anse som del av journalen inntil nødvendig informasjon er nedtegnet på forsvarlig måte.

Merknad til § 8:

I henhold til helsepersonelloven § 40 første ledd første punktum skal journalen føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i eller i medhold av lov.

Journalen skal først og fremst være et redskap for å sikre at pasientene får forsvarlig helsehjelp, men har også andre funksjoner. Journalen vil blant annet være av stor bevismessig betydning i forbindelse med eventuelle tilsynssaker og erstatningssaker for feilbehandling eller lignende.

Journalforskriften

Til første ledd bokstav h:

Når det settes i verk behandlingstiltak som fraviker gjeldende retningslinjer er det et særlig behov for å dokumentere hvorfor slik behandling er iverksatt. Av journalen skal det derfor fremgå at tiltaket fraviker retningslinjene og hvilke overveielser som har ledet frem til bruk av et slikt tiltak.

- Kort sagt: journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, og behandlingstiltak som fraviker gjeldende retningslinjer skal dokumenteres særskilt.
- Dessuten er journalen et juridisk dokument som kan ha stor bevismessig betydning.

Dokumentasjon

Ut fra det foregående kan vi fastslå følgende i forhold til dokumentasjon av tilstanders relevans for helsehjelpen:

- Dersom en tilstand bare er kodet i epikrisen men ikke nevnt i journalen er den ikke dokumentert og skulle ikke vært tatt med.
- Behandling ved innleggelsen og under oppholdet skal dokumenteres. Dermed fremgår det (evt. av kurve) om tilstander har fått endret behandling, og dermed har relevans.
- Når man fraviker gjeldende rutiner for behandlingstiltak for en tilstand skal dette dokumenteres i journalen. Hvis dette skyldes en annen tilstand pasienten har, vil denne andre tilstanden tydelig være relevant og skal tas med som annen tilstand.

Dokumentasjon

- Når alt kommer til alt er det ikke praktisk mulig å gi detaljerte regler som dekker alle situasjoner for dokumentasjon av relevans.
- Det er god legeskikk og folkeskikk å rutinemessig etter beste evne dokumentere det man gjør av betydning, både for en selv, pasienten, annet helsepersonell og av juridiske årsaker.
- Sørger man for å dokumentere det man mener er relevant under oppholdet, inkludert vurderinger som foretas, bør dette svært langt på vei gjøre det mulig både å velge riktig hovedtilstand og andre tilstander.

Dokumentasjon

Sagt på en svært enkel måte:

Andre som leser journalen må ut fra journalen skjønne:

- hva som er gjort og hvorfor det er gjort
- for hver tilstand som er kodet:
hvorfor denne tilstanden har hatt betydning/hvilken betydning den har hatt for oppholdet

Noen eksempler

Følgende eksempler er fra journalrevisjon av korrekt koding utført av KITH 2009 på oppdrag fra Riksrevisjonen.

Noen eksempler

Innleggelse for lukket proksimal tibiafraktur. Operert 3 ganger for losjesyndrom.

Før revisjon:

1. Lukket proksimal tibiafraktur

Etter revisjon:

1. Losjesyndrom
2. Lukket proksimal tibiafraktur

En større del av oppholdet gikk klart med til behandling av losjesyndromet enn frakturen.

Noen eksempler

Setefødsel gjennomført manuelt ved hjelp av Løvseths manøver uten komplikasjoner.

Før revisjon:

1. Omsorg for og behandling av mor ved seteleie hos foster (O32.1)
2. Enkeltfødsel, levendefødt (Z37.0)

Etter revisjon:

1. Enkeltfødsel, levendefødt
2. Omsorg for og behandling av mor ved seteleie hos foster

Oppholdet dreide seg hovedsaklig om fødselen og vanlige prosedyrer før/under/etter denne, ikke behandling ved seteleie/setefødsel.

Noen eksempler

Pasient med kjent atrieflimmer innlagt og observert for farlig høy INR.

Før revisjon:

1. Atrieflimmer

Etter revisjon:

1. Legemiddelforgiftning med Marevan
2. Atrieflimmer

Det var ikke pasientens atrieflimmer som stod i fokus, det var et potensielt livstruende høyt medikamentnivå i serum

Noen eksempler

Pasient med urethrastriktur som følgetilstand etter tidligere behandling. Innlagt pga. urinretensjon. Forsøk på suprapubisk kateterinnleggelse ga påfølgende betydelig blødning/hematom i forbindelse med innstikket og posthemorrhagisk anemi. 4 dagers opphold.

Før revisjon:

1. Urethrastriktur
2. Urinretensjon
3. Skade på urinblære (S-kode)

Etter revisjon:

1. Iatrogen blødning/hematom (T-kode)
2. Urethrastriktur
3. Urinretensjon
4. Posthemorrhagisk anemi

Noen eksempler

Pasient innlegges og utskrives samme dag etter å ha hatt hjertebank hjemme, ikke EKG-registrert. Hjertesvikt angitt under tidligere sykdommer, men i journalen ingen dokumentasjon av at dette er vurdert eller tatt hensyn til under oppholdet. EKG-registrering på sykehuset viser en enkelt VES.

Før revisjon:

1. Hjertesvikt

Etter revisjon:

1. Palpitasjoner
2. Ventrikulær ekstrasystole

Noen eksempler

4 ukers innleggelse for ca. prostatae med skjelettmetastaser. Første tre uker gikk med til smertebehandling. Transfundert for anemi. Siste uken påvist og startet behandling for DVT i v. femoralis.

Før revisjon:

1. DVT
2. Skjelettmetastaser

Etter revisjon:

1. Cancer prostatae
2. DVT
3. Skjelettmetastaser
4. Anemi ved malign sykdom

Slutt

Takk for oppmerksomheten.

K ODEVEILEDNING 2012

*Samlet kodeveiledning for bruk i spesialisthelsetjenesten
ved medisinsk koding. Gjeldende fra 1. januar 2012.*

