



DRG og Intensivmedisin

Sidsel Aardal

Haukeland Universitetssykehus



Norsk Anestesiologisk Forening består av 4 fagområder eller ”søylar”

- Anestesi
- Akuttmedisin
- Smertebehandling
- Intensivmedisin

Intensivmedisin og DRG

- Hva er problemet?
- Hvorfor ønsker vi en endring?

Intensivmedisin – hva er problemet?

En intensivpasient hos oss på Haukeland Universitetssykehus koster kr.25 – 30.000/døgn. Intensivavdelingen har et budgett på 50 – 55 millioner kroner pr. år.

Vi "lever av" tracheostomier selv om inntekten går til Helseforetaket.

I 2006 ca. 100 tracheostomier på Intensiv med refusjon kr.262270 pr inngrep. For noen det dobbelte fordi pas. tilhører en annen helseregion. Ca. 50% av budgettet dekkes av tracheostomiene hvilket er absurd.

Intensivmedisin og DRG, hvorfor ønsker vi en forandring?

**Vi ønsker en mer rettferdig fordeling av
ressursene mellom sykehusene**

**Samarbeidsprosjekt mellom SINTEF og
Norsk Anestesiologisk Forening**

**Kristin Dahlen og Lars Rønningen
Torsten Eken og Sidsel Aardal**

Intensivmedisin, problemer

- Pasientene legges inn på et region-sykehus, ligger der i en uke og blir tracheostomert.
- Flyttes tilbake til hjemsykehus hvor han/hun blir liggende i respirator i dager/uker for så rehabiliteres.
- Det første sykehuset går kanskje i balanse mens det andre taper mye på denne pasientgruppen.
- Intensivpasientene flytter fra et sykehus til et annet.

Vårt løsningsforslag

DRG-grupper

Medisinsk meningsfulle

Ressursmessig tilnærmet homogene

Kostnadsvekt: Relativ ressursbruk i gruppen

Vi definerer 3 nye intensivspesifikke DRG-grupper

- 1. Alvorlig svikt i ett organsystem
SOFA for hele oppholdet < 35
- 2. Alvorlig svikt i to organsystemer
SOFA for hele oppholdet 35-100
- 3. Alvorlig svikt i tre eller flere organsystemer
SOFA for hele oppholdet > 100

Mer spesifikt

- **Svikt i vitale organsystemer er definert ved intensivspesifikke prosedyrer (NCMP) og samsvarende diagnoser (ICD-10).**
- **Minst en intensivspesifikk prosedyre må være registrert for hvert sviktende organsystem for at det skal foreligge organsvikt.**
- **Innlagt i intensivsenhet > 72 timer**
Inkluderer også: Behandles, men dør før 72 timer.

Akutt sirkulasjonssvikt

NCMP-koder (m/ATC-koder for legemidler)

- WBG M00 intravenøs infusjon av legemiddel (Noradrenalin, Adrenalin, Dobutamin, Isoprenalin og Vasopressin*)
- FYAA04 Swan-Ganz-kateter (XF904)
- FYFF00 PiCCO-teknikk
- WDGX25 Terapeutisk hypotermi (invasivt)

Akutt respirasjonssvikt

NCMP-koder

- GXAV01 Respiratorbehandling (TG601)
Ekskl. postoperativ oppvåkning
- GXAV24 Høyfrekvent ventilasjon (TG601)
- GXAV25 Respiratorbehandling med
inhalasjon av spesielle inhalasjonsgasser
(NO, He, etc)(TG601)

Tracheostomi blir ikke utslagsgivende!

Akutt nyresvikt

NCM-koder

- RXGD05 Hemodiafiltrasjon
- KAGD46 Hemofiltrasjon (TP246)
- KAGD47 Akutt hemodialyse (TP247)
- KAGD48 Plasmautskiftning (TP248)

Akutt koagulopati

NCMP-koder

- RKG00 Infusjon av koagulasjonsfaktor-konsentrat
- RKG05 Infusjon av rekombinante koagulasjonsfaktorpreparater

Svikt i CNS

NCMP-koder

- AAFM00 Kontinuerlig måling av intracerebralt trykk

Nødvendig isolasjon av intensivpasient NCMP-koder

- WLGX50 Isolasjonstiltak
Denne er for lite spesifikk. Vi har foreslått 2 nye koder:
- Luftsmitteisolasjon
- Forsterket kontaktsmitte

Begge disse krever nemlig økte personal- og utstyrsressurser

Barn på intensiv

**Vi foreslår at hver av DRG-gruppene
splittes i to utfra pasientens alder (5år?)**

Veien videre

- Hvis man ikke har startet å bruke NCMP-kodene allerede, så må man starte snarest
- Det gir en utrolig god oversikt over aktiviteten i egen avdeling og eget sykehus
- Dette gjelder ikke bare for min spesialitet, men for alle fagområder.