

Kvalitet i medisinsk diagnostikk og koding

- ARNE LAUDAL REFSUM
- Visepresident Legeforeningen



Helsepersonell-loven

- **§ 39.** *Plikt til å føre journal*
- Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell.



Helsepersonell-loven

- **§ 40.** *Krav til journalens innhold m.m.*
- Journalen skal 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 lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.
- Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen.



Helsepersonell-loven

- **§ 26. Opplysninger til virksomhetens ledelse og til administrative systemer**
- Den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.
- Den som yter helsehjelp, skal uten hinder av taushetsplikten i § 21 gi vedkommende virksomhets pasientadministrasjon pasientens personnummer og opplysninger om diagnose, eventuelle hjelpebehov, tjenestetilbud, innskrivnings- og utskrivningsdato samt relevante administrative data.



Journalforskriften

- **§ 8.** (*Krav til journalens innhold*)
 - f) Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette.



Diagnostikk

- HPL § 4, forsvarlighet:
- Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.
- Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.



Diagnostikk

- **Hpl § 5. *Bruk av medhjelpere***
- Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn.
- **Lov om psykisk helsevern:**
- **§ 1-4. *Den faglig ansvarlige for vedtak***
- **Den faglig ansvarlige for å treffe vedtak samt beslutte nærmere angitte tiltak etter loven her, skal være lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning som fastsatt i forskrift.**



HVORFOR KODE ?

- **KLASSIFISERE PASIENTEN**
 - Diagnose (-r)
 - Prosedyre (-r)
- **REGISTRERE PASIENTEN**
- **FÅ BETALT FOR PASIENTEN**



KODEPRAKSIS

- DET HAR "ALLTID" VÆRT KODET I SOMATIKKEN
- DRG-FINANSIERINGEN HAR ØKT KODE-OPPMERKSOMHETEN
- BI-DIAGNOSER HYPPIGERE
- KOMPLIKASJONSDIAGNOSER HYPPIGERE



KODEPRAKSIS

- DET HAR GJENNOMGÅENDE VÆRT LITE OPPLÆRING I KODE-REGELVERKET
- MYE PRØVING OG FEILING
- TYNGSTE DIAGNOSE SOM HOVEDDIAGNOSE
- **GIR PROBLEMER MED REGISTERKVALITET**



KODEPRAKSIS

- DERSOM KOMPLIKASJONSDIAGNOSE SETTES SOM HOVEDDIAGNOSE DA DENNE ER DEN TYNGSTE, VIL IKKE REGISTERET FANGE DEN OPP,- OG DET VIL SPESIELT VÆRE DISSE PASIENTENE SOM "FALLER UT" VED GJENNOMGANG AV MATERIALER



KODEPRAKSIS

- FOR EKSEMPEL PASIENT MED LYSKEBROKK SOM FÅR POSTOPERATIV BLØDNING MED HJERTEINFARKT OG HJERTESVIKT SOM FØLGE
- SKAL DENNE KODES SOM
 - LYSKEBROKK ?
 - HJERTEINFARKT ?
 - HJERTESVIKT ?
 - Komplikasjonskode?



KREATIV KODING

- SNORKE-OPERASJONER

GENNOMGANG ETTERPÅ HAR VEL VIST AT
DET ER RELATIVT LITE KREATIV KODING,
OG AT SYKEHUSENE TAPER MER ENN DE
VINNER PÅ SLIK KODING



KODING SOM FAG

- FLERE AVDELINGER HAR ANSATT EGNE "KODE-KONSULENTER" SOM KONTROLLERER AT KODINGEN ER SLIK AT AVDELINGEN FÅR BEST MULIG BETALT
- DETTE ER OFTE IKKE-MEDISINSK PERSONALE, FARE FOR DÅRLIGERE KVALITET. (?)



Profesjonelle kodere

- ”Det er udemokratisk å bruke mer penger enn Stortinget har bevilget”

Sylvia Brustad 2007

- Vil mer kompetente kodere, enten det er leger eller annet personell, føre til at kodingen blir annerledes, mer løsrevet fra det som er klinisk relevant?



Foreløpig regelverk Innsatsstyrt finansinger (ISF) 2011

3.2.1. Retningslinjer for valg av hovedtilstand og andre tilstander

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.



ISF/DRG SYSTEMET

- Er ment på overordnet nivå
 - Landsnivå
 - RHF-nivå
 - Ikke på Sykehusnivå ?
 - Ikke på avdelingsnivå
 - Ikke på seksjonsnivå



ISF/DRG SYSTEMET

- Gjennomsnitt-tyngde
- Tregt å endre
- Ikke fin-masket
- Mange pasienter vil være underskuddspasienter
- Fritt sykehusvalg ordningen samt private tar (kanskje) de letteste pasientene, og man blir sittende med de dyreste



ISF/DRG-SYSTEMET

- Har ført til en økende økonomisk bevissthet også hos det medisinske personellet
- Fører til effektivisering ved at man kritisk går gjennom pasientforløpene og strømlinjeformer disse
- Fjerner flaskehals



ISF/DRG-SYSTEMET

- Det økende økonomiske fokuset fører dessverre til en medisinsk (etisk) ”ubevissthet”
- Det er nå akseptabelt å klassifisere pasienter som lønnsomme/ulønnsomme
- Økonomisk tankegang går foran medisinsk prioriteringer



KONKLUSJON

- Koding er riktig, nødvendig og en sentral del av medisinsk virksomhet
- Den skal gi oversikt over aktivitet, og muliggjøre kvalitetssikring og forskning
- Det må tilstrebes korrekt koding, som evt er frikoblet fra økonomisk koding
- Det kreves økt etisk bevissthet
- Det må gis opplæring i kodepraksis

