

Prosjekt for bedret kodepraksis:

Revmatologi og DRG

Dr. med. Bjørn-Yngvar Nordvåg

Seksjonsoverlege Revm avd, Diakonhjemmet sykehus

Leder, Norsk Revmatologisk Forening

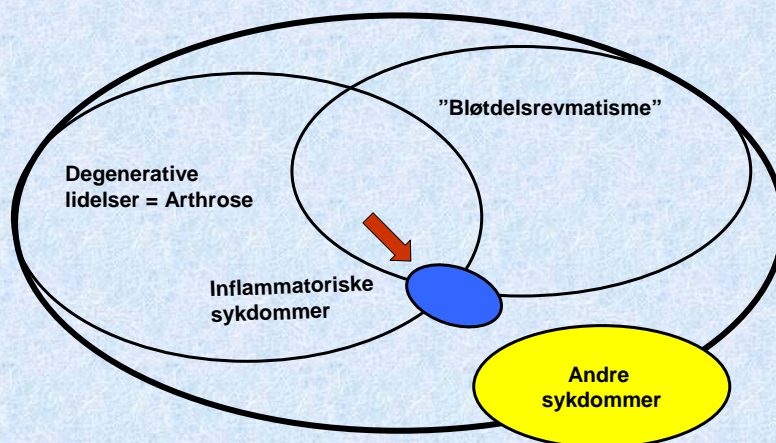


Norsk Revmatologisk Forening

Revmatologi

- Revmatiske tilstander er vanligste årsak til sykemelding og uføretrygd
 - 46% av utbetalinger til sykepenger
 - 40% av utbetalinger til attførings- / rehabiliteringsstønad
 - 33% av utbetainger til uføretrygd
- Ca 2 % av befolkningen har betennelsesaktig (inflammatorisk) revmatisk sykdom
- Stigende utbredelse med økende alder
- Kompleks utredning ved mange tilstander
- Økt mortalitet og betydelig redusert livskvalitet
- De fleste tilstander og diagnoser er oppfattet mer som vanlige plager enn som sykdommer

REVMATISME



Inflammatoriske revmatiske sykdommer

- Ledd- og ryggsykdommer (artropatier/spondylartropatier)
 - Infeksiøse
 - Ikke-infeksiøse
- Bindevevsykdommer (collagenoser)
- Blodårebetennelser (vasculitter)
- Krystall-artritter

Tradisjonell revmatologi

- Stor vekt på hvile og fysikalsk behandling
 - "Kurbadpreget" medisin
- Lange sykehusopphold
- Forsøke å hindre invalidisering av sykdommen
- Flerfaglige behandlingstilbud
- Injeksjonsbehandling
- Lite virksomme medikamentelle regimer
- Corticosteroider og antiflogistica
- Revmakirurgi

Moderne revmatologi

- Kortere og kortere avdelingsopphold (1 – 6 dager)
- Arbeidskrevende immunologisk diagnostikk og utredning
- "Intensive" revmapasienter
 - Alvorlige artrittsykdommer
 - Bindevevsykdommer
 - Vaskulitter
- Avansert behandling
 - Cytostatikabehandling (Sendoxan)
 - Biologisk behandling
 - TNF-alfa hemmere (Remicade, Enbrel, Humira)
 - Interleukin-1 reseptor antistoff (Kineret)
 - B-celle antistoff (MabThera)
 - Andre (kommer; f.eks Abatacept)
- Revmakirurgi
- Lite plass til rehabiliterende behandling

Innlagte pasienter

- Har systemsykdom med høy aktivitet
- Behov for flere samtidige tiltak
 - Tverrfaglighet
- Flere affiserte organer = mer kompliserte pas
- Hjerne, lunger, nyrer, tarmkanal, bihuler, nervesystem mm.
- Osteoporose: generell og lokalisert
- Dårligere hud
- Kompliserende plager fra bløtdeler
- Bruker mange medisiner
- Psykologiske forstyrrelser
- Bivirkninger?
- Økt infeksjonsfare

Elementer i moderne revmatologisk utredning og diagnostikk

- | | |
|--|-----------------------------------|
| • Klinisk undersøkelse | • Malignitetutredning |
| • Biokjemiske prøver | • Infeksjonsutredning |
| • Immunologiske prøver | • Vurdering av andre spesialister |
| • Spesialisert organutredning | – Cardiolog |
| – Billeddiagnostikk | – Nefrolog |
| • Inkl HRCT, MR, Ultralyd | – Nevrolog |
| – EMG /nevrografi | – Hud |
| – Biopsier (hud, muskel slimhinner, nyre m.fl) | – ØNH |
| – Scopier - GI-tractus | – Øye |
| – Hjerne- og lungefunksjonstester | – Gynekolog |
| | – M.fl. |

Konsekvenser av utviklingen

- Pasientene har bedre prognose enn før
- Kostnadene ved diagnostikk og behandling er betydelig høyere enn før
- Flere pasienter - kortere opphold - mindre avdelinger
- Spissing av behandlingstilbudet på enkelte avdelinger
 - Mer vasculitter og bindevevsykdommer (= krevende pasienter)
 - UNN
 - Rikshospitalet
 - Stavanger
- Faget har endret karakter og er blitt mer "spennende"
- Rekrutteringen er blitt langt bedre
- Pasienter avvises grunnet manglende kapasitet

Revmatologi i DRG-systemet

- Konsekvenser av tidligere DRG-seminar på Soria Moria:
 - Revmatologi har ikke har vært riktig definert i eksisterende logikk
 - Revmatologiske diagnoser har vært fordelt over få DRG-grupper, med noen unntak
 - Kodingen kan ha vært ulik ved forskjellige avdelinger innen visse områder av faget
 - Konsekvensen har sannsynligvis vært uriktig/uforståelig finansiering av avdelingene
- Årsaker:
 - Manglende kunnskaper om revmatiske sykdommer blant DRG-utviklerne?
 - Manglende initiativ / påvirkning fra det revmatologiske fagmiljøet?
 - Manglende interesse for DRG og koding generelt i fagmiljøet?

Arbeidet med DRG innen foreningen

- DRG-utvalg nedsatt i NRF mai 2004
- Inngikk samarbeid med SINTEF Helse om deltakelse i et prosjekt rettet mot å:
 - Forbedre kodingspraksis innen fagfeltet
 - Finne frem til forbedringer i DRG-kodeverket
- Seminar mellom SINTEF Helse og alle revmatologiske avdelinger avholdt november -04
- Kartlegging av problemområder og forslag til avklaringer og forbedringer fremsatt

DRG-prosjektet

- Rettet mot to ulike grupperinger innen faget:
 - Revmakirurgi
 - Revmatologi som medisinsk fagområde
- SINTEF:
 - Presentasjon av analyser basert på innrapporterte data til NPR, både fra de 18 sykehusavdelinger og fra hele databasen
- Felles:
 - Ført til avklaring av uklarheter i DRG-logikken
 - Definert problemområder fra klinisk hverdag
 - Kommet med utspill til fremtidige forandringer og forbedringer

Revmakirurgi

- I prinsippet ortopedisk kirurg
- Pasientene er spesielle
- Inngrepene er spesielle
- Lengre liggetid enn tilsvarende ortopediske pasienter
- Mange mindre vanlige inngrep (i vanlig ortopedi)
- Mer omfattende operasjoner enn inngrep i vanlig ortopedi med samme op.kode
- Sjeldne implantater: – kostbare!

Eksempler

- Svært forskjellige inngrep har samme takst
 - Meniskreseksjon = total synovectomi i kne
- Flere inngrep samtidig øker ikke taksten
- Hender og føtter gir (for) lave takster
 - Ett eller flere ledd (proteser) = samme takst
- Samme op.kode kan være 2 helt forskjellige ting
 - Carpal tunnell syndrom (med og uten artrittsykdom)
- Revisjonsproteser mer kompliserte, men gir lavere takster (håndledd, albue)

DRG og Revmakirurgi

- Egen gruppe fra Norsk Revmakirurgisk Forening har arbeidet sammen med NRF og SINTEF Helse gjennom siste 2 år
- Gjennomgått ulike inngrep i forhold til dagens plasseringer i DRG-systemet
- Mange urimelige forhold mellom inngrep, komplikasjoner og DRG-takster påvist
- En del endringer er allerede foreslått og tatt til følge
- Flere tilpassninger med plassering i meningsfulle DRG-grupper er foreslått

DRG og revmatologi

- Til dels uforståelig og uforutsigbar DRG-logikk
- Svært få DRG-grupper for revmatologifeltet (HDG 8)
- Flere diagnoser (spesielt vasculitter og bindevevssykdommer) plassert i DRG-gruppe sammen med andre sykdommer, f.eks ØNH eller lungemedisin
- Pasienter med omfattende utredning havner i DRG-grupper nærmest uten økonomisk "utelling" pga mangelfull diagnose

Forts.

- Diagnoser med åpenbart forskjellig alvorlighetsgrad og ressursbruk plassert i samme DRG (240/241)
- Ulike pasientprofiler ved ulike avdelinger medfører mest sannsynlig skjev fordeling av økonomi grunnet manglende samsvar mellom sykdomsgrupper og DRG
- DRG-strukturen virker ikke stimulerende i forhold til å oppnå god kodingskvalitet ved avdelingene
- Manglende kobling mellom økonomi og diagnose/aktivitet??

227	8	Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	0,65	5	K	11 827
228	8	Op på håndledd/hånd/tommel & leddprotese håndledd/hånd m/bk	0,78	8	K	14 192
229	8	Op på håndledd/hånd inkl sårkirurgi ekskl proteseop u/bk	0,53	3	K	9 643
230	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat fra hofte/femur	0,66	7	K	12 009
231	8	Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat ekskl fra hofte/femur	0,58	5	K	10 553
232	8	Artroskopi	0,58	3	K	10 553
233	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD m/bk	2,96	37	K	53 857
234	8	Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD u/bk	1,52	17	K	27 656
235	8	Lårbeinsbrudd	0,86	14	M	15 648
236	8	Brudd på hofte & bekken	0,99	14	M	18 013
237	8	Forstuvning & luksasjon av hofte, bekken & lår	0,44	7	M	8 006
238	8	Osteomyelitt	2,60	48	M	47 307
239	8	Patologiske brudd & ondartede svulster i HDG 8	1,12	18	M	20 378
240	8	Sykdommer i bindevev m/bk	1,24	21	M	22 562
241	8	Sykdommer i bindevev u/bk	0,70	21	M	12 737
242	8	Infeksiøs artritt og bursitt	1,82	21	M	33 115
243	8	Ryggdilelser, traumatiske tilstander & symptomer i ryggen	0,63	10	M	11 463
244	8	Beinsykdommer & spesifikke artropatier m/bk	0,84	15	M	15 284
245	8	Beinsykdommer & spesifikke artropatier u/bk	0,50	7	M	9 098
246	8	Artropatier ITAD	0,76	13	M	13 828
247	8	Uspesifikke tilst & sympt fra muskel-skjelettsyst/bindevev ITAD	0,41	3	M	7 460
248	8	Tilstander i muskler, sener, seneskjeder, fascie & bursa ITAD	0,48	5	M	8 734
249	8	Komplik/følgetilst/etterbehandling av tilstander i HDG 8	0,25	7	M	4 549
250	8	Brudd/forstuvning/luksasjon av u.arm, hånd, fot > 17år m/bk	0,55	10	M	10 007
251	8	Brudd/forstuvning/luksasjon av u.arm, hånd, fot > 17år u/bk	0,25	5	M	4 549
252	8	Brudd/forstuvning/luksasjon av u.arm, hånd, fot <18 år	0,23	2	M	4 185
253	8	Brudd/forstuvning/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot >17 m/bk	0,86	18	M	15 648
254	8	Brudd/forstuvning/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot > 17,u/bk	0,37	4	M	6 732
255	8	Brudd/forstuvning/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot < 18 år	0,28	3	M	5 095
256	8	Sykdom i muskel-skjelettsystemet og bindevev ITAD	0,32	4	M	5 822

Arbeidet rundt DRG-logikken

- Systematisk gjennomgang av alle relevante hoveddiagnoser i ICD-10
- Valgte å forsøke å finne en ny DRG-logikk basert på sykdommenes alvorlighetsgrad/kompleksitet og art
 - Mer meningsfull logikk med mulighet for å gi bedre styring av økonomi i henhold til aktiviteter ved avdelingene
- Forslag til ny inndeling:
 1. Infeksiøs artritt og bursitt
 2. Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer
 3. Annen artritt
 4. Vaskulitter og systemiske bindevevsykdommer
 5. Artroser

Forts.

- SINTEF har gjennomgått innrapporterte data for samtlige sykehus og revmatologiske avdelinger fra 2004 mtp omplassering i henhold til forslaget til nye DRG-er
- DRG-utvalget og SINTEF vurderte konsekvenser:
 - Antall pas i nye grupper
 - Behov for flytting fra uhensiktsmessige DRG-grupper
 - Liggetider i ulike nye grupper
 - Konsekvenser ved oppsplitting etter komplisert/ikke komplisert opphold (meningsfullt?)
- Sammenlignet med Dansk modell for revmatologi

Foreløpig resultat

- Den nye inndelingen av revmatologiske diagnoser ble funnet "interessant" også ut fra et DRG-perspektiv
- Meningsfullt med oppsplitting av gruppene 2 og 4 i komplisert / ukomplisert
- Revmakirurgi-gruppen har gjennomgått sine prosedyrer og foreslått bedre tilpassing til DRG-strukturen
- Forslagene nylig foreløpig godkjent i Nordisk medisinsk ekspertgruppe
- Vi håper på konkrete resultater fra og med 2007

Videre planer

- Nytt DRG-seminar planlegges for revmatologiske avdelinger 1. januar 2006
- Mål:
 - Gjennomgang av ny DRG-struktur
 - Gjennomgang av påviste ulikheter i kodingsgrunnlaget
 - Forbedre forståelse for kodingskvalitet på avdelingsnivå
 - Redefinere tilstander som medfører komplisert DRG
 - Implementering av resultatene fra arbeidet som er nedlagt

Samarbeid nytter!

Takk til SINTEF Helse og
DRG-utvalget i NRF