

Vedlegg 3 (25.03.2014) – en momentsamling fra faglige drøftinger de siste årene

## Utfyllende notat om forslag til ny epikrisemal – bl.a. at diagnose- og prosedyrekoder utgår fra epikriser

*Notatet gir en kort oversikt over bakgrunn for forslaget og de viktigste ulemper med at diagnosekoder har så fremtredende plass i epikriser i dag. Fordeler med en ny epikrisemal både for sykehuslege, fastlege og andre med oppfølgingsansvar, pasienten selv og videre oppfølging av pasientbehandlingen omtales.*

Begrunnelsen for forslaget er at hensikten med epikrisen er å informere mottakeren tilstrekkelig for videre oppfølging, mens hensikten med kodene er rapportering til sentrale registre. Diagnosen bør uttrykkes tekstlig, korrekt formulert etter faglige kriterier. Bruk av diagnosekoder i epikrisen finnes det ingen gode grunner for. Forslaget kan bidra til å dreie fokus tilbake mot det som skal være epikrisens hovedformål: en kommunikasjon mellom fagpersoner om pasienten, med særlig fokus på hva som skal skje i neste ledd i behandlings- og omsorgskjeden.

### **Bakgrunn**

**Epikrise** er en rapport til henvisende lege etter et sykehusopphold eller etter undersøkelse ved en poliklinikk eller hos en privatpraktiserende legespesialist. Epikrisen skrives av en av legene som har hovedansvaret for pasienten.

I Norge innledes epikrisene nå i motsetning til tidligere med en listing av ICD-10<sup>1)</sup> -koder, oftest med tilhørende tekst i form av statistiske kategoribeskrivelser. I tillegg listes ofte utførte helsefaglige prosedyrekoder.

I de aller fleste land benyttes ikke statistikk-koder fra ICD eller prosedyrekoder i epikrisene, men diagnosene beskrives med kliniske diagnosetekster. Unntaket er Danmark, mens Sverige i stor grad har snudd praksisen ut fra de samme argumenter som denne saken framfører.

Tradisjonen oppstod da det ble innført rapportering fra sykehus i enkelte fylkeskommuner til det Økonomisk Medisinske Informasjonssystem. Dataene ble samlet i Kommunedatasentralene. Av praktiske årsaker kombinerte legene epikriseskriving med koding og dikterte diagnosekoder som sekretæren skulle registrere. Kodene beskrev sykdommer som pasienten var undersøkt og behandlet for, samt eventuelle andre lidelser og kroniske sykdommer. Tradisjonen ble videreført ved opprettelse av Norsk Pasientregister (NPR) og medfører en rekke ulemper som drøftes i dette dokumentet. Først og fremst oppstår problemene ved at to ulike formål kombineres uhensiktsmessig:

- 1) Tilbakemelding til behandler som overtar videre oppfølging
- 2) Rapportering av statistiske variabler mht økonomi, virksomhetsdata og helsestatistikk.

### **Medisinsk-faglig innhold i epikriser - "Den gode epikrise" KITH Rapport 32/02**

Rapporten presenterer en mal for struktur og innhold for den medisinsk-faglige delen av henvisninger. Malen er basert på en rekke eksempler og ble drøftet med representanter fra sykehus og primærlegetjeneste i forbindelse med møter, seminarer og høringsrunde. Malen formulerer krav basert på nevnte tradisjon:

---

<sup>1</sup> Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. revisjon

- Diagnose(r) skal sendes som *strukturert* informasjon i form av koder og tekst (ICD-10 og/eller ICPC<sup>2</sup>).
- Epikrisen skal også inneholde kliniske prosedyrekoder i koder og tekst (NCSP).

Dette er blitt implementert i elektroniske epikriser i EPJ-systemene, stort sett i form av maler som kan hente inn elementer fra journalen til epikrisen.

Den anbefalte mal for struktur og innhold for den medisinske del av epikrisen ble utarbeidet med tanke på best mulig faglig utbytte av informasjonen som mottas: Epikriser med hensiktsmessig og faglig korrekt innhold skal kunne sendes elektronisk fra avsender til mottaker, og epikrisene skal ha et velorganisert medisinsk faglig innhold.

I årene som har gått siden 2002 har en vunnet erfaring med den beskrevne oppbyggingen av epikrisen. Det har vist seg at det er forbundet med ulemper å fokusere så sterkt på diagnosekoder i epikrisen, og nedenfor argumenteres for en systemendring mht kvalitet og pasientsikkerhet relatert til innhold i journal og epikrise.

### ***ICD-10-kodeverkets bakgrunn og innretning***

ICD-10 er utarbeidet av WHO som en statistisk klassifikasjon for epidemiologi og inneholder ikke formulerte diagnoser, men statistiske kategorier. Disse kan være en-til-en med diagnoser, men oftest en-til-mange. Noen viktige sykdommer med høy incidens og prevalens har serier av kategorier (f eks diabetes). Svært mange sjeldne sykdommer er ikke representert annet enn under punkt 8 i firetegnskategoriene (= andre spesifiserte sykdommer).

ICD-10 er utarbeidet i en tid før datamaskiner var alminnelige i klinikken og er stort sett beregnet på at sekretærer koder i ettertid av sykehusopphold eller død, basert på journalinnholdet.. Den svært omfattende engelske indeksen til originalutgaven er en forutsetning for korrekt koding utført av kodere, som ikke har den medisinske forståelse av sykdomstilfellet.

I Norge har legene ansvar for å kode, og besitter kunnskapen om pasienten som nesten alltid vil matche en bestemt kategori i ICD-10. Problemet er at legene ikke har godt nok kjennskap til systematikken og oppbyggingen av ICD-10.

## ***Ulemper ved bruk av diagnosekoder i epikriser***

### ***Redusert kvalitet i helsefaglig informasjonsoverføring og mangelfull informasjon***

I ulike sammenhenger har det blitt fokusert på at ICD-10 koder med standard kodetekst har fått en altfor sentral plassering i epikrisen. De fleste PAS/EPJ-systemer lister rutinemessig koder med tilhørende tekst i innledningen til en epikrise. Noen leger endrer teksten, andre lager tilleggstekst, men de fleste gjør ingen endring. Når man opererer med statistiske diagnosekategorier på enkeltpasienter, blir dette ofte upresise formuleringer ("Andre sykdommer i xxxx ikke klassifisert annet sted").

Korttekstene til ICD-10 kodene er kun formulert for å gi et inntrykk av den kategorien pasientens sykdom tilhører i ICD-10. Omtale av diagnoser i epikriser skal ha gode kliniske formuleringer tilpasset den aktuelle pasient.

Fastleger og sykepleiere/sekretærer i primærhelsetjenesten har dessuten lite kjennskap til sykehusenes kodeverk (fordi de benytter et annet diagnosekodeverk: ICPC). Bruk av kodeverk og kategoribeskrivelser er ikke beregnet for informasjonsoverføring mellom behandlere i helsetjenesten og bør derfor utgå som oppsummering i epikriser.

---

<sup>2</sup> Kodeverket The International Classification of Primary Care (ICPC) er utarbeidet av verdensorganisasjonen av primærleger (WONCA) og er i utstrakt bruk i primærhelsetjenesten i Norge, også i forbindelse med fastlegenes oppgjør fra Helfo.

Henvisende lege har ikke bruk for koder i det hele tatt for å videreføre omsorgen, men er helt avhengig av diagnostisk informasjon om den enkelte pasient, og da er samlerubrikker fra statistiske systemer, som "G40.2 Lok.rel.(fok./part.)sympt. epi./epi.syndr., komp. part. anf." ubrukelige. Likeledes er alle statistiske kategorier benevnt som "annen" eller "andre" dårlig egnet. Slike kategorier er ikke diagnoser, bare samlekategorier for sykdommer som ikke har sin egen kategori for helsestatistikk. Har man fått diagnostisert Rhabdomyolyse, er korrekt ICD-10 kategoritekst: "M628 Andre spesifiserte muskelsykdommer". Dette er en lite tilfredsstillende betegnelse for pasientens diagnose. Ofte endrer legen teksten eller legger til en bedre tekst myntet på den aktuelle pasient. I PAS/EPJ er det ulik praksis om standardteksten for koden bevares eller overskrives (det siste vanskeliggjør senere kvalitetskontroll av kodingen).

### ***Forvirrende og dårlig informasjon for pasienter***

ICD-10 koder og kategoritekster egner seg absolutt ikke som pasientinformasjon og på internett ser man ofte at pasienter i ulike fora etterspør betydningen av koder og standardtekster fra epikriser.

Skrivefeil i koder i epikriser kan medføre at feil diagnosetekst vises i epikrisen. Dette ble drøftet i Stortingets spørretime 11.mai 2011:

<http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=50277>

I Kodeveiledningen fra Helsedirektoratet står følgende: En kode har en tilhørende standardtekst, som dekker alle mulige diagnoser koden skal brukes for. Den er egentlig bare en hjelp til å lete frem riktig kode. I en epikrise bør ikke denne standardteksten brukes, men erstattes med den kliniske diagnoseteksten.

Dessuten: Når det i over 30 % av oppholdene velges feil kode for hoveddiagnose kan diagnosekoder i epikrisen gi feilinformasjon og medføre uheldige konsekvenser, spesielt om kategoriens standardtekst benyttes. Informasjon bør altså finnes i en tekstlig oppsummering både for hovedtilstand og andre tilstander som var håndtert under oppholdet og ellers under avsnittet "Tidligere sykdommer". Hvilke koder som er rapportert til NPR finnes enkelt ved oppslag i PAS /medisinsk register og er langt mer hensiktsmessig mht historikk i eget foretak.

### ***Bruk av ICD-10 koder på samme dag/i hånden epikriser***

Nye krav mht at epikrisen også skal bidra til god informasjon til pasienten, helst ved utskrivning; gjør gjennomføring og kvalitetssikring av korrekt medisinsk koding ytterligere problematisk. Legen må sammen med medisinske og andre oppgaver passe på relevante diagnose- og prosedyrekoder tas med, at det kodes korrekt for ev. komplikasjoner, bivirkninger etc. Dette skal ofte gjennomføres under tidspress og sammen med bruk av talegjenkjenning og administrative oppgaver mht videre dokumentflyt etc. Arbeidssituasjonen vil forenkles ved at epikrisen beskriver oppholdet gjennom gode diagnoseformuleringer. Kodingen kan gjennomføres som egen prosess, hvor kodingsreglene settes i fokus.

### ***ISF-veiledningen: Dokumentasjonskrav knyttet til koding***

Dokumentasjonskravene i forhold til koding er betydelig innskjerpet. Journalen må innholde begrunnelse for kodingen og dokumentasjon for at alle tilstander som er tatt med har hatt en reell betydning under oppholdet. Dette medfører ytterligere behov for konsentrasjon om dokumentasjon og korrekt koding, og egner seg ikke som oppgave sammen med epikriseskriving, utskrivningssamtale med pasient etc.

Når legen har stilt korrekte diagnose(r), basert på undersøkelser, kliniske vurderinger og gjeldende faglige retningslinjer og kriterier, skal det registreres koder iht ICD-10 og andre kodeverk, der formålet er statistisk rapportering internt og eksternt til ulike registre, hovedsakelig NPR, men også til kvalitetsregistre, Nav etc.

## **Regelverk for rapportering begrenser informasjon som kan uttrykkes ved koding**

Epikrisen bør gi en god oversikt over pasientens helseproblemer og planer for videre behandling. Den tidligere bruk av ICD-10 koder både for aktuelle sykdommer som var i fokus og for andre viktige sykdommer, skaper mange misforståelser om hva som skal kodes. I dag skal ikke kroniske eller andre sykdommer rapporteres såfremt det ikke er dokumentert at de har vært gjenstand for undersøkelse og behandling.

Reglene for koding iht. ICD-10 oppleves ofte begrensende i forhold til opplysninger man ønsker å gi i en epikrise. Dette kan være en forklaring på at det ofte feilaktig kodes for sykdommer pasienten har eller har vært behandlet for tidligere, men som ikke ble undersøkt eller behandlet ved det aktuelle oppholdet. Dette medfører ofte feil i refusjon via ISF.

## **Sammenblanding av ulike prosesser**

Ved dagens arbeidsform kombineres prosessen for diagnosesetting med epikriseskriving og diagnose/prosedyrekoding. Man bør også i Norge innarbeide rutiner for å skille disse prosessene. I de fleste andre land skrives epikrisene først, deretter kodes pasientoppholdet mht ulike formål. Det er viktig å skille den diagnostiske prosess med tilhørende kliniske konklusjon fra kodings- og rapporteringsprosessen. Illustrasjon i vedlegget utdyper og beskriver prosessene detaljert.

Legene bør først formulere hovedtilstand og andre tilstander som er undersøkt og behandlet ved hjelp av presis klinisk terminologi. Deretter er kodingsoppgaven å gjenfinne sykdomstilstandene i ICD-10 basert på kunnskap om systematikk, hierarkier, inklusjons- og eksklusjonskriterier i ICD-10. Det er dessverre et problem at svært mange leger, og andre som uttaler seg, - ikke forstår forskjellen mellom diagnose (som et medisinsk begrep) og *diagnosekode*, og at ICD-10 er et kodeverk til statistisk bruk (for ulike formål).

## **Kvalitetssikring av medisinsk koding er nødvendig – kodefeilene forblir i epikrisen**

Ved journalgjennomganger har man ofte funnet avvik mellom koding på epikriser og i det pasientadministrative datasystem (PAS). Dette skyldes trolig at epikrisen skal sendes snarest mulig etter at pasienten er utskrevet, mens man har god tid til å gjennomgå og kvalitetssikre kodingen før rapportering til NPR. Det er i seg selv uheldig at informasjonen fremtrer ulikt i PAS og i epikriser og det brukes i dag unødvendig tid på opprydding, dokumentasjon og evt. korrigerende til epikrisemottaker mht. feil i epikrisen. En ulempe er også at ved senere koding ser ofte legen på kodingen fra tidligere opphold. Slik den fremtrer i epikrisene vil kodingen ofte ha blitt korrigerende, - feilkodingen gjentas. Legene har neppe tid til å sjekke om noe er endret før rapportering til NPR.

Nye opplysninger eller kvalitetssikring av koding kan føre til at koder eller rekkefølge i PAS korrigeres før rapportering til NPR. Dersom dette ikke vedrører den medisinske informasjon i en epikrise er det tilstrekkelig å dokumentere endringen i journal, uten å tenke på koding i epikrisen.

## **Koding når prøvesvar ikke foreligger ved skriving av epikrise**

Et problem med koding ved epikriseskriving er at det kan mangle svar og resultater fra ulike undersøkelser. En foreløpig koding er ofte uhensiktsmessig. Prinsippene i ICD-10 er endepunktsvurdering, - når alle tilgjengelige opplysninger foreligger skal man konkludere og kode.

Mistanke, tvil og usikkerhet kan sjelden uttrykkes gjennom koding. I tekstlige diagnosebeskrivelser står man fritt til å velge egnede formuleringer i motsetning til ved bruk av kategoritekster fra ICD-10.

## ***Evt. hindringer for å fjerne ICD-10 koder fra epikriser***

### ***Konsekvenser for arbeidsflyt***

I dag er det fullt mulig å sende epikriser med koder uten at kodene angitt i epikrisen blir registrert i PAS-systemet. Dersom legen registrerer kodene i PAS først, blir de automatisk overført til epikrisen når den åpnes. Ikke sjelden koder legen direkte i epikrisen og glemmer å registrere eller å gi beskjed om at kodene må registreres i PAS for rapportering til NPR. Dette blir oppdaget av kodekontroll eller f.eks. feilmelding fra kontrollrapport om at det mangler hoveddiagnose.

Dersom man atskiller prosessene epikriseskriving og medisinsk koding og utelater kodene fra epikrisen, må man altså sikre både at det blir kodet samt registrert diagnose- og prosedyrekoder i PAS/EPJ-systemet. Enten må legen selv etter at epikrisen er ferdigstilt uten koder, straks registrere koder i PAS eller legge kodingsoppgaven i sin egen arbeidsflyt i EPJ for å utføre kodingen av oppholdet senere. Det bør regelmessig avsettes tid til koding. Det antas at kodingskvaliteten vil øke når kodingen kan utføres planlagt og fristilt fra tidspresset med at epikrisen skal ferdigstilles, samt at tilgang til regelverk og elektroniske kodingsverktøy kan være lettere tilgjengelig.

### ***Det er ingen myndighetskrav til registrering av ICD-koder i epikrise***

Det er tidligere rutiner og tradisjon og ikke myndighetskrav eller faglige begrunnelser som har ført til bruk av ICD-10 koder i epikrisene.

Statens helsetilsyn kritiserer i sin tilsynsrapport mht. kodepraksis i 2004, at man som regel i epikriser ikke brukte andre diagnoseformuleringer enn de som finnes i ICD-10. Det tyder på at de da fant mange tilfeller hvor standardteksten ble benyttet.

### ***Oppsummering og konklusjon***

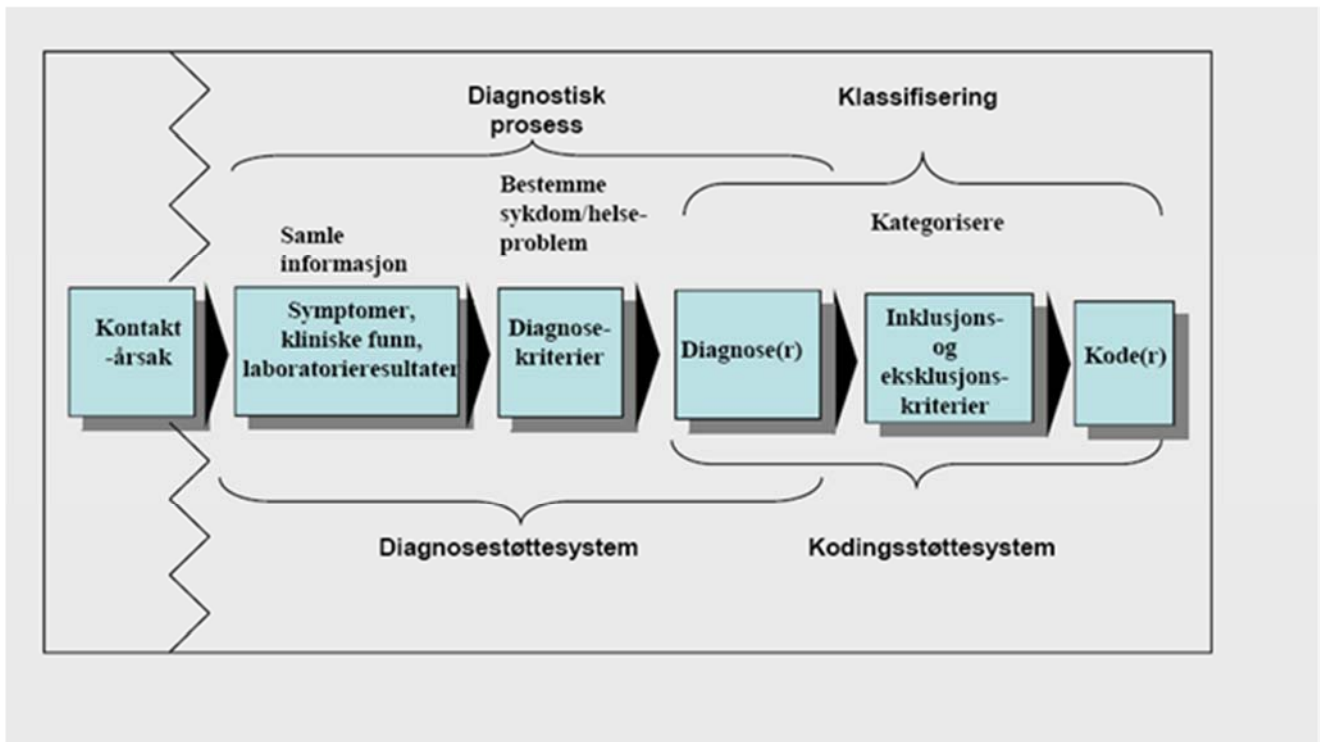
For kliniske formål er det viktigst at diagnosen uttrykkes presist i samsvar med den medisinske tilstanden og akseptert klinisk terminologi. Det er dette pasientens lege trenger å vite. Den kliniske diagnosen danner grunnlaget for koden som er til for statistisk formål. Kodene bør derfor ikke stå i epikrisen. I kommunehelsetjenesten benyttes et annet og enklere kodeverk for kontakter og sykmeldinger.

Ved å presisere betydningen av riktig diagnosesetting med god tekstlig beskrivelse, antas også at det kan være mulig å få mer presis koding. Forutsetningen er at den som koder, har tilstrekkelig kunnskap på området.

Det er en forutsetning at det skal være samsvar mellom den journalførte diagnosen og koden. Hva som faktisk ble rapportert etter kvalitetssikring framgår av PAS/EPJ. Flere foretak estimerer at 10 – 20 prosent av epikrisene blir korrigeret. Å bruke ICD-10 koder som meningsbærer til fastlege og pasient er derfor uhensiktsmessig.

## Koding og kodingsprosess

Illustrasjon mht at diagnosesetting og diagnosekoding er to ulike prosesser



**Den diagnostiske prosess** helt frem til diagnosen er besluttet og klinisk godt formulert, er helt uavhengig av f.eks. ICD-10, som er en statistisk klassifikasjon av sykdommer/helseproblemer. ICD-10 inneholder ikke diagnoser, kun statistiske kategorier. Noen av disse er en-til-en med kliniske diagnoser, mange og kanskje de fleste kategoriene er en-til-mange, mens noen vanlige sykdommer fordeles over flere kategorier i ICD-10.

**Kriterier for diagnostisering og diagnosesetting** må hentes fra oppdaterte lærebøker, allment aksepterte faglige retningslinjer og baseres på kliniske og tekniske undersøkelser samt analytiske tankeprosesser og klinisk skjønn. Deretter formuleres diagnosen presist med gjeldende klinisk terminologi.

**Diagnosekoding** baseres på de klinisk formulerte diagnoser, hvor oppgaven er å finne den statistiske kategorien i ICD-10 som mest mulig presis stemmer overens med diagnosen(e). I noen grad inneholder ICD-10 kriterier for bruk av kategoriene, oftest i form av noen inklusjoner og eksklusjoner, eller eksempler på tilstander som inngår i kategorien. I tillegg gis kodingsinstruksjoner innledningsvis i kapitlene og i kategoriblokkene. Dertil beskrives i Kodeveiledning 2011 prinsippene for valg av Hovedtilstand og Andre tilstander. I tillegg gjelder omfattende regler for ISF-ordningen.