

MØTEREFERAT 02/06 Kodeverk, Klassifikasjoner og termer i helse- og sosialsektoren (KoK)

Dato: 2006-06-08 kl. 10:30 – 15:00	Sted: SHdir, rom 212
Tema: Referansegruppemøte	Møteleder: Asbjørn Haugsbø
Møtenummer: 02/06	Referent: Stefi Stabell Wetteland, KITH
Deltakere: Asbjørn Haugsbø, SHdir Bjarte Solheim, Dnlf Grethe Hoddevik, Helsetilsynet Robert Lalla, SSB Ola Kindseth, SINTEF Helse Kathy Mølstad, NSF (for Kristin Bang) Jim Yang, KITH	Forfall: Johannes Wiik, Folkehelseinstituttet Leena Kiviluoto, SHdir Ulf Kristian Rønneberg, SHdir

Sammendrag

Referat			
Punkt	Sak / beskrivelse	Ansvarlig	Dato
1.	Referat og oppfølging fra møtet 16. mars 2006. Godkjent uten merknader.		
2.	Status igangsatte tiltak KoK-tiltak SHdir og KITH hadde et lite møte før KoK-møtet hvor det ble gitt signal på at rammen for KoK 2006 ble ca. kr 5,85 mill. Innsparinger i forhold til tildelte midler ble gjennomgått. Øvrige aktiviteter i KoK ble gjennomgått og kommentert. Statusrapporten ble tatt til etterretning.		
3.	Temadiskusjon: Legemiddelbruk – hva registreres/rapporteres, hvor, hvordan, av hvem? Helsetilsynet v/ Grethe Hoddevik Legemiddelbruk/forskrivning er en kjent årsak til feilbehandling av pasienter. Ut fra offentlig statistikk er det ikke alltid lett å se		

<p>hvor den egentlige årsaken til feilbehandlingen ligger. Helsetilsynet har ikke et eget system for å registrere legemiddelopplysninger. Etter gjennomgang av alle saker Helsetilsynet behandlet i 2004 er det utarbeidet en intern rapport om legemiddelopplysninger. Det gjøres uttrykkelig oppmerksom på at rapporten ikke er offentlig tilgjengelig. Den må derfor ikke leveres videre. Noen punkter i den vil bli publisert i kommende tilsynsmelding.</p> <p>NPR v/ Ola Kindseth Ingen registrering per i dag.</p> <p>ATC-koder kan registreres sammen med ICD-10 koder der det er relevant.</p> <p>NSF v/ Kathy Mølstad Området er komplisert, ikke minst i kommunehelsetjenesten Det er ofte manglende kvittering for at legemiddel er gitt. Innenfor psykiatrien er det mange ufaglærte som administrerer legemidler og man regner med mye avvik. Ansvar er pulverisert. En annen kompliserende faktor er at legemidler stadig endrer navn og utseende.</p> <p>SSB v/ Robert Lalla Kort om Sentrale data for allmennlegene (SEDA) Prosjektet har samlet pasientdata fra 83 leger for perioden januar-mars 2005</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosjektet ble gjennomført som en pilot – i høst kommer rapporten og det skal så avgjøres om det vil bli satt i gang en varig innhenting av data • Samler blant annet inn <ul style="list-style-type: none"> ○ diagnoser (ICPC2) ○ legemidler (ATC-koder) ○ resepter (blå, hvit, A, B, C) ○ Kan koble legemidler til diagnose ○ Kan koble til underliggende variabler (kjønn, alder, osv.) <p>SEDA – muligheter og begrensninger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foreløpig begrenset til et lite utvalg • Det kan imidlertid utvides både i bredden og i dybden • SEDA kan bidra til utvikling av journalsystemer • SEDA fanger ikke opp legemiddelbruk, men utskrivning av legemidler – det vil dog mest sannsynlig bestå en sammenheng <p>HOD skal ta stilling til om denne innsamlingen skal gjøres permanent.</p> <p>Dnlf v / Bjarte Solheim</p> <p>Legene skal registrere legemiddelbruk i journal og kurve (fritekst). Allmennleger registrerer i pasientjournalen. Bivirkninger meldes på eget skjema, men alt blir neppe meldt. Registrering av legemiddelbruk er neppe heller komplett. Rikshospitalet arbeider for et sentralt system hvor døgndoser fra apotek kommer barkode-merket til postene hvor de</p>		
---	--	--

	<p>sammenholdes med pasientrens armbånd. Systemet skal være på plass i år både på Rikshospitalet og Radiumhospitalet. En regner med betydelige innsparinger på lagerplass og at systemet vil øke sikkerheten.</p> <p>Felles kommentarer: Reseptregisteret ligger hos Nasjonalt folkehelseinstitutt. Her kan man få oversikt over alle legemidler som er solgt.</p> <p>På mistanke om misbruk kan man få utlevert data fra apotekene.</p> <p>Et prosjekt i Trondheim kommune har avdekket store variasjoner mellom medisiner som er forskrevet og det som finnes hos pasienten. Trondheim kommune (som en "fyrtårnskommune") har under pilot en løsning for elektroniske medisinkort (basert på "samtykkebasert kjernejournal").</p>		
4.	<p>Orienteringer:</p> <p>Intern omorganisering i SHdir:</p> <p>Divisjon for helseøkonomi og finansiering opprettes 01.07.06 og vil dekke områdene helseøkonomiske analyser, pasientklassifisering, finansieringsordninger, kodeverk og landsdekkende pasientregister. I forhold til kodeverk skal det satses på helsefaglig profilering. Innsatsen overfor de som koder må styrkes, et ledd i dette er veiledere innenfor ulike medisinske områder. Ansvar for at dette blir kjent og tatt i bruk påhviler de enkelte RHFene.</p> <p>Det er flere aktører på banen som påtar seg undervisning i kodebruk på grunnlag av den medisinske diagnosen. Det har til dels vært divergerende oppfatninger av hvilke koder som skal brukes til hvilke diagnoser. Dette er ikke tilfredsstillende. SHdir legger normer for kodebruk i Norge, informasjon må ut til foretakene og de skal påse at gjeldende bestemmelser følges.</p> <p>Nåværende referansegruppe for KoK vil bestå som før inntil all intern reorganisering i SHdir er fastlagt.</p> <p>Merknad fra Ola Kindseth: Leger innen nyfødttmedisin har laget et utkast til (perinatal) koding, da dagens system ikke er tilfredsstillende. Forslaget beror hos Glen Thorsen, KITH.</p> <p>Sykepleiekodeverkene: NANDA og andre sykepleiefaglige kodeverk er oversatt og oversettes til norsk. Det gjenstår mye arbeid og det er ikke konsensus om kodeverkene skal brukes. Det hersker en del uklarheter om hvorvidt disse kodeverkene er pålagt fra myndighetene. Man er opptatt av å nå ut med mer informasjon (ev. via konferanser og annet). Noen leverandører har implementert kodeverkene i sine systemer. Det trengs mer forskning og prosjekter for å kunne dokumentere egnethet for norske forhold.</p> <p>Merknad fra Asbjørn Haugsbø: Staten har ikke planer om å innføre disse kodeverkene nå. Sykepleiediagnoser vil heller ikke inngå i ISF.</p> <p>Nasjonal skadestatistikk:</p>		

	<p>Stortingets behandling av regjeringens forslag til ny forskrift om NPR er utsatt.</p> <p>SHdir har sendt møteinnkalling til leverandørene. Noen av dem er allerede i gang med å implementere skademodulene i sine systemer. Det er fullt mulig å registrere skadedata lokalt uten at data sendes videre til NPR (i påvente av Stortingets behandling av forslag til nytt NPR). Pilotering ved St. Olav og Trondheim legevakt er i avsluttende fase. Arbeidstilsynet har fått midler fra EU/EuroStat til å videreføre piloten i Trondheim, andre etater har også meldt interesse for å være med videre i Trondheim og bidra med midler.</p> <p>Implementering av OK 2007: Implementering er godt i gang. Det skal kjøres fem regionale opplæringsksamlinger, tre før sommeren og to til høsten.</p> <p>RHFene må kontakte NPR for registrering. OK 2007 er for spesialisthelsetjenesten og det kan noen ganger være vanskelig å vite hva som inngår i denne tjenesten når RHFene kjøper behandlingsplasser som ikke umiddelbart ses å sortere under spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid RHFene som selv må avgjøre dette.</p> <p>Rus: Møte i uke 24 skal bestemme videre arbeid fremover. 21. juni skal aktivitetstall for hele 2005 fremlegges. Det har vært vanskeligheter med å innhente data da noen systemer ikke kan levere det som etterspørres.</p> <p>ICF-tilpasning og prosedyrekodeverk for Psykisk helsevern, Rus og Rehabilitering I forbindelse med utvikling av pasientklassifiseringssystemer som kan danne grunnlag for utvidelse av ISF, vil det komme kodeverk innfor områdene Psykisk helsevern, Rehabilitering og Rus. Tilpasning av ICF-kodeverket i forhold til DRG og ISF er svært komplekst. Nordisk system (NASS – Nordic ICF Assessment Instrument) som bygger på ICF og FIM (kvantifisering av funksjoner) skal piloteres, sannsynligvis på Sunnaas og Levanger samt en opptreningsinstitusjon (Røros).</p> <p>Pilotering av NEKLAB: NEKLAB har vært pilotert fire steder: UNN, Ullevål, Fürst og Miclis. Systemet består av faste tabeller langs fire hovedakser som skal kunne kombineres og settes sammen til ”NEKLAB-kodestrenger” som deretter skal kunne mappes til lokale koder. Piloteringsresultater viste at for andre fagområder enn mikrobiologi var det greit å mappe på denne måten. Pga. det store antallet mulige kombinasjoner ble det for mikrobiologi umulig på forhånd å mappe mellom ”NEKLAB-kodestrenger” og lokale koder, man kunne derimot mappe tabell-for-tabell langs aksene og deretter kombinere til NEKLAB-kodestrenger. Det er også oppdaget andre mangler.</p> <p>Innføring utsettes.</p>		
5.	Diverse orienteringer v/ SHdir/alle		

	<p>NOMESKO</p> <p>Plenarmøte holdes i Tromsø 19. – 20. juni. ”Klassifikasjonens historie” vil bli fremlagt på møtet, og SHdir vil ta stilling til om den kan kopieres og innbindes via Statens trykksaksekspedisjon</p> <p>Ny skademodul (Deviation – what went wrong) er så godt som ferdigstilt. Denne modulen er et supplement til “Aktivitet” og “Skademåte”. Sverige har gjort forsøk med omkoding av tidligere skadehendelser, og det synes som om denne modulen ”Hva gikk galt” er nyttig spesielt sett i forebyggingsperspektiv.</p> <p>CEN TC251</p> <p>Det har vært et møte i Lund, ingen rapport tilgjengelig per i dag.</p> <p>Aktuelle seminarer/konferanser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HelsIT (Helseinformatikkuka i Trondheim), 25.-29. september 2006, Trondheim, http://helsit.com/index.htm. 		
<p>6.</p>	<p>Innkomne brev</p> <p>Ingen brev</p>		
<p>7.</p>	<p>Eventuelt og neste møte</p> <p>Per i dag innholder epikrisen ICD-10-koder. Dette er uheldig. KITH holder på å revidere standarden og vil håndtere dette.</p> <p>Bjarte Solheim har tidligere meddelt at han skal pensjonere seg og dette blir derfor hans siste møte. Asbjørn Haugsbø takket ham for stor innsats gjennom mange år, og håpet at det ville være mulig å trekke på hans kunnskaper ved senere anledninger.</p> <p>Neste møte; Torsdag 5. oktober i SHdir, kl. 10.30 – 15.00</p>		