

Minnesanteckningar från RDK:s fortbildningsdagar den 27-28 februari 2003 i Varberg

Torsdagen den 27/2 2003

Sjukhusdirektör **Kristina Wallentin**, Varberg hälsade alla välkomna. I sitt hälsningsanförande framhöll hon att läkarsekreterarna genom sitt engagemang tar ett starkare grepp med möjlighet att kvalitetssäkra den kunskap som kommer ut tack vare klassifikationsarbetet. Detta är en förutsättning för att sjukvården skall klara av att bygga sin kunskap på ett bra sätt. Därefter förklarade hon mötet och utvecklingskonferensen i Varberg för invigd.

Liselotte Säll, ordförande i RDK (Rikssektionen för diagnoskodning) presenterade RDK och informerade om att det är en sektionsavdelning till LSF. Hon informerade om hemsidan (www.vgregion.se/kodarna). Alla kan läsa på sidan, men endast medlemmarna kan ställa frågor samt ge svar på den. Den är ett bollplank, kontakt och nätverk för oss kodare. Den är ett diskussionsforum, det finns inget krav på att det man skriver och diskuterar skall vara rätt. Alla skall få lösenord för tillgång till sidan. Hon informerade också om mål som certifiering för kodarna, ett arbete som ligger långt framme. Man arbetar för vidareutbildning samt en ny titel för yrkesgruppen.

Därefter var det **Leif Sundbergs** tur att presentera universitetsutbildningen 20p "Patientklassifikation och vårddokumentation" i Göteborg. Leif arbetar som controller vid den gemensamma ekonomienheten på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. Han har arbetat med bl a DRG-systemet sedan 1986-1987 samt också med KPP-systemet m m. Utbildningen riktas mot yrkesverksamma läkarsekreterare där intagningskravet är att man arbetat som läkarsekreterare i fem år samt också naturligtvis har behörighet att söka till högskola. Målet med utbildningen är att man skall få fördjupade kunskaper om system för patientklassificering och vårddokumentation, grundläggande kunskaper om hälso- och sjukvårdens ekonomiska system samt kunskaper om förvaltningsorganisation. Utbildningen ges på halvfart, en dag per vecka. Utbildningen ges som tre delkurser. Delkurs I klassificering, delkurs II förvaltningsbiten och delkurs III informationsteknik, statistik, epidemiologisk metodik och avslutas med att en rapport skrivs i form av en mindre uppsats. Denna uppsats har ofta haft utgångspunkt i den egna verksamheten och man har arbetat två och två. Leif är mycket imponerad av de uppsatser som läkarsekreterarna skrivit. Utbildningen har avslutats med ett seminarium med muntlig föredragning. Studiebesök har gjorts på Landstingsförbundet och Socialstyrelsen. Hittills har tre utbildningar genomförts.

Göran Gustavsson, utredningsenheten, VG-regionen informerar om den utvärdering som gjorts av utbildningen. Två uppföljningar har gjorts i form av enkäter och detta gäller 2000 och 2001 års utbildning. Första enkäten riktade sig också till resp arbetsgivare, där blev resultatet ganska magert. Utbildningen har skett i samverkan med Västra Götalandsregionen och universitetet. Vissa sjukhus har skickat flera medarbetare till utbildningen, som t ex SkaS, medan SU däremot inte haft så många deltagare. Man har också gått ut med en förfrågan till kursdeltagarna ang hur värdefulla de olika delkurserna under 2000 var. Tanken är ju att man inte bara ska vidareutvecklas i sin kunskap utan man skall också få ny kunskap som man kan tillämpa i sitt arbete. Delkurs I har visat sig vara av stort värde för personerna och till delkurs II och III har man sagt att man gärna vill ha

den kunskapen och att kunskapen behövs för att få en total överblick och att man inte vill vara av med den.

För 2001 angav alla tillfrågade att delkurs I hade stort värde. Alla tyckte inte detta i 2000 utvärdering. Uppsatsen har blivit allt mera viktig och har blivit huvudinriktningen på delkurs III.

På frågan hur arbetsuppgifterna har förändrats efter utbildningen så har 39% tagit över kodningen, 24% har fått ändrad arbetsuppgifter men man har också fått en bättre arbetsfördelning. Som en positiv effekt har angetts: tydligare arbetsuppgifter, ökad egen säkerhet, mera kritisk, medverkan i utbildning och information, mera kontakt och mera diskussion, men också mera tidskrävande och mera stress.

Man har agerat som lärare och informatör och arbetssituationen har blivit mera intensiv då man också har sina gamla arbetsuppgifter kvar.

Det fanns dom som angav att man ännu ej tagit över kodningen men som ändå räknade med att göra det, en förändring har också skett av deras arbetsuppgifter även om man inte direkt tagit över ansvaret för kodningen.

Sedan fanns det dom som ej tagit över kodningen och som skäl till det anfört tidsbrist, personalbrist, revir, men man medverkar ändå i olika slags projekt och hjälper till att ta fram lathundar m m.

Önskemål från gruppen är en påbyggnad, man vill bredda sig vad gäller att skriva rapporter, mera sjukdomslära, engelska, presentationsteknik, ersättning och finansiering, IT, utbildning i Power Point samt mera klassificering.

Göran vill ge oss läkarsekreterare betyget att vi har hög kompetens, stort intresse, vi är en dold begåvningsreserv, har stor självständighet och vi har visat goda resultat. Det finns mycket att utveckla för våra personligheter. Vi har hittat en källa till att förbättra sjukvården på olika sätt. Vi klarar oss på egen hand och det är imponerande. Det finns inte någon grupp som i uppsatssammanhang har skrivit så bra uppsatser med så bra innehåll som läkarsekreterargruppen. Man har haft fina presentationer och man har hållit utsatta tider.

Resultat och restriktioner: Genom att skapa förutsättningar för denna utbildning så kan man se patientpositiva faktorer som att man frigör stora läkarresurser när man låter läkarsekreterarna utvecklas. Man får en korrekt beskrivning av sjukvården. Genom information ser man till att man får rätt ersättning för den vård man utför, man kan förlita sig på att det är rätt.

Restriktioner: Brist på lärare som kan undervisa i klassifikationsfrågor m m. Det saknas läroböcker och material för att man skall kunna läsa hemma och för att kunna ägna sig åt självstudier. Det är svårt att få vikarier när man tillskapar nya arbetsuppgifter som detta är, svårt att få förståelse för tid.

Utbildningar i övriga Sverige ser idag lite olika ut, det behövs enhetliga grundutbildningar för hela landet, fortsättningsutbildningar, internatutbildningar, sjukhusvisa utbildningar samt kodarnätverk.

I Alingsås, Varberg och Halmstad finns goda exempel på hur läkarsekreterare genom utbildningen har påverkat sjukhusen.

Därefter presenterade **Annelie Karling**, neonatalverksamheten, BUS, Göteborg och **Gunvor Fundell**, med klin, Östra sjukhuset i Göteborg sin uppsats som behandlade ämnet hjärtinfarkter på SU under 2001.

Några fakta: 2/3 av dessa patienter dör innan de når sjukhusvård. Kvinnor drabbas senare i livet än vad män gör. Medelåldern för kvinnor är 75-79 år och för män 65-69 år. Vid 80 års ålder är det lika många män som kvinnor som drabbas. En akut hjärtinfarkt vårdas ungefär 4-5 dagar och kostar ungefär 60 tkr. Kostnaden för akuta hjärtinfarkter på SU under 2001 var 221 mkr. Kvinnor har 1/2 dag kortare vårdtid än vad män har. De vanligaste bidiagnoserna i samband med hjärtinfarkt är ämnesomsättningsrubbningsar, högt blodtryck och diabetes. Arbets-ekg och kranskärslsröntgen görs inte lika ofta på kvinnor.

Den största riskfaktorn är ökad fetma. Att vara man är också i sig en ökad riskfaktor. För kvinnor har insjuknande i hjärtinfarkt krupit längre ned i åldrarna, de sista 6-7 åren har man funnit en markant förändring där. Det är viktigt att hänsyn tas till de biologiska skillnaderna och att man inte använder mannen som norm.

Efter detta presenterade **Monica Carlsson** och **Irene Eriksson** från medicinkliniken i Halmstad sin uppsats som handlade om lungcancer.

Materialet är från Hallands län 2001 och de diagnoser man valt att titta på var C34.0 - C34.9. Man har också gjort en granskning av journalerna. Fram till 30-talet var detta en ovanlig diagnos. Idag är det den näst vanligaste cancerdiagnosen hos män efter prostatacancer och för kvinnor är det den fjärde vanligaste. Man räknar med att 85-90% av alla lungcancerfall är orsakade av tobak, resterande av andra ämnen såsom asbest osv. Luftföroreningar kan också bidra. De personer som röker filtercigarretter får en annan typ av cancer. Efter ett rökstopp så har risken efter 10 år att insjukna i cancer halverats. Diagnosen ställs sent. I Halmstad ställs diagnosen med hjälp av bronchoskopi, sputumcytologi och lungpunktion. De två typer som förekommer är småcellig och icke småcellig lungcancer där den småcelliga är mest aggressiv. Incidensmönstret visar att 2.800 personer i Sverige drabbas varje år och att de flesta är 60 år och äldre. Att kvinnor förändrat sina rökvanor senare år visar sig nu genom att fler kvinnor insjuknar. Handläggningstiden från det man fick sin diagnos till dess man blev omhändertagen är kort, medelöverlevnaden är kortare för kvinnor än för män.

Jan Martinsson, läkare på kirurgen i Varberg informerade om tankar kring läkarutbildning i ekonomisk och medicinsk verksamhetsanalys. Läkarna har i stort sett inget klassificeringskunnande då detta inte ingår i deras utbildning och Jan Martinsson menar att nu är det läkarnas tur att få denna utbildning eftersom dessa har en nyckelroll i sjukvårdsarbetet, samt att man därefter får titta också på andra yrkeskategorier såsom omvårdnadspersonal, administratörer och paramedicinare som ett exempel. Läkarna har också klinisk erfarenhet och läkarsekreterarna behöver ytterligare sakkunskap att kunna diskutera med. Tanken är inte att alla läkare skall utbildas, men att det kanske skulle räcka med en läkare per klinik. I Mekus-gruppen arbetar man med förslag till upplägg av utbildning av läkare.

Mats Fernström, CPK/EpC, Socialstyrelsen informerade om en studie som en medarbetare på CPK gjort och där man tittat på om utbildningen har lämnat spår vad gäller antal DRG 468 (oftast beroende på felregistrering). Man har tittat på vårdtillfällen och jämfört kliniker där läkarsekreterare gått utbildningen med kliniker där man inte haft någon utbildad läkarsekreterare. De kliniker som haft utbildade personer har minskat antal DRG 468. Jämfört med riket i sin helhet är de kliniker som har utbildade personer mycket bättre. Man har också tittat på antal bidiagnoser i kirurgi. Här har man tydligt sett att de kliniker som haft utbildade

personer så har antalet bidiagnoser ökat kraftigt. Antal DRG med komplikation har också ökat kraftigt. Det märks att vi engagerar oss mer i kodningen, genom bättre registrering.

Därefter följde en information om "Vad är DRG - fördjupning, förslag till förändringar, nyheter i version 2003 och vad diskuteras inför 2004. Se kopia av Mats Fernströms overheadbilder.

Fredagen den 28/2 2003

Liselotte Säll informerade om Rikssektionen för Diagnoskodning RDK och det årsmöte som just ägt rum i sektionen. Hon visade också det förslag till logo som finns för Rikssektionen, men som ännu ej är godkänd av LSF.

Karin Holme, Akademiska sjukhuset i Uppsala, informerade om hur hon arbetat i Uppsala och Enköping med kodning. Från 2001 har man satsat på DRG som ett beskrivningssystem och där läkarsekreterarna varit en nyckelgrupp. Fem sekreterare gick utbildningen i Stockholm hösten 2001. Hon fick därefter ett uppdrag att utbilda läkarsekreterare och DRG-ansvariga läkare vid sjukhuset. Under förra året utbildades 135 sekreterare, under våren nu skall ytterligare 75 st utbildas och då skall man nå målet att 210 st skall ha fått utbildning. Varje klinik har utsett en DRG-ansvarig sekreterare samt en läkare. Att utse läkare har tagit tid, men det finns nu. Karin är anställd på heltid med ett övergripande ansvar för DRG i Uppsala läns landsting och är också DRG-ansvarig sekreterare på kvinnokliniken. Hennes uppdrag är att få kvaliteten i indata under 2003 för att man under 2004 skall få ersättning via DRG. Hon gör detta genom bl a information och utbildning. Målet är att alla sekreterare skall få denna utbildning. Hon jobbar med kvalitetssäkring genom uppföljning av kvantitet och kvalitet. Samarbete sker på kliniknivå mellan sekreterare och ekonomer. Det är viktigt att man är överens om sina roller.

Man tittar också på goda exempel från andra landsting. Hon jobbar för ett nätverk bland sekreterarna och med uppstart av DRG ute på klinikerna. Alla sekreterare är mycket entusiastiska och vill lära sig mera.

Britt-Marie Mattsson, urologkliniken, Kärnssjukhuset i Skövde berättade om hur hon försökt omsätta kodningen i vardagslivet och lyfta fram den nya kunskapen.

På urologkliniken har man arbetat genom att koda redan när vårdtillfället påbörjas och det kodas allteftersom vårdtillfället fortskrider. Den behandlande läkaren finns tillgänglig när oklarheter behöver diskuteras. Diagnosförslag och koder stäms av med utskrivande läkare. En fördel med detta är bl a att det dikteras utförligare sammanfattningar. En nackdel kan vara att det är svårt att hinna med att koda alla patienter och att alla provsvar kanske inte har hunnit komma.

Man har nu sökt pengar till ett FOU-arbete för att titta på hur stor andel vårdtillfällen som har medicinsk reg datum inom 3 v.

Susanne Wester, medicinkliniken, Uddevalla sjukhus berättar att hon tillsammans med två andra sekreterare (Marika Karlsson på akutkliniken och Helene Larsson, ortopedkliniken) på sjukhuset sökt FOU-medel, där målbeskrivningen var att förbättra diagnossättningen på Uddevalla sjukhus. Till detta arbete fick man 100.000:- och den mesta tiden lades på en manual för läkarsekreterarna. Man tog också fram rutiner för arbetsfördelning m m och man gjorde en Power Point presentation. Man har haft internutbildning för sekreterare och läkare. Alla har fått en 4 tim utbildning där man gått igenom grundregler samt kodat exempel.

Därefter har man haft sekreterarmöte en gång i veckan där man diskuterat fall och haft handledning. Som bollplank har man en intresserad läkare på kliniken och han kan sedan föra diskussionen ut till övriga läkare. Socialstyrelsens anvisningar delas ut till alla nya läkare. Vid ett tillfälle har man redovisat produktionen utifrån MDC/DRG till läkarna på kliniken för att dessa skulle få en återkoppling och detta har man bestämt sig för att ha med jämna mellanrum. När det gäller själva gången så skriver läkaren vid rond på utskrivningsdagen diagnosen i textformat. När sekreteraren skriver ut epikrisen kompletterar hon ev diagnosen på underlaget. DRG-sekreteraren kompletterar och gör ev tillägg. Registrerar och grupperar vårdtillfället i PAS-systemet. Journalen görs färdig och diagnosen skrivs på översikten. Journalen går därefter till läkaren för signering..

Visioner inför framtiden är att läkarna anger diagnosen i textformat, läkarsekreteraren skriver ut diagnosen, kodarna kompletterar diagnosen med koder samt gör ev tillägg och korrigeringar, DRG-sekreteraren utbildar, informerar, kvalitetssäkrar, sammanställer utdata samt redovisar.

Lena Persson, kirurgkliniken i Varberg informerade om att man arbetat i två år med kodningen och att man nu börjar se resultat. Man arbetar på samma sätt som i Uddevalla med handledning, genomläsning osv och man har bra kvalitet på utdatan. Under 2002 har man fått in c:a 5 miljoner kronor mera utifrån sekreterarnas insatser på kodningsområdet.

Olaf Steinum, infektionskliniken, Uddevalla och **Gunnar Henriksson**, kirurgkliniken i Skövde informerade om att 300 personer nu har gått utbildningen efter tre år. Man gjorde en tillbakablick vad gällde Skaraborg, där DRG var först ut och då läkare, sekreterare och ekonomer fick en kortare utbildning. Sedan tillkom kodarutbildningen i Göteborg, därefter utbildning i Stockholm, Skåne, Umeå och Halmstad. I Stockholm har man nu den åttonde utbildningen. I VG finns nu 90 st som gått poängutbildningen i Göteborg och i övriga Sverige finns 210 som gått andra utbildningar.

En ständig utveckling har skett i utbildningen. Det finns inga planer ännu på att utbilda läkare. Den aktuella frågan är nu hur man går vidare? Idéer för idag och i morgon? Finns behov av nationella riktlinjer? Målet är att läkaren ställer diagnosen, sekreteraren kodar - en självständig nationell kodarorganisation. De tycker att vi skall skapa intresse och visa vad vi kan och att det skall vi göra gemensamt. Vi har fått en kärnutbildning i klassifikation och sedan har vi tilläggsmoduler i form av olika specialiteter. Om sekreterarna tar över kodningen så innebär detta att kvaliteten blir bättre samt troligtvis också en bättre resursfördelning. En auktorisation diskuteras genom att vi skulle få göra en tenta på socialstyrelsen. En nationell kodarvägledning behövs. Vi behöver gå från elev till lärare. I höst planeras en vidareutbildning för c:a 23-25 elever. Vi måste ute på enheterna ta eget ansvar för utbildning och utveckling, ev tillsammans med företrädare för specialiteten. Vi rekommenderas att hålla kontakt med EPC:s kodare och lyfta fram olika saker. Ha olika referensgrupper. På läkarstämman i år kommer att diskuteras vem som skall koda - utbildade läkare eller utbildade kodare, auktorisation samt legitimation av kodare.

Därefter följde en genomgång av sjukdomsklassifikation, förtydliganden och rutiner. Regler huvuddiagnos, om läkemedel i patientklassificeringen, speciella kodningsproblem, kodning och klassifikation i öppenvård samt etik i patientklassificeringen, se kopia av overheadbilder.

Som avslutning visades Olaf och Gunnar sagan om Rödluvan utifrån ett kodarperspektiv. Mycket uppskattat!

/Eva Hallberg/

