

# Kronisk sygdom og diagnosekodning i almen praksis

Peter Vedsted & Henrik Schroll

*Almen praksis spiller en helt central rolle i den samlede omsorg for patienter med kroniske sygdomme og tilstande. Det er derfor vigtigt at få diagnosekodningen bedret og få den implementeret fuldt i almen praksis.*

Diagnosekodning i almen praksis har fået ny aktualitet efter, at der er sat øget fokus på kronikerindsatsen. Baggrunden er, at der er et stort behov for, at almen praksis diagnoseregistrerer kronisk syge patienter i det danske sundhedsvæsen. På basis af Sundhedsstyrelsens anbefalinger (1) om brugen af kronikermodellen i sundhedsvæsenet og implementeringen i form af forløbsprogrammer for konkrete kroniske sygdomme fremstår almen praksis netop som det væsentligste omdrejningspunkt i diagnoseregistrering.

Derudover er der en lang række andre gode grunde til at diagnosekode, såsom at få overblik over patientgrupper samt det særlige overblik læge og personale kan få over en patients journal, hvis der er benyttet kodning. Det gælder fx forløb, hvor man kan blive opmærksom på særlige mønstre i symptomer mv. Desuden giver diagnosekodning efterhånden en række teknologiske muligheder såsom feedback, oversigter og grafer samt links til sygdomsspecifik information på internettet.

I denne artikel ser vi på diagnosekodning i relation til kronikermodellen.

## Baggrund for diagnoseregistrering hos kronisk syge

Der kan skabes forbedrede resultater af den samlede indsats hos kronisk syge

### BIOGRAFI:

Peter Vedsted er seniorforsker, læge, ph.d. ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus. Henrik Schroll er praktiserende læge og ph.d. og bl.a. ansvarlig for DAK-E IT med fx Datafangst.

### FORFATTERS ADRESSE:

Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus.  
Vennelyst Boulevard 6, 8000 Århus C.

patienter ved at arbejde med elementerne i kronikermodeellen (2). Det vil bl.a. indebære, at man »skal kende sin population«, så praksis målrettet kan hjælpe med, at patienten har viden og kunnen i forhold til sygdomme, at der iværksættes relevant og adækvat behandling og at der følges op.

En central forudsætning er, at patientens sygdomsstatus bliver registreret. I denne forbindelse drejer det sig om diagnoser for kroniske sygdomme og ikke nødvendigvis symptomdiagnoser. Men registreringen kan meget vel også omfatte en registrering af risikofaktorer, sociale og psykologiske forhold.

Jo mere præcis kodningen og registreringen foretages, jo bedre vil man også kunne identificere særligt udsatte og sårbare grupper af patienter (ældre patienter, flere samtidige kroniske sygdomme, svag social position, særligt behov for livsstilsintervention mv.).

Diagnosticering er en lægefaglig opgave, og i den kliniske hverdag er det et vigtigt arbejdsredskab, som læger benytter sig af i patientkontakten. I Danmark foregår diagnoseregistrering obligatorisk på sygehusene. I almen praksis er diagnosekodning imidlertid ikke obligatorisk.

En anden vigtig del af patientregistrering vedrører en gradueret behandlingsindsats (stratificering). For sikkert og effektivt at kunne allokere en patient til en bestemt gradueret indsats (1) skal relevante diagnoser og andre parametre registreres, og helhedsbilledet skal løbende tages op til fornyet vurdering. Det kræver et informationsteknologisk værktøj. Da stratificering også typisk er en multidisciplinær opgave, er det vigtigt, at disse informationer kan deles på tværs af sekto-

rer og behandlere. Det vil fx betyde, at kommunerne kan få behov for at have adgang til oplysninger om borgernes evt. diagnoser.

Da langt hovedparten af borgere med en kronisk sygdom kun eller over en årrække udelukkende ses i almen praksis, bliver almen praksis omdrejningspunktet for diagnoseregistrering i kronikerindsatsen. Derfor skal det sikres, at der er støtte, procedurer og værktøj til at diagnoseregistrere i almen praksis, og de skal umiddelbart implementeres.

### **Sammenhæng i diagnoseregistrering mellem sektorer**

Patienters diagnoser i sygehusregisteres i Landspatientregisteret (LPR), og diagnoser i almen praksis registreres i lægens eget praksissystem. Der er forsøg i gang med at overføre almen praksis' diagnoser til centrale databaser (datafangst, Den Almenmedicinske Database (DAMD)), og i første omgang sker det for diabetes. Der er ingen kobling mellem LPR og DAMD, hvorfor man ikke umiddelbart kan få et overblik over patienternes diagnoser. Samtidig er der ikke umiddelbart mulighed for, at det kommunale sundhedsvæsen kan indsamle disse diagnoseoplysninger for deres borgere. Disse forhold betyder, at sektorerne/behandlerne ikke kan opnå et samlet overblik over, hvorvidt der er tale om en kronisk syg borger, der er kandidat til eller er indrullet i et forløbsprogram. For at opnå denne mulighed skal der således arbejdes frem mod at integrere disse oplysninger.

Allerede i dag findes dog en mulighed for, at der i almen praksis kan opsamles

informationer om patienter, der har været i kontakt med sygehusvæsenet (indlæggelse og ambulant kontakt). Enhver patientkontakt udløser fra sygehuset en epikrise til egen læge med angivelse af relevante diagnosekoder (ICD-10). Det skulle således være muligt, at lægesystemer indrettes til automatisk at indarbejde og oversætte disse diagnosekoder til registrering i den elektroniske patientjournal.

### **Diagnoseregistrering i almen praksis**

I almen praksis benytter man internationalt kodesystemet ICPC udviklet specifikt til almen praksis (3). Generelt kan man kode symptomer (henvendelsesårsager), diagnoser (fx infektioner, neoplasmer, skader, misdannelser) og procedurer for 17 kapitler, som dækker organsystemer, en gruppe for almene og uspecificerede symptomer/diagnoser og en gruppe for sociale forhold. Der kan angives flere koder pr. konsultation. ICPC- og ICD-koder kan oversættes indbyrdes og er derved kompatible, så koderne kan konverteres til hinanden.

ICPC er indarbejdet i alle lægesystemer. Forudsætningerne for diagnoseregistrering i almen praksis er således gode, idet almen praksis er fuldt ud computeriseret med elektronisk patientjournal. Brugen af diagnoseregistrering i almen praksis varierer meget i Danmark. PLO's medlemsenqueter viser, at i 2003 benyttede 16% af praksis muligheden for at ICPC-kode, mens dette i 2005 var steget til 45% af alle praksis. I 2005 varierede amterne mht. praksis, der kodede fra 33% til 93%.

Der er også stor forskel i, hvordan praksis koder. En del læger koder ikke

deres akutte patienter, men til gengæld alle deres kronisk syge patienter. Nogle koder kun med et »organbogstav« fra ICPC, men de fleste koder med både symptomdiagnoser og regulære sygdomsdiagnoser. Variationen afspejler i høj grad de regionale tiltag, der har været gjort af ICPC Kodenetværket og de lokale datakonsulenter i form af kurser og anden undervisning (4–6).

Kvaliteten af kodningen afhænger af den enkelte læge, men også af den hjælp (fx menuer), lægen får af sit lægesystem. Validiteten af diagnoseregistrering i almen praksis er vurderet både nationalt og internationalt, og det er fundet, at lægerne i ca. 75% af kontakterne stillet over for samme kliniske problemstilling vælger den samme diagnose. For kroniske lidelser er overensstemmelserne dog væsentlig højere.

Undersøgelserne vedrører ikke læger, der er specielt uddannet i kodning med ICPC. Overensstemmelsen i kodevalg vil derfor formentlig være højere blandt læger, der er uddannet i at diagnosekode (7–9).

### **Status for diagnoseregistrering i almen praksis**

*Udbredning til almen praksis:* En vigtig forudsætning for implementering af ICPC-kodning i almen praksis er lægernes kendskab til den. Der findes ikke en specifik undervisning af kommende speciallæger på det teoretiske kursus. DAK-E IT planlægger at fremme udbredelsen af ICPC-kodningen ved regionalt at afholde kurser i kodning og opbygge en paraplyorganisation (ICPC Kodenetværket). Decentralt i regionerne planlægges det, at uddannelsesudvalgene og datakonsulenter

terne med central støtte skal stå for uddannelsen.

Der er lavet en »kodebog« udgivet på Tidsskrift for Praktisk Lægegerning (seneste udgave fra 2003), der beskriver principperne omkring ICPC-kodning. Der er tidligere til alle praktiserende læger udsendt dels et ICPC-kodekort og et tilsvarende kort for grundreglerne i ICPC-kodning (kan downloades fra [www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER\\_DK/LAEGEFAGLIGT/KVALITET/KVALITET\\_ALMEN\\_PRAKSIS/ICPC\\_DIAGNOSEKODNING/ICPC\\_VEJLEDNING/](http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER_DK/LAEGEFAGLIGT/KVALITET/KVALITET_ALMEN_PRAKSIS/ICPC_DIAGNOSEKODNING/ICPC_VEJLEDNING/))

*Incitamenter til at ICPC-kode:* Det er frivilligt at benytte ICPC-kodning. Kodningen er ikke koblet til økonomiske incitamenter såsom honorering. Typisk benyttes ICPC-kodning som et internt arbejdsredskab og har som sådan et omfang og en kvalitet nødvendig herfor. På ICPC-kurserne demonstreres de fordele til hurtigt overblik i journalen og hurtigt specifik informationssøgning, som kodningen også giver. I forbindelse med »Forløbsydelsen for diabetes« er dette udnyttet. I Norge har man erfaringer med, at enhver afsluttet kontakt kun udløser honorar, hvis der foreligger ICPC-kodning (10). Der foreligger ingen norske undersøgelser af, om det har medført et ringere eller bedre registreringskvalitet, men der synes ikke at være forskel i kodekvaliteten. Derimod er der ingen tvivl om, at det har medført en fuldstændig kodning (personlig meddelelse, professor *Anders Grimsmo*, Norge). En anden erfaring fra Norge er, at lægerne skal gives mulighed for at gøre status med passende mellemrum for at opdatere status for de givne diagnosekoder. Hvis ikke forældes

koderne på samme måde, som hvis man ikke gør status over en patients lægemiddelbrug. Fx vil en 50-årig kvinde med diagnosen meno-metroragi have en irrelevant diagnose efter en hysterektomi. I Danmark vil man typisk vælge at supplere friteksten i diagnosekoden med fx årstal for aktiviteten, således at koden bliver: »Meno-metroragi, hysterektomi 2004« Det vil samtidig give lægen et vink om, at han formentlig ikke behøvede at indkalde patienten til nyt *smear*.

*Lægesystemer:* Alle lægesystemer i almen praksis skal give mulighed for at ICPC-kode. Der er dog fortsat stor forskel på brugervenligheden mht. at fremsøge den relevante kode, påføre den relevante kode, finde koder i patientens journal og lave udtræk på ICPC-koder på tværs af alle patienter (6). I nogle lægesystemer er der hjælpemenuer og *pop-up*-skærme og patientkort, der viser tidligere og nuværende ICPC-koder. Nogle systemer arbejder med mulighed for påmindelse, hver gang en kontakt afsluttes med en regning, og nogle lægesystemer har indbygget mulighed for, at man kan sætte andre påmindelser ind ved fx specifikke ICPC-koder. Nogle lægesystemer kan også præsentere tidligere benyttede koder, så lægen ikke skal fremsøge endnu en gang. Man kan se, hvad lægesystemerne kan, på: [www.dak-e.dk/files/9/certificeringer\\_2.pdf](http://www.dak-e.dk/files/9/certificeringer_2.pdf)

*Udtræk af patienter med specifikke diagnoser og datafangst:* Mange af lægesystemerne har funktionaliteter, der gør det muligt for praksis at lave et udtræk på specifikke diagnoser, men ikke alle er lige brugervenlige og sikre. Der foregår forsøg med at lave datafangst i lægesystemerne med henblik på at identificere alle patien-

Struktur	
<i>Lægesystemer</i>	Lægesystemerne har en særlig betydning i forbindelse med diagnosekodning. Det gælder forhold omkring brugerflade- og venlighed, og omkring at kunne lave fx statistikker på baggrund af koderne For at minimere tidsforbruget med at kode og sikre kvaliteten af kodningen er det derfor særdeles vigtigt, at der arbejdes med at udvikle bedre flertal brugerflader i lægesystemerne. Det gælder <i>pop-up</i> -menuer, hjælpemenuer, patientkort med koder. Samtidig kan man udvikle automatisk indsamling af koder fra epikriser, der så valideres af lægen
<i>Uddannelse</i>	Brugen af ICPC-kodning kræver en grundlæggende viden om systemet, og hvordan man benytter koderne bedst. Derfor skal der udvikles nationale og decentrale initiativer til kurser i ICPC-kodning og brug af lægesystemer. Der er behov for at videreudvikle, udbygge og formalisere netværket for kodeeksperter og datakonsulenter o.l. Endvidere skal man måske i højere grad have fokus på uddannelse af praksispersonale
<i>Udvikling af kodesystem</i>	ICPC-kodesystemet kan udvikles så det dels er dækkende, dels er logisk at benytte i den daglige praksis (specifikt og udtømmende). Dette arbejde skal faciliteres og have input fra brugerne så man opnår et optimalt brugervenligt kodesystem. ICPC-2 skal implementeres (fx T89 og T90)
Proces	
<i>Incitamenter</i>	Der skal udvikles på incitamenter, der kan øge udnyttelse af diagnosekodning. Det kan dreje sig om økonomiske og faglige incitamenter, og man kan kæde kodeaktiviteten sammen med kvalitetsudvikling og mulighed for at få statistikker mv. (adgang til information og feedback)
<i>Status</i>	For at undgå at diagnosekoder bliver forældede og ikke giver anledning til opfølgning kan man arbejde med muligheden for at lægen kan gøre status med relevante mellemrum sammen med patienten (som fx med en gennemgang af lægemiddelbrug o.l.)
<i>Kvalitetssikring</i>	Undersøgelser viser, at det er nødvendigt med en løbende kvalitetsudvikling og – sikring af kodearbejdet. Det gælder de koder, som benyttes, men i høj grad også den tid og de resurser, der går til det. Det skal også ses i forhold til den før omtalte uddannelse i diagnosekodning. Der skal også arbejdes med en løbende monitorering af kodekvaliteten
Resultater	
<i>Oversigt over patienter</i>	En vigtig fordel ved diagnosekodning i kronikerindsatsen er muligheden for at skabe et overblik over gruppen af patienter med en given sygdom
<i>Feedback og oversigter</i>	Ved at lave udtræk af særlige kodegrupper bliver det muligt at få feedback enten fra sentinelsystemet, diabetesforløbsydelsen og evt. eget lægesystem. På lidt længere sigt skal det være muligt at kombinere informationer fra både almen praksis, sygehusene og kommunerne i de tilbagemeldinger, som gives til de sundhedsprofessionelle
<i>Påmindelser</i>	Hvis der er opsat særlige krav til fx den opfølgning, man vil tilbyde patientgrupper, kan man udnytte diagnoseregistrering til at udtrække de patienter, der fx ikke har været til kontrol inden for et vist tidsrum. En facilitet der kan fås fra både sentinelsystemet og nogle lægesystemer

Fig. 1. Anbefalinger til at optimere diagnoseregistrering ved kronisk sygdom.

ter med en bestemt ICPC-kode og indsamle relevante oplysninger, der så samles i en central database, hvorfra ønskede rapporter kan tilbageleveres til de enkelte praksis.

*Hjælpepersonalets kodearbejde:* Til de afholdte kodekurser er hjælpepersonalet også indbudte. Indtil videre er det dog fortrinsvis lægerne, der har deltaget, men eftersom hjælpepersonalet i stigende grad inddrages i behandlingen og kontrollen af de kroniske sygdomme, må det forventes, at personalet også koder deres patientkontakter og dermed skal have kompetencer på området.

*Kodenetværk:* Med DAK-projektet blev det besluttet at fremme ICPC-kodningen. Der blev nedsat en ICPC Netværksgruppe bestående af 1–2 personer fra hvert amt samt datakonsulenten. Gruppen har holdt møde 2–3 gange årligt og igangsat amtslige kodekurser. I gruppen har specifikke kodeproblemer kunnet bringes op og diskuteres i et fælles internetforum. Styregruppen har ud fra diskussionen valgt den mest hensigtsmæssige brug og lagt konklusionen ind i en database, som netværket har kunnet trække på. DAK-E er nu som anført ved at etablere en tilsvarende enhed i regionerne. Deltagere i gruppen bliver i den nye organisation mere forpligtet til at arrangere regionale ICPC-kodekurser.

*Kvalitetssikring af kodning:* Der foregår i dag ikke en systematisk kvalitetssikring af kodearbejdet i almen praksis. For deltagere i den del af Sentinel, hvor lægerne har valgt at diagnosekode alle kontakter og indberette alle kontakter til DAMD, sker der for nuværende en validering af diagnosekodning.

### Behov for udvikling og støtte

Diagnoseregistrering i almen praksis er nødvendig, hvis alment praktiserende læger skal få det optimale ud af deres elektroniske patientsystemer, og hvis almen praksis skal bidrage optimalt til en samlet kronikerindsats. Derfor er der behov for støtte til lægernes kontinuerlige registrering, indsamling af diagnosekoderne og validering af kodningen. Vi har identificeret nogle særligt interessante og vigtige områder, som det vil være naturligt at fokusere på i en udvikling af området (Fig. 1).

### Konklusion

Vi har her gennemgået status for ICPC-kodning i almen praksis set i forhold til implementering af kronikermodellen i det danske sundhedsvæsen. Almen praksis spiller en helt central rolle i den samlede omsorg for patienter med kroniske sygdomme og tilstande. Det er derfor vigtigt, at der satses og udvikles på snarest at få diagnosekodningen implementeret fuldt ud i almen praksis samt at få den kvalitetsudviklet. Vi har peget på nogle vigtige indsatsområder, som vil kunne facilitere denne udvikling.

Ud over de anførte tiltag skal der endvidere arbejdes målrettet i retning af at integrere databaser og kodninger fra både primær- og sekundærsektoren, så man kan følge patienterne i det samlede sundhedsvæsen.

Det omfatter fx også mulighed for en systematisk registrering af aktiviteter i det kommunale sundhedsvæsen, til hvilket der mangler redskaber.

*Økonomiske interessekonflikter:*  
ingen angivet.

## LITTERATUR

1. Jørgensen SJ, ed. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
2. Vedsted P, Olesen F. Kronikermodellen og risikostratificering. Chronic care model. Månedsskr Prakt Lægegerm 2006; 84: 357–67.
3. ICPC International klassifikation for den primære sundhedstjeneste. 1991.
4. Schroll H, Falkø E. Hvorfor skal vi diagnosekode i almen praksis? Ugeskr Læger 2002; 164: 5267–9.
5. Brix P, Schroll H, Olesgaard P, Rytter L, Lundh J, Eriksson T et al. DAK – Det Almenmedicinske kvalitetsprojekt. Afsluttende rapport 2005. Del 1. København: Det Centrale Kvalitets- og Informatikudvalg for almen praksis, 2005.
6. Krabbe T. Udbredelsen af ICPC-kodning går trægt – en »systemfejl«? Månedsskr Prakt Lægegerm 2006; 84: 439–44.
7. Schroll H, Støvring H, Kragstrup J. Forskelle i praktiserende lægers anvendelse af International Classification for Primary Care-diagnoser. Inter- og intraobservatørvariationen. Ugeskr Læger 2003; 165: 4104–7.
8. Britt H, Angelis M, Harris E. The reliability and validity of doctor-recorded morbidity data in active data collection systems. Scand J Prim Health Care 1998; 16: 50–5.
9. Schroll H, Thomsen L, Eriksson T, Andersen JS, Søndergaard J. Datafangst og sentinelregistrering i almen praksis – en bedre måde at fremme kvalitet og forskning? Practicus 2003; 27: 76–7.
10. Brage S, Bentsen BG, Bjerkedal T, Nygård JF, Tellnes G. ICPC as a standard classification in Norway. Fam Pract 1996; 13: 391–6.