

Leger behøver ikke gjøre DRG-koding til sin hovedinteresse i den grad vi har gjort

Tilbake til faget

Leger har tradisjonelt vært interessert i sitt fag og brukt både tid og energi på det. Interessen kan være fundert på faglig nysgjerrighet, på personlige ambisjoner eller på et ønske om å gi sine pasienter en best mulig behandling. Vanligvis foreligger nok en kombinasjon av slike motiver. Denne faglige gløden har vært et adelsmerke for den medisinske profesjonen og har kommet både pasientene og helsevesenet til gode. Nå er det faglige engasjementet under hardt press.

Vi presses til å bruke stadig mer tid og krefter på økonomisk-administrative rutiner som verken tjener faget eller pasientene. Et aktuelt, men ikke enestående eksempel som for tiden preger sykehuslegenes hverdag, er systemet med innsatsstyrt finansiering og diagnoserelaterte grupper (DRG). «Alle» snakker om DRG, svært ofte ganske ukritisk som om det var en måte å skrive ut sjekker til egen avdeling på. Sykehusene utnevner DRG-ansvarlige, oppretter DRG-grupper og ansetter DRG-konsulenter (1). Kreativ diagnosesetting styrt av utsikt til maksimal DRG-refusjon skjer ikke bare ved de helseforetakene som har vært så uheldige å komme i medienes søkelys, men trolig ved alle landets sykehus. Unge assistentleger bør åpenbart konsentrere oppmerksomheten om DRG-kreativitet fremfor faglig perfeksjonering dersom de vil vinne avdelingsledelsens gunst. De aller mest kreative har sågar gjort temaet til gjenstand for forskning (2). En rekke sykehusavdelinger arrangerer nå kurs for legene i strategisk diagnosesetting, og mange steder later denne undervisningen til å være mer obligatorisk enn den ordinære medisinske etterutdanningen.

Skyldes denne ulykkelige situasjonen bare valget av DRG som basis for sykehusfinansiering i Norge? Ikke bare. Én måte skal sykehusene finansieres på, og det er sannsynlig at andre finansieringssystemer kunne stimulert til andre former for strategisk tilpassning. To forhold ved DRG-systemet er riktignok spesielle. Det ene er dets store detaljrikdom og kompleksitet, som nødvendiggjør både intellektuelle anstrengelser og betydelig tidsforbruk for dem som tar mål av seg til å beherske det. Det andre er at systemet frister ledere til detaljert kartlegging av «produktivitet» langt ned på avdelings-, post- og legenivå, på en måte som systemet aldri har vært laget for (3).

Hvordan er vi kommet i en slik situasjon? I tillegg til å kritisere systemet, bør vi granske medvirkende årsaksfaktorer i vår egen profesjon. To forhold peker seg ut: Det første er at vår skoleflinkhet, vår flittighet og vår konkurransementalitet, som på mange måter har vært vår styrke, kanskje er i ferd med å bli vår svøpe. Vi har alltid skullet være flinke; som elever, som studenter og som leger. Bli vi presentert for et komplisert finansieringssystem, vil vi være de flinkeste til å mestre også dette. Detaljkunnskap om DRG-kodeverket medfører ros fra de overordnede og økt status i avdelingen. Med hånden på hjertet: Hvem er upåvirket av slikt? Resultatet er at vi kaster oss over kodeverket med samme iver og glød som om det var detaljer fra Krebs' sykklus eller koagulasjonssystemet vi skulle

pugge. Karikert? Ja vel. Men prøv å få noen tusen andre akademikere til daglig å legge like mye flid for dagen overfor et liknende system – det ville bli vanskelig!

En annen mulighet er at leger er eksponenter for en grådighetskultur som passer til DRG-systemets pengefiksering som hånd i hanske. Denne hypotesen er ubehagelig og lite flatterende for vår profesjon, men likevel: Vi *vet* jo egentlig at maksimert DRG-produksjon ikke bedrer økonomien i sykehussektoren samlet, men bare påvirker fordelingen sykehusene imellom. De kreative frigjør ikke mer penger fra staten, men de beriker sitt eget budsjett på bekostning av de andres – inntil de andre lærer seg de samme kreative triksene. Avdelinger og seksjoner strides om hvem som skal godskrives DRG-poeng for pasienter de har samarbeidet om, det lages komplekse systemer for fakturering kliniske avdelinger imellom, og seksjoner med størst DRG-produksjon får størst uttelling i sykehusbudsjettet. Kan vi helt fri oss fra at konkurranse på slike premisser, mellom sykehus, avdelinger, seksjoner og kolleger, smaker mer av grådighet enn av solidaritet?

Samtaler med kolleger i sykehusene tyder på at mange ser faresignalene og er lite tilfredse med situasjonen. Likevel legger også de sin sjel i den kreative diagnosekodingen, angivelig fordi de *må*. Gjør de ikke det, blir de forbigått av andre, deres egen avdeling taper penger og deres pasienter taper behandlingsmuligheter. Mon det? Tenk om vi bestemte oss for å bruke våre evner, vår flid og vår kreativitet på noe annet og mer meningsfylt? For eksempel på å perfeksjonere oss i diagnostikk og behandling? På å yte god omsorg og gi god informasjon? Eller på å optimalisere behandlingsforløpene til glede for både pasientene og de budsjettansvarlige (4)?

Vår yrkesgruppe har fortsatt avgjørende innflytelse over sykehusenes virksomhet, simpelthen fordi det er vi som kan diagnostisere og behandle syke mennesker. Vi *behøver* ikke gjøre DRG-koding til vår hovedinteresse i den grad vi har gjort. Vi har truffet et kollektivt valg som verken har vært gjennomdrøftet eller gjennomtenkt, men som vi likevel ikke bare kan laste andre for. Vi kan fortsatt bestemme oss for å prioritere annerledes. Vi kan vende tilbake til *faget*, der er det fortsatt behov for både evner og ambisjoner.

Torgeir Bruun Wyller
tbwyller@yahoo.no

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er dr.med., postdoktorstipendiat i geriatri ved Universitetet i Oslo og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Litteratur

1. Godal TA. Rettet diagnoser for 8,2 mill. Dagens Medisin 2003; nr. 14: 10.
2. Stavem K, Bjerke G, Kjelsberg FN, Ruud EA, Saxrud SO. Diagnosekoding ved kronisk obstruktiv lungesykdom – økonomiske konsekvenser. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2290–3.
3. Haug C. To foretaksomme år. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 13.
4. Kåresen R, Hervik A, Schlichting E. Medisinsk logistikk ved mistanke om brystkreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1687–90.