

Referat

Møte om: Avregningsutvalget
Møteleder: Bjørn Buan
Dato: 06.3.2020
Referent: Morten Støver/Adrian Tveit Lundemo

Til stede: Bjørn Buan, Kahtan Al-Azawy (Skype), Erik Rødevand, Halfdan Aass, Petter Bugge, Tove Bjerkreim, Marianne Altmann, Hanne Lehn, Morten Støver, Adrian Tveit Lundemo

Kopi til: Arne Seternes, Wender Figved, Niels Krum-Hansen, Suzana Rosic, Bente Urfjell

Referat fra møte i Avregningsutvalget 6. mars 2020, kl. 09.30-15.30, Scandic Hell

Godkjenning av møteinnkalling, sakliste og referat

Refereres ikke

Administrative saker

Refereres ikke

Nye saker

20/3961 DRG 530 Større plastikkirurgi etter stort vekttap (2.prioritet).

Saken gjelder fjerning av løs og overflødig hud etter fedmeoperasjon. En stor andel av oppholdene er ved et sykehus i Helse Sør-Øst. Sykehuset skiller seg ut med både høyt antall DRG 530 *Større plastikkirurgi etter stort vekttap*, og høy andel (av det totale antall opphold i DRG-er for plastiske operasjoner på hud). Alle oppholdene i DRG 530 er rapportert med hovedtilstand L98.7 *Mye og overflødig hud og underhudsvev*. Mest brukte prosedyrekode er QBJ 15 *Full Bukplastikk*, QBJ 20 *Full Bukplastikk med vertikal komponent*, og QBJ25 *Belteplastikk* er mye brukte prosedyrer som gjør at oppholdet havner i DRG 530.

Denne typen operasjoner grupperte tidligere til DRG 288B, som Avregningsutvalget har vurdert tidligere i en annen sak (ref. 17/5983). Helsedirektoratet ber avregningsutvalget om å vurdere årsaken til den store variasjonen i DRG 530, og om det er grunnlag for avregning. AU bes om å se saken i sammenheng med sak 17/5983 vedr DRG 288B.

Oppfølging: Sekretariatet sender brev til sykehuset som bes redegjøre tilbudet, og spesielt angående omsorgsnivå. Hvordan vurderer foretaket selv at tallene er såpass avvikende fra

landsgjennomsnittet? Hva vurderer sykehuset som akseptabel ventetid for slike inngrep, og hva er gjennomsnittlig ventetid? Analyser gjøres på liggetid på DRG 530 og 531.

20/3956 DRG27 Alvorlig traumatisk hjerneskade

Saken gjelder høye rater i DRG 27 *Alvorlig traumatisk hjerneskade* i opptaksområdet til et sykehus i Helse Sør-Øst. Sykehuset skiller seg fra andre helseforetak også i DRG 31 *Hjernerystelse >17 år m/bk* og DRG 34 *Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk*. Det er antydninger til at sykehuset koder på en slik måte at flere opphold går i såkalte kompliserte DRGer (m/bk), og har lavere liggetid enn gjennomsnittet. Det var en stor økning i antall opphold i DRG 27 ved sykehuset fra 2. tertial 2018 til 2. tertial 2019. Økningen ved sykehuset var på 127 opphold, mens økningen totalt i DRG 27 var på 162. Helsedirektoratet anser det som nødvendig å undersøke kodepraksis og valg av omsorgsnivå for opphold i DRG 27, 31 og 34 ved sykehuset nærmere. Utvalget bes om å vurdere årsaken til den store variasjonen i DRG 27, 31 og 34, og om eventuelle forskjeller i registreringspraksis og valg av omsorgsnivå gir grunnlag for avkortning.

På møtet 06.03 presenterte sekretariatet analyser av mest brukte prosedyrekoder for DRG 27, 31 og 34, samt kommunikasjon med sykehus. Brev er fra før sendt ut til sykehuset, i tillegg til to andre sykehus som fungerer som kontrollsykehus.

I brevet til sykehuset ble foretaket vist tabell med tall for 2. tertial 2018/2019 samt økning. Foretaket ble bedt om å svare på følgende spørsmål.

- 1. Hva er retningslinjer og rutiner for å diagnostisere og kode hovedtilstand *S06.01 Hjernerystelse med åpent sår*?
- 2. Hva tror foretaket selv er grunnen til såpass avvikende tall sammenlignet med resten av landet?

Sykehuset spørres også om deres høye aktivitet i DRG 31 *Hjernerystelse >17 år m/bk* og DRG 34 *Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk*, og bes redegjøre for kodepraksis, pasientforløp, hyppigste brukte bidiagnoser og prosedyrekoder.

Der registreres også at sykehuset har et lavere antall opphold/ kontakter i DRG 9010 *Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nervesystemet* og 980A *Innleggelse uten overnatting for ØH-relaterte tilstander i nervesystemet* enn andre foretak og sykehuset bes redegjøre for registreringspraksis og valg av omsorgsnivå på pasienter i HDG 1 *Sykdommer i nervesystemet* og spesielt på pasienter med hjernerystelse- ICD-10 kode S06.xx

Brev gikk også ut til kontrollsykehusene som ble bedt om å redegjøre retningslinjer og rutiner for å diagnostisere og kode hovedtilstand *S06.01 Hjernerystelse med åpent sår*.

I svaret fra sykehuset ble det kun redegjort for bruk av *S06.01 Hjernerystelse med åpent sår*. Foretaket ber om mer tid for å besvare de andre spørsmålene. Koden *S06.01* er hos sykehuset i hovedsak brukt hos pasienter som har hatt hjernerystelse og samtidig et sår i hodet som har krevd behandling med sutur, strips el.l. Sykehuset viser til ICD10-kodeverket

på finnkode.no hvor det står: S06 Intrakraniell skade Merk: For koding av intrakranielle skader med tilknyttede brudd skal årets Kodeveiledning konsulteres.

Femte tegnposisjon for valgfri bruk der det ikke er mulig eller ønskelig å bruke flere koder for å beskrive samtidig intrakraniell skade og åpent sår. På denne bakgrunn har denne koden blitt brukt for enkelt å beskrive kombinasjonen sår og hjernerystelse.

Sykehuset skriver videre at grunnen til økningen i bruk av denne hovedtilstanden har vært økt oppmerksomhet omkring korrekt koding, hvor det tidligere ofte ikke har vært kodet om det har foreligget sår eller ikke. Alternativ koding er kombinasjonen S06.0 *Hjernerystelse* kombinert med S01.x avhengig av lokalisasjon, f. eks S01.0 *Åpent sår i hodebunn*. Etter at dette spørsmålet kom opp, har sykehuset hatt dialog med kodehjelpen ved Direktoratet for e-helse. Kodehjelpen anfører at kodeveiledningen, jfr. avsnitt 20.1.3 i denne, sier: «Om mulig skal hver enkelt skade kodes med sin egen skadekode, og kombinasjonskategorier (flerskadekategorier) skal unngås». Samtidig fremkommer at det er uklart hva som menes med åpent sår i S06.01. I engelsk utgave står, jfr. kodehjelpens svar av 06.02.20:

“The following subdivisions are provided for optional use in a supplementary character position where it is not possible or not desired to use multiple coding to identify intracranial injury and open wound:

- 0 without open intracranial wound
- 1 with open intracranial wound”

Sykehuset viser til at her brukes begrepet “open intracranial wound”, men ordet intracranial er ikke med i den norske oversettelsen. «Open intracranial wound» oppfattes som et skade som penetrerer helt inn til hjernen inklusive da med kraniefraktur. Det som finnes i engelsk litteratur om «brain injury with open wound», er at det beskriver en skade med åpent sår og fraktur, slik at det er kommunikasjon intracerebralt. Den norske oversettelsen synes derfor ikke å få med at åpent sår i S06.01 innebærer intrakraniell penetrasjon, som jo er en betydelig mer alvorlig tilstand enn hjernerystelse med et sår i hodet som ikke går intrakranielt. De ortopediske avdelingene har således kodet slik de har oppfattet er en mulighet slik ICD-10 er utformet i norsk utgave med åpent sår uten at det er anført at det er intrakraniell penetrasjon.

Videre skriver sykehuset at S06.01 gir refusjon i DRG 27, mens S06.0 kombinert med S01.9 *Åpent sår i hode, uspesifisert del* grupperes til DRG 32 med betydelig lavere refusjon. Det gir mening dersom S06.01 benyttes slik som i engelsk versjon. Det er imidlertid ikke noen grunn til at sår som ikke penetrerer intrakranielt, skal gi slik refusjon. De ortopediske avdelingene vil endre kodingen til kombinasjon S06.0 og S01.x. Vi vil også anbefale at Direktoratet for e-helse anmodes om at kodeveiledningen tydeliggjør forskjell i koding på sår som går intrakranielt med skallefraktur, og sår som begrenses til bløtdelene i hodet.

Det ene kontrollsykehuset hadde ikke svart i tide til møtet, mens det andre viste til at de koder hovedtilstand etter gjeldende retningslinjer i Kodeveiledning utgitt av Direktoratet for e-helse. Kontrollsykehuset antar bakgrunnen for henvendelsen er at bruk av 5. siffer i

kodingen av hjernerystelse differensierer mellom DRG 32 (S06.00) og DRG 27 (S06.01). I kontrollsykehuset var det i 1. og 2. tertial 2019 i hht. konsesjonsfilen fra NPR følgende fordeling mellom de aktuelle koder: 143 (S06.0), 70 (S06.00) og 101 (S06.01). Av dem med S06.01 falt 54 i DRG 27 og 47 i 980A.

Kontrollsykehuset har foretatt kodekontroll/journalgjennomgang av 6 fortløpende pasienter med hovedtilstand S06.01 og DRG 27 i månedsskiftet januar-februar 2019: Samtlige hadde sår i hodet som enten ble stiftet eller suturert. I tillegg hadde to av dem større ekskoriasjoner i pannen. Fire av dem hadde prosedyrekode QAB00 *Sutur av hud på hode eller hals*, noe de to andre også skulle ha hatt. To av dem var under behandling med warfarin og hadde behov for observasjon i sykehus. En hadde på CT et ekstraaksialt hematom frontalt og måtte observeres med henblikk på evt. utvikling/forverring. En hadde traume mot høyre øyes laterale begrensning og hadde behov for kontroll av synet. En var primært innom legevakten, men tapte bevisstheten der på nytt og ble derfor innlagt under mistanke om forverring av tilstand (sutureringen av såret ble foretatt her). En var betydelig forvirret og hadde behov for avklaring om dette skyldes traume eller andre forhold.

Kontrollsykehuset viser til at pasientene hadde åpne sår som er behandlet slik de skal gjøres. Man har i tillegg observert dem med henblikk på intrakraniell skade. Så langt man kan se er derfor samtlige av pasientjournalene som er gjennomgått kodet rett, S06.01 blir brukt i henhold til ICD-10 kodeverket. Dette er for øvrig ikke kommentert ytterligere i Kodeveilederen. Man kunne også ha kodet disse pasientene med S06.0 + S00.x /S01.x, men da burde det ha vært presisert nærmere under «S06 Intrakraniell skade». Slik det står nå er det i beste fall lett å misforstå så lenge det er ønskelig at det brukes færrest mulig koder. Problemet som reises er etter kontrollsykehusets syn således ikke en kodeproblematikk eller kodingsfeil, men bunner i DRG-logikken. Dette bør i så fall presiseres nærmere i regelverket.

I utvalgets diskusjon ble det påpekt at kodeveiledning er ikke klar. Der er definisjonen et sår. E-helse anbefaler multippel koding i epostutveksling med sykehuset.

Forskjellen på intrakraniell skade/intrakranielt sår ble påpekt. Kodeteksten vurderes å ha en oversettelsesfeil. Er dette feilkoding eller formildende omstendigheter? Hvorfor er det bare Vestre Viken som eventuelt misforstår? Er det de som gjør korrekt og alle feil? Utvalget påpeker også at det kan også se ut som om sykehuset kan ha brukt feil omsorgsnivå. Oppfølging: Utvalget avventer saken til fullt svar foreligger fra sykehuset.

20/4286 DRG 217 Sårrev og hud transpl eksl hånd p.g.a traume/sykdom i HDG 8

Saken gjelder høye rater for opphold i DRG 217 *Sårrev og hud transpl eksl hånd p.g.a traume/sykdom i HDG 8* i opptaksområdene til flere sykehus i ulike regioner. Tidligere analyser fordelt på behandlende helseforetak viser at et lokalsykehus har stått for behandlingen ved tolv av atten opphold i eget opptaksområde. De resterende seks

oppholdene ble gjennomført ved et større sykehus i samme region. Et annet lokalsykehus har stått for behandling i fem av ti opphold i eget opptaksområde. De fem resterende ble ved tre andre større sykehus.

To av sykehusene har tilsynelatende høy aktivitet i DRG 217 sammenlignet med andre helseforetak. Begge HF har nokså høye rater. Rapporterte hovedtilstander viser at de fleste oppholdene gjelder komplikasjoner etter kirurgisk behandling (T84 *Komplikasjoner ved innvendige ortopediske proteser, implantater og transplantater*, T87 *Komplikasjoner særegne for reimplantasjon og amputasjon*), men også andre sykdommer og skader i HDG 8. De vanligste prosedyrene er vakuumassistert sårbehandling og sårrevisjon på underekstremitet. Det er små tall og derfor vanskelig å identifisere eventuelle avvik i registreringspraksis for sykehusene. Analyser på endringer viser jevn aktivitet ved det ene sykehuset, men på et høyt nivå begge år. Ved det andre har det vært en økning på 18 opphold som tilsvarer 72 % økning, fra 2018 til 2019. Det er lav aktivitet i DRG 2170 ved alle HF. Utvalget er bedt om å vurdere årsaken til den store variasjonen i DRG 217, og om eventuelle forskjeller i registreringspraksis gir grunnlag for avkortning.

På møtet 06.03 presenterte sekretariatet nye oppdaterte analyser på ratetall, antall opphold samt endring 2018-2019. Det ble også presentert tall på liggetid, tilleggstilstander og prosedyrekoder i DRG217 og 2170 der et av sykehusene ble sammenlignet med resten av landet.

I diskusjonen ble det poengtert at det er forskjellige typer tilleggstilstander i 217 og 2170. Det vil være nyttig med telling av tilleggstilstander da dette er tunge pasienter. Utvalget ønsker å se bort fra 2170 i videre arbeid.

Oppfølging: Samme analyser gjøres for det andre sykehuset. Husk median på liggetid. Det undersøkes hvilke prosedyrer som registreres flere ganger på opphold og beregnes gjennomsnittstall på antall prosedyrer per pasient. Det trengs også en kartlegging av bruk av QDXX-kodene. Brev sendes til de to sykehusene med et annet som referansesykehus. Her ber vi om å få beskrevet pasientforløp og pasientpopulasjon. Hvor omfattende er prosedyrene for lappeplastikk?

Oppfølgingsaker

17/5575 Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer

Analyser av ABF-data for 2017 viste at et sykehus i Helse Sør-Øst fortsatt hadde høyere andel opphold med hovedtilstand Z95 *Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar* i DRG 144 *Sirkulasjonssykdommer ITAD m/bk*, mens de andre sykehusene hadde endret kodepraksis. Oppfølgende analyser av ABF-data for 2018 viste at sykehuset fortsatt hadde høyere andel opphold med hovedtilstand Z95 i DRG 144. Avregningsutvalget valgte derfor å

opprettholde anbefaling om avregning etter samme prinsipp og metode som foregående år, dvs at opphold registrert med hovedtilstand Z95 ved sykehuset avregnes ned til landsgjennomsnittet.

På møtet 06.03 viste analyser at sykehuset igjen skiller seg ut. Flere sykehus har økning. To andre sykehus tilskrives med samme budskap som sist. Avregningsutvalget vurderer flere informasjonsveier til fagdirektører og RHF mtp den systematiske feilkodingen i overdrevet bruk av z-koder. Utvalget ønsker å skjerpe nivået.

Oppfølging: Sekretariatet skriver et generelt brev med info at det vil bli avregning på over 2%. Hvis sykehusene har innsigelser kan de sendes utvalget.

17/11400 Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering

Analyser av ABF-data viste at pasienter bosatt i opptaksområdene til sykehusene hadde en vesentlig høyere andel opphold i DRG 462A *Kompleks rehabilitering* enn pasienter som hører hjemme i andre opptaksområder. Også i DRG 462B *Vanlig rehabilitering* var aktivitetsratene relativt høye for de aktuelle opptaksområdene. Mange av disse oppholdene gjaldt rehabilitering av pasienter med muskelsmerter, her definert som opphold med annen tilstand fra M60-M79 *Bløtvevssykdommer*. Mer spesifikt gjaldt det revmatisme, fibromyalgi og myalgi. Disse utgjør andre pasientgrupper enn de som vanligvis er aktuelle for rehabilitering med innleggelse ifølge ISF-regelverket.

I fjor ble Avregningsutvalget av Helsedirektoratet bedt om å vurdere hvilken type aktivitet som inngår i DRG 462A og DRG 462B og videre vurdere om aktiviteten oppfyller kravene til rehabilitering slik det står formulert i ISF-regelverkets kapittel 5.12 samt vurdere om de aktuelle oppholdene heller burde vært kodet som pasientopplæring eller gruppebehandling.

Fjorårets vurdering var at behandlingen vurderes som en serie av polikliniske konsultasjoner, og Avregningsutvalget anbefaler avregning til poliklinikk pluss ett opphold i 9980 *Grupperettet pasientopplæring* for tre sykehus.

På møtet 06.03 ble nye analyser presentert, og disse viste samme trend som for fjoråret. På møtet presenterte også Helsedirektoratet innmeldt klage fra et av sykehusene, samt responsen på denne. Rehabilitering er et vanskelig felt, men Avregningsutvalget står ved avregningen som er gjort tidligere.

Oppfølging: To sykehus tilsendes brev med spørsmål om det er gjort endringer i pasientsammensetning eller behandling fra 2018 til 2019. Sender også ut brev til det tredje sykehuset.

18/1820 Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35

I saksbehandlingen for 2018-data ble det konkludert at det var nødvendig med en mindre dokumentkontroll (et dagsverk) for å komme videre i saken. Dette var basert på en observert vekst i DRG 2680 *Plastiske op på hud og underhud, dagkirurgisk behandling* og en nedgang i DRG 809J *Eksisjon eller destruksjon av hudlesjon* samt variasjon mellom HF i bruken av prosedyrekoder for eksisjon av kirurgisk arr. Etter analyser og brevkorrespondanse ble fokuset rettet mot et sykehus i Helse Sør-Øst. På møtet 06.03 ble nye data for 2019 presentert. Ettersom det er liten endring i opphold opprettholder utvalget anbefalingen med å gjennomføre en dokumentkontroll på sykehuset. Utvalget er også åpent for at andre foretak senere bør ha samme type dokumentkontroll.

Oppfølging: Det gjøres nye analyser på forholdstall mellom 2680 og 809J. Kan utvalget vurdere en "akseptabel andel"?

19/27629 DRG297 Fedme

Et sykehus ble i fjor avregnet i sak om behandling av fedme. Analyser av 2018-data viste at sykehuset hadde flere opphold i DRG 297 *Ernærings- og stoffskiftesykdommer >17 år u/bk*, sammenlignet med andre sykehus. De fleste oppholdene var registrert med hovedtilstand E66.x *Fedme*. De fleste oppholdene i DRG 297 ved sykehuset var rapportert fra Regionalt senter for sykkelig overvekt (RSSO). De fleste oppholdene gjaldt pasienter som var bosatt i sykehusets eget opptaksområde. I tillegg kom en del pasienter fra områdene til de andre sykehusene i RHFet. Analyser av rater for DRG 297, (antall opphold per 1000 innbygger) viste at flere sykehus i samme RHF hadde rater langt over gjennomsnittet for landet. Sykehuset beskrev et to-dagersopphold som kommer i DRG 297 siden pasientene innlegges. Dette oppfattes som tilbud kan gis poliklinisk, eventuelt som dagbehandling. Det er ikke medisinsk grunnlag for innleggelse på grunn av nevnte gruppetilhørighet.

I analyser av data for 2019, skiller sykehuset seg fortsatt fra landet for øvrig. Avregningsutvalgets anbefaling er også denne gang at hvert opphold med E66 i DRG297 og liggetid=1 hos sykehuset, anbefales avregnet, og gis refusjon lik to polikliniske kontakter. Dette er basert på faglig innhold og nasjonal standard som grunnlag. *Oppfølging:* Sekretariatet sender sykehuset brev med årets tall og varsel om avregning lik fjorårets.

17/5578 Bruk av tilstandskode R52.2 Annen kronisk smerte

Et sykehus i Helse Sør-Øst har utviklet et tilbud med akupunktur registrert med hovedtilstand R52.2 *Annen kronisk smerte*, kombinert med prosedyrekode for akupunktur. Denne saken ble behandlet første gang i 2017. Sykehuset har utviklet tilbud særlig til pasienter med brystkreft, som erfarer symptomer med smerte, hetetokter, insomni, fatigue, myalgi, kognitive forandringer og polynevropati, jfr. omtale i Avregningsutvalgets årsrapport 2017. For 2017 ble 80 prosent av oppholdene avregnet, med begrunnelse at for

en vesentlig andel av pasientene var behandlingen å regne som utprøvende, ikke etablert. Slik behandling dekkes ikke av ISF. Kontroll av pasientdata for 2018 viste at smertekodene hos pasienter som fikk akupunktur hadde blitt erstattet med andre, fortsatt uspesifikke smertekoder. Disse oppholdene ble anbefalt samme avregning for 2018 som for 2017, dvs åtti prosent avkortet.

Analyser av data for 2019, viser samme type koding som for året før, og Avregningsutvalget anbefaler avregning etter tidligere års modell. 80 prosent av opphold i DRG 801R *Lokal smertebehandling* registrert med hovedtilstand R52.2 *Annen kronisk smerte* eller R52.9 *Uspesifisert smerte* og prosedyrekode WDAL15 *Akupunktur* ved sykehuset. Vurderinger og anbefalinger avregnes med bakgrunn i at bruk av akupunktur ikke er etablert behandling for disse tilstandene, og derfor ikke skal finansieres gjennom ISF-regelverket.

Oppfølging: Sekretariatet sender sykehuset brev med årets tall og varsel om avregning lik fjorårets.

17/2839 Kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner

Saken gjelder høy andel døgnopphold ved enkelte HF/institusjoner, og med indikasjoner på at pasientene i en stor andel av tilfellene hadde hatt permisjon og ikke overnattet ved sykehuset. I tilfeller der helsehjelpen foregår over to eller flere dager, uten at pasienten overnatter i sykehusavdeling, skal behandlingsaktiviteten ikke rapporteres som ett sammenhengende avdelingsopphold med permisjon. Avregningsutvalget har tidligere anbefalt en avregning av de sykehusene med høyest andel (over 4 prosent) korte innleggelser med like lang permisjonstid som innleggelsestiden. Her avregnes alle opphold hvor liggetid er lik permisjonstid og der liggetid=1.

Oppfølging: Utvalget ber sekretariatet komme med forslag til en ny beregningsmetode.