

Møte om: Avregningsutvalget

Referat

Referat fra møte i Avregningsutvalget 16. april 2020, kl. 10.00-12.00. Møtet ble gjennomført via Skype.

Administrative saker

Refereres ikke

20/3956 DRG 27 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 HF 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 de mest brukte prosedyrekodene for DRG 27, 31 og 34, samt kommunikasjon med sykehus. Brev er fra før sendt ut til det aktuelle sykehuset i tillegg til to kontrollsykehus.

I brevet til sykehuset ble det vist tabell med tall for 2. tertial 2018/2019 samt økning. Sykehuset 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.

Det registreres også at sykehuset har et lavere antall opphold/kontakter i DRG 9010 *Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nervesystemet* og DRG 980A *ØH-relaterte tilstander i nervesystemet uten overnatting* 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 med 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*. Svarene herfra er ment å

brukes til sammenligning.

Før møtet 16.april er delvis svar fra sykehuset samt svar fra de andre sykehusene presentert for utvalget, det gjenstår fortsatt en del av svaret fra sykehuset. Utvalget har fått beskjed om at dette skal være klart før neste møte. Saken utsettes derfor til neste møte når fullstendig svar er kommet.

Oppfølging: Det forventes svar fra sykehuset før endelig konklusjon. Det bør gjøres en vurdering på valg av omsorgsnivå.

20/3959 DRG 479 Karkirurgisk operasjon

Saken gjelder høye rater i DRG 479 *Karkirurgisk operasjon ITAD u/bk* i opptaksområdene til ved flere sykehus. Analyser tyder på at de aktuelle helseforetakene benytter DRG 4790 *Karkirurgisk operasjon ITAD, dagkirurgisk behandling*, i mindre grad enn andre helseforetak og at dette bidrar til høy rate i DRG 479.

Ved ett av regionsykehusene er det en stor andel pasienter med bosted i sykehusets eget opptaksområde i DRG 4790. Når det kommer til pasienter fra andre sykehus som behandles som behandles ved regionsykehuset er det en mye mindre andel i DRG 4790, og en større andel i DRG 478 *Karkirurgisk operasjon ITAD m/bk* og 479. Tilsynelatende behandles pasienter med lengre reisevei i større grad gjennom døgnopphold, mens pasienter med kortere reisevei behandles med dagkirurgi.

I et annet RHF behandles de fleste pasientene i DRG 478, 479 og 4790 ved to av sykehusene. Ved disse helseforetakene er det svært få opphold i DRG 4790, og de fleste oppholdene er døgnopphold.

Analyser viser stor økning i DRG 479 ved to av sykehusene. Ved et annet er det en stor nedgang i DRG 479, som korresponderer med en stor økning i DRG 478.

Utvalget bes om å vurdere årsaken til den store variasjonen i DRG 479, og om eventuelle forskjeller i registreringspraksis eller valg av omsorgsnivå gir grunnlag for avkortning. Analyser på diagnosekoder, prosedyrekoder og liggetid på alle DRGer 478, 479, 4790 er presentert for utvalget. Kompliserende bidiagnoser er også sendt ut. Det er fortsatt litt usikkert for sekretariatet hvorvidt omsorgsnivå er det eneste sykehusene skal spørres om.

Oppfølging: Sekretariatet sender utkast på brev til medlemmer av utvalget som bistår med formuleringen. Om det er tvil kan det gå på sirkulasjon til resten av utvalget.

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

Saken gjelder større plastikkirurgi etter stort vekttap. 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 (inkl. postbariatrisk kirurgi)*, og høy andel (av det totale antall opphold i DRG-er for plastiske operasjoner på hud). Sykehuset ble tilskrevet og spurt om å beskrive behandlingsforløpet til denne pasientgruppen. Sykehuset ble også bedt om å vurdere grunnen til at det skiller seg såpass ut sammenlignet med landet for øvrig, samt beregne gjennomsnittlig ventetid for denne typen inngrep,

og hva sykehuset anser som akseptabel ventetid.

Sykehuset svarer at hovedårsaken til at det skiller seg ut med høyt antall DRG 530 og øvrig plastikkirurgi etter stort vekttap, er at helseforetaket høsten 2017 etablerte en behandlinglinje som i hovedsak arbeider med postbariatrisk plastikkirurgi. Det gjøres også noe brystreduksjoner og operasjoner for gynekomasti og rectusdiastaser.

Pasientene som inngår i behandlingsforløpet for plastikkirurgi er henvist fra fastlege eller annet sykehus. Pasientene møter til indikasjonsstillende poliklinisk konsultasjon, og de som i henhold til kriterier nedfelt i nasjonale retningslinjer skal opereres, settes på venteliste for operasjon.

Postoperativ kontroll av sårene foregår etter cirka 10-12 dager hos pasientens egen fastlege. Alle får tilbud om etterkontroll etter 3 måneder. Svært mange av de postbariatriske pasientene må på grunn av inngrepenes størrelse gjennomgå flere inngrep før alle aktuelle regioner er ferdig operert slik at de ansees ferdig rekonstruert.

Ventetiden på konsultasjon ligger for tiden på cirka 1 år. Ventetiden for operasjon er 1,5-2 år.

Brystreduksjoner har krav på å få konsultasjon innen 12 måneder og de postbariatriske innen 5 år.

Sykehuset ser at ventetidene har økt i takt med at tilbudet i avdelingen er blitt kjent.

Cirka 30 prosent av pasientene kommer fra annet opptaksområde enn sykehuset sitt.

Sykehuset mener årsaken til at de har høy andel DRG 530 sammenlignet med andre foretak, er at dette tjenestetilbudet andre steder inngår som en del av et bredere plastikkirurgisk tilbud, mens det tilskrevne sykehuset er mer rendyrket mot postbariatrisk kirurgi. Det er altså et mer særskilt behandlingstilbud.

Oppfølging: Utvalget ser at dette er et eget tilbud som er opprettet og gjort rede for. Utvalget tar svaret til etterretning, saken ansees som avsluttet og den følges derfor ikke videre.

20/4286 DRG 217 Sårrev og hudtranspl eksl hånd pga traume/sykd i HDG 8

Saken gjelder høy aktivitet i DRG 217 *Sårrev og hudtranspl eksl hånd p.g.a traume/sykdom i HDG 8* hos to foretak. Begge HF har nokså høye rater. Rapporterte hovedtilstander viser at de fleste oppholdene gjelder komplikasjoner etter kirurgisk behandling (T84, T87), 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 de aktuelle sykehusene. Utvalget er bedt om å vurdere årsaken til den store variasjonen i DRG 217, og om eventuelle forskjeller i registreringspraksis gir grunnlag for avkortning.

Det har blitt presentert analyser på ratetall, antall opphold samt endring 2018-2019 i tillegg til tall på liggetid, tilleggstilstander og prosedyrekoder i DRG 217 der sykehusene sammenlignes med resten av landet. Det kan være interessant å se nærmere på utvalgte prosedyrekoder i Q*G-rekka, altså operasjoner på kroniske sår og fistler i uspesifisert hudregion. Det kan også være interessant å undersøke om det er snakk om tyngre eller lettere opphold ved å analysere andelen kortere og lengre liggetid.

Oppfølging: Sekretariatet jobber videre sammen med et utvalgsmedlem med å sammenfatte analyser for nærmere gjennomgang på neste møte. Det jobbes også med å utforme brev til de

aktuelle sykehusene.

20/4290 DRG 107C Koronar bypass med komplekse ledsagende prosedyrer (2.pri)

Saken gjelder høye rater observert i DRG 107C *Koronar bypass med komplekse ledsagende prosedyrer* i opptaksområdene til flere sykehus i ulike regionale helseforetak. Det er stor forskjell i antall opphold i DRG 107C mellom regionene, med høyere antall opphold per innbygger i enkelte RHF. Det er kun aktivitet i denne DRGen ved de største sykehusene i hvert RHF. Aktiviteten som er presentert med høye rater i er i hovedsak utført ved to av disse.

Aktiviteten i DRG 107C må også sees i sammenheng med aktivitet i DRG 107A Koronar bypass uten hjertekateterisering eller komplekse ledsagende prosedyrer u/bk og DRG 107B Koronar bypass med hjertekateterisering. Oversikten over antall opphold per DRG etter behandlende helseforetak viser at det er uforholdsmessig mange opphold i DRG 107A, 107B og 107C ved to av sykehusene. Det er tilnærmet like mange opphold i de aktuelle DRGene ved to av sykehusene, og mange opphold ved et tredje sett hen til innbyggertall. I DRG 107C er det flere opphold ved ett sykehus enn ved sammenlignbare, og det er uforholdsmessig mange opphold ved et annet. Det er også en større andel av oppholdene i DRG med komplekse ledsagende prosedyrer eller m/bk, DRG 107C, ved enkelte sykehus. Analyser viser at det rapporteres et betydelig større antall NCMP- og NCSP-koder ved ett av sykehusene, som også rapporterer over gjennomsnittet mange bitilstander.

Ettersom ett HF rapporterer vesentlig mer koder enn andre ble det tilsendt brev med følgende spørsmål: Hva er grunnen til særlig mange opphold med kode for komplikasjoner, dvs. kodene Y83.2 og T81.8?

Sykehuset svarte at de med unntak av to tilfeller finner at nevnte koder er riktig brukt etter å ha gått gjennom alle aktuelle journaler. Sykehuset redegjorde for detaljer i kodingen for de avvikende tilfellene. Ellers mener sykehuset at kodebruk er riktig og i samsvar med regler og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten. Sykehuset oversendte som vedlegg en gjennomgang på kodingen for alle opphold med tilhørende vurderinger på kodebruk.

Det påpekes at mye av kodingen hos sykehuset gjenspeiler helt vanlig klinisk aktivitet etter hjertekirurgi.

Det kan spekuleres i om det er snakk om "overkoding" av hyppige komplikasjoner, eventuelt "underkoding" av det samme ved andre sykehus. Sykehuset bruker Y83.2 mer enn andre gjør, men koden kompliserer ikke i seg selv. Det er ikke nødvendigvis feil, det blir ikke galt å bruke kode Y83.2.

Oppfølging: Utvalgte medlemmer og sekretariatet tar et møte om hvordan saken skal følges opp videre.

19/2886 Kodepraksis ved behandling av sykdom i nyrer og urinveier i DRG 331

Saken følges opp fra i fjor. Analyser har tidligere vist stor variasjon i aktivitet blant helseforetakene i DRG 331 *Sykdom i nyrer og urinveier ITAD >17 år m/bk*, der tre sykehus skilte seg ut med vesentlig flere opphold enn landet for øvrig. En tilsvarende variasjon ble ikke observert i DRG 332 *Sykdom i*

nyrer og urinveier ITAD >17 år u/bk.

Utvalget konkluderte i fjor at kodingen ved ett av sykehusene i en del tilfeller ikke er korrekt. Tilfeller hvor pasienter har blitt lagt inn for urinretensjon har blitt kodet med hovedtilstand Z43.6 *Ettersyn av kunstig annen kunstig åpning for urinvei* der andre sykehus har brukt koder for bakenforliggende tilstand. Utvalget finner også at Z43.6 ikke er brukt korrekt når det gjelder fjerning av blærekateter. Z43.6 *Ettersyn av kunstig annen kunstig åpning for urinvei* er angitt å omfatte nefrostomi, ereterostomi og uretostomi. Blærekateterer omfattes ikke av denne koden. Utvalget finner derfor at Z43.6 ikke skal benyttes ved fjerning av blærekateter. Utvalget finner også at det vanlige er å fjerne slike katetre poliklinisk, og at det ikke er medisinsk grunn til innleggelse som omsorgsnivå. Inneliggende opphold i DRG 331 hvor kode Z43.6 ble benyttet, ekskludert opphold med KAS00K *Skifte av nefrostomikateter*, ble regruppet med ny hovedtilstand R33 *Urinretensjon* samt omsorgsnivå poliklinikk og deretter avregnet. Dette gjaldt til slutt 74 opphold.

Oppfølgende analyser i 2020 viser at sykehuset fortsatt har høye rater, men at det også har vært delvis endret kodepraksis. Det er nå snakk om 25 inneliggende opphold i DRG 331 med hovedtilstand Z43.6, ekskludert opphold med skifte av nefrostomikateter. Det er altså en nedgang på 49 opphold fra i fjor. Eventuell fortsatt avregning må vurderes.

Oppfølging: Sekretariatet lager utkast til en anbefaling som sendes utvalget.

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

Saken ble først meldt inn i 2017. Saken omhandler vurdering av kodepraksis ved kirurgisk fjerning av ondartet svulst i hud, med særlig henblikk på variasjon i helseforetakenes bruk av kodene Q*E30 *Eksisjon av kirurgisk arr* samt Q*E35 *Rekonstruksjon ved huddefekt (.....) etter kirurgi eller skade* i DRG 2680 *Plastiske operasjoner på hud og underhud, dagkirurgisk behandling*. Det vurderes om disse kodene benyttes i tilfeller hvor kodene Q*E10 *Eksisjon av hudlesjon* skulle vært benyttet.

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 og en nedgang i DRG 809J 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 og utvalget anbefalte at det burde gjennomføres en dokumentkontroll. Dokumentkontrollen ble ikke gjennomført i fjor da både Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet manglet tilstrekkelig ressurser da det var aktuelt.

Sekretariatet har presentert nye data for 2019. Sykehuset har redusert antall aktuelle opphold, men ikke fullstendig. Dette er et område med mange uklarheter og forskjeller i kodepraksis som det nok fortsatt er behov for å rydde opp i. En dokumentkontroll kan derfor være nyttig for hele fagfeltet. Dokumentkontrollen antas å ville innebære omtrent et dagsverk.

Sekretariatet har vært i kontakt med Direktoratet for e-helse som informerer om at de ikke har kapasitet til å gjennomføre dokumentkontroll i år, blant annet grunnet coronavirus-situasjonen.

Oppfølging: Ett av utvalgsmedlemmene går igjennom tallgrunnlaget sammen med sekretariatet. Sekretariatet ber Helsedirektoratet ta stilling til gjennomføring av dokumentkontrollen og vurdere dette videre med andre aktører.

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

Saken ble først meldt inn i 2017 og har resultert i avregning siden da. Analyser av ABF-data for 2016, 2017 og 2018 viste at pasienter bosatt i opptaksområdene til flere sykehus 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.

Problemstillingen har vært den samme opp i gjennom årene og Avregningsutvalget har blitt bedt av Helsedirektoratet 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 for tre ulike HF. Nye analyser for ABF-data 2019 viser lik trend som fjoråret.

Ett av sykehusene påklaget avgjørelsen om avregning og utvalget ble bedt om å vurdere om klagen gir grunnlag for en ny vurdering i år og om det eventuelt er aktuelt med endring i metoden for teknisk beregning. Det er da viktig å vurdere kodingen av bitilstander i tillegg til M60-M79 for å evaluere om det er noe i oppholdene som tilsier at de skal holdes utenfor avregning. Det må i tillegg tas hensyn til at det har kommet en liten endring i ISF-regelverket. Klagen og behandlingen av den ble lagt fram på Avregningsutvalgets møte den 6. mars. Saken er kompleks og blir derfor grundig vurdert i årets behandling av saken.

Oppfølging: Ett av utvalgsmedlemmene kommer sammen med sekretariatet fram til en innstilling på anbefaling til neste møte. Helsedirektoratet sender ut klagen fra sykehuset og direktoratets svar på denne til utvalget slik at man får frisket opp hvordan saken ble behandlet.

17/5573 Bruk av hovedtilstand J96 Respirasjonssvikt.

Saken gjelder bruk av kode J96 *Respirasjonssvikt (ikke klassifisert annet sted)* som hovedtilstand i DRG 87 *Respirasjonssvikt & lungeødem ekskl. ved hjertesvikt*. Saken har gått i flere år og en rekke sykehus har hatt mange opphold i DRGen. I henhold til gjeldende kodeverk har utvalget kommet frem til at oppholdene ikke har fått riktig hoveddiagnose, noe som har ført til avregninger i flere år.

Oppholdene avregnes ved å regruppere oppholdene med første av andre tilstander som hovedtilstand og J96 som annen tilstand. For ABF-data 2018 ble tre HF avregnet. I saksbehandlingen for ABF-data 2019 er det ønskelig at saken følges opp i gjennom med en utvidet problemstilling.

Utvalget er bedt om å vurdere bruk av J96 som hovedtilstand uavhengig av DRG-gruppering.

Nye analyser viser at J96 brukes som hovedtilstand i en rekke DRGer og brukes aller flest ganger i DRG 9040 *Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nedre luftveier/lunge*. Respirasjonssvikt som hoveddiagnose ved poliklinisk konsultasjon kan være riktigere og forsvares i større grad enn døgnopphold ettersom klinikerer har hovedfokus på respirasjonssvikt-problematikk og tiltak som ved LTOT og hjemme-CPAP og -BIPAP-behandling. Pasienter i denne kategorien kan ha særskilte/separate konsultasjoner for respirasjonssvikt og grunntilstand.

Men når det gjelder døgnopphold skal som hovedregel respirasjonssvikt som hoveddiagnose brukes bare unntaksvis uansett hvilken prosedyrekode som følger med. Det er som regel en aktiv grunnsykdom ofte fra J-kapitlet som forverring av kols/astma eller pneumoni som har utløst respirasjonssvikt og som behandles parallelt og da bør kodes som hovedtilstand. Unntaket her er pasienter med for eksempel nevromuskulære sykdommer som legges inn for forverring av deres respirasjonssvikt på indremedisinske avdelinger som verken utreder eller behandler grunnsykdommen, men respirasjonssvikt. I dette tilfellet er det riktig å kode respirasjonssvikt som hovedtilstand i tilfellet pasienten ikke har andre indremedisinske diagnoser som har utløst forverring av respirasjonssvikt fra for eksempel J- eller I-kapitlet. Kodeverket og kriteriene for å sette diagnose oppfattes som tilstrekkelig presist av utvalget.

På bakgrunn av dette må man kunne anbefale avregning for døgnopphold etter samme prinsipp som tidligere ved å bruke første bidiagnose som hoveddiagnose for sykehus som ligger over nasjonalt snitt for øvrig. Dette aspektet ved regruppering ble diskutert. Bearbeidingen av ISF-data i NPR innebærer at tilstandskodenes rekkefølge ikke alltid gir mening i den forstand at rekkefølgen kan være noe endret fra det som ble innrapportert. Til tross for dette blir prinsippet om å bruke første bidiagnose vurdert som en grei tilnærming til problemstillingen.

Oppfølging: Saken følges opp på neste møte. Sekretariatet undersøker videre bruken av J96 på tvers av DRGer. Det undersøkes hva landsgjennomsnittet på døgnopphold med J96 som hovedtilstand ligger på og hvor mange som vil avregnes.

15/1804 Søvnutredninger omsorgsnivå.

Saken ble først behandlet i 2015 og handlet om at antall opphold i DRG 520 *Obstruktivt sovnapnesyndrom* og DRG 803R *Diagnostisk intervensjon ved søvnapne* varierte mellom helseforetak i ABF-data for 2014. 44 prosent av oppholdene i DRG 520 var registrert med hovedtilstandskode G47.3 *Søvnapne* eller R06.5 *Munnpusting*. Opphold registrert som innleggelse grupperte til DRG 520, mens opphold registrert som poliklinisk kontakt grupperte til DRG 803R. Det så ut til å være ulik praksis mellom helseforetak for å registrere utredningene som innleggelser eller polikliniske konsultasjoner. Flere sykehus har tidligere vært avregnet, men de siste årene er det kun ett sykehus som fortsatt legger inn pasientene og hvor Avregningsutvalget anbefaler en avregning. Det er ingen faglig eller logistisk grunn for at man skal velge å legge inn så mange pasienter. Analyser for 2019 er presentert for utvalget og viser en betydelig reduksjon hos det tidligere avregnede sykehuset som nå har en lavere *andel* innleggelser enn to andre sykehus.

Oppfølging: Utvalget ønsker kommunikasjon med de to nye sykehusene angående grunnen til den høye andelen innleggelse. Sekretariatet sender ut brev, med bistand fra utvalget om dette trengs.

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

Analyser av ABF-data for 2017 viste at ett sykehus fortsatt hadde høyere andel opphold med hovedtilstand Z95 i DRG 144, 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 *Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar* ved sykehuset avregnes ned til landsgjennomsnittet.

Analyser av ABF-data 2019 viser at sykehuset igjen skiller seg ut. Samtidig har flere sykehus økt bruken av Z-kodene. Avregningsutvalget vurderer flere informasjonsveier for å håndtere den systematiske feilkodingen med overdreven bruk av z-koder. Utvalget ønsker å skjerpe nivået, men det er vanskelig å se alle Z-koder under ett da det finnes tilfeller hvor man kan bruke Z-kode som hovedtilstand. Man bør unngå å skjære alle over en kam. Men bruken av Z95-koder slik det viser seg i denne saken blir uansett feil.

På grunn av disse forholdene bør man undersøke data nærmere og utrede hvilke koderegler som gjelder. Deretter kan man identifisere hvilke Z-koder i HDG 5 det er relevant å gå videre med. Det må vurderes om det i det hele tatt er mulig å håndtere disse prinsipielt. Terskelen for hva som er rimelig bruk av Z-koder har tidligere blitt diskutert og avregning på opphold over 2 prosent er en størrelse som har blitt vurdert. Videre undersøkelser på Z-koder som nevnt over vil gi grunnlag for å vurdere hva som blir endelig terskel på bruk av kodene. Det vil også kunne tjene som retningslinjer i framtidige saker.

Oppfølging: En arbeidsgruppe fra utvalget lager en bestilling på analyser som trengs fra sekretariatet. Ut i fra disse kan det bli aktuelt å forfatte et generelt brev om bruk av Z-koder. Konklusjonen fra arbeidsgruppen gir føring for videre handling.

20/3958 DRG 442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk

Det er observert høye rater i DRG 442 *Operasjoner etter skade ITAD m/bk* i opptaksområdene til tre foretak. Vi ser at disse helseforetakene også har stor vekst i DRG 442 og en økende andel m/bk, dvs. ikke tilsvarende vekst i DRG 443 *Operasjoner etter skade ITAD u/bk*.

Det har tidligere blitt gjort analyser på tilstandskoder, prosedyrekoder samt omsorgsnivå. Analyser har i tillegg blitt gjort på aktivitet i korresponderende dagkirurgiske DRG-er, DRG 442O og DRG 443O. Det meste av aktiviteten er i DRG 443O, og ett av foretakene skiller seg ut også her. Hovedfunnet i denne saken er at ett foretak skiller seg ut med mye aktivitet i DRG 442, og en betydelig vekst fra 2018 til 2019. Tre andre har også avvikende omfang og vekst. Generelt sett er det vanskelig å se mønster i kodingen som kan forklare variasjonen. Kostnadsveksten i DRG 442 er høy (5,439), og eventuell feilkoding kan ha relativt stor økonomisk konsekvens. I tillegg til analyser har ett av foretakene blitt tilskrevet brev der de ble spurt om å gjøre rede for veksten i DRG 442 samt kodepraksis, pasientforløp og liggetid, hyppigste brukte bidiagnoser, hyppigst brukte prosedyrekoder

og hvor ofte pasientene blir reoperert.

Saken ble tatt kort opp på møtet 16. april. Det er ønskelig med flere analyser etter hvert, men sekretariatet avventer fullt svar fra sykehuset som videre analyser avhenger av.

Oppfølging: Fullt svar fra sykehuset blir presentert ved neste anledning.