

Referat

Møte om: Avregningsutvalget
Møteleder: Bjørn Buan
Dato: 31.1.2020
Referent: Morten Støver/Adrian Tveit Lundemo

Til stede: Bjørn Buan, Kahtan Al-Azawy, Arne Seternes, Halfdan Aass, Wender Figved, Petter Bugge, Tove Bjerkreim, Niels Krum-Hansen, Suzana Rosic, Fredrik A.S.R. Hanssen, Hanne Lehn, Lasse Karlsen, Morten Støver, Adrian Tveit Lundemo

Kopi til: Erik Rødevand, Marianne Altmann, Bente Urfjell

Referat fra møte i Avregningsutvalget 24. januar 2019, kl. 09.30-15.00, Radisson Blu Hotel Oslo Airport Gardermoen

Godkjenning av møteinnkalling og sakliste

Møteinnkalling og sakliste ble godkjent

Godkjenning av referat fra møte 12. september 2019

Referatet ble godkjent.

Administrative saker

01/2020 Tidsplan for arbeidet i 2020

Refereres ikke

Orienteringssaker

02/2020 Tilbakemelding på Avregningsutvalgets arbeid i 2018

Refereres ikke

03/2019 Endinger ISF 2020.

Helsedirektoratet, avdeling finansiering gikk gjennom de viktigste endringene i ISF 2020. Presentasjonen sendes ut sammen med referatet og refereres ikke.

Mer informasjon om ISF finnes her:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf>

04/2019 Saker meldt inn fra Helsedirektoratet

Det ble presentert seks saker som Helsedirektoratet ønsker at Avregningsutvalget behandler i år i tillegg til at direktoratet ønsker at utvalget følger opp tidligere saker. Fire av sakene har første prioritet. To av sakene har andre prioritet.

Sakene er meldt inn basert på analyser av ABF-data fra 2. tertial 2019. Behandlingen av sakene refereres hver for seg under «referatsaker» nedenfor.

06/2019 Oppfølging av tidligere saker

Helsedirektoratet ønsker at AU følger opp ti saker hvor det ble anbefalt ISF-avregning for ISF i 2018, samt én sak hvor behandlingen er utsatt ifm. planlagt dokumentkontroll. I noen av sakene er problemstillingen endret med bakgrunn i nye funn eller vurderinger.

Tidligere behandlede saker som krever ytterligere oppfølging fra Avregningsutvalget:

19/27629 Behandling av pasienter med fedme i DRG 297

19/2881 Utredning av hjertesykdom i DRG 125 og DRG 1250

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

17/28390 Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner

Kommentar: AU bes følge opp saken på vanlig måte. Utvalget bes også vurdere om det er behov for å justere utvalgskriteriene eller metoden for teknisk beregning, sett hen til henvendelsen fra Helse Stavanger 13.02.2019. Alle opphold som er registrert som innlagt uten at pasienten har overnattet i sykehus, må anses å være feilregistrert. Det bør derfor vurderes om flere sykehus bør avregnes, ikke bare sykehusene med høyest andel feilregistreringer. Dette kan eventuelt håndteres via en generell henvendelse til aktuelle RHF/HF. AU kan eventuelt også vurdere en mer differensiert metode for teknisk beregning.

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

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

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

17/5573 Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted

Kommentar: Helsedirektoratet ønsker at AU følger opp denne saken med en utvidet problemstilling. Vi ber utvalget vurdere bruk av J96 Respirasjonssvikt som hovedtilstand, uavhengig av oppholdets DRG-gruppering. Merk potensiell overlapp med aktivitet som ble vurdert i sak 17/11399 Kodepraksis for opphold i DRG 475A Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte.

15/1804 Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger

13/4904 Flere registrerte episoder samme dag

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

Kommentar: I denne saken har utvalget vurdert at det trengs en dokumentkontroll for å konkludere. Aktivitetsdata per 2. tertial 2019 tyder derimot på at det aktuelle sykehuset har endret kodepraksis, i tråd med presiseringene i kodeverket. Dette så vi hos andre sykehus allerede i 2018. Per 2. tertial 2019 har sykehuset en nedgang i antall opphold i DRG 2680, og en vekst i DRG 809j. Andelen opphold i DRG 2680 har gått ned fra 50 prosent i 2018 til 29 prosent i 2019. Det er nedgang både i Q*E30 og Q*E35. Med bakgrunn i disse funnene ber vi AU gjøre nærmere analyser på aktivitetsdata fra 2019, og på nytt vurdere behov for/innretning av en eventuell dokumentkontroll.

Referatsaker (nye saker)

20/3956 DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade (1. prioritet)

Det observeres høye rater i DRG 27 i opptaksområdet til et sykehus i Helse Sør-Øst. Videre undersøkelser viser at dette skiller seg markant fra andre helseforetak også i DRG 31 (Hjernerystelse >17 år m/bk) og 34 (Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk). Analyser viser at 18,6 prosent, 17,3 prosent og 16,2 prosent av oppholdene i henholdsvis DRG 27, 31 og 34 skjer ved sykehuset. Dette innebærer at sykehuset er det helseforetaket i Norge med størst aktivitet i disse DRGene.

DRG 27 har tre korresponderende, mindre alvorlige, DRGer: DRG 28 Traumatisk hjerneskade >17 år m/bk, DRG 29 Traumatisk hjerneskade >17 år u/bk og DRG 30 Traumatisk hjerneskade 0-17 år. Det er svært lite aktivitet i disse tre DRGene. DRG 31 Hjernerystelse >17 år m/bk har en korresponderende DRG i DRG 32 Hjernerystelse >17 år u/bk. Ved det aktuelle sykehuset er det lavere aktivitet enn forventet i DRG 32.

I DRG 34 Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk og DRG 35 Sykdommer i nervesystemet ITAD u/bk er det høyere aktivitet enn forventet i begge DRGer ved sykehuset.

Det er antydninger til at sykehuset koder på en slik måte at flere opphold går i såkalte kompliserte DRGer (m/bk). Samtidig er det samlet sett større aktivitet i DRG 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 og 35 ved sykehuset enn det som observeres ved både sammenlignbare og større helseforetak. Dette kan indikere at sykehuset har en annen praksis enn andre helseforetak med tanke på omsorgsnivå for opphold i HDG 1, og at flere lignende opphold ved andre helseforetak grupperes til DRGene 9010 *Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nervesystemet* og 980A *ØH-relaterte tilstander i nervesystemet uten overnatting* som følge av at pasientene ikke legges inn ved andre helseforetak. Gjennomsnittlig liggetid i DRG 27 er 3,42 dager. Sykehuset har gjennomsnittlig liggetid på 2 dager, og har dermed 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. Samtidig var det en vekst i antall opphold hos sykehuset i DRG 27 med rapportert hovedtilstand S06.01 *Hjernerystelse med åpent sår* på 115 opphold. Det er kun hjernerystelse med åpent sår som defineres som alvorlig traumatisk hjerneskade. Denne hovedtilstanden er

styrende. Koden for åpent sår er valgfri (kodens 5. tegn), se ICD-10 kapittel S06 Intrakraniell skade. Hjernerystelse uten åpent sår, eller uten nærmere spesifisering av dette, grupperer blant annet til DRG 31/32/33.

Ut ifra disse tallene er det nødvendig å undersøke kodepraksis og valg av omsorgsnivå for opphold i DRG 27, 31 og 34 ved sykehuset nærmere.

AU 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.

20/3959 DRG 479 Karkirurgisk operasjon (1. prioritet)

Det observeres høye rater i DRG 479 *Karkirurgisk operasjon ITAD u/bk* i opptaksområdene til flere sykehus i Helse Midt og Helse Nord. Analyser tyder på at de aktuelle helseforetakene benytter DRG 479O *Karkirurgisk operasjon ITAD, dagkirurgisk behandling*, i mindre grad enn andre helseforetak og at dette bidrar til høy rate i DRG 479. Ved det ene sykehuset er det en stor andel pasienter med bosted i sykehusets opptaksområde i DRG 479O. Når pasienter fra opptaksområdene til nærliggende mindre sykehus som behandles ved det aktuelle sykehuset er det en mye mindre andel i DRG 479O, 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 det andre RHFet behandles de fleste pasientene i DRG 478, 479 og 479O ved to foretak. Ved disse helseforetakene er det svært få opphold i DRG 479O, og de fleste oppholdene er døgnopphold.

Analyser viser endring i antall opphold i DRG 479 og 479O per 2. tertial 2018 og per 2. tertial 2019. Det er spesielt stor økning i DRG 479 ved to sykehus i Helse Midt. Ved ett sykehus i Helse Nord er det en stor nedgang i DRG 479, som korresponderer med en stor økning i DRG 478. AU 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.

20/3958 DRG 442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk (1. prioritet)

Det observeres høye rater i DRG 442 *Operasjoner etter skade ITAD m/bk* i opptaksområdene til ett sykehus i Helse Sør-Øst, ett i Helse Midt og ett i Helse Nord. 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. Også et annet sykehus i Helse Midt har relativt stor vekst og en økende andel m/bk. Samtidig ser vi at andel m/bk er like høy eller høyere ved flere andre helseforetak. Gjennomsnittet trekkes hovedsakelig ned av et sykehus i Helse Sør-Øst.

Analyser er gjort på tilstandskoder, prosedyrekoder og omsorgsnivå på opphold i DRG 442 for å finne en mulig forklaring på variasjonen. Aktiviteten i DRG 442 gjelder i hovedsak operasjoner for komplikasjoner etter medisinske eller kirurgiske inngrep, med vanligste hovedtilstand fra kapittel T81-T88. Det er også en del opphold der sår eller andre skader (S-kode) er registrert som hovedtilstand. Det ene sykehuset i Helse Sør-Øst har særlig høy andel

opphold med S-kode som hovedtilstand. Imidlertid er det ikke avgjørende om man bruker hovedtilstand T81-T88 eller en gitt S-kode for gruppering til DRG 442/443, da grupperingen styres av prosedyrekoder.

Vanligste prosedyrekode i DRG 442 er QDB05 *Sårrevisjon på underekstremitet*. Kodene for sårrevisjon og relaterte prosedyrer ble endret i 2018, se kodeveileder kapittel 22.14.1. Merk at alle kodene som er beskrevet i 22.14.1 vil grupperes til DRG 442.

De vanligste kodene for annen tilstand i DRG 442 ble presentert, og av disse er T81.4 *Infeksjon etter kirurgiske eller medisinske prosedyrer* den eneste koden med kompliserende egenskaper, det vil si at den grupperer oppholdet til DRG 442 (m/bk) istedenfor DRG 443 (u/bk). Både S-koder og T-koder har kompliserende egenskaper dersom de registreres som annen tilstand.

Analyser er gjort på aktivitet i korresponderende dagkirurgiske DRG-er, DRG 442O og DRG 443O. Det meste av aktiviteten er i DRG 443O, og det ene sykehuset skiller seg ut også her.

Hovedfunnet i denne saken er at det ene sykehuset skiller seg ut med mye aktivitet i DRG 442, og en betydelig vekst fra 2018 til 2019. Også de andre sykehusene har avvikende omfang og vekst. Bortsett fra at det ene sykehuset har en høyere andel opphold med S-kode som hovedtilstand, er det vanskelig å se mønster i kodingen som kan forklare variasjonen. Kostnadsvekten i DRG 442 er høy (5,439), og eventuell feilkoding kan ha relativt stor økonomisk konsekvens.

Utvalget bes om å vurdere årsaken til den store variasjonen i DRG 442, eventuelt også andre relaterte DRG-er som DRG 443 og 443O. AU bes vurdere om eventuelle forskjeller i registreringspraksis eller valg av omsorgsnivå gir grunnlag for avkortning.

20/4286 DRG 217 Sårrev og hudtranspl eksl hånd pga traume/sykd i HDG 8 (1. prioritet)

Analyser av viser høye rater for opphold i DRG 217 i opptaksområdene til flere sykehus i Helse Sør-Øst, Midt og Nord. Det er små volum, men høy vekt i DRG 217 (7,087), og derfor viktig å se på årsaker til variasjonen.

Analyser fordelt på behandlende helseforetak viser at ett av sykehusene har stått for behandlingen ved tolv av atten opphold i eget opptaksområde. De resterende seks oppholdene ble gjennomført ved et større i samme RHF. Ett av sykehusene i Helse Nord har stått for behandling i fem av ti opphold i eget opptaksområde. Av de fem resterende ble de andre oppholdene behandlet i andre sykehus.

To sykehus 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, 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 to sykehus.

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 217O *Sårrev og hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykd i HDG 8, dagkirurgisk behandling* ved alle HF.

Utvalget bes om å vurdere årsaken til den store variasjonen i DRG 217, og om eventuelle forskjeller i registreringspraksis gir grunnlag for avkortning.

20/4290 DRG 107 Koronar bypass med komplekse ledsagende prosedyrer eller m/bk (2. prioritet)

Det er observert høye rater i DRG 107C *Koronar bypass med komplekse ledsagende prosedyrer eller m/bk* i opptaksområdene til flere sykehus i Helse Midt og Nord. Det er stor forskjell i antall opphold i DRG 107C mellom regionene, med høyere antall opphold per innbygger i Helse Nord og i Helse Midt-Norge. Det er få sykehus som har denne aktiviteten. Aktiviteten som er presentert med høye rater i er i hovedsak utført ved to sykehus.

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 de to 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 et av sykehusene enn ved sammenlignbare sykehus, 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, mellom sykehusene. Analyser viser at det rapporteres et betydelig større antall NCMP- og NCSP-koder ved ett av sykehusene enn ved de andre helseforetakene. Det rapporteres også over gjennomsnittet mange bitilstander ved samme sykehus.

Den vanligste hovedtilstanden er I25.1 *Aterosklerotisk hjertesykdom*. Ved to er dette den klart hyppigste hovedtilstanden. Ved ett av de andre er det større variasjon i hovedtilstand, mens ved det siste er det også stor variasjon og ingen opphold med I25.1 som hovedtilstand.

Utvalget bes om å vurdere årsaken til den store variasjonen i DRG 107C, og om eventuelle forskjeller i registreringspraksis gir grunnlag for avkortning.

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

Saken er meldt inn, men utvalget rakk ikke å gå gjennom på dette møtet. Den tas opp på neste møte.