

Referat

Møte om: Avregningsutvalget
Møteleder: Bjørn Buan
Dato: 11.02.2022
Referent: Adrian Tveit Lundemo/Bente Urfjell

Til stede: **Utvalgsmedlemmer:**
Bjørn Buan, Erik Rødevand, Halfdan Aass, Tove Bjerkreim, Wender Figved, Arne Seternes, Erlend Hangaard, Anne Wenche Lindboe, Alf Henrik Andreassen, Andreas Stensvold, Lisa Steffensen
Helsedirektoratet:
Observatør: Eira Enodd
Sekretariat: Adrian Tveit Lundemo, Bente Urfjell
Forfall: Suzana Rosic

Referat fra møte i Avregningsutvalget 11.februar 2022, kl. 09.00-15.00. Digitalt møte.

Godkjenning av møteinnkalling og sakliste

Møteinnkalling og sakliste ble godkjent.

Presentasjon av avregningsutvalgets medlemmer for 2022

Bjørn Buan (<i>leder siden 2000</i>)	Kommuneoverlege i Surnadal
Halfdan Aass (<i>fra 2012</i>)	Medisinsk direktør, dr. med, Vestre Viken HF
Wender Figved (<i>fra 2019</i>)	Avdelingssjef og overlege ortopedi, PhD, Vestre Viken HF
Anne Wenche Lindboe (<i>fra 2021</i>)	Fagsjef og spesialist anestesi, Diakonhjemmet sykehus
Erlend Hangaard (<i>fra 2021</i>)	Avdelingsleder og spesialist psykiatri, Oslo universitetssykehus HF
Tove Bjerkreim (<i>fra 2018</i>)	Overlege anestesi, Helse Stavanger HF
Alf Henrik Andreassen (<i>fra 2021</i>)	Avdelingsdirektør hudavdelingen og revmatologisk avdeling, spesialist indremedisin og lungesykdommer, Helse Bergen HF
Erik Rødevand (<i>fra 2015</i>)	Overlege revmatologi, St. Olavs hospital HF
Arne Seternes (<i>fra 2012</i>)	Overlege og førsteamanuensis i karkirurgi, PhD, St. Olavs hospital HF og NTNU
Lisa Steffensen (<i>fra 2021</i>)	Overlege bryst- og endokrinkirurgi, Nordlandssykehuset HF
Suzana Rosic (<i>fra 2013</i>)	Overlege gynekologi, Finnmarkssykehuset HF
Andreas Stensvold (<i>ny</i>)	Avdelingssjef kreftavdelingen, PhD, Sykehuset Østfold

Tidsplan for arbeidet i 2022:

Digitale møter vil framover avholdes på Teams.

Sju planlagte møter:

- fredag 11. februar - digitalt
- torsdag 10. mars - digitalt
- torsdag 31. mars – fredag 1.april, med fagseminar - Værnes
- torsdag 28. april - digitalt

- torsdag 9. juni - Gardermoen
- torsdag 25. august – digitalt/fysisk?
- torsdag 15. september – digitalt

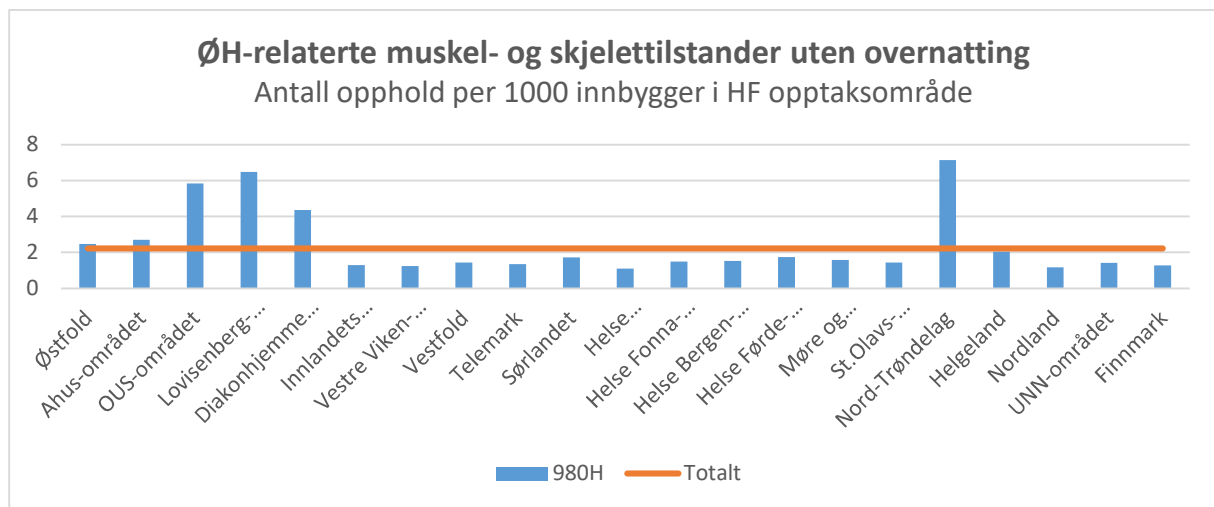
Frist for å levere tekniske beregninger til Helsedirektoratet er normalt i midten av oktober.

Årsrapport publiseres innen utgangen av november

Nye innmeldte saker for arbeid i 2022

Sak 1 – DRG 980H ØH-relaterte muskel- og skjelettilstander uten overnatting

I de regelmessige kontrollene av aktivitetsdata observeres det stor geografisk variasjon i omfanget av opphold i DRG 980H ØH-relaterte muskel- og skjelettilstander uten overnatting



Opphold som grupperer til 980 DRG-ene er opphold av lengre varighet og oppholdene er høyere vektet enn de tilsvarende respektive polikliniske DRG-er, jfr. ISF-regelverket kap. 8.18.

Dette bør gjenspeiles i registrering av tilstandskoder og i eventuelle prosedyrekoder for utredning eller behandling

Til vurdering i Avregningsutvalget:

Helsedirektoratet ber AU vurdere kodepraksis for aktivitet i DRG 980H. AU bes vurdere årsakene til variasjonen i omfang og om eventuelle forskjeller eller mangler i kodepraksis gir grunnlag for avkortning.

Innspill til saken i møtet:

Det er godt grunnlag for å undersøke denne problemstillingen.

Er dette et nytt fenomen? Vi trenger å se på data tilbake i tid.

Vi trenger å forstå mer av grupperingslogikken og kostnadsvektene for DRGen. Hva er det ment at skal havne i denne DRGen, og hvorfor har en så uspesifikk DRG så høy kostnadsvekt? Bruker andre sykehus en R-kode i stedet, og i hvilken DRG vil i så fall oppholdene havne i da? Hva vil kostnadsvekten for andre aktuelle DRGer være? Vi inviterer Avdeling finansiering til å informere om dette på neste møte.

En avklaring på dette vil gjøre det lettere å se om noen utilsiktet koder tilstander feil.

På bakgrunn av 2.tertial-tallene sendes det brev til fir helseforetak.

Aktuelle tema til brev:

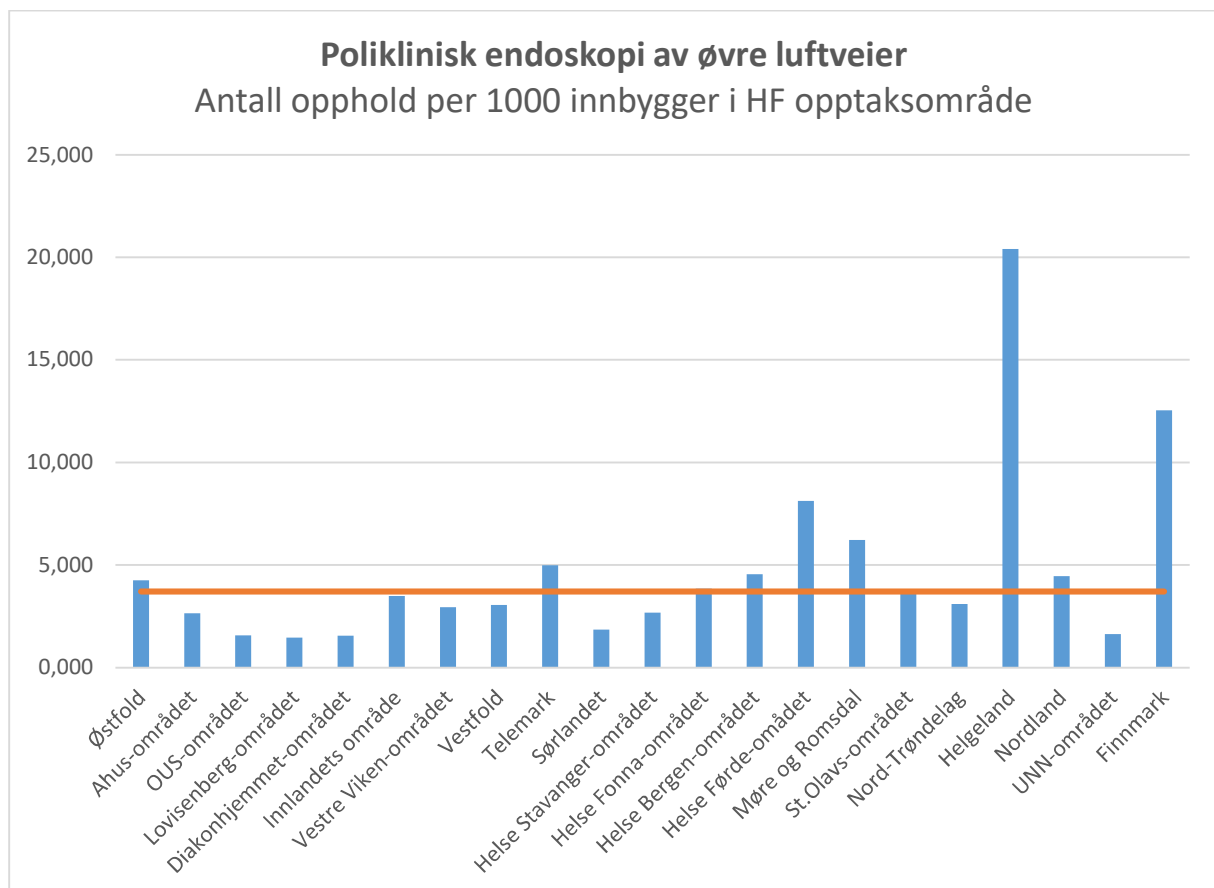
- Hva slags pasienter gis tilbudet til, hva foregår i løpet av en behandlingskontakt?
- Hvilke avdelinger/enheter er det snakk om? Er det enkelte som gir mer utslag, altså enkelte enheter som står for hoveddelen hos HFet?
- Begrunnelse for bruk av uspesifikke koder
- Hvor mye tid brukes på konsultasjonene?

Videre analyser:

- Antall kontakter per pasient her. Noen som går igjen mye?
- Analyser for flere år tilbake for å se på utvikling i bruk av tilstandskoden
- Oppholdstid

Sak 2 – DRG 7010 Kodepraksis ved poliklinisk endoskopi av øvre luftveier

Analyser av data fra de to første tertial i 2+22 sees geografisk variasjon i omfang av DRG 7010 *Poliklinisk endoskopi av øvre luftveier*.



Det er høy forekomst av prosedyrekode DUH02 Rhinofaryngoskopi ved fremre rhinoskopi hos noen helseforetak. Prosedyrekoden grupperer til DRG 7010.

Bruk av DUH02 forutsetter at en undersøkelse er utført med endoskopi i tillegg til nesespekulum. Det finnes ingen egen kode for fremre rhinoskopi uten bruk av utstyr for transluminal endoskopi. Prosedyre for fremre rhinoskopi skal derfor ikke kodes.

Til vurdering i Avregningsutvalget:

Helsedirektoratet ber AU vurdere årsaken til den geografiske variasjonen i DRG 7010, og om rapportering av kode DUH02 i tilknytning til poliklinisk endoskopi av øvre luftveier følger samme kriterier på tvers av helseforetak. Dersom dette ikke er tilfellet, bes AU vurdere om det er grunnlag for avkortning.

Innspill til saken i møtet:

Saken vurderes som aktuell å behandle i Avregningsutvalget.

Det finnes ingen kode for undersøkelse med nesespekkulum. Er kode DUH02 brukt kun når det er brukt rhinofaryngoskopi eller er den også brukt feil når det kun er brukt nesespekkulum? Finnes det prosedyrekoder for mer avanserte prosedyrer enn rhinofaryngoskopi som brukes på andre sykehus? Er det en omlegging fra bruk av nesespekkulum til rhinofaryngoskopi generelt?

Brev sendes til fagdirektør i ett regionalt helseforetak med spørsmål om hvilken prosedyre som er utført sammenliknet med det som er registrert. De må også bes om å beskrive hvilke pasienter tilbudet retter seg mot og om det er en funksjonsfordeling i regionen som kan forklare forskjellene. Brevet sendes til RHF siden det er svært ulik registreringspraksis ved regionens helseforetak. Kopi sendes til to helseforetak.

Videre analyser:

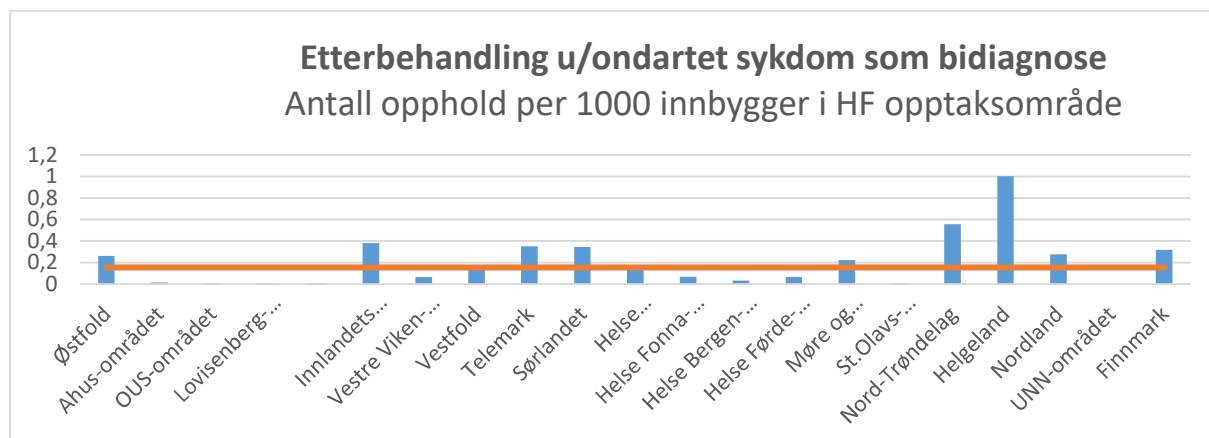
- Se på kodebruken tilbake i tid (2019-2020)
- Alder og kjønn
- Tilstander
- Antall avdelinger (er det få og små fagmiljøer som koder mye av denne prosedyren?)

I videre arbeid kan det være aktuelt å henvende seg til et fagmiljø ved et universitetssykehus for sammenlikning og kommentere av svar fra tilskrevet region.

Sak 3 – DRG 466 Kodepraksis ved etterbehandling u/ondartet sykdom som bidiagnose

Utgangspunktet for saken er avvikende rater i DRG 466 etterbehandling u/ondartet sykdom som bidiagnose.

Stor variasjon på tvers av helseforetak, særlig høye rater ved to helseforetak.



Til vurdering i Avregningsutvalget:

Hesledirektoratet ber AU vurdere årsaker til den observerte geografiske variasjonen i DRG 466. AU bes vurdere om eventuelle feil eller forskjeller i registreringspraksis gir grunnlag for avkortning.

Innspill til saken i møtet:

Saken vurderes som aktuell å behandle i Avregningsutvalget.

Det er naturlig at det er mer av denne DRGen ved små sykehus enn ved store. Det er snakk om pasienter som overføres til lokalsykehus etter større operasjoner ved andre sykehus.

Brev bør sendes til to helseforetak med spørsmål om det er noen funksjonsfordeling som kan forklare forskjellene i rater, hvilke pasientgrupper de har i DRG 466, hvilken etterbehandling pasientene gis, og hvor de legges inn fra.

Videre analyser:

- Hvor skrives pasientene inn fra og ut til?
- Liggetid
- Tilstandsfordeling (Hovedtilstand og andre tilstander)
- Se på hvilke prosedyrer som er utført for pasienten i forkant av innleggelsen
- Se på videre forløp for pasienter med store hjerteoperasjoner

To problemstillinger meldt fra utvalgesmedlem:

To problemstillinger vi bør se nærmere på:

- Trakeostomi, prosedyre GBB00 OG GBB03.
Har vi registrert dato for denne prosedyren slik at vi kan regne oss fram til tid fra trakeostomi til utskrivelse/overføring annet sykehus?
- DRG 483B Bruk av invasiv sirkulasjonsstøtte. Oversikt over omfang av denne DRG

Disse vil vi komme tilbake til på et senere møte.

Oppfølgingssaker fra tidligere år

Sakene som skal følges opp fra tidligere år ble raskt presentert. Se mer i fjorårets årsrapport på disse.

21/4749	Ambulante konsultasjoner og LAR-behandling
21/4753	Bruk av Z03-koder
21/4750	DRG 34 Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk
20/4286	DRG 217 Sårrev og hudtranspl eksl hånd pga traume/sykd i HDG 8
20/3958	DRG 442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk
20/3956	DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade
19/2881	Utredning av hjertesykdom i DRG 125 og DRG 125O
19/27629	Behandling av pasienter med fedme i DRG 297
18/1820	Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35
17/5573	Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted
17/28390	Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner
17/11400	Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering
13/4904	Flere registrerte episoder samme dag