

Avregningsutvalgets årsrapport 2020

Arbeid med aktivitetsbasert
finansiering 2019



Forord

I denne rapporten legger Avregningsutvalget fram sine vurderinger og anbefalinger for sakene som ble behandlet i 2020 om innrapportert aktivitet innenfor ordningen med aktivitetsbasert finansiering for 2019. Rapporten henvender seg til ulike målgrupper. Derfor er den søkt tilpasset til hver av disse. Som dokumentasjon fra arbeidet inneholder rapporten detaljert informasjon til Helsedirektoratet, som utvalgets oppdragsgiver. Helseforetakene skal kunne sette seg inn i grunnlaget for avregningen og bli i stand til å forbedre eget dokumentasjonsarbeid i tråd med rapportens innhold. Lokale kodeansvarlige og hjelpere skal forstå hvilke konkrete forbedringer som må til. Administrative ledere, helsepolitikere og kan hende journalister skal også forstå resultatene fra kontrollarbeidet i lys av intensjonen med ordningen, slik Stortinget til sjuende og sist ønsker.

Grunnlaget for vurderingene ble basert på analyser av data for innsatsstyrt finansiering (ISF) innhentet fra landets helseforetak til Norsk pasientregister. Dette materialet ble supplert med uttalelser fra helseforetakene og innhentede ekspertuttalelser. Avregningsutvalget har foretatt en helhetlig vurdering i tråd med rammene for sitt oppdrag, i samsvar med ISF-regelverket og gjeldende medisinske kodeverk. Anbefalingene skal dessuten representere utvalgets samlede kompetanse og beste skjønn.

Sakene som ble behandlet i 2020, omfattet dels nye problemstillinger, men i større grad oppfølging av saker fra tidligere år som gjaldt etterkontroll av ønskede forbedringer og også utdypning av tidligere ubesvarte spørsmål. En målrettet dokumentkontroll påviste et uønsket omfang av systematisk feilkoding ved et sykehus.

Saksomfanget og ambisjonene for utvalgets arbeid for 2020 var i all hovedsak avklart ved inngangen til året og forut for angrepet av Covid-19 pandemien i mars. Under pandemien ble møtene gjennomført digitale. Det tidvise økte arbeidspress ved sykehusene under pandemien hindret ikke utvalget i å holde framdrift i saksgangen.

Helseforetakene har over tid forbedret kvaliteten på sine medisinske og administrative data rapportert til Norsk pasientregister. Fortsatt er det imidlertid flere helseregioner som strever med å føre opphold med permisjoner korrekt, og

flere helseforetak fører dessuten for mange episoder per dag. I sum er det på disse områdene at utvalget har påvist mest refusjoner på avveie for 2019. Her gjenstår det både opplæring og kontroll lokalt. Rapporten peker på et bredt utvalg av fagområder der den medisinske kodingen må forbedres. Samtidig skal det framheves at flere medisinske miljøer/-sykehus faktisk klarer å holde høy kvalitet på sine registreringer.

Utvalgets sammensetning har vært stabil de seneste årene. Erfaring og fornyelse har vært tilfredsstillende og bidratt til at en stram tidsplan ble overholdt. Det gjelder også for sekretariatet.

Trondheim, 23. november 2020

Bjørn Buan (leder)

Halfdan Aass

Kahtan Al-Azawy

Marianne Altmann

Tove Bjerkreim

Petter Bugge

Wender Figved

Niels Krum-Hansen

Suzana Rosic

Erik Rødevand

Arne Seternes

Hanne Lehn (observatør)

Adrian Tveit Lundemo (sekretariat)

Bente Urfjell (sekretariat)

Innhold

Forord	1
Innhold	3
Sammendrag	5
1. Om avregningsutvalget	6
1.1 Mandat	7
1.2 Arbeidsform	7
1.3 Sammensetning	8
2. Hovedtrekk i arbeidet i 2020	9
3. Vurderinger og anbefalinger	13
3.1 Saksomfang	14
3.2 Anbefalinger	15
20/4290 DRG 107 Koronar bypass med komplekse ledsagende prosedyrer eller m/bk	16
20/4286 DRG 217 Sårrev og hustranspl eksl hånd pga traume/sykd i HDG 8	18
20/3961 DRG 530 Større plastikkirurgi etter stort vekttap	19
20/3959 DRG 479 Karkirurgisk operasjon	20
20/3958 DRG 442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk	21
20/3956 DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade	23
19/2886 Kodepraksis ved behandling av sykdom i nyrer og urinveier	27
19/2881 Utredning av hjertesykdom i DRG 125 og DRG 1250	28
19/27629 Behandling av pasienter med fedme i DRG 297	29
18/1820 Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35	30
17/5578 Bruk av tilstandskode R52.2 Annen kronisk smerte	32
17/5575 Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer	33
17/5573 Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted	34
17/28390 Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner	36
17/11400 Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering	37
15/1804 Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger	38
13/4904 Flere registrerte episoder samme dag	39

4. Tekniske beregninger	40
4.1 Aktivitetsbasert finansiering (ABF)	41
4.2 Tekniske beregninger av anbefalte avregninger	42
20/3958 DRG 442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk	42
20/3956 DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade	43
19/2886 Kodepraksis ved behandling av sykdom i nyrer og urinveier	44
19/2881 Utredning av hjertesykdom i DRG 125 og DRG 1250	45
19/27629 Behandling av pasienter med fedme i DRG 297	46
18/1820 Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35	47
17/5578 Bruk av tilstandskode R52.2 Annen kronisk smerte	48
17/5575 Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer	49
17/5573 Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted	50
17/28390 Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner	53
17/11400 Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering	56
15/1804 Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger	57
13/4904 Flere registrerte episoder samme dag	58
5. Vedlegg	59
Vedlegg 1 - Oversikt over saker hvor Avregningsutvalget har anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering tidligere år, fordelt på år og kapittel i kodeverkene ICD-10 og NCSP/NCMP	60
Vedlegg 2 – Rapport fra Analysesenteret – Dokumentkontroll DRG 2680, Sykehuset Østfold HF (til sak 18/1820)	76

Sammendrag

Avregningsutvalget behandlet i 2020 17 saker med spørsmål om riktig medisinsk koding og registrering av andre viktige parametere i pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten i 2019. Utvalget ser på konsekvenser for finansiering, og i 13 av sakene ble det anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering (ABF). Summen av anbefalte avregninger var nesten 56 millioner kroner. Alle sakene som ble behandlet i 2019 ble meldt inn fra Helsedirektoratet, seks saker var nye av året, mens elleve var oppfølging av saker som har ført til avregning tidligere år.

Tabell 1. Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av ABF for 2019 fordelt på pasientens bostedsregion.

Pasientens bostedsregion	Anbefalt avregning
Helse Sør-Øst RHF	- Kr 36 113 572
Helse Vest RHF	- Kr 7 183 906
Helse Midt-Norge RHF	- Kr 2 092 641
Helse Nord RHF	- Kr 10 587 254
SUM	- Kr 55 977 372

1. Om avregningsutvalget

Under behandling av St.prp. nr. 47 (1999-2000) vedtok Stortinget, etter forslag fra Regjeringen, å opprette Avregningsutvalget som et uavhengig rådgivende utvalg for departementet i spørsmål knyttet til registrering og kvalitetskontroll av medisinske data. Utvalget gir sine anbefalinger til Helsedirektoratet.

1.1 Mandat

Avregningsutvalget er et rådgivende utvalg som bistår Helsedirektoratet i spørsmål knyttet til medisinsk kodepraksis og kvalitetskontroll av innrapporterte data i spesialisthelsetjenesten.

Utvalget vurderer medisinsk kodepraksis og gir Helsedirektoratet råd knyttet til utbetalingsgrunnlaget i Aktivitetsbasert finansiering. Utvalgets arbeid bidrar til at utbetalingene skjer i tråd med intensjonene bak finansieringsordningen.

1.2 Arbeidsform

Avregningsutvalget arbeider uavhengig og foretar sine vurderinger på faglig grunnlag.

Saksbehandlingen skjer hovedsakelig i arbeidsmøtene, men slutføringen av noen saker kan skje på e-post. I 2020 hadde utvalget sju ordinære arbeidsmøter og ett ekstra møte for korte avklaringer mot slutten av arbeidsperioden. Avregningsutvalgets anbefalinger følger en prinsipiell linje som legger føringer for dets behandling av lignende saker. Utvalget søker å oppnå intern konsensus bak sine råd.

Det er etablert praksis for utvalget å tilskrive helseforetak eller institusjoner som vurderes avregnet i ulike saker. Dette gjøres for at helsetjenesten skal kunne uttale seg om egne vurderinger og registreringspraksis. For oppfølgingssaker der utvalget har anbefalt avregning tidligere år vil ikke nødvendigvis helseforetak og institusjoner bli tilskrevet eller varslet på nytt ved avregning senere år.

Medlemmenes habilitet vurderes for hver enkelt sak. Vurderingen er i overensstemmelse med reglene i offentlig forvaltning. Se kapittel 3.1 for oversikt over hvem som er vurdert inhabil i hver enkelt sak.

Alle som ønsker det kan melde inn saker til sekretariatet, som er lagt til Helsedirektoratet ved avdeling helseregistre. Sekretariatet gjør analyser av pasientdata for Avregningsutvalget, holder kontakt med RHF og HF, og besvarer henvendelser om Avregningsutvalgets arbeid. Kontroll av registreringer i pasientdata er hjemlet i Norsk pasientregisterforskriften § 2-4 Mottakers ansvar for kvalitetskontroll¹.

Anbefalinger er offentlige og publiseres på nett:

<https://helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/avregningsutvalget>

¹ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2007-12-07-1389>

1.3 Sammensetning

Medlemmene oppnevnes av de regionale helseforetakene for en periode på tre år. I 2020 har Avregningsutvalget hatt følgende sammensetning:

Bjørn Buan (leder)	Kommuneoverlege i Surnadal og daglig leder for Helsesamarbeidet i Orkdalsregionen
Kahtan Al-Azaway	Klinikkdirektør Medisinsk klinikk, HUS, Helse Bergen HF
Marianne Altmann	Overlege nevrologi, PhD, Akershus universitetssykehus HF
Halfdan Aass	Medisinsk direktør, dr med, Vestre Viken HF
Tove Bjerkreim	Overlege anesthesi, Stavanger universitetssykehus HF
Petter Bugge	Overlege psykiatri, Oslo universitetssykehus HF
Wender Figved	Overlege og avdelingssjef ortopedi, PhD, Bærum sykehus, Vestre Viken HF
Niels Krum-Hansen	Overlege kirurgi, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
Suzana Rosic	Overlege gynekologi, Kirkenes sykehus, Finnmarksykehuset HF
Erik Rødevand	Overlege revmatologi, St. Olavs hospital HF
Arne Seternes	Overlege karkirurgi, PhD, St. Olavs hospital HF

Hanne Lehn, seniorrådgiver ved Helsedirektoratets avdeling finansiering, har vært observatør i utvalget.

Sekretariatet har bestått av Morten Støver, Adrian Tveit Lundemo og Bente Urfjell, seniorrådgivere ved Helsedirektoratets avdeling helseregistre.

2. Hovedtrekk i arbeidet i 2020

Dette kapitlet gir en sammenstilling av problemstillingene som preget arbeidet i utvalget i 2020. Her begrenses omtalen til saker som førte til anbefaling om avregning for 2019, slik at funn som tilsier behov for endring av kode- og registreringspraksis kommer tydelig fram. Den fullstendige beskrivelsen av alle saker er å finne i kapittel 3. Kapittel 2 framhever et utvalg problemstillinger som sykehusene bør arbeide videre med.

På enkelte områder har utvalget påvist vedvarende feil ved koding og registrering av administrative data uten at feilene senere er blitt korrigert i tilfredsstillende grad.

Avregningsutvalget mottok seks nye saker til vurdering fra Helsedirektoratet for rapporteringsåret 2019. Elleve saker ble i tillegg behandlet som oppfølging fra tidligere år. To av de seks nyinnmeldte sakene førte til anbefaling om avregning. Samtlige saker fra tidligere år førte til anbefaling om avregning også for 2019. Se kapittel 4 for tekniske beregninger for en oversikt over anbefalingene om metode og beregnede beløp.

Sakene som utvalget fikk til behandling omhandlet problemstillinger innenfor tre hovedtema:

- Feil valg av kode for hovedtilstand
- Feil valg av prosedyrekode
- Feil registrering av opphold med permisjoner, omsorgsnivå, samt feil føring av flere episoder samme dag.

Feil valg av kode for hovedtilstand

De nyinnmeldte sakene for 2019 var valg av kode for hovedtilstand ved hodeskader (Sak 20/3956) og til komplikasjoner og følgetilstander etter tidligere kirurgisk inngrep (Sak 20/3958). Det ble også til spørsmål om valg av omsorgsnivå ved den siste saken. Dette spørsmålet ble imidlertid utsatt til en senere gjennomgang.

Under oppfølging av saker fra tidligere år ble det fortsatt påvist feil valg av kode for hovedtilstand ved behandling for sykdom i urinveier (Sak 19/2886), ved smertebehandling/utprøvende behandling (Sak 17/5578), ved utredning av sirkulasjonssykdom (Sak 17/5575), ved behandling av lungesykdommer (Sak 17/5573) og ved opphold for rehabilitering (Sak 17/11400).

Sakene 17/5578, 17/5575 og 17/11400 omhandlet dessuten spørsmål om koding ved henholdsvis utprøvende behandling, valg av omsorgsnivå og kriterier for spesialisert rehabilitering.

Blant sakene om feil valg av hovedtilstand vil utvalget trekke fram kodepraksis ved lungesykdom med respirasjonssvikt (Sak 17/5573). Utvalget har fulgt denne problemstillingen etter at det ble påvist betydelig feilkoding i 2014. Omfanget av feilkoding

har variert noe fra år til år. Under årets gjennomgang undersøkte utvalget saken grundigere både i dybde og bredde. Problemstillingen ble sett i sammenheng med bruk av ulike former for ventilasjonsstøtte. Gjennomgangen førte til at fire sykehus ble anbefalt avregnet. Flere sykehus lå an til avregning, men utvalget fikk ikke anledning til å innhente tilsvar i tide, og kom til at dette spørsmålet må følges opp senere. Mer informasjon om denne saken er å finne under kapittel 4.

Utvalget har over år korrigert bruken av koder for kontaktårsaker (Z-koder). Disse kodene skal begrenses og i all hovedsak brukes som tilleggstilstand. WHO benytter blant annet ikke disse kodene i sammenlignende helsestatistikk. Enkelte unntak finnes, blant annet for registrering av fødsel. Utvalget ønsker å begrense den systematiske feilkodingen med overdreven bruk av Z-koder, og utvalget har i år signalisert et ønske om å invitere til samarbeid med Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og de regionale helseforetakene for å øke kvaliteten, og dermed verdien ved gjenbruk av driftsdata til ulike formål. Under årets gjennomgang ble en slik sak fulgt opp og avregnet tilsvarende tidligere år ved samme sykehus (Sak 17/5575).

Feil valg av prosedyrekode

Det er i regelen færre feil forbundet med koding av medisinske prosedyrer enn ved koding av tilstander. Som ledd i oppfølgingsarbeidet ble det påvist fortsatt feil valg av prosedyrekode ved kirurgisk fjerning/destruksjon av hudlesjon/arr etter kirurgi for behandling av hudkreft (Sak 18/1820). Avregningsutvalget arbeidet med denne saken også i 2019, men fant den gang at en dokumentkontroll var nødvendig for å kunne bestemme omfanget av feilkoding. Helsedirektoratet engasjerte firmaet Analysesenteret AS til å foreta en gjennomgang av dokumentasjonen ved Sykehuset Østfold. Gjennomgangen påviste et betydelig omfang av feilkoding svarende til 16 prosent for høy beregning av DRG-poeng i materialet som ble revidert. Avregningsutvalget tok funnene til etterretning og anbefalte en avregning i samsvar med funnene. Det vises til vedlagt rapport for nærmere beskrivelse.

Feil registrering av flere episoder samme dag, ved valg av omsorgsnivå og ved opphold med permisjoner

Utvalget har fulgt utviklingen av feilregistrering av antall registrerte episoder samme dag siden 2013 (Sak 13/4904). I 2019 var det fortsatt for mange episoder registrert i alle helseregioner. ISF-regelverket gir lite rom for oppsplitting av helsehjelp mellom behandlere og/eller seanser samme dag.

Under sin gjennomgang av ISF-data for 2016 kom det fram feil ved registrering av korte døgnopphold kombinert med permisjoner (Sak 17/28390). Omfanget av slike feil var betydelig også for 2019 i tre av helseregionene.

I 2019 fant utvalget at Helse Nord hadde en avvikende praksis for valg av omsorgsnivå ved utredning av hjertesykdom i 2018 (Sak 19/2881). Oppfølgende analyser av data for rapporteringsåret 2019 tydet på at organiseringen av denne helsehjelpen var uendret fra 2018. Utvalget holdt dermed fast på sin anbefaling om fortsatt avregning, begrunnet i faglig innhold og nasjonal standard for slik helsehjelp.

Ved et helseforetak i Helse Nord har det vært et tilbud til fedmepasienter organisert gjennom døgnopphold. Utvalget behandlet denne problemstillingen basert på opphold i 2018. Da mente utvalget at aktuelle opphold burde avregnes. I pasientdata for 2019 var omfanget redusert, men utvalget fant likevel grunn til å opprettholde sin anbefaling om avregning (sak 19/27629).

Avregningsutvalget har gjennom flere år påvist feil ved valg av omsorgsnivå ved utredninger av søvnrelaterte tilstander, inkludert munnpusting og pustestans (apné). Flere helseforetak har vært involvert i disse sakene, der opphold har vært registrert som døgnopphold, i motsetning til praksis ved de fleste av landets øvrige sykehus. Saken ble gjenopptatt på grunnlag av analyser av pasientdata for 2019. To helseforetak ble dermed anbefalt avregnet for feil valg av omsorgsnivå for pasienter utredet for apné for 2019. Utvalget har med tilfredshet notert at sykehusene omsider nærmer seg en standardisert praksis for valg av omsorgsnivå for slik helsehjelp.

3. Vurderinger og anbefalinger

3.1 Saksomfang

Avregningsutvalget behandlet 17 saker i 2020. Seks av disse er nye saker for året, mens elleve er oppfølging av saker fra tidligere år. Alle årets saker er meldt inn til Avregningsutvalget fra avdeling finansiering i Helsedirektoratet.

I 13 av sakene kom utvalget fram til en anbefaling om avregning av ABF 2019. Av disse er to nye saker for 2019. I flere av problemstillingene som er fulgt opp fra tidligere år sees noe forbedring i registreringspraksis, men utvalget ser at det fortsatt er grunn til avregning i alle disse sakene.

Tabellen nedenfor viser hvilke saker utvalget har behandlet og om det er anbefalt avregning eller ikke.

Tabell 1: saker behandlet av Avregningsutvalget i 2020 med utfall av anbefaling.

Saksnummer	Sakstittel	Avregning
20/4290	DRG 107 Koronar bypass med komplekse ledsagende prosedyrer eller m/bk	Nei
20/4286	DRG 217 Sårrev og hustranspl eksl hånd pga traume/sykd i HDG 8	Nei
20/3961	DRG 50 Større plastikkirurgi etter stort vekttap	Nei
20/3959	DRG 479 Karkirurgisk operasjon	Nei
20/3958	DRG 442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk	Ja
20/3956	DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade	Ja
19/2886	Kodepraksis ved behandling av sykdom i nyrer og urinveier	Ja
19/2881	Utredning av hjertesykdom i DRG 125 og DRG 1250	Ja
19/27629	Behandling av pasienter med fedme i DRG 297	Ja
18/1820	Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35	Ja
17/5578	Bruk av tilstandskode R52.2 Annen kronisk smerte	Ja
17/5575	Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer	Ja
17/5573	Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted	Ja
17/28390	Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner	Ja
17/11400	Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering	Ja
15/1804	Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger	Ja
13/4904	Flere registrerte episoder samme dag	Ja

Avregningsutvalget anbefaler avregning som medfører en reduksjon i utbetalinger i ABF 2019 på nesten 56 millioner kroner. Anbefalingene får konsekvenser for refusjoner til alle regionale helseforetak og fordeles som beskrevet i tabellen under.

Tabell 2: Summer for anbefalt avregning tre siste år

Pasientens bostedsregion	Anbefalt avregning		
	2017	2018	2019
Helse Sør-Øst RHF	- Kr 65 687 919	- Kr 43 523 388	- Kr 36 113 572
Helse Vest RHF	- Kr 34 344 167	- Kr 9 948 761	- Kr 7 183 906
Helse Midt-Norge RHF	- Kr 2 441 064	- Kr 6 668 243	- Kr 2 092 641
Helse Nord RHF	- Kr 1 150 077	- Kr 8 220 045	- Kr 10 587 254
SUM	- Kr 103 623 227	- Kr 68 360 437	- Kr 55 977 372

Habilitetsvurderinger for medlemmene er gjort i hver enkelt sak. Disse er vurdert til å være inhabile i enkeltsaker og har derfor ikke deltatt i saksbehandling og beslutninger i de enkelte sakene:

20/4286 DRG 217 Sårrev og hustranspl ekskl hånd pga traume/sykd i HDG 8:

Arne Seternes, Halfdan Aass og Wender Figved

20/3959 DRG 479 Karkirurgisk operasjon:

Arne Seternes

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

Halfdan Aass og Wender Figved

20/3956 DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade:

Halfdan Aass og Wender Figved

15/1804 Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger:

Arne Seternes

3.2 Anbefalinger

På de neste sidene presenteres Avregningsutvalgets vurderinger og anbefalinger i alle saker som ble behandlet i 2020.

20/4290 DRG 107 Koronar bypass med komplekse ledsagende prosedyrer eller m/bk

Saken gjelder høye rater observert i DRG 107C *Koronar bypass med komplekse ledsagende prosedyrer* i opptaksområdene til Helse Møre og Romsdal HF, St. Olavs hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Helgelandsykehuset HF, Nordlandssykehuset HF, Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) HF og Finnmarkssykehuset HF. Det er stor forskjell i antall opphold i DRG 107C mellom regionene, med høyere antall opphold per innbygger i Helse Nord RHF og i Helse Midt-Norge RHF enn i de andre regionene. Det er kun aktivitet i denne DRGen ved OUS HF, Helse Bergen HF, St. Olavs hospital HF og UNN HF. Det er i hovedsak aktivitet utført ved St. Olavs Hospital HF og UNN HF som gir de høye ratene i Midt-Norge og Nord.

Analyser har vist at det er uforholdsmessig mange opphold i DRG 107A *Koronar bypass uten hjertekateterisering eller komplekse ledsagende prosedyrer u/bk*, 107B *Koronar bypass med hjertekateterisering* og 107C ved UNN HF samt at det rapporteres et betydelig større antall NCMP- og NCSP-koder ved UNN HF enn ved de andre helseforetakene. Det rapporteres også over gjennomsnittet mange andre tilstander ved UNN HF.

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

Korrespondanse med helseforetak

Det ble sendt brev til UNN med spørsmål om koder for komplikasjoner, dvs. ICD-10-kodene Y83.2 *Unormal pasientreaksjon som følge av kirurgisk prosedyre, og senere komplikasjon til slik prosedyre, hvis selve prosedyren forløp uten anmerkning om skade ved kirurgisk prosedyre med anastomose, «bypass» eller kartransplantasjon* og T81.8 *Andre spesifiserte komplikasjoner til kirurgiske og medisinske prosedyrer, ikke klassifisert annet sted*. De ble spurt om å redegjøre for grunnen til at de har så mange opphold med disse kodene. Helseforetaket svarte at de med unntak av to tilfeller finner at nevnte koder er riktig brukt etter å ha gått gjennom alle aktuelle journaler. Det ble redegjort for detaljer i kodingen for de avvikende tilfellene. Ellers mener helseforetaket at kodebruk er riktig og i samsvar med regler og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten. Det ble også oversendt som vedlegg en gjennomgang på kodingen for alle opphold med tilhørende vurderinger på kodebruk.

Utvalgets vurderinger

UNN har mer komplikasjonskoding, særlig bruk av kodene Y83.2 og T81.8. Men det innebærer ikke nødvendigvis avregning. Komplikasjonene saken omhandler er ikke uvanlige, og UNN har redegjort for hva de legger til grunn for komplikasjon. Man ser også at koding av andre tilstander ofte varierer en god del mellom helseforetakene. Spørsmålet er hva som kreves av dokumentasjon for at en tilstand skal kodes som komplikasjon. Direktoratet for e-helse ble invitert på møte for å diskutere saken nærmere, blant annet hva som regnes som en komplikasjon.

Direktoratet for e-helse la fram sin forståelse av hva en komplikasjon er. Det er en faglig definisjonssak. Komplikasjoner kan forstås som en uønsket tilstand som oppstår under eller etter en medisinsk undersøkelse eller behandling, og at årsaken til hendelsen har en

sammenheng med undersøkelsen eller behandlingen. Forutsigbarhet og alvorlighetsgrad er to viktige forhold. Noe man i rimelig grad kan forutse eller regner med at vil oppstå kan ikke kalles en komplikasjon. En hendelse som er svært vanlig ved en type kirurgi kan trolig ikke regnes som en komplikasjon. Noe som ikke krever nevneverdig helsehjelp, altså noe som ikke anses som alvorlig, kan neppe heller kalles en komplikasjon. Det er en faglig vurdering hva som kan regnes som komplikasjon for ulike typer prosedyrer.

Anbefaling

Fagmiljøene bør følges opp ved å rette spørsmål til dem om hva som kan regnes som komplikasjoner i dette aktuelle tilfellet. Det utformes et brev for dette. Svaret fra fagmiljøene kan videresendes til referansegrupper og Helsedirektoratet. Ellers lukkes saken.

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

Saken gjelder høy aktivitet i DRG 217 Sårrev og hud transpl eksl hånd p.g.a traume/sykdom i HDG 8 (sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev) hos St. Olavs hospital HF og Vestre Viken HF. Begge HF har nokså høye rater. Selv om volumet i seg selv er lite har DRG 217 høy vekt (7,087) og det er derfor viktig å undersøke årsaker til variasjonen.

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

Utvalgets vurderinger

Diverse analyser på ratetall, fordelinger på opphold, liggetid, tilleggstilstander og prosedyrekoder er gjort under behandlingen av saken. De rapporterte hovedtilstandene viser at de fleste oppholdene gjelder komplikasjoner etter kirurgisk behandling slik som T84 Komplikasjoner ved innvendige ortopediske proteser, implantater og transplantater og T87 Komplikasjoner særegne for reimplantasjon og amputasjon, men også andre sykdommer og skader i HDG 8. De vanligste prosedyrene er vakuumassistert sårbehandling og sårrevisjoner på underekstremitet. Tallene er relativt små, og det gjør det utfordrende å identifisere eventuelle avvik i registreringspraksis for Vestre Viken HF og St. Olavs hospital HF.

Utvalget vurderer tallene i dette tilfellet er såpass små og at gruppen pasienter samtidig er såpass heterogen at det er vanskelig å finne fram til noen fornuftige punkter som kan gi grunnlag for brevkorrespondanse med helseforetakene. Det vil være vanskelig å besvare henvendelser som er upresise. Det kan også ganske enkelt være tilfellet at tallene representerer en naturlig variasjon.

Det er klart for utvalget at man har lite å fare med uten en dokumentkontroll. Da kan man blant annet finne ut hvor godt dokumentert f.eks. lappeoperasjoner er. En dokumentkontroll hos foretakene vil kanskje kunne belyse forskjeller i praksis. Det ble ikke satt av ressurser til dokumentkontroll i år, og det synes mest fornuftig å heller undersøke tallene på nytt neste år og sammenlikne utviklingen fra foregående år.

Anbefaling

Avregningsutvalget og Helsedirektoratet kommer tilbake til saken i 2021.

20/3961 DRG 530 Større plastikkirurgi etter stort vekttap

Helsedirektoratets analyser av beregningsgrunnlaget for ISF 2019 viser at sammenlignet med resten av landet skiller Sykehuset Innlandet HF seg ut med høyt antall opphold i DRGer for plastiske operasjoner på hud, spesielt i DRG 530 *Større plastikkirurgi etter stort vekttap (inkl. postbariatrisk kirurgi)*.

Helsedirektoratet ba avregningsutvalget om å vurdere årsaken til den store variasjonen i DRG 530, og om det er grunnlag for avregning.

Korrespondanse med helseforetak

Sykehuset Innlandet HF ble tilskrevet og bedt om å beskrive behandlingsforløpet til denne pasientgruppen, og gi en vurdering av hvorfor helseforetaket skiller seg fra landet ellers. Helseforetaket ble også bedt om å beregne gjennomsnittlig ventetid for denne typen inngrep, og hva sykehuset anser som akseptabel ventetid. Helseforetaket svarer at hovedårsaken til høyt antall opphold i DRG 530 og øvrig plastikkirurgi etter stort vekttap, er at helseforetaket høsten 2017 etablerte en behandlingslinje, lokalisert til Tynset, som i hovedsak arbeider med postbariatrisk plastikkirurgi. Det gjøres også brystreduksjoner og operasjoner for gynekomasti og rectusdiastaser. Foretaket har ellers kun begrenset plastisk kirurgisk aktivitet med eneste andre plastikkirurg lokalisert på Hamar.

Pasientene som inngår i behandlingsforløpet for plastikkirurgi på Tynset 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 Innlandet ser at ventetidene har økt i takt med at tilbudet i avdelingen er blitt kjent. Om lag 30 prosent av pasientene kommer fra annet opptaksområde enn Sykehuset Innlandet HF 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 Sykehuset Innlandet HF har innrettet tilbudet på Tynset mer spesielt mot postbariatrisk kirurgi.

Utvalgets vurderinger

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

Anbefaling

Avregningsutvalget vurderer at det ikke er grunnlag for avregning.

20/3959 DRG 479 Karkirurgisk operasjon

I analyser av datagrunnlag for ISF 2019 sees et høyt antall opphold i DRG 479 *Karkirurgisk operasjon ITAD u/bk* hos flere helseforetak innen Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. Det er også høye rater (opphold per 10 000 innbyggere) i DRG 479 *Karkirurgisk operasjon ITAD u/bk* i flere av helseforetakenes opptaksområder. Analyser tyder på at de aktuelle helseforetakene i mindre grad enn andre helseforetak benytter DRG 4790 *Karkirurgisk operasjon ITAD, dagkirurgisk behandling*, og at dette bidrar til høy rate i DRG 479.

Avregningsutvalget 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.

Korrespondanse med helseforetak

I brev sendt til St. Olavs hospital HF, Helse Møre og Romsdal HF, Nordlandssykehuset HF og UNN HF blir helseforetakene bedt om å gi en beskrivelse av pasientforløp for denne gruppen pasienter og en redegjørelse for valg av omsorgsnivå.

Svarene i brevene forklarer praksis og aksepteres. Årsak til større andel innleggelse noen steder er lang reisevei og operasjon sent på dagen med behov for observasjon av blødningstendens i noen timer etterpå. Er det risiko for blødning, vil man ha pasientene i nærheten. Valg av omsorgsnivå er basert på pasientsikkerhet og er ikke økonomisk motivert.

Utvalgets vurderinger

Utvalget har vurdert svarene som er kommet fra helseforetakene, og anser at praksis er godt forklart og er basert på faglig akseptable vurderinger. Videre analyser viser at en stor andel av de aktuelle oppholdene har to eller flere liggedager. På bakgrunn av svar fra helseforetakene og analyser av data for 2019 vil ikke utvalget anbefale avregning.

Anbefaling

Avregningsutvalget vurderer at det ikke er grunnlag for avregning.

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

Helsedirektoratets analyse av datagrunnlag for ISF 2019 viser særlig høye rater med DRG 442 *Operasjoner etter skade ITAD m/bk* i opptaksområdene til Vestre Viken HF, Helse Nord-Trøndelag HF og UNN HF sammenlignet med andre helseforetaks opptaksområder. Disse helseforetakene har også stor vekst i DRG 442 og en økende andel m/bk, dvs. ikke tilsvarende vekst i DRG 443 *Operasjoner etter skade ITAD u/bk*.

Aktiviteten i DRG 442 gjelder i hovedsak operasjoner for komplikasjoner etter medisinske eller kirurgiske inngrep, med vanligste hovedtilstand fra ICD-10-kapittel T81-T88. Det er også en del opphold der sår eller andre skader (S-kode) er registrert som hovedtilstand. Vestre Viken HF 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.

Analyser er gjort på aktivitet i korresponderende dagkirurgiske DRG-er, DRG 4420 og DRG 4430. Det meste av aktiviteten er i DRG 4430, og Vestre Viken HF skiller seg ut også her.

Avregningsutvalget bes om å vurdere årsaken til den store variasjonen i DRG 442, eventuelt også andre relaterte DRG-er som DRG 443 og 4430, samt å vurdere om eventuelle forskjeller i registreringspraksis eller valg av omsorgsnivå gir grunnlag for avkortning.

Korrespondanse med helseforetak

Brev ble sendt til Vestre Viken med spørsmål om redegjørelse for opphold som havner i DRG 442 men tanke på kodepraksis for prosedyrekoder og tilstandskoder, pasientforløp, liggetid og hvor ofte pasientene blir tatt til reoperasjon.

Siden oppholdene gjelder både kirurgiske og ortopediske avdelinger deler Vestre Viken svaret sitt i disse fagområdene. Sykehuset legger også ved beskrivelse av alle pasientene innenfor DRG 442.

Helseforetaket informerte om at vanlige koderegler følges ved kirurgiske avdelinger og gjør videre rede for hovedtilstander, andre tilstander, liggetid og prosedyrekoder for de aktuelle pasientene. For ortopediske avdelinger sender helseforetaket pasientbeskrivelser og kommer med videre utdyping fra de ulike sykehusene.

Ved Bærum sykehus får pasientene mange ulike hoveddiagnoser og svært mange ulike operasjonskoder uten noen synlig systematikk. Det er en variert gruppe med reoperasjoner for forskjellige årsaker, større skader, primære infeksjoner i sener/ben/ledd, samt åpne sår. Sykehuset ser ingen enkeltkoder eller prosedyrer som går ofte igjen, og vurderer kodingen som korrekt.

Sykehuset viser videre til større oppmerksomhet rundt koding generelt og jobbet for å øke kodekvaliteten i 2019. Det har vært vanskelig å søke retrospektivt etter reoperasjoner i kvalitetsarbeids-øymed, og sykehuset har nå økt søkelys på koder for reoperasjoner

(Kapittelet NxW.xx) i særlig grad. Dette vil fremstå som en økning fra 2018 til 2019. Sykehuset peker videre på koding for primære ortopediske infeksjoner i sene/ledd/ben (kodene NxS xx). Disse kodene grupperer ofte til DRG 442 selv om de ikke er «skade». Disse kodene har knapt vært brukt ved ortopedisk avdeling før 2019. Her har det tidligere vært brukt operasjonskode QDB05 og QCB05 (sårrevisjoner) noe som er upresis koding, og sykehuset viser til mer spesifikke koder som bør brukes. Sykehuset peker på at både primære operasjoner for infeksjoner og en del reoperasjoner som ikke skyldes «skade», sorterer til en DRG-gruppe som kalles «Operasjoner etter skade», og viser til eksempler. Bærum sykehus konkluderer med at sykehuset etterstreber å kode etterrettelig og korrekt, og vurderer kodingen som forbedret fra tidligere år.

Drammen og Kongsberg skriver at kodingen for disse pasientene følger vanlig kodepraksis med mest dekkende diagnoser/prosedyrer. Sykehuset setter også spørsmålstegn ved grupperingslogikken for DRG 442. Videre beskrives opphold med svært mange ulike hoveddiagnoser, bidiagnoser og prosedyrekoder. Sykehuset gjør også rede for pasientforløp og liggetid.

I svaret gir Ringerike sykehus også rede for oppholdene før Vestre Viken kommer med noen generelle kommentarer om pasientgruppen samt pasientstrøm mellom sykehusene.

Utvalgets vurderinger

Det vurderes at Vestre Viken HF gjør godt rede for seg, men det er påfallende at det er en del pasienter der som har kort liggetid og relativt få operasjonskoder, men får høy refusjon.

Ut fra pasientbeskrivelsene levert fra Vestre Viken HF vurderer utvalget at helseforetaket her påfallende mange opphold i DRG 442 med kort liggetid. Komplikasjonskode T81x –T88X er brukt som hovedtilstandskode på korte opphold der også primæroperasjon er utført. Samlekodene for brudd i flere kroppsregioner T00x – T07x / Sxx7 er brukt som hovedtilstandskode, men skal svært sjelden brukes. Det skal søkes å bruke mer spesifikke koder. Følgetilstandskode T90x-T98.x er brukt som hovedtilstandskode hvor den spesifikke følgetilstand skal brukes. Utstrakt bruk av prosedyrekoden QWW99 *Annen reoperasjon etter inngrep på hud* er brukt uten at tilsvarende komplikasjon er registrert.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler avregning av opphold i DRG 442 ved Vestre Viken HF med hovedtilstandskode T02x, T92x eller T93x. Hovedtilstands-kode byttes ut med en kode som er satt for annen tilstand ut fra anbefaling fra utvalget. Det er i alt 33 opphold ved Vestre Viken som er rapportert med aktuell DRG og hovedtilstandskoder.

For videre oppfølging av saken neste år bør journalgjennomgang vurderes.

Utvalget oppfordrer også Helsedirektoratet til å se på logikken rundt DRG 442.

20/3956 DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade

I analyser av datagrunnlaget for ISF 2019 observerer Helsedirektoratet høye rater i DRG 27 *Alvorlig traumatisk hjerneskade* i opptaksområdet til Vestre Viken HF sammenlignet med andre helseforetaks opptaksområder. Rater for Vestre Viken HF sitt opptaksområde er høye også for DRG 31 (*Hjernerystelse >17 år m/bk*) og DRG 34 (*Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk*).

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 Vestre Viken HF er det lavere aktivitet enn forventet i DRG 32.

Både i DRG 34 *Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk* og i DRG 35 *Sykdommer i nervesystemet ITAD u/bk* er det høyere aktivitet enn forventet ved Vestre Viken HF.

Det er antydninger til at Vestre Viken HF 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 Vestre Viken HF fra 2018 til 2019 sammenliknet med resten av landet.

Helsedirektoratet anser det som nødvendig å undersøke kodepraksis og valg av omsorgsnivå for opphold i DRG 27, 31 og 34 ved Vestre Viken HF nærmere. Utvalget er bedt 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.

Korrespondanse med helseforetak

Brev ble sendt til Vestre Viken HF der helseforetaket ble bedt om å svare på punktene under.

Hva er retningslinjer og rutiner for å diagnostisere og kode hovedtilstand med *S06.01 Hjernerystelse med åpent sår*?

Hva tror foretaket selv er grunnen til såpass avvikende tall sammenlignet med resten av landet?

Vestre Viken HF har 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 andre tilstandskoder og prosedyrekoder.

Vestre Viken HF 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 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.

Vestre Viken HF svarer at S06.01 er brukt etter forståelsen av den norske oversettelsen av koden. Helseforetaket påpeker at den engelske utgaven av ICD-10 har ordlyden "open intracranial wound" i seg, mens den norske oversettelsen har ordlyden "åpent sår" uten å angi at det innebærer intrakraniell penetrasjon. S06.01 gir refusjon i DRG 27, mens S06.0 kombinert med S01.9 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. De 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.

Pasienter med hjernerystelse >17 år blir behandlet etter de skandinaviske retningslinjene, som også angir omsorgsnivå. Helseforetaket mener at det ikke er avvikende praksis i håndtering av disse pasientene sammenlignet med andre. Pasienter som behandles med antikoagulasjon/platehemming, selv med minimal hodeskade og negativ CT, legges som oftest inn på grunn av risiko for blødning.

Foretaket gjør i sitt svar rede for fordeling på DRG-grupper for pasienter med hovedtilstand S06.xx i 2019 hos voksne. Opphold som er gruppert til DRG 27 på grunn av S06.01, vil ved annen hovedtilstandskode fordele seg på DRG 31 og 32, avhengig av om foreligger kompliserende tilstander. Foretaket gjør så rede for de hyppigste kompliserende tilstandene i DRG 31.

Foretaket skriver videre at det er lite bruk av prosedyrekoder innen DRG 31, observasjon av tilstanden for å avdekke eventuelle komplikasjoner er det viktigste i denne pasientgruppen. De fleste pasienter med hjernerystelse blir behandlet uten overnatting.

Vestre Viken viser at det er 517 opphold i DRG 34 i foretaket i 2019. Vel 30 % av disse er spredt på flere avdelinger med et mindre antall på hver. Knapt 70 % av oppholdene er ved medisinsk avdeling, og spesielt seksjon for geriatri, slag og rehabilitering, Bærum sykehus. Sykehuset presenterer hyppigste hovedtilstander, andre tilstander og prosedyrekoder.

Seksjonsoverlege ved seksjon for geriatri, slag og rehabilitering uttaler følgende om kodingen for disse pasientene:

«Vi tilstreber å kunne gi så presis diagnosesetting som mulig. En betydelig andel pasienter som innlegges på sengeposten er multimorbide der etiologien ikke sjelden er multifaktoriell. Vi har hatt en kvalitetsstudie av den akuttgeriatrike gruppen på sengeposten. I observasjonsperioden hadde 25 % av pasientene falt flere ganger like før innleggelsen. I de tilfellene der det er behov for en bred utredning paraklinisk med deler av eller hele det tverrfaglige teamet og årsaken er multifaktoriell vil en R- diagnose (falltendens, symptomer fra muskel/nervesystemet) noen ganger gi den beste beskrivelsen av sykehusinnleggelsen.

Gjennomsnittlig alder i den akuttgeriatriske gruppen i observasjonsperioden lå like under 90 år. Det at det har vært en økning i DRG 34 og 35 fra 2018 til 2019 vil jeg anta er en kombinasjon av økt kodekvalitet og en økende sårbar og multisyk pasientgruppe.»

Helseforetaket skriver til slutt at de ikke regner med de skal redegjøre for pasientforløpene i de andre forskjellige grupper av pasienter med nevrologiske sykdommer. Det omtales at Vestre Viken har et lavere antall opphold/kontakter i DRG9010 og 980A enn andre foretak. I 2019 hadde Vestre Viken 5259 opphold i DRG9010 og 1817 opphold i 980A. Dette er således DRG-er med sammensatte grupper. For å vurdere eventuelle forskjeller nærmere vil det være behov for å se hvilke hovedtilstander dette dreier seg om, og hvordan disse hovedtilstandene fordeles på DRG-er, slik som nå gjort med hjernerystelse.

St. Olavs hospital HF og Helse Bergen HF ble kontaktet for å være kontrollsykehus i denne saken, og de ble bedt om å redegjøre for retningslinjer og rutiner for å diagnostisere og kode hovedtilstand med S06.01 Hjernerystelse med åpent sår.

Fra svaret fra St. Olavs hospital:

For hodeskader benyttes i klinikken inndeling i samsvar med Head Injury Severity Scale som skårer hodeskader i minimale, lette, moderate og alvorlige basert på Glasgow Coma Scale skår samt noen ledsagende faktorer. Denne inndelingen gjenfinnes i liten grad i ICD-10 som i stor grad baserer seg på pato-anatomiske diagnoser, f.eks. «hjernerystelse» eller «subduralt hematome». Dette medfører at diagnosen hjernerystelse benyttes på pasienter hovedsakelig med minimal og lette hodeskader hvor det foreligger en kortvarig og forbigående forstyrrelse av hjernefunksjon (men ikke nødvendigvis bevissthetstap) og typiske symptomer som hodepine, kvalme, brekninger og retrograd amnesi og hvor cerebral CT ikke viser tegn til intrakraniell blødning av noe slag. De fleste av disse pasientene behandles poliklinisk i henhold til etablerte retningslinjer. Når det gjelder diagnosen S06.01, hjernerystelse med åpent sår, benyttes denne som beskrevet over, men hvor det i tillegg er et sår som krever kirurgisk behandling. Et åpent sår i tilslutning til hodetraume kan være et uttrykk for en noe kraftigere traumatisk påvirkning slik at disse pasientene muligens kan ha litt større risiko for innleggelse.

Helse Bergen HF svarer at de bruker hovedtilstandskoden S06.01 når pasienter har hjernerystelse og åpne sår i hodet som enten blir stiftet eller suturert. De sier at det kan være lett å misforstå ICD-10-koding på dette og anbefaler at ISF-regelverket rundt logikken for denne DRGen gjennomgås.

Utvalgets vurderinger

Utvalget har vurdert svarene fra Vestre Viken og slår fast at bruk av S06.01 er oppklart som en feilkoding som forklares i at kodeveileder ikke er tydelig nok. Svar om DRG 31 og 34 synes å være tilstrekkelig, utvalget mener det ikke er grunn for å se videre på DRG 31 og 34.

Utvalget har sett på svar fra Kodehjelp fra 2018 der Direktoratet for e-helse svarer ut at S06.01 brukes på alle typer åpne sår. Utvalget mener ut fra medisinsk faglig skjønn at kodehjelpen har

trukket feil konklusjon, og at ICD-10-koden har feil oversettelse fra den engelske utgaven. Pasientene har ikke intrakranielle skader, de har overfladiske skader i hud. Avregningsutvalget har tilskrevet Direktoratet for e-helse med denne informasjonen, og har fått til svar at direktoratet for e-helse er enige i vurderingen fra utvalget, og kodeteksten for S06.01 vil bli endret til å omtale intrakranielle skader i neste oversettelse (2021). Ut fra at det har gått ut veiledning om det som utvalget oppfatter som feil bruk av S06.01 som hovedtilstandskode, tar ett utvalgsmedlem dissens i denne saken.

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 27 med hovedtilstandskode S06.01 avregnes ved Vestre Viken HF. Hovedtilstandskode erstattes med S06.0.

For videre oppfølging av saken bør bruken av S06.01 undersøkes hos flere helseforetak.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler avregning av alle opphold i DRG 27 ved Vestre Viken HF der hovedtilstandskode er satt til S06.01. Hovedtilstandskoden skal erstattes med S06.0. Et utvalgsmedlem har tatt dissens i denne saken på bakgrunn av feilaktig utsendt veiledning fra Kodehjelp.

For videre oppfølging av denne saken kommende år bør praksis ved flere helseforetak vurderes.

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

Saken ble først behandlet og foreslått avregnet i 2019. Analyser av ABF-data for 2018 viste stor variasjon i aktivitet blant helseforetakene i DRG 331 *Sykdom i nyrer og urinveier ITAD >17 år m/bk*, der Sykehuset Telemark HF, Helse Bergen HF og Helse Stavanger HF skilte seg ut med vesentlig flere opphold enn landet ellers. En tilsvarende variasjon ble ikke observert i DRG 332 *Sykdom i nyrer og urinveier ITAD >17 år u/bk*. Årsakene til variasjonen ble vurdert av Avregningsutvalget gjennom analyser av data og korrespondanse med helseforetakene. Svar på brevkorrespondanse og analyser viste at Sykehuset Telemark HF skilte seg ytterligere ut fra de andre, spesielt med tanke på hoveddiagnose. De benyttet i stor grad Z43.6 *Ettersyn av annen kunstig åpning for urinvei* som hovedtilstand i tilfeller hvor det skulle vært kodet R33 *Urinretensjon* som hovedtilstand. Oppholdene var i tillegg registrert som inneliggende der de kunne vært utført poliklinisk. Det endte med avregning for Sykehuset Telemark HF. Tilfeller hvor disse oppholdene var kodet med prosedyre for skifte av nefrostomikateter ble godkjent og utelatt fra avregningen.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget følge opp saken i 2020.

Oppfølgende analyser av 2019-data viste at Sykehuset Telemark HF fortsatt koder en del inneliggende opphold i DRG 331 med tilstandskode Z43.6. Etter gjennomgang av omfanget beslutter Avregningsutvalget at Sykehuset Telemark HF fortsatt skal avregnes i 2020.

Det vises til Avregningsutvalgets årsrapport for 2019 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler at Sykehuset Telemark HF avregnes. Opphold i DRG 331 *Sykdom i nyrer og urinveier ITAD >17 år m/bk* med hovedtilstand Z43.6 *Ettersyn av annen kunstig åpning for urinvei* og omsorgsnivå døgnoophold, ekskludert opphold med prosedyrekode KAS00K *Skifte av nefrostomikateter*, regruppes med hovedtilstand R33 *Urinretensjon* og med omsorgsnivå poliklinikk.

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

Saken ble først behandlet og videre avregnet i 2019. Analyser av ABF-data for 2018 viste at Helse Nord RHF hadde høye rater (opphold per 1000 innbyggere) i DRG 125 *Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre u/kompliserende hjertelidelse* og samtidig lave rater for korresponderende utredning uten innleggelse, gruppert til DRG 1250 *Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre, dagmedisinsk behandling*. Helsedirektoratet ønsket en vurdering fra Avregningsutvalget om mulige årsaker til den store variasjonen i forekomst av DRG 125. Analyser og flere runder med brevkorrespondanse viste at Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) HF skilte seg ut fra resten av landet. Deres organisering av helsetilbudet la opp til overnatting selv om det ikke vurderes som nødvendig ved andre sykehus. UNN syntes å definere pasienter som "komplekse" før undersøkelse, noe som medfører innleggelse. Her ble det vurdert at praksis ved UNN er forskjellig sammenlignet med andre helseforetak da de aktuelle pasientene ellers i landet ble behandlet som dagmedisinske pasienter. Det endte med at UNN ble avregnet.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget følge opp saken i 2020.

Oppfølgende analyser på data for 2019 viste at UNN ikke har endret kodepraksis siden avregning, og at det fortsatt er mange uforholdsmessig mange opphold i DRG 125. Det kan derfor virke som om organiseringen av behandlingen er som før. Etter gjennomgang av omfanget beslutter Avregningsutvalget at UNN fortsatt skal avregnes i 2020.

Det vises til Avregningsutvalgets årsrapport for 2019 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler at opphold ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF i DRG 125 *Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre u/kompliserende hjertelidelse* med liggetid lik ett døgn, avregnes ned til landsgjennomsnittet og gis refusjon likt opphold i DRG 1250 *Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre, dagmedisinsk behandling*. Begrunnelsen er basert på faglig innhold og nasjonal standard.

19/27629 Behandling av pasienter med fedme i DRG 297

Saken ble først behandlet og videre avregnet i 2019. Analyser av beregningsgrunnlaget for ISF 2018 viste at Nordlandssykehuset HF hadde flere opphold i DRG 297 *Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD >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 Nordlandssykehuset HF var rapportert fra Regionalt senter for sykelig overvekt i Bodø (RSSO). De fleste oppholdene gjaldt pasienter som var bosatt i Nordlandssykehusets eget opptaksområde. I tillegg kom en del pasienter fra områdene til de andre sykehusene i Helse Nord RHF. Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere om Nordlandssykehusets høye andel opphold i DRG 297 skyldtes feilaktig koding. Funn i analyser og svar på brevkorrespondanse ga Avregningsutvalget grunnlag til å vurdere behandlingstilbudet. Helseforetaket legger inn pasienter i tilfeller der Avregningsutvalget mener tilbudet for fedmepasienter kunne blitt gitt som poliklinisk behandling, eventuelt som dagbehandling. Dette gjelder mer spesifikt utredning for pasientene med kirurgiske forløp. Flere konsultasjoner gis under intensive utredningsdager, og helseforetaket velger å legge inn pasientene blant annet på grunn av motivasjonshensyn og gruppetilhørighet. Avregningsutvalgets vurdering var at det er ikke medisinsk grunnlag for innleggelse på grunn av dette.

Helsedirektoratet ba om at saken følges opp i 2020.

Oppfølgende analyser på ABF-data 2019 viser at Nordlandssykehuset HF fortsatt koder mange slike opphold, men at det har blitt færre opphold fra året før. Organiseringen av tilbudet på kirurgiske forløp har tilsynelatende ikke endret seg. Avregningsutvalget har vurdert at aktuelle opphold fortsatt skal avregnes i 2020 etter samme prinsipp som tidligere.

Det vises til Avregningsutvalgets årsrapport for 2019 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler avregning etter samme metode som i fjor. Hvert opphold med E66 i DRG 297 og liggetid=1 hos Nordlandssykehuset HF anbefales avregnet, og gis refusjon lik to polikliniske kontakter. Dette er basert på faglig innhold og nasjonal standard som grunnlag.

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

Saken ble meldt inn i 2017, først behandlet i 2018 og fulgt opp siden. Saken har ikke tidligere ført til avregning. Den har omhandlet 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* og Q*E35 *Rekonstruksjon ved huddefekt (...) etter kirurgi eller skade*. Helsedirektoratet har bedt Avregningsutvalget vurdere om nevnte koder brukes i tilfeller hvor kodene Q*E10 *Eksisjon av hudlesjon* skulle vært benyttet. Dette er avgjørende for om oppholdet grupperes til DRG 2680 *Plastiske operasjoner på hud og underhud, dagkirurgisk behandling* eller 809J *Eksisjon eller destruksjon av hudlesjon*. I behandlingen av saken har det blitt utført mange analyser og brevkorrespondanser med berørte sykehus. Over tid har flere helseforetak endret kodepraksis i henhold til endringer i kodeveiledning. Hos Sykehuset i Østfold HF har det vært uforholdsmessig mange aktuelle opphold i DRG 2680 og på bakgrunn av pågående dataanalyser har det derfor vært behov for ytterligere korrespondanse med helseforetaket som del av saksbehandlingen. Svaret uttrykte tvil om korrekt koding i denne saken. Helseforetaket beskrev sviktende tilgang til relevant informasjon utenfor egen organisasjon, eksempelvis kodeveiledning ved rekonstruksjonsinngrep etter hudkreft. Avregningsutvalget oppfatter at prosedyrekodeverket er tilstrekkelig entydig.

*Helsedirektoratet ønsket at utvalget skulle vurdere om nevnte koder benyttes i tilfeller hvor kodene Q*E10 Eksisjon av hudlesjon skulle vært benyttet.*

Dokumentkontroll

På grunn av utilstrekkelig informasjonsgrunnlag konkluderte Avregningsutvalget med at det var nødvendig med en dokumentkontroll hos Sykehuset Østfold HF for å kunne avgjøre saken. På grunn av ressurs- og kapasitetsutfordringer har denne dokumentkontrollen måttet vente til 2020.

I årets saksbehandling har det blitt gjennomført dokumentkontroll hos Sykehuset Østfold HF. Dokumentkontrollen ble utført av Analysesenteret AS på oppdrag for Avregningsutvalget og etter gitte spesifikasjoner. Det ble trukket et tilfeldig utvalg på 50 opphold fra DRG 2680 med aktuelle prosedyrekoder. Revisorene gikk igjennom hver enkelt journal og vurderte både tilstands- og prosedyrekoding. Kontrollens viktigste funn var at 36 av 50 opphold endret DRG som følge av revisorenes endringer og at kun 49% av prosedyrene var korrekt valgt og riktig klassifisert. 31 av 94 kirurgiske prosedyrer opprinnelig rapportert var dokumentert, men feil klassifisert. Totalt medførte dokumentkontrollen en reduksjon på -1,597 ISF-poeng. Dette utgjør en reduksjon på 16 prosent av den samlede verdien de 50 oppholdene opprinnelig hadde før revisors endringer som følge av gjennomført dokumentkontroll. For mer inngående informasjon om dokumentkontrollen og resultatene se vedlagt rapport fra Analysesenteret AS.

Utvalgets vurderinger

Avregningsutvalget anbefalte avregning på grunnlag av dokumentkontrollens resultater. Resultatene anses som representative for alle aktuelle opphold.

Det vises til Avregningsutvalgets årsrapport for 2019 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler at summen av DRG-poeng for opphold med prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35 i DRG 2680 hos Sykehuset Østfold HF korrigeres med 16 prosent. Endringen i ISF-poengsum utgjør anbefalt avregning.

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

Denne saken ble behandlet og anbefalt avregnet i 2017, 2018 og 2019. Tidligere års analyser av ABF-data har vist at en stor andel av konsultasjoner gruppert til DRG 801R *Lokal smertebehandling* var registrert ved Sykehuset i Vestfold HF. Vanligste hovedtilstand i DRG 801R ved Sykehuset Vestfold var R52.2 *Annen kronisk smerte*, med prosedyrekoden WDAL15 *Akupunktur* som en vanlig prosedyrekode. Sykehuset i Vestfold HF rapporterte bruk av akupunktur oftere enn andre helseforetak, og oftest med hovedtilstand R52.2. Ved andre helseforetak ble akupunktur hovedsakelig benyttet i forbindelse med svangerskap og fødsel, med vanligste hovedtilstand Z37.0 *Enkeltfødsel, levendefødt*.

Analyser av antall pasienter i DRG 801R med tilstandskode R52.2 viste at Sykehuset Vestfold HF hadde vesentlig flere pasienter i denne kategorien enn øvrige sykehus også i 2019.

Etter avregning for 2018 har Sykehuset Vestfold HF sendt klage på anbefalingen. Avregningsutvalget har besvart klagen med vekt på at utvalget har behandlet saken som rådgivende utvalg og gitt sin anbefaling til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har videre lagt utvalgets anbefaling til grunn i sin tilrådning til Helse- og omsorgsdepartementet om ISF avregning. Helsedirektoratet stiller seg bak de vurderingen som er gjort av utvalget.

AU bes følge opp saken på vanlig måte også for 2019. Per 2. tertial 2019 observeres et avvik av tilnærmet samme omfang som tidligere år ved Sykehuset Vestfold HF.

Korrespondanse med regionalt helseforetak

Helse Sør-Øst RHF er tilskrevet fra Helsedirektoratet som en oppfølging av klage fra Sykehuset i Vestfold HF med spørsmål om hvordan de vurderer akupunktur som behandlingsform og hva de tenker om at denne behandlingen gis så selektivt av et sykehus i redes region

Svar fra Helse Sør-Øst RHF på overnevnte spørsmål er entydig på at dette er en behandlingsform, med omdiskutert effekt, og det er faglige interesser ved Vestfold, ikke konsensus i regionen, som er årsaken til at behandlingsformen brukes der.

Utvalgets vurderinger

Avregningsutvalget vurderte behandlingstilbudet på samme måte som tidligere.

Se tidligere årsrapporter for utfyllende informasjon.

Anbefaling

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 i Vestfold HF avregnes med bakgrunn i at bruk av akupunktur ikke er etablert behandling for disse tilstandene, og derfor ikke skal finansieres gjennom ISF.

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

Saken ble meldt inn av Avdeling finansiering ved Helsedirektoratet og først behandlet i 2017 og avregnet i årene siden. Bakgrunnen for saken var at analyser av ABF-data for 2016 viste at pasienter bosatt i Vestfold hadde vesentlig flere opphold per 1000 innbyggere i DRG 144 *Sirkulasjonssykdommer ITAD m/bk* enn pasienter bosatt i andre fylker. Sykehuset i Vestfold HF hadde et høyt antall opphold kodet med Z95.X *Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar*. Lignende tendens ble observert ved Sykehuset Innlandet HF og Vestre Viken HF. Analyser av ABF-data for 2018 viste at Sykehuset i Vestfold HF fortsatt hadde høyere andel opphold med hovedtilstand Z95 i DRG 144, mens de andre helseforetakene hadde endret kodepraksis. Sykehuset i Vestfold HF ble som en følge av dette anbefalt fortsatt avregning.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget følge opp saken i 2020.

Utvalgets vurderinger

Oppfølgende analyser av ABF-data for 2019 viste at Sykehuset i Vestfold HF fortsatt hadde høy andel opphold med hovedtilstand Z95 i DRG 144, dog noe redusert fra i fjor. I tillegg vistes en tendens hos Sykehuset Østfold HF og Helse Møre og Romsdal HF hvor slike opphold har økt. Avregningsutvalget merker seg at bruken av Z-koder som hovedtilstand generelt er for høy til tross for at det finnes enkelte tilfeller der slik bruk blir riktig, for eksempel fødsler. Utvalget ønsker å skjerpe nivået på den systematiske feilkodingen med overdreven bruk av Z-koder. Det er blant annet ønskelig at dette tas opp sammen med Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og fagdirektører i de regionale helseforetakene.

Ettersom det fortsatt var mange aktuelle opphold valgte Avregningsutvalget å opprettholde anbefaling om avregning etter samme prinsipp og metode som foregående år for Sykehuset i Vestfold HF mens Sykehuset Østfold HF og Helse Møre og Romsdal HF tilskrives og gjøres kjent med problematikken.

Det vises til Avregningsutvalgets årsrapport for 2019 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler avregning etter fjorårets metodikk. Opphold registrert med hovedtilstand Z95 *Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar* ved Sykehuset Vestfold HF avregnes ned til landsgjennomsnittet. Oppholdene regrupperes til ny DRG ved at første kode blant andre tilstander settes som hovedtilstand, mens Z95 settes som annen tilstand.

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

Saken ble behandlet første gang av Avregningsutvalget i 2014. Avregningsutvalget har anbefalt avregning i saken i flere år, og kodepraksisen har vekslet mellom bedring og forverring. Problemstillingen i denne saken er feil bruk av kode J96 *Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted som hovedtilstand*.

Avregningsutvalget mente at det i henhold til gjeldende kodeverk ikke hadde blitt kodet riktig hoveddiagnose for opphold i DRG 87 *Respirasjonssvikt & lungeødem ekskl ved hjertesvikt* hos en rekke sykehus. Kode J96 skal vanligvis ikke brukes som hovedtilstand hvis man kjenner årsaken til respirasjonssvikten, slik som for eksempel kols, pneumoni, lungekreft eller andre sykdommer.

Fjorårets analyser for ABF-data for 2018 viste en endring av kodepraksis i riktig retning, men at forekomst av hovedtilstand J96 fortsatt var for høy hos Vestre Viken HF, Sykehuset i Vestfold HF og Oslo universitetssykehus HF. Avregningsutvalget opprettholdt anbefalingen om avregning i DRG 87 etter samme prinsipper og metode som for ABF-data 2017.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget om å følge opp saken i 2020 med en utvidet problemstilling.

Utvalgets vurderinger

Årets behandling av saken har hatt en utvidet problemstilling hvor feil bruk av hovedtilstand J96 har blitt undersøkt i flere DRGer utover DRG 87. Etter flere analyser og vurderinger har utvalget valgt å fokusere i tillegg på DRG 475A *Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte* og DRG 475B *Sykdommer i åndedretsorganer med PEEP support* ettersom disse DRGene inneholdt størst volum av feilkodede inneliggende opphold. Det har altså vært fokusert på tre DRGer med høyt volum i årets saksbehandling.

Årets avregningsmetodikk har vært noe mer spesifikk. For DRG 87 er det opprettholdt regrupping hvor første andre tilstand brukes som hovedtilstand. For DRG 475A og DRG 475B anvendes en annen metodikk for å ta høyde for forskjeller hos pasientene og behandlingen.

DRG 475A: Oppholdene avregnes ved å ta gjennomsnittlig vekt av alle opphold med prosedyrekode GXAV01 *Respiratorbehandling INA* hvor alder >1 år, liggetid >0 og følgende DRGer er ekskludert; DRG 483, 482, 475A og 475B.

DRG 475B: Oppholdene avregnes ved å ta gjennomsnittlig vekt av alle opphold med en av tre prosedyrekoder hvor alder >1 år, liggetid >0 og følgende DRGer er ekskludert; DRG 483, 482, 475A og 475B samt medisinske DRGer. Prosedyrekodene er GXAV10 *Noninvasiv behandling med kontinuerlig positivt luftveistrykk*, GXAV20 *Noninvasiv behandling med bifasisk positivt luftveistrykk* og GXAV30 *Noninvasiv behandling med nasal høyluftstrømkanyle*.

For alle DRGer har det blitt vurdert at opphold med andre tilstand i M- og G-kapittelet ekskluderes i avregningsgrunnlaget. En andel på 5 prosent av aktuelle opphold med J96 som hovedtilstand godkjennes.

Totalt fire helseforetak blir anbefalt avregnet for 2019. Disse er Vestre Viken HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset i Vestfold HF og Oslo universitetssykehus HF. Flere andre helseforetak har en registreringspraksis som tilsier at de også kan bli anbefalt avregnet. Men siden det ikke har blitt utført oppklarende korrespondanse med foretakene i år vil de ikke avregnes for 2019. Det kan bli aktuelt ny vurdering neste år for de helseforetakene som ikke har endret sin kodepraksis.

Det vises til Avregningsutvalgets årsrapport for 2019 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 87 registrert med J96 som hovedtilstand avregnes. Oppholdene avregnes ved å regruppere oppholdene med første av andre tilstander som hovedtilstand og J96 som annen tilstand. Videre avregnes opphold i DRG 475A og DRG 475B i henhold til ny avregningsmetodikk.

17/28390 Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner

Avregningsutvalget har i løpet av de siste årene behandlet saker på bakgrunn av observasjon av 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 (ISF regelverk 2019; kapittel 5.15).

I sin bestilling til Avregningsutvalget for 2018, ønsket Helsedirektoratet at Avregningsutvalget prioriterte denne saken, og vurderte beregningsmåten som er brukt i tidligere avregninger.

Utvalgets vurderinger

Analyse av data viser at andelen av opphold med permisjon i ett døgn av alle innleggelser som er på kun ett døgn, er gått ned sammenliknet med tidligere år. Dette er en positiv utvikling, men det er fortsatt en helt klar registreringsfeil å ha innleggelse der det er permisjon i hele innleggelsestiden. Avregningsutvalget har sett på ulike beregningsmåter, og vil for 2019 anbefale avregning for opphold med leggetid lik 1 og permisjonstid lik 1. En andel med permisjonstid lik 1 på 1% godtas. Opphold av denne typen utover 1% avregnes på to måter: Der det er dagkirurgi gis oppholdet en gjennomsnittsvekt for dagkirurgi pluss poliklinikk. Opphold uten dagkirurgi avregnes som to dagopphold med gjennomsnittsvekt dagmedisin. Opphold der vekten ville blitt lik om det er registrert innleggelse eller dagopphold holdes utenfor avregningen. Rehabilitering, det vil si opphold i DRG 462A og DRG 462B, skal også holdes utenfor slik det er gjort tidligere.

Den anbefalte avregningen vil omfatte flere helseforetak i Helse Vest RHF, Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler en avregning av de helseforetakene andel over 1% av innleggelser på kun ett døgn med like lang permisjonstid som innleggelsestiden. 1% av oppholdene godkjennes, mens resten avregnes. Her avregnes opphold hvor liggetid er lik permisjonstid og der liggetid=1. Opphold med dagkirurgi avregnes som gjennomsnittsvekt for dagkirurgi pluss poliklinikk. Opphold uten dagkirurgi avregnes som to dagopphold med gjennomsnittsvekt dagmedisin. Opphold der vektene for innlagte og dagkirurgi nå er like, samt opphold i rehabilitering (DRG 462A og DRG 462B), tas ut av avregningen.

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

Saken ble meldt inn i 2017 av Avdeling finansiering ved Helsedirektoratet og først behandlet og avregnet hvert år siden. Bakgrunnen for saken var at analyser av ABF-data for 2016 viste at pasienter bosatt i opptaksområdene til Sykehuset Vestfold HF og Sykehuset Innlandet HF hadde en vesentlig høyere andel opphold i DRG 462A *Kompleks rehabilitering* enn pasienter som hørte hjemme i andre opptaksområder. Også i DRG 462B *Vanlig rehabilitering* var ratene relativt høye for de aktuelle opptaksområdene. Mange av disse oppholdene gjaldt innleggelse med 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. Avregningsutvalget ble 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.

Analysen og brevkorrespondansen viste at rehabiliteringstilbudet som gis ikke behøver innleggelse og kan heller organiseres poliklinisk.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget om å følge opp saken i 2020.

Utvalgets vurderinger

I fjor ble Sunnaas sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF og Nordlandssykehuset HF avregnet. Behandlingstilbudet ble vurdert som en serie av polikliniske konsultasjoner, og det ble anbefalt regruppering til poliklinisk omsorgsnivå. Oppfølgende saksbehandling og analyser på ABF-data 2019 viste at Sykehuset Vestfold HF hadde bedret sin kodepraksis vesentlig. Nordlandssykehuset HF og Sunnaas HF har fortsatt rapportert uforholdsmessig mange slike opphold.

Avregningsutvalget har gått igjennom endringer og presiseringer i ISF-regelverket for 2019. Utvalget står fast på at behandlingen i hovedsak er et gruppetilbud. Utvalget har gått igjennom reglene for registrering av rehabilitering og kommet fram til at DRG 462C *Rehabilitering, annen* blir riktig gruppering for oppholdene. Utvalget anbefaler at aktuelle opphold avregnes ned til refusjon lik denne DRGen for ABF-data-2019.

Det vises for øvrig til Avregningsutvalgets årsrapport for 2019 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 462A og 462B med koder for andre tilstander som starter på M6 eller M7 bløtvevssykdommer anbefales avregnet til refusjon lik DRG 462C for Sunnaas sykehus HF og Nordlandssykehuset HF.

15/1804 Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger

Denne saken ble først behandlet i 2015 og handlet om at antall opphold i DRG 520 *Obstruktiv søvnapnesyndrom* 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 rapportert som innleggelse grupperte til DRG 520, mens opphold rapportert som polikliniske kontakt grupperte til

DRG 803R. Det så ut til å være ulik praksis mellom helseforetak for å registrere utredningene som innleggelser eller polikliniske konsultasjoner. Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Helse Førde HF la inn pasientene, mens øvrige institusjoner behandlet pasientene poliklinisk.

Avregningsutvalget har tidligere anbefalt avregning i flere år for flere helseforetak i denne saken. I 2018 gjaldt dette kun Sykehuset Innlandet HF siden det var en trend på landsbasis mot mer bruk av poliklinikk og mindre innleggelser for denne pasientgruppen.

Analyser for 2019 viser at den positive trenden vedvarer. Sykehuset Innlandet HF har også redusert andel innleggelser, men har fortsatt en høy andel innleggelser sammenlignet med resten av landet. Det har også St. Olavs hospital HF og Oslo universitetssykehus HF.

St. Olavs hospital HF og Oslo universitetssykehus HF ble tilskrevet og bedt om å redegjøre for pasientgruppen og valg av omsorgsnivå.

Oslo universitetssykehus HF mener å ha et annet ansvarsområde enn andre helseforetak i denne pasientgruppen, Blant annet har de større andel barn, noe som vil kreve høyere andel innleggelser. Analyser av data bekrefter dette. Avregningsutvalget vurderer at OUS har en rimelig andel innleggelser ut fra pasientgruppen.

St. Olavs hospital HF svarer at deres pasienter i all vesentlighet burde vært polikliniske pasienter, og at det kun er ved medisinsk indikasjon at de burde vært innlagt.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler at innleggelser registrert med prosedyrekode AAFX00 *Polygrafi* og hovedtilstandskode G47.3 *Søvnapne* eller R06.5 *Munnpusting* gruppert til DRG 520 *Obstruktiv søvnapnesyndrom* avregnes til DRG 803R ved Sykehuset Innlandet HF og St. Olavs hospital HF. Oppholdene avregnes likt tidligere år ut fra et nasjonalt snitt for innleggelser (andel DRG 520 av totalt DRG520 og DRG 803R) for de øvrige institusjonene.

13/4904 Flere registrerte episoder samme dag

Denne saken dreier seg om registreringspraksis knyttet til flere legekontakter samme dag. Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratet første gang i 2012 for ABF-data 2011. Avregningsutvalget anbefalte den gang avregning av Oslo universitetssykehus (OUS) på bakgrunn av feil registreringspraksis. Feilen var i stor grad knyttet til tekniske forhold ved det pasientadministrative systemet. Avregningsutvalget har senere fulgt opp saken årlig og har hvert år anbefalt avregning av OUS. Helsedirektoratet ønsket i 2018 at Avregningsutvalget skulle gå mer detaljert inn i vurderinger av registreringspraksis knyttet til flere legekontakter samme dag for samme pasient. Analyser tydet på at registreringspraksis varierer mellom HF, private ideelle institusjoner og private sykehus som RHF-ene har kjøpsavtale med.

For 2018 kommuniserte Avregningsutvalget med flere sykehus om denne saken. Avregningsutvalget vurderte hver problemstilling for seg i de ulike hoveddiagnosegruppene, helseforetak for helseforetak, med det utgangspunkt at legekontakter innenfor ulike spesialiteter for samme pasient kan godkjennes som ulike konsultasjoner, men hvis legekontaktene er innenfor samme spesialitet bør det være én og samme konsultasjon, og utvalget anbefaler avregning for disse oppholdene. Avregningsutvalget mente at det som tidligere har vært en helhetlig tjeneste nå ser ut til å stykkes opp, og at de store praksisvariasjonene skyldes uklarerheter i regelverket.

I 2018 anbefalte avregningsutvalget avregning i flere hoveddiagnosegrupper og for flere helseforetak.

Helsedirektoratet ønsker at denne saken skal følges opp også for ABF 2019.

Utvalgets vurderinger

Analyser av data for 2019 viser redusert rapportering av flere episoder samme dag sammenlignet med året før. Det er likevel noe høye andeler i HDG 2 *Øyesykdommer* og HDG 5 *Sykdommer i sirkulasjonsorganene*. For 2018 ble det også anbefalt avregning av opphold i HDG 3 *Øre-nese-hals*, men utvalget ser ikke at det er grunnlag for det i år. Medi3 Ålesund har høy andel kontakter på samme dag. Avregningsutvalget anbefaler avregning av alle kontakter utover en for hver pasient samme dag.

Anbefaling

For HDG2 *Øyesykdommer* anbefaler avregningsutvalget avregning for OUS, Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal. Her skal de avregnes til et landssnitt uten de tre sykehusene.

For HDG5 *Sykdommer i sirkulasjonsorganene* anbefaler avregningsutvalget avregning av OUS ned til et landsgjennomsnitt hvor episodene til OUS er ekskludert.

Avregningsutvalget anbefaler avregning av alle kontakter utover en for hver pasient samme dag hos Medi3 Ålesund. Det tyngste oppholdet godkjennes.

4. Tekniske beregninger

4.1 Aktivitetsbasert finansiering (ABF)

Innsatsstyrt finansiering (ISF) er en aktivitetsbasert finansieringsordning som gir bevilgninger til de regionale helseforetak gjennom statsbudsjettet. ISF utgjør sammen med basisbevilgning til regionale helseforetak hovedgrunnlaget for finansiering av spesialisthelsetjeneste innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helsehjelp som gis gjennom ordningen «fritt behandlingsvalg» vil inngå i ISF-beregningsgrunnlaget for somatisk spesialisthelsetjeneste, gitt at øvrige krav er oppfylt.

Alle saker der avregningsutvalget har anbefalt avregning for 2019 er innen somatisk spesialisthelsetjeneste.

Utrekningene i dette kapitlet er basert på informasjon fra regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2019*².

ISF-refusjon for somatisk spesialisthelsetjeneste 2019 beregnes etter følgende formel:

$$\sum \text{Korrigerede DRG-poeng} \times \text{enhetspris (44 654 kr)} \times \text{refusjonssats (50 prosent)}$$

Enhetsprisen som benyttes ved endelig avregning av ISF-ordningen kan avvike fra den som er brukt i tekniske beregninger her.

² <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf>

4.2 Tekniske beregninger av anbefalte avregninger

I dette kapitlet beskrives metoder for tekniske beregninger i de sakene hvor Avregningsutvalget har anbefalt avregning av ABF 2018. De tekniske beregningene er utarbeidet av sekretariatet og godkjent av Avregningsutvalget.

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

Avregningsutvalget anbefaler avregning av opphold i DRG 442 ved Vestre Viken HF med hovedtilstandskode T02x, T92x eller T93x. Hovedtilstandskode byttes ut med en kode som er satt for annen tilstand ut fra anbefaling fra utvalget, for ett opphold byttes også prosedyrekoden ut. Det er i alt 33 opphold ved Vestre Viken som er rapportert med aktuell DRG og hovedtilstandskoder.

Etter regruppering med nye hovedtilstandskoder kom ett opphold fortsatt i DRG 442, 11 opphold kom i DRG 452A og de resterende 21 oppholdene fordelte seg på DRGene 209D, 210N, 218, 219, 223, 224A, 224B, 226, 230, 231, 233, 269 og 415.

Helseforetak	Antall opphold i DRG 442	Opprinnelige DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning
Vestre Viken HF	33	179,487	77,100	-102,387	- Kr 2 285 994,55

Pasientens bostedsregion	Antall opphold i DRG 442	Opprinnelige DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning
Helse Sør-Øst RHF	32	174,047	73,023	-101,025	- Kr 2 255 585,18
Helse Nord RHF	1	5,439	4,077	-1,362	- Kr 30 409,37
Totalt	33	179,487	77,100	-102,387	- Kr 2 285 994,55

20/3956 DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade

Avregningsutvalget anbefaler avregning av alle opphold i DRG 27 ved Vestre Viken HF der hovedtilstandskode er satt til S06.01. Hovedtilstandskoden skal erstattes med S06.0.

Helseforetak	DRG	Opprinnelig gruppering	Ny gruppering				Sum nye beregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
		27	31	32	33	477			
Vestre Viken HF	Antall opphold	256	146	91	17	2			
	SUM DRG-poeng	338,432	78,402	42,224	6,528	5,104	132,258	-206,174	-kr 4 603 246,90

Pasientens bostedsregion	DRG	Opprinnelig gruppering	Ny gruppering				Sum nye beregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
		27	31	32	33	477			
Helse Sør-Øst	Antall opphold	249	144	87	16	2			
	SUM DRG-poeng	329,178	77,328	40,368	6,144	5,104	128,944	-200,234	-kr 4 470 624,52
Helse Vest	Antall opphold	3	1	1	1				
	SUM DRG-poeng	3,966	0,537	0,464	0,384		1,385	-2,581	-kr 57 625,99
Helse Midt-Norge	Antall opphold	1	1						
	SUM DRG-poeng	1,322	0,537				0,537	-0,785	-kr 17 526,70
Helse Nord	Antall opphold	3		3					
	SUM DRG-poeng	3,966		1,392			1,392	-2,574	-kr 57 469,70
Landet							kr 132,26	-kr 206,17	-kr 4 603 246,90

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

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 331 med hovedtilstand Z43.6 og omsorgsnivå døgnopphold, ekskl. opphold med prosedyrekode for skifte av nefrostomikateter, regruppes med hovedtilstand R33 og ned til poliklinikk. Totalt 25 regrupperte opphold. 24 opphold gis refusjon lik DRG 9110 (Vekt = 0,040). 1 opphold gis refusjon lik 7160 (Vekt = 0,311).

Helseforetak	Antall opphold i DRG 331	Sum opprinnelige DRG-poeng	Nye DRG-poeng DRG 9110	Nye DRG-poeng DRG 7160	Sum nye beregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning
Sykehuset Telemark HF	25	26,45	0,96	0,311	1,271	-25,179	- kr 562 171,53

Pasientens bostedsregion	Antall opphold i DRG 331	Sum opprinnelige DRG-poeng	Nye DRG-poeng DRG 9110	Nye DRG-poeng DRG 7160	Sum nye beregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning
Helse Sør-Øst RHF	25	26,45	0,96	0,311	1,271	-25,179	- kr 562 171,53

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

Avregningsutvalgets anbefaling er at Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) HF avregnes. For gruppen med liggetid=1 skal disse regruppes fra DRG125 til 1250 til et nasjonalt snitt uten UNN. Nasjonalt snitt uten UNN for opphold i DRG125 med liggetid=1 er 15%. Vi godkjenner at 15% av oppholdene i gruppen 125/1250 kan ha liggetid=1.

Helseforetak	Opphold i 125 med liggetid=1	Opphold 125 m/liggetid=1 ELLER i 1250	Opprinnelige poeng DRG 125 liggetid = 1	Godkjente opphold i DRG 125 liggetid=1	Godkjente poeng i DRG 125	Opphold som skal i 1250	Godkj. poeng 1250	Godkj. poeng totalt	Diff. poeng	Anbefalt avregning
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	422	538	325,362	81	62,220	341	112,629	174,849	-150,513	- Kr 3 360 510,45

Pasientens bostedsregion	Opphold 125 med liggetid=1	Andel i utvalget som vurderes avregnet (DRG 125 liggetid=1)	Anbefalt avregning
Helse Vest RHF	2	0,5 %	- Kr 15 926,59
Helse Nord RHF	420	99,5 %	- Kr 3 344 583,86
Totalt	422	100 %	- Kr 3 360 510,45

19/27629 Behandling av pasienter med fedme i DRG 297

Avregningsutvalgets anbefaling er at opphold med E66 i DRG297 og kort liggetid=1 skal avregnes hos Nordlandssykehuset HF. Disse gis refusjon lik to polikliniske kontakter i DRG 910C *Poliklinisk konsultasjon vedr fedme og overvekt*.

Helseforetak	Totalt antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Poeng Polikliniske kontakter	Differanse poeng	Anbefalt avregning
Nordlandssykehuset HF	163	118,827	13,04	-105,787	- Kr 2 361 906,35

Pasientens bostedsregion	Totalt antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Poeng Polikliniske kontakter	Differanse poeng	Anbefalt avregning
Helse Nord RHF	163	118,827	13,04	-105,787	- Kr 2 361 906,35

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

Avregningsutvalget anbefaler at summen av DRG-poeng for opphold med prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35 i DRG 2680 hos Sykehuset Østfold HF korrigeres med 16 prosent. Dokumentkontroll utført av Analysesenteret AS fant at de tilfeldig trukne 50 oppholdene hadde en nettoendring i ISF-poeng på minus 16 prosent etter revisjon. Nettoendringen anses som representativ for alle de 261 aktuelle oppholdene. Endringen i ISF-poengsum utgjør anbefalt avregning.

Helseforetak	Antall opphold i DRG 2680 med prosedyrekode	Sum opprinnelige DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset Østfold HF	261	52,46	44,07	-8,39	-187 323,53

Pasientens bostedsregion	Antall opphold i DRG 2680 med prosedyrekode	Sum opprinnelige DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst RHF	261	52,46	44,07	-8,39	-187 323,53

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

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 i Vestfold HF avregnes med bakgrunn i at bruk av akupunktur ikke er etablert behandling for disse tilstandene, og derfor ikke skal finansieres gjennom ISF.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Antall opphold som avregnes	Godkjente DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning
Sykehuset i Vestfold HF	651	72,912	521	14,582	-58,330	-kr 1 302 324,98

Pasientens bostedsregion	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Antall opphold som avregnes	Godkjente DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning
Helse Sør-Øst RHF	651	72,912	521	14,582	-58,330	-kr 1 302 324,98

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

Avregningsutvalget anbefaler at opphold registrert med hovedtilstand Z95 Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar avregnes ned til landsgjennomsnittet ved Sykehuset Vestfold HF. For landet uten Sykehuset i Vestfold HF som anbefales avregnet var 7 prosent av oppholdene i DRG 144 registrert med Z95.x som hovedtilstand. Godkjenner et landsgjennomsnitt på 7 % opphold i DRG 144 med tilstandskode Z95. Ny korrigert vekt (DRG-poeng) er beregnet manuelt ut fra en regruppering av opphold basert på at første kode blant andre tilstander er satt som hovedtilstandskode, mens Z95 er satt som annen tilstand.

Helseforetak	Antall opphold	Godkjente opphold	Antall opphold som avregnes	Opprinnelige DRG-poeng for opphold som avregnes	Godkjente DRG-poeng for opphold som avregnes	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning
Sykehuset i Vestfold HF	68	5	63	85,880	52,489	-33,391	- Kr 745 515

Pasientens bostedsregion	Antall opphold	Godkjente opphold	Antall opphold som avregnes	Opprinnelige DRG-poeng for opphold som avregnes	Godkjente DRG-poeng for opphold som avregnes	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning
Helse Sør-Øst RHF	68	5	63	85,880	52,489	-33,391	- Kr 745 515

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

Avregningsutvalget anbefaler at opphold med J96 *Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted* i DRG 87, DRG 475A og DRG 475B avregnes. Det blir avregning for tidligere avregnede sykehus der over 5 prosent av opphold er kodet med hovedtilstand J96. 5 prosent av oppholdene godkjennes. Opphold med opprinnelig rapportering av andre tilstander (ikke hovedtilstand) i M- og G-kapittelet er ekskludert. Under presenteres teknisk avregning per DRG.

DRG 87 regruppet etter at første av andre tilstander blir hovedtilstand og J96 blir annen tilstand.

Helseforetak	Antall opphold	Antall godkjente opphold Med J96	Antall opphold som skal avregnes	Oppr. poeng	Godkjente poeng med J96	Beregnete poeng for regrupping av alle med J96	Beregnete poeng for de som skal avregnes	Beregnete poeng totalt	Differanse	Anbefalt avregning
Vestre Viken HF	45	2	43	53,4	2,344	53,107	50,747	53,091	-0,309	- kr 6 905,99
Sykehuset Innlandet HF	22	1	21	25,784	1,172	18,798	17,944	19,116	-6,668	- kr 148 886,58
Sykehuset i Vestfold HF	70	4	66	82,04	4,688	78,724	74,225	78,913	-3,127	- kr 69 805,68
Oslo universitetssykehus HF	157	8	149	184,004	9,376	157,783	149,743	159,119	-24,885	- kr 555 605,12
Totalt	294	15	279	345,228	17,58	308,412	292,659	310,239	-34,989	- kr 781 203,38

Pasientens bostedsregion	Antall opphold	Opprinnelige poeng	Beregnete poeng for alle med J96	Andel av beregnede poeng	Anbefalt avregning
Helse Vest RHF	14	16,408	13,243	4,3 %	- Kr 33 544,34
Helse Midt-Norge RHF	19	22,268	20,836	6,8 %	- Kr 52 777,30
Helse Nord RHF	12	14,064	11,085	3,6 %	- Kr 28 078,15
Helse Sør-Øst RHF	249	292,488	263,248	85,4 %	- Kr 666 803,58
Totalt	294	345,228	308,412	100 %	- Kr 781 203,38

DRG 475A avregnes ved å ta gjennomsnittlig vekt av alle opphold med prosedyrekode GXAV01 Respiratorbehandling INA hvor alder >1 år, liggetid >0 og følgende DRGer er ekskludert; DRG 483, 482, 475A og 475B. Ny gjennomsnittlig vekt = 4,5.

Helseforetak	Ant. opph.	Ant. godkj. opph. med J96	Ant. opph. som avregnes	Oppr. poeng	Godkjente poeng med J96	Beregnede poeng	Beregnede poeng for de som avregnes	Beregnede poeng totalt	Differanse	Anbefalt avregning
Vestre Viken HF	55	3	52	410,13	19,9485	247,5	235,1	255,1	-155,057	- Kr 3 461 946,48
Sykehuset Innlandet HF	7	0	7	52,938	2,5389	31,5	29,9	32,5	-20,474	- Kr 457 125,23
Sykehuset i Vestfold HF	32	2	30	232,128	11,6064	144,0	136,8	148,4	-83,722	- Kr 1 869 252,16
Oslo universitetssykehus HF	12	1	11	87,048	4,3524	54,0	51,3	55,7	-31,396	- Kr 700 969,56
Totalt	106	5	101	782,244	38,4462	477,0	453,2	491,6	-290,648	- Kr 6 489 293,43

Pasientens bostedsregion	Antall opphold	Opprinnelige poeng	Beregnede poeng for alle med J96	Andel av beregnede poeng	Anbefalt avregning
Helse Vest RHF	3	21,762	13,5	3 %	- Kr 183 659,25
Helse Midt-Norge RHF	1	7,254	4,5	1 %	- Kr 61 219,75
Helse Sør-Øst RHF	102	753,228	459,0	96 %	- Kr 6 244 414,43
Totalt	106	782,244	477,0	100 %	- Kr 6 489 293,43

DRG 475B avregnes ved å ta gjennomsnittlig vekt av alle opphold med en av 3 prosedyrekoder hvor alder >1 år, liggetid >0 og følgende DRGer er ekskludert; DRG 483, 482, 475A og 475B samt medisinske DRGer. Prosedyrekodene er GXAV10 Noninvasiv behandling med kontinuerlig positivt luftveistrykk, GXAV20 Noninvasiv behandling med bifasisk positivt luftveistrykk, GXAV30 Noninvasiv behandling med nasal høyluftstrømkanyle. Ny gjennomsnittlig vekt: 1,4.

Helseforetak	Antall opphold	Antall godkjente opphold med J96	Antall opphold som skal avregnes	Oppr. poeng	Godkjente poeng med J96	Beregnete poeng	Beregnete poeng for de som skal avregnes	Beregnete poeng totalt	Differanse	Anbefalt avregning
Vestre Viken HF	81	4	77	227,82	11,097	113,4	107,7	118,8	-109,0	- Kr 2 433 486,71
Sykehuset i Vestfold HF	88	4	84	241,12	12,056	123,2	117,0	129,1	-112,0	- Kr 2 501 159,85
Totalt	169	8	161	468,940	23,153	236,6	224,8	247,9	-221,0	- Kr 4 934 646,56

Pasientens bostedsregion	Antall opphold	Oppr. poeng	Beregnete poeng for alle med J96	Andel av beregnede poeng	Anbefalt avregning
Helse Vest RHF	1	3,1	1,4	1 %	- Kr 29 199,09
Helse Sør-Øst RHF	168	465,84	235,2	99 %	- Kr 4 905 447,47
Totalt	169	468,94	236,6	100 %	- Kr 4 934 646,56

17/28390 Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner

Avregningsutvalget anbefaler avregning av helseforetak med andel over 1 % av innleggelser på kun ett døgn med permisjon i hele innleggelsestiden. Det betyr at 1% av oppholdene godkjennes som de er, mens resten avregnes. Opphold med dagkirurgi avregnes som gjennomsnittsvekt for dagkirurgi pluss poliklinikk. Opphold uten dagkirurgi avregnes som to dagopphold med gjennomsnittsvekt dagmedisin. Opphold der vektene for innlagte og dagkirurgi nå er like, samt opphold i rehabilitering (DRG 462A og DRG 462B), tas ut av beregningen.

For de 1% opphold som godtas regnes en gjennomsnittlig sum ISF-poeng for alle opphold med permisjonstid=1 og liggetid=1 ved helseforetaket.

For opphold som skal avregnes (over 1 %) samme fordelingsnøkkel mellom kirurgiske og ikke-kirurgiske som hele gruppen av permisjonstid=liggetid=1 har ved helseforetaket.

Gjennomsnittsvekt dagkirurgi	0,398
Gjennomsnittsvekt dagmedisin	0,212
Gjennomsnittsvekt poliklinisk konsultasjon	0,048

Helseforetak/institusjon	Totalt antall opphold med liggetid=1	Opphold der liggetid=permisjonstid=1				DRG-poeng for 1% godkjente opphold	DRG-poeng for opphold utover 1%			Godkjente DRG-poeng	Diff. DRG-poeng	Anbefalt avregning
		Antall	Andel med kir. DRG	Gj.sn. DRG-poeng	Oppr. DRG-poeng		Kirurgi DRG-poeng	Medisin DRG-poeng	Polikl. DRG-poeng			
Sunnaas Sykehus HF	233	20	0,0 %	0,295	5,900	0,687	0,000	7,492	0,000	8,179	2,279	kr 50 892,83
Vestre Viken HF	19138	380	16,8 %	0,962	365,562	184,109	12,643	66,505	1,525	264,782	-100,780	-kr 2 250 107,60
Lovisenberg	2994	44	0,0 %	0,680	29,920	20,359	0,000	5,961	0,000	26,321	-3,599	-kr 80 362,91
Haraldsplass	3042	122	2,5 %	0,745	90,911	22,668	0,896	37,875	0,108	61,548	-29,363	-kr 655 596,64
Betanien hospital	521	9	22,2 %	1,093	9,836	5,694	0,335	1,250	0,040	7,319	-2,517	-kr 56 187,24
Diakonhjemmet	3840	62	12,9 %	0,890	55,154	34,160	1,212	8,715	0,146	44,233	-10,921	-kr 243 826,68
Akershus US HF	15951	201	7,0 %	0,859	172,754	137,094	1,150	16,366	0,139	154,750	-18,004	-kr 401 979,39
Sykehuset Innlandet HF	15778	317	7,6 %	0,881	279,196	138,964	4,798	62,398	0,579	206,738	-72,458	-kr 1 617 762,10
Helse Stavanger HF	12680	275	8,0 %	0,844	232,099	107,019	4,719	57,810	0,569	170,116	-61,983	-kr 1 383 886,16
Helse Fonna HF	7351	288	7,3 %	0,848	244,129	62,312	6,225	84,312	0,751	153,600	-90,529	-kr 2 021 239,43
Finnmarkssykehuset HF	2705	74	9,5 %	0,723	53,500	19,556	1,768	18,024	0,213	39,561	-13,939	-kr 311 217,71
UNN HF	9139	258	15,1 %	1,078	278,123	98,518	10,024	59,964	1,209	169,715	-108,408	-kr 2 420 430,31
Nordlandssykehuset HF	6007	139	12,2 %	0,832	115,696	49,999	3,842	29,373	0,463	83,678	-32,018	-kr 714 873,11
Helgelandssykehuset HF	3152	32	12,5 %	1,026	32,836	32,343	0,024	0,178	0,003	32,548	-0,288	-kr 6 423,48
Sykehuset i Telemark HF	7857	182	14,8 %	0,946	172,216	74,346	6,107	37,348	0,737	118,538	-53,678	-kr 1 198 466,40
Revmatismesykehuset AS	24	1	0,0 %	0,482	0,482	0,116	0,000	0,322	0,000	0,438	-0,044	-kr 984,17
OUS HF	28047	759	11,9 %	1,021	774,699	286,271	22,584	178,838	2,724	490,416	-284,283	-kr 6 347 181,12
Totalt	138459	3163			2913,013	1274,216	76,326	672,734	9,205	2032,481	-880,532	-kr 19 659 631,63

Fordeling av avregningssummen på regionene beregnes ut fra hvor stor andel hver region har av totalt antall opphold der liggetid=permisjonstid=1, andel godkjente opphold, andel med kirurgi og andel andre ut fra pasientenes bostedsregion.

Pasientens bostedsregion	Totalt antall opphold med liggetid =1	Opphold der liggetid=permisjonstid=1				Andel av landet 1 % godkj. opphold	DRG-poeng for 1% godkj. opphold	DRG-poeng for opphold utover 1%			Godkjente DRG-poeng	Diff. DRG-poeng	Anbefalt avregning
		Antall	Andel av landet kirurgisk	Andel av landet ikke-kirurgisk	Oppr. DRG-poeng			Kirurgi DRG-poeng	Medisin DRG-poeng	Polikl. DRG-poeng			
Helse Vest RHF	23889	697	14 %	18 %	641,913	17,3 %	219,847	11,032	118,154	1,330	350,363	-291,550	-kr 6 509 431,02
Helse Midt-Norge RHF	1135	20	1 %	1 %	18,419	0,8 %	10,445	0,466	5,769	0,056	16,737	-1,682	-kr 37 563,57
Helse Nord RHF	21185	517	11 %	16 %	476,139	15,3 %	194,962	8,526	107,099	1,028	311,616	-164,523	-kr 3 673 311,01
Helse Sør-Øst RHF	92250	1929	74 %	66 %	1776,542	66,6 %	848,962	56,302	441,711	6,790	1353,766	-422,776	-kr 9 439 326,02
Totalt	138459	3163	100,0 %	100,0 %	2913,013	100,0 %	1274,216	76,326	672,734	9,205	2032,481	-880,532	-kr 19 659 631,63

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

Avregningsutvalget anbefaler avregning til DRG 462C for Sunnas sykehus HF og Nordlandssykehuset HF. Opphold i DRG 462A og 462B med andre tilstander 'M6' eller 'M7' muskelsmerte avregnes, tilsvarende 247 opphold til refusjon lik DRG 462C.

Helseforetak	Opprinnelige DRG-poeng						Antall opphold som avregnes	Nye DRG-poeng	differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning
	Antall opphold i DRG 462A	Opprinnelige DRG-poeng i DRG 462A	Antall opphold i DRG 462B	Opprinnelige DRG-poeng i DRG 462B	Totalt antall opphold i DRG 462A/B	Sum opprinnelige DRG-poeng DRG 462A/B				
Nordlandssykehuset HF	98	76,46	26	7,02	124	83,48	124	52,08	-31,4	- Kr 701 067,80
Sunnaas HF	120	195,7	3	1,26	123	196,96	123	51,66	-145,3	- Kr 3 244 113,10
Totalt	218	272,16	29	8,28	247	280,44	247	103,74	-176,7	- Kr 3 945 180,90

Pasientens bostedsregion	Opprinnelige DRG-poeng						Antall opphold som avregnes	Nye DRG-poeng	differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning
	Antall opphold i DRG 462A	Opprinnelige DRG-poeng i DRG 462A	Antall opphold i DRG 462B	Opprinnelige DRG-poeng i DRG 462B	Totalt antall opphold i DRG 462A/B	Sum opprinnelige DRG-poeng DRG 462A/B				
Helse Sør-Øst RHF	105	168,93	2	0,74	107	169,67	107	44,94	-124,73	- Kr 2 784 846,71
Helse Vest RHF	5	8,81			5	8,81	5	2,1	-6,71	- Kr 149 814,17
Helse Midt-Norge RHF	2	3,18			2	3,18	2	0,84	-2,34	- Kr 52 245,18
Helse Nord RHF	106	91,24	27	7,54	133	98,78	133	55,86	-42,92	- 958 274,84
Totalt	218	272,16	29	8,28	247	280,44	247	103,74	-176,7	-3 945 180,90

15/1804 Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger

Avregningsutvalget anbefaler at innleggelser registrert med prosedyrekode AAFX00 *Polygrafi* og hovedtilstandskode G47.3 *Søvnapne* eller R06.5 *Munnpustring* gruppert til DRG 520 *Obstruktivt søvnapnesyndrom* avregnes til DRG 803R ved Sykehuset Innlandet HF og St. Olavs hospital HF. Et landssnitt for øvrige helseforetak av andel opphold i DRG 520 av totale opphold i DRG 520 og DRG 803R godkjennes, og overskytende opphold i DRG 520 avregnes til to opphold i DRG 803R. Landssnittet er på 1 %.

Helseforetak	Opprinnelig DRG 520		Opprinnelig DRG 803R		Godkjent DRG 520		Godkjent DRG 803R		Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning	
	Antall	DRG-poeng	Antall	DRG-poeng	Antall	DRG-poeng	Antall	DRG-poeng			
Sykehuset Innlandet HF	134	23,584	1542	38,55	17	2,950	1776	44,412	-14,772	-kr	329 819,80
St. Olavs hospital HF	47	8,272	233	5,825	3	0,493	321	8,035	-5,569	-kr	124 343,53
Totalt	181	31,856	1775	44,375	20	3,443	2098	52,447	-20,341	-kr	454 163,33

Fordeling av avregningssum på region tar utgangspunkt i fordeling på bostedsregion for pasientene som har vært på de oppholdene som er i DRG 520 opprinnelig.

Pasientens bostedsregion	Opprinnelig antall opphold i DRG 520	Antall ikke godkjente opphold i DRG 520	Andel ikke godkjente opphold i DRG 520	Anbefalt avregning
Helse Midt-Norge RHF	76	73	45 %	-kr 205 924,99
Helse Nord RHF	2	2	1 %	-kr 5 641,78
Helse Sør-Øst RHF	103	86	53 %	-kr 242 596,56
Totalt	181	161	100 %	-kr 454 163,33

13/4904 Flere registrerte episoder samme dag

Avregningsutvalget anbefaler at ABF-refusjon for legekonsultasjoner registrert på samme dag for samme pasient ved Oslo universitetssykehus HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF i hoveddiagnosegruppe 2 *Sykdommer i øye* avregnes ned til et landsgjennomsnitt (0,3 %) for andel kontakter på samme dag (uten helseforetak som avregnes). Det oppholdet med høyest DRG-poeng godkjennes, mens øvrige avregnes lik 0.

Avregningsutvalget anbefaler også avregning etter samme prinsipp for Oslo universitetssykehus HF i hoveddiagnosegruppe 5 *Sykdommer i bryst*, her er landssnittet 1,0 %.

Medi3 Ålesund har en andel på 24,4 % kontakter på samme dag. For denne institusjonen godkjennes det oppholdet med høyest vekt, mens andre avregnes lik 0.

Helseforetak	Godkjente DRG-poeng	Opprinnelige DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning
Oslo Universitetssykehus HF	302,790	415,476	- 112,686	- Kr 2 515 937,21
Helse Nord-Trøndelag HF	27,015	44,023	- 17,008	- Kr 379 727,50
Helse Møre og Romsdal HF	77,021	90,506	- 13,485	- Kr 301 086,60
Medi3 Ålesund	352,71	402,314	- 49,604	- Kr 1 107 508,51
Totalt	759,536	952,319	- 192,783	- Kr 4 304 259,82

Pasientens bostedsregion	Godkjente DRG-poeng	Opprinnelige DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning
Helse Sør-Øst RHF	291,382	394,692	- 103,310	- Kr 2 306 592,42
Helse Vest RHF	53,369	62,538	- 9,169	- Kr 204 705,19
Helse Midt RHF	387,808	462,399	- 74,591	- Kr 1 665 383,18
Helse Nord RHF	26,976	32,690	- 5,714	- Kr 127 579,02
Totalt	759,536	952,319	- 192,783	- Kr 4 304 259,82

5. Vedlegg

Vedlegg 1 – Anbefalinger for ABF 2000-2019

**Vedlegg 2 – Rapport fra Analysesenteret – Dokumentkontroll DRG 2680, Sykehuset Østfold HF
(til sak 18/1820)**

Vedlegg 1 - Oversikt over saker hvor Avregningsutvalget har anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering tidligere år, fordelt på år og kapittel i kodeverkene ICD-10 og NCSP/NCMP

År	Saksnummer- og tittel	Beskrivelse	ICD-10/NCSP/NCMP
2000	Sak 05/01 - Oppsplitting av sykehusopphold ved overflytting til ny rehabiliteringspost	Utskrivnings- og registreringspraksis etter opprettelse av ny rehabiliteringsavdeling ved Telemark Sentralsjukehus. Pasientene, i hovedsak eldre, skrives inn og ut innen et kort tidsrom.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2002	Sak 03/03 - ISF-avregning for Helse Sør i forhold til behandling av pasienter med søvnapné ved Sørlandet sykehus HF Arendal	Pasienter som fikk utført inngrepene tonsillektomi/adenotomi (NCSP-koder EMB10-EMB30) ble i vesentlig høyere grad enn ved tilsvarende sykehus registrert med hoveddiagnose G47.3 <i>Søvnapné.</i>	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)</i>
	Sak 5/03 - DRG 4 Påfylling baklofenpumper	Feil bruk av prosedyrekoden ABD99 som kun skal brukes ved operative inngrep som implantering av baclofenpumpe. Koden ble feilaktig registrert ved hver påfylling av baclofen, noe som er å anse som poliklinisk behandling.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
	Sak 5/03 - DRG 8 Botoks-injeksjoner	Feil bruk av de uspesifikke prosedyrekodene ACB19 og ACW99 ved injeksjoner som ikke er operasjoner. Injeksjonene er å anse som poliklinisk behandling.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
	Sak 7/03 - Z03.x og Z04.x Depresiserende kodingspraksis	Observasjonskoder innen kap. XII (Z00-Z99) i ICD-10 settes ofte foran mer presise bidiagnosekoder	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>

	Sak 7/03 - Z08.x	Bruk av hoveddiagnose Z08.x er korrekt for de aktuelle pasientene, men feilaktig nullstilt takst (B43d) uten sammenheng med konsultasjonen for øvrig er benyttet. B43d er en dagkirurgisk takst. Mange opphold registrert med prosedyrekode HADxx	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2003	Sak 9/04 - Bruk av J22 <i>Uspesifisert akutt infeksjon i nedre luftveier</i>	Diagnosen J22 bør ikke benyttes for pasienter som har lungebetennelse (pneumoni J13-J18) som hovedtilstand.	<i>Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)</i>
2004	Sak 02/05 - Økning i DRG 380 <i>Abort uten kirurgiske inngrep og tilstander etter abort</i>	Relativt mange pasienter med to eller flere opphold gruppert til DRG 380, de fleste av dem med nullstilt takst B21a. Praksisen ved institusjonen skyldtes feilregistrering.	<i>Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)</i>
	Sak 03/05 - Søvnobservasjon ved Omniasykehuset	Bruk av nærliggende hotell ved søvnutredninger. Hotellet var ikke godkjent i ISF-ordningen. Saken gjelder opphold gruppert til DRG 35 med hoveddiagnose G47.3 <i>Søvnapné</i> .	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)</i>
2005	Sak 08/06 - Sammenheng mellom prosedyre- og takstkoder (laserkirurgi)	Gjelder konsultasjoner kodet med takst B42e i kombinasjon med prosedyrekoder for laserkirurgi (QAA40). Den aktuelle taksten var utarbeidet for tradisjonell kirurgi.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
	Sak 11/06 - DRG 346 <i>Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer m/bk</i>	Stor vekst i antall opphold ved institusjon i Helse Vest. Seriebehandling – i snitt ti kurer over to dager. Dette er ikke i overensstemmelse med utbredt klinisk praksis.	<i>Svulster (C00-D48); Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>

	Sak 13/06 - Fordeling av opphold i DRG 467 <i>Påvirkninger i helsetilstanden ITAD</i>	Gjelder følgende hoveddiagnosekoder: <ul style="list-style-type: none"> - Z00.6 Undersøkelse av kontrollperson i klinisk forskningsprogram: forskningsfinansierte opphold ble ikke merket i institusjonens pasientadministrative system - Z51.3 Blodoverføring: det er feil kodepraksis å bruke denne koden for å registrere pasienter som mottar blodoverføring. - Z51.8 Annet spesifisert behandlingstiltak: bruk av koden er ikke i samsvar med veiledning i ICD-10. Oppholdene er gruppeundervisning og skal registreres som poliklinikk med takst A99. 	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2006	Sak 07/2438 - DRG 297 <i>Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk</i>	Hoveddiagnose E66.8 <i>Annen spesifisert fedme</i> , ingen bidiagnoser. Behandlingen var et gruppetilbud som ikke skal finansieres gjennom ISF.	<i>Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)</i>
	Sak 07/2440 - DRG 172 <i>Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene</i>	Stor vekst og volum i institusjon i Helse Vest. Seriebehandling. Sammenheng med sak 11/06.	<i>Svulster (C00-D48)</i>
	Sak 07/2819 - Journalgjennomgang DRG 462B Rehabilitering, vanlig	Journaldokumentasjonen var ikke i samsvar med kravene i ISF-regelverket for bruk av hoveddiagnosekode Z50.89.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2007	Sak 08/2946 - Oppfølging av dagrehabilitering i DRG 462B	Journaldokumentasjonen var ikke i samsvar med kravene i ISF-regelverket for bruk av hoveddiagnosekode Z50.89.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>

	Sak 08/4416 - DRG 243 <i>Ryggglidelser, traumatiske tilstander & symptomer i ryggen</i>	Stor vekst i dagopphold i DRG 243. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev (M50-M54)</i>
	Sak 08/4418 - DRG 271 <i>Kroniske sår i huden</i>	Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i hud og underhud (L00-L99)</i>
	Sak 08/4419 - DRG 179 <i>Inflammatoriske tarmsykdommer</i>	Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i fordøyelsessystemet (K00-K93)</i>
	Sak 08/6252 - Registrering og koding av laserbehandling	Oppfølging av sak 07/4920 Registrering og koding av laserbehandling behandlet i 2007 og sak 08/06 Sammenheng mellom takst og prosedyrekoder behandlet i 2006. Gjelder konsultasjoner kodet med takst B42e i kombinasjon med prosedyrekoder for laserkirurgi (QAA40). Den aktuelle taksten var utarbeidet for tradisjonell kirurgi.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
2008	Sak 09/3129 - DRG 13 <i>Multipel sklerose & cerebellar ataksi</i>	Stor vekst i dagopphold i DRG 13. Med unntak av første dag i en behandlingsserie burde oppholdene vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)</i>

	Sak 09/3130 – DRG 73 <i>Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år</i>	Stor vekst og volum i DRG 73. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i øre og ørebensknote (H60-H95); Svulster (C00-D48)</i>
	Sak 09/3759 – DRG 347 <i>Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk</i>	Vekst i antall dagopphold i DRG 347. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Svulster (C00-D48)</i>
	Sak 09/3931 – DRG 465 <i>Etterbehandling med ondartet sykdom som bidiagnose</i>	Stort volum i DRG 465.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2009	Sak 10/4474 - DRG 475 <i>Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte</i>	Koding av KOLS.	<i>Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)</i> <i>Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, etc (Kapittel G)</i>
2010	11/776 - HDG 24 <i>Signifikant multitraume</i>	Koding av opphold i HDG 24 Signifikant multitraume og regler for bruk av tilstandskoder i kategoriblokk T00-T07.	<i>Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker (S00-T98)</i>

	11/2628 - Bruk av LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus	Bruk av NCSP-koden LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus. Denne koden representerer instrumentell fjerning av spiral, en prosedyre som bare utføres hvis vanlig fjerning ikke lykkes.	<i>Kvinnelige genitalia (Kapittel L)</i>
	11/2700 - DRG 39P Bilaterale operasjoner på linsen	Preoperative undersøkelser av begge øynene som ble kodet med NCSP-kode ZXA 10 Bilateral som indikerer tosidig prosedyre, selv om selve operasjonen var ensidig.	<i>Tilleggs-koder til alle øvrige kapitler (Kapittel Z)</i>
	11/2832 - DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi	Feilaktig koding av lys- og laserbehandling av hud som kirurgiske operasjoner.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
	11/3420 - DRG 814S Medikamentell svangerskapsavbrytelse	Feil bruk av NCMP-koden MAGM00 Medikamentell svangerskapsavbrytelse. Koden var brukt flere ganger per abort.	<i>Fødselshjelp og prosedyrer under svangerskap (Kapittel M)</i>
	11/3421 - DRG 4770 Uvanlige kombinasjoner av tilstands- og prosedyrekoder	Feil bruk av prosedyrekoden ACW99 Annen operasjon på perifer nerve.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
2011	12/3157 - Bruk av hovedtilstandskode Z76.8	Feil koding av ledsager og bruka v Z76.8 som samlekode i stedet for mer presise koder, gruppeomvisning og oppretting av journalnotat.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>

12/3204 - DRG 2660 Hudtransplantasjoner og/eller revisjoner, dagkirurgi	Feil bruk av prosedyrekode ZZR 00 Hudlapp.	Tilleggs-koder (Kapittel Z)
12/3641 - Klinisk nevrofysiologi og bruk av takst 702a-g	Nevrofysiologiske laboratorieundersøkelser skal ikke inngå i ISF- ordningen.	Takstkoder
12/3884 - Fedme og hovedtilstandskode Z50.9	Feil hoved- og bitilstandskode ved behandling av pasienter med syklig overvekt.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00- Z99); Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser (E00- E90)</i>
12/4791 - Dagopphold i DRG 462B – Rehabilitering, vanlig	Uheldig kodepraksis for bruk av Z50.89 <i>Vanlig rehabilitering</i> ved dagopphold.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
12/5616 - Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed	Koding av korte døgnopphold i rehabilitering som ble vurdert å være gruppebasert opplæring.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
12/5893 Flere registrerte episoder samme dag	Registrering av for mange polikliniske konsultasjoner for samme pasient samme dag.	

	12/1515 Feilregistreringer ved Vestre Viken HF, Drammen sykehus	Feilkoding av omsorgsnivå.	
2012	13/3827 Tannkirurgi og bruk av prosedyrekode ECW99	Feil bruk av ECW99 <i>Annen operasjon på gingiva eller processus alveolaris.</i>	<i>Tenner, kjeve, munn og pharynx (Kapittel E)</i>
	13/3833 Opphold i DRG DD02 og koding av øyekirurgi som innleggelser	Feil valg av omsorgsnivå for øyekirurgi.	<i>Sykdommer i øyet og øyets omgivelser (H00-H59); Øyet og øyeregionen (Kapittel C)</i>
	13/3902 DRG 4590 Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling	Feil bruk av prosedyrekode QCD10 <i>Revisjon av brannskade på overekstremitet.</i>	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
	13/3904 DRG 4610 <i>Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling</i>	Feil bruk av prosedyrekode ACW99 <i>Annen operasjon på perifer nerve.</i>	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
	13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi	Gjentagende bruk av GBB00 <i>Tracheostomi</i> og GBB03 <i>Perkutan tracheostomi</i> for samme pasient.	<i>Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, bronkier, lunger og mediastinum (Kapittel G)</i>
	13/4163 DRG 4620 Poliklinisk rehabilitering	Uheldig bruk av koden Z50.9 <i>Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstilak.</i>	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>

13/4395 – Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89	Uheldig kodepraksis for bruk av Z50.89 <i>Vanlig rehabilitering</i> ved dagopphold.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
13/4901 – DRG 2660 <i>Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling</i>	Feil bruk av prosedyrekode ZZR00 <i>Hudlapp</i> .	<i>Tilleggs-koder (Kapittel Z)</i>
13/4904 – Flere registrerte episoder samme dag	Registrering av for mange polikliniske konsultasjoner for samme pasient på samme dag. Oppfølging av sak 12/5893.	
13/4906 – Oppfølging av sak 12/3157 Bruk av hovedtilstandskode Z76.8	Feil koding av ledsager og bruk av Z76.8 som samlekode i stedet for mer presise koder, gruppeomvisning og oppretting av journalnotat.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
13/5150 - DRG 2680 <i>Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi</i>	Feilaktig koding av lys- og laserbehandling av hud som kirurgiske operasjoner.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
13/8909 - Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed	Koding av korte døgnopphold i rehabilitering som ble vurdert å være gruppebasert opplæring.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
13/999 – Vekst i bruk av kode Z75.1	Sykehusopphold som inkluderer avdelingsopphold med Z75.1 <i>Person som venter på omsorg/passende tilbud annet sted</i> som hovedtilstandskode.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>

	13/6805 – Valg av omsorgsnivå for dagopphold - ulik praksis mellom HF	Feil valg av omsorgsnivå for dagopphold med samme tilstandskode.	
2013	14/4230 – DRG 390 <i>Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem</i>	Feil bruk av tilstandskoder i kategori P92 <i>Problemer med næringsinntak hos nyfødt.</i>	<i>Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (P00-P96)</i>
	14/4275 - DRG 87 <i>Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt</i>	Feil bruk av tilstandskode J96 <i>Respirasjonssvikt.</i>	<i>Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)</i>
	14/4293 - DRG 323/3230 <i>Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL-behandling</i>	Feil valg av omsorgsnivå for opphold i DRG 323 registrert med prosedyrekodene KAT00 <i>Ekstrakorporal sjokkbølgetrips i nyrebekken ESWL</i> og KBT00 <i>Ekstrakorporal sjokkbølgetrips i ureter.</i>	<i>Urinorganer, mannlige genitalia og retroperitonealrommet (Kapittel K)</i>
	14/4779 - Andel opphold i medisinske par-DRG hvor E86 <i>Væsketap</i> er kodet som annen tilstand	Feil bruk av tilstandskode E86 <i>Væsketap.</i>	<i>Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)</i>
2014	15/1634 – Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C <i>Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk</i>	Feil valg av omsorgsnivå. Hoveddelen av revmatologiske pasienter behandles nå poliklinisk, mens noen private ideelle institusjoner ennå ikke har lagt om praksis.	<i>Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev (M00-M99)</i>

15/1793 – Kodepraksis for nyfødte – andel opphold i DRG 390 <i>Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem.</i>	Feil bruk av tilstandskoder P83.1 <i>Erythema toxicum neonatorum</i> og P03.4 <i>Foster og nyfødt påvirket av forløsning ved keisersnitt</i> . Dette er vanlige tilstander som normalt ikke krever ekstra ressurser. En tilstand skal ikke registreres dersom den ikke krever særskilt behandling, undersøkelse, vurdering eller har hatt betydning for øvrig behandling.	<i>Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (P00-P96)</i>
15/1804 – Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger	Feil valg av omsorgsnivå. Søvnutredninger gjøres i hovedsak poliklinisk, men det kan gjøres unntak for pasienter med særskilt behov.	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99); Nervesystemet (Kapittel A)</i>
15/1821 – Kodepraksis ved fødsel – Vekst i antall opphold i DRG 376 <i>Sykdommer etter forløsning og abort uten operasjon</i>	Mangelfull registrering av prosedyrekode TMA20 <i>Manuell fødselshjelp ved normal fødsel.</i>	<i>Mindre kirurgiske inngrep (Kapittel T)</i>
15/1923 – Kodepraksis for opphold i DRG 4750 <i>Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling</i>	Feil bruk av prosedyrekode GXAV20 <i>Behandling med bifasisk positivt luftveistrykk</i> . For mange konsultasjoner var registrert med prosedyrekoden.	<i>Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, bronkier, lunge og mediastinum (Kapittel G)</i>
15/1932 – Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 <i>Vaginal fødsel – diagnoser med kompliserende egenskap</i>	Feil bruk av tilstandskoder O72.0 <i>Blødning i tredje stadium</i> og O71.4 <i>Obstetrisk høy vaginalrift.</i>	<i>Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)</i>

15/1938 – Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N <i>Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år</i>	Feil bruk av hovedtilstandskode fra A40 <i>Streptokokksepsis</i> og A41 <i>Annen sepsis</i> . Dette er koder for sepsis av ukjent årsak. Da må SIRS-kriteriene være oppfylt og en må ha en infeksjon med ukjent fokus/utgangspunkt. Hvis infeksjonens fokus er kjent skal koden for selve infeksjonen registreres som hovedtilstand.	<i>Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer (A00-B99)</i>
15/1993 – Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 <i>Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet</i>	Feil bruk av hovedtilstandskode Z03.3 <i>Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet</i> . Z-koder skal kun brukes unntaksvis som hovedtilstandskode. Hvis det foreligger symptomer kan man velge en hovedtilstandskode fra kap. XVIII <i>Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted (R00-R99)</i> .	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
15/4628 – Kodepraksis for opphold i DRG 8260 <i>Poliklinisk rehabilitering</i> og annen tilstand E66 <i>Fedme</i>	Opphold i DRG 8260 <i>Poliklinisk rehabilitering</i> registrert med annen tilstand E66 <i>Fedme</i> ble vurdert til å være behandling av fedme og ikke rehabilitering.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99);</i> <i>Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)</i>
15/6313 – Bruk av prosedyrekode AAG60 <i>Stereotaktisk intrakraniell radioterapi</i>	Feil bruk av prosedyrekode AAG50 <i>Stereotaktisk intrakraniell radioterapi</i> .	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>

2015	16/12822 – Pasienter med episoder ved ulike sykehus som overlapper i tid	Feilregistrering. Døgnopphold registrert samtidig ved to rapporterende enheter	<i>Sykdommer i muskel skjelettsystemet og bindevev (M00-M99)</i>
	16/8216 – Vurdering av kodepraksis ved «kodepar» med ulik grupperingsegenskap	Ulik praksis i bruk av prosedyrekoder som inneholder par (eller tripletter) av lignende koder der minst én kode i hvert par grupperer til en kirurgisk DRG	<i>Prosedyrekode i «kodepar» med ulike grupperingsegenskaper</i>
	16/7664 – Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 4610 <i>Operasjoner på pasienter i HDG 23, dagkirurgisk behandling</i>	Feil bruk av Z48.0 <i>Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av operasjonsbandasjer/suturer.</i>	<i>Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av operasjonsbandasjer/suturer (Z48.0)</i>
	16/7356 – Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 297 <i>Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk</i>	Feil bruk av hovedtilstand E66 <i>Fedme</i> og annen tilstand G47.3 <i>Søvnapné</i>	<i>Fedme (E66) Søvnapné (G47.3)</i>
	16/3873 – Oppfølging av sak 15/1938 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N <i>Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år</i>	Feil bruk av hovedtilstandskode fra A40 <i>Streptokokksepsis</i> og A41 <i>Annen sepsis</i> . Dette er koder for sepsis av ukjent årsak. Da må SIRS-kriteriene være oppfylt og en må ha en infeksjon med ukjent fokus/utgangspunkt. Hvis infeksjonens fokus er kjent skal koden for selve infeksjonen registreres som hovedtilstand.	<i>Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer (A00-B99)</i>
	16/3870 Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 <i>Vaginal fødsel – diagnoser med kompliserende egenskap</i>	Ulik bruk av tilstandskodene O72.0 <i>Blødning i tredje stadium</i> O71.4 <i>Obstetrisk høy vaginalrift</i> O72.1 <i>Annen umiddelbar blødning etter fødsel</i>	<i>Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)</i>

	16/3860 – Kodepraksis for nyfødte – ulik bruk av tilstandskoder	Ulik bruk av tilstandskodene R01.1 <i>Bilyd og andre hjertelyder – Uspesifisert bilyd, Q65 Medfødte deformiteter i hofte (coxa), P59.8 Gulsott hos nyfødt som følge av andre spesifiserte årsaker, P05.0 Lett i forhold til svangerskapslengde, P05.1 Liten i forhold til svangerskapslengde.</i>	<i>Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (P00-P96)</i>
2017	17/11400 – Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering	Ulik bruk av tilstandskoder fra kapittel M60-M79 <i>Bløddevssykdommer for rehabilitering</i>	<i>Bløddevssykdommer (M60-M79)</i>
	17/5982 – Kodepraksis for opphold i DRG 930 Poliklinisk konsultasjon vedr. symptomer i bryst	Feilregistrering av radiologiske undersøkelser.	<i>Andre tilstander i bryst (mamma) (N60 – N64)</i>
	17/5578 – Bruk av tilstandskode R52.2 <i>Annen kronisk smerte</i>	Ulik bruk av hovedtilstand R52.2 <i>Annen kronisk smerte</i> i kombinasjon med prosedyrekode WDAL15 <i>Akupunktur.</i>	<i>Generelle symptomer og tegn (R50-R69)</i>
	17/5577 – Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide	Ulik bruk av hovedtilstandene Z36.3 <i>Prenatal diagnostikk med henblikk på misdannelser ved hjelp av ultralyd og andre fysiske undersøkelsesmetoder</i> og Z36.4 <i>Prenatal diagnostikk med henblikk på veksthemming hos foster ved hjelp av ultralyd og andre fysiske undersøkelsesmetoder.</i>	<i>Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med reproduksjonsspørsmål (Z30-Z39)</i>

	17/5575 – Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer	Ulik bruk av Z95 <i>Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar.</i>	<i>Opplysninger om potensiell helserisiko i familiens og egen sykehistorie, og opplysninger om visse forhold som har betydning for helsetilstanden (Z80-Z99)</i>
	17/5573 – Bruk av hovedtilstandskode J96 <i>Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted</i>	Feilregistrering av J96 <i>Respirasjonssvikt & lungeødem ekskl ved hjertesvikt</i> som hovedtilstand.	<i>Andre sykdommer i åndedrettssystemet (J95-J99)</i>
2018	18/1819 – Kodepraksis ved behandling av hemoroider	Relevans av bruk av JGA60 <i>Sutur av rectum</i> ved behandling av hemoroider.	<i>Prosedyrekode</i>
	18/11463 – Kodepraksis ved HIFU behandling av prostatakraft	Bruk av prosedyrekode KED80 <i>Perkutan kryokirurgi på prostata.</i>	<i>Prosedyrekode</i>
2019	19/27629 – Behandling av pasienter med fedme i DRG 297	Feil valg av omsorgsnivå for korte opphold for pasienter med E66 Fedme	<i>Fedme (ICD-10-kode E66)</i>
	19/2881 – Spørsmål om utredning av hjertesykdom i DRG 15 og DRG 1250	Feil valg av omsorgsnivå for korte opphold for pasienter som er til diagnostisk perkutan hjerteprosedyre	<i>Ulike perkutane hjerteprosedyrer</i>

19/2886 – Kodepraksis ved behandling av sykdom i nyrer og urinveier	Feil valg av hovedtilstandskode og omsorgsnivå for pasienter som får fjernet blærekateter	<i>Ettersyn av anen kunstig åpning for urinvei (ICD-10-kode Z43.6 og Urinretensjon (ICD-10-kode R33)</i>
---	---	--

Vedlegg 2 – Rapport fra Analysesenteret – Dokumentkontroll DRG 2680,
Sykehuset Østfold HF (til sak 18/1820)



2020

RAPPORT
Dokumentkontroll DRG 2680
Sykehuset Østfold HF

Lovisenberg

7. juli 2020

Morten Eimot

Tor Øystein Seierstad

Markus Pietschmann

RAPPORT

Dokumentkontroll DRG 2680 Sykehuset Østfold HF

Versjon: 2
Dato: 2020-07-07
Oppdragsgiver: Helsedirektoratet, Avd. helseregistre
Oppdragsgivers ref.: Adrian Tveit Lundemo
Antall sider: 14
Antall vedlegg: 2
Utarbeidet av: Tor Øystein Seierstad
Markus Pietschmann
Kontrollert av: Morten Eimot

Lovisenberg, 7. juli 2020



Morten Eimot



Tor Øystein Seierstad

Innholdsfortegnelse

Del 1	Oppdrag, gjennomføring og metode	4
1.1	Oppdrag.....	4
1.2	Gjennomføring og metode.....	5
Del 2	Resultater dokumentkontroll	6
2.1	Begrepsforklaring tabeller.....	6
2.2	Resultater	7
2.2.1	Resultat hovedtilstand	8
2.2.2	Resultat andre tilstander.....	9
2.2.3	Resultat kirurgiske prosedyrer (NCSP)	10
2.2.4	Resultat medisinske prosedyrer (NCMP)	12
2.2.5	Resultat radiologiske prosedyrer (NCRP)	12
2.2.6	Grupperingsmessige konsekvenser av gjennomført dokumentkontroll.....	13

Del 1 Oppdrag, gjennomføring og metode

1.1 Oppdrag

I eget bestillingsdokument fra Helsedirektoratet Avdeling for registerkvalitet (ref.: vedlegg til 20/16615-2) er oppdraget beskrevet som følger:

Avregningsutvalget ønsker at det gjennomføres en kontroll av utvalgte pasientjournaler med opphold gruppert til DRG 2680 Plastisk operasjon på hud og underhud – dagkirurgi i forbindelse med en sak som behandles i Avregningsutvalget. Helsedirektoratets avdeling Helseregistre er ansvarlig for gjennomføring av dokumentkontrollen, som er hjemlet i Norsk pasientregisterforskriften, § 2-4 Mottakers ansvar for kvalitetskontroll

Dokumentkontrollen gjennomføres som en målrettet utvalgsundersøkelse. Målet med undersøkelsen er å kunne si noe om kodekvaliteten ved de utvalgte oppholdene, samt å avregne opphold som er feilkodet.

I revisjonen skal man se på både tilstands- og prosedyrekoder. Det må gis en vurdering av om kodene som er registrert er riktig og ved feilkoding må det gis en vurdering av hvilke koder som skulle vært registrert. Revisor gis en liste med minimum antall pasientjournaler/opphold som skal revideres på sykehuset.

1.2 Gjennomføring og metode

Utgangspunktet for revisjonen er 50 utvalgte opphold i 2019 gruppert til *DRG 2680 Plastisk operasjon på hud og underhud, dagkirurgisk behandling* ved Sykehuset Østfold HF.

Utvalg av opphold er gjennomført ved Seksjon for registerkvalitet, Avdeling Helseregistre, Helsedirektoratet.

Dokumentkontrollen tar utgangspunkt i gjeldende standarder for journalgjennomgang slik den fremkommer av Håndbok for journalgjennomgang utarbeidet av Sintef/NPR desember 2006.

Til grunn for dokumentkontrollen legges de norske retningslinjer for medisinsk koding ved hjelp av diagnosekodeverket ICD-10 og prosedyrekodeverkene NCMP, NCRP og NCSP slik de forelå på tidspunkt for de utvalgte avdelingsoppholdene (2019).

Revisors operasjonalisering av dokumentasjonskravet basert på de norske retningslinjene oppsummeres slik:

- En tilstand som ikke er formulert er ikke mulig å klassifisere/kode
- Dokumentasjon av funn og tiltak alene gir ikke grunnlag for å klassifisere/kode en tilstand
- Det er behandlerens dokumenterte vurdering av en tilstand og tilstandens konsekvens for gjennomføringen av helsehjelpen som avgjør om den skal rapporteres/kodes eller ikke
- Kun tilstander med dokumentert reell betydning for helsehjelpen gitt under det aktuelle oppholdet skal rapporteres/kodes

De rapportert aktivitetsdata slik de fremkommer av mottatt oversikt fra Helsedirektoratet er vurdert opp imot den samlede journaldokumentasjonen slik den fremkommer av foretakets elektroniske pasientjournal for de utvalgte oppholdene.

To revisorer har i perioden 10.-12 juni 2020 gjennomført en stedlig dokumentkontroll ved Sykehuset Østfold HF av de 50 utvalgte oppholdene med følgende fokus:

1. Er det grunnlag i journaldokumentasjonen for de diagnose- og prosedyrekoder som er rapportert NPR i hht. nasjonalt regelverk og veiledning for koding?
2. Er de tilstander og prosedyrer som foretaket har funnet grunnlag for å rapportere til NPR, kodet korrekt i hht. nasjonale retningslinjer for bruk av ICD-10, NCSP, NCMP og NCRP?
3. Er det tilstander eller prosedyrer som på grunnlag av journaldokumentasjon under oppholdet skulle vært rapportert i hht. nasjonalt regelverk og veiledning for koding, men som foretaket ikke har rapportert?

Revisorer ved denne dokumentkontrollen har vært:

- Morten Eimot, daglig leder, Analysesenteret AS (sykepleier)
- Tor Øystein Seierstad, medisinsk faglig rådgiver, Analysesenteret AS (lege)

Del 2 Resultater dokumentkontroll

2.1 Begrepsforklaring tabeller

Hovedtilstand: Synonymt med det som ofte omtales som Hoveddiagnose (utgått term)

Annen tilstand: Synonymt med det som ofte omtales som Bidiagnose (utgått term)

Nivå for feil klassifikasjon (5-tegns ICD-10 kode):



DRG: Diagnose-Relatert-Gruppe.

HDG: Hoved-Diagnose-Gruppe.

NCSP: Nomesco Classification of Surgical Procedures (nordisk klassifikasjon)

NCMP: Norwegian Classification of Medical Procedures

NCRP: Norwegian Classification of Radiological Procedures

2.2 Resultater

Gjennomgående fant vi i denne dokumentkontrollen god journaldokumentasjon med tydelig formulering av hovedtilstand (operasjonsindikasjon) og utførte prosedyrer.

I eget vedlegg (VEDLEGG A) til denne rapporten fremkommer detaljert alle endringer i tilstands- og prosedyrekoder som er gjort etter dokumentkontroll med en kort begrunnelse for hvert enkelt av de 50 utvalgte oppholdene. I tillegg fremkommer hvilken konsekvens endringene får mht. DRG-gruppering av og ISF-poeng for det enkelte opphold. Oppholdene er anonymisert og kun angitt med et løpenummer fra 1-50. Koblingsfil som viser kobling mellom løpenummer, NPR-id og dato for aktuelt opphold fremkommer av eget vedlegg (VEDLEGG B) til denne rapporten.

I det påfølgende beskrives de oppsummerte resultatene av dokumentkontrollen mht. tilstander og prosedyrer for hhv.:

- Hovedtilstand
- Andre tilstander
- Kirurgiske prosedyrer (NCSP)
- Medisinske prosedyrer (NCMP)
- Radiologiske prosedyrer (NCRP)

Avslutningsvis beskrives de samlede konsekvensene dokumentkontrollen medfører mht. endring i DRG og ISF-poeng for de 50 kontrollerte oppholdene.

2.2.1 Resultat hovedtilstand

Mht. hovedtilstand skiller vi mellom to forhold som kan føre til feil rapportering:

- **Feil valgt hovedtilstand:** Her er valgt hovedtilstand ikke i samsvar med det som fremkommer av journaldokumentasjonen og gjeldende norsk kodeveiledning.
- **Feil klassifisert hovedtilstand:** I disse tilfellene er valg av hovedtilstand riktig basert på det som fremkommer av journaldokumentasjonen, men hovedtilstanden er feil klassifisert. Dvs. det er benyttet en feil kode ved oversettelse av hovedtilstand fra fritekst til ICD-10 kode. En slik feil kan være på kapittelnivå (1. tegnsnivå), 2.-, 3.-, 4.- eller 5.-tegnnivå (jmfr. forklaringen under pkt. 2.1)

Tabell 1 Resultater HOVEDTILSTAND

Funn	Antall	Totalt	Andel
Korrekt valgt og riktig klassifisert HT	39	50	78 %
Feil valgt HT - kode slettet	0	50	0 %
Stjernekode (*) lagt til HT	0	50	0%
Feil klassifikasjon av HT på kapittelnivå	6	50	12 %
Feil klassifikasjon av HT på 2.-tegnnivå	0	50	0 %
Feil klassifikasjon av HT på 3.-tegnnivå	3	50	6 %
Feil klassifikasjon av HT på 4.-tegnnivå	2	50	4 %
Feil klassifikasjon av HT på 5.-tegnnivå	0	50	0 %

Av tabell 1 ser vi at:

- 39 av 50 episoder hadde en *korrekt valgt og riktig klassifisert* hovedtilstand, dvs. alt i orden mht. hovedtilstand.
- Ingen av oppholdene hadde feil valgt hovedtilstand, dvs. for alle episoder var det samsvar mellom journaldokumentasjon, valg av hovedtilstand og gjeldende norsk kodeveiledning.
- 11 av 50 episoder hadde en *korrekt valgt* men *feil klassifisert* hovedtilstand hvorav
 - o 6 var feil klassifisert på kapittelnivå (1.-tegnnivå)
 - o 3 var feil klassifisert på 3.-tegnnivå
 - o 2 var feil klassifisert på 4.-tegnnivå

2.2.2 Resultat andre tilstander

Mht. andre tilstander skiller vi mellom tre forhold som kan føre til feil rapportering:

- Tilstanden er *dokumentert* men *ikke rapportert* – kode for tilstanden legges til
- Tilstanden er *rapportert* men *ikke dokumentert* – kode for tilstanden slettes
- Tilstanden er *dokumentert* men *feil klassifisert* – kode for tilstanden korrigeres.

Som for hovedtilstand kan en slik klassifikasjonsfeil være på kapittelnivå (1. tegnsnivå), 2.-, 3.-, 4.- eller 5.-tegnnivå (jmf. forklaringen under pkt. 2.1)

Tabell 2 Resultater ANNEN TILSTAND

Tekst	Antall	Totalt	Andel
Korrekt valgt og riktig klassifisert AT	2	5	40 %
AT dokumentert - kode lagt til	3	6	50 %
AT ikke dokumentert - kode slettet	2	5	40 %
Stjernekode (*) lagt til AT	0	5	0%
Feil klassifikasjon av AT på kapittelnivå	1	5	20 %
Feil klassifikasjon av AT på 2.-tegnnivå	0	5	0 %
Feil klassifikasjon av AT på 3-tegnnivå	0	5	0 %
Feil klassifikasjon av AT på 4-tegnnivå	0	5	0 %
Feil klassifikasjon av AT på 5.tegnnivå	0	5	0 %

Av tabell 2 ser vi at det, som forventet ved elektiv dagkirurgi, er rapportert et svært lavt antall (5) andre tilstander i tilknytning til de 50 utvalgte oppholdene. Følgende funn ble gjort:

- 2 av de 5 andre tilstandene opprinnelig rapportert var *dokumentert* og *riktig klassifisert*
- 1 av de 5 andre tilstandene opprinnelig rapportert var *dokumentert* men *feil klassifisert* på kapittelnivå
- 2 av de 5 andre tilstandene opprinnelig rapportert fant revisor *ingen dokumentasjon* på i den skriftlige delen av journalen. Disse 2 ble slettet.
- 3 av de 6 andre tilstandene som revisor fant grunnlag for å rapportere på bakgrunn av den foreliggende journaldokumentasjonen var opprinnelig *ikke rapportert*. Disse 3 ble lagt til.

2.2.3 Resultat kirurgiske prosedyrer (NCSP)

Kirurgiske prosedyrer rapporteres med koder fra NCSP-N (Norsk versjon av *The NOMESCO Classification of Surgical Procedures*)

Mht. prosedyrer skiller vi mellom følgende forhold som kan føre til feil rapportering:

- Prosedyren er *dokumentert* men *ikke rapportert* – kode for prosedyren legges til
- Prosedyren er *rapportert* men *ikke dokumentert* – kode for prosedyren slettes
- Prosedyren er *dokumentert* men *feil klassifisert* – kode for prosedyren korrigeres.

I tillegg har vi et forhold med duplikat rapportering av kirurgiske prosedyrekoder. Dette er primært et problem relatert til oppsettet av foretakets PAS. Problemet oppstår når prosedyrekodene både legges manuelt inn direkte på oppholdet i foretakets PAS, samtidig som de samme prosedyrekodene «pumpes» automatiske over på oppholdet i PAS fra foretakets operasjonsmodul på gitte tidspunkt. Der vi finner duplikat prosedyrekoding av denne type slettes duplikatet og fremkommer i tabell 3 som «duplikat prosedyrekode slettet»

Tabell 3 Resultater KIRURGISKE PROSEDYRER

Tekst	Antall	Total	Andel
Korrekt valgt og riktig klassifisert prosedyre	46	94	49 %
Prosedyre dokumentert - kode lagt til	0	77	0 %
Prosedyre ikke dokumentert - kode slettet	9	94	10 %
Prosedyre dokumentert men feil klassifisert	31	94	33 %
Duplikat prosedyrekode slettet	8	94	9 %

Av tabell 3 ser vi at:

- 46 av 94 kirurgiske prosedyrer opprinnelig rapportert var *dokumentert* og *riktig klassifisert*
- 31 av 94 kirurgiske prosedyrer opprinnelig rapportert var *dokumentert* men *feil klassifisert*
- 9 av 94 kirurgiske prosedyrer opprinnelig rapportert fant revisor *ingen dokumentasjon* på. Disse 9 ble slettet.
- 8 av 94 kirurgiske prosedyrer opprinnelig rapportert fremstod som *duplikater*. Disse 8 ble slettet
- Revisor fant ingen dokumenterte kirurgiske prosedyrer som ikke opprinnelig var rapportert (riktig eller feil klassifisert)
- Totalt antall kirurgiske prosedyrer etter revisjon er 77

Den kirurgiske prosedyren som primært blir feil klassifisert i dette utvalget er *utvidet eksisjon/reksisjon* etter primærkirurgi, evt. med underminering av kanter, der patologisk-anatomisk undersøkelse av lesjon primært fjernet har vist at det foreligger malign lidelse evt. cancer in situ med hhv. «ikke frie render» eller «ikke tilstrekkelig frie render».

Jmfr. Pkt. 22.14.2Kodeveiledningen 2019 skal en ved denne prosedyren; «... bruke en kode fra **QxE10 Eksisjon av hudlesjon** (2. tegn angir lokalisasjon), for eksempel QAE 10 Eksisjon av hudlesjon på hode eller hals. Disse kodene har i de fleste tilfeller denne underteksten; Inklusive: Reksisjon etter primærkirurgi. ...Disse kodene skal brukes ved fjerning av hudforandringer og ved utvidet reseksjon når tumor er indikasjon for inngrepet.»

Kodene som feilaktig er benyttet til å klassifisere utvidet eksisjon/reeksisjon er:

QxE 30 Eksisjon av kirurgisk arr der 2. tegn angir lokalisasjon.

Disse kodene har undertekst i NCSP: *Eksklusive: Reeksisjon etter primærkirurgi: Se QxE 10*

Totalt er QxE 30 eksisjon av kirurgisk arr rapportert 55 ganger i de 50 utvalgte oppholdene. Revisor finner at:

- QxE 30 kodene er korrekt klassifikasjon av dokumentert prosedyre i 19 av de 55 gangene de er rapportert
- QxE 30 kodene er feil klassifikasjon av dokumentert prosedyre i 31 av de 55 gangene de er rapportert. I 30 av de 31 gangene QxE 30 kodene er rapportert feil, er korrekt klassifikasjon av dokumentert prosedyre QxE 10 i hht. journaldokumentasjon. I det siste tilfellet der QxE 30 kodene er rapportert feil er korrekt klassifikasjon av dokumentert prosedyre *QAE 00 Eksisjon av hud fra hode eller hals*
- 5 av de 55 QxE 30 kodene som er rapportert fremstår som duplikater. I hht. journaldokumentasjon er det kun utført ett inngrep

QAE 35 Rekonstruksjon ved huddefekt på hode eller hals etter kirurgi eller skade

Ved 4 opphold ser vi at utvidet eksisjon/reeksisjon er korrekt rapportert med *QAE 10 Eksisjon av hudlesjon på hode eller hals*, men i tillegg er det også rapportert *QAE 35 Rekonstruksjon ved huddefekt på hode eller hals etter kirurgi eller skade* uten at revisor finner belegg for bruk av denne koden i den foreliggende journaldokumentasjon.

Primært er det QxE 30 og QAE 35 kodene som utgjør det store volumet av feilrapporterte kirurgiske prosedyrekoder. 5 kirurgiske prosedyrekoder er slettet i denne revisjonen grunnet manglende dokumentasjon hhv.;

- QAB 00 Sutur av hud på hode eller hals (1x)
- QAB 05 Sårrevisjon på hode eller hals (1x)
- QXE 10 Eksisjon av lesjon i uspesifisert hudregion (1x)
- ZZR 00 Hudlapp Med subkutant vev (2x)

I tillegg er ytterligere 3 duplikate kirurgiske prosedyrekoder slettet.

2.2.4 Resultat medisinske prosedyrer (NCMP)

Medisinske prosedyrer rapporteres med koder fra NCMP (*Norwegian Classification of Medical Procedures – Norsk klassifisering for medisinske prosedyrer*)

Tabell 4 Resultater MEDISINSKE PROSEDYRER

Tekst	Antall	Total	Andel
Korrekt valgt og riktig klassifisert prosedyre	5	5	100 %
Prosedyre dokumentert - kode lagt til	0	5	0 %
Prosedyre ikke dokumentert - kode slettet	0	5	0 %
Prosedyre dokumentert men feil klassifisert	0	5	0 %
Duplikat prosedyrekode slettet	0	5	0 %

Som tabell 4 viser er det kun rapportert 5 medisinske prosedyrer. I samtlige tilfeller dreier dette seg om administrasjon av medikament. I alle tilfellene er det valgt en riktig administrasjonskode fra NCMP men i ingen av tilfellene var det rapportert obligatorisk ATC-kode i tillegg.

2.2.5 Resultat radiologiske prosedyrer (NCRP)

Radiologiske prosedyrer rapporteres med koder fra NCRP (*Norwegian Classification of Radiological Procedures – Norsk klassifisering for radiologiske prosedyrer*) på oppholdet i de tilfeller hvor kliniker (ikke radiolog) utfører en radiologisk prosedyre, samt ved intervensjoner utført enten av radiolog eller kliniker.

Tabell 5 Resultater radiologiske prosedyrer

Tekst	Antall	Total	Andel
Korrekt valgt og riktig klassifisert prosedyre	0	0	0 %
Prosedyre dokumentert - kode lagt til	0	0	0 %
Prosedyre ikke dokumentert - kode slettet	0	0	0 %
Prosedyre dokumentert men feil klassifisert	0	0	0 %
Duplikat prosedyrekode slettet	0	0	0 %

Som forventet i dette utvalget er det ikke dokumentert utført noen radiologiske prosedyrer

2.2.6 Grupperingsmessige konsekvenser av gjennomført dokumentkontroll

Regruppering av oppholdene er gjort i hht. gjeldende grupperingslogikk for 2019 (NPK 2019). Når oppholdene regrupperes med revisors endringer av tilstands- og prosedyrekoder etter gjennomført dokumentkontroll får en følgende resultat:

Tabell 6 Grupperingsmessige konsekvenser av gjennomført dokumentkontroll – 2019 logikk

HDG/DRG	Antall	Totalt	Andel
Opphold med endret HDG	0	50	0 %
Opphold med endret DRG	36	50	72 %
Endring i ISF-poeng	Antall	Endring ISF-poeng	Andel
Opphold med endret ISF-poeng	36	-1,597	-16 %
Opphold med reduksjon av ISF-poeng	24	-2,928	-29 %
Opphold med økning av ISF-poeng	12	1,331	13 %

Av tabell 6 ser vi at:

- Ingen opphold endrer HDG som følge av revisors endringer
- 36 av 50 opphold endrer DRG som følge av revisors endringer
- Totalt medførte dokumentkontrollen en reduksjon på -1,597 ISF-poeng. Dette utgjør en reduksjon på 16 % av den samlede verdien de 50 oppholdene opprinnelig hadde *før* revisors endringer som følge av gjennomført dokumentkontroll
- 24 opphold fikk en reduksjon av ISF-poeng etter gjennomført dokumentkontroll. Samlet utgjør det en reduksjon på -2,928 ISF-poeng for disse oppholdene. Dette utgjør en reduksjon på 29 % av den samlede verdien de 50 oppholdene opprinnelig hadde *før* revisors endringer som følge av gjennomført dokumentkontroll
- 12 opphold fikk en økning av ISF-poeng etter gjennomført dokumentkontroll. Samlet utgjør det en økning på +1,331 ISF-poeng for disse oppholdene. Dette utgjør en økning på 13 % av den samlede verdien de 50 oppholdene opprinnelig hadde *før* revisors endringer som følge av gjennomført dokumentkontroll

14 av 50 opphold (28 %) forble uendret i DRG 2680 *Plastisk operasjon på hud og underhud, dagkirurgisk behandling* ved regruppering etter dokumentkontroll

36 av 50 opphold (72 %) endret DRG etter dokumentkontroll.

Av de 36 oppholdene som endret DRG etter dokumentkontroll ble:

- 1 opphold regruppert til DRG 630 *Operasjoner på øre, nese, hals ITAD, dagkirurgisk behandling*
- 11 opphold regruppert til DRG 2660 *Hudtranspl og/eller revisjoner, dagkirurgisk behandling**
- 24 opphold regruppert til DRG 809J *Eksisjon eller destruksjon av hudlesjon*

***Merk!**

Når det gjelder de 11 oppholdene som regruppes til *DRG 266O Hudtranspl og/eller revisjoner, dagkirurgisk behandling*, skyldes dette at det samtidig med utvidet eksisjon/reeksisjon av malign lesjon, også er gjennomført eksisjon av vaktpostlymfeknuter (Sentinel nodes) i samme seanse. Dette er korrekt rapportert med NCSP-koder under tretegnskategorien *PJD Eksisjon og blokkdisseksjon av lymfeknuter*.

Når den utvidete eksisjon/reeksisjon i disse tilfellene kodes korrekt med *QxE 10 Eksisjon av hudlesjon*, og ikke feilaktig med *QxE 30 Eksisjon av kirurgisk arr*, grupperes oppholdet til *DRG 266O Hudtranspl og/eller revisjoner, dagkirurgisk behandling*.

DRG 266O Hudtranspl og/eller revisjoner, dagkirurgisk behandling var verdsatt til 0,312 ISF poeng i 2019. *DRG 268O Plastisk operasjon på hud og underhud, dagkirurgisk behandling*, som oppholdet havner i om en feilaktig koder utvidet eksisjon/reeksisjon med *QxE 30* koder, var tilsvarende verdsatt til 0,201 ISF-poeng i 2019.

Avregningsutvalgets årsrapport 2020

Utgitt

24.november 2020

Kontakt:

Avregningsutvalgets sekretariat

Postadresse

Helsedirektoratet, Trondheim

Pb. 6173b Torgarden

7435 Trondheim

Forfattere:

Bjørn Buan

Adrian Tveit Lundemo

Bente Urfjell

Forsidefoto

@inbj/Mostphotos