

# Referat

---

Møte om: Avregningsutvalget  
Møteleder: Bjørn Buan  
Dato: 15.03.2024  
Referent: Adrian Tveit Lundemo, Hanne Lehn, Marit Pedersen

Til stede: **Utvalgsmedlemmer:**  
Bjørn Buan, Wender Figved, Arne Seternes, Anne Wenche Lindboe, Andreas Stensvold, Alf-Henrik Andreassen, Ambreen Tariq, Cecilie Bhandari Hartberg

**Helsedirektoratet og FHI:**  
Observatør: Eira Enodd  
Sekretariat: Adrian Tveit Lundemo, Hanne Lehn, Marit Pedersen

Forfall: Anette Løken Eilertsen, Ida Camilla Monn Birkhaug, Lisa Steffensen

**Referat fra møte i Avregningsutvalget 15.mars 2024, kl. 09.00-15.00. Digitalt.**

## Godkjenning av møteinnkalling, sakliste og referat

Møteinnkalling og sakliste ble godkjent.

## Tidsplan for arbeidet i 2024:

2. arbeidsmøte: fredag 15. mars
3. arbeidsmøte: torsdag 18. april
4. arbeidsmøte: torsdag 2. mai
5. arbeidsmøte: fredag 14. juni
6. arbeidsmøte: torsdag 15. august
7. arbeidsmøte: fredag 30. august

## Andre orienteringer

Cecilie Bhandari Hartberg trer inn i Avregningsutvalget. Hun er spesialist i psykiatri og stiller for Helse Sør-Øst.

**VIKTIG:** Tekniske beregninger der det er anbefalt avregning må oversendes til avdeling finansiering i Helsedirektoratet seinest 10. september. Årsrapport må være ferdigstilt og publisert 1. november.

**NB! Merk at nye saker har fått nytt saksnummer.**

## Nye saker for 2024:

### 24/11699 Operasjon på håndledd/hånd DRG 229

*Fra møtet 2. februar:*

Analyser av aktivitetsdata for ISF 2023 viser geografisk variasjon i omfanget av opphold i DRG 229 *Op på håndledd/hånd u/bk eller sårrevisjon på overekstremitet*. I opptaksområdet til et helseforetak i Helse Sør-Øst er det over tre ganger så mange opphold i DRG 229 som gjennomsnittet for hele landet. Det ses også høy rate i et annet opptaksområdet i regionen.

I DRG 2290 *Op på håndledd/ hånd ekskl større leddop, dagkirurgisk behandling* er det også geografisk variasjon mellom opptaksområdene, og særlig opptaksområdene til de to helseforetakene i Helse Sør-Øst har færre opphold per 1000 innbygger sammenlignet med landsgjennomsnittet.

*Til vurdering i Avregningsutvalget:*

*Helsedirektoratet ber AU vurdere behandlings- og kodepraksis for aktivitet i DRG 229 og 2290. AU bes vurdere årsakene til variasjonen i omfang og om eventuelle feil og forskjeller i kodepraksis gir grunnlag for avkortning.*

*Vurdering:*

Utvalget ble presentert ratetall på begge DRGer samt oppholdsfordeling per helseforetak i DRG 229. Tallene viser at to helseforetak skiller seg ut og utvalget vurderer at nærmere dataanalyser skal gjøres. Fokuset blir å sammenlikne disse helseforetakene med resten av landet for øvrig. Valg av omsorgsnivå er sentralt, og analysene bør se etter koder/kodekombinasjoner som kan forklare behov for innleggelse fremfor dagkirurgisk behandling. Det trengs derfor tall på liggetid, tilstander og prosedyrer. Utvalget ønsker også analyser av antall innleggelser og kontakter før/etter operasjon. Det er ønskelig å se utviklingen over tid på analysene, f. eks de siste tre år.

*Fra møtet 15. mars:*

Det ble presentert en rekke analyser. Det observeres ikke noe klart funn, men det er forskjeller på de to helseforetakene i Helse Sør-Øst. Det ene har flere bruddtilstander, lite registrering av anestesi, ingen avvik i bitilstander. Det er en litt annen pasientgruppe hos det andre, flere tilstander innen M-koder, eldre pasienter enn snitt i DRG 229, men også her lite registrert anestesi. Flere episoder per pasient.

Ser flere innleggelser over tid hos begge, en vedvarende praksis. Over landsgjennomsnittet. Et av helseforetakene har høyere ressursinnsats per innbygger (korrvekt) i snitt. Begge har noe kortere oppholdstid i snitt i DRG 229. Det kan se ut som pasientgruppa, ikke minst i alder og diagnosekoder, er litt avvikende hos det ene. Hovedtilstand: et helseforetak har høyere andel S62, det andre har høyere andel M-koder. Brudd kontra artritt og artroser.

På andre diagnoser er det ene mer lik landet for øvrig, mens det andre helseforetaket skiller seg ut fra landssnittet. På prosedyresiden er det mer overlapp mellom HFene og landet for øvrig. Mye N-koder. Det ene foretaket har flere andre opphold (pasientforløp) enn det andre.

*Vurdering:* Saken er mer innenfor det kirurgiske fagfeltet. Er det ulike tilbud, ulik koding? Ortopedisk

seksjon hos et av foretakene har en særskilt funksjon og håndterer mye av revmatologikirurgien i Sør-Øst. Analysene stemmer med dette. Det kan være ulike grunner til at de gjør dette innlagt og ikke på dag. Det andre foretaket er mer likt andre ortopediske avdelinger i landet og burde ikke skille seg ut som de gjør i analysene. Felles for begge er at de koder mer døgn enn dag. For prosedyrer ser man både større og små inngrep.

Det spørres hvorfor det er innleggelser når det i stor grad gjelder hånda? Ikke minst, på grunn av små inngrep. Kan det være gjestepasienter? Omsorgsnivå (altså reelt omsorgsnivå) blir viktig i denne saken.

Analysér på gjestepasienter hos et foretak (hvor stor andel?). Bør også se på totalomfanget i DRG 228 (m/bk), DRG 229 (u/bk) og DRG 229O (dagkirurgi).

Det må spørres om hvorfor det ene foretaket i større grad legger inn pasienter med brudd i hånda, gjøre rede for pasientene. Er det funksjonsdeling? Når det gjelder det andre foretaket i saken så vurderer utvalget at de behandler en annen pasientgruppe, jf avsnitt over, det vil si ingen henvendelse.

#### *Oppfølging:*

Brev ut til et helseforetak. Formål å få redegjørelse for behandlingspraksis/kodepraksis ved brudd i håndledd DRG 229.

## **24/10237 DRG 2700 Op på hud og underhud ITAD, dagkirurgisk behandling**

#### *Fra møtet 2. februar:*

Utgangspunktet for saken er avvikende rater i DRG 2700 Op på hud/underhud ITAD, dagkirurgisk behandling ved opptaksområdet til et helseforetak i Helse Sør-Øst. Det observeres ikke tilsvarende høy rate i opptaksområde til samme helseforetak i DRGene 268 Plastiske op på hud og underhud, 268O Plastiske operasjoner på hud og underhud, dagkirurgisk behandling eller 270 Op på hud og underhud ITAD u/bk.

#### *Til vurdering i Avregningsutvalget:*

*Helsedirektoratet ber AU vurdere årsakene til den høye raten ved opptaksområdet til helseforetaket i Helse Sør-Øst i DRG 2700, og om eventuelle feil eller forskjeller i kodepraksis gir grunnlag for avkortning.*

#### *Vurdering:*

Helseforetaket i fokus på denne saken skiller seg betydelig ut. Det bemerkes at helseforetaket ikke utfører plastikk-kirurgi. For å starte opp saksbehandlingen er det nødvendig med analyser på data over en tidsperiode, f.eks de siste tre år, for å undersøke om dette er en ny utvikling eller ikke. Både på ratetall og faktisk oppholdsfordeling per helseforetak. Det trengs også tall på tilstander og prosedyrer, samt fordeling på avdeling/institusjon. Utvalget ønsker også analyser av antall innleggelser og kontakter før/etter operasjon. Dette gjelder DRG 268, 268O og 270. Analysene kan sammenligne helseforetaket med to andre og større helseforetak.

*Fra møtet 15. mars:*

Det ble presentert en rekke analyser, ratetall for 2021-2023 DRG 2700. Helseforetaket har vedvarende høy rate. Dreining mot dagkirurgi. Også presentert avdelingsfordeling. Foregår i hovedsak ved ØNH. Diagnoser: helseforetaket har mye av C443 og D233.

Tydelig funn: helseforetaket har en avvikende praksis (nærmest bare de) med bruk av prosedyrekode EKB00, gitt 2700 og D233. Til sammenlikning har to større helseforetak lite av dette. Det aktuelle foretaket er langt over landsgjennomsnittet for D233 i 2700 (høy) og 809J (lav). Bruk av EKB00 og QAE10 vil gruppere til forskjellige DRG-er med ulik vekt (2700 og 809J).

Analysene er et godt utgangspunkt for diskusjon i utvalget. Prosedyrekoden styrer i dette tilfellet. Gjør det aktuelle helseforetaket feil eller er det de andre HFene? Fasiten er ikke gitt slik det ser ut nå.

Angående prosedyre: Er det snakk om i kinn eller på kinn? Det er en viktig forskjell med tanke om på f.eks tumor ligger i kinnet eller ute på kinn?

Har foretaket nasjonal funksjon på i kinn? Det er grunnlag for å skrive brev; hva gjøres faktisk? Begrunnelse for kodevalg? Hva slags pasienter er det, tilstand og valg av prosedyrekode? Det er greit å presisere at kapittel E (pros) heter tenner, kjeve og munn. Inngrep begrenset til hud og underhud, se Q. Er koden brukt på hudlesjoner så er det feil.

Tilskrive det aktuelle helseforetaket samt et annet for sammenlikning. Etter hvert kan man se nærmere på 809J og 268.

*Oppfølging:*

Brev til helseforetak, med formål å begrunne kodepraksis (avvikende bruk av prosedyrekode EKB00).

## 24/5322 462B Rehabilitering, enkel

*Fra møtet 2. februar:*

I kontrollen av aktivitetsdata for 2023 observeres det i DRG 462B *Rehabilitering, enkel* et høyt antall opphold per 1000 innbygger i opptaksområde til et helseforetak i Helse Midt-Norge sammenlignet med landsgjennomsnittet.

Definisjonen på rehabilitering som innlagt beskrives i ISF-regelverket kap 6.12.2 som «tverrfaglig, individuell rehabilitering som er døgnbehandling, men som i avslutningsfasen også kan være dagbehandling (enkel rehabilitering). Dette gjelder rehabilitering etter akutt opphold i sykehus. Aktuelle pasientgrupper er slagpasienter, pasienter med revmatisk lidelse (som leddgikt), amputasjonspasienter, pasienter som har hatt operasjoner på større ledd (hofta, lår, bekken), pasienter med brudd på lårhals, bekken eller hofte og multitraumepasienter. Andre typer pasienter som rehabiliteres tverrfaglig uten innleggelse i sykehus hører som hovedregel hjemme under poliklinisk rehabilitering.» Det observeres at flere av døgnoppholdene i 462B er kodet med tilstand for G20 *Parkinson* og G30 *Multipel sklerose*.

*Til vurdering i Avregningsutvalget:*

*Helsedirektoratet ber AU vurdere variasjon i DRG 462B og om aktiviteten oppfyller kravene til enkel rehabilitering. AU bes vurdere om eventuelle feil eller forskjeller i kodepraksis gir grunnlag for avkortning.*

*Vurdering:*

Opptaksområdet i Helse Midt-Norge skiller seg ut med en høy rate for opphold i DRG 462B. Samtidig ser man et lavt omfang av tilsvarende aktivitet i et opptaksområde det er naturlig å sammenlikne med. Utvalget har tidligere behandlet flere problemstillinger knyttet til rehabiliteringsområdet. ISF-regelverket har flere kriterier som stilles for at gitt helsehjelp faller inn under rehabilitering, enten det er snakk om kompleks eller enkel type. For å kunne undersøke disse forholdene nærmere ønsker utvalget at det gjøres analyser på tilstander (også antall tilstandskoder per pasient), liggetid, institusjon/avdeling, hvilket sted pasientene er kommet fra, utførende helsepersonell og demografiske variabler som alder og kjønn. Analysene bør se på innleggelser og kontakter før selve rehabiliteringsoppholdet, for å vurdere om det er snakk om rehabilitering i forlengelsen av et akuttforløp. Dessuten tall for hvordan aktuelle pasientgrupper (hovedtilstand G20 og G30) behandles ved andre sykehus med lite omfang i DRG 462B. Det er ønskelig å se hvordan volumet har utviklet seg de siste tre årene. Spesielt interessant vil det være å sammenlikne med andre helseforetak som har mye aktivitet i DRGen.

*Fra møtet 15 mars:*

Det ble presentert en rekke analyser. Ikke alle tall var klare, så gjestående analyser blir presentert ved neste anledning. Utvalget fikk vurdere tall på volum per HF, avdeling, kjønn, alder, liggetid og andre diagnoser.

Det sees en markant økning de siste tre årene hos aktuelt helseforetak i tillegg også for et foretak i Helse Sør-Øst. I foretaket hos Helse Midt-Norge ligger mesteparten av aktiviteten hos to lokalisasjoner. Generelt står avdelinger for fysikalsk medisin for aktiviteten på nasjonalt nivå. Det observeres noe mer aktivitet hos menn og eldre pasientgrupper, både nasjonalt og hos foretaket i Helse Midt-Norge. De

fleste opphold i DRGen har en liggetid på inntil 5 dager og dette har vært en jevn trend de siste tre årene. Den store økningen i opphold hos aktuelt foretak gjelder i all hovedsak eldre pasienter og opphold med inntil 5 dagers liggetid.

På nasjonalt nivå observeres det at følgetilstander etter hjerneinfarkt, hypertensjon og dysfagi er andre tilstander som går igjen de siste årene. Aktuelt foretak i saken skiller seg noe ut med Parkinsons sykdom (G20) og multippel sklerose (G35) som man finner lite av i andre helseforetak.

Er det funksjonsfordeling innad i regionen? Det observeres lite tilsvarende aktivitet ved andre foretak.

Viktig å avklare om det er snakk om rehabilitering etter akuttopphold (forløp), slik ISF regelverket krever for rehabilitering døgnopphold. Det kan variere om sykehusene koder grunnsykdom eller følgetilstander som grunnlag for rehabiliteringen.

Behov for nærmere gjennomgang av praksis og koding på rehabiliteringsfeltet. Vurdere et internt notat og egen omtale i årsrapporten. Dialog med de koordinerende enhetene for rehabilitering/habilitering.

#### *Oppfølging:*

Analyser av forløp, med fokus på tidligere akuttinnleggelse.

Brev til helseforetak og til regionalt forvaltningskontor. Be om beskrivelse av pasientgruppen og tjenestetilbudet, valg av omsorgsnivå. Hvordan begrunner de selv omfanget og endringen? Legge ved veiledningen fra ISF-regelverket.

## **24/5323 Sykdommer i HDG 21 ITAD u/bk**

#### *Fra møtet 2. februar:*

Bakgrunnen for saken er stor geografisk variasjon i DRG 455 *Sykdommer i HDG 21 ITAD u/bk*. Det observeres særlig høy rate i opptaksområdene til to helseforetak i Helse Sør-Øst.

Hoveddiagnosegruppe 21 er 'skade, forgiftninger og toksiske effekter av medikamenter/andre stoffer, medikamentmisbruk og organiske sinnslidelser fremkalt av disse'.

#### *Til vurdering i Avregningsutvalget:*

Helsedirektoratet ber AU vurdere årsaken til variasjonen i DRG 455 og om eventuelle feil eller forskjeller i kodepraksis gir grunnlag for avkortning.

#### *Vurdering:*

Utvalget diskuterte hva man kan vente å finne i denne pasientgruppen. DRG 455 er en restkategori for opphold der pasienten behandles for "skade, forgiftninger eller og toksiske effekter av medikamenter/andre stoffer, medikamentmisbruk og organiske sinnslidelser fremkalt av disse". Dette er et område som har egne spesifikke koderegler og ofte sverd og stjernekode. Utvalget ønsker mer informasjon om grupperingskriteriene og hva slags aktivitet som inngår i DRG 455. Det kunne vært interessant å se om det er snakk om akutt eller elektiv aktivitet og derfor vurderes det at det trengs analyser på hastegrad (innmåte), tilstander, liggetid, alder, avdelingstype og pasientforløp. Dette må gjerne analyseres over de siste års aktivitet på området. Analysene bør fokusere på de to aktuelle helseforetakene, samt et tredje som også ligger høyt.

*Fra møtet 15. mars:*

Det ble presentert en rekke analyser. Det er ganske store endringer hos de tre aktuelle HFene, noe fluktuering over tid. Det ble også gått gjennom grupperingslogikk for DRG 455 som er en restkategori. Dersom det ikke er overstyrende prosedyrer vil de fleste S- og T-koder pluss noe Z og N gruppere hit.

Man ser at de fleste oppholdene i DRG 455 gjelder undersøkelse og observasjon. Over 44 % av oppholdene har hovedtilstand Z04.3 (undersøkelse og observasjon etter annen ulykke og hell). Særlig et foretak i Helse Sør-Øst bruker denne koden mye mer enn andre sykehus (ratetall).

Alle tre sykehus har en større andel opphold registrert som døgnbehandling, særlig et av de. Et annet har dessuten en høyere andel opphold registrert som dagbehandling.

Ved det ene foretaket er Z33 Graviditet mest brukt som annen tilstand i DRG 455. Ved to andre foretak er det vanligst med koder for langtidsbruk av legemidler (Z92).

Nesten alle opphold er registrert som akuttinnleggelse. Ellers ikke avvikende liggetid, mange korte opphold på rundt 1 døgn.

Eldre pasienter hos to av foretakene. Til sammenlikning er det yngre pasienter hos det siste. For et av de er mange utskrevet til sykehjem.

Avdelinger som går igjen er ortopedisk, kirurgisk og kvinneklinikk. Litt forskjellig type aktivitet hos de tre HFene.

Pasientforløp: i snitt har pasientene 3-4 opphold i andre DRGer samme år. De fleste andre opphold er polikliniske. Det er omtrent like mange opphold før og etter DRG 455.

Utvalget drøfter at det er forskjell i omsorgsnivå og at det er mange observasjonspasienter. Det ser også ut til at dette er et slags regionalt fenomen. Man ser også både yngre og eldre og det er flere pasientkategorier som er inne i DRGen. Er det funksjonsfordeling med tanke på forskjellen i kirurgisk og ortopedisk fordeling?

Er det hodeskader? Kan se på omfang av S06.0 Hjernerystelse. Er denne koden mindre brukt enn ved andre sykehus?

Det er veldig mye forskjellig her. Det diskuteres hvordan man bør gå fram med tanke på brev. Det trengs for å komme videre i saken og finne ut hva det er man egentlig observerer her. Kan beskrive hva vi observerer i data og be om en nærmere beskrivelse av pasientene, hvilken behandling de får og valg av omsorgsnivå. Helseforetakene må forklare endringene (utvikling over tid).

*Oppfølging:*

Brev til de aktuelle helseforetakene. Analyser på tidsbruk (liggetid målt i antall timer) og forekomst av hovedtilstand S06.0.

## **24/5324 Nevropsykologisk undersøkelse**

*Fra møtet 2. februar:*

Aktivitetsdata fra NPR viser geografisk variasjon i omfanget av DRG 801U *Nevropsykologisk*

*undersøkelse.* I opptaksområde til et helseforetak i Helse Midt-Norge er det over tre ganger så mange opphold i DRG 801U som gjennomsnittet for hele landet, mens flere opptaksområder har et lavt antall opphold i DRGen. Den mest brukte prosedyrekoden er IAAK00 *Fullstendig nevropsykologisk utredning utført og tolket av spesialist i nevropsykologi.*

*Til vurdering i Avregningsutvalget:*

*Helsedirektoratet ber AU vurdere årsakene til den geografiske variasjonen i DRG 801U og om eventuelle feil eller forskjeller i kodepraksis gir grunnlag for avkortning.*

*Vurdering:*

Utvalget diskuterte mulige forklaringer på den observerte variasjonen i DRGen. Er det snakk om regionale funksjoner på dette fagfeltet? Kanskje er det slik at de som ligger lavt ikke har dette tjenestetilbudet. I første omgang synes det mest fornuftig å fokusere på de områdene med rater som ligger over det nasjonale snittet, særlig helseforetaket i Helse Midt-Norge, samt to andre ellers i landet. Det trengs analyser på tilstander, prosedyrer, aldersfordeling, avdelingstype og antall kontakter per pasient. Analysene må se på utviklingen over tid.

*Fra møtet 15. mars:*

Det ble presentert analyser. Tre helseforetak skiller seg ut i ratetallene. Det ene har hatt stort volum de tre siste årene. Et annet har økt mye over de tre årene. Det tredje ligger høyt, men oppholdene har gått litt ned over tid.

Hovedtilstand i DRG 801U: Størst forekomst av R41.8 Andre og uspes symptomer og tegn med tilknytning til kognitive funksjoner og bevissthet. Også en del multippel sklerose (G35). To foretak har en høyere andel opphold registrert med symptomkoder (R). Vanligvis grupperer R41.8 til DRG 901O. Prosedyrekode IAAK00 styrer til 801U.

For annen tilstand ser man at undersøkelse for førerkort (Z02.4) er hyppigst brukt. Et helseforetak skiller seg ut med særlig stort omfang av denne koden. Ellers mange forskjellige bidiagnoser (stor variasjon).

Prosedyrer: Alle opphold har (per definisjon) registrert IAAK00, fullstendig nevropsykologisk undersøkelse. Det er også registrert en del andre koder for utredning og kartlegging. Antall kontakter per pasient: små forskjeller.

Alder: To av helseforetakene har i snitt litt eldre pasienter. Men stor variasjon nasjonalt, også mange barn og unge i DRG 801U.

Avdeling: Mye fysikalsk medisin og rehab pluss nevropsykologisk poliklinikk.

Vurdering: Det er vanskelig å vite hvordan man skal angripe saken. Det kan virke som manglende standardisering av kodepraksis er en problemstilling. Er det faktisk spesialister som har gjennomført utredningen?

Samtidig kan det være variasjon fordi mye kognitiv utredning også gjøres av ikke-spesialister (psykologer). Nevropsykologer er litt forskjellig fordelt over helseforetak, ulik tilgang til tjenesten. Det



påpekes også at det er en del nevropsykologer blant avtalespesialister i psykisk helsevern. Mange utredninger gjøres også innen psykisk helsevern.

Hva slags tjenestetilbud er det egentlig snakk om? Hvilke pasienter retter det seg mot?

Bør også følge opp problemstilling knyttet til vurdering av vilkår for førerkort. Kontakter der dette er hovedformålet skal ikke inngå i ISF, jf. regelverket kap. 5.8.

I første omgang bør man undersøke aktiviteten hos avtalespesialistene. Vil bruk av avtalespesialister utjevne de geografiske forskjellene?

*Oppfølging:*

Analysér på omfang hos avtalespesialister. Rater for totalomfang per region / område.

## **24/5325 Lokale intervensjoner i toraks**

*Fra møtet 2. februar:*

I DRG 804P *Lokale intervensjoner i toraks* er det stor geografisk variasjon i antall opphold per 2. tertial 2023. I opptaksområdene til to helseforetak i Helse Sør-Øst er det over tre ganger så mange opphold i 804P som gjennomsnittet for hele landet.

*Til vurdering i Avregningsutvalget:*

*Helsedirektoratet ber AU vurdere årsakene til den geografiske variasjonen i DRG 804P og om eventuelle forskjeller eller feil i kodepraksis gir grunnlag for avkortning.*

*Vurdering:*

Ettersom dette er poliklinisk aktivitet er det trolig ikke snakk om store inngrep i denne DRGen. Helseforetakene i fokus skiller seg ut. Det kan tenkes at de koder annerledes på dette fagfeltet. Kanskje gjør noen helseforetak tester og prøver i forkant av denne aktiviteten. Utvalget diskuterer om det her kan være snakk om tapping av pleuralvæske og lignende.

For videre saksbehandling trengs det analyser på avdeling, henvisende instans, prosedyrer, tilstander og opphold før/etter den aktuelle kontakten. Analysene bør også se nærmere på omfanget av aktuelle prosedyrer på inneliggende pasienter, særlig ved sykehus med lite aktivitet i DRG 804P. Fokus i analysene bør være på de to aktuelle helseforetakene. Det er også ønskelig å se på utvikling over tid (siste tre år).

*Fra møtet 15. mars:*

Det ble presentert analyser. To helseforetak har hatt høy aktivitet siste tre år, og en stor økning i 2022. Ligger fortsatt høyt, tross en nedgang i 2023. Avvik: mye hovedtilstand J90. To helseforetak har vesentlig mer enn resten av landet med denne tilstanden i DRG 804P. Ved andre helseforetak er J90 vanligere på døgn-DRG, blant annet DRG 85/86. J90 er også hyppigst brukt som annen tilstand sammen med C34.9, ondartet svulst i bronkie.

DRG804P bestemmes gruppert av hvilken prosedyrekode som er registrert. Mye biopsi (nål). GAX30 Torakocentese er mest registrert på landsbasis (også et av de aktuelle foretakene), men hos et spesifikt helseforetak dominerer GAD10K Interkostinal innlegging av pleuradren. GAX30 er også registrert langt mer hos det andre aktuelle foretaket uavhengig av DRGer. Tilsvarende for et annet foretak når det kommer til GAD10K.

Ikke overraskende er mesteparten av aktiviteten registrert på lungeavdeling. I snitt flere kontakter per pasient hos to av helseforetakene.

Pasientforløp: Mange av pasientene ser ut til å være i kreftbehandling med mange opphold. De fleste andre opphold for pasientene er polikliniske, i snitt 16-17 andre opphold per pasient hvorav 2-3 innleggelser. De fleste andre opphold kommer etter kontakt i DRG 804P. Pasientene hos det ene foretaket har litt flere andre, mens det er mindre forskjell for et annet foretak i regionen.

Vurdering: Kan se ut som det er økt poliklinisering. Knytter seg i hovedsak mot lungesykdom og krefter/svulster som gir tendens til pleuravæske. Ganske homogent på de fleste sykehus, men de to aktuelle HFene skiller seg ut. Ingen grunn til at de skal ha en annen pasientsammensetning. Avviket lar seg neppe forklare medisinsk. Ser derfor ut som en litt annen praksis på kodingen. Kan se ut som de gjør hyppigere tappinger. Er det snakk om oppsplitting/mer oppfølging? Hva er indikasjonen for de aktuelle prosedyrene?

Brev; Er foretakene kjent med at de skiller seg ut og hvordan kan dette forklares? Trenger en beskrivelse av pasientforløpet, innhold og organisering av tjenestetilbudet og begrunnelse for valg av praksis. Analyser kan vente til man har svar.

*Oppfølging:*

Brev til to helseforetak – sendes før neste møte.

## **24/5326 Koding ved stell av stomi**

*Fra møtet 2. februar:*

Aktivitetsdata per 2. tertial 2023 viser et stort omfang av opphold i DRG 806P *Mindre gastrointestinal undersøkelse* i opptaksområdet til tre helseforetak i Helse Sør-Øst sammenlignet med landsgjennomsnittet.

Helsedirektoratet har mottatt spørsmål om bruk av prosedyrekode JGGX10 *Utprøving og stell/vedlikehold av inkontinenshjelpemiddel ved stomikontroll*. Kode JGGX10 skal ikke benyttes ved kontroll av stomi. Kontroll av stomi skal gruppere til DRG 906O *Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre fordøyelsessykdommer*. Ved å registrere prosedyrekode JGGX10 vil aktivitet i stedet gruppere til DRG 806P.

*Til vurdering i Avregningsutvalget:*

*Helsedirektoratet ber AU vurdere bruk av kode JGGX10 og den geografiske variasjonen i DRG 806P.*

*Utvalget bes vurdere om eventuelle feil eller forskjeller gir grunnlag for avkortning.*

*Vurdering:*

Utvalget diskuterte hva som er vanlig praksis når det kommer til håndtering av stomier og hva som menes med stell av stomi i denne sammenhengen. Det vil gjerne være slik at utprøving av stomi gjøres en gang, mens vedlikehold gjøres oftere. Så blir spørsmålet om hvordan dette skal kodes riktig. Kode JGGX10 vurderes som noe tvetydig og det er derfor et mulighetsrom for at koden kan misforstås. Det kan gi et betydelig utslag med tanke på at det er en vanlig prosedyre. Utvalget tenker det er hensiktsmessig å undersøke pasientforløpene i denne sammenhengen, f. eks tid og forløp mellom gastrokirurgi og utprøving av stomi. I tillegg er det nyttig å få sammenliknet DRG 806P og DRG 906O for å se om aktiviteten i disse utjevner hverandre. Analysene må fokusere på de tre aktuelle helseforetakene i Helse Sør-Øst. Analysene bør også inneholde utvikling over tid.

*Fra møtet 15. mars:*

Saken ble påbegynt mot slutten av møtet, men det ble for lite tid for en fullstendig saksbehandling. Det gjøres derfor en større gjennomgang med saksbehandling i neste møte.

Det ble presentert analyser. Økende koding av tilstander (og prosedyrer) som grupperer til DRG 806F.

<b>24/5329 DRG XD90A Polikliniske konsultasjoner – Andre problemstillinger – Voksne</b>
---

*Fra møtet 2. februar:*

Analysen av aktivitetsdata fra NPR viser stor geografisk variasjon i DRG XD90A *Polikliniske konsultasjoner – Andre problemstillinger – voksne*. Opptaksområdet til et helseforetak i Helse Sør-Øst skiller seg ut med over tre ganger så mange opphold per 1000 innbygger sammenlignet med landsgjennomsnittet. Også opptaksområdet til et helseforetak i Helse Midt-Norge og et i Helse Nord har høye rater i DRG XD90A. Det kommer frem at helseforetaket i Helse Sør-Øst skiller seg spesielt ut i diagnosene A000: *Kolera*, B171: *Akutt hepatitt C* og B379: *Uspesifisert candidainfeksjon*.

*Til vurdering i Avregningsutvalget:*

*Hesledirektoratet ber AU vurdere årsaken til det høye volumet i DRG XD90A i opptaksområdet til helseforetaket i Helse Sør-Øst og om dette skyldes kodepraksis eller annerledes behandlingstilbud. AU bes vurdere om årsaken til det høye volumet gir grunnlag for avkortning.*

*Vurdering:*

DRG XD90A er en restkategori. Utvalget merker seg at man her har en DRG tilknyttet psykisk helsevern hvor man i hovedsak finner utpekte hoveddiagnoser som er somatiske. De fleste tilfellene gjelder virussykdommer. Helseforetaket i Helse Sør-Øst skiller seg ut med en stor andel A000 *Kolera*. Det er ikke sannsynlig at volumet er reelt og det er heller ingen plausibel sammenheng at disse skal havne i en DRG tilknyttet psykisk helsevern heller. Er det en feil i sektorinndelingen her?

Det vurderes tidlig at dette kan være en systematisk feilkoding som kan ha en journalsystemteknisk årsak. Det er kjent at kode A000 har ligget som en slags default-verdi i enkelte fagsystemer. Det vil si at man har første bokstav (A) og første tallverdi (0) som gjør at den i en alfanumerisk sortering fort kan havne som hoveddiagnose om det ikke aktivt settes en kode og det ikke er lagt inn en restriksjon på

bruken. Det har vært flere tilfeller av slik feilkoding og registrering av kolera i NPR-data. Det må naturligvis gjøres analyser på dette som en del av saksbehandlingen.

I tillegg må det gjøres analyser på tilstander, fagenhet, alder, utførende helsepersonell, hvor sendes pasienten, antall konsultasjoner per pasient i snitt. Analysene må vise utviklingen over tid.

*Fra møtet 15. mars:*

Ved nærmere undersøkelse av oppholdene i DRG XD90A forekommer det ingen tilfeller av registrert hovedtilstand A000 *Kolera*. De vanligste hovedtilstandene er R-koder samt koder for Alzheimers sykdom. Ettersom det nå er funnet andre hovedtilstander enn i analysene som danner grunnlag for saken må det gjøres en ekstra undersøkelse i datagrunnlagene. Det må avklares om det foreligger likt og entydig datagrunnlag hos Helsedirektoratet og FHI. Det bør vurderes om dette fortsatt er en sak for utvalget i forlengelsen av dette. Det ble opprinnelig bestilt flere analyser, men disse avventes før man har avklart data- og saksgrunnlag.

*Oppfølging:*

Sekretariatet undersøker nærmere levert datagrunnlag og uttrekk i samarbeid med avdeling finansiering i Helsedirektoratet.

## **23/7563 Injeksjon av botox i urinblære**

Saken følges opp fra i fjor. Analysene av aktivitetsdata viste da et omfang av opphold i DRG 7160 *Terapeutisk endoskopi av urinveiene* kodet med KCW98 *Annen transluminal endoskopisk operasjon på urinblære* og kode ACGX90 *Lokal injeksjon av nevrotoksisk og/eller* 3AX01 *Behandling med legemiddel M03AX01*.

Prosedyrekode KCW98 *Annen transluminal endoskopisk operasjon på urinblære* skal ikke brukes ved injeksjon av Botox i urinblære via cystoskop. Når KCW98 registreres sammen med ACGX90 og 3AX01 vil oppholdene grupperes til 7160 i stedet for 7180. Dette gir ikke riktig beskrivelse av aktiviteten og beregning ISF-poeng for aktiviteten blir dermed feil. Det ble sendt ut brev til aktuelle helseforetak som erkjente at det nå var snakk om gjenstående feilkoding, til tross for tidligere avregning for 2021-data. På bakgrunn av dette ble det anbefalt avregning også for 2022. Se Avregningsutvalgets årsrapport for 2023 for mer informasjon om saken.

Totalt volum av feilkodede opphold har endret seg betydelig fra 2022 til 2023, fra 251 opphold til 50. Mange helseforetak med tidligere feilkodede opphold har nå ingen tilfeller av dette. De 50 oppholdene for 2023 anbefales avregnet. Det innebærer avkortning for en rekke HF.

*Oppfølging:*

Saken anses som ferdigbehandlet for i år og det anbefales avregning. Tekniske beregning presenteres på et seinere møte.

## 21/4750 DRG 34 Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk

Saken følges opp fra tidligere år. Tidligere analyser har vist at det var svært høye rater i DRG 34 for Vestre Viken, St. Olavs og Sykehuset i Østfold. Det var snakk om høy andel m/bk kontra u/bk (DRG 35). Hovedtilstand har hovedsakelig dreiet seg om R-koder (fall, desorientering mm). Det har gått ut brev i saken og helseforetakene har beskrevet en eldre pasientgruppe, multimorbide og skrøpelige. Det har ikke vært snakk om noen organisatoriske forhold som tilsier høy andel i m/bk.

Helseforetakene har selv påpekt at de kan tilstrebe mer spesifikk koding av hovedtilstand. I saksbehandlingen i 2022 ble det observert en nedgang i andel m/bk for Østfold, men ingen eller liten endring ved St. Olavs og Vestre Viken. Det ble ikke anbefalt avregning, men heller foreslått å vurdere om det trengs dokumentkontroll/journalgjennomgang. Det var ikke kapasitet til dokumentkontroll i 2023 da utvalgets saker om LAR og sårrevisjoner ble prioritert for dette den gangen.

Oppfølgingsanalyser på 2022-data viste at det på nasjonalt nivå lå jevnt som i året før. Vestre Viken hadde en noe mindre andel i m/bk. Sykehuset i Østfold og St. Olavs hadde derimot økt sin andel i DRG 34. Utvalget vurderte det slik at dette kanskje er en DRG hvor mye forskjellig kan havne. Det ble besluttet videre at de tre helseforetakene tilskrives en gang til for å forklare sin aktivitet med utgangspunkt DRG-forholdet mellom m/bk og u/bk. Ratetall for begge DRGer ble også presentert for utvalget. Vestre Viken lå fortsatt noe høyere enn de andre, men raten hadde gått ned i 2022. Ellers var tallene stabile fra fjoråret. Det var ikke kommet inn noen svar fra helseforetakene innen siste arbeidsmøte for 2023 var avholdt. Utvalget vurderte det dithen at på grunn av uspesifikk koding får man trolig ikke lukket denne saken uten at det gjennomføres en målrettet dokumentkontroll. Se Avregningsutvalgets tidligere årsrapporter for mer informasjon om saken.

Utvalget vurderer at det fortsatt bør anbefales dokumentkontroll for å komme videre i saken. Det sendes ut oversikt på aktivitetsvolumet for 2023 til utvalget og gjøres en avklaring om midler og kapasitet mellom FHI og Helsedirektoratet.

### *Oppfølging:*

Undersøke om FHI og Helsedirektoratet vil igangsette dokumentkontroll for saken.

## 20/3956 DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade

Saken følges opp fra tidligere år og har blitt avregnet flere ganger tidligere. Saken gjelder feil bruk av kode S06.01 *Hjernerystelse med åpent sår*. Denne koden beskriver i den engelske ICD-10-utgaven hjernerystelse med åpne intrakranielle skader. Riktig kode skulle være S06.0 *Hjernerystelse*. På bakgrunn av at den norske teksten på koden S06.01 kunne misforstås, endret Direktoratet for e-helse teksten til *Hjernerystelse med åpen intrakraniell skade*.

Avregningsutvalget vurderte at koden S06.01 ikke vil være sannsynlig kode i noen tilfeller. Dersom det er pasienter som har hjernerystelse med intrakraniell skade, vil den intrakranielle skaden antakeligvis være det som skal kodes som hovedtilstand, og eventuelt hjernerystelse som annen tilstand. Hjernerystelse med samtidig sår i hodet som krever behandling, kan kodes som S06.0 (hjernerystelse) kombinert med S01.x (åpent sår i hode). Saken ble fulgt opp på ordinært vis i 2023.

Oppfølgende analyser på 2022-data viste at den tidligere observerte nedgangen i feilkoding i stor grad fortsetter. Samtidig viste det seg at Ahus hadde snudd og økt igjen fra å ha nesten ikke noen opphold i 2021-data. En lignende økende trend fant man hos OUS. Utvalget vurderte det dit hen at det kanskje er snakk om noe "kodeslurv" som har slått ut her hos begge foretak. Det virket derfor fornuftig å tilskrive begge helseforetak og forespørre om de kunne gjøre en kvalitetssikring av sin koding på dette området for å se om det har skjedd en feil.

Ahus svarte at de hadde gjennomgått sine aktuelle tall og så at tilfellene hvor det er kodet S06.01 kan omkodes til S06.0. Kodingen skal derfor være korrigert. Utvalget bestemte seg for at alle de 38 oppholdene som fortsatt var kodet S06.01 i DRG 27 avregnes ved å regruppere hovedtilstand til S06.0. Teknisk beregning hvor oppholdene er regruppert ble lagt fram på møte. Det var ingen innsigelser på beregning og metodikk. Se Avregningsutvalgets tidligere årsrapporter for mer informasjon om saken.

Oppfølgende analyser på 2023-data ble presentert for utvalget. Det er vesentlig forbedring i koding og lite gjenstående bruk av koden. Utvalget vurderer derfor saken som ferdigbehandlet og lukket. Det er kun snakk om 3 opphold med feilkoding og det anbefales derfor ingen avregning.

*Oppfølging:*

Saken anses som ferdigbehandlet og lukket. Ingen avregning.