

# **Årsrapport 2008**

**Avregningsutvalgets arbeid med ISF-oppgjøret 2007**

Oktober 2008



## INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD.....	1
SAMMENDRAG.....	3
<b>1 INNLEDNING.....</b>	<b>4</b>
1.1 ARBEIDSFORM OG OPPGAVER .....	4
1.2 DAGREHABILITERING IGJEN .....	4
<b>2 ISF-AVREGNINGEN FOR 2007 .....</b>	<b>6</b>
2.1 SAKSOMFANG OG ENDRINGER I UTBETALINGER .....	6
2.2 VURDERINGER OG ANBEFALINGER .....	8
<b>3 TEKNISKE BEREGNINGER.....</b>	<b>14</b>
<b>4 VEDLEGG 1 AVREGNINGSUTVALGETS MANDAT OG SAMMENSETNING .....</b>	<b>18</b>
<b>5 VEDLEGG 2 AVKORTING I ISF-UTBETALINGER 2000-2006.....</b>	<b>19</b>
<b>6 VEDLEGG 3 JOURNALREVISJON 2007, DAGREHABILITERING I DRG 462B .....</b>	<b>21</b>



## FORORD

Avregningsutvalget har avsluttet saksbehandlingen for ISF-oppgjøret 2007 og avgir med dette sine anbefalinger om endringer i utbetalinger til de regionale helseforetakene. Anbefalingene er et resultat av konsensus i utvalgets møter, samt tekniske beregninger som tallfester endringer i ISF-utbetalingene. Utvalgets anbefalinger kan studeres fortløpende i referater fra utvalgets møter.<sup>1</sup>

Avregningsutvalget ble opprettet i 2000, etter vedtak i Stortinget, og det har avgitt sine årlige anbefalinger om avregning basert på medisinsk faglige vurderinger og gjeldende regelverk. Utvalget er uavhengig og faglig sammensatt, og det avgir sine anbefalinger til Helsedirektoratet.

Utvalget utøver en kontrollfunksjon i forhold til medisinsk kodepraksis ved sykehus. Koding av diagnoser og prosedyrer danner basis for gruppering av pasientbehandling i diagnoserelaterte grupper (DRG), som er utgangspunktet for refusjoner gjennom Innsatsstyrt finansiering. Utvalgets sekretariat har i 2008 foretatt analyser av registerdata for 2007 ved Norsk pasientregister og lagt fram sine funn for utvalget for nærmere vurdering og behandling. Som ledd i sin saksforberedelse har utvalgets sekretariat også gjennomført journalrevisjoner med innleid ekspertise for å avklare om den medisinske kodingen har vært korrekt. Helseforetakenes egne vurderinger har rutinemessig vært innhentet og vurdert.

ISF-ordningen er i ferd med å utvides til å omhandle poliklinisk aktivitet. Det vil gi utvalget flere oppgaver i tiden framover. Snart vil også et nytt personidentifiserbart Norsk pasientregister gi ytterligere muligheter til å følge pasienter over tid og mellom institusjoner. Utvalget imøteser å kunne gjennomføre analyser på et utvidet materiale og på det nye analysenivået.

Spørsmål og henvendelser rettes til sekretariatet ved Norsk pasientregister.<sup>2</sup>

Trondheim 27. oktober 2008

Bjørn Buan  
Leder

Lara Hvidsten

Johan Ræder

Mikal Gjellan

Siri Malm

Per Einar Uggen

Kathan Al-Azawy

Stein Øyvind Jørstad

Lotte Strandjord  
Sekretær

<sup>1</sup> [http://www.helsedir.no/finansieringsordninger/avregningsutvalget/m\\_tereferater/](http://www.helsedir.no/finansieringsordninger/avregningsutvalget/m_tereferater/)

<sup>2</sup> [http://www.helsedir.no/finansieringsordninger/avregningsutvalget/kontaktperson\\_avregningsutvalget\\_68689](http://www.helsedir.no/finansieringsordninger/avregningsutvalget/kontaktperson_avregningsutvalget_68689)



## SAMMENDRAG

Avregningsutvalget har i 2008 behandlet seks saker med endring i ISF-utbetalinger som tema. I fem av sakene har utvalget kommet fram til en anbefaling til Helsedirektoratet om avkorting av ISF-refusjon for 2007. Ingen saker førte til økte utbetalinger for 2007.

I år som i fjor var det størst økonomisk betydning knyttet til utvalgets anbefaling om endringer i utbetalinger til dagrehabilitering. Saken har størst konsekvenser for utbetalinger til Helse Sør-Øst. Anbefalingen i denne saken er et resultat av saksbehandling fra tidligere år og journalgranskninger utført i 2008.

Et gjennomgangstema for sakene Avregningsutvalget har behandlet i år har vært skillet mellom dagopphold og poliklinisk behandling. I tre av sakene finner Avregningsutvalget at behandlingen som er gitt ikke er i tråd med ISF-regelverket. Det gjelder behandling av ryggpasienter i Helse Midt-Norge, sårbehandling og inflammatoriske tarmsykdommer i Helse Sør-Øst. Den siste saken er en oppfølgingssak fra tidligere år og dreier seg om feilkoding av prosedyrekoder ved konsultasjoner for laserbehandling i Helse Vest.

Tabell 1. Forslag til avkorting i utbetalingsgrunnlaget for ISF 2007 etter pasientenes bostedsregion. Kroner.

Bostedsregion	Sak 08/2946 Dagrehab	Sak 08/4416 DRG 243 Rygglidelser	Sak 08/4418 DRG 271 Kroniske sår	Sak 08/4419 DRG 179 Inflam. tarmsykd	Sak 08/6252 Registrering av laserbeh	SUM
Helse Sør-Øst	65 443 065	17 545	409 374	2 189 176	25 472	68 084 632
Helse Vest	9 940 085	3 899			1 611 114	11 555 098
Helse Midt-Norge	1 243 189	2 672 627		3 899	6 368	3 926 083
Helse Nord	11 442 507	13 646		1 949		11 458 103
<b>SUM</b>	<b>88 068 847</b>	<b>2 707 717</b>	<b>409 374</b>	<b>2 195 024</b>	<b>1 642 954</b>	<b>95 023 916</b>

## 1 INNLEDNING

### 1.1 Arbeidsform og oppgaver

Etter at Avregningsutvalget ble opprettet i 2000, har utvalget behandlet et bredt spekter av ulike saker. Hele tiden har utvalget vurdert kodepraksis i lys av intensjonene med ISF-ordningen og gjeldende regelverk. I og med at ISF-midlene fordeles via de regionale helseforetakene, har utvalget primært forholdt seg til dette nivået. Sakene har likevel sin forhistorie ved sykehusene, og det vesentligste saksgrunnlaget har kommet derfra.

Avregningsutvalget skal gi Helsedirektoratet medisinsk faglige råd i forhold til ISF-utbetalinger, i tråd med Stortingets intensjoner. Utvalget er sammensatt av leger med bakgrunn fra sykehusene. Utvalget behandler de saker som det blir forelagt, og som hører inn under utvalgets mandat. Mandatet er lagt til Vedlegg 1. Ved eventuell endring i utbetalingene beregnes konsekvensene for alle helseregioner med utgangspunkt i pasienters bostedsregion. Innen utvalget avgir sin anbefaling, innhentes vurdering fra helseforetakets side. Av og til må utvalget innhente ekspertråd for å belyse faglige tema, eller spørsmål knyttet til medisinsk koding.

Avregningsutvalgets kontroll av kodepraksis gjennom behandling av enkeltsaker skal bidra til å forbedre og standardisere medisinsk koding og registrering i helseforetakene. Dermed skal ISF-utbetalingene bli mer korrekte mellom helseregionene. Utvalget skal gjennom sin saksbehandling avklare hvor grensene for akseptabelt faglig nivå for den medisinske kodingen skal være, samt å foreta en rimelig fortolkning av ISF-regelverket. Utvalgets anbefalinger skal være innenfor de regler som Helsedirektoratet til enhver tid har besluttet.

Det er neppe tvil om at koblingen mellom koding og finansiering har ført til et betydelig større fokus på behovet for korrekte registreringer etter at ISF-ordningen ble innført i 1997. Opplæring, intern kontroll og ekstern revisjon er etter hvert blitt mer alminnelig i de senere år. Slik avdekkes feil praksis, svikt i kunnskaper og rutiner, som i neste omgang kan forbedres. Avregningsutvalget har i løpet av disse årene vurdert etterlevelse av regelverk innenfor de fleste medisinske fagområder. Se vedlegg 2 for en oversikt over tidligere saker som har ført til avkorting i ISF-utbetalinger.

På bakgrunn av sakene utvalget har hatt i 2008, må utvalget konkludere med at helseforetakene fortsatt må styrke sin opplæring og egenkontroll i forhold til kodepraksis og overholdelse av ISF-regler.

### 1.2 Dagrehabilitering igjen

Avregningsutvalget har over flere år fulgt opp ISF-utbetalingene til Dagrehabilitering, DRG 462B. En standard for kodepraksis ble satt i 2007, da utvalget behandlet avregningen for 2006. Kun 2 prosent av oppholdene tilfredsstilte de strenge reglene som gjaldt, og utvalget måtte anbefale at det meste av ISF-utbetalingene for dette tilbudet ble avkortet. Helsedirektoratet justerte utbetalingene i samsvar med gjeldende polikliniske refusjoner, men endringene ble likevel meget store for enkelte helseforetak. Utvalgets anbefaling ble kommunisert til sektoren før grunnlaget for ISF-refusjon i 3. tertial 2007 ble lukket.



Med bakgrunn i resultatene for 2006 fant utvalget det nødvendig å følge opp kodepraksis for dagrehabilitering også for 2007. Med ekstern ekspertise fra KITH ble det gjennomført en journalrevisjon etter samme metode som for 2006, og resultatene viste seg dessverre å være om lag på samme nivå som for 2006. Kriteriene for registrering av dagrehabilitering er strenge, og mange opphold ble underkjent i forhold til flere av kriteriene. Rapporten kan leses i Vedlegg 3. Avregningsutvalget måtte derfor konkludere med å underkjenne ISF-underlaget for dagrehabilitering også i 2007, med få unntak. Dette er like alvorlig som for 2006, kanskje spesielt ut fra at utvalget ikke klarte å finne tegn til korreksjoner for tredje tertial i 2007. Størrelsen på avkortingen kan påkalle politisk oppmerksomhet.

Helsedirektoratet har i 2008 utarbeidet en oversikt over endringer i dagrehabiliteringsaktivitet fra første tertial 2007 til 1. tertial 2008 (Tabell 2). Oversikten viser en nedgang i antall dagrehabiliteringer på 85 prosent. Samtidig er det for første tertial 2008 registrert en betydelig økning i omfanget av poliklinisk rehabilitering, uten at dette fullt ut synes å kompensere for endringene i dagrehabilitering, gitt uendret aktivitet totalt.

Tabell 2. Antall dagopphold gruppert til DRG 462B. 1. tertial 2007- 1. tertial 2008

Sykehusregion	År		Endring	
	2007	2008	Antall opphold	Prosent
Tidl. Helse Øst	4 107	852	-3 255	-79,3
Tidl. Helse Sør	18 667	1 378	-17 289	-92,6
Helse Vest	2 859	382	-2 477	-86,6
Helse Midt-Norge	466	344	-122	-26,2
Helse Nord	2 957	1 392	-1 565	-52,9
<b>Total</b>	<b>29 056</b>	<b>4 348</b>	<b>-24 708</b>	<b>-85,0</b>

Utvalget anførte i sin årsrapport for 2006-avregningen at regelverket for finansiering av rehabiliteringstjenester manglet nødvendig forankring i fagmiljøene, og utvalget reiste spørsmål hvorvidt regelverket samsvarte godt med utbredt klinisk praksis. Denne anførselen gjelder også for 2007.

For de øvrige saker utvalget hadde til behandling i 2008, vises det til kapittel 2.

## 2 ISF-AVREGNINGEN FOR 2007

### 2.1 Saksomfang og endringer i utbetalinger

I 2008 har Avregningsutvalget hatt fem arbeidsmøter og behandlet seks ordinære saker der endring i ISF-utbetalinger var tema. I tillegg til disse sakene har utvalget fått presentert en rekke orienteringssaker med forskjellige tema, samt noen administrative saker som angår driften av utvalget.

Tabell 3. Saker behandlet i 2008. Sortert stigende etter saksnummer.

Sak nr	Tittel
Sak 01/08	Tilbakemelding på utvalgets årsrapport
Sak 02/08	Endringer i ISF Døgn/dag 2008
Sak 03/08	ISF Poliklinikk 2008
Sak 08/2946	Oppfølging av dagrehabilitering gruppert til 462B i 2007
Sak 08/4416	DRG 243 Ryggglidelser, traumatiske tilstander og symptomer i ryggen
Sak 08/4417	Behandlingspraksis og bruk av hoveddiagnosekoder Z54.1 og Z54.2
Sak 08/4418	DRG 271 Kroniske sår i huden
Sak 08/4419	DRG 179 Inflammatoriske tarmsykdommer
Sak 08/6252	Registrering og koding av laserbehandling
Sak 08/6685 <sup>3</sup>	Journalgjennomgang DRG 462B i 2007

Utvalget anbefaler i år avkortinger som vil medføre en netto reduksjon av ISF-utbetalingen for 2007 på 95 millioner kroner. Denne anbefalingen fordeler seg etter helseregion (pasientenes bostedsregion) som vist i tabellen nedenfor.

Tabell 4. Avregningsutvalgets anbefaling om endring av utbetaling i ISF 2007 etter helseregion (pasientenes bostedsregion). Kroner.

Helseregion	Anbefalte endringer i ISF-oppgjør 2007
Helse Sør-Øst	68 084 632
Helse Vest	11 555 098
Helse Midt-Norge	3 926 083
Helse Nord	11 458 103
<b>SUM</b>	<b>95 023 916</b>

Som tidligere år er de fleste sakene meldt inn til Avregningsutvalget fra Helsedirektoratets avdeling Pasientklassifisering, økonomi og analyse (FIPA). Unntakene er sak 08/2946 *Oppfølging av dagrehabilitering gruppert til 462B i 2007*, der Avregningsutvalget selv tok initiativ til å følge opp sak 07/2819 *Journalgjennomgang DRG 462B fra 2007*, samt sak 08/6252 *Registrering og koding av laserbehandling* som er en videreføring av sak 07/4920 *Registrering og koding av laserbehandling – Nullstilt takst B42e/f fra 2007*.

<sup>3</sup> Sak 08/6685 er behandlet og referert sammen med sak 08/2946. Av praktiske hensyn er det brukt to ulike saksnummer for denne saken.

Saksbehandlingen er basert på analyser av ISF-årsdata og korrespondanse med de regionale helseforetakene. Utvalget har også i år initiert en journalgjennomgang. Selve granskningen ble organisert av Norsk pasientregister og gjennomført av KITH.

Utvalget har fått to nye medlemmer i løpet av 2008. Helsedirektoratet har utnevnt Kathan Al-Azawy og Siri Malm som nye medlemmer i Avregningsutvalget. Al-Azawy er avdelingsdirektør ved Lungeavdelingen, Haukeland universitetssykehus. Malm er overlege dr.med. ved Medisinsk avdeling, UNN Harstad. Begge kandidatene er oppnevnt etter anbefaling av Den norske legeforening.

Referater fra møtene i 2008 publiseres på Avregningsutvalgets nettsider under <http://www.helsedir.no/finansieringsordninger/avregningsutvalget>.

## 2.2 Vurderinger og anbefalinger

### 2.2.1 Orienteringssaker

#### **Sak 01/08 Tilbakemelding på utvalgets årsrapport**

Divisjonsdirektør i Helsedirektoratet, Olav Valen Slåttebrekk, ga Avregningsutvalget tilbakemelding på fjorårets årsrapport. Det var første gangen at Helsedirektoratet sto som mottaker av utvalgets rapport. Direktoratet har tatt til etterretning og vil følge opp de anbefalinger som utvalget kom med.

#### **Sak 02/08 Endringer i ISF døgn/dag 2008**

Seniorrådgiver i Helsedirektoratet, Fredrik A.S.R. Hanssen, orienterte om nytt i ISF døgn/dag i 2008. Det var kun små endringer i regelverket for ISF døgn/dag fra 2007 til 2008.

#### **Sak 03/08 ISF poliklinikk 2008**

Seniorrådgiver i Helsedirektoratet, Fredrik A.S.R. Hanssen, informerte om den nye finansieringsordningen for polikliniske konsultasjoner som gjelder fra og med 2008.

### 2.2.2 Vurderinger av utbetalingsgrunnlag

De seks neste sakene er mer omfattende saker som utvalget har brukt lengre tid på å behandle. I fem av disse ble det gitt anbefaling om avkortning.

#### **Sak 08/2946 Oppfølging av dagrehabilitering gruppert til DRG 462B i 2007**

#### **Sak 08/6685 Journalgjennomgang DRG 462B 2007**

Lara Hvidsten og Kathan Al-Azawy hadde status som observatører i behandlingen av denne saken.

Avregningsutvalget har i løpet av 2008 behandlet sak 08/2946 *Oppfølging av dagrehabilitering gruppert til 462B i 2007* og sak 08/6685 *Journalgjennomgang DRG 462B 2007*. Sakene er behandlet og referert under ett og er en oppfølging av sak 07/3277 *DRG 462B Rehabilitering, vanlig* og sak 07/2819 *Journalgjennomgang DRG 462B Rehabilitering, vanlig* fra 2007.

Etter journalgjennomgangen i 2007 anbefalte Avregningsutvalget en avkortning av dagopphold med hoveddiagnosekode Z50.89 gruppert til DRG 462B i 2006. Analyser av ISF-data for 2007 viste at det fremdeles var et stort antall dagopphold registrert med hoveddiagnosekode Z50.89 gruppert til DRG 462B, spesielt i første halvår.

Korrespondanse med de regionale helseforetakene kunne tyde på forbedringer i sykehusenes praksis for koding og journalføring i løpet av 2007, og utvalget ønsket en tilnærming som med rimelig treffsikkerhet ville fange opp slike forbedringer. Av hensyn til sammenlignbarhet mot forrige revisjon, ble et tilsvarende opplegg for granskning av journaler for ISF-oppgjøret 2006 valgt.

På vegne av Avregningsutvalget kalte Norsk pasientregister inn anonymiserte kopier av 10 pasientjournaler fra hvert av 26 utvalgte sykehus. Journalene var hentet fra andre

halvår 2007. På oppdrag fra NPR gikk KITH gjennom de anonymiserte pasientjournalene og bedømte kodingen av dagopphold med hoveddidagnosekode Z50.89 i henhold til gjeldende retningslinjer for koding og registrering, samt regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2007*.

I Avregningsutvalgets møte 23. september ble saken sluttbehandlet. Utvalget fant at resultatet fra journalrevisjonen i hovedsak var nedslående, men samsvarende med resultatet fra fjorårets journalgjennomgang omkring samme tema. Ved enkelte sykehus i Helse Sør-Øst RHF var det imidlertid eksempler på registrering av tilfredsstillende kvalitet, og som utvalget finner grunn til å trekke fram som lyspunkt. Se tabell 5 for regionvise resultater.

Tabell 5. Regionsvis etterlevelse av ISF-kriterier for dagrehabilitering 2007. Resultater fra journalgranskning.

<b>Tidl. Helse Øst</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent av regionen</b>
<b>Antall opphold</b>	<b>560 (23,0 % av alle)</b>	
Opphold med minst 4 faggrupper	11	2,0
Opphold med godkjent behandlingsplan	109	19,5
Opphold med eksternt samarbeid	381	68,0
Opphold uten gruppeaktivitet	310	55,4
Godkjente opphold	7	1,3
<b>Tidl. Helse Sør</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent av regionen</b>
<b>Antall opphold</b>	<b>729 (29,9 % av alle)</b>	
Opphold med minst 4 faggrupper	2	0,3
Opphold med godkjent behandlingsplan	41	5,6
Opphold med eksternt samarbeid	402	55,1
Opphold uten gruppeaktivitet	390	53,5
Godkjente opphold	-	-
<b>Helse Vest</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent av regionen</b>
<b>Antall opphold</b>	<b>603 (24,7 % av alle)</b>	24,7
Opphold med minst 4 faggrupper	6	1,0
Opphold med godkjent behandlingsplan	0	0,0
Opphold med eksternt samarbeid	401	66,5
Opphold uten gruppeaktivitet	199	33,0
Godkjente opphold	-	-
<b>Helse Midt-Norge</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent av regionen</b>
<b>Antall opphold</b>	<b>238 (9,8 % av alle)</b>	
Opphold med minst 4 faggrupper	3	1,3
Opphold med godkjent behandlingsplan	39	16,4
Opphold med eksternt samarbeid	164	68,9
Opphold uten gruppeaktivitet	60	25,2
Godkjente opphold	-	-
<b>Helse Nord</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent av regionen</b>
<b>Antall opphold</b>	<b>310 (12,7 % av alle)</b>	
Opphold med minst 4 faggrupper	1	0,3
Opphold med godkjent behandlingsplan	94	30,3
Opphold med eksternt samarbeid	246	79,4
Opphold uten gruppeaktivitet	173	55,8
Godkjente opphold	-	-

Anbefaling:

*Dagopphold med hoveddiagnosekode Z50.89 gruppert til DRG 462B avkortes i sin helhet ved undersøkte helseforetak. Det anbefales at 2 prosent av avkortningen overføres til de regionale helseforetakene justert for folketallet i hver av regionene. Avkortningen er i tråd med funn fra journalgranskningen.*

*Avregningsutvalget påpeker at kravet om minimum fire helsefaggrupper i tverrfaglige team for hvert dagopphold er strengt.*

### **Sak 08/4416 DRG 243 Rygglidelser, traumatiske tilstander og symptomer i ryggen**

Per Einar Uggen hadde status som observatør i behandlingen av saken.

Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratets avdeling Pasientklassifisering, økonomi og analyse (FIPA). Analyser viste stort volum og stor økning i antall dagopphold (LOS=0) gruppert til DRG 243 for pasienter bosatt i Helse Midt-Norge. Både volum og vekst i antall dagopphold var større for pasienter fra Midt-Norge enn for pasienter som bor i de andre helseregionene – også justert for folketallet. Det var spesielt et sykehus i Helse Midt-Norge som skilte seg ut med et stort antall dagopphold og stor vekst fra 2006 til 2007. Analyser viste at det var mange dagopphold per pasient.

Helse Midt-Norge ble bedt om å redegjøre for oppholdene ved sykehuset. Sykehuset svarte at det dreide seg om rehabilitering av pasienter med ryggplager der kirurgisk behandling ikke var et alternativ. Pasientene hadde i 2006 og 2007 vært inne til dagrehabilitering gruppevis. Behandlingen hadde gått over en periode på 5 uker med i gjennomsnitt 7-8 pasienter per serie. Det tverrfaglige behandlingstilbudet ble beskrevet som individuelt, selv om det hadde vært flere pasienter inne til rehabilitering på samme tid. Fra februar 2008 ble behandlingstilbudet kortet inn fra 15 til 10 dager. Sykehuset hadde i ettertid endret registreringspraksis for disse oppholdene fra dagopphold til poliklinisk behandling med takst I03d *Tverrfaglig behandling av ryggpasienter*.

Avregningsutvalget mener at oppholdene ved sykehuset i Helse Midt-Norge RHF ikke oppfyller kriteriene til ISF-refusjon og burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.

Anbefaling:

*1 415 opphold ved et sykehus i Helse Midt-Norge RHF gruppert til DRG 243 Rygglidelser anbefales avkortet i sin helhet. Avregning mot NAV-takster overlates til forvaltningen.*

### **Sak 08/4417 Behandlingspraksis og bruk av hoveddiagnosekoder Z54.1 og Z54.2**

Lara Hvidsten hadde status som observatør i behandlingen av denne saken.

Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratets avdeling FIPA på bakgrunn av et brev fra Helsetilsynet i Vestfold. Helsetilsynet viste til en behandlingspraksis ved et sykehus i Helse Sør-Øst RHF der konsultasjoner hos lege i hovedsak ble lagt til andre dager enn de dagene pasientene fikk gjennomført sin planlagte behandling ved poliklinikken.

Analyser av ISF-data for sykehuset i Helse Sør-Øst viste utypisk bruk av hoveddiagnosekodene Z54.1 *Rekonvalesens etter strålebehandling* og Z54.2 *Rekonvalesens etter kjemoterapi*. I ISF-data for 2007 var det bare dette sykehuset som benyttet de to hoveddiagnosekodene på denne måten. Kodene var nesten ikke brukt ved andre sykehus. Hyppigste bidiagnosekode registrert ved Z54.2 som hoveddiagnosekode var C189 *Ondartet svulst i tykktarm, uspesifisert*. Pasienter som hadde minst ett opphold kodet med Z54.1 eller Z54.2 hadde i gjennomsnitt 13 dagopphold hver, også på andre kreftavdelinger ved sykehuset.

Sekretariatet ba Helse Sør-Øst RHF om en redegjørelse for behandlingen som ble gitt ved sykehuset og registreringspraksis for opphold med de to hoveddiagnosekodene. Sykehuset svarte at dette dreide seg om støttebehandling og rehabilitering av pasienter som var påført betydelige bivirkninger på bakgrunn av belastende onkologisk behandling. Kode Z54.1 ble brukt i forbindelse med pasienter som mottok strålebehandling mellom belastende cytostatikakurer. Kode Z54.2 ble brukt ved rehabilitering av pasienter som fikk kjemoterapi.

I et oppfølgingsbrev til Helse Sør-Øst RHF ba utvalget om en beskrivelse av en typisk behandlingsdag for en pasient med opphold registrert med hoveddiagnosekode Z54.1 og/eller Z54.2, samt en begrunnelse for at tilbudet ble gitt som dagbehandling og ikke poliklinisk behandling, jf. regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2007*. Sykehuset svarte at typiske behandlingstiltak gitt ved Z54.x har bestått av parenteral ernæring, væske-/elektrolyttkorreksjon, blodoverføring, smerte- og symptomlindring. Spesialsykepleier og lege hadde vært involvert i behandlingen, mens andre faggrupper hadde blitt benyttet mer sporadisk. Behandlingen hadde tatt over 5 timer. Helse Sør-Øst RHF svarte at de oppfattet at koding som dagbehandling var korrekt med begrunnelse i at denne typen behandling neppe kan gjøres forsvarlig i ordinær poliklinisk virksomhet. Helseforetaket erkjente at valg av hoveddiagnosekode burde endres til pasientens aktuelle kreftdiagnose jf. retningslinjer fra KITH.

Avregningsutvalget mente at de trengte mer informasjon for å kunne komme med en anbefaling i saken. De ba sekretariatet kalle inn 10 pasientjournaler for opphold med hoveddiagnosekode Z54.1 eller Z54.2 ved sykehuset og be KITH bedømme kodingen med hensyn til bruk av hoveddiagnosekode og behandlingsnivå.

KITH fant kriteriene for bedømming problematiske i og med at det ikke er presisert i ISF-regelverket for 2007 hva som kreves av journaldokumentasjon ved dagbehandling. KITH konkluderte med at ingen av dagoppholdene ved sykehuset kunne karakteriseres som rekonvalesensopphold, i det adjutant behandling ikke var avsluttet eller det ble gitt støttende behandling, som må ses på som en del av behandlingen for kreftsykdommen. Videre fant KITH det riktig at oppholdene kunne klassifiseres som dagbehandling, ut fra den behandling som ble gitt ved oppholdene. KITH stilte imidlertid spørsmål til om journaldokumentasjonen for oppholdene var tilstrekkelig og henviste til Helsedirektoratet for en nærmere vurdering av dette.

KITH kodet om alle de 72 oppholdene med det de mener er korrekt hoveddiagnosekode ut fra dokumentasjonen i de 10 pasientjournalene. To opphold var åpenbart feilkodet siden det var gitt cytostatikabehandling. Disse skulle hatt hoveddiagnosekode Z51.11 *Kjemoterapi for svulst*. For det ene av disse to oppholdene var Z51.11 brukt som bidiagnosekode. For 32 andre opphold sammenfalt KITHs hoveddiagnosekode med opprinnelig registrert bidiagnosekode. For de resterende oppholdene vurderte KITH at

korrekt hoveddiagnosekode skulle ha vært en annen enn opprinnelig registrert bidiagnosekode.

Korrigerings av hoveddiagnosekode ville ikke føre til endring i ISF-utbetaling for 70 av de 72 dagoppholdene. Disse oppholdene vil grupperes til en annen medisinsk DRG med korrigert vekt 0,15, det vil si samme vekt som for opprinnelig hoveddiagnosekode. For to dagopphold vil korrigert hoveddiagnosekode føre til endring i korrigert vekt. Disse vil grupperes til DRG 410B *Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 1* med korrigert vekt 0,37.

Avregningsutvalget anser feilkodingen av de to dagoppholdene som tilfeldig og ønsker ikke å endre på ISF-refusjonen for sykehuset i Helse Sør-Øst RHF. Avregningsutvalget oppfordrer sykehuset til å korrigere kodepraksis.

### **Sak 08/4418 DRG 271 Kroniske sår i huden**

Johan Ræder hadde status som observatør i behandlingen av denne saken.

Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratets Avdeling pasientklassifisering, økonomi og analyse (FIPA). Analyser avdekket et stort volum og en stor vekst i antall sykehusopphold gruppert til DRG 271 knyttet til pasienter bosatt i Helse Sør-Øst RHF. Det var dagoppholdene som økte mest. De fleste dagoppholdene var registrert ved hudavdelingen til et sykehus i Helse Sør-Øst RHF. Hyppigste hoveddiagnosekode var L97 Sår på underekstremitet, ikke klassifisert annet sted.

Hudavdelingene ved to sykehus i Helse Sør-Øst RHF fusjonerte i 2007. Sykehus A kodet L97 som dagopphold før fusjonen. Sykehus B og den fusjonerte hudavdelingen kodet L97 som poliklinisk konsultasjon. Helse Sør-Øst RHF og begge sykehusene hadde i brev til Avregningsutvalgets sekretariat beskrevet behandlingen som ble gitt i de aktuelle oppholdene.

Avregningsutvalget mener at behandlingen ved sykehus A er å betrakte som polikliniske konsultasjoner og ikke dagopphold, jf. regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2007*.

Anbefaling:

*210 opphold ved hudavdelingen ved sykehuset i Helse Sør-Øst RHF anbefales avkortet i sin helhet.*



**Sak 08/4419 DRG 179 Inflammatoriske tarmsykdommer**

Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratets Avdeling pasientklassifisering, økonomi og analyse (FIPA). Analyser avdekket et stort volum og en stor vekst i antall sykehusopphold gruppert til DRG 179 Inflammatoriske tarmsykdommer knyttet til pasienter bosatt i Helse Sør-Øst RHF. Dagopphold økte mest. 1 126 av 2 298 dagopphold i 2007 var registrert ved ett sykehus. Hyppigste hoveddiagnosekode ved sykehuset var innenfor ICD-10-kapitlene K50 Crohns sykdom og K51 Ulcerøs kolitt.

Helse Sør-Øst og sykehuset hadde i brev til Avregningsutvalgets sekretariat beskrevet behandlingen som ble gitt i de aktuelle oppholdene og begrunnet sitt valg av omsorgsnivå.

Avregningsutvalget mener at behandlingen var å betrakte som en serie polikliniske konsultasjoner samlet til en dag og ikke dagopphold, i henhold til regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2007*.

Anbefaling:

*1 126 opphold ved sykehuset i Helse Sør-Øst RHF anbefales avkortet i sin helhet.*

**Sak 08/6252 Oppfølging av sak 07/4920 Registrering og koding av laserbehandling**

Saken er en oppfølging av sak 07/4920 *Registrering og koding av laserbehandling – Nullstilt takst B42e/f* som ble behandlet i 2007 og sak 08/06 *Sammenheng mellom takst og prosedyrekoder* som ble behandlet i 2006. I sistnevnte sak anbefalte Avregningsutvalget avkortning av polikliniske konsultasjoner kodet med nullstilt takst B42e i kombinasjon med prosedyrekoder for laserkirurgi.

På bakgrunn av korrespondanse mellom Avregningsutvalget og et sykehus i Helse Vest RHF i slutten av 2007 kom det frem at sykehuset hadde feilaktig registrert en del konsultasjoner med prosedyrekode for laserbehandling og nullstilt takst B42e i 2007.

Anbefaling:

*258 konsultasjoner kodet med prosedyrekode for laserbehandling og nullstilt takst B42e ved et sykehus i Helse Vest RHF anbefales avkortet.*

### 3 Tekniske beregninger

Avregningsutvalget har i 2008 kommet fram til anbefaling om avkorting av ISF-refusjon i fem saker:

Tabell 6. Saker hvor Avregningsutvalget har anbefalt avkorting. 2008.

Sak nr	Tittel
Sak 08/2946	Oppfølging av dagrehabilitering gruppert til 462B i 2007
Sak 08/4416	DRG 243 Ryggglidelser, traumatiske tilstander og symptomer i ryggen
Sak 08/4418	DRG 271 Kroniske sår i huden
Sak 08/4419	DRG 179 Inflammatoriske tarmsykdommer
Sak 08/6252	Registrering og koding av laserbehandling

ISF-refusjon for 2007 beregnes på følgende måte:

*Korrigerede DRG-poeng \* 0,40 \* 32 490,-*

Nedenfor beskrives tekniske beregninger i de fem sakene der Avregningsutvalget har anbefalt avkorting.

#### Sak 08/2946 Oppfølging av dagrehabilitering gruppert til DRG 462B i 2007

Avregningsutvalget har anbefalt at:

*Dagopphold med hoveddiagnosekode Z50.89 gruppert til DRG 462B avkortes i sin helhet ved undersøkte helseforetak. Det anbefales at 2 prosent av avkortningen overføres til de regionale helseforetakene justert for folketallet i hver av regionene. (...).*

Teknisk beregning framkommer i de to tabellene nedenfor. Siste kolonne i den andre tabellen viser anbefalt avkorting.

Tabell 7. Z50.89 i DRG 462B etter pasientens bostedsregion. Dagopphold ved institusjoner omfattet av journalgjennomgang. Antall dagopphold, sum korrigert vekt og ISF-refusjon.

Bostedsregion	Antall opphold	Korrigerede DRG-poeng	ISF-refusjon
Helse Sør-Øst	42 603	5 112,39	66 440 620
Helse Vest	6 612	793,44	10 311 546
Helse Midt-Norge	958	114,96	1 494 020
Helse Nord	7 451	894,12	11 619 984
<b>Total</b>	<b>57 624</b>	<b>6 914,91</b>	<b>89 866 170</b>

Tabell 8: Anbefalt avkorting i sak 08/2946. Dagopphold med hoveddiagnosekode Z50.89. Etter pasientens bostedsregion. 2007.

Bostedsregion	ISF-refusjon	2 % av avkorting	Andel befolkning	Tilbakeføring	Avkorting
Helse Sør-Øst	66 440 620	1 328 812	0,55	997 555	65 443 065
Helse Vest	10 311 546	206 231	0,21	371 461	9 940 085
Helse Midt-Norge	1 494 020	29 880	0,14	250 831	1 243 189
Helse Nord	11 619 984	232 400	0,10	177 476	11 442 507
<b>Total</b>	<b>89 866 170</b>	<b>1 797 323</b>	<b>1,00</b>	<b>1 797 323</b>	<b>88 068 847</b>

Anbefaling:

Avkorting settes til kr **88 068 847,-** (åttiåtte millioner sekstiåtte tusen åtte hundre og førtisyv kroner) som fordeles etter pasientenes bostedsregion.

### Sak 08/4416 DRG 243 Ryggglidelser, traumatiske tilstander og symptomer i ryggen

Avregningsutvalget har anbefalt at:

*1 415 opphold ved et sykehus i Helse Midt-Norge RHF gruppert til DRG 243 Ryggglidelser anbefales avkortet i sin helhet.*

Tabell 9. Anbefalt avkorting i sak 08/4416. Dagopphold gruppert til DRG 243. Etter pasientens bostedsregion. 2007.

Bostedsregion	Antall opphold	Korrigerte DRG-poeng	ISF-refusjon
Helse Sør-Øst	11	1,4	17 545
Helse Vest	2	0,3	3 899
Helse Midt-Norge	1 395	205,7	2 672 627
Helse Nord	7	1,1	13 646
<b>Total</b>	<b>1 415</b>	<b>208,4</b>	<b>2 707 717</b>

Anbefaling:

Avkorting settes til kr **2 707 717,-** (to millioner syv hundre og syv tusen syv hundre og sytten kroner) som fordeles etter pasientenes bostedsregion.

### Sak 08/4418 DRG 271 Kroniske sår i huden

Avregningsutvalget har anbefalt at:

*210 opphold ved hudavdelingen ved sykehuset i Helse Sør-Øst RHF anbefales avkortet i sin helhet.*

Tabell 10. Anbefalt avkorting i sak 08/4418. Dagopphold i DRG 271. Etter pasientens bostedsregion. 2007.

Bostedsregion	Antall opphold	Korrigerte DRG-poeng	ISF-refusjon
Helse Sør-Øst RHF	210	31,5	409 374

Anbefaling:

Avkorting settes til kr **409 374,-** (fire hundre og ni tusen tre hundre og syttifire kroner) som fordeles etter pasientenes bostedsregion.

**Sak 08/4419 DRG 179 Inflammatoriske tarmsykdommer**

Avregningsutvalget har anbefalt at:

*1 126 opphold ved sykehuset i Helse Sør-Øst RHF anbefales avkortet i sin helhet.*

Tabell 11. Anbefalt avkorting i sak 08/4419. Dagopphold i DRG 179. Etter pasientens bostedsregion. 2007.

Bostedsregion	Antall opphold	Korrigerte DRG-poeng	ISF-refusjon
Helse Sør-Øst RHF	1 123	168,45	2 189 176
Helse Midt-Norge RHF	2	0,30	3 899
Helse Nord RHF	1	0,15	1 949
<b>Total</b>	<b>1 126</b>	<b>168,90</b>	<b>2 195 024</b>

Anbefaling:

Avkorting settes til kr **2 195 024,-** (to millioner ett hundre og nittifem tusen og tjuetruer kroner) som fordeles etter pasientenes bostedsregion.

**Sak 08/6252 Oppfølging av sak 07/4920 Registrering og koding av laserbehandling**

Avregningsutvalget har anbefalt at:

*258 konsultasjoner kodet med prosedyrekode for laserbehandling og nullstilt takst B42e ved et sykehus i Helse Vest RHF anbefales avkortet.*

Tabell 12. Anbefalt avkortning i sak 08/6252. Konsultasjoner med prosedyrekode for laserbehandling og nullstilt takst B42e. Etter pasientens bostedsregion. 2007.

Bostedsregion	Konsultasjoner	Korrigerte DRG-poeng	ISF-refusjon/ Avkortning
Helse Sør-Øst	4	1,96	25 472
Helse Vest	253	123,97	1 611 114
Helse Midt-Norge	1	0,49	6 368
<b>Total</b>	<b>258</b>	<b>126,42</b>	<b>1 642 954</b>

Anbefaling:

Avkorting settes til kr **1 642 954,-** (en million seks hundre og førtito tusen ni hundre og femtifire kroner) som fordeles etter pasientenes bostedsregion.

**Samlet anbefaling om avkorting i sak 08/2946, 08/4416, 08/4418, 08/4419 og 08/6252**

Tabellen nedenfor angir Avregningsutvalgets samlede anbefalinger om avkortinger i utbetalingsgrunnlaget for Innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten for 2007. Alle fordelinger på regionnivå er utregnet etter pasientenes bostedsregion.

Tabell 13. Avregningsutvalgets samlede anbefaling om avkorting i utbetalingsgrunnlaget for ISF. Etter pasientens bostedsregion. 2007. Kroner.

Bostedsregion	Sak 08/2946 Dagrehab	Sak 08/4416 DRG 243 Rygglidelser	Sak 08/4418 DRG 271 Kroniske sår	Sak 08/4419 DRG 179 Inflam. tarmsykd	Sak 08/6252 Registrering av laserbeh	SUM
Helse Sør-Øst	65 443 065	17 545	409 374	2 189 176	25 472	68 084 632
Helse Vest	9 940 085	3 899			1 611 114	11 555 098
Helse Midt-Norge	1 243 189	2 672 627		3 899	6 368	3 926 083
Helse Nord	11 442 507	13 646		1 949		11 458 103
<b>SUM</b>	<b>88 068 847</b>	<b>2 707 717</b>	<b>409 374</b>	<b>2 195 024</b>	<b>1 642 954</b>	<b>95 023 916</b>

## 4 Vedlegg 1 Avregningsutvalgets mandat og sammensetning

### Mandat

Under behandling av St.prp. nr. 47 (1999-2000) vedtok Stortinget, etter forslag fra Regjeringen, å opprette Avregningsutvalget; et rådgivende medisinsk utvalg som skal bistå departementet i medisinsk-faglige spørsmål knyttet til registrering og kvalitetskontroll av medisinske data. Konstituerende møte i utvalget fant sted 07.12.2000.

Utvalget skal gi Helsedirektoratet råd i spørsmål knyttet til utbetalingsgrunnlaget i Innsatsstyrt finansiering. Utvalget skal gi råd til Helsedirektoratet om utbetalingene i ISF er i tråd med intensjonene bak finansieringsordningen eller om det er grunnlag for å foreta endringer i utbetalingene.

Utvalget er ikke partssammensatt, men uavhengig og foretar sine vurderinger på faglig grunnlag. Alle kan fremme saker til utvalget. Møter avholdes etter behov. Utvalgets anbefalinger er av prinsipiell art, og legger føringer for utvalgets og departementets behandling av lignende saker. Utvalgets saker er åpne, og anbefalinger og møtereferat er offentlige.

### Avregningsutvalgets sammensetning:

Bjørn Buan, Forsknings sjef, SINTEF Helse (leder)

Johan C. Ræder, Seksjonsoverlege dr. med., Ullevål universitetssykehus HF

Kathan Al-Azawy, Avdelingsdirektør, Haukeland universitetssykehus HF

Lara Hvidsten, Overlege, Sykehuset i Vestfold HF

Mikal Gjellan, Overlege, Nordmøre og Romsdal HF/praktiserende spesialist

Per Einar Uggen, Overlege, St. Olavs hospital HF

Siri Malm, Overlege dr. med., UNN Harstad HF

Stein Øyvind Jørstad, Overlege, Sykehuset Østfold HF

### I møtene stiller dessuten:

Lotte Strandjord, Rådgiver, Helsedirektoratet, Avdeling Norsk pasientregister (sekretær)

Robert Wiik, Rådgiver, Helsedirektoratet, Avdeling Norsk pasientregister

Eva Wensaas, Seniorrådgiver, Helsedirektoratet, Avdeling Pasientklassifisering, økonomi og analyse (observatør)

## 5 Vedlegg 2 Avkorting i ISF-utbetalinger 2000-2006

### Oversikt over Avregningsutvalgets vedtak om avkorting, 2000-2006

År	Saksnummer- og tittel	Beskrivelse	ICD-10/NCSP
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.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
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 Søvnapné.	Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)
	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	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
	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	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
2003	Sak 9/04 Bruk av J22 "uspesifisert akutt infeksjon i nedre luftveier"	Diagnosen J22 bør ikke benyttes for pasienter som har lungebetennelse (pneumoni J13-J18) som hovedtilstand.	Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)
2004	Sak 02/05 Økning i DRG 380 Abort uten kirurgiske inngrep og tilstander etter abort	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.	Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)
	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 Søvnapné.	Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)

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



## **6 Vedlegg 3 Journalrevisjon 2007, Dagrehabilitering i DRG 462B**

Nedenfor følger KITHs rapport fra journalrevisjon av dagopphold med hoveddiagnosekode Z50.89, gruppert til DRG 462B i 2007.

## Journalrevisjon av utvalgte dagopphold i 2007 kodet med ICD-10-kode Z50.89

### Oppgave

Revisjonen er et oppdrag for Norsk pasientregister på vegne av Avregningsutvalget og går ut på å bedømme om ICD-10-koden Z50.89 Vanlig rehabilitering er korrekt brukt ved et utvalg dagopphold ved norske helseforetak i 2007. KITH utførte et tilsvarende oppdrag for Avregningsutvalget høsten 2007 for opphold fra 2006.

### Om revisorene

Trine Fresvig er fulltidsansatt ved KITH AS. Hun er sivilingeniør fra NTH og har flere års klinisk erfaring fra generell kirurgi og ortopedi.

Øystein Hebnes også fulltidsansatt ved KITH AS. Han er spesialist i indremedisin med 10 års klinisk erfaring fra indremedisin og kardiologi og har tilleggsutdanning i IT fra Universitetet i Oslo.

Vedrørende spørsmål om habilitet har Trine Fresvig arbeidet ved Blefjell sykehus, Notodden 2001-2003, altså 4 år før revisjonsperioden. Hun har også arbeidet ved ortopedisk avdeling ved Akershus universitetssykehus i revisjonsperioden. Øystein Hebnes har arbeidet ved medisinsk avdeling ved Akershus universitetssykehus fra 1995 til 2005, altså inntil 2 år før revisjonsperioden. Ettersom ingen av revisorene har arbeidet ved avdelinger noen av pasientseriene er hentet fra i revisjonsperioden, anser vi at ingen av oss er inhabile i forhold til oppgaven.

Bedømmningen er foretatt ved at revisorene hver for seg har gjennomgått hver sin kopi av materialet og flere ganger underveis sammenliknet resultatene på overordnet nivå (for hvert løpenummer). Det har imidlertid ikke vært praktisk mulig å samstemme alle detaljer av bedømmningen.

### Materiale

26 helseforetak ble bedt om hver å sende inn 10 journaler for dagopphold gruppert til DRG 462B i 2007. Disse er kodet med ICD-10-kode Z50.89 Vanlig rehabilitering som hovedtilstand. Vi har mottatt hver journal i 2 kopier som skal være identiske og anonymiserte.

Totalt skulle materialet bestå av 260 serier med pasientopphold, der hver serie har et unikt løpenummer fra 1 til 260. Imidlertid er løpenummer 20 tatt ut, da dette var tatt med feilaktig (gjaldt kompleks rehabilitering i stedet for vanlig rehabilitering). Materialet som er bedømt består derfor av 259 serier av opphold, med totalt 2440 dagopphold. Gjennomsnittlig antall opphold per serie er dermed 9,4.

## Bedømningskriterier

Vi har fått presisert at kriteriene for bedømmning skal være identiske med de fra forrige revisjon, altså for oppholdene fra 2006. Kriteriene er gitt i heftet *Innsatsstyrt finansiering 2007* utgitt av Sosial- og helsedirektoratet (nå Helsedirektoratet), i seksjon 3.6 Rehabilitering, side 27-33.

Teksten i regelverket for rehabilitering er omskrevet/utvidet noe fra heftet for 2006, som lå til grunn for forrige revisjon, men selve reglene er ikke endret.

Kriteriene som må oppfylles er som følger:

- Min. antall spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team skal være minst 4
- Målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan
- Kontinuerlig samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen
- Dagtilbud hvor det i løpet av samme dag gis organisert gruppeundervisning (pasientopplæring e.l.) og andre polikliniske tilbud skal ikke registreres som rehabilitering innenfor ISF, selv om disse kan omfatte rehabiliterende tiltak. Opphold for pasienter som mottar gruppebehandling, som læring og mestring, fysioterapi, opptrening, diettveiledning e. l. er ikke inkludert i ISF, og skal finansieres gjennom takster fra NAV.

Det må fremgå av den innsendte journaldokumentasjonen at kriteriene over er oppfylt.

Både opphold som gjelder habilitering og rehabilitering er inkludert i regelverket slik vi tolker teksten om kompleks rehabilitering på side 30. Enkelte av oppholdene som er revidert er habilitering av barn i stedet for rehabilitering.

## Diskusjon av kriteriene

Det er problematisk å anvende disse kriteriene på serier av dagopphold når man skal bedømme hver dag som om den var separat fra de andre dagene i serien, noe den naturligvis ikke er. Det er meningsløst å kreve at det skal foreligge en ny individuell plan for hver eneste dag, og også at det skal dokumenteres samarbeide med relevante etater hver dag, og for disse kriteriene velger vi å se alle dagopphold i en serie under ett.

Ved et rehabiliteringsopphold der pasienten er inneliggende vil man ikke ha alle faggrupper inne hver eneste dag. For serier av dagopphold er det imidlertid presisert fra Helsedirektoratet at det for hvert eneste dagopphold skal være minst 4 helsefaggrupper involvert i rehabiliteringsarbeidet. Det er også en skjønnsmessig vurdering hvor mye som skal til av dokumentert aktivitet for at man skal kunne si at en faggruppe har deltatt i rehabiliteringen en gitt dag. Det er f.eks. sannsynligvis i minste laget at en sykepleier kun har målt et blodtrykk, men fordi vi må bruke skjønn her er tallene fra de to revisorene ikke identiske ettersom det ikke er praktisk gjennomførbart å sammenlikne hver eneste registrering.

Hva som skal kreves av kontinuerlig samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen er også et spørsmål som krever skjønn. Som et minimum må det foreligge

epikrise/sluttnotat sendt til pasientens fastlege, men i mange tilfeller er det ikke nødvendig eller naturlig med noe utstrakt samarbeide underveis. Det er vanskelig å definere nøyaktig hvordan slikt samarbeide skal foregå

Ved rehabilitering vil gruppeaktiviteter ofte inngå, og for rehabilitering hos innlagte pasienter er det ikke gitt noen regler vedrørende dette. For dagopphold er det imidlertid presisert at dersom det gis gruppeundervisning eller gruppebehandling samme dag, skal dagoppholdet ikke registreres som rehabilitering innenfor ISF-ordningen. Dette gjør også at en større del av oppholdene ikke godkjennes.

## Resultater

Et stort antall av seriene består av opphold der aktiviteten hovedsaklig eller i noen grad er **gruppebasert**. En god del serier er rene ”skoler”, f.eks. KOLS-skole eller hjerteskoole. Felles for disse er at de oftest har en inntaksvurdering og en sluttvurdering, men svært lite dokumentasjon fra de enkelte dager, noe som er naturlig ettersom de stort sett følger et fastlagt opplegg som gjenbrukes for mange pasienter og er kjent ved avdelingen/seksjonen. For disse er det klart at serien som helhet må underkjennes. En del andre serier består av en blanding av individuell rehabilitering og gruppebasert aktivitet, og for disse er det ofte ikke mulig å avgjøre hvilke dager det har forekommet gruppebasert aktivitet. Vi finner at rundt 147 serier (57%) består helt eller delvis av gruppeaktiviteter.

Kun et lite mindretall har god **tverrfaglig dokumentasjon** betegnet som sådan i journalen. Det dominerende er at hver faggruppe dokumenter sin egen aktivitet uavhengig av andre.

**Individuell behandlingsplan** foreligger også bare hos et mindretall, ca. 10% av seriene. Det som oftest forekommer er en kort angivelse av planlagte tiltak i et av de første notatene fra fysioterapeut. Ideelt sett burde det være dokumentert en plan som er fremkommet ved samarbeide mellom de ulike faggruppene som skal delta i arbeidet, men dette ser vi meget sjelden. Hva som skal godtas som individuell behandlingsplan blir nødvendigvis en skjønnsmessig vurdering, og vi har vært relativt liberale i bedømmningen av dette.

For **kontinuerlig samarbeid** med relevante etater utenfor institusjonen har vi også vært liberale i bedømmningen og finner at dette kriteriet er oppfylt for rundt 2/3 av seriene.

Det er presisert fra Helsedirektoratets side at det for hvert eneste dagopphold skal være **minst 4 helsefaggrupper** involvert i rehabiliteringsarbeidet. I likhet med for 2006 er dette kriteriet også for 2007 kun oppfylt for et utbetydelig antall dagopphold. Vi finner tallet til å være 16 (< 1%, TF) og 23 (<1%, ØH). Antall dagopphold helt uten dokumentert innsats fra noen faggruppe finner begge revisorene til å være 1349 (55%, begge revisorer).

*Alt i alt finner vi at kun 7 (0,3%) dagopphold tilfredsstiller alle kriterier. Dette tallet er av samme størrelsesorden som det som ble funnet ved tilsvarende revisjon for 2006.*

## Resultater serievis

Det er i noen grad også mulig å bedømme materialet serievis, hvis man ser på hvert løpenummer som en enhet i stedet for hver enkelt dag. Vi får da følgende tall:

Antall serier som i stor grad består av **gruppebaserte aktiviteter** kan være så høyt som 149 (57%). Dette tallet er imidlertid høyst usikkert og bedømmes ulikt av revisorene, siden det ut fra dokumentasjonen for mange serier ikke fremgår hvor mye av aktiviteten som er gruppebasert.

Antall serier som har tilfredsstillende **individuell behandlingsplan** finner vi til hhv. 27 og 25 (10%, begge revisorer). Tilsvaret tallet for dagoppholdene siden det er meningsløst å kreve ny individuell plan for hver dag i en serie.

Dokumentasjon for **samarbeid** med relevante etater blir på samme måte tilsvarende som for dagoppholdene, med hhv. 171 (66%, ØH) og 175 (68%, TF) av seriene godkjent.

Hvor mange serier vi bedømmer har **minst 4 helsefaggrupper** inne i arbeidet er noe forskjellig for de to revisorene, 58 (22%, ØH) og 46 (18%, TF), men siden tallene er såpass like har vi valgt å ikke bruke mer tid på å samstemme dem.

*Alt i alt finner vi at 6-7% av seriene oppfyller alle 4 kriteriene over, 12% oppfyller 3 av kriteriene, mens 81-82% oppfyller 0 til 2 kriterier.*

## Oppsummering

2440 dagopphold fra 2007 kodet med ICD-10-koden Z50.89 Vanlig rehabilitering er gjennomgått med tanke på om de tilfredsstillende kriteriene for bruk av koden gitt i heftet *Innsatsstyrt finansiering 2007*. Oppholdene fordeler seg på 259 serier.

Kriteriene krever en del tolkning for å kunne anvendes. Den viktigste tolkningen er at det for hvert eneste dagopphold skal være minst 4 helsefaggrupper involvert i rehabiliteringsarbeidet. Å anvende disse kriteriene på enkeltvis dagopphold skaper problemer, ettersom rehabilitering er noe som foregår over en lengre tidsperiode, ikke bare én enkelt dag. Dette kriteriet alene utelukker 99% av dagoppholdene. Videre finnes en tilfredsstillende individuell plan for rehabiliteringen for kun 10% av seriene. Det tredje kriteriet som utelukker mange opphold er kravet om at det ikke skal finne sted noen gruppeaktivitet, noe som er en naturlig del av arbeidet ved rehabilitering. Dog er mange av disse seriene nokså ren gruppeundervisning eller ”skoler”, og disse skal klart ikke kodes som rehabilitering. Dette kriteriet utelukker vel halvparten av oppholdene.

Kun 7 av de 2440 dagoppholdene tilfredsstillende alle kriterier som er gitt, slik vi bedømmer det. Dette tallet er av samme størrelsesorden som ved revisjon av tilsvarende serier fra 2006.

Selv dersom man forsøker å bedømme serier under ett i stedet for enkelte dagopphold (noe som ikke er oppgaven), finner vi at kun 6-7% av seriene kan godkjennes.

Vedlagt er oppsummerende kommentarer for de enkelte helseforetak som har sendt inn dokumentasjon til revisjon.

Oslo, 26. september 2008

Trine Fresvig

Øystein Hebnes

Prosjektleder

