

Avregningsutvalgets årsrapport 2014

Arbeid med Aktivitetsbasert finansiering for 2013

November 2014



INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD.....	2
SAMMENDRAG.....	3
1 OM AVREGNINGSUTVALGET.....	4
2 HOVEDTREKK FRA AVREGNINGSUTVALGETS ARBEID I 2014.....	6
3 ANBEFALINGER OG KONSEKVENSER FOR AKTIVITETSBASERT FINANSIERING 2013.....	8
3.1 SAKSOMFANG OG ENDRINGER I AKTIVITETSBASERT FINANSIERING.....	8
3.2 VURDERINGER OG ANBEFALINGER.....	9
4 TEKNISKE BEREGNINGER.....	28
5 VEDLEGG: ANBEFALINGER OM AVREGNING AV ABF, 2000-2012	46

Forord

Avregningsutvalget har sluttført sitt kontrollarbeid innenfor Aktivitetsbasert finansiering (ABF) av spesialisthelsetjenester utført i 2013. Utvalget har vurdert kvaliteten på medisinske registreringer av betydning for denne ordningen. De fleste sakene som utvalget har arbeidet med i 2014, ble innmeldt fra Helsedirektoratet, mens et fåtall ble innmeldt fra helseforetakene.

Utvalget har gjort sine vurderinger med støtte i gjeldende kodeverk og kodeveiledninger, samt regelverket for den aktivitetsbaserte finansieringsordningen. Etter behov har utvalget konsultert ekstern ekspertise. Gjennom analyser og korrespondanse har utvalget avklart feilaktig og uheldig utvikling i kodepraksis, men også fått bekreftet en tilfredsstillende registreringspraksis i flere tilfeller. Også disse sakene omtales i rapporten for å gi leseren innsyn i utvalgets arbeid og vurderinger. Sykehusenes svarbrev refereres i rapporten med tilpasset tekst for lesbarhetens skyld.

Opplysninger fra tidligere år har vært studert for å kartlegge utviklingen i registreringspraksis over tid. Utvalget har kontrollert hvorvidt helseforetakene faktisk har gjennomført korreksjoner i etterkant av utvalgets tidligere saksbehandling. Disse undersøkelsene har i hovedsak vist at helseforetakene har gjennomført de nødvendige korreksjoner, men unntak er også avdekket og påpekt i rapporten.

Gjennom saksbehandlingen er det beskrevet enkelte forbedringsområder som Helsedirektoratet kan føre videre.

Feil eller mangler ved registreringene har ført til at utvalget anbefaler endringer i et flertall av de saker som har vært behandlet i 2014.

Trondheim, 15. november 2014

Bjørn Buan (leder)
Kathan Al-Azawy
Marianne Altmann
Arne Seternes
Halfdan Aass
Folke Sundelin
Tore Haukvik
August Bakke
Suzana Rosic

Eva Wensaas (observatør)
Marte Kjølvik (sekretær)
Linda Leivseth (sekretær)
Lotte Strandjord (sekretær)

Sammendrag

Avregningsutvalget har i 2014 behandlet 15 saker der spørsmål om riktig medisinsk koding, og dermed finansiering, ble reist. I 10 av sakene anbefalte utvalget avregning av Aktivitetsbasert finansiering (ABF) på totalt 49 millioner kroner.

Én av sakene som ble behandlet i 2014 ble meldt inn til Avregningsutvalget fra sektoren, øvrige saker ble meldt inn fra Helsedirektoratets Avdeling økonomi og analyse (FIOA) og Avdeling finansiering og DRG (FIFI).

Anbefalingene har påvirkning både på Innsatsstyrt finansiering (ISF) og Kommunal medfinansiering (KMF).

Tabell 1. Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av ABF for 2013 fordelt etter pasientenes bostedsregion. Kroner.

Bostedsregion	Anbefalt avregning av ABF for 2013
Sør-Øst	-34 208 225
Vest	-9 506 992
Midt-Norge	-4 653 052
Nord	-661 366
Totalt	-49 029 636

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 medisinsk utvalg for departementet i spørsmål knyttet til registrering og kvalitetskontroll av medisinske data. Etter omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen skulle utvalget gi sine anbefalinger til Helsedirektoratet.

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, som består av Innsatsstyrt finansiering (ISF) og Kommunal medfinansiering (KMF). Utvalgets arbeid bidrar til at utbetalingene skjer i tråd med intensjonene bak finansieringsordningen.

Aktivitetsbasert finansieringsordning

KMF påvirker ISF-ordningen både med hensyn til omfang og konkrete beregningsregler. De to finansieringsordningene, ISF og KMF, innrettes slik at summen av ABF blir den samme som ISF-ordningen ville ha utgjort alene dersom KMF ikke ble innført.

Arbeidsform

Avregningsutvalget arbeider uavhengig og foretar sine vurderinger på faglig grunnlag. Utvalget møtes som regel fem til seks ganger i året. Alle som ønsker det kan fremme saker til utvalget gjennom sekretariatet som er lagt til Helsedirektoratets Avdeling norsk pasientregister. Sekretariatet besvarer også henvendelser om utvalgets arbeid. Utvalgets anbefalinger søker å følge en prinsipiell linje som legger føringer for utvalgets og direktoratets behandling av lignende saker. Utvalget søker å oppnå intern konsensus bak sine råd.

Utvalgets anbefalinger og møtereferat er offentlige og publiseres på:
www.helsedirektoratet.no/finansiering/isf/avregningsutvalget

Sammensetning

I behandlingen av avregningen for 2013 deltok følgende medlemmer:

Bjørn Buan (leder)	Medisinsk rådgiver	Trondheim
Kathan Al-Azawy	Avd.dir. Lungeavd.	Bergen
Marianne Altmann	Overlege nevrologi	Oslo
Arne Seternes	Overlege karkirurgi	Trondheim
August Bakke	Professor, dr.med	Bergen
Tore Haukvik	Spesialrådgiver	Lardal
Halfdan Aass	Fagdirektør dr.med	Drammen
Folke Sundelin	Ass. fagdirektør	Oslo
Suzana Rosic	Overlege gynekologi	Kirkenes

Eva Wensaas, seniorrådgiver ved Helsedirektoratets Avdeling finansiering og DRG, har vært observatør i utvalget.

Sekretariatet har bestått av Marte Kjelvik, Linda Leivseth og Lotte Strandjord, seniorrådgivere, ved Helsedirektoratets Avdeling norsk pasientregister.

I tillegg har Øystein Hebnes, seniorrådgiver ved Helsedirektoratets Avdeling statistikk og kodeverk (EISK) i Helsedirektoratet, bistått utvalget ved behov for ekspertise i kodeveiledning og retningslinjer for medisinsk koding i enkelte saker.

2 Hovedtrekk fra Avregningsutvalgets arbeid i 2014

Den aktivitetsbaserte finansieringsordningen for sykehus, samt ordningen for Kommunal medfinansiering, betinger at tjenestene er korrekt registrert, og at tjenestene faktisk er innenfor disse ordningene. Avregningsutvalget er i første rekke innrettet mot Aktivitetsbasert finansiering, men endringer i utbetalingene kan få betydning for den kommunale medfinansieringen.

Legenes registreringer av diagnoser og prosedyrer må holde god og jevn kvalitet mellom helseforetakene for at ordningen skal fungere tilfredsstillende. I motsatt fall kan Stortingets intensjon med ordningen bli utfordret, ved at helseressurser kan bli skjevfordelt mellom pasientgrupper eller mellom ulike landsdeler. Dermed kan finansieringsordningens legitimitet svekkes blant politikere, helseadministratorer, fagfolk og folk flest. Avregningsutvalgets kontrollarbeid er nødvendig for å opprettholde ordningens insitamenter om god ressursutnyttelse, og for å understøtte den politiske styringen av ressursfordelingen.

I 2014 fikk utvalget 15 saker til behandling. Sakene hadde dels lokal opprinnelse, dels var problemstillingene landsdekkende. De fleste sakene ble innmeldt fra Helsedirektoratet, men enkelte spørsmål kom fra helseforetakene. I tillegg til behandling av disse sakene, gikk utvalget gjennom saker fra tidligere år, for å vurdere hvorvidt utvalgets anbefalinger hadde ført til forbedringer i kodepraksis og etterlevelse av regelverk. Seks av disse sakene fikk betydning for utvalgets anbefalinger om avregning for 2013.

Sammenlignet med tidligere år har utvalget i 2014 arbeidet med problemstillinger som har krevd både noe ekstra kodefaglig ekspertise og ekstra innsats i analyser. Basert på de svar som helseforetakene utarbeider etter utvalgets henvendelser, mener vi å kunne spore en positiv utvikling i den kodefaglige kompetanse og beredskap lokalt.

Blant problemstillingene utvalget har arbeidet med, har registreringspraksis knyttet til nye behandlingsmetoder og nye medisinske begreper vært en gjenganger. Det er å forvente at det tar litt tid innen det kommer på plass en enhetlig nasjonal registreringspraksis, til tross for informasjon fra Helsedirektoratet. Gjennom utvalgets fokusering på enkelte slike forhold, er det håp om å redusere et slikt etterslep.

Sakene har i 2014 spent fra konkrete og avgrensede problemstillinger innen enkelte fagområder, til problemstillinger i grenselandet mellom disipliner, og om forhold som angår brede områder av spesialisthelsetjenestene. Eksempelvis behandlet utvalget kriterier for tilleggsrefusjoner på grunnlag av vanlig forekommende kliniske problemstillinger som ernæringsproblemer hos nyfødte, dehydrering ved medisinske opphold, og betydningen av moderat blodtap i forbindelse med kirurgiske inngrep, samt kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) som tilleggstilstand. Utvalget har tidligere behandlet systematisk feilkoding ved KOLS og anbefalt avkorting i utbetalingene. Denne gang fant utvalget ingen grunn til å anbefale avkorting og vil heller følge med kodepraksisen videre.

I flere av sakene som utvalget behandlet, kom det fram at Helsedirektoratets kodeveiledning kan presiseres nærmere, slik at klassifiseringen i mindre grad overlates

skjønnnet hos den enkelte lege eller sykehusavdeling. Analyser av data fra Norsk pasientregister viser at variasjonen i registreringene er unødig stor. Gjennom henvendelser til helseforetakene kom det fram at lokale veiledninger var vanlig forekommende, men uten noen underliggende nasjonal konsensus. Avregningsutvalget etterlyser derfor at kodeveiledningene fra Helsedirektoratet forbedres på nevnte områder. Justeringer i DRG-grupperingen kan også vurderes, slik at den bedre fanger opp kun reelle forskjeller i pasientsammensetning, og at registreringer uten klinisk og ressursmessig betydning overses.

De fleste sakene som utvalget har til behandling blir tilstrekkelig belyst gjennom analyser av data fra Norsk pasientregister og korrespondanse med helseforetakene. Av og til viser det seg imidlertid at det bildet som dannes fortsatt er for upresist. Da kan det være nyttig å gjennomføre en revisjon av pasientjournaler med støtte av innleid ekspertise, eller innhenting av ekspertvurderinger. Utvalget har ikke sett behov for journalrevisjoner i 2014, men kodeverkseksptertise har vært benyttet i et flertall av sakene.

I om lag en tredjedel av sakene som utvalget behandlet i 2014 avsto utvalget fra å anbefale endringer i de statlige utbetalingene for 2013. Utvalget ønsker imidlertid å se nærmere på flere av disse sakene også i 2015.

3 Anbefalinger og konsekvenser for Aktivitetsbasert finansiering 2013

3.1 Saksomfang og endringer i Aktivitetsbasert finansiering

Avregningsutvalget har hatt fem arbeidsmøter i 2014. Møtested har vekslet mellom Værnes, Gardermoen og Flesland. Utvalget har i løpet av året behandlet 15 ordinære saker. I 10 av sakene har utvalget kommet fram til en anbefaling til Helsedirektoratet om avregning av Aktivitetsbasert finansiering for 2013. Seks av sakene er oppfølging av saker innmeldt og behandlet tidligere år.

Tabell 2. Saker behandlet av Avregningsutvalget i 2014.

Saksnr	Tittel
14/4230	<i>DRG 390 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem</i>
14/4275	<i>DRG 87 Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt</i>
14/4293	<i>DRG 323/3230 Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL-behandling</i>
14/4331	<i>Bruk av SIRS/SEPSIS-koder etter kodeendring i 2010</i>
14/4725	<i>M72.0 Dupuytren's kontraktur (krokfinger)</i>
14/4727	<i>Kirurgiske prosedyrekoder ved ikke-kirurgiske avdelinger</i>
14/4779	<i>Andel opphold i medisinske par-DRG hvor E86 Væsketap er kodet som annen tilstand</i>
14/4802	<i>Andel opphold i kirurgiske par-DRG hvor D62 Akutt posthemoragisk anemi er kodet som annen tilstand</i>
14/4939	<i>Andel opphold i par-DRG hvor J44.9 Uspesifisert kronisk obstruktiv lungesykdom er kodet som annen tilstand</i>
Saksnr	Oppfølgingssaker fra foregående år:
13/3904	<i>DRG 4610 Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling</i>
13/3905	<i>DRG 482 og 483 Tracheostomi</i>
13/4395	<i>Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89 Vanlig rehabilitering</i>
13/4901	<i>DRG 2660 Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling</i>
13/4904	<i>Flere registrerte episoder samme dag</i>
13/5150	<i>DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi</i>

Av de sakene som ble behandlet i Avregningsutvalget i 2014 ble sak 14/4727 *Kirurgiske prosedyrer ved ikke-kirurgiske avdelinger* meldt inn fra sektoren. De øvrige sakene ble meldt inn til Avregningsutvalget fra Helsedirektoratets avdelinger FIOA og FIFI.

Tabell 3. Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av ABF for 2013 etter pasientenes bostedsregion og konsekvenser for ISF og KMF. Kroner.

Bostedsregion	ISF	KMF	SUM ABF
Sør-Øst	-21 346 801	-12 861 424	-34 208 225
Vest	-9 091 070	-415 920	-9 506 992
Midt-Norge	-4 619 131	-33 921	-4 653 052
Nord	-449 690	-211 676	-661 366
Totalt	-35 501 153	-13 522 942	-49 029 635

Avregningsutvalget anbefaler i 2014 avregninger som vil medføre en netto reduksjon i Aktivitetsbasert finansiering på 49 029 635 kroner. Anbefalingene vil få konsekvenser for refusjoner til alle regionale helseforetak, jf. tabell 3.

Anbefalingene påvirker både ISF og KMF. I noen av sakene vil anbefalingene øke andelen KMF.

Saker Avregningsutvalget har behandlet tidligere år, hvor det ikke var behov for ny vurdering og saksbehandling i Avregningsutvalget, ble behandlet av Helsedirektoratets avdelinger FIOA og FIFI. For 2013 gjelder dette sakene vist i tabell 4.

Tabell 4. Oppfølgingssaker fra tidligere år behandlet av Helsedirektoratet, uten ny vurdering og saksbehandling i Avregningsutvalget.

Saksnr	Oppfølgingssaker
13/3827	<i>Tannkirurgi og bruk av prosedyrekode ECW99 Annen operasjon på gingiva eller processus alveolaris</i>
13/3833	<i>Opphold i DRG DD02 og koding av øyekirurgi som innleggelser</i>
13/3902	<i>DRG 4590 Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling</i>
13/8909	<i>Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed i 2012</i>
13/6805	<i>Valg av omsorgsnivå for dagopphold - ulik praksis mellom HF</i>

3.2 Vurderinger og anbefalinger

Nedenfor presenteres de 15 referatsakene Avregningsutvalget har behandlet i 2014. I 10 av disse anbefalte Avregningsutvalget avregning overfor Helsedirektoratet.

Sak 14/4230 DRG 390 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem

Analyser av ABF-data for 2013 viste at pasienter bosatt i Hordaland hadde en høy andel opphold i DRG 390 *Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem, vekt 0,817* sammenlignet med landet for øvrig. Samtidig viste analysene at antall opphold per 1 000 innbyggere i DRG 391 *Frisk nyfødt* var lavt i forhold til landet som helhet. I 2013 var vektene for DRG 390 0,817, for DRG 391 0,385 og for DRG 3910 *Frisk nyfødt, dagopphold* 0,385.

I Hordaland var det 4,1 opphold per 1 000 innbyggere i DRG 390 i 2013. Tilsvarende for landet som helhet var 2,1. I forhold til resten av landet ble opphold for nyfødte i Hordaland oftere kodet slik at de ble gruppert til DRG 390.

Den høye andelen opphold i DRG 390 i Hordaland kunne i stor grad tilskrives høy andel opphold i DRG 390 ved Haukeland universitetssjukehus. Også Finnmarkssykehuset HF, klinikk Kirkenes hadde en vesentlig høyere andel nyfødte i DRG 390 enn landet for øvrig.

En analyse av hvilke tilstandskoder som hadde egenskaper som grupperte til DRG 390 viste et høyt volum av ulike tilstandskoder i kategori P 92 *Problemer med næringsinntak hos nyfødt*. For landet som helhet forekom P92-kodene ved 4 968 episoder hvorav Haukeland universitetssjukehus representerte over halvparten.

Avdeling statistikk og kodeverk (EISK) i Helsedirektoratet, ble bedt om å avklare retningslinjer for kodepraksis av P92. I følge EISK kan P92-kodene betraktes som

symptomkoder. Hvis man kjenner til årsaken til problemene med næringsinntak som er angitt med P92-kodene, er det årsaken som skal kodes først. Symptomet kodes så som annen tilstand.

Sekretariatet sendte brev til Helse Vest RHF med kopi til Haukeland universitetssjukehus, Helse Nord RHF med kopi til Finnmarkssykehuset HF, klinikk Kirkenes og Helse Sør-Øst RHF med kopi til Sykehuset Østfold og ba om en redegjørelse for hva som var kriteriene for at oppholdene ble gruppert til DRG 390 og bruken av tilstandskode P92.

I svarbrevet fra Haukeland universitetssjukehus skrev de at de har hatt et høyt fokus på kodekvalitet over lengre tid og at de innførte en endring i rutinene for diagnosesetting av nyfødte for 2-3 år siden. Nå har jordmor ansvar for koding og riktig diagnosesetting for mor og barn. Haukeland universitetssjukehus har utarbeidet tydelige retningslinjer for de ulike kodene. I de tilfeller hvor kodene under er benyttet er dette dokumentert skriftlig i mors pasientjournal.

- P92.0 *Brekning hos nyfødt* har vært brukt dersom kvalme hos barnet førte til forsinket ammestart/lengre liggetid eller ressursbruk for overvåking av barnet.
- P92.3 *For lite mat til nyfødt* har vært brukt dersom barnet fikk tillegg av medisinske grunner som stort vekttap eller svært mye uro.
- P92.5 *Problem med brysternæring hos nyfødt* har vært brukt ved vanskelig amming og ammehjelp utover det vanlige. Dette har i så fall ført til mye ressursbruk hos personale og lengre liggetid.

Haukeland universitetssjukehus skrev videre at årsaken til at andelen opphold som havnet i DRG 390 sannsynligvis var høy fordi de har hatt økt fokus på korrekt koding av tiltak som er utført overfor det nyfødte barnet. De mente at behandlingen av nyfødte ved sykehuset kan være organisert på en annen måte enn landet for øvrig i den grad det er høyt fokus på kort liggetid. Pasienter som avviker fra normal liggetid får nødvendig behandling som blir dokumentert i journal og kodet med korrekte ICD-10 koder. Årsaken til at tilstandskode P92 brukes i mye større grad ved Haukeland universitetssjukehus enn ved andre institusjoner kan skyldes fokus på dokumentasjon og korrekt koding av pasientbehandlingen. Det kan se ut til at andre institusjoner ikke har den samme kodepraksis knyttet til problemer med ernæring hos nyfødte barn.

Finnmarkssykehuset HF, Klinikk Kirkenes begrunnet årsaken til feil kodepraksis med stor utskifting av personalet. De skrev også at de nå har endret kodepraksis og at personalet kurses i kodepraksis.

Sykehuset Østfold opplyste at antall opphold på Kvinneklinikken i DRG 390 var for lavt i forhold til mengde pasienter. Samtidig trodde sykehuset at det var for mange opphold i DRG 390 ved Nyfødt intensiv. Sykehuset trodde årsaken var mangelfull kompetanse på koding, samt at man muligens ikke er gode nok til å kode underveis i oppholdet på barsel. Sykehuset har iverksatt tiltak på både kvinneklinikken og Nyfødt intensiv. Sykehuset Østfold mente at de selv burde ligge likt sammenlignet med tilsvarende sykehus som innehar likt behandlingsansvar og populasjon.

I møtet 19. juni anbefalte Avregningsutvalget å avregne fødselsopphold med registrert ernæringsproblem (P92) gruppert til DRG 390 mot nasjonale gjennomsnittstall. Utvalget mente at pasientgruppen nyfødte var en uselektert populasjon slik at det forventes en lik fordeling av nyfødte med ernæringsproblemer mellom regionene. Utvalget anbefalte en avregning fordi noen sykehus fikk mer betalt enn andre sykehus for lik

pasientbehandling. Utvalget anerkjenner at det legges vekt på koding, men det skal være likt betalt for samme pasientbehandling.

Haukeland universitetssjukehus sendte et nytt brev som ble presentert for utvalget 12. september. Sykehuset skrev at en grundigere gjennomgang har vist at tidligere kriterier har medført uriktig kodepraksis. Sykehuset har hatt som praksis å registrere tilstandskoder for å beskrive aktivitet knyttet til normal oppfølging av barnet mer enn som en diagnose av barnet sin tilstand. Sykehuset har nå skjerpet inn kodingen til bare å gjelde i de tilfellene der barnet eller mor har en lidelse eller en tilstand som gjør næringsinntak vanskelig eller direkte påvirker barnets helse. Noen barn som tilsynelatende er helt friske ved fødselen, kan få problemer med næringsinntak og gå mye ned i vekt i løpet av kort tid. Hvis dette medfører sykehusopphold ut over 3 dager, må det settes i gang ekstraordinære tiltak. I disse tilfellene mente sykehuset at P92 bør kunne brukes. Endring i bruk av kodegruppa er tredd i kraft og avdelingen har også valgt å rette opp all koding i 2014.

I møtet 12. september presenterte sekretariatet forslag for tekniske beregninger for alle opphold i DRG 390 kodet med P92 som hovedtilstand eller annen tilstand ved Haukeland universitetssjukehus og Sykehuset Finnmark, klinikk Kirkenes og med liggetid mindre enn landsgjennomsnittet på fire dager.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler en avregning av opphold ved helseforetak med høy forekomst av fødselsopphold kodet med P92 *Problemer med næringsinntak hos nyfødt*, da denne problemstillingen forventes å være likt fordelt i regionene. Alle opphold i DRG 390 med hovedtilstand Z38.0 *Levendefødte barn etter fødested* med liggetid mindre enn fire dager gis refusjon lik DRG 391 *Frisk nyfødt*. Opphold i DRG 390 kodet med andre hovedtilstander godkjennes, begrunnet med at barnet har vært utskrevet fra sykehuset for deretter å bli lagt inn igjen på grunn av ernæringsproblem.

Sak 14/4275 DRG 87 Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt

Analyser av ABF-grunnlaget for 2013 viste at pasienter bosatt i Vestfold har en høy andel opphold i DRG 87 *Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt* sammenlignet med landet for øvrig. Vekten for DRG 87 var i 2013 på 1,420.

Pasienter bosatt i Vestfold fylke hadde 1,2 opphold per 1 000 innbyggere i DRG 87 i 2013, mens det for landet som helhet var 0,3 opphold. Oppholdene var i hovedsak registrert ved Sykehuset i Vestfold. Av oppholdene i DRG 87 ved Sykehuset i Vestfold hadde 97 prosent hovedtilstandskode J96 *Respirasjonssvikt*. Nær 20 prosent av alle opphold i landet med J96 var registrert ved Sykehuset i Vestfold.

Sekretariatet sendte brev til Helse Sør-Øst RHF med kopi til Sykehuset i Vestfold og ba om en redegjørelse for hvordan behandlingen av respirasjonssvikt er organisert og bakgrunn for valg av tilstandskode J96.

Sekretariatet gjorde analyser lik tidligere sak fra 2010 ved sykehuset i Telemark (sak 10/4474), samt en analyse på liggetidsfordeling. Helsedirektoratets avdeling statistikk og kodeverk (EISK) ble også kontaktet for å få dagens retningslinjer for koding av respirasjonssvikt.

Sykehuset i Vestfold svarte at de hadde overforbruk av tilstandskode J96 i perioden 2009-2011 og at kodepraksisen ble innskjerpet. Bruken av koden økte igjen fram til 1. tertial 2013 og praksis ble skjerpet inn på nytt. Sykehuset opplyste at de har lagt seg på en restriktiv linje for å bruke J96.x som tilstandskode. Det skal være tatt arteriell blodgass uten oksygentilførsel, der pO₂ er under 8,0 alternativt CO₂ over 6,5. For å bruke maskeventilasjonen har sykehuset krav om at det skal foreligge en respiratorisk acidose med pH < 7,35. For å bruke J96.x som hoveddiagnose skal respirasjonssvikten være den dominerende årsak til at pasienten innlegges, for eksempel en KOLS eller fibrosepasient som dekompenierer, uten at det foreligger for eksempel en infeksjon som krever mest ressursbruk, da blir infeksjonen hovedtilstand og respirasjonssvikten annen tilstand.

Avdeling EISK i Helsedirektoratet mente at J96 er en vanlig kode som kan være både hovedtilstand og annen tilstand. Men J96 skal vanligvis ikke brukes som hovedtilstand hvis man kjenner årsaken til respirasjonssvikten.

Avregningsutvalget vurderte at pasientsammensetningen i Vestfold fylke ikke skiller seg spesielt ut i forhold til resten av landet og at det er overkodning av respirasjonssvikt som hovedtilstand ved Sykehuset i Vestfold. Pasientene har enten KOLS, pneumoni, lungekreft eller andre sykdommer som skulle ha vært kodet som hovedtilstand.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler å avregne opphold i DRG87 *Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt* med hovedtilstand J96 *Respirasjonssvikt* ved Sykehuset i Vestfold. Oppholdene gis refusjon tilsvarende opphold med J96 som annen tilstand og den første av andre tilstander som hovedtilstand.

Sak 14/4293 DRG 323 / 323O Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL-behandling

Denne saken dreier seg om opphold i DRG 323 *Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL behandling* og DRG 323O *Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL behandling, dagmedisinsk behandling*. Analyser av ABF-data for 2013 viste at pasienter bosatt i Hordaland hadde en høy andel opphold i DRG 323 sammenlignet med landet for øvrig. Samtidig viste analysene at det høye volumet i DRG 323 ble motsvart av et lavt volum i DRG 323O. Det var ulik praksis mellom institusjoner for registrering av omsorgsnivå ved ESWL-behandling.

Pasienter bosatt i Hordaland hadde 1,41 opphold per 1 000 innbyggere i DRG 323 i 2013. Tilsvarende for landet som helhet var 0,34 opphold per 1 000 innbyggere.

Opphold i DRG 323O inneholder kun behandling med ESWL, mens opphold i DRG 323 omfatter flere typer behandling av stein i urinveiene med innleggelse (liggetid minst én dag).

Sekretariatet har gjort analyser der opphold som er noe annet enn ESWL-behandling er ekskludert og har sett på opphold kun registrert med prosedyrekodene KAT00 *Ekstrakorporal sjokkbølgelitolitripsi* i nyrebekken eller KBT00 *Ekstrakorporal sjokkbølgelitolitripsi i ureter*.

Analysene viste at et høyt antall opphold ved Haukeland universitetssjukehus var registrert som døgnopphold og at det for flere av innleggelsene ved Haukeland universitetssjukehus var registrert permisjoner.

Sekretariatet sendte brev til Helse Vest RHF med kopi til Haukeland universitetssjukehus og ba om en redegjørelse for hvorfor andelen døgnopphold i DRG 323 var høyere ved Haukeland universitetssjukehus enn andre sykehus, samt hvordan virksomheten er organisert.

I svaret fra Haukeland universitetssjukehus begrunnet de valget av omsorgsnivå. Haukeland behandlet flest urinveissteiner pga. høy insidens og høy prevalens i befolkningen og pga. høy ekspertise. Direkte bakgrunn for at pasienter som gjennomgår denne behandlingen legges inn har vært to alvorlige tilfeller av urosepsis etter ESWL-behandling. Ut fra et pasientsikkerhetsståsted ble det besluttet at disse pasientene skulle være innlagt på sykehuset. Et fåtall av pasientene ligger nå i sengeavdelingene, majoriteten ligger i sykehotell. Pasientene som har bopel i nærheten og som kan komme til sykehuset på mindre enn 30 minutter får om de føler seg i stand til det være i hjemmet på permisjon natten over. Samtlige pasienter på permisjon har fritt leie inn til sykehuset dersom de får store smerter og/eller feber. Sykehuset forsvarer sitt valg av behandling og oppfølging av disse pasientene med at det er bygget på beste medisinske skjønn og hvordan det kan gjøres på best mulig måte for pasientene.

I møtet 12. september 2014 la sekretariatet frem analyser som viste andel reinnleggelser etter ESWL-behandling innen en uke ved henholdsvis Haukeland universitetssjukehus og resten av landet. Avregningsutvalget anbefalte en avregning for opphold i DRG 323 med KAT00 og KBT00 hvor liggetid er ett døgn. Haukeland avregnes mot et gjennomsnitt av de øvrige foretakenes bruk av innleggelse med ett døgn. Det tas hensyn til at pasienter om er innlagt to eller flere dager ligger lengre på grunn av andre medisinske årsaker, samt at enkelte pasienter har behov for innleggelse i ett døgn.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at døgnopphold ved Haukeland universitetssjukehus gruppert til DRG 323 med prosedyrekodene KAT00 og KBT00 og hvor liggetid er lik 1 avregnes ned til gjennomsnittlig antall opphold ved øvrige sykehus i landet.

Sak 14/4331 Bruk av SIRS/SEPSIS-koder etter kodeendring i 2010

Denne saken dreier seg om bruk av SIRS/ SEPSIS-koder etter kodeendring i 2010. Tilstandskoder for SIRS ble tatt i bruk i ICD-10 fra og med 2010, retningslinjer for koding ved SIRS og SEPSIS ble publisert i kodeveiledningen i 2011.

SEPSIS kodes med A40.x eller A41.x som hovedtilstand. SIRS kodes med R57.2, R65.0 eller R65.1 som annen tilstand. Etter kodeendringen i 2010 forventes det en vridning i bruk av koder fra SEPSIS til koder for SIRS. Analyser av ABF-data for 2010 og 2013 kan tyde på at retningslinjene for SIRS/ SEPSIS koding ikke er implementert ved enkelte helseforetak.

Analysene viste at de fleste helseforetakene hadde reduksjon i bruken av SEPSIS-koder, som forventet, men for enkelte sykehus hadde andelen koder for SEPSIS økt. Dette kan tyde på at retningslinjene for SIRS/ SEPSIS koding ikke har blitt implementert.

Avklaringer fra Avdeling statistikk og kodeverk (EISK) i Helsedirektoratet i møtet 16. mai rundt retningslinjer for kodepraksis av SIRS og SEPSIS;

- SIRS (systemisk inflammatorisk responssyndrom) er en generell reaksjon i kroppen på f.eks. infeksjon eller traume og er definert ved bestemte kriterier. Disse er angitt for voksne i kodeveiledningen, men man må som vanlig bruke de til enhver tid gjeldende kriterier, som kan endre seg med tiden.
- SEPSIS er per definisjon SIRS forårsaket av infeksjon. Ved alvorlig SEPSIS er det i tillegg svikt i minst ett organ, som må være et annet enn det der infeksjonen evt. er lokalisert.
- Når man kjenner til infeksjonen som gir SEPSIS brukes koden for infeksjonen som første kode, f.eks. J13 *Pneumoni som skyldes Streptococcus pneumoniae* og som tilleggskode brukes enten R65.0 *Systemisk inflammatorisk responssyndrom av infeksjons årsak uten organsvikt* eller R65.1 *Systemisk inflammatorisk responssyndrom av infeksjons årsak med organsvikt*. R65.0 er ikke obligatorisk siden SIRS regelmessig vil følge infeksjoner av en viss alvorlighetsgrad.
- Når man ikke kjenner infeksjonens lokalisasjon brukes en av kodene for SEPSIS som ikke angir noen lokalisasjon, f.eks. A41.0 *SEPSIS som skyldes Staphylococcus aureus*. R65-kodene brukes i tillegg på samme måte som over.

Sekretariatet presenterte analyser i saken, samt svarbrev fra institusjonene.

Analyser av datagrunnlaget viste at bruk av kodene A40.x / A41.x leder oppholdene inn i DRG 416N/417N med vekt 2,232. Bruk av kodene R57.2 / R65.0 / R65.1 som tilleggstilstand leder i DRG avhengig av hovedtilstand. Sekretariatet viste tall på hyppigste registrerte hovedtilstander hvor koder for SIRS (R57.2/R65.0/R65.1) var registrert som annen tilstand. I ABF for 2013 var det 571 ulike hovedtilstander og oppholdene ble gruppert til 255 ulike DRG.

Sekretariatet sendte brev til de sykehusene som hadde vekst i koder for SEPSIS med følgende spørsmål:

1. Hva er bakgrunnen for valg av tilstandskode?
2. Er behandling av SIRS/SEPSIS organisert på noen annen måte enn i resten av landet? Eller finnes det andre faktorer som kan forklare ulikhetene i kodepraksis?
3. Hvordan kan det forklares at andelen episoder som er kodet med A40.x eller A41.x har økt sammenlignet med landet for øvrig?

Sykehusene som hadde vekst i koder for SEPSIS svarte som følger:

Haraldsplass diakonale sykehus (HDS): HDS skrev at det har vært lite bruk av R-kode ved HDS og lite systematisk opplæring i bruk av R-diagnose i tillegg. HDS har hatt underkoding av SEPSIS i en årrekke. Antall SEPSIS-koder har økt, men HDS har betydelig mindre antall SEPSIS-koder enn sykehus det er naturlig å sammenligne seg med.

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN): Dagens kodepraksis var beskrevet av medisinsk ansvarlige ved Barneavdelingen, Barne- og ungdomsklinikken, Hjerter- og Lungeklinikken, Kreftavd., kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken og medisinsk klinikk. Ved Barneavdelingen er SIRS i praksis lite brukt. Dette skyldes at kriteriene til SIRS hos barn og unge må være annerledes enn kriteriene angitt for voksne og Kodeveilederne slår også fast at disse definisjonene ikke gjelder for barn. Det må derfor utarbeides

kriterier for hvordan dette skal kodes for barn. Ved hjerte- lungeklinikken er kode for SEPSIS en lite brukt tilstandskode. Dersom de aktuelle tilstandene fremkommer, opplyser klinikken at en vil være spesielt oppmerksom. Ved kreftavdeling, kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken er det ofte pasienter som får SEPSIS i fasen med dårlig immunforsvar etter kjemoterapi. Da er det ofte vanskelig å påvise utgangspunktet for infeksjonen. Avdelingen er nylig opplært i koding av SIRS, slik at koding for disse pasientene vil bli bedre på de pasientene hvor utgangspunktet for infeksjonen er kjent. I svaret fra medisinsk klinikk UNN ble det vist til at kodeverket har en del inklusjons- og eksklusjonskriterier som må følges. Kriteriene er ofte ikke angitt nærmere enn det teksten knyttet til kodene sier. SIRS var nytt fra 2010, men kriteriene knyttet til dette ble publisert i 2011. Når «infeksjonsvurderinger» blir gjort ved UNN, ser de svært ofte at det i både innkomstjournaler og fortløpende vurderinger, blir henvist til disse kriteriene og i hvilken grad disse kriteriene oppfylles.

Det har vært økt fokus på håndtering av infeksjoner og antibiotikabruk ved UNN. Antall senger på infeksjonsposten UNN Tromsø og antall innleggelser under fagområdet Infeksjon er endret i perioden og det har blitt økt fokus på koding. Sentrale styringsdokument, som *Kodeveiledning* og *Regelverk for Innsatsstyrt finansiering*, formidles til alle klinikere ved UNN, og alle har tilgang til oppdaterte kodeverk. UNN foretar også internkontroll i forbindelse med oversending av data til NPR og ved journalgjennomgang med formål kvalitetsforbedring og bruk av indikatorer.

Vestre Viken HF: Dagens kodepraksis har vært gjennomgått med de fire medisinske avdelingene som er aktuelle. Sykehuset følger kodeveilederens retningslinjer. Det har tatt tid å implementere retningslinjene fra 2011. En koderevisjon i 2013 viste at retningslinjene ikke har vært godt nok implementert i foretaket. Det har vært ulik forståelse av når SEPSIS-koden (A40-41) skal registreres som hovedtilstand versus koding av infeksjon i det organ som danner utgangspunkt for den septiske infeksjonen. Det har også vært lite bruk av SIRS-koder. Deler av fagmiljøet melder at det har vært et argument mot SIRS-begrepet at det er for vidt omfavnede, da to SIRS-kriterier vil være tilstede ved mange infeksjons- og inflammatoriske tilstander med lav alvorlighetsgrad. Endring i kodepraksis i løpet av 2013, med en utvikling som forventet ved bedre implementering av retningslinjene. Dette blir fulgt opp videre.

Diakonhjemmet sykehus: Intern koderevisjon viste at endringen i bruk av aktuelle koder ikke var fullt ut implementert på sykehuset. Det lages nå en handlingsplan for opplæring og implementering. Gjennomgang av alle pasienter kodet med A40.x og A41.x viste blant annet; Enkelte ukompliserte bakteriemi tilstander uten kjent infeksjonsfokus, SIRS eller organ affeksjon kodes med A40.x eller A41.x som hoveddiagnose i stedet for A49.x + evt SIRS som bidiagnose. Bruken av SIRS som tilleggskoder er lite brukt og dette vil nå implementeres. Ved alvorlige SEPSIS tilstander med organ affeksjon, som for eksempel hypoperfusjon, er det kodet riktig hovedtilstand, men også her mangler det SIRS tilleggskoder.

Oslo kommunale legevakt (Oslo universitetssykehus): Gjeldende retningslinjer for koding følges, men pasientgruppen avviker fra de fleste sykehusavdelinger. Økningen av A40.x og A41.x som hovedtilstand er utløst av fire pasienter og denne svingningen er tilfeldig variasjon. Økningen må ses i forhold til at antall episoder i perioden 2010-2013 har variert fra 11-16, slik at volumet som er grunnlag for beregning av endring er meget lite. Observasjonsposten er en 24-timers post bemannet med allmennlege. Postens primæroppgave er grovdiagnostikk for å skille innleggelsestrengende fra pasienter som kan reise hjem. Andre SIRS-grupper enn infeksjonsutløste legges sjelden inn hos Oslo

kommunale legevakt. Finnes en og annen SEPSIS som umiddelbart utskrives til sykehus. Dermed kan ikke Oslo kommunale legevakt kode med R65, men benytter koden A41.

Avregningsutvalget har etterspurt og mottatt redegjørelse for koding av SIRS/SEPSIS fra avdeling kodeverk i Helsedirektoratet samt sendt brev til Helseforetak med spørsmål om bakgrunn for valg av tilstandskode ved SIRS/SEPSIS. Avregningsutvalget har kommet frem til at denne saken dreier seg om god kodeveiledning. Avregningsutvalget anbefaler Helsedirektoratet å presisere kodeveiledningen slik at regelverket blir entydig i forhold til koding av uspesifisert SEPSIS.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning i denne saken. Avregningsutvalget anbefaler Helsedirektoratet å presisere kodeveiledningen slik at regelverket blir entydig i forhold til koding av uspesifisert SEPSIS.

Sak 14/4725 M72.0 Dupuytren's kontraktur (krokfinger)

Analysen av ABF-data for 2013 viste at det var store forskjeller i registreringspraksis for injeksjonsbehandling av Dupuytren's kontraktur (krokfinger).

I kodeveiledning 2013 kapittel 19 står det under overskriften i «Injeksjonsbehandling av Dupuytren's kontraktur (krokfinger)»:

Når denne tilstanden behandles over to dager med injeksjon av kollagenase (Xiapex) i fascien første dag, og overrivning av Dupuytrenstrengen andre dag kodes det slik:

Dag 1

<i>M72.0</i>	<i>Dupuytren's kontraktur</i>
<i>WBGM70</i>	<i>Injeksjon i muskelfeste/senefeste/sene/fascie/bursa</i>
<i>M09A B02</i>	<i>Kollagenase clostridium histolyticum</i>

Dag 2

<i>M72.0</i>	<i>Dupuytren's kontraktur</i>
--------------	-------------------------------

Analysene viste store variasjoner i koding av opphold med M72.0. Analysene viste også at det var stor variasjon i om oppholdene er registrert som døgnopphold eller dagbehandling. Ved Haugesunds sanitetsforenings revmatismesykehus, Haukeland universitetssjukehus, Akershus universitetssykehus og Sørlandet sykehus var de fleste opphold registrert som døgnopphold, mens for øvrige sykehus var de registrert som dagbehandling/ poliklinikk. For flere av døgnoppholdene var det samtidig registrert permisjon.

Analysen viste mangelfull registrering på dag 1 og dag 2 for opphold med M72.0 som hovedtilstand.

Sekretariatet sendte følgende spørsmål til de institusjonene som hadde mange døgnopphold med M72.0.

- Hva er bakgrunnen for valg av omsorgsnivå for injeksjonsbehandling av Dupuytren's kontraktur (krokfinger)?
- Er injeksjonsbehandling av Dupuytren's kontraktur organisert på noen annen måte enn i resten av landet? Eller finnes det andre faktorer som kan forklare ulikhetene i behandlingspraksis og kodepraksis?

Institusjonene svarte som følger:

Sørlandet sykehus: Dette er en ny behandlingsform hvor sykehuset ikke hadde kliniske erfaringer fra tidligere. Saken ble drøftet i ortopedisk fagråd i samråd med klinikkssjef. Ved oppstart ble det i Arendal startet en studie. Til å begynne med var pasienten registrert inn på dagkirurgisk enhet hvor injeksjonen ble utført, neste dag ble utretting foretatt og registrert med «studie». Pasienten ble vurdert av ergoterapeut i etterkant, samt innkalt til en 4 måneders kontroll. Sykehuset valgte å ha pasienten tilgjengelig på pasienthotellet. I dag er pasientene flyttet til poliklinikken. Videre behandling er som tidligere. Sykehuset valgte omsorgsnivå ut fra medisinsk vurdering, samt ut fra lokale geografiske forhold, herunder lang reisevei.

Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus (HSR): Dette gjelder en ny metode fra 01.01.12. Resultatene ved de første 102 fingrene tilsvarer resultatene i internasjonale studier. Sykehuset er meget fornøyd med metoden og pasientene er også fornøyde. Injeksjon er en behandling som det har vært rapportert etterfølgende smerter, allergiske reaksjoner m.m. I tillegg kommer faktorer som alder og kompliserende komorbiditet. HSR valgte derfor i en startfase å legge pasienter inn til observasjon etter at de hadde mottatt injeksjonsbehandling. På dag to ble det utført uttøying og tilpassing av skinne ved ergoterapeut. Lang reisevei for enkelte pasienter ble vurdert å være uheldig ved innføring av ny behandlingsmetode. Har vurdert om pasientene skal behandles poliklinisk dag en eller to, men har valgt samme opplegg som nærmeste universitetsavdeling.

Akershus universitetssykehus (Ahus): Ahus var ett av de første sykehusene som tok i bruk injeksjonsbehandling ved krokfinger i Norge. Ahus mottar søknader fra hele landet for dette tilbudet. Mulighet for allergiske bivirkninger og ut fra pasientønske fikk pasienter tilbud om overnatting. Tilbudet har blitt stående vesentlig på grunn av pasientenes ønske og lang reisevei. Med hensyn til at WBG70 og kirurgiske prosedyrekoder kodes på samme opphold benyttes også en tredje metode ved Ahus, nåleperforasjonsmetoden, som er miniinvasiv, noe tidkrevende metode. Metoden benyttes hos en del pasienter på en annen finger i samme seanse som injeksjonsbehandling. Sykehuset erkjenner at kode M09A B02 ikke er registrert korrekt på pasienter som har fått injeksjon. Dette beror på feil i vår rutine. Ser at registrering av kode M09A B02 og organiseringen av tilbudet må gjennomgås på nytt i fagmiljøet.

Haukeland universitetssjukehus: Sykehuset har diskutert kodepraksis for denne behandlingen ved flere anledninger, hvor det ble bestemt at disse pasientene skulle være innlagt. Sykehuset skrev at det er flere hovedgrunner til at de har valgt å legge inn pasientene. De vesentligste hovedgrunnene var at dette er et nytt medikament som kan medføre potensielt alvorlig vevsskade. Muligheten for infeksjon i seneskjedene distalt for injeksjonen kan være alvorlig og i verste fall føre til sterk funksjonsnedsettelse av hånden. Behandlingen kan være svært smertefull og da må pasienten ha opiater. Med bakgrunn i komplikasjonsrater og type komplikasjoner, spesielt for pasienter med lang reisevei og eldre pasienter anbefalte sykehusets koderådgiver innleggelse.

Avregningsutvalget vurderte at dette er en ny behandlingsform og fagfeltet er i utvikling. Analysene har avdekket ulik registreringspraksis, ulik organisering av behandlingen og ulik bruk av helsepersonell som utfører prosedyren. Dette er en ny type behandling som ikke fungerte som tiltenkt og organiseringen av tjenestetilbudet er litt annerledes enn det som er lagt til grunn for kodeveiledningen. Avregningsutvalget er oppmerksomme på at Helsedirektoratet allerede har kommet med en løsning ved en forbedring i

kodeveilederen for 2014. For neste år bør kodeveiledningen være tydeligere på hvordan dette skal gjøres og det bør være lettere å se hvis noen har en kodepraksis som skiller seg ut fra retningslinjene.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning i denne saken. Utvalget ønsker en presisering i kodeveiledningen.

Sak 14/4727 Kirurgiske prosedyrer ved ikke-kirurgiske avdelinger

Saken ble meldt inn fra sektoren og handler om at kirurgiske koder som benyttes ved kirurgiske avdelinger i dokumentasjon feilkodes ved ikke-kirurgiske avdelinger. Eksempler på slike koder er KAJ00 *Nefrostomi* eller KAB00 *Biopsi av nyre eller nyrebekken*. Disse prosedyrene utføres nesten alltid under radiologisk veiledning som intervensjonsradiologiske inngrep og korrekt kode er her TKA10 *Perkutan punksjon av nyre eller nyrebekken* og TKA00 *Nålebiopsi av nyre eller nyrebekken*. Disse gjøres også i en del tilfelle ved kirurgiske avdelinger på røntgen. Tekst og prosedyrekode oppfattes som lik og kan føre til feilkoding.

Sekretariatet presenterte tall for utvalgte prosedyrekoder utført ved ikke-kirurgiske avdelinger i 2013. Med ikke-kirurgiske avdelinger menes alle avdelingskoder, unntatt avdelingskoder som starter med 1 (kirurgiske avdelinger) og 2 (andre avdelinger med operative inngrep) i følge Kodeverk for avdeling, rundskriv nr. IK44/89.

Avregningsutvalget vurderte at problemstillingen for ABF 2013 var marginal.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ikke en avregning i år, men dette er en sak som er like aktuell for utvalget til neste år.

Andel opphold i par-DRG'er

Avregningsutvalget har i 2014 behandlet tre saker som dreier seg om utviklingen i andelen opphold i DRG m/bk (med komorbiditet eller komplikasjoner) i forhold til opphold i DRG u/bk (uten komorbiditet eller komplikasjoner). Tidligere var det sterk vekst i andelen opphold m/bk, mens andelen opphold m/bk de siste årene har vært relativt stabil. Analyser av ABF-grunnlaget for 2013 viser at det er store variasjoner mellom helseforetak.

Som utgangspunkt for vurdering av variasjon i kodepraksis har sekretariatet gjort analyser på tre av de tilstandskodene m/bk som forekommer oftest. Disse har fått hvert sitt saksnummer.

I medisinske DRG'er er E86 *Væsketap* en av tilstandskodene med kompliserende egenskap som forekommer hyppigst. For landet samlet er E86 kodet som annen tilstand ved 4,4 prosent av alle episoder gruppert til medisinske par-DRG'er.

Sekretariatet sendte brev til de tre institusjonene med høyest og lavest andel episoder kodet med E86 i medisinske par-DRG'er. Følgende spørsmål ble stilt:

1. Hvilke kriterier ligger til grunn for koding av tilstandskode E86?
2. Hvorfor er andelen medisinske DRG'er kodet med E86 ved «din institusjon» betydelig høyere enn gjennomsnittet i Norge? (Kun til institusjonene med høyest andel E86).

Institusjonene som hadde høyest andel opphold kodet med E86 som annen tilstand svarte som følger:

- **Helgelandssykehuset HF Mo i Rana og Mosjøen:** Kriteriene for koding av E86 er at pasienten har fått intravenøs væske og at dette er dokumentert i journal og kurve. I tillegg har det vært fokus på dehydrering og underernæring hos helseforetaket.
- **Sykehuset i Vestfold:** Forutsetningen for å kode væsketap med E86 som annen tilstand er at det er dokumentert i epikrisen at pasienten var dehydrert ved innleggelse og fikk intravenøs væske. Ved infeksjonsavdelingen blir E86 kodet når det er dokumentert i journal og/eller kurve at pasienten har fått mer enn 1 000 ml væske parenteralt.

Institusjonene som hadde lavest andel opphold kodet med E86 som annen tilstand svarte som følger:

- **Finnmarkssykehuset HF Klinikk Hammerfest:** Dette skyldes mangelfull koding av pasienter som får væskebehandling.
- **Aker universitetssykehus:** Avdelingen har ikke kriterier for å kode dette spesifikt. Generelt vil E86 kun benyttes hvis væsketapet har vært spesielt vurdert, først til utsatt behandling eller ført til forlenget liggetid.
- **Oslo kommunale legevakt (Oslo universitetssykehus):** Lite bruk av koden E86 ved legevakten skyldes at observasjonsposten er en allmennmedisinsk post med stor andel meget korte opphold, med alle sykdommer, både somatisk og psykiatri. Det gjøres relativt lite avansert diagnostikk, og bidiagnoser vil ofte ikke bli kartlagt.

Sekretariatet presenterte analyser av hvilke hovedtilstander som var de vanligste når E86 var kodet som annen tilstand. For landet samlet var J15.9 *Uspesifisert bakteriell pneumoni* og N39.0 *Urinveisinfeksjon med uspesifikk lokalisasjon* de vanligste hovedtilstandene når E86 var kodet som annen tilstand.

Avdeling EISK i Helsedirektoratet mente at vanlige regler gjelder for koding av hovedtilstand og annen tilstand. For koding av hovedtilstand skal journaldokumentasjonen vise at tilstanden er behandlet, undersøkt, vurdert eller har hatt betydning for den øvrige behandlingen. Annen tilstand eksisterer samtidig med hovedtilstanden eller utvikler seg i løpet av behandlingsperioden. Annen tilstand må være gjenstand for undersøkelse og behandling som må tas hensyn til eller får konsekvenser for behandlingen av pasienten.

Avregningsutvalget vurderte at det skal lite til for å få væske når en pasient blir innlagt på helseinstitusjon, og det er ulikt fra institusjon til institusjon når væsketilførsel kodes med E86. Utvalget ber Helsedirektoratet om å gi bedre informasjon om kriteriene for å kode E86 som annen tilstand. Avregningsutvalget ønsker å melde tilbake til sektoren at det bør utvises større forsiktighet i koding av E86 *Væsketap* ved en del institusjoner. Avregningsutvalget anbefaler en avregning i saken.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler en avregning hvor alle opphold kodet med E86 *Væsketap* som eneste annen tilstand gis refusjon tilsvarende DRG u/bk.

14/4802 Andel opphold i kirurgiske par-DRG hvor D62 Akutt posthemoragisk anemi er kodet som annen tilstand

I kirurgiske DRG'er er D62 *Akutt posthemoragisk anemi* en av tilstandskodene med kompliserende egenskap som forekommer oftest. For landet samlet er D62 kodet som annen tilstand ved 3,1 prosent av alle episoder gruppert til kirurgiske par-DRG'er.

Sekretariatet sendte brev til de fire institusjonene med høyest og de tre institusjonene med lavest andel episoder kodet med D62 i kirurgiske par_DRG'er. Følgende spørsmål ble stilt:

1. Hvilke kriterier ligger til grunn for koding av tilstandskode D62?
2. Hvorfor er andelen kirurgiske DRG'er kodet med D62 ved «din institusjon» betydelig høyere enn gjennomsnittet i Norge? (Kun til institusjonene med høyest andel D62).

Institusjonene som hadde høyest andel opphold kodet med D62 som annen tilstand svarte som følger:

- **Kristiansund sjukehus:** Koden D62 brukes for pasienter som post-operativt får transfundert blod på grunn av lav Hb/blodtap under operasjonen (Hb < 9-10). Legene har fått kodeundervisning fra kollegaer ved St. Olavs Hospital. Det er ulikheter/graderinger i bruk av D62 mellom egne leger. Sykehuset ønsker å få en tydeliggjøring/beskrivelse om intensjonen i bruk av D62.
- **Molde sjukehus:** Koden D62 brukes på pasienter som har hatt blodtap under innleggelsen og Hb < 10 g prosent eller har fått blodoverføring. Dette ble anbefalt på kurs holdt av internt personell for ca. 1 år siden.
- **Diakonhjemmet sykehus:** Pasienter som i forbindelse med operasjon faller i Hb under 10 får tilstandskoden D62. Sykehuset er ikke flinke nok til å kode blodtransfusjon REGG00. Diakonhjemmet opplyser at de har stor andel lårhalsbrudd hos eldre (500-550 per år) og gjennomsnittsalder er 85 år mot 83 år i resten av landet. Nær 30 prosent av disse får blodtransfusjon (når Hb er < 8). Sykehuset opererer svært mange primære totalproteser i hofte og kne (501 operasjoner i 2013 hvorav ca. 150 var på revmatiske pasienter). I tillegg har sykehuset gjort ca. 100 revisjonsproteseoperasjoner. Sykehuset har høye andeler opphold i andre DRG'er som for eksempel DRG 210, DRG 209C og DRG 209D. Bruken av D62 synes å være rimelig, hevder sykehuset.

- **Sykehuset Innlandet:** Ved Lillehammer (gastrokirurgi og ortopedi) er kriteriene for å kode med D62 blødning som gir Hb<10 og blodtransfusjon dokumentert i journalen. Ved Elverum (ortopedi) er kriteriene for koding av D62 at pasienten er transfusjonstrengende med Hb 8-9 eller lavere som gir symptomer som svimmelhet, ustøhet og andre symptomer på anemi. Dette gjelder på elektiv side særlig hofteproteser og særlig revisjoner, samt rygger. Sykehuset Lillehammer har ikke funnet svar på hvorfor andelen kirurgiske DRG'er med D62 er høyere enn gjennomsnittet i Norge.

Institusjonene som hadde lavest andel opphold kodet med D62 som annen tilstand svarte som følger:

- **Helgelandssykehuset HF Mosjøen:** Sykehuset følger samme kriterier som landet for øvrig. Sykehuset Mosjøen har ikke akuttberedskap for kirurgiske innleggelser. Døgnopphold med kirurgiske DRG'er ved sykehusenheten er stort sett elektive, kortvarige innleggelser, evt. mindre komplikasjoner etter dagkirurgiske inngrep. Pasienter med akuttkirurgiske heldøgnopphold med posthemoragisk anemi fra Mosjøen-området er stort sett innlagt i Sandessjøen eller Mo i Rana.
- **Aker universitetssykehus:** Karavdelingen erkjenner at koden D62 er brukt for lite. Urologisk avdeling forteller at operasjoner hovedsakelig utføres ved robotkirurgi, og at pasientene blør veldig lite. Hvis det gis blodtransfusjon er det ikke tradisjon å kode dette siden det anses som en naturlig del av en operasjon. Kode D62 vil være aktuelt kun for opphold der pasienten har uvanlig stort blodtap under/etter operasjon. Dette er sjeldent for pasientene ved Aker.
- **Finnmarkssykehuset HF Klinikk Kirkenes:** Klinikken har sett på tallene og ser klart at de har en underklassifisering i forhold til kode D62. De følger generelle koder og en årsak til at de har en lav andel med denne koden kan være enklere kirurgi. De skal i tiden fremover ha større fokus på dette blant legene og i klinikken.

Analyser viste at de vanligste hovedtilstandene der D62 var kodet som annen tilstand var S72.1 *Pertrokantært brudd (fractura pertrochanterica)* og S72.0 *Brudd i lårhals*.

Utvalget vurderte at retningslinjene/kriteriene ikke er absolutte i bruk av koden D62 *Akutt posthemoragisk anemi*. Kriteriene for bruk av koden er åpen for legens skjønn.

Anbefaling:

Avregningsutvalget finner ikke grunnlag for avregning basert på tilgjengelige redegjørelser og saksgrunnlag. Utvalget anbefaler at Helsedirektoratet tydeliggjør retningslinjer for koding av postoperativ anemi.

14/4939 **Andel opphold i par-DRG hvor J44.9 Uspesifisert kronisk obstruktiv lungesykdom er kodet som annen tilstand**

En av de tilstandskodene med kompliserende egenskap som forekom oftest i ABF 2013 var J44.9 *Uspesifisert kronisk obstruktiv lungesykdom*. J44.9 fantes både ved kirurgiske og medisinske opphold. For landet samlet var J44.9 kodet som annen tilstand ved 3,0 prosent av alle episoder gruppert til par-DRG'er.

Sekretariatet sendte brev til de tre institusjonene med høyest andel episoder i par-DRG kodet med J44.9 som annen tilstand. Følgende spørsmål ble stilt:

1. Hvilke kriterier ligger til grunn for koding av tilstandskode J44.9 som annen tilstand?

Institusjonene som hadde høyest andel episoder kodet med J44.9 som annen tilstand svarte som følger:

Helse Nord-Trøndelag HF Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger: Det vises til internasjonale retningslinjer der KOLS defineres som persisterende luftveisobstruksjon med FEV1/FVC<0,7 og det ikke er holdepunkt for at obstruksjonen skyldes annen sykdom som f.eks. astma. Sykehuset registrerer KOLS som annen tilstand hvis pasienten har diagnosen KOLS. KOLS tas som regel hensyn til i behandlingen. Sykehuset har ikke systematisk kommentert hvorfor KOLS-diagnosen er med. Fagstaben kan *«ikke se at det er foretatt en feilkoding da flere av oppholdene er pneumonier med KOLS som annen tilstand. Dette er i følge kodeveiledningen for 2013 riktig koding»*.

Sykehuset i Vestfold: Sykehuset skriver at kriteriene for å bruke KOLS som annen tilstand er at diagnosen er bekreftet ved spirometri hos fastlege eller i sykehus. KOLS er en hyppig forekommende tilstand som nå rammer mer enn 20 prosent av befolkningen, derfor mer overraskende at landsgjennomsnittet ligger så lavt. Sykehuset vil alltid måtte ta hensyn til KOLS med diagnostikk og behandling uansett hva pasienten er innlagt for. Når en KOLS-pasient innlegges er det den utløsende tilstanden som krever nye ressurser og står som hoveddiagnose, og da J44.9 som bidiagnose. Ved infeksjoner må tilstanden behandles med antibiotika for å kunne kodes som hovedtilstand. Ved KOLS-eksaserbasjoner uten behandlingstrengende infeksjon kodes f.eks. H44.1 som hovedtilstand.

De tilskrevne institusjonene ble fulgt opp med følgende nye spørsmål og de svarte som følger:

1. Hvilke kriterier ligger til grunn for koding av J44.9 som annen tilstand ved andre avdelinger enn lungeavdelingen?
2. Tabellen viser at pneumoni eller akutt infeksjon i nedre luftveier ofte kodet som hovedtilstand når J44.9 er kodet som annen tilstand.
 - a) Hvorfor er pneumoni eller akutt infeksjon i nedre luftveier ofte kodet som hovedtilstand når J44.9 er kodet som annen tilstand?
 - b) Hvorfor er ikke J44.0 kodet som hovedtilstand når pasienter med KOLS blir innlagt med pneumoni eller akutt i nedre luftveier?

Helse Nord-Trøndelag HF Sykehuset Levanger:

På spørsmål 1 svarte sykehuset at dette er pasienter som har KOLS og kommer inn for annen sykdom. KOLS-diagnosen tas hensyn til ved behandling av annen akutt sykdom. Sykehuset har ved journalgjennomgang funnet dokumentasjon på at J44.9 er fulgt opp i

løpet av sykehusoppholdet, for eksempel ved at pasienten har fått fysioterapi for sin KOLS, og det er fulgt nøye med på saturasjon i løpet av oppholdet. Sykehuset har funnet noen få tilfeller hvor J44.9 er tatt med som annen tilstand, uten at det er dokumentert at denne har hatt betydning for behandlingen. Eneste grunn for at J44.9 er kodet er her at pasienten har fått diagnostisert KOLS fra tidligere.

På spørsmål 2a svarte sykehuset at en pasient med klinisk nedre luftveisinfeksjon, der det foreligger røntgenologiske funn som er forenlig med pneumoni, bør kodes som pneumoni, selv om pasienten har KOLS. KOLS hos slike pasienter må tas hensyn til, og derfor blir KOLS bidiagnose. Dersom sykehuset kodet slike pasienter med J44.0, forsvinner informasjonen om at pasienten har en røntgenologisk pneumoni, og pasienten blir dermed telt i «sekken» av «ordinære» KOLS-forverringer. Viser her til retningslinjer for koding av KOLS på side 99 i Kodeveiledning 2014.

På spørsmål 2b svarte sykehuset at J44.0 er benyttet når pasienten har hatt en akutt forverring av sin KOLS som følge av infeksjon, uten nødvendigvis å ha pneumoni. Har de røntgenologisk pneumoni, er pneumoni hoveddiagnosen, og KOLS vil da være bidiagnose, som nesten uten unntak, kompliserer forløpet av en pneumoni, og må tas med i diagnoseoppsettet. Det er altså en bidiagnose som man tar hensyn til i behandlingen av hoveddiagnosen. Ut fra kodeveiledningen erkjenner sykehuset å ha kodet noe feil der hvor pasienten har akutt infeksjon i nedre luftveier J22 som hovedtilstand. Her vil riktig koding være J44.0 som hovedtilstand. Ved søk i egne data finner sykehuset at dette gjelder 10 opphold i 2013, alle ved sykehuset Levanger.

Sykehuset i Vestfold:

Infeksjonsseksjonen svarte at KOLS-diagnosen kodes som annen tilstand hos pasienter med kjent/verifisert diagnose, eller hvor kliniske forhold under oppholdet sterkt taler for tidligere udiagnostisert tilstand. Bakgrunnen for dette er at obstruktiv lungesykdom for en stor andel av sykehusets pasienter er en svært relevant tilleggdiagnose. Denne utløser ofte spesifikke tiltak slik som arteriell blodgastaking (diagnostikk og evt. kontroll), obligat røntgen thorax, surstoffbehandling (ofte initialt i infeksjonsforløpet) og varierende behov for broncholytika i forstøverapparat. Ikke sjelden må sykehuset aktivt behandle KOLS-exacerbasjoner med bl.a. steroider, selv om pasientens hovedtilstand ikke er lungemedisinsk. Ad. Spørsmål 2 opplyser infeksjonsmedisinsk seksjon at sykehuset koder pneumoni-diagnosen som hoveddiagnose der denne diagnosen representerer den behandlede hoveddiagnose. I tilfeller hvor dette samvarierer med en KOLS-exacerbasjon, benyttes J44.0 som første bidiagnose. Sykehuset opplever at dette er i tråd med logikken i systemet for øvrig og anser at J44.-diagnosen ikke overflødiggjør å sette pneumoni-diagnosen eksplisitt.

Lungeseksjonen svarte at KOLS er en kronisk tilstand, det er infeksjonene som medfører innleggelsene og er derfor naturlig å kode som hoveddiagnose. Så lenge DRG-systemet oppfatter en pneumoni hos en KOLS-pasient kodet som J44.0 som i intet mer enn KOLS som er i habituell fase, avspeiler dette på ingen måte ressursbruken ved pneumonier hos ofte kompliserte KOLS-pasienter. Kodeansvarlig overlege ved lungeseksjonen har oppfattet det slik at DRG skal avspeile bruken av ressurser, som alltid er høyere hos KOLS-pasienter med infeksjon i nedre luftveier, sammenlignet med pneumoni hos en ellers frisk person med for eksempel litt atrieflimmer.

Avregningsutvalget vurderte ut fra svarene fra helseforetakene at det ikke mulig å anbefale en avregning for 2013. Problemstillingen vil kunne avklares gjennom en senere dokumentkontroll.

Utvalget mente at J44.0 *Kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt infeksjon i nedre luftveier* bør flyttes til samme DRG som J22.0 *Uspesifisert akutt infeksjon i nedre luftveier* og J15.9 *Uspesifisert bakteriell pneumoni*.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning for 2013, men problemstillingen bør følges opp neste år. Utvalget anbefaler at betydningen av KOLS som tilleggstilstand bør revideres i framtidig DRG-gruppering.

13/3904 DRG 461O Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling

Dette er en oppfølgingssak fra 2013. Analyser av ABF 2012 viste at Sykehuset i Vestfold (SiV) skilte seg ut når det gjelder kombinasjon av ICD-10 og NCSP-koder i DRG 461O *Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling*. Alle opphold i aktuelle DRG ved sykehuset var kodet med R52.2 *Annen kronisk smerte* som hovedtilstandskode og ACW99 *Annen operasjon på perifer nerve* som prosedyrekode. Øvrige sykehus har kodet hovedtilstand med Z-kode og hovedsakelig hentet prosedyrekode fra kapittel N *Bevegelsesapparatet* i NCSP.

For ABF 2012 anbefalte Avregningsutvalget at SiV ble avregnet og gitt refusjon for DRG 461O og refusjon beregnet ved regruppering med NCMP-kode ACGX99 i stedet for NCSP-kode ACW99. ICD-10-kode for hovedtilstand vil fortsatt være R52.2 *Annen kronisk smerte*.

Høsten 2014 presenterte sekretariatet saken på nytt for Avregningsutvalget med tall for ABF 2013. Sykehuset i Vestfold hadde fremdeles flest opphold i DRG-en sammenlignet med øvrige institusjoner, samt en liten vekst fra 2012 til 2013. På bakgrunn av analysene la sekretariatet fram forslag til avregning av oppholdene i DRG 461O ved SiV i ABF 2013.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler å avregne opphold i DRG 461O ved Sykehuset i Vestfold etter samme metode som tidligere år.

13/3905 Oppfølging av sak DRG 482 og 483 Tracheostomi

Dette er en oppfølgingssak fra 2013. Analyser av personidentifiserbare data viste for ABF 2012 at noen pasienter var kodet med NCSP-kodene GBB00 *Tracheostomi* og GBB03 *Perkutan tracheostomi* to eller flere ganger i løpet av det samme kalenderåret.

Registrering av GBB00 *Tracheostomi* og GBB03 *Perkutan tracheostomi* fører opphold inn i DRG 482 *Tracheostomi ved sykdommer i ansikt, munnhule eller hals* og DRG 483 *Tracheostomi ekskl for sykd i ansikt, munnhule eller hals*, avhengig av lokalisasjon. Vekt for DRG 482 var 10,000 i 2012, mens den var 25,093 for DRG 483. Avregningsutvalget anbefalte for ABF 2012 å avkorte opphold som var feilkodet. Dette var opphold hvor pasienten enten ikke hadde vært tracheostomert eller hvor kode for retracheostomi skulle vært benyttet i stedet. Se for øvrig Avregningsutvalgets årsrapport for 2012.

Analyser av data for 2013 viste at 27 pasienter hadde to opphold hver registrert med prosedyrekode *GBB00/GBB03*. Av disse hadde 12 pasienter to opphold ved samme sykehus. Differansen mellom utskrivningsdato for første opphold og innleggesdato for andre opphold varierte fra 7 dager til 7 måneder. 15 pasienter hadde opphold ved to ulike sykehus. Utskrivningsdato for opphold ved sykehus 1 var lik innskrivningsdato for opphold ved sykehus 2.

Ett av utvalgsmedlemmene gikk gjennom datamaterialet og fant tilsvarende registreringsfeil som tidligere år. På bakgrunn av gjennomgangen anbefalte utvalget å avregne 16 opphold. Utvalget ønsket at saken følges opp til neste år.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler å avregne 16 opphold i ABF for 2013 på bakgrunn av feilaktig registrering av prosedyrekode for tracheostomi: *GBB00 Tracheostomi* og *GBB03 Perkutan tracheostomi*. Utvalget ønsker å følge opp denne problemstillingen neste år.

13/4395 Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89 Vanlig rehabilitering

Denne saken er en oppfølgingssak fra tidligere år og dreier seg om polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode *Z50.89 Vanlig rehabilitering* og takst for egenandel 201b. Konsultasjonene er gruppert til *DRG 462B Rehabilitering, vanlig*. I følge ISF-regelverket skal poliklinisk rehabilitering registreres med hovedtilstandskode *Z50.9 Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak*. Avregningsutvalget er bedt om å vurdere om det er registrert feil hovedtilstandskode for disse konsultasjonene. Institusjoner med flere enn ti konsultasjoner i DRG 462B ble tilskrevet og bedt redegjøre for kodepraksis.

Avregningsutvalget anbefalte i 2013 at «konsultasjoner med hovedtilstand *Z50.89 Vanlig rehabilitering* avregnes og gis refusjon lik konsultasjoner med hovedtilstand *Z50.9 Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak*.»

Analyser av data for 2013 viste at enkelte sykehus fortsatt hadde polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode *Z50.89 Vanlig rehabilitering*. Avregningsutvalget opprettholder sin vurdering om at disse konsultasjonene bør avregnes.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler å avregne konsultasjoner med hovedtilstand *Z50.89 Vanlig rehabilitering* i ABF 2013 etter samme metode som tidligere år.

13/4901 DRG 266O Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling

Dette er oppfølging av en sak som Avregningsutvalget behandlet i både 2012 og 2013. I 2012 ble den samme saken behandlet som sak 12/3204 DRG 266O *Hudtransplantasjoner og/eller revisjoner, dagkirurgi*. Saken ble opprinnelig meldt inn av Helsedirektoratet og omhandlet opphold gruppert til DRG 266O og bruk av NCSP-koden ZZR00 *Hudlapp*. Prosedyrekoden er i stor grad avgjørende for om et opphold grupperes til DRG 266O. Utvalget anbefalte i 2012 avkorting av opphold ved Sykehuset Telemark og Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus. Avkorting ble gjort slik at andel

opphold med ZZR00 ble justert ned til landsgjennomsnittet uten de nevnte sykehus. I 2013 anbefalte utvalget at Stavanger universitetssykehus HF og Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus og Sykehuset Telemark avkortet etter samme metode som året før. Se for øvrig Avregningsutvalgets årsrapporter for 2012 og 2013.

Analyser av data for 2013 viste at antall opphold i DRG 266O gikk ned fra 2012 i alle bostedsregioner. Andelen opphold per 100 000 innbyggere for pasienter bosatt i vest var fortsatt høyere enn landsgjennomsnittet. Stavanger universitetssykehus og Sykehuset Telemark hadde nedgang i antall opphold i DRG 266O fra 2012-2013, men nivået var fortsatt høyt. Sekretariatet foreslo på bakgrunn av det en anbefaling om avkorting av ABF 2013 for disse to sykehusene basert på samme metode som året før. Se kapittel for tekniske beregninger.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler å avregne opphold i DRG 266O *Hudtransplantasjoner og/eller revisjoner, dagkirurgi* ved Stavanger universitetssykehus og Sykehuset Telemark i ABF 2013 basert på samme metode som tidligere år.

13/4904 Flere registrerte episoder samme dag

Dette er en videreføring av sak *12/5893 Flere registrerte episoder samme dag* som behandlet Aktivitetsbasert finansiering for 2011. I 2012 kom Avregningsutvalget fram til følgende anbefaling:

«Avregningsutvalget anbefaler at ISF-refusjon for konsultasjoner registrert på samme dag for samme pasient ved Oslo universitetssykehus avregnes ned til gjennomsnittet for de øvrige av landets universitetssykehus.»

I 2013 ble saken fulgt opp basert på analyser av data for 2012.

Avregningsutvalget anbefalte for ABF 2012 at ISF-refusjon for konsultasjoner registrert på samme dag for samme pasient i Oslo universitetssykehus avregnes ned til gjennomsnittet for de øvrige av landets universitetssykehus. Videre anbefalte utvalget at ISF-refusjon for ØNH-konsultasjoner registrert på samme dag med samme tilstandskode, men med ulik avdelingskode, ved Molde sjukehus, ble avregnet. Se for øvrig Avregningsutvalgets årsrapport for 2012.

Analyser av data for 2013 viste at det fortsatt var mange konsultasjoner registrert på samme dag for samme pasient ved Oslo universitetssykehus, samt ØNH-konsultasjoner registrert på samme dag med samme tilstandskode, men med ulik avdelingskode, ved Molde sjukehus. Avregningsutvalget vurderte å opprettholde anbefalingen fra tidligere år.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler for ABF 2013 å avregne refusjon for konsultasjoner registrert på samme dag for samme pasient i Oslo universitetssykehus HF ned til gjennomsnittet for de øvrige av landets universitetssykehus.

Avregningsutvalget anbefaler at refusjon for ØNH-konsultasjoner registrert på samme dag med samme tilstandskode, men med ulik avdelingskode ved Molde sjukehus avregnes.

13/5150 DRG 2680 Plastisk operasjon på hud og underhud, dagkirurgi

I 2011 behandlet Avregningsutvalget sak 11/2832 *DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi*. Saken ble meldt inn av Helsedirektoratet og omhandlet vekst i antall opphold i *DRG 2680* fra 2009 til 2010 ved Stavanger universitetssykehus HF (SUS). Årsaken til veksten var endring i kodepraksis ved Hudavdelingen. Etter anbefaling fra Avregningsutvalget ble det iverksatt dokumentkontroll av opphold gruppert til *DRG 2680* ved SUS. Kort oppsummert konkluderte KITH med at behandling med laser, IPL (Intense Pulsed Light) og PDT (PhotoDynamic Therapy) feilaktig var kodet som kirurgiske operasjoner. Utvalget fulgte opp saken i 2012 og anbefalte at SUS ble avregnet på samme måte som året før. Se for øvrig Avregningsutvalgets årsrapporter for 2011 og 2012.

I 2013 ble saken også fulgt opp av utvalget. SUS hadde endret kodepraksis. Antall opphold gruppert til *DRG 2680* gikk ned for pasienter bosatt i Helse Vest gikk ned i 2012 sammenlignet med året før. Analysene viste at Helse Midt-Norge hadde den høyeste andelen opphold per innbygger i *DRG 2680* i 2012.

I 2013 ble saken også fulgt opp av utvalget. SUS hadde endret kodepraksis. Antall opphold gruppert til *DRG 2680* gikk ned for pasienter bosatt i Vest gikk ned i 2012 sammenlignet med året før. Analysene viste at Helse Midt-Norge hadde den høyeste andelen opphold per innbygger i *DRG 2680* i 2012.

Teres Stokkan (tidl. Klinikk Stokkan) og St Olavs hospital HF var institusjonene i Helse Midt-Norge RHF med flest opphold. Disse institusjonene hadde i hovedsak registrert andre NCSP-koder enn Stavanger universitetssykehus i 2010 og 2011. Avregningsutvalget fant ikke grunnlag for at koding og medisinsk praksis ved St Olavs hospital og Teres Stokkan skulle være vesentlig ulik øvrige sykehus og anbefalte for ABF 2012 en avregning ved at andel opphold i *DRG 2680* settes til landsgjennomsnittet.

Analyser av ABF-data for 2013 viste at St. Olavs hospital og Teres Stokkan fremdeles hadde mange opphold i *DRG 2680* sammenlignet med andre institusjoner. I tillegg til St. Olavs hospital og Teres Stokkan var det noen flere institusjoner som hadde stort volum og vekst i *DRG 2680*. Disse ble ikke kontaktet inneværende år, men vil følges opp neste år. Sekretariatet la frem forslag til teknisk beregning for ABF 2013 for St. Olavs hospital og Teres Stokkan basert på samme metode som året før.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler å avregne opphold i *DRG 2680* ved St. Olavs hospital og Teres Stokkan etter samme metode som tidligere år, se kapittel om tekniske beregninger. Utvalget vil følge opp saken neste år.

4 Tekniske beregninger

Nedenfor beskrives tekniske beregninger for sakene hvor Avregningsutvalget har anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering for 2013. ABF er summen av ISF og KMF. Det vil si at ABF i 2013 vil tilsvare det ISF ville vært hvis KMF ikke ble innført. Utregningene i dette kapitlet er basert på informasjon fra regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2013*.

Aktivitetsbasert finansiering beregnes på følgende måte:

$$\text{ISF} + \text{KMF} = \sum \text{Korrigerede DRG-poeng} * \text{enhetspris} * \text{refusjonssats (40 \%)}$$

ISF-refusjon for 2013 beregnes etter følgende formel:

$$\sum \text{Korrigerede DRG-poeng} * \text{enhetspris (39 447 kr)} * \text{refusjonssats (40 \%)} - \text{KMF}$$

Andel KMF beregnes slik:

$$\sum \text{Poeng}^1 * \text{enhetspris}^2 * \text{refusjonssats (20 \%)}$$

¹ \sum Poeng er summen av korrigerede DRG-poeng per innleggelse eller poliklinisk konsultasjon i beregningsgrunnlaget for ordningen, oppad begrenset til 4 per opphold.

² For KMF reguleres enhetsprisen i forskrift om Kommunal medfinansiering.

Sak 14/4230 DRG 390 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet Aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2013 i sak 14/4230 DRG 390 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem på bakgrunn av utvalgets vurdering i møte 19.6.2014.

Avregningsutvalget vurderte sekretariatets to forslag til avregning i møte 12. september;

Forslag 1:

Gi alle opphold i DRG 390 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem med hovedtilstand Z38.0 Enkeltfødsel på sykehus refusjon lik DRG 391 Frisk nyfødt. Opphold i DRG 390 med andre hovedtilstander godkjennes begrunnet med at barnet har vært utskrevet fra sykehuset for deretter å bli innlagt igjen på grunn av ernæringsproblem.

Forslag 2:

Gi alle opphold i DRG 390 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem refusjon lik DRG 391 Frisk nyfødt, ingen unntak.

Avregningsutvalget anbefalte å avregne etter metode presentert i forslag 1.

Ny korrigert vekt (DRG-poeng) er beregnet ut fra at alle episoder med Z38.0 *Levendefødte barn etter fødested* som hovedtilstand og med liggetid mindre enn landsgjennomsnittet på 4 dager gis refusjon lik DRG 391 Frisk nyfødt.

Anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering framgår av Tabell 5, og gir en samlet avkorting på 423,360 DRG-poeng eller **6 680 113 kr.**

Tabell 5. Teknisk beregning i sak 14/4230 DRG 390 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem. ABF 2013.

Bostedsregion	Antall episoder	Opprinnelig DRG-poeng	Beregnet DRG-poeng	Differanse	Anbefalt avregning (kr)
Helse Sør-Øst	1	0,817	0,385	-0,432	-6 816
Helse Vest	1092	892,164	483,924	-408,240	-6 441 537
Helse Midt-Norge	1	0,817	0,385	-0,432	-6 816
Helse Nord	34	27,778	13,522	-14,256	-224 943
SUM	1 128	921,576	498,216	-423,36	-6 680 113

Sak 14/4275 DRG 87 Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet Aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2013 i sak 14/4275 DRG 87 Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 19.6.2014.

Ny korrigert vekt (DRG-poeng) er beregnet manuelt ut fra programvaren NICE basert på de opphold i DRG 87 som er registrert med J96 som hovedtilstandskode er flyttet til første bitilstandskode og første registrerte bitilstandskode er satt som hovedtilstandskode.

Anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering vil være 95,928 DRG-poeng eller **1 513 629 kr** som vist i tabell 6. Tabell 7 viser konsekvenser for ISF og KMF.

Tabell 6. Teknisk beregning i sak 14/4275 DRG 87 Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt. ABF 2013.

Bostedsregion	Antall episoder	Opprinnelig DRG-poeng	Beregnet DRG-poeng	Differanse	Anbefalt avregning (kr)
Helse Sør-Øst	269	381,98	286,563	95,417	-1 505 566
Helse Vest	1	1,42	0,909	0,511	-8 063
Helse Midt-Norge	0	0	0	0	0
Helse Nord	0	0	0	0	0
SUM	270	383,400	287,472	95,928	-1 513 629

Tabell 7. Anbefalt avregning i sak 14/4275 DRG 87 Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt. Konsekvenser for ISF og KMF 2013. Kroner.

Bostedsregion	Anbefalt avregning ISF	Anbefalt avregning KMF
Helse Sør-Øst	-752 783	- 752 783
Helse Vest	-4 031	-4 031
Helse Midt-Norge	0	0
Helse Nord	0	0
SUM	-756 814	- 756 814

Sak 14/4293 DRG 323/3230 Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL behandling

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet Aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2013 i sak 14/4293 DRG 323/3230 Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL behandling på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 12.9.2014.

Ny korrigert vekt (DRG-poeng) er beregnet ved å gi episoder ved Haukeland universitetssjukehus gruppert til DRG 323, med prosedyrekodene KAT00 og KTB00 og hvor liggetid er lik 1 korrigert for gjennomsnittlig antall opphold ved øvrige sykehus i landet.

Anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering vil være 62,162 DRG-poeng eller **980 840 kr** jf tabell 8. Tabell 9 viser konsekvenser for ISF og KMF.

Tabell 8. Teknisk beregning i sak 14/4293 DRG 323/3230 Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL behandling. ABF 2013.

Bostedsregion	Antall episoder	Opprinnelig DRG-poeng	Beregnet DRG-poeng	Differanse	Anbefalt avregning (kr)
Helse Sør-Øst	3	2,151	0,847	1,304	-20 577
Helse Vest	140	100,38	39,522	60,858	-960 263
Helse Midt-Norge	0	0	0	0	0
Helse Nord	0	0	0	0	0
SUM	143	102,531	40,369	62,162	-980 840

Tabell 9. Anbefalt avregning i sak 14/4293 DRG 323/3230 Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL behandling. Konsekvenser for ISF og KMF 2013. Kroner.

Bostedsregion	Anbefalt avregning ISF	Anbefalt avregning KMF
Helse Sør-Øst	-10 289	-10 289
Helse Vest	-480 131	-480 131
Helse Midt-Norge	0	0
Helse Nord	0	0
SUM	-490 420	-490 420

Sak 14/4779 Andel opphold i medisinske par-DRG hvor E86 Væsketap er kodet som annen tilstand

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet Aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2013 ved at ny korrigert vekt (DRG-poeng) er beregnet ut fra at alle episoder med E86 som eneste annen tilstand gis refusjon lik DRG uten komorbiditet eller komplikasjoner.

Avregningsutvalget vurderte sekretariatets to forslag til avregning i møte 12. september;

Alternativ 1: Avregning basert på gjennomsnittet for landet korrigert for «uteliggere». Uteliggere ble definert som de tre institusjonene med høyeste andel E86 som annen tilstand, samt alle institusjoner med mindre enn 1 prosent E86 som annen tilstand.

Alternativ 2: Avregning hvor alle opphold med E86 som eneste annen tilstand gis refusjon lik DRG u/bk.

Avregningsutvalget anbefalte å avregne etter metode presentert i forslag 1.

Størrelsen på korreksjonen fremgår av tabell 10 og 11 for hver av helseregionene, inkludert effekten på Kommunal medfinansiering (KMF). Den samlede avregningen av Aktivitetsbasert finansiering i denne saken vil utgjøre 118,197 DRG-poeng eller **1 865 007 kr.**

Tabell 10. Teknisk beregning i sak 14/4779 Andel opphold i medisinske par-DRG hvor E86 Væsketap er kodet som annen tilstand. ABF 2013.

Bostedsregion	Antall episoder	Opprinnelig DRG-poeng	Beregnet DRG-poeng	Differanse	Anbefalt avregning (kr)
Helse Sør-Øst	241	229,707	139,777	-89,93	-1 418 987
Helse Vest	3	2,332	1,393	-0,939	-14 816
Helse Midt-Norge	4	3,553	2,056	-1,497	-23 621
Helse Nord	64	64,550	38,719	-25,831	-407 582
SUM	312	300,142	181,945	-118,197	-1 865 007

Tabell 11. Anbefalt avregning i sak 14/4779 Andel opphold i medisinske par-DRG hvor E86 Væsketap er kodet som annen tilstand. Konsekvenser for ISF og KMF 2013. Kroner.

Bostedsregion	Anbefalt avregning ISF	Anbefalt avregning KMF
Helse Sør-Øst	-709 494	-709 494
Helse Vest	-7 408	-7 408
Helse Midt-Norge	-11 810	-11 810
Helse Nord	-203 791	-203 791
SUM	-932 503	-932 503

Sak 13/3904 DRG 461O Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling

Avregningsutvalget behandlet denne saken i 2013 med utgangspunkt i pasientdata fra 2012, og det ble konkludert med en anbefaling der Helse Sør-Øst ble avregnet på basis av korreksjoner av opphold ved Sykehuset i Vestfold.

Sekretariatet har i 2014 utført tilsvarende analyser av ABF-data for 2013. Resultatene viser at registreringspraksis ved SiV framstår uendret, jf tabell 11 og 12.

Den tekniske beregningen for korreksjon av utbetalingene for 2013 er uendret fra 2012. Opphold i DRG 461O ved Sykehuset i Vestfold HF avregnes på følgende måte:

- Opphold registrert med NCSP-kode ACW 99 og hovedtilstandskode R52.2 *Annen kronisk smerte* regrupperes manuelt i NICE med NCMP-kode ACGX99 og samme hoveddiagnose.
- Avregningen vil være lik differansen mellom opprinnelig ABF-refusjon for DRG 461O og ny ABF-refusjon beregnet ved regruppering.
- Regrupperingen gir 44 opphold i DRG DD23 *Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 23*, og 299 opphold i DRG 801R *Lokal smertebehandling* jf tabell 11.

Anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering vil være 173,707 DRG-poeng eller 2 740 888 kr, jf. tabell 12. Tabell 13 viser anbefalt avregning fordelt på pasientenes bostedsregion. Tabell 14 viser konsekvensene for ISF og KMF.

Tabell 12. Teknisk beregning av anbefaling i sak 13/3904 DRG 461O Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling ved Sykehuset i Vestfold. ABF 2013.

DRG	Antall episoder	Oppr DRG-poeng	Beregnet Antall episoder	Beregnet DRG-poeng	Anbefalt avregning (kr)
461O	343	194,824	0		-3 074 089
DD23	0	0	44	3,476	54 847
801R	0	0	299	17,641	278 354
SUM	343	194,824	343	18,2	-2 740 888

Tabell 13. Anbefalt avregning i sak 13/3904 DRG 461O Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling. ABF 2013.

Bostedsregion	Antall opphold	Anbefalt avregning (kr)
Helse Sør-Øst	339	-2 709 078
Helse Vest	4	-31 810
Helse Midt-Norge	0	0
Helse Nord	0	0
SUM	343	-2 740 888

Tabell 14. Anbefalt avregning i sak 13/3904 DRG 4610 Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling. Konsekvenser for ISF og KMF 2013. Kroner.

Bostedsregion	Anbefalt avregning ISF	Anbefalt avregning KMF
Helse Sør-Øst	-2 873 659	164 581
Helse Vest	-33 830	2 020
Helse Midt-Norge	0	0
Helse Nord	0	0
SUM	-2 907 488	166 600

Sak 13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet Aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2013 i oppfølging av sak 13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 12.9.2014.

Til sammen 16 opphold ved institusjoner i Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF avregnes. To opphold var dobbeltregistreringer og avkortet i sin helhet, mens 14 øvrige opphold avregnes ved at de regrupperes uten prosedyrekoder for tracheostomi. Avregning vil være lik differansen mellom opprinnelig og ny korrigeret vekt.

Anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering vil være 384,641 DRG-poeng eller 6 069 173 kroner, jf. tabell 15. Tabell 16 viser anbefalt avregning fordelt på HF. Tabell 17 viser konsekvensene for ISF og KMF.

Tabell 15. Anbefalt avregning i sak 13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi etter pasientenes bostedsregion. ABF 2013.

Bostedsregion	Antall opphold	Opprinnelig korr. vekt	Ny korr. vekt	Differanse, DRG-poeng	Anbefalt avregning (kr)
Helse Sør-Øst	11	301,092	25,234	-275,858	-4 352 708
Helse Vest	3	68,522	14,483	-54,039	-852 671
Helse Midt-Norge	2	54,744	0	-54,744	-863 795
Helse Nord	0	0	0	0	0
SUM	16	424,358	39,717	-384,641	-6 069 173

Tabell 16. Anbefalt avregning i sak 13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi per helseforetak. ABF 2013.

HF	Antall opphold	Opprinnelig korr. vekt	Ny korr. vekt	Differanse, DRG-poeng	Anbefalt avregning (kr)
Diakonhjemmet sh	1	27,372	1,75	-25,622	-404 284
Lovisenberg diak.sh.	1	27,372	3,022	-24,35	-384 214
Haukeland univ.sh.	1	13,778	9,31	-4,468	-70 500
Sykehuset Telemark	1	27,372	2,082	-25,29	-399 046
Sykehuset i Vestfold	4	109,488	8,274	-101,214	-1 597 035
Sykehuset Østfold	1	27,372	1,526	-25,846	-407 819
Vestre Viken	2	109,488	1,389	-53,355	-841 878
Helse Fonna	2	54,744	5,173	-49,571	-782 171
Sykehuset Innlandet	1	27,372	7,191	-20,181	-318 432
St. Olavs hospital	2	54,744	0	-54,744	-863 795
SUM	16	424,358	39,717	-384,641	-6 069 173

Tabell 17. Anbefalt avregning i sak 13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi. Konsekvenser for ISF og KMF 2013. Kroner.

Bostedsregion	Anbefalt avregning ISF	Anbefalt avregning KMF
Helse Sør-Øst	-4 526 614	173 906
Helse Vest	-876 512	23 842
Helse Midt-Norge	-863 795	0
Helse Nord	0	0
SUM	-6 266 921	197 748

Sak 13/4395 Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89 Vanlig rehabilitering

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet Aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2013 i oppfølging av sak 13/4395 Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89 Vanlig rehabilitering på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 12.9.2014.

Ny korrigert vekt (DRG-poeng) er beregnet manuelt ut fra programvaren NICE basert på registrert hovedtilstandskode Z50.9 Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak.

Anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering vil være 43,824 DRG-poeng eller 691 490 kr, jf. tabell 18. Tabell 19 viser anbefalt avregning fordelt på institusjon. Tabell 20 viser konsekvensene for ISF og KMF.

Tabell 18. Anbefalt avregning i sak 13/4395 Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89 Vanlig rehabilitering. Etter pasientenes bostedsregion. ABF 2013.

Bostedsregion	Opprinnelig DRG 462B		Beregnet DRG 462O	Anbefalt avregning	
	Antall opphold	DRG-poeng	DRG-poeng	DRG-poeng	Kroner
Helse Sør-Øst	461	55,32	14,752	-40,568	-640 114
Helse Vest	6	0,72	0,192	-0,528	-8 331
Helse Midt-Norge	19	2,28	0,608	-1,672	-26 382
Helse Nord	12	1,44	0,384	-1,056	-16 662
SUM	498	59,76	15,936	-43,824	-691 490

Tabell 19. Anbefalt avregning i sak 13/4395 Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89 Vanlig rehabilitering. Fordelt på institusjon. ABF 2013.

Institusjon	Opprinnelig DRG 462B		Beregnet DRG 462O	Anbefalt avregning	
	Antall opphold	DRG-poeng	DRG-poeng	DRG-poeng	Kroner
Oslo universitetssykehus	24	2,88	0,768	-2,112	-33 325
Sykehuset Telemark	9	1,08	0,288	-0,792	-12 497
Vestre Viken	16	1,92	0,512	-1,408	-22 217
Akershus universitetssykehus	20	2,4	0,64	-1,76	-27 771
Sykehuset Innlandet	3	0,36	0,096	-0,264	-4 166
Sørlandet sykehus	17	2,04	0,544	-1,496	-23 605
Ålesund sjukehus	6	0,72	0,192	-0,528	-8 331
St. Olavs hospital	13	1,56	0,416	-1,144	-18 051
Sykehuset Namsos	1	0,12	0,032	-0,088	-1 389
UNN	11	1,32	0,352	-0,968	-15 274
Revmatismesh Lillehammer	378	45,36	12,096	-33,264	-524 866
SUM	498	59,76	15,936	-43,824	-691 490

Tabell 20. Anbefalt avregning i sak 13/4395 Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89 Vanlig rehabilitering. Konsekvenser for ISF og KMF 2013. Kroner.

Bostedsregion	Anbefalt avregning ISF	Anbefalt avregning KMF
Helse Sør-Øst	-320 057	-320 057
Helse Vest	-4 166	-4 166
Helse Midt-Norge	-13 191	-13 191
Helse Nord	-8 331	-8 331
SUM	-345 745	-345 745

Sak 13/4901 DRG 2660 Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet Aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2013 i oppfølging av sak 13/4901 *DRG 2660 Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling* på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 12.9.2014.

Opphold ved Sykehuset Telemark og Stavanger universitetssykehus avregnes slik at bruk av *ZZR 00 Hudlapp* og andel *DRG 2660* av summen av *DRG 2660* og *809J* er på nivå med landsgjennomsnittet.

Den tekniske beregningen er basert på følgende metode:

1. Antall *DRG 2660* for landet som helhet, uten de aktuelle institusjonene, divideres på det totale antallet opphold i *DRG 2660* og *809J*. Andel *DRG 2660* blir 8 prosent.
2. Antall *DRG 2660* beregnes for hver institusjon gitt at 8 prosent av oppholdene skal grupperes til den DRG-en. Øvrige opphold forutsettes plassert i *DRG 809J*.
3. Ny refusjon regnes ut for oppholdene i *DRG 2660* og *809J* ved hjelp av landsgjennomsnittet. Gjennomsnittsvekt for *DRG 2660* i 2013 var 0,311 og 0,026 for *DRG 809J*.
4. Deretter regnes avvik mellom opprinnelig DRG-refusjon og refusjon institusjonene ville fått ved andel og gjennomsnitt lik landet for øvrig.
5. Antall DRG-poeng regnes om til kroner ved å multiplisere med enhetsrefusjonen for 2013 (39 447) og refusjonssatsen på 40 prosent.

Anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering vil være 114 DRG-poeng eller 1 795 026 kroner jf. tabell 21. Tabell 22 viser konsekvensene for ISF og KMF.

Tabell 21. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 13/4901 *DRG 2660 Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling* per institusjon. ABF 2013.

Institusjon	Opprinnelig DRG 2660		Opprinnelig DRG 809J		Ny DRG 2660		Ny DRG 809J		Diff. DRG-poeng	Anbefalt avregning (kr)
	Antall	DRG-poeng	Antall	DRG-poeng	Antall	DRG-poeng	Antall	DRG-poeng		
Sykehuset Telemark	251	78,061	770	20,02	82	25,609	939	24,405	-48,067	-758 440
Stavanger univ.sykehus	514	159,854	3 001	78,026	283	88,165	3 232	84,019	-65,695	-1 036 593
SUM	765	237,915	3 771	98,046	366	133,775	4 170	108,424	-114	-1 795 026

Avregning er ikke knyttet til enkeltpasienter- eller opphold i denne saken. For å avregne per pasientregion må man derfor ta utgangspunkt i andel pasienter bosatt i de fire regionene ved hver institusjon.

Tabell 22. Anbefalt avregning i sak 13/4901 DRG 2660 Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling. Konsekvenser for ISF og KMF 2013. Kroner.

Bostedsregion	Anbefalt avregning ISF	Anbefalt avregning KMF
Helse Sør-Øst	-637 902	27 828
Helse Vest	-1 239 002	54 050
Helse Midt-Norge	0	0
Helse Nord	0	0
SUM	-1 876 904	81 878

Sak 13/4904 Flere registrerte episoder samme dag

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet Aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2013 i oppfølging av sak 13/4904 *Flere registrerte episoder samme dag* på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 12.9.2014.

Anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering vil være 1 467,629 DRG-poeng eller kr 23 157 428, jf. tabell 23. Tabell 24 viser konsekvensene for ISF og KMF. Den tekniske beregningen er basert på metodene som beskrives for hvert sykehus nedenfor.

Tabell 23. Anbefalt avregning i sak 13/4904 *Flere registrerte episoder samme dag* etter pasientenes bostedsregion. ABF 2013. Kroner.

Bostedsregion	Anbefalt avregning
Helse Sør-Øst	-22 875 288
Helse Vest	-489
Helse Midt-Norge	-281 652
Helse Nord	0
SUM	-23 157 428

Tabell 24. Anbefalt avregning i sak 13/4904 *Flere registrerte episoder samme dag* etter pasientens bostedsregion. Konsekvenser for ISF og KMF 2013. Kroner.

Bostedsregion	Anbefalt avregning ISF	Anbefalt avregning KMF
Helse Sør-Øst	-11 437 644	-11 437 644
Helse Vest	-245	-245
Helse Midt-Norge	-140 826	-140 826
Helse Nord	0	0
SUM	-11 578 714	-11 578 714

Oslo universitetssykehus

Den tekniske beregningen for Oslo universitetssykehus er basert på samme metode som i sak 12/5893 fra 2012 og sak 13/4904 i 2013:

1. Beregner gjennomsnittlig andel opphold samme dag for øvrige universitetssykehus. Gjennomsnittet er vektet ut fra antall opphold totalt ved de ulike universitetssykehusene. Andel opphold samme dag ved øvrige universitetssykehus var 1,6 (se tabell 25).
2. Beregner antall opphold som anbefales avregnet ved OUS basert på andelen ovenfor (se tabell 26).
3. Beregner gjennomsnittlig DRG-poeng per kontakt ved OUS basert på antall rapporterte kontakter (se tabell 27).
4. Beregner antall korrigerede DRG-poeng som anbefales avregnet ved OUS basert på antall opphold i punkt 2 og gjennomsnittlig DRG-poeng per kontakt i punkt 3.

Avregningen er ikke knyttet til enkeltpasienter- eller opphold i denne saken og går til Helse Sør-Øst RHF i sin helhet.

Tabell 25. Beregner vektet gjennomsnitt for universitetssykehus uten OUS basert på antall opphold totalt, unike og andel samme dag. ABF 2013.

Institusjon	Samme dag	Unike	Total	Andel samme dag
Oslo universitetssykehus	41 728	717 841	759 569	5,5
St. Olavs hospital	9 976	371 288	381 264	2,6
Haukeland universitetssjukehus	6 729	434 905	441 634	1,5
Akershus universitetssykehus	4 916	314 433	319 349	1,5
Universitetssykehuset i Nord-Norge	3 274	246 470	249 744	1,3
Aker universitetssykehus	250	56 376	56 626	0,4
Stavanger universitetssykehus	2 434	318 688	321 122	0,8
SUM	69 307	2 460 001	2 529 308	2,7
SUM uten OUS	27 579	1 742 160	1 769 739	1,6

Tabell 26. Beregner gjennomsnittlig DRG-poeng per kontakt ved Oslo universitetssykehus, basert på antall polikliniske konsultasjoner ved sykehuset i ABF 2013.

Institusjon	Antall konsultasjoner	Sum DRG-poeng	Gjennomsnitt DRG-poeng
Oslo universitetssykehus	622 260	31 889,5	0,05

Tabell 27. Teknisk beregning av anbefalt avregning ved Oslo universitetssykehus i sak 13/4904 Flere registrerte episoder samme dag. ABF 2013.

Institusjon	Samme dag	Andel samme dag	Anbefalt avregning	
			DRG-poeng	Kroner
DRG-poeng "godkjent" jf. vektet gj.snitt	11 837	1,6	-606,6	-9 571 637
DRG-poeng utbetalt	41 728	5,5	-2 056,4	-32 446 925
SUM			-1 449,7	-22 875 288

Molde sjukehus

Den tekniske beregningen for Molde sjukehus er basert på følgende metode:

- For ØNH-konsultasjoner registrert for samme pasient på samme dag med lik hovedtilstandskode, men ved to ulike ØNH-avdelinger, avregnes den siste av konsultasjonene når konsultasjonene er sortert etter stigende avdelingskode.
- Det vil si at konsultasjoner ved ØNHP01, som er den vanlige ØNH-poliklinikken ved Molde sjukehus, beholdes.
- ØNH-konsultasjoner er definert som konsultasjoner gruppert til HDG 3 Øre-, nese- og halssykdommer og registrert ved en ØNH-avdeling (ØNHP01, ØNHP02, ØNHP03 eller ØNHP12).

Tabell 28. Teknisk beregning av konsultasjoner ved Molde sjukehus i sak 13/4904 Flere registrerte episoder samme dag etter pasientenes bostedsregion. ABF 2013.

Bostedsregion	Antall konsultasjoner	Anbefalt avregning (DRG-poeng)	Anbefalt avregning (kr)
Helse Sør-Øst	1	-0,031	-489
Helse Vest	1	-0,031	-489
Helse Midt-Norge	607	-17,819	-281 163
SUM	609	-17,881	-282 141

Sak 13/5150 DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi

Avregningsutvalgets sekretariat har avregnet Aktivitetsbasert finansiering (ISF og KMF) for 2013 i oppfølging av sak 13/5150 DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi på bakgrunn av utvalgets anbefaling på møtet 12.9.2014.

St Olavs hospital HF og Teres Stokkan avregnes ved at andel opphold i DRG 2680 settes til landsgjennomsnittet.

Den tekniske beregningen er basert på følgende metode:

1. Antall DRG 2680 for landet som helhet, uten de aktuelle institusjonene, divideres på det totale antallet opphold i DRG 2680 og 809J. Andel DRG 2680 blir 11,6 prosent.
2. Antall DRG 2680 beregnes for hver institusjon gitt at 11,6 prosent av oppholdene skal grupperes til den DRG-en. Øvrige opphold forutsettes plassert i DRG 809J.
3. Ny refusjon regnes ut for oppholdene i DRG 2680 og 809J ved hjelp av landsgjennomsnittet. Gjennomsnittsvekt for DRG 2680 i 2013 var 0,381 og 0,026 for DRG 809J.
4. Deretter regnes avvik mellom opprinnelig DRG-refusjon og refusjon institusjonene ville fått ved andel og gjennomsnitt lik landet for øvrig.
5. Antall DRG-poeng regnes om til kroner ved å multiplisere med enhetsrefusjonen for 2013 (39 447) og refusjonssatsen på 40 prosent.

Anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering ut fra berørte institusjoner går fram av tabell 29. Den utgjør totalt en reduksjon på 224,101 DRG-poeng eller 3 536 041 kroner. Tabell 30 viser anbefalt avregning fordelt på pasientens bostedsregion, mens tabell 31 viser konsekvensene for ISF og KMF.

Tabell 29. Anbefalt avregning i sak 13/5150 DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi per institusjon. ABF 2013.

Institusjon	Opprinnelig refusjon				Ny refusjon				Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning (kr)
	DRG 2680		DRG 809J		DRG 2680		DRG 809J			
	Antall	DRG-poeng	Antall	DRG-poeng	Antall	DRG-poeng	Antall	DRG-poeng		
St Olavs hospital	348	132,588	1 177	30,602	177	67,485	1 348	35,045	-60,660	-957 145
Teres Stokkan	523	199,263	16	0,416	63	23,852	476	12,386	-163,441	-2 578 896
Sum	871	331,851	1 193	31,018	240	91,337	1 824	47,431	-224,101	-3 536 041

Avregning er i denne saken ikke knyttet til enkeltpasienter- eller opphold. For å avregne per pasientregion må man derfor ta utgangspunkt i andel pasienter bosatt i de fire regionene.

Tabell 30. Anbefalt avregning i sak 13/5150 DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi etter pasientenes bostedsregion. ABF 2013.

Bostedsregion	Antall opphold	Andel	Anbefalt avregning (kr)
Helse Sør-Øst	17	2	-69 016
Helse Vest	1	0,1	-4 060
Helse Midt-Norge	850	97,4	-3 450 787
Helse Nord	3	0,3	-12 179
SUM	871	100,0	-3 536 041

Tabell 31. Anbefalt avregning i sak 13/5150 DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi. Konsekvenser for ISF og KMF 2013. Kroner.

Bostedsregion	Anbefalt avregning ISF	Anbefalt avregning KMF
Helse Sør-Øst	-71 543	2 527
Helse Vest	-4 208	149
Helse Midt-Norge	-3 577 153	126 367
Helse Nord	-12 625	446
SUM	-3 665 530	129 489

5 Vedlegg: Anbefalinger om avregning av ABF, 2000-2012

Tabell 32. Oversikt over Avregningsutvalgets anbefalinger om avregning av Aktivitetsbasert finansiering, 2000-2012, fordelt på kapitler 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.	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"> - 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. 	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)
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.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)

	Sak 08/4416 - DRG 243 Ryggglidelser, traumatiske tilstander & symptomer i ryggen	Stor vekst i dagopphold i DRG 243. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Andre ryggglidelser (M50-M54)
	Sak 08/4418 - DRG 271 Kroniske sår i huden	Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Andre lidelser i hud og underhud (L80-L99)
	Sak 08/4419 - DRG 179 Inflammatoriske tarmsykdommer	Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Ikke-infeksiøs enteritt og kolitt (K50-K52)
	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 Multipel sklerose & cerebellar ataksi	Stor vekst i dagopphold i DRG 13. Med unntak av første dag i en behandlingsserie burde oppholdene vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)
	Sak 09/3130 – DRG 73 Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år	Stor vekst og volum i DRG 73. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Andre lidelser i øre (H90-H95); Godartede svulster (D10-D36)
	Sak 09/3759 – DRG 347 Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk	Vekst i antall dagopphold i DRG 347. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Ondartede svulster i mannlige kjønnsorganer (C60-C63)
	Sak 09/3931 – DRG 465 Etterbehandling med ondartet sykdom som bidiagnose	Stort volum i DRG 465.	Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg (Z40-Z54)
2009	Sak 10/4474 - DRG 475 Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte	Koding av KOLS.	Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99) <i>Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, etc (Kapittel G)</i>

2010	11/776 - HDG 24 Signifikant multitraume	Koding av opphold i HDG 24 Signifikant multitraume og regler for bruk av tilstandskoder i kategoriblokkene T00-T07.	Skader som omfatter flere kroppsregioner (T00-T07)
	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 268O 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 477O 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	Kontakt med helsetjenesten under andre omstendigheter (Z70-Z76)
	12/3204 - DRG 266O Hudtransplantasjoner og/eller revisjoner, dagkirurgi	Feil bruk av ZZR 00 Hudlapp	<i>Tilleggs-koder (Kapittel Z)</i>
	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	Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg (Z40-Z54) Fedme og annen overernæring eller hyperalimentasjon (E65-E68)
	12/4791 - Dagopphold i DRG 462B – Rehabilitering, vanlig	Uheldig kodepraksis for bruk av Z50.89 Vanlig rehabilitering ved dagopphold	Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg (Z40-Z54)
	12/5616 - Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed	Koding av korte døgnopphold i rehabilitering som ble vurdert å være gruppebasert opplæring	Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg (Z40-Z54)
	12/5893 Flere registrerte episoder samme dag	Registrering av for mange polikliniske konsultasjoner	
	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 Annen operasjon på gingiva eller processus alveolaris	Tenner, kjeve, munn og pharynx (Kapittel E)
	13/3833 Opphold i DRG DD02 og koding av øyekirurgi som innleggelser	Feil koding av omsorgsnivå for øyekirurgi	Sykdommer i årehinne (choroidea) og netthinne (retina) (H30-H36) / Øyet og øyeregionen (Kapittel C)
	13/3902 DRG 459O Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling	Feil bruk av QCD 10 Revisjon av brannskade på overekstremitet	Hud (Kapittel Q)
	13/3904 DRG 461O Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling		

13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi	Gjentagende bruk av GBB00 Tracheostomi og GBB03 Perkutan tracheostomi for samme pasient	Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, bronkier, lunger og mediastinum (Kapittel G)
13/4163 DRG 462O Poliklinisk rehabilitering	Uheldig bruk av koden Z50.9 Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstilak	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
13/4395 – Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89	Uheldig kodepraksis for bruk av Z50.89 <i>Vanlig rehabilitering</i> ved dagopphold	Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg (Z40-Z54)
13/4901 - DRG 266O Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling	Feil bruk av ZZR 00 <i>Hudlapp</i>	<i>Tilleggs-koder (Kapittel Z)</i>
13/4904 - Flere registrerte episoder samme dag	Registrering av for mange polikliniske konsultasjoner	
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	Kontakt med helsetjenesten under andre omstendigheter (Z70-Z76)
13/5150 - DRG 268O Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi	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	Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg (Z40-Z54)
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 som hovedtilstandskode.</i>	Kontakt med helsetjenesten under andre omstendigheter (Z70-Z76)
13/6805 – Valg av omsorgsnivå for dagopphold - ulik praksis mellom HF	Ulik koding av omsorgsnivå for dagopphold med samme tilstandskode	Z50.1, G35, H90.5, M50.1, M45

