

AVREGNINGSUTVALGETS ÅRSRAPPORT 2016

Arbeid med Aktivitetsbasert finansiering 2015

Publikasjonens tittel: Avregningsutvalgets årsrapport 2016

Utgitt: November 2016

Kontakt: Avregningsutvalgets sekretariat
Postadresse: Helsedirektoratet Trondheim, Pb. 6173 Sluppen, 7435
Trondheim

www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/avregningsutvalget

Forfattere: Bjørn Buan
Lotte Strandjord
Marte Kjelvik

FORORD

Avregningsutvalgets arbeid med Aktivitetsbasert finansiering (ABF) for 2015 er avsluttet. Rapporten dokumenterer utvalgets arbeid og konklusjoner.

Avregningsutvalget ble opprettet i 2000 etter initiativ fra Regjeringen Stoltenberg I. Utvalget skal avgi partsuavhengige anbefalinger basert på faglige vurderinger og beste skjønn, ut fra Stortingets intensjoner for finansieringsordningen. Til grunn for anbefalingene skal gjeldende regelverk og en god forståelse av de medisinske kode- og klassifikasjonssystemer ligge til grunn. Overvåkning og kontroll av medisinsk koding står derfor sentralt i utvalgets arbeid. Legitimiteten til finansieringssystemet hviler på at helseforetakene er i stand til å følge en standardisert registreringspraksis og anvende enhetlige medisinske kodeverk. Avvik fra denne standarden ønskes korrigeret. Det må forutsettes at de medisinske kodesystemene og øvrig regelverk årlig fanger opp nyetablerte behandlingsmetoder og nye former for rasjonelle, innovative pasientforløp, og som i sum øker kvaliteten på helsetjenestene.

Skriftlig dialog med helseforetakene er en nødvendig del av kontrollarbeidet. I 2016 var denne korrespondansen mer omfattende enn tidligere. Av og til viser det seg nødvendig å gjennomføre revisjon av pasientjournaler for å avklare hva slags helsehjelp som har vært gitt, og hvilke problemstillinger som faktisk har vært vurdert under en pasientkontakt, eller under et mer sammensatt pasientforløp. Det er en ressurskrevende arbeidsform, men utvalget har erfart at slike undersøkelser avdekker regelbrudd som ellers ikke ville blitt erkjent. Andre ganger viser det seg nødvendig for Avregningsutvalget å innhente spisskompetanse innen spesifikke fagområder for å få klarhet i detaljer ved pasientforløp og registreringer.

Omfanget av utredning og analyse for å avklare en problemstilling skal være tilstrekkelig for utvalget til å trekke en holdbar konklusjon og anbefaling til Helsedirektoratet. Av og til må utvalget erkjenne at problemstillingene er såpass komplekse at utredningene må fortsette neste år. Det er heldigvis uvanlig, for avregningen lukkes fra år til år. Samtidig bør det nevnes at utvalget følger opp sine tidligere saker, for å se til at ønskede endringer i kodepraksis oppnås.

Utvalgets arbeid kan følges fortløpende gjennom referater fra utvalgets møter som er å finne på Helsedirektoratets nettside. Spørsmål og henvendelser rettes til sekretariatet.

Trondheim 20. oktober 2016

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

Eva Wensaas (observatør)
Lotte Strandjord (sekretær), Marte Kjelvik (sekretær)

INNHold

FORORD	3
INNHold	4
SAMMENDRAG	6
1 OM AVREGNINGSUTVALGET	7
1.1 MANDAT	7
1.2 ARBEIDSFORM.....	7
1.3 SAMMENSETNING	8
2 HOVEDTREKK FRA ARBEIDET I 2016	9
2.1 FEDME OG SØVNUTREDNINGER	9
2.2 PERKUTANE PROSEDYRER KODET SOM KIRURGISK PROSEDYRE.....	9
2.3 OVERLAPPENDE ELLER SAMTIDIGE OPPHOLD VED TO ULIKE INSTITUSJONER.....	10
2.4 BRUK AV UPRESISE KODER (Z-KODER/«ANDRE HELSETILSTANDER»)	10
2.5 KODING AV SEPSIS (BLODFORGIFTNING)	10
2.6 KOMPLISERENDE FORHOLD VED FØDSLER OG HOS NYFØDTE.....	11
3 VURDERINGER OG ANBEFALINGER	12
3.1 SAKSOMFANG.....	12
3.2 ANBEFALINGER	13
16/12822 Pasienter med episoder ved ulike sykehus som overlapper i tid.....	13
16/8216 Vurdering av kodepraksis ved «kodepar» med ulik grupperingsegenskap	18
16/7664 Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 461O <i>Operasjoner på pasienter i HDG 23, dagkirurgisk behandling.</i>	22
16/7356 Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 297 <i>Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk.</i>	24
16/3873 Oppfølging av sak 15/1938 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N <i>Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år.</i>	27
16/3870 Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 Vaginal fødsel – Diagnoser med kompliserende egenskap	30
16/3860 Kodepraksis for nyfødte - ulik bruk av tilstandskoder	35
15/6313 Bruk av prosedyrekode AAG50 Stereotaktisk intrakraniell radioterapi.....	45
15/4628 Kodepraksis for opphold i DRG 862O Poliklinisk rehabilitering og annen tilstand E66 Fedme.....	46
15/2312 Kodepraksis for opphold i DRG 134 <i>Hypertensjon</i>	47
15/1993 Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet	48
15/1923 Kodepraksis for opphold i DRG 475O Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling	49
15/1821 Kodepraksis ved fødsel - vekst i antall opphold i DRG 376 <i>Sykdommer etter forløsning og abort u/operasjon</i>	50
15/1804 Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger.....	51
15/1634 Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C Spesifikke inflammatoriske ledd- og rygg sykdommer u/bk	52
14/4779 Andel opphold i medisinske par-DRG hvor E86 <i>Væsketap</i> er kodet som annen tilstand	53
14/4293 Registreringspraksis for behandling av stein i urinveiene - med eller uten overnatting	54
14/4275 DRG 87 Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt	55

13/4904	Flere episoder samme dag ved Oslo universitetssykehus HF	56
13/3905	DRG 482 og 483 <i>Tracheostomi</i>	57
4	TEKNISKE BEREGNINGER.....	58
4.1	ENDRINGER I AKTIVITETSBASERT FINANSIERING	58
4.2	TEKNISKE BEREGNINGER AV ANBEFALTE AVREGNINGER	58
16/12822	Pasienter med episoder ved ulike sykehus som overlapper i tid.....	59
16/8216	Vurdering av kodepraksis ved «kodepar» med ulik grupperingsegenskap	60
16/7664	Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 461O <i>Operasjoner på pasienter i HDG 23, dagkirurgisk behandling.</i>	65
16/7356	Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 297 <i>Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk.</i>	66
16/3873	Oppfølging av sak 15/1938 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N <i>Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år</i>	67
16/3870	Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 <i>Vaginal fødsel – Diagnoser med kompliserende egenskap</i>	69
16/3860	Kodepraksis for nyfødte - ulik bruk av tilstandskoder	71
15/4628	Kodepraksis for opphold i DRG 862O <i>Poliklinisk rehabilitering og annen tilstand E66 Fedme</i>	76
15/1993	Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 <i>Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet</i>	77
15/1923	Kodepraksis for opphold i DRG 475O <i>Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling</i>	79
15/1804	Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger	81
15/1634	Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C <i>Spesifikke inflammatoriske ledd- og rygg sykdommer u/bk</i> 83	
14/4779	Andel opphold i medisinske par-DRG hvor E86 <i>Væsketap</i> er kodet som annen tilstand	85
13/4904	Flere episoder samme dag ved Oslo universitetssykehus HF	86
13/3905	DRG 482 og 483 <i>Tracheostomi</i>	88
5	VEDLEGG: ANBEFALINGER FOR ABF 2000-2014	89

SAMMENDRAG

Avregningsutvalget har behandlet 20 saker i 2016 der spørsmål om riktig medisinsk koding, og dermed finansiering, ble reist. I 15 av sakene anbefalte utvalget avregning av Aktivitetsbasert finansiering (ABF). Summen av anbefalte avregninger var 93 millioner kroner.

18 av sakene som ble behandlet i 2016 var meldt inn til Avregningsutvalget fra Helse- direktoratets Avdeling økonomi og analyse (FIOA) og Avdeling finansiering og DRG (FIFI). Én sak var opprinnelig meldt inn fra et HF og én sak er initiert av Avregningsutvalgets sekretariat.

Tabell 1. Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av ABF for 2015 fordelt etter pasientenes bostedsregion. Kroner.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Anbefalt avregning, kr
Sør-Øst	-75 523 430
Vest	-12 642 017
Midt-Norge	-3 338 429
Nord	-1 675 481
SUM	-93 179 357

1 OM AVREGNINGSUTVALGET

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

1.1 Mandat

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

Avregningsutvalget vurderer medisinsk kodepraksis og gir Helsedirektoratet råd knyttet til utbetalingsgrunnlaget i Aktivitetsbasert finansiering (ABF). Arbeidet bidrar til at utbetalingene skjer i tråd med intensjonene bak finansieringsordningen.

1.2 Arbeidsform

Avregningsutvalget arbeider uavhengig og foretar sine vurderinger på faglig grunnlag. Saksbehandlingen skjer hovedsakelig i arbeidsmøtene, men slutføringen av noen saker kan skje på e-post. I 2016 hadde utvalget seks arbeidsmøter. Avregningsutvalgets anbefalinger følger en prinsipiell linje som legger føringer for dets behandling av lignende saker. Utvalget søker å oppnå intern konsensus bak sine råd.

Medlemmenes habilitet vurderes for hver enkelt sak. Vurderingen er i overensstemmelse med reglene i offentlig forvaltning. Det framgår av møtereferatene om enkeltmedlemmer er inhabile i saken.

Alle som ønsker det kan melde inn saker til sekretariatet, som er lagt til Helsedirektoratet ved Norsk pasientregister. Sekretariatet gjør analyser av pasientdata for Avregningsutvalget, holder kontakt med RHF og HF, og besvarer henvendelser om Avregningsutvalgets arbeid. Kontroll av registreringer i pasientdata er hjemlet i Norsk pasientregisterforskriften § 2-4 Mottakers ansvar for kvalitets-kontroll¹.

Anbefalinger og møtereferat er offentlige og publiseres på nett:

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

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

1.3 Sammensetning

I 2016 har Avregningsutvalget hatt følgende medlemmer:

Bjørn Buan (leder)	Enhetsleder	Orkanger
Kathan Al-Azawy	Avd.dir. Lungeavd.	Bergen
Marianne Altmann	Overlege nevrologi	Oslo
August Bakke	Professor, dr.med	Bergen
Halfdan Aass	Fagdirektør dr.med	Drammen
Folke Sundelin	Ass. fagdirektør	Oslo
Suzana Rosic	Overlege gynekologi	Kirkenes
Arne Seternes	Overlege karkirurgi	Trondheim
Erik Rødevand	Overlege revmatologi	Trondheim

Eva Wensaas, seniorrådgiver ved Helsedirektoratet Avdeling finansiering og DRG (FIFI), har vært observatør i utvalget.

Sekretariatet har bestått av Lotte Strandjord og Marte Kjelvik, seniorrådgivere ved Helsedirektoratet, Avdeling norsk pasientregister (NPR).

Direktoratet for e-helse, Avdeling Helsefaglig kodeverk, har bistått Avregningsutvalget ved behov for ekspertise i kodeveiledning og retningslinjer for medisinsk koding i enkeltsaker.

2 HOVEDTREKK FRA ARBEIDET I 2016

Kontrollarbeidet i 2016 konsentrerte seg om et begrenset utvalg nye problemstillinger. Sju nye saker ble innmeldt til utvalget. Flere av sakene omhandlet generelle problemstillinger og inneholdt et antall underpunkter. 13 problemstillinger fra de seneste år ble også fulgt opp, og i varierende grad anbefalt avregnet etter tilsvarende metode som opprinnelig beskrevet.

Følgende tema ble innmeldt og behandlet i 2016:

- Overlappende eller samtidige opphold ved to ulike institusjoner
- Koding av perkutane inngrep som åpne inngrep
- Overvekt og pustevansker; valg av hovedtilstand
- Koding av blodforgiftning/sepsis
- Kompliserende forhold ved fødsel
- Kompliserende forhold hos nyfødte
- Bruk av upresise koder (Z-koder/»Andre helsetilstander«)

Sakene fordelte seg i hovedsak mellom ulike medisinske fagområder som ortopedi, kirurgi, fødselshjelp, nyfødttmedisin/barnekardiologi, fedme/søvnutredninger, infeksjonsmedisin/intensivmedisin og revmatologi. Valg av omsorgsnivå, dvs. innleggelse, dagbehandling/dagkirurgi og poliklinikk, ble også vurdert. Avregningsutvalget gir i enkelte saker anbefalinger om å iverksette endringer. Disse rådene rettes dels mot helseforetakene, fagmiljøene og helseforvaltningen. Vi har et håp at dette kan bidra til forbedringer av kodesystemene, registreringspraksis, DRG-systemet og reglene for finansieringsordningen.

2.1 Fedme og søvnutredninger

Avregningsutvalget har i mange år arbeidet med feilregistreringer knyttet til søvnutredninger i ulike varianter. I 2016 ble valg av hovedtilstand undersøkt nærmere. Det er en kjent sak at overvektige kan få søvnvansker, eventuelt også pustevansker. Her hevder noen at fedmen er bakenforliggende årsak, og derfor skal registreres som hovedtilstand. For å avklare spørsmålet konsulterte Avregningsutvalget lungemedisinsk ekspertise. Videre forsøkte utvalget å utrede henvisningsårsakene ved disse oppholdene. Ble pasientene henvist for fedme eller søvnvansker? På bakgrunn av utredningene kunne utvalget konkludere med at det for pasientene ved to sykehus ble valgt feil hovedtilstand (fedme) og dermed utløst for høy refusjon.

2.2 Perkutane prosedyrer kodet som kirurgisk prosedyre

En henvendelse fra et helseforetak om feilregistrering av perkutane prosedyrer som kirurgiske prosedyrer, førte til at Avregningsutvalget valgte å se nærmere på en rekke slike prosedyrer. Resultatet avslørte feilkoding, som har ført til feil ISF-utbetaling. Noe av feilkodingen kan skyldes

at prosedyrekodene var registrert av ikke-kirurgisk personell. Avregningsutvalget vil følge opp denne problemstillingen over tid.

2.3 Overlappende eller samtidige opphold ved to ulike institusjoner

Oppstyking av tjenester i en behandlingsserie kan gi utilsiktet økte utbetalinger. Av og til er slik oppstyking velbegrunnet, gjennom en mer pasienttilpasset og faglig begrunnet organisering av tjenestetilbudet. Andre ganger bryter oppstykingen av tjenestene med forutsetningene for finansieringsordningen, herunder beregningsmodellen som bestemmer refusjonen for den enkelte DRG. Avregningsutvalget behandlet i 2016 noen ulike kombinasjoner av pasientforløp. Det kunne være serier av opphold ved flere sykehus, eller serier av kontakter mellom sykehus og kommunal legevakt. Utvalget kom fram til noen prinsipper som klargjør hva slags oppsplitting som bør være refusjonsberettiget. Den grunnleggende vurderingen bygger på at ISF-refusjon ikke kan utløses to ganger for samme tjeneste. Utvalgets flertall anbefalte avregning i et av de konkrete tilfellene, der et utvalgsmedlem valgte å dissentrere med begrunnelse av utilstrekkelig belysning av saken. Avregningsutvalget vil i 2017 fortsette arbeidet med disse problemstillingene for å videreutvikle gode prinsipper i grenselandet mellom fag og finansiering.

2.4 Bruk av upresise koder (Z-koder/«Andre helsetilstander»)

Bruk av diagnosekoder fra kapittel XXI i ICD-10 inneholder koder for *Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten* (Z00-Z99). Disse kodene bør ikke brukes som hovedtilstand. Der det foreligger en tilstand som kan klassifiseres i kategoriene A00-Y89, bør denne tilstanden kodes som hovedtilstand. Det finnes noen unntak, blant annet for koding av bruddskader. Avregningsutvalget gjennomgikk bruken av Z-koder ved utvalgte ortopediske avdelinger, og påviste flere tilfeller av unødvendig bruk av Z-koder

2.5 Koding av sepsis (blodforgiftning)

I 2015 undersøkte Avregningsutvalget kodepraksis ved sepsis gjennom en dokumentkontroll knyttet til bruk av kodene A40.x/A41.x som grupperte til DRG 416N *Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år*. Dokumentkontrollen påviste feilkoding ved over 70 prosent av utvalgte opphold. Trass i umiddelbare forbedringer etter dokumentkontrollen, tilsa størrelsen på avviket oppfølging i 2016. Avregningsutvalget valgte å invitere intensivekspertise for å bistå med faglige avklaringer. I ny klassifikasjon (SOFA) brukes bare sepsis og septisk sjokk. Begrepet alvorlig sepsis brukes ikke lenger. Sepsis i ny klassifikasjon tilsvarer alvorlig sepsis etter SIRS-kriteriene. Den nye klassifikasjonen synes å være god, og tydeliggjør kodingen. Pasienter med sepsis utløser ulik grad av ressurser. Det er de sepsispasientene som krever intensivbehandling som er de mest ressurskrevende, og Avregningsutvalget anbefaler at Helsedirektoratet vurderer å endre DRG-vekting for slike pasienter, basert på behov for intensivbehandling, f. eks. respiratorbehandling.

2.6 Kompliserende forhold ved fødsler og hos nyfødte

Avregningsutvalget har vurdert bruken av kompliserende tilleggskoder knyttet til fødsler og nyfødte. Utvalget har gjennomgått kriterier for å registrere kompliserende tilleggskoder, og deretter undersøkt registreringsrutinene ved flere helseforetak. Ikke uventet kom utvalget fram til at det forelå høyst ulike årsaker til endringene. I flere tilfelle var det grunn til å anbefale avregning for feil bruk av kompliserende tilleggskoder. Det ble avdekket systematiske feil på grunn av logikkfeil i et klinisk IKT-basert støttesystem. Ansvar for feilregistreringene hviler fortsatt på helsepersonellet som koder og kvalitetssikrer kodingen.

3 VURDERINGER OG ANBEFALINGER

3.1 Saksomfang

Avregningsutvalget behandlet 20 ordinære saker i 2016. I 15 av sakene kom utvalget fram til en anbefaling om avregning av ABF 2015. Tabell 2 nedenfor viser en oversikt over sakene som ble behandlet og i hvilke saker det ble anbefalt avregning.

Hvert år følger Avregningsutvalget opp saker som tidligere år har resultert i avregning. 13 av årets behandlede saker var oppfølgings saker fra tidligere år. I åtte av oppfølgings sakene ble det vurdert å anbefale avregning for ABF 2015.

Tabell 2. Oversikt over saker behandlet av Avregningsutvalget i 2016 og anbefaling for ABF 2015.

Saksnr	Sakstittel	Avregning
16/12822	Pasienter med episoder ved ulike sykehus som overlapper i tid	Ja
16/8216	Vurdering av kodepraksis ved «kodepar» med ulik grupperingsegenskap	Ja
16/7664	Vurdring av kodepraksis for opphold i DRG 461O <i>Operasjoner på pasienter i HDG 23, dagkirurgisk behandling</i>	Ja
16/7356	Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 297 <i>Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk</i>	Ja
16/3873	Oppfølging av sak 15/1938 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N <i>Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år</i>	Ja
16/3870	Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 <i>Vaginal fødsel - diagnoser med kompliserende egenskap</i>	Ja
16/3860	Kodepraksis for nyfødte - ulik bruk av tilstandskoder	Ja
15/6313	Bruk av prosedyrekode AAG50 <i>Stereotaktisk intrakraniell radioterapi</i>	Nei
15/4628	Kodepraksis for opphold i DRG 862O <i>Poliklinisk rehabilitering og annen tilstand E66 Fedme</i>	Ja
15/2312	Kodepraksis for opphold i DRG 134 <i>Hypertensjon</i>	Nei
15/1993	Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 <i>Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet</i>	Ja
15/1923	Kodepraksis ved opphold gruppert til DRG 475O <i>Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling</i>	Ja
15/1821	Kodepraksis ved fødsel - vekst i antall opphold i DRG 376 <i>Sykdommer etter forløsning og abort u/operasjon</i>	Nei
15/1804	Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger – DRG 520 kontra DRG 803R	Ja
15/1634	Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C <i>Spesifikke inflammatoriske ledd- og rygg sykdommer u/bk</i>	Ja
14/4779	Andel opphold i DRG m/bk vs u/bk: E86 <i>Væsketap</i>	Ja
14/4293	Registreringspraksis for behandling av stein i urinveiene - med eller uten overnatting	Nei
14/4275	DRG 87 <i>Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt</i>	Nei
13/4904	Flere registrerte episoder samme dag	Ja
13/3905	DRG 482 og 483 <i>Tracheostomi</i>	Ja

18 av sakene ovenfor ble meldt inn til Avregningsutvalget fra Helsedirektoratets avdelinger Økonomi (FIOA) og analyse og Finansiering og DRG (FIFI). Sak 16/8216 Vurdering av kodepraksis ved «kodepar» med ulik grupperingsegenskap ble opprinnelig meldt inn tidligere år av et HF. Sak 16/12822 *Pasienter med episoder ved ulike sykehus som overlapper i tid* er initiert av Avregningsutvalgets sekretariat.

3.2 Anbefalinger

Avregningsutvalget anbefaler avregninger som medfører en reduksjon i utbetalinger i ABF 2015 på 93 millioner kroner. Anbefalingene får konsekvenser for refusjoner til alle regionale helseforetak, jf. tabell 3.

Tabell 3. Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av ABF 2015 etter pasientenes bostedsregion. Kroner.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Anbefalt avregning, kr
Sør-Øst	-75 523 430
Vest	-12 642 017
Midt-Norge	-3 338 429
Nord	-1 675 481
SUM	-93 179 357

Nedenfor presenteres Avregningsutvalgets vurderinger og anbefalinger i alle saker som ble behandlet i 2016.

16/12822 Pasienter med episoder ved ulike sykehus som overlapper i tid

Dette er videreføring av sak 15/1634 *Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk* fra 2015. I et svarbrev fra Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus (HSR) sto det at: «Noen av pasientene er tilbakeflyttet fra Helse Fonna HF etter større operative inngrep i lånte operasjonsstuer med egne kirurger.» Videre viste en analyse av dekningsgrad som NPR gjorde for leddproteseregisteret (NRL) at pasienter som var innlagt ved Sykehuset Telemark hadde overlappende opphold ved Betanien hospital.

Avregningsutvalget ønsket å følge opp disse funnene for å se om det var unødvendig oppstyking av opphold eller andre uregelmessigheter i registreringspraksis som lå bak praksisen. Pasientflyten mellom følgende sykehus ble analysert:

- Helse Fonna HF og Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus (HSR)
- Sykehuset Innlandet HF (SI) og Revmatismesykehuset AS i Lillehammer (RSL)
- Sykehuset Telemark HF (ST) og Betanien Hospital i Telemark (BT)

Analysene viste at 501 pasienter hadde minst én episode ved Helse Fonna samtidig eller overlappende med en episode ved HSR. 195 pasienter hadde minst en episode ved Sykehuset

Innlandet samtidig eller overlappende med en episode ved Revmatismesykehuset. Og 356 pasienter hadde minst én episode ved Betanien hospital samtidig eller overlappende med en episode ved Sykehuset Telemark.

Følgende spørsmål om pasienter med episoder som overlapper i tid ble sendt til de aktuelle sykehusene:

1. Hvilken type pasienter var dette? Hva slags tilstander hadde de?
2. Hvilken helsehjelp fikk pasientene? Gi gjerne eksempel på et typisk forløp for en pasient som fikk helsehjelp ved begge sykehus.
3. Hva er arbeidsdelingen mellom de to nærliggende sykehusene?
4. Hvilken praksis gjelder for registrering av pasienter som går mellom de to sykehusene?

Sykehuset Innlandet HF svarte at det dreide seg om polikliniske undersøkelser eller innleggelser ved SI samme dag som poliklinikk eller innleggelse ved RSL. Det er relativt vanlig og det dreier seg om undersøkelse for to forskjellige lidelser eller to faglige forskjellige undersøkelser (revmatolog – kardiolog) for samme lidelse. Videre svarte de at det er en naturlig pasientflyt registrert som to sykehusopphold.

Revmatismesykehuset AS svarte at dette dreier seg om ordinære planlagte polikliniske kontroller av pasienter med kronisk inflammatorisk leddsykdom og bindevevssykdommer, noen undersøkelser for osteoporose med beintetthetsundersøkelse og enkelte innleggelser som pga. endret sykdomskarakter eller nye problemstillinger måtte overflyttes til annen relevant klinisk avdeling.

Videre svarte de at RSL eies av Lillehammer Sanitetsforening og har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF. Samarbeidet mellom SI og RSL er regulert i en samarbeidsavtale. RSL skal være hovedsenter for pasienter med revmatiske lidelser i SI sitt opptaksområde. SI Kongsvinger har ansvar for pasienter i Sør Hedmark, mens RSL har ansvar for øvrige områder. RSL mottar kun pasienter med revmatisk sykdom. Pasienter med annen somatisk eller psykisk lidelse tas i mot ved SI. Revmatologer ved RSL har ansvar for tilsyn ved medisinsk avdeling SI Lillehammer, Hamar og Gjøvik. Tilsyn ved SI Gjøvik og Hamar gjennomføres på dager med poliklinisk virksomhet ved disse divisjonene. Polikliniske konsultasjoner ved disse divisjonene administreres og takstføres som øvrige pasienter ved RSL. Ved SI Lillehammer utføres kun tilsyn på innlagte pasienter. I disse tilfellene føres det ingen takst, det dikteres kun journalnotat.

Om registrering av pasienter svarte de at DIPS ikke tillater at en pasient er innlagt på RSL og SI samtidig. Men at det kan skje at en pasient, ut fra et behov for å bli fulgt opp av andre spesialiteter, utskrives fra RSL for så å bli innlagt ved SI samme dag. Det kan også skje at en pasient har poliklinisk time både ved RSL og SI samme dag, og dette registreres i så fall som to selvstendige konsultasjoner. Pasienter innlagt i SI kan i noen tilfeller bli sendt til RSL for undersøkelse. I disse tilfellene blir dette kun registrert som et journalnotat og ikke som en ordinær poliklinisk konsultasjon.

Sykehuset Telemark HF svarte at de hadde sett på 5 tilfeldige pasienter fra hvert fagområde. Disse ble gjennomgått av koderådgiver både i ST og på BT. Oppsummert så det ut som samtidighetskonfliktene dreier seg om to individuelle polikliniske konsultasjoner på samme dag, innleggelse på ST og tilsyn på Betanien, eller omvendt eller henvisning fra det ene sykehuset til det andre.

Betanien Hospital svarte at hendelsene kan deles inn i fire kategorier:

1. Innlagte pasienter på et sykehus med behov for tilsyn fra fagmiljø på det andre sykehuset.
2. Polikliniske undersøkelser på BT der pasienten eller sykehuset koordinerer med besøk ved ST for å redusere belastninger og kostnader ved reiser til og fra behandling.
3. Pasienter som kommer til planlagt poliklinisk konsultasjon og tilfeldigvis blir innlagt som ø-hjelp samme dag på det andre sykehuset.
4. Ortopedipasienter: Pga. begrenset intensivkapasitet vil man ikke operere pasienter med ASA > 3 på BT. For å kunne yte et godt tilbud til disse pasientene hadde man et samarbeid med ST som innebar at pasienten fikk utført selve proteseoperasjonen ved ST (utført av BTs ortoped) og siden overført tilbake til BT så snart det var medisinsk forsvarlig. I dag behandles denne pasientgruppen på ST alene.

Om arbeidsfordelingen med ST svarte de at BT har det fulle ansvaret for Telemarkspasienter innen fagene øye og revmatologi. Ansvaret for revmatologi gjelder også for pasienter fra Vestfold. ST har ansvaret for de øvrige spesialiteter for Telemarkspasienter. I tillegg har BT en elektiv ortopedisk avdeling. De to sykehusene kompletterer hverandre og det er naturlig i mange sammenhenger å konsultere spesialister i andre fagområder, eventuelt på det andre sykehuset, dersom pasienter kommer med symptomer og plager som ikke er typiske innen de fagområder de selv har kompetanse på.

Helse Fonna HF svarte at innenfor deres opptaksområde har HSR tilbud innen revmatologi og hudlidelser. Sykehusene registrerer sin aktivitet på pasienten uavhengig av hverandre. Pasienter med samtidige opphold (etter en stikkprøvekontroll) kan deles inn i følgende grupper:

- Pasienter som hadde kontroll av sekundærtilstander i etterkant, eksempelvis pasienter med autoimmune sykdommer som først var på kontroll for primærsykdommen ved HSR, deretter ved Helse Fonna for følgetilstander (f.eks. ved øyeavdelingen, da grunnsykdommen kan gi ulike øyesykdommer).
- Pasienter som var inneliggende på et av sykehusene og fikk tilsyn fra det andre, derav en del inneliggende pasienter med konsultasjoner på annet sykehus
- Pasienter som var inneliggende ved HSR, ble innlagt i Helse Fonna for operasjon, så skrevet ut til primærsykehuset.
- Pasienter skrevet ut til HSR for rehabilitering.
- Pasienter som hadde tilfeldig time på hvert av sykehusene.

Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus svarte at de har ansvar for pasienter med dermatologiske, revmatologiske og revmakirurgiske problemstillinger, samt artrosepasienter (ortopedisk kirurgi). For pasienter med multisystem-affeksjon trengs kompetanse fra andre spesialiteter og det krever samarbeid med relevant kompetanse på Helse Fonna. Eksempler på pasienter som er behandlet ved begge sykehus kan være:

- Pasienter med poliklinisk konsultasjon ved HSR og Helse Fonna samme dag, i mange tilfeller samkjørt pga. lang reisevei.
- Polikliniske spesialistundersøkelser (lab og røntgen) som HSR kjøper fra Helse Fonna pga. manglende kompetanse.
- Inneliggende pasienter ved HSR med revmatologisk grunnsykdom, men med behov for spesialistkompetanse fra Helse Fonna i form av tilsyn eller midlertidig overflytting.
- Inneliggende pasienter ved HSR som overflyttes til Helse Fonna når utredning har vist at revmatisk sykdom ikke er årsak til sykdomsbildet.

- Kirurgiske pasienter som overføres mellom HSR og Helse Fonna pga. at HSR leier operasjonsstue og støttefunksjoner (anestesi, intensiv, osv.) ved Helse Fonna. Overføres til Helse Fonna for operasjon og overflyttes tilbake til HSR når pasienten er ferdig.

Om praksis for registrering svarte HSR at de forsøker at tidspunktene ikke overlapper, men at det kan skje at registreringer blir gjort i etterkant. DIPS tillater ikke at pasienter er innlagt samtidig begge steder.

Avregningsutvalget diskuterte de detaljerte svarene og mente det var et visst mønster i dem. Det dreier seg om pasienter som går mellom et helseforetak og en privat institusjon (som har avtale på RHF nivå). Disse sykehusene er juridiske enheter og kan sende regning til hverandre. Spørsmålet er om de kjøper tjenester hos hverandre eller ikke.

På bakgrunn av eksemplene ovenfor oppsummerte Avregningsutvalget ulike kombinasjoner av flere opphold samme dag ved ulike institusjoner og ga en vurdering av hvilke kombinasjoner som kan godkjennes og ikke.

Fire varianter godkjennes. For de tre første er det forutsatt ulike diagnoser og prosedyrer ved sykehus 1 og 2:

1. En poliklinisk konsultasjon ved sykehus 1, etterfulgt av en innleggelse samme dag ved sykehus 2.
2. En poliklinisk konsultasjon ved sykehus 1 etterfulgt av en poliklinisk konsultasjon samme dag ved sykehus 2.
3. En innleggelse ved sykehus 1, på utskrivningsdagen etterfulgt av en poliklinisk konsultasjon ved sykehus 2.
4. En innleggelse ved sykehus 1, på utskrivningsdagen etterfulgt av en innleggelse ved sykehus 2.

To varianter som det kan stilles spørsmålsteget ved:

1. En innleggelse ved sykehus 1 etterfulgt av en innleggelse ved sykehus 2 etterfulgt av enda en innleggelse ved sykehus 1 med samme eller tilnærmet samme diagnose. Dette skal være ett «sykehusopphold» og ikke tre. Her må sykehus 1 «kjøpe» tjenester hos sykehus 2 og gjøre opp internt.
2. En innleggelse ved sykehus 1 etterfulgt av en poliklinisk konsultasjon ved sykehus 2 og deretter en ny innleggelse ved sykehus 1. Dette skal også være ett «sykehusopphold». Poliklinisk tjeneste ved sykehus 2 må kjøpes av sykehus 1.

Avregningsutvalget anbefalte i møte 15. september at de to kombinasjoner av opphold ved sykehus 1 og 2 som hovedprinsipp avregnes slik at oppholdet/konsultasjonen i midten strykes i de sakene som er gjennomgått. Ett medlem dissenterte hva angår variant 1, begrunnet i at helseforetak/sykehus som er juridiske enheter godkjent for ISF-finansiering skal sende separate regninger for opphold.

Med bakgrunn i etterfølgende diskusjoner har medlemmene i utvalget kommet til at denne problemstillingen må utredes nærmere slik at medisinske, strukturelle og juridiske aspekter blir avklart. Avregningsutvalget vil komme tilbake til saken ved gjennomgang av 2016-data.

Anbefaling:

Avregningsutvalget ønsker å følge opp registreringspraksis for pasienter som går mellom følgende sykehus: Sykehuset Telemark HF og Betanien Hospital, Helse Fonna HF og Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus, Sykehuset Innlandet og Revmatismesykehuset. Det kan også være aktuelt å se på andre tilsvarende konstellasjoner.

Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommunale legevakt

I forkant av møtet 18. august meldte Helsedirektoratets avdeling FIOA til Avregningsutvalget at de hadde funnet tilfeller der pasienter hadde samtidige døgnopphold ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) og Oslo kommunale legevakt (Legevakten). 447 pasienter var registrert med døgnopphold og overnatting (liggetid > 0) samtidig ved begge enheter. Det var totalt 454 dobbeltregistrerte døgnopphold ved de to enhetene i data for 2015.

Sekretariatet sendte brev til OUS og Legevakten ved Oslo kommune, Helseetaten, med spørsmål om arbeidsfordelingen mellom disse to enhetene, praksis for registrering av pasienter som går mellom enhetene og et spørsmål om hvilken helsehjelp som ble gitt til pasienter med døgnopphold som overlapper i tid.

Ingen av enhetene svarte skriftlig innen Avregningsutvalgets siste møte, men sekretariatet fikk en forklaring på telefon fra OUS. Skadelegevakten ved OUS og Observasjonsposten ved Legevakten er samlokalisert i Storgata 40. Dobbelregistreringene skyldes en teknisk feil ved overføring av pasienter mellom DIPS Arena (OUS) og DIPS Classic (legevakten). Feilen har oppstått ved innføring av DIPS 20. oktober 2014. OUS vil korrigere registreringer i pasientdata tilbake til 31.8.2016 og forventer avregning på dette i 2015 og 2016.

Avregningsutvalget diskuterte om det var grunnlag for avregning av disse oppholdene på bakgrunn av informasjonen som forelå og landet til slutt på å anbefale avregning av de dobbeltregistrerte døgnoppholdene. To av medlemmene mente at saken var utilstrekkelig belyst og ett medlem tok dissens. Mulige metoder for teknisk beregning ble diskutert og det ble enighet om å avregne gjennomsnittet av samlet DRG-vekt for dobbeltregistrerte døgnopphold ved de to enhetene. Hele avregningen går til Helse Sør-Øst RHF.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at dobbeltregistrerte døgnopphold ved Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommunale legevakt avregnes. Hele avregningen går til Helse Sør-Øst RHF.

16/8216 Vurdering av kodepraksis ved «kodepar» med ulike grupperingsegenskaper

Dette er videreføring av sak 14/4727 *Kirurgiske prosedyrekoder ved ikke-kirurgiske avdelinger* som opprinnelig ble meldt inn av St. Olavs hospital HF i 2014. Avregningsutvalget anbefalte ikke avregning den gang. Helsedirektoratets avdeling FIOA/FIFI har nå meldt saken inn på nytt med en litt utvidet problemstilling.

Kodeverk for medisinske, kirurgiske og radiologiske prosedyrer (NCMP, NCSP og NCRP) inneholder par (eller tripletter) av lignende koder der minst én av kodene i hver gruppe har egenskaper som gjør at oppholdet grupperes til en kirurgisk DRG, og minst én av kodene ikke har samme egenskap. Analyser av data for Aktivitetsbasert finansiering (ABF) for 2015 viser at det er stor variasjon i bruken av kirurgiske koder i slike «kodepar». Forskjellig praksis i anvendelsen av disse kodene har betydning for gruppering i DRG og beregning av ISF-refusjon. Omfanget av opphold med de aktuelle kodene ble redusert fra 2014 til 2015.

Følgende prosedyrekoder ble opprinnelig meldt inn av St. Olavs hospital:

- GAC00 *Pleurabiopsi*
- GAA96 *Annen pleuradrenasje*
- GDA10 *Lungebiopsi*
- KAB00 *Biopsi av nyre eller nyrebekken*
- KAJ00 *Nefrostomi*

I tillegg ønsket Helsedirektoratet vurdering av følgende prosedyrekoder:

- EDA00 *Incisjon i underkjeve*
- EHA00 *Incisjon i ganen*
- KCB00 *Biopsi av urinblære*
- KFB00 *Biopsi av testikkel*

En oversikt over antall opphold registrert med disse prosedyrekodene i ABF 2015, fordelt på rapporterende enhet, viste at omfanget av kodene ikke var stort. Særlig hvis man kun ser på opphold med en av kodene ovenfor som eneste kirurgiske prosedyrekode. Flest opphold var registrert med kode EHA00: 312 opphold fordelt på elleve enheter. Mens bare ti opphold var registrert med GAC00, fordelt på syv enheter.

GAC00, GAA96, GDA10, KAB00, KAJ00

Avregningsutvalget mente at alle enheter som hadde flere enn to opphold med en av kodene GAC00, GAA96, GDA10, KAB00 og KAJ00 som eneste kirurgiske prosedyrekode burde tilskrives. Det ble sendt brev til 22 sykehus som hadde opphold med disse kodene. De ble bedt om å gjøre rede for kodepraksis og om det virkelig var utført åpen kirurgi. Sekretariatet kontaktet også Direktoratet for e-helse, Avdeling Helsefaglig kodeverk, for å få en vurdering av kodingen. På bakgrunn av svarene fra sykehusene mente Avregningsutvalget at alle oppholdene var feilkodet og burde avregnes, med noen få unntak. Tre opphold ved Oslo universitetssykehus og ett opphold ved Akershus universitetssykehus var i følge sykehusene selv utført som åpne biopsier. Avregningsutvalget anbefalte at avregnede opphold gis refusjon lik opphold med tilsvarende kode for perkutan prosedyre:

GAC00 *Pleurabiopsi* = TGA10 *Nålebiopsi av pleura*

GAA96 *Annen pleuradrenasje* = TGA30 *Torakocentese*

GDA10 *Lungebiopsi* = TGD00 *Nålebiopsi av lunge*

KAB00 *Biopsi av nyre eller nyrebekken* = TKA00 *Nålebiopsi av nyre eller nyrebekken*

KAJ00 *Nefrostomi* = TKA10 *Perkutan punksjon av nyre eller nyrebekken*

Direktoratet for e-helse påpekte i sin gjennomgang av oppholdene at det ikke er gitt at GAA96 kun kan erstattes av TGA30, selv om man kan anta at det gjelder de fleste av tilfellene. GAA96 er en uspesifikk kode som kan romme flere former for pleuradrenasje som ikke er direkte beskrevet i de eksisterende kodene. Avregningsutvalget var enig i kommentaren fra Direktoratet for e-helse, men mente likevel at det var riktig å bruke GAA96 i denne avregningen.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold registrert med henholdsvis GAC00, GAA96, GDA10, KAB00 og KAJ00 som eneste kirurgiske prosedyrekode avregnes og gis refusjon lik opphold registrert med prosedyrekode tilsvarende perkutan prosedyre.

Vurdering av habilitet:

Ett medlem ble vurdert som inhabil.

KCB00 *Biopsi av urinblære*

Avtalespesialist Arve Gustavsen hadde flest opphold registrert med prosedyrekode KCB00 *Biopsi av urinblære* som eneste kirurgiske prosedyrekode og fikk brev med spørsmål om bruken av koden. Gustavsen svarte at konsultasjoner kodet med KCB00 var behandling av små overfladiske kreftsvulster i urinblæren med lav gradering og at det ikke var utført åpne biopsier. Avregningsutvalget mente på bakgrunn av svaret at KCB00 var feil kode. Bare en dokumentkontroll kan avgjøre hvilken kode som er riktig for hver av de 54 oppholdene. Avregningsutvalget ba sekretariatet forberede forslag til teknisk beregning der KCB00 erstattes med KCD02 *Transurethral reseksjon av blæretumor TURB*.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold registrert med KCB00 *Biopsi av urinblære* som eneste kirurgiske prosedyrekode avregnes og gis refusjon lik opphold registrert med KCD02 *Transurethral reseksjon av blæretumor TURB*.

EDA00, EHA00 og KFB00

For kodene EDA00, EHA00 og KFB00 ble det sendt brev til sykehus med flere enn 6 opphold med en av disse kodene som eneste kirurgiske prosedyrekode. Det ble stilt spørsmål om det ble utført åpne biopsier ved oppholdene, hvilke tilstander pasientene hadde og om innholdet i tjenestetilbudet som ble gitt. Videre ble det spurt om hvilken prosedyrekode som skulle vært registrert hvis EDA00/EHA00/KFB00 var feil kode. Ved utgangen av svarfristen manglet det svar fra flere helseforetak. Vi vil redegjøre for hver av de tre kodene separat i teksten nedenfor.

EDA00 *Incisjon i underkjeve*

Helse Bergen HF svarte om bruken av kode EDA00 at samtlige opphold var incisjoner av abscesser for drenasje. Alle pasientene hadde infeksjoner med abscessdannelse i underkjeve. Behandlingen som ble gitt var incisjon utført i lokalanestesi eller narkose. Samtlige pasienter fikk antibiotikabehandling i tillegg, intravenøst i sykehus og per os poliklinisk. Tilfellene var av ulik

alvorlighetsgrad i forhold til allmenntilstand: fra rimelig god allmenntilstand (og poliklinisk behandlet) til alvorlig påvirket allmenntilstand med medisinsk behov for innleggelse for observasjon, overvåkning og eventuelt behandling.

St. Olavs hospital HF svarte at de koder EDA00 *Incisjon i underkjeve* ved drenering av odontogene abcesser i underkjeven. I tillegg brukes kodene ved biopsitaking av munnslimhinneforandringer i over og underkjeve, da det ikke finnes andre koder for dette. Kodene brukes både på ØNH avdelingen og på avdeling for kjeve og ansiktskirurgi. Hos de aller fleste pasientene sendes enten biopsi, mikrobiologisk prøve eller begge deler inn til undersøkelse på patologisk avdeling. Pasientene på kjeve og ansiktskirurgisk avdeling har hatt diagnosene K13.2 *Munnslimhinne-forandringer*, C04.0 *Ondartet svulst i munn*, K09.0 *Odontogene utviklingscyster*, M85.4 *Solitær beincyste*, K10.2 *Kronisk osteomyelitt*, K04.7 *Periapikal abcess uten fistel*, K04.5 *Kronisk apikal periodontitt*, K12.2 *Abcess i munn*. Noen pasienter kom til dagkirurgi, ble biopsert eller drenert og sendt hjem. Andre pasienter har hatt lengre forløp med opp til en uke med intravenøs antibiotika etter kirurgi i narkose. Noen får med tracheostomiberedskap ved intubasjon. Typisk forløp for munnslimhinneforandringer er dagkirurgi, innsending av histologisk prøve og kontroll etter en til to uker med fjerning av sting og formidling av prøvesvar. Abcesser er som regel drenert med ekstern tilgang i narkose med påfølgende tre til sju dagers postoperativ innleggelse med skylling via dren. Noen har fått intraoral drenasje, innleggelse av veke og kontroll påfølgende dag. Det er et stort spekter av alvorlighetsgrad hos disse pasientene.

Øvrige institusjoner svarte ikke på bruken av denne koden innen svarfristen. Avregningsutvalget mente at svarene fra Helse Bergen og St. Olavs hospital var dokumenterte en korrekt kodepraksis og anbefaler ikke avregning i saken.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning av opphold registrert med EDA00 *Incisjon i underkjeve* som eneste kirurgiske prosedyrekode.

EHA00 *Incisjon i ganen*

For kode EHA00 *Incisjon i ganen* svarte Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos, at det ble utført åpne incisjoner av abscesser i ganen. Behandlingen ble beskrevet som abscess/byll åpnet ved hjelp av skalpell i lokalanestesi med infiltrasjon av Xylocain. Det ble også gitt eksempel på et typisk pasientforløp.

Helse Bergen HF svarte at de hadde gått gjennom 155 opphold kodet med EHA00. Alle pasientene hadde abscesser som måtte tømmes kirurgisk, enten ved incisjon gjennom ganen eller ved aspirering (også gjennom ganen). Alle pasientene var diagnostisert med en sannsynlig abscess i oropharynx. Behandlingen for denne tilstanden er utredning (vanligvis CT), lokalisering av abscessen ved punksjon, åpning av abscessen ved kirurgisk incisjon gjennom ganen (en prosedyre som ofte må gjøres flere ganger) og antibiotika behandling. Videre svarte de at prosedyrekode EHA00 var riktig registrert for 115 pasienter som var kirurgisk incidert og har fått tømt abscess via tilgang gjennom ganen. Fire av pasientene har fått fjernet en tumor og skulle vært kodet med ENB00 *Ekstirpasjon eller eksplorasjon av lesjon i pharynx*. 34 pasienter var punktert og ikke incidert.

St. Olavs hospital svarte at 123 av 131 pasienter i 2015 hadde diagnosen peritonsillær abscess (J36), de resterende akutt (J03.9) eller kronisk (J35.0) tonsilitt. Det ble utført incisjon i ganen for å tømme eventuell abscess (byll) og ikke biopsier. Peritonsillær abscess kan dannes som komplikasjon til tonsilitt (betennelse i mandel). Det danner seg da en stor byll som gjør det vanskelig å svelge og gape. Normal prosedyre er da at denne tømmes via en incisjon i selve ganen ovenfor og ved siden av mandelen. Av og til er det ikke dannet noen moden abscess slik at man ikke får tømt noe ved incisjon. I disse tilfellene registreres diagnosen akutt tonsilitt i stedet for peritonsillær abscess. Videre svarte de at prosedyrekoden er riktig i forhold til inngrepet og diagnoser.

Avregningsutvalget mente at opphold registrert med EHA00 *Incisjon i ganen* var feilkodet og skulle vært kodet med EMA00 *Incisjon i tonsille*. Særlig hvis kode for hovedtilstand var J36 *Peritonsillær abscess* eller fra kategori J03 *Akutt tonsillitt* eller J35 *Kroniske sykdommer i mandler og adenoid vev*. Hvis ICD-10 kode indikerer at abscessen lå i selve ganen, ville det vært riktig å bruke EHA00 *Incisjon i ganen*.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold registrert med EHA00 *Incisjon i ganen* som eneste kirurgiske prosedyrekode avregnes og gis refusjon lik opphold registrert med EMA00 *Incisjon i tonsille*, hvis ICD-10-kode for hovedtilstand viser at abscessen lå i eller ved tonsillen og ikke i ganen.

KFB00 Biopsi av testikkel

For kode KFB00 *Biopsi av testikkel* svarte St. Olavs hospital HF at de hadde brukt feil prosedyrekode. Inngrepet Testikulær sædaspirasjon (TESA) anvendes både diagnostisk og terapeutisk i forbindelse med infertilitetsbehandling. I de første årene ble dette gjort ved åpen biopsi og da var kode KFB00 riktig. Etter hvert har teknikken utviklet seg og nålebiopsi er tilstrekkelig i de fleste tilfeller.

Sykehuset Telemark HF svarte at de hadde gått gjennom alle 47 registreringer med KFB00 som eneste kirurgiske prosedyrekode. Koden var brukt feil for 28 av 47 polikliniske konsultasjoner. De skulle ha brukt kode TFK00 *Nålebiopsi av testikkel* (KFX06 fra 2016).

Avregningsutvalget mente at alle konsultasjonene ved St. Olavs hospital og 28 konsultasjoner ved Sykehuset Telemark burde avregnes og gis refusjon lik TFK00 *Nålebiopsi av testikkel*.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold registrert med KFB00 *Biopsi av testikkel* som eneste kirurgiske prosedyrekode avregnes og gis refusjon lik opphold registrert med TFK00 *Nålebiopsi av testikkel*.

16/7664 Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 461O Operasjoner på pasienter i HDG 23, dagkirurgisk behandling.

Analyser av data for aktivitetsbasert finansiering (ABF) for 2015 viste at antall opphold i DRG 461O *Operasjoner på pasienter i HDG 23, dagkirurgisk behandling* var ujevnt fordelt mellom pasientenes bostedsfylker. Pasienter bosatt i Buskerud hadde langt flere opphold i DRG 461O enn pasienter bosatt i andre fylker, sett i sammenheng med innbyggertallet. Vestre Viken HF hadde flest opphold i DRG-en og deres kodepraksis skilte seg fra de andre HF-ene ved at de fleste oppholdene var registrert med hovedtilstand Z48.0 *Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av operasjonsbandasjer/suturer*. Hyppigste prosedyrekoder registrert på disse oppholdene var:

- QDB05 *Sårrevisjon på underekstremitet*
- QDG00 *Revisjon av dekubitalsår på underekstremitet*
- QDG20 *Operasjon for kronisk sår eller hudfistel på underekstremitet*
- QWB00 *Reoperasjon for infeksjon i hud*
- QWW99 *Annen reoperasjon på hud*

Avregningsutvalget sendte brev til Vestre Viken HF med spørsmål om innholdet i tjenestetilbudet for opphold gruppert til DRG 461O generelt og opphold med hovedtilstand Z48.0 spesielt. De ble også bedt om å begrunne valg av hovedtilstand Z48.0 og forklare om veksten i antall opphold i DRG 461O fra 2014 til 2015 kan knyttes til et nytt tjenestetilbud eller endring av kodepraksis.

Vestre Viken HF, Ortopedisk avdeling, Drammen, svarte at dette var dagkirurgisk sårbehandling. De forklarte veksten i DRG 461O med omlegging av kodepraksis i 2015 som resulterte i at Z48.0 ble valgt som hovedtilstand ved sårbehandling. De ønsket å kode sårbehandling etter samme prinsipp som koding av bruddskader. Videre viste de til at kontaktårsak kan angis ved diagnosesetting i tilfeller der «... en person har gjentatte kontakter med helsevesenet for samme sykdom eller skade, der innleggelse av praktiske og terapeutiske årsaker er delt opp i flere planlagte seanser», jf. ICD-10, Kapittel XXI, avsnitt c). Kodepraksis for sårbehandling ble imidlertid endret tilbake til tidligere praksis i løpet av 2015.

Avregningsutvalget oppfattet brevet fra Vestre Viken HF som gjennomtenkt. De hadde en omlegging til ny kodepraksis i 2015 som de prøvde å følge prinsippene for, men så valgte de å gå tilbake til tidligere kodepraksis basert på medisinsk tilstand. Den siste endringen av kodepraksis var ikke begrunnet i brevet og kan tolkes som en erkjennelse av at kodepraksis i 2015 var feil.

I ICD-10 kapittel XXI *Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)* står det at kategoriene i kapittelet bør brukes som en tilleggskategori, og der det foreligger en tilstand som kan klassifiseres i kategoriene A00-Y89, bør dette kodes først. Det finnes noen unntak, blant annet for koding av bruddskader.

En oversikt over tilstandskoder registrert på det første oppholdet i behandlingsserien ved Vestre Viken HF i 2015 viste at det hovedsakelig var registrert Z-koder på det første oppholdet: Z09.0 *Etterundersøkelse etter kirurgisk behandling for andre tilstander* (24 %), Z48.0 *Ettersyn av operasjonsbandasjer og suturer* (21 %) og Z09.8 *Etterundersøkelse etter annen spesifisert behandling for andre tilstander* (19 %). Kun tre opphold hadde kode for hovedtilstand fra annet ICD-10-kapittel: R18, R70.0 og L89.2.

Avregningsutvalget mente at en avregning måtte baseres på de medisinske tilstander som skulle vært registrert istedenfor Z48.0. Det ble også stilt spørsmål til om det er valgt riktig omsorgsnivå for disse oppholdene. Vestre Viken HF fikk et nytt brev med spørsmål om hvilke tilstander som skulle vært registrert på disse oppholdene. De ble også bedt om å beskrive et typisk pasientforløp, med type behandling og varighet på oppholdene.

I følge Vestre Viken HF skulle det vært kodet for medisinske tilstander fra L89 *Dekubitalsår og trykkskade* istedenfor Z48.0 *Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av operasjonsbandasjer/suturer*. På spørsmål om å beskrive et typisk behandlingsforløp for opphold svarte de at det var operativ sårbehandling på sykehusets dagkirurgiske enhet. Ofte var den dagkirurgiske delen av forløpet en fortsettelse etter et initialt heldøgnsopphold.

Anbefalt avregning:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 4610 *Operasjoner på pasienter i HDG 23, dagkirurgisk behandling* med hovedtilstand Z48.0 *Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av operasjonsbandasjer/suturer* ved Vestre Viken HF avregnes ved at det beregnes ny refusjon basert på hovedtilstand fra L89 *Dekubitalsår og trykkskade* og registrerte prosedyrekode.

Vurdering av habilitet:

Ett medlem ble vurdert som inhabil i behandlingen av denne saken.

16/7356 **Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 297 Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk**

Analyser av data for aktivitetsbasert finansiering (ABF) for 2015 viser at antall opphold i DRG 297 *Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk* var ujevnt fordelt mellom pasientenes bostedsfylker. Pasienter bosatt i Hedmark hadde langt flere opphold i DRG 297 enn pasienter bosatt i andre fylker, sett i sammenheng med innbyggertallet. Også pasienter bosatt i Finnmark og Nordland hadde flere opphold i DRG-en enn landsgjennomsnittet.

Sykehuset Innlandet HF og Nordlandssykehuset HF hadde flest opphold i DRG 297 i 2015. Registreringspraksisen ved disse helseforetakene skiller seg fra de øvrige ved at mange av oppholdene var registrert med hovedtilstand E66 *Fedme* og annen tilstand G47.3 *Søvnapné*. Ved Sykehuset Innlandet hadde 249 av 505 opphold denne kodingen.

Hvis man bytter om på tilstandskodene E66 *Fedme* og G47.3 *Søvnapné* vil oppholdene gruppere til DRG 520 *Søvnapné*. DRG 297 tilsvarte i 2015 vekt 0,562, mens DRG 520 tilsvarte vekt 0,238. Det vil si at opphold med fedme som hovedtilstand ga mer refusjon enn opphold med søvnapné som hovedtilstand. Noen av oppholdene var registrert med prosedyrekodene: AAFX00 *Polygrafisk monitorering av respiratoriske parametre (polygrafi)* og AAFX10 *Polysomnografi (PSG) med respiratoriske parametre*. De fleste oppholdene hadde liggetid lik ett døgn. Avregningsutvalget har sett denne saken i sammenheng med sak 15/1804 *Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger* som ble behandlet og anbefalt avregnet i 2015.

Avregningsutvalget ønsket å vite mer om opphold gruppert til DRG 297 generelt og spesielt opphold registrert med hovedtilstand E66 *Fedme* og annen tilstand G47.3 *Søvnapné* ved Sykehuset Innlandet og Nordlandssykehuset. Følgende spørsmål ble stilt til de to helseforetakene:

1. Hva var innholdet i tjenestetilbudet for disse pasientene/oppholdene?
2. Hva er begrunnelsen for at E66 *Fedme* ble valgt som hovedtilstand og ikke G47.3 *Søvnapné*? Særlig ved bruk av prosedyrekodene AAFX00/AAFX10.

Sykehuset Innlandet, ØNH Elverum svarte om tjenestetilbudet at pasienter som anamnestic gir mistanke om søvnapné, utredes med søvnutredning i form av polygrafi. Alle pasienter veies og BMI beregnes. Ved BMI>30 gjøres i tillegg spirometri samt måling av venøse blodgasser. I samråd med lungemedisiner undersøkes venøse blodgasser primært, som en screening. Der man finner patologiske verdier, går man videre med arterielle blodgasser, som i dette tilfelle vil være mer pålitelig, og som hovedsakelig tas etter et par måneders behandling med ventilasjonsstøtte. Før ventilasjonsstøtte (hovedsakelig CPAP) startes, utelukkes annen lungepatologi ut fra vurdering av spirometri. Ved Obesity Hypoventilation Syndrome (OHS) vurderes oppstart av ventilasjonsstøtte, enten CPAP eller BIPAP og det tas arteriell blodgass etter et par måneders behandling. Dersom det fortsatt er patologiske verdier, eller pasienten har symptomer gjøres ny legevurdering, og eventuelt endres type ventilasjonsstøtte. Hvis spirometri og blodgass samlet tilsier det henvises det videre til lungelegespesialist. Videre skriver de at de ikke bare behandler søvnapné, som egentlig er et symptom på tilstanden, men selve fedmen som er hovedproblemet til pasienten.

Om begrunnelse for valg av E66 *Fedme* som hovedtilstand svarte de at prosedyrekode AAFX10 var feilkodet i 2016, men at de ikke hadde kontrollert data fra 2014 og 2015. De koder E66.2 *Ekstrem fedme med hypoventilasjon* ved BMI>30 og patologiske blodprøver og E66.9 *Ekstrem*

fedme ved BMI > 30 og normale blodgasser. Søvnapné (G47.3) er ett av symptomene til diagnosen. Det er en klar årsakssammenheng mellom fedme og snoring/søvnapné. Videre svarte de at Lungeavdelingen ved Haukeland har godkjent kodingen.

Sykehuset Innlandet, ØNH Gjøvik, svarte at de har to forskjellige pasientgrupper: 1) pasienter henvist for søvnregistrering med symptomer og tegn på søvnapné. Disse kodes med søvnapné og 2) pasienter med BMI>35 som skal til fedmekirurgi som screenes med søvnregistrering pga. overvekt. De måler blodgass og blodsukker. Sekretær i kodenettverk mente E66 *Fedme* var riktig hovedtilstand for pasienter i gruppe 2.

Nordlandssykehuset HF svarte for opphold med E66 som hovedtilstand og G47.3 som annen tilstand. 17 opphold ved Endokrinologisk seksjon var pasienter til utredning for eventuell fedmeoperasjon. Noen utredninger avdekker respirasjonsproblem (søvnapné). De mener at E66.8 *Sykkelig fedme* + G47.3 *Søvnapné* er riktig koding for disse oppholdene. 43 opphold ved Lungeseksjonen var pasienter til utredning/tilpasning av behandlingstiltak for respirasjonsproblemer som følge av fedme. Pasienter til utredning av overvekt med anamnese på nattlige respirasjonsproblemer kan deles inn i 3 hovedgrupper: 1) Pasienter uten nattlige respirasjonsproblemer eller obstruktivt søvnapnésyndrom (OSAS). 2) Pasienter med ren OSAS som tilpasses C-PAP (ca 2/3 av de med nattlig patologi). Disse kodes med G47.3 *Søvnapné* som hovedtilstand. 3) Pasienter med nattlig hypoventilasjon og/eller med hypercapni som indikerer respiratorisk belgsvikt (pga abdominal fedme) som gir for lave tidalvolum til å opprettholde normale blodgasser. Dette altså ikke som et resultat av sammenfall av larynx, men de kan ha det i tillegg. Disse pasientene er utredet med transkutan kapnografi eller med nattlige blodgassprøver. Denne gruppen utgjør ca. 1/3 av pasienter som henvises med denne type problematikk. Tilstanden behandles med BIPAP og kodes med E66.2 *Ekstrem fedme med alveolær hypoventilasjon* som hovedtilstand. Disse kan ha OSAS som tilleggsbelastning. E66.2 + G47.3 ble valgt ut fra en klinisk bedømmelse av viktigste årsak til utredning (jf. kodeveiledning 2015).

Avregningsutvalget mente at noen av svarene var godt begrunnet, men kom likevel til at det var vanskelig å anbefale noe på bakgrunn av informasjonen som forelå. Kodingen ved de to helseforetakene skiller seg tydelig ut fra resten av landet, selv om sykkeligheten sannsynligvis ikke er så ujevnt fordelt. Utvalget ønsket å vite mer om hva som var fokus for behandlingen: utredning av fedme eller søvnregistrering? Svaret kan finnes i henvisningene. Avregningsutvalget ønsket også å vite mer om gjeldende faglige kriterier for å bruke hovedtilstand E66.2.

Nasjonalt kompetansesenter for hjemmerespiratorbehandling ble kontaktet for å få de faglige kriteriene for diagnostisering av OSAS/Pickwicks syndrom. Senterleder Ove Fondenes svarte at American Academy of Sleep Medicine (AASM) har tre elementer involvert i diagnostisering av OHS:

1. Alveolær hypoventilasjon i våken tilstand (pCO₂ > 6 kPa) (målt arterielt, endetidalt eller transkutant)
2. Adipositas (BMI > 30)
3. Andre årsaker til hypoventilasjon må kunne ekskluderes (KOLS, interstitiell lungesykdom, neuromuskulær sykdom, brystvegglidelser, hypotyreose etc)

Nasjonalt register for langtids ventilasjonsstøtte (LTMV) ble kontaktet for å få tall på utbredelsen av OHS fordelt på HF og bostedsfylke. Avregningsutvalget ønsket å sammenligne data fra LTMV-registeret med data rapportert til NPR. En oversikt over antall nye pasientforløp med adipositas

hypoventilasjon og oppstart BiPAP i registeret i 2015 fordelt på HF og bostedsfylke viste at dekningsgraden for registreringer i LTMV-registeret varierte. 30 av 119 pasienter var registrert ved Nordlandssykehuset, mens Sykehuset Innlandet hadde registrert 8. For Nordlandssykehuset HF var dekningsgraden 100 prosent, men for Sykehuset Innlandet HF økte dekningsgraden fra 31 til 69 prosent den siste måneden i 2015. Kun pasienter behandlet i Gjøvik var rapportert til registeret.

Nordlandssykehuset HF og Sykehuset Innlandet HF fikk oppfølgingsbrev med spørsmål om deres praksis for å bruke kode E66.2 *Ekstrem fedme med alveolær hypoventilasjon (OHS/Picwicks syndrom)* var i henhold til disse kriteriene, samt hva som var den primære henvisningsårsaken for pasienter med opphold i DRG 297.

Avdeling ØNH ved Sykehuset Innlandet i Elverum svarte at primær henvisningsårsak er sammensatt: dagtrøtthet, manglende overskudd, nattlig hypertensjon, nattlig snorking og overvekt. En del pasienter henvises rutinemessig fra overvektspoliklinikken hvor de vurderes for fedmekirurgi. Videre svarte de at praksis for registrering av E66.2 hovedsakelig er i tråd med de faglige kriteriene som er nevnt hos Nasjonal kompetansetjeneste for hjemmerespiratorbehandling.

Sykehuset Innlandet, ØNH i Gjøvik og Nordlandssykehuset HF har ikke svart på oppfølgingsspørsmål om primær henvisningsårsak. Svaret fra Avdeling ØNH ved Sykehuset Innlandet i Elverum var ikke til hjelp for Avregningsutvalget i spørsmålet om avregning. På bakgrunn av analysene av ABF-data for 2015, som viste at kodepraksis ved Sykehuset Innlandet og Nordlandssykehuset skiller seg fra resten av landet, landet Avregningsutvalget på å anbefale avregning. Sekretariatet presenterte forslag til teknisk beregning der annen tilstand G47.3 *Søvnapné* ble satt som ny hovedtilstand og opprinnelig hovedtilstand E66 *Fedme* ble satt som annen tilstand.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 297 *Ernærings- & stoffskifte-sykdommer ITAD > 17 år u/bk* registrert med hovedtilstand E66 *Fedme* og annen tilstand G47.3 *Søvnapné* avregnes og gis refusjon lik opphold med hovedtilstand G47.3 *Søvnapné* og annen tilstand E66 *Fedme* ved Sykehuset Innlandet HF og Nordlandssykehuset HF.

16/3873 Oppfølging av sak 15/1938 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år

Dette er en videreføring av sak 14/4331 *Avregningsutvalget - Bruk av SIRS/SEPSIS-koder etter kodeendring i 2010* og 15/1938 *Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år*.

For ABF 2014 vurderte Avregningsutvalget at kodepraksisen knyttet til bruk av kodene A40.x/A41.x som grupperte til DRG 416N *Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år* måtte kontrolleres ved en dokumentkontroll. Dokumentkontrollen som ble gjennomført i 2015 for 2014-data påviste feilkoding for over 70 prosent av utvalget av opphold som ble kontrollert. Analyser av ABF-data for 2015 viser en sterk nedgang i bruk av kodene A40.x/A41.x i de opptaksområdene som er knyttet til de HF hvor dokumentkontrollen ble gjennomført i 2015, samt også i noen andre opptaksområder. Analysene viser imidlertid at reduksjonen ikke er så sterk som avviket i dokumentkontrollen indikerte. Analysene viser også vekst i antall opphold i enkelte bostedsfylker.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget om å følge opp de HF som ble vurdert for 2014, samt øvrige HF som har avvikende kodepraksis. Dette gjelder Sykehuset Vestfold HF, Vestre Viken HF, Sykehuset Telemark HF, Helse Møre og Romsdal HF, Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset i Nord- Norge HF.

Avregningsutvalget ønsket å trekke inn fagmiljøet for å få en bedre forståelse av sepsis-begrepet. Pål Klepstad, Professor og overlege ved intensivavdelingen ved St. Olavs hospital, deltok i møtet 1. april og orienterte om nye internasjonale retningslinjer for kriterier for diagnostisering av sepsis, gjort gjeldende fra februar 2016.

Den tredje internasjonale konsensus-definisjon for sepsis og septisk sjokk (sepsis 3): «Sepsis is defined as life-threatening organ dysfunction caused by a dysregulated host response to infection. Organ dysfunction can be identified as an acute change in total SOFA score 2 points consequent to the infection.» (Singer et al. JAMA 2016).

Basert på disse kriteriene har sepsis en dødelighet på 10 prosent. Etter tidligere kriterier (SIRS) har man brukt sepsisbegrepet også ved systemisk infeksjon uten organsvikt, og dette har vært en for vid definisjon. I den nye klassifikasjonen tilsvarer sepsis det man etter SIRS-klassifikasjonen betegner som alvorlig sepsis. Dette tydeliggjør kodingen.

Avregningsutvalget mente at pasienter med sepsis/intensivpasienter er svært ulike i hva de trenger av ressurser i behandlingen. Det som krever store ressurser er respiratorbehandling og annen organstøttende behandling. Avregningsutvalget ønsket derfor å sende en anbefaling til Helsedirektoratet om endring i DRG-vekting, slik at den bedre avspeiler ressursbruken i behandlingen av disse pasientene.

Sekretariatet sendte brev til alle RHF og ba fagdirektørene svare på hvilke tiltak som har blitt gjort for å implementere kodereglene for SIRS/SEPSIS i helseforetakene.

Helse Vest RHF svarte at ansvaret for etterlevelse og oppfølging av kodingsregler og regelverk ligger hos det enkelte helseforetak som er selvstendige juridiske enheter. De hadde derfor innhentet informasjon fra egne HF. Helseforetakene skriver at de har iverksatt følgende tiltak:

- Intranettside med informasjon om koding av sepsis

- Undervisning og kurs for leger og annet helsepersonell
- Interne revisjoner og kontroll av journaler
- Informasjonsmøter om endringer i kodeveileder og ISF-regelverk

Helse Sør-Øst RHF svarte at retningslinjene for koding av sepsis har vært informert om og diskutert i det regionale fagdirektørmøtet. I Helse Sør-Øst RHF ligger ansvaret for å følge opp retningslinjene til hvert HF/sykehus, herunder at fagdirektør sammen med medisinsk-faglig ansvarlig infeksjonslege må følge opp dette lokalt. Helsetilsynet har i tillegg informert om og drøftet det planlagte tilsynet der sepsis er utgangspunkt for å se om sykehusene etterlever faglige føringer i behandling av denne pasientgruppen. Diagnostikk og koding av sepsis har vært tema i oppfølgingsmøte mellom det regionale helseforetaket og Sykehuset i Vestfold HF.

I Helse Midt-Norge svarte St. Olavs hospital HF at informasjon om endringene er implementert i kodekurs og kommunisert til fagmiljøene. Det er kodingsansvarlige personell og overleger ved de kliniske avdelingene som følger opp at endringene blir implementert, samt at helseforetaket har kontrollrutiner og tar stikkprøver i journalsystemet.

St. Olavs hospital HF svarte videre at i Helse Midt-Norge RHF blir de dårligste infeksjonspasientene i regionen overflyttet til St. Olavs hospital. Av de som har sepsisdiagnose har 40 prosent kreft som annen tilstand. St. Olavs hospital HF sine egne tall viste at bruken av ICD-10 koder for septisk sjokk og SIRS har økt fra 180 i 2012 til 378 i 2015. Dette mente de var en konsekvens av informasjon, kurs og internkommunikasjon rundt retningslinjene for koding av SEPSIS. St. Olavs hospital mener at kodepraksisen er i henhold til gjeldende regelverk.

Helse Nord RHF svarte at oppdragsdokumentet stiller krav til det enkelte helseforetaks kodekvalitet. Helse Nord RHF har ikke gjennomført særskilte tiltak når det gjelder SIRS/SEPSIS, men har løpende oppfølging av klinikkene fra blant annet DRG-nettverket. Den økonomiske avregningen som følge av feilkoding, videreføres helseforetakene i Helse Nord. Det har ikke vært ny gjennomgang av kodepraksis i 2016. All viktig informasjon sendes til aktuelle klinikker og fagenheter og DRG-nettverket har en rolle i oppfølgingsarbeidet av kodekvalitet.

Direktoratet for e-helse publiserte ny kodeveileder 3. mai hvor kode R65.0 *Systemisk inflammatorisk responsyndrom av infeksjøs årsak uten organsvikt* faller bort.²

Avregningsutvalget vurderte at de helseforetakene som har en avvikende praksis i forhold til landsgjennomsnittet tilskrives med spørsmål om valg av kode for sepsis.

Oslo universitetssykehus HF (OUS) svarte at informasjon om de nye kodereglene blir gitt på kodeveiledermøter som holdes jevnlig med klinikkens kodefaglige rådgivere. Ved tertialoppfølgningene er korrekt koding av SIRS/SEPSIS ett av fokusområdene for kvalitetskontroll før dataleveranse til NPR.

OUS svarte videre at helseforetaket er ett akuttisykehus, ikke bare for lokalt opptaksområde, men helseforetaket tar også i mot alvorlig syke fra andre sykehus i regionen. OUS svarte videre at dette gir sannsynligvis flere immunsvekkede pasienter som er mer disponert for sepsis som komplikasjon til infeksjoner. OUS skrev videre at de har en pasientsammensetning som skiller

² <https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/Informasjon%20til%20sektor%20-%20Sepsiskoding%20-%20nye%20kriterier%20-sepsis-3.pdf>

seg vesentlig ut fra andre sykehus, inkludert de andre regionssykehusene i Norge. Eksempelvis har pasientene som Avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer har medisinsk ansvar for, særlig kompliserte forløp enten på grunn av multiorgansvikt, transplantasjon og/eller alvorlig grunnsykdom som leukemi, medfødt immunsvikt eller systemiske bindevevssykdommer, og som er knyttet til regionsfunksjoner, flerregionale funksjoner eller nasjonale behandlingstjenester.

OUS svarte at de har en annen pasientsammensetning enn øvrige HF. Som følge av at disse pasientene har kompliserte forløp, er det mange med fler-avdelingsopphold. De svarte at det ofte er interne avdelingsoverflyttinger hvor hver enkelt avdeling er ansvarlig for egen koding. De svarte videre at medisinsk koding kvalitetssikres for hele sykehusoppholdet ved utskriving. I noen tilfeller oppdages det at sepsis har blitt registrert som en tentativ diagnose ved første avdelingsopphold. Ved noen avsluttende avdelingsopphold registreres endelig diagnose uten at den første, tentative diagnosen endres til korrekt diagnosekode.

Avregningsutvalget vurderte at variasjonen i DRG 416N mellom helseforetakene fortsatt er stor og at svarene fra de regionale helseforetakene og OUS gir grunnlag for avregning.

Anbefaling:

Avregningsutvalget ønsker å gi råd til Helsedirektoratet om endring i DRG-vekting av intensivpasienter. Kompliserende egenskap bør ligge til prosedyrekodene i stedet for tilstandskode.

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 416N *Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år* avregnes ut fra et landsgjennomsnitt på antall opphold per 1 000 innbyggere per helseforetaksområde.

Vurdering av habilitet:

Ett medlem ble vurdert som inhabil i behandlingen av denne saken.

16/3870 Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 Vaginal fødsel – Diagnoser med kompliserende egenskap

Dette er en videreføring av sak 15/1932 *Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 Vaginal fødsel – diagnoser med kompliserende egenskap*. Tilstandskodene O72.0 *Blødning i tredje stadium* og O71.4 *Obstetrisk høy vaginalrift* har kompliserende egenskap og bruken av dem varierte mellom helseforetak i ABF-data for 2014.

Andelen opphold med tilstandskode O72.0 var i 2014 høyest ved Sykehuset Innlandet HF, Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF. Analyser av ABF-data for 2015 viste en reduksjon i bruk av koden ved OUS HF og Akershus universitetssykehus HF. Analysene viste også en økt forekomst av O72.0 ved Sykehuset Østfold HF, Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Telemark HF og UNN HF. Sykehuset Innlandet HF hadde en vesentlig høyere forekomst av koden enn andre helseforetak både i 2014 og 2015.

Andelen opphold med tilstandskode O71.4 var høyest ved Helse Stavanger HF, Sykehuset Innlandet HF og Helse Bergen HF i ABF-data for 2014. Analyser av ABF-data for 2015 viste en reduksjon i bruk av koden for de helseforetakene som ble vurdert året før. Samtidig viste analysene en økt bruk av koden ved Sykehuset Østfold HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Sykehuset Telemark HF.

En annen tilstandskode med kompliserende egenskap er O72.1 *Annen umiddelbar blødning etter fødsel*. Analyser av ABF-data for 2015 viste at andelen opphold i DRG 372 med kode O72.1 varierte mellom helseforetakene. Analysene viste at andelen opphold med O72.1 hadde økt vesentlig ved St. Olavs Hospital HF, Vestre Viken HF, Helse Stavanger HF, Helse Bergen HF og OUS HF i 2015 sammenlignet med 2014.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget følge opp kodepraksis knyttet til kodene O72.0 *Blødning i tredje stadium*, O71.4 *Obstetrisk høy vaginalrift* og O72.1 *Annen umiddelbar blødning etter fødsel*.

Avregningsutvalget ønsket å vite mer om opphold gruppert til DRG 372/373 og spesielt opphold registrert med tilstandskodene O72.0, O71.4 og O72.1 ved helseforetakene som hadde avvikende kodepraksis. Følgende spørsmål ble stilt:

1. Hvordan kan det forklares at andelen opphold med tilstandskode O72.0, O71.4 og O72.1 har økt vesentlig fra 2014 til 2015 ved aktuelle helseforetak?
2. Er behandlingen av fødsler i bostedsregionen organisert på en annen måte enn i resten av landet? Eller finnes det andre faktorer som kan forklare at pasienter fra bostedsregionen har en høy andel opphold i DRG 372?

O72.0 Blødning i tredje stadium

Kodepraksis knyttet til O72.0 *Blødning i tredje stadium* ble behandlet av Avregningsutvalget for ABF 2014. Bruken av koden har gått ned ved to av helseforetakene som ble avregnet, men har økt ved andre helseforetak. Avregningsutvalget sendte derfor brev til Sykehuset Østfold HF, Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Telemark HF, UNN HF og Sykehuset Innlandet HF med spørsmål om kriterier for bruk av koden og hvilke tiltak som er gjort for å etterleve Avregningsutvalgets anbefalinger tidligere år.

Sykehuset Innlandet HF svarte at det er interessant at andelen opphold med O72.0 er høyere ved alle helseforetak som bruker Partus i forhold til de helseforetakene som bruker Natus (Vest og Midt-Norge). Sykehuset Innlandet HF mente at dette kan gi mistanke om systematisk feilkoding ved bruk av Partus som fødedatasystem. Partus kommer med forslag om O72.0 ved registrering av blødning 500 ml eller mer, sykehuset Innlandet HF mente forslaget burde vært O72.1. Det er ingen medisinsk forklaring på forskjeller mellom HF, men kompliserte fødsler selekteres til Lillehammer. Sykehuset Innlandet HF mente at oppstart og bruk av Partus har ført til utilsiktet systematisk feilkoding.

Sykehuset Sørlandet HF svarte for klinikkene Arendal og Flekkefjord. Ved klinikk Arendal hadde andel opphold i DRG 372 økt fra 34 i 2014 til 39 i 2015, en minimal økning som de mente ikke nødvendigvis skyldtes feilkoding. Praksisen er at koden O72.0 er brukt ved blødning over 1000 ml og/eller fastsittende placenta. I partus kommer O72.0 som kodeforslag ved blødning over 500 ml. Rutinen er at koden avvises i de tilfeller kriteriene ikke er fylt for aktuell kode. Feil bruk av koden er absolutt mulig ettersom den kommer opp som forslag i Partus.

I sammenheng med etablering av dokumentasjonssystemet Partus ved Sykehuset Sørlandet HF er koding av «normale fødsler» i økende grad utført av jordmødre ved somatisk klinikk Flekkefjord. Systemet foreslår koden O72.0 ved blødning mer enn 500 ml, Sørlandet sykehus HF mente at den riktige koden ville være O72.1 i de fleste tilfeller.

Sykehuset Østfold HF svarte at helseforetaket ikke har hatt flere tilfeller av dette enn tidligere, men helseforetaket har i perioden innskjerpet kodekontrollen og har med det avdekket flere tilfeller med mangelfull koding. Sykehuset Østfold svarte at de har stort fokus på riktig koding.

UNN HF svarte at helseforetaket følger «veileder i fødselshjelp» og gjeldende retningslinjer fra Medisinsk fødselsregister. Unormal blødning er definert som blødning over 500 ml og helseforetaket mener at det er riktig koding ut fra medisinsk standpunkt. Helseforetaket svarte at de ikke var klar over at O72.0 har kompliserende egenskap ved vaginal fødsel. Helseforetakets gjennomgang av tall fra Partus viste stabile tall for store blødninger(over 1000 ml). UNN HF svarte at det er ingen grunn til å tro at blødning 500-1000 ml har økt i perioden.

UNN HF sin gjennomgang av bruk av koden viser gjennomsnittlig liggetid på over 4 dager, dette tyder på at oppholdene har vært kompliserte. Helseforetaket svarte også at det er to påvirkende faktorer ved innføring av ny versjon av Partus:

- Automatisk forslag til koder når det lages epikrise. Alle blødninger mer enn 500 ml kodes automatisk. Kan hende at det fanger opp noen som skulle hatt koden tidligere.
- Flere plasser der blødning kan registreres, hhv før, under og etter fødsel og ved operasjon. Det er nytt at programmet nå summerer til en «total blødning». Kan forekomme dobbeltregistreringer selv om Partusansvarlig er bevisst på dette og korrigerer når feil blir funnet.

Sykehuset Telemark HF sendte ett felles svar for kodene O72.0 og O71.4. De svarte at behandlingen av fødsler ikke er organisert på annen måte enn i resten av landet. De har hatt en gjennomgang av de 35 oppholdene som var kodet med O72.0 i 2015. Kodepraksis ved sykehuset Telemark HF i 2015 var at blødning over 500 ml klassifiseres som unormal og sykehuset Telemark svarte at korrekt kode er brukt på 34 av 35 opphold. I ett av oppholdene har det ikke vært blødning, koden skulle ikke vært brukt. De svarte videre at O72.1 kunne vært brukt i enkelte tilfeller i stedet for O72.0.

Sykehuset Telemark HF svarte videre at programmet Partus kommer med et automatisk forslag for kode ved blødning. Avdelingen har derfor aktivt sett på koden og fjernet den i tilfeller der den har vært feil iht dokumentasjon og opplyst legene om bruk av koden.

Sykehuset Telemark HF svarte at det totalt sett har blitt bedre kvalitet på kodingen ved fødeavdelingen i løpet av 2015 pga organisering av kodearbeidet og ledelsesengasjementet, samt integrasjonen mellom DIPS og Partus. De svarte at dette kan være forklarende til økt bruk.

Fagmiljøet ved Sykehuset Telemark HF opplever at kodeteksten og dens inklusjoner for O72.0 ikke er tydelig og har derfor ønske om en presisering av bruk for denne koden i kodeveiledningen for 2017.

Anbefaling:

Avregningsutvalget vurderte at kodene O72.0 og O72.1 må sees i sammenheng, som en helhet i DRG 372. Utvalget vurderte at saksgrunnlaget ikke er tilstrekkelig nok til å gi en anbefaling. Oppfølging av kodene O72.0 og O72.1 videreføres til neste år.

O71.4 *Obstetrisk høy vaginalrift*

Kodepraksis knyttet til O71.4 *Obstetrisk høy vaginalrift* er behandlet i utvalget tidligere år. Analyser av ABF-data for 2015 viste at bruken av O71.4 er redusert ved sykehus som tidligere er avregnet, men har økt ved andre helseforetak. Avregningsutvalget ønsket å vite mer om kriteriene for bruk av kode O71.4 og hvilke tiltak som er gjort for å etterleve utvalgets tidligere års anbefalinger om bruk av koden. Spørsmålene ble stilt til de helseforetakene som hadde økt bruk av koden i 2015. Brev ble sendt til Sykehuset Østfold HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Sykehuset Telemark HF.

Helse Nord-Trøndelag HF svarte at alle opphold med tilstandskode O71.4 er gjennomgått for begge Helse Nord-Trøndelag sine fødeavdelinger, tilsammen 38 opphold. Helseforetaket mente at de ikke finner åpenbare feil i diagnosesettingen. Helseforetaket svarte også at behandlingen av fødsler ikke er organisert på annen måte enn i resten av landet.

Sykehuset Østfold HF svarte at helseforetaket ikke har hatt flere tilfeller av O71.4 enn tidligere, men helseforetaket har i perioden innskjerpet kodekontrollen og har med det avdekket flere tilfeller med mangelfull koding. Sykehuset Østfold svarte at de har stort fokus på riktig koding.

Sykehuset Telemark HF svarte at det totalt sett har blitt bedre kvalitet på kodingen ved fødeavdelingen i løpet av 2015 pga. organisering av kodearbeidet og ledelsesengasjementet, samt integrasjonen mellom DIPS og Partus. De svarte at dette kan være forklarende til økt bruk, antallet ligger på mer korrekt nivå nå. De svarte videre at behandlingen av fødsler ikke er organisert på annen måte enn i resten av landet ved Sykehuset Telemark HF.

Anbefaling:

Avregningsutvalget vurderte at det var feilaktig bruk av kode O71.4 *Obstetrisk høy vaginalrift* og anbefalte avregning for de helseforetakene som lå over landsgjennomsnittet for antall opphold med kode O71.4 per 1000 innbyggere i opptaksområde per helseforetak. Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Østfold HF, Helse Stavanger HF og Sykehuset Telemark HF anbefales avregnet til landsgjennomsnittet.

O72.1 Annen umiddelbar blødning etter fødsel

Analysen av ABF-data for 2015 viste at andelen opphold i DRG 372 med kode O72.1 varierte mellom helseforetakene. Analysene viste at andelen opphold med O72.1 hadde økt vesentlig ved St. Olavs Hospital HF, Vestre Viken HF, Helse Stavanger HF, Helse Bergen HF og OUS HF i 2015 sammenlignet med 2014. Avregningsutvalget ønsket å vite mer om kriteriene for bruk av kode O72.1 for aktuelle helseforetak og spørsmålene ble sendt til de som hadde økt bruk av koden i 2015.

St. Olavs hospital HF svarte at helseforetaket tidligere har definert blødning mer enn 500 ml som postpartumblødning i tråd med definisjon i Norsk gynekologisk Forenings veileder i fødselshjelp. De henviste til at definisjonen også er brukt i en Cochrane-review og flere andre kilder, blant annet rapporter fra WHO. De svarte videre at det i 2014 og 2015 ikke var lagt føringer om blødningsvolum for å sette diagnosen O72.1. Denne føringen var bare lagt i forbindelse med keisersnitt og det var først i 2016-utgaven at det er innført føringer om at blødning også ved vaginalfødsel må være over 1000 ml for å kunne kode for post-partumblødning. St. Olavs hospital HF vil etterkomme denne endringen i kodepraksis.

St. Olavs hospital HF svarte videre at forskjeller mellom sykehusene i bruk av koden O72.1 kan skyldes at Hdir/kodeveiledning selv foreslår en annen kode for de vanligste blødninger (O67.8/O67.9). De aller fleste blødninger tilkommer imidlertid etter at barnet er født, uansett om det er atoni, rifter eller rester som er årsaken og omfattes således av O72.1. St. Olavs hospital HF har vurdert egen bruk av kodene O67.8 og O67.9, de fant at kodene er brukt få ganger og at det ikke var noen påfallende endring i bruk av kodene fra 2014 til 2015.

Helse Bergen HF svarte at en blødning over 500 ml ved en vaginal fødsel, vurderes som unormalt. Helse Bergen HF ser at det har vært en økning i bruk av kode O72.1 de siste årene. De svarte videre at dette kan knyttes til økt kodekontroll i helseforetaket. Kvinneklinikken, HUS, har endret bruken av koden med utgangspunkt i Avregningsutvalgets årsrapport hvor det påpekes at koden O72.1 kun skal brukes der kvinnen har fått blodtransfusjon. Helse Bergen HF har endret kodepraksis fra september 2015.

Helse Stavanger HF svarte at de vanligste årsakene til blødning etter fødsel er at livmoren ikke trekker seg godt sammen, og/eller morkaken på en eller annen måte sitter igjen (dermed får ikke livmoren trukket seg sammen for å forhindre blødninger). Koden O72.0 brukes der livmoren ikke trekker seg godt sammen, koden O72.1 brukes der morkaken på en eller annen måte sitter igjen. Det vil også kunne være andre årsaker til blødning etter fødsel, som blødning etter fødselsrift.

Helse Stavanger HF svarte også at det ble startet opp et kvalitetsprosjekt for å forbedre koding og journaldokumentasjon ved kvinneklinikken i 2015. Helseforetaket har etterspurt retningslinjer for bruk av kodene, det er ikke beskrevet gode definisjoner for kodene i kodeverket for O72.0 og O72.1. Helse Stavanger har valgt å definere O72.1 ved blødning ved atoni mer enn 1000 ml eller ved blødning mer enn 500 ml, samtidig med en fødselsrift. Helse Stavanger HF svarte at de er nøye med å ikke bruke koden hvis det ikke er godt dokumentert i journal. Helse Stavanger HF svarte også at en av grunnene til økningen og variasjonen i bruk av kode O72.1 mellom helseforetakene trolig skyldes hvordan helseforetakene internt har definert kodene i mangel på nasjonale definisjoner. Helse Stavanger HF mente at egen kodepraksis er innenfor normal praksis og er gjennomført på en god måte.

Sykehuset Østfold HF svarte at helseforetaket ikke har hatt flere tilfeller av O72.1 enn tidligere, men helseforetaket har i perioden innskjerpet kodekontrollen og har med det avdekket flere tilfeller med mangelfull koding. Sykehuset Østfold svarte at de har stort fokus på riktig koding.

Sykehuset Vestre Viken svarte at helseforetakets fire fødeavdelinger har svart at O72.1 brukes ved blødning over 500 ml ved vaginal fødsel, kriteriet ved keisersnitt er 1000 ml. De svarte videre at økningen fra 2014 til 2015 skyldtes flere fødsler ved Drammen sykehus og at Drammen sykehus har flere risikofødsler enn de andre sykehusene i Vestre Viken, siden barneavdelingen for foretaket er lokalisert der. Vestre Viken svarte at de har hatt økt oppmerksomhet på blødning etter fødsel etter at det har vært enkelte alvorlige slike. Etter gjennomgang av disse hendelsene har det vært økt fokus på å måle blødningsmengde fortløpende, og tilkalle lege ved blødning over 500 ml. Vestre Viken svarte at det har vært tendens til underestimering tidligere.

Helse Møre og Romsdal HF svarte ut fra kjennskap til avdelingene i Volda og Ålesund og at det trolig ikke er store forskjeller i Molde og Kristiansund. De svarte at O72.1 er den diagnosen som oftest er aktuell å bruke ved stor blødning etter fødsel. Stor blødning er definert som >500 ml ved vaginal fødsel og >1000 ml ved sectio. I litteraturen er det oppgitt forekomst av store blødninger på 3-5 prosent ved vaginale fødsler og 5-7 prosent ved sectio.

Helse Møre og Romsdal HF svarte at det i 2014 var 2725 fødsler i HMR, 115 episoder med bruk av O72.1 utgjorde 4,2 prosent. I 2015 var det 2750 fødsler i HMR hvorav 168 episoder med bruk av O72.1 utgjorde 6,1 prosent. Helseforetaket svarte at de vurderer dette som innenfor naturlig variasjon. De svarte videre at helseforetaket har hatt økt fokus på differensiering mellom normale (grønne) og kompliserte (røde) fødsler i sammenheng med innføring av prosjektet «trygg fødsel».

Anbefaling:

Avregningsutvalget vurderte at kodene O72.0 og O72.1 må sees i sammenheng, som en helhet i DRG 372. Utvalget vurderte at saksgrunnlaget ikke er tilstrekkelig nok til å gi en anbefaling. Oppfølging av kodene O72.0 og O72.1 videreføres til neste år.

Vurdering av habilitet:

Ett medlem ble vurdert som inhabil.

16/3860 Kodepraksis for nyfødte - ulik bruk av tilstandskoder

Dette er en videreføring av sak 15/1793 *Kodepraksis for nyfødte - andel opphold i DRG 390 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem.*

Det er fortsatt store variasjoner mellom HF i antall opphold i DRG 390 *Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem* versus antall opphold i DRG 391 *Frisk nyfødt*. Andel opphold i DRG 390 endres mye fra 2014 til 2015. Ved Helse Bergen (P92 *Problemer med næringsinntak* hos nyfødt) og ved UNN (P03.4 *Foster og nyfødt påvirket ved forløsning ved keisersnitt*) gikk andelene ned på bakgrunn av tidligere behandling av saken. Samtidig økte andelene ved Vestre Viken, Sykehuset i Østfold og Stavanger universitetssykehus. Ved Vestre Viken var det kodene P92 *Problemer med næringsinntak* hos nyfødt og P83.1 *Erythema toxicum neonatorum* som styrte oppholdene i DRG 390, mens ved Sykehuset i Østfold og Stavanger universitetssykehus var det i hovedsak tilstandskode P92.

Kodepraksis knyttet til P83.1 *Erythema toxicum neonatorum* og P92 *Problemer med næringsinntak* hos nyfødt er behandlet i utvalget tidligere år. Antall opphold registrert med disse kodene har gått ned ved sykehusene som ble avregnet, men har økt ved andre sykehus innen samme RHF. Avregningsutvalget ba derfor sekretariatet om å skrive brev til Helse Nord RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF med spørsmål om hva RHF-et har foretatt seg for å tilpasse kodepraksis etter Avregningsutvalgets behandling av saken i 2014.

I tillegg til oppfølging av kodepraksis for bruk av kode P92 og P83.1 ba Helsedirektoratet Avregningsutvalget følge opp bruken av følgende tilstandskoder:

- R01.1 *Bilyd og andre hjertelyder - Uspesifisert bilyd*
- Q65 *Medfødte deformiteter i hofte (coxa)*
- P59.8 *Gulsott hos nyfødt som følge av andre spesifiserte årsaker*
- P05.0 *Lett i forhold til svangerskapslengde*
- P05.1 *Liten i forhold til svangerskapslengde*

Avregningsutvalget meldte i 2015 fra til Helsedirektoratet om at tilstandskoder i denne saken ikke burde hatt kompliserende egenskaper. Nord-DRG har behandlet problemstillingen og tilstandskodene P05.0 *Lett i forhold til svangerskapslengde* og P05.1 *Liten i forhold til svangerskapslengde* tas ut som kompliserende i DRG-logikken fra og med 2016. I 2015 må dette håndteres gjennom avregning.

Avregningsutvalget ønsket å vite mer om opphold gruppert til DRG 390 og spesielt opphold registrert med tilstandskodene P92, P83.1, R01.1, Q65, P59.8, P05.0 og P05.1 ved helseforetakene som hadde avvikende kodepraksis. Følgende spørsmål ble stilt:

1. Hvordan kan det forklares at andelen opphold som havner i DRG 390 er høyere ved helseforetaket sammenlignet med andre institusjoner innen eget RHF og landet for øvrig?
2. Er behandlingen av nyfødte i bostedsregionen organisert på en annen måte enn i resten av landet? Eller finnes det andre faktorer som kan forklare at pasienter fra bostedsregionen har en høy andel opphold i DRG 390?
3. Hvordan kan det forklares at tilstandskodene R01.1, Q65, P59.8, og P05.1 brukes i mye større grad enn ved andre helseforetak?

R01.1 Bilyd og andre hjertelyder - Uspesifisert bilyd

Seksjonsoverlege ved nyfødt intensiv ved Vestre Viken HF svarte på bruk av kodene R01.1 og P59.8 ved eget helseforetak. Hovedårsaken til høy andel i DRG 390 ved Vestre Viken HF er trolig P83.1 *ETN Nyfødt hormonutslett*. Det finnes ulike tall for forekomst av bilyd hos nyfødte. Ved rutine for nyfødtundersøkelser dag 1 eller 2 vil barnelegene som regel finne bilyd hos mellom 4 og 5 prosent av alle nyfødte. Det er rutine å lytte på barna på ny påfølgende dag da 60-70 prosent av disse bilydene forsvinner (pga. ductus arteriosus som spontant lukker seg ca. 2-56 timer etter fødsel).

Det vil si at ca. 1-1,5 prosent av nyfødte vil ha en bilyd dag 3. Pasientene henvises da til ultralyd av hjertet. Frem til årsaken for bilyden er kartlagt skal tilstanden kodes som R01. Det vedlegges en relativt fersk studie hvor man så på prevalens av bilyd ved rutine nyfødt undersøkelse til å være 1,37 prosent. Dette samsvarer godt med Vestre Viken HF sine tall der prevalensen ser ut til å være ca. 1,25 prosent. Vestre Viken HF sin konklusjon er at det kodes riktig for diagnosen R01 ved eget helseforetak, og at det synes å være en underregistrering av dette ved andre av landets foretak.

Sykehuset Østfold HF (HSØ) svarte at de har ingen vakthavende hjertelege og i perioder ikke tilgjengelig hjertelege i det hele tatt. Pasienter sendes hjem med avtale om kontroll. Her settes tilstandskoden R01, da en spesifisert diagnose ikke er mulig. Enten bilyden forsvinner ved kontrollen, eller barnet kontrolleres med en ultralydundersøkelse for endelig avklaring. Først da kan en spesifisert diagnosekode brukes. På andre sykehus blir nyfødte barn med hjertebilyd ikke sendt hjem før bilyden er endelig avklart, noen sykehus har hjertelege tilgjengelig daglig for denne avklaringen.

HSØ skrev også at de har fokusert mer på riktig koding også på barselavdelingen. Tilstandskoden R01 har tidligere ofte ikke blitt brukt, selv om mange barn hadde hjertebilyd før hjemreise. Koden er brukt mer konsekvent enn tidligere for å dokumentere tilstanden. HSØ tror at forklaringen må ligge i forskjellig praksis av oppfølging av nyfødte barn med hjertebilyd grunnet forskjellig praktisk organisering av hjemreise, grunnet forskjellige ressurser og grunnet mulig forskjellig fokus og praksis i koding.

Avregningsutvalget vurderte svarene fra helseforetakene som at kode R01.1 er riktig brukt. Begge helseforetakene er inne på noe av det samme, ved tidligere utskrivninger av nyfødte vil bruk av kode R01.1 øke. Koding av R01.1 er en beskjed til helsevesenet om å være ekstra oppmerksom på denne pasienten, selv om pasienten ikke nødvendigvis er syk. Avregningsutvalget finner ikke at det er grunn for avregning, men ønsker derimot å gi råd til Helsedirektoratet om at R01.1 ikke skal ha kompliserende egenskap ved gruppering.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold registrert med hovedtilstand R01.1 *Uspesifisert bilyd* ikke avregnes. Avregningsutvalget anbefaler også at R01.1 *Uspesifisert bilyd* ikke skal ha kompliserende egenskap.

Q65 Medfødte deformiteter i hofte (coxa)

For tilstandskode Q65 *Medfødte deformiteter i hofte* hadde Helse Stavanger HF vekst i antall opphold fra 2014 til 2015, samt størst volum av alle helseforetak. Helseforetaket har lavere liggetid enn landet for øvrig. Avregningsutvalget ønsket å vite mer om kriteriene for bruk av tilstandskode Q65 ved Helse Stavanger HF.

Overlege ved Barne- og ungdomsklinikken, svarte på vegne av Helse Stavanger HF. Andelen opphold i DRG 390 var høyere pga. feilkoding av tilstanden P59.8. Den ble ved en feil endret på prosedyreskjema i mai 2015 da dette ble revidert. Behandlingen av nyfødte i Stavanger er ikke organisert på noen annen måte enn resten av landet. Helse Stavanger HF behandler stadig flere med annet signifikant problem på barsel, men de vil få samme diagnose som ved en nyfødt avdeling et annet sted.

Kodepraksisen ved Helse Stavanger HF er følgende:

Q65.0 *Medfødt dislokasjon av hofte, unilateral* (positiv Ortolani)

Q65.1 *Medfødt dislokasjon av hofte, bilateral* (positiv Ortolani)

Q65.2 *Uspesifisert medfødt dislokasjon av hofte* («knepp» m/ henvisning)

R29.4 *Kneppende hofte* (uten henvisning)

Koden Q65.2 brukes der det er så sterk mistanke om dysplasi ut fra undersøkelsen, at barnet henvises til ultralyd av hoftene.

Avregningsutvalget vurderte at tilstandskode Q65 er brukt feil ved Helse Stavanger HF og anbefaler avregning i saken.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler avregning av opphold med hovedtilstandskode Q65 *Medfødte deformiteter i hofte* ved Helse Stavanger HF ved å gi alle episoder i DRG 390 *Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem* med tilstandskode Q65 over landsgjennomsnittet (uten berørte sykehus) ved Helse Stavanger HF refusjon lik DRG 391 *Frisk nyfødt*.

P59.8 Gulsott hos nyfødt som følge av andre spesifiserte årsaker

Analyser av ABF data for 2015 viste at Vestre Viken HF og Helse Stavanger HF hadde avvikende praksis fra øvrige helseforetak i bruk av tilstandskode P59.8. Avregningsutvalget stilte spørsmål om bruk av kode P59.8 til de to helseforetakene.

Seksjonsoverlege ved nyfødt intensiv svarte på vegne av Vestre Viken HF: I 2013 innførte Vestre Viken HF sen avnavling etter fødsel. Dette gjøres i dag på ca. 70 prosent av landets sykehus. Gevinsten er at blod «melkes» ut av navlestrengen slik at den nyfødte får en høyere konsentrasjon av hemoglobin (blodprosent). Høyere hemoglobin gir økt risiko for gulsott som krever lysbehandling. I en Cochrane analyse der 7 studier og 2 324 pasienter ble analysert, fant man behov for fototerapi hos 4,36 prosent av pasienter der det ble gjort sen avnavling og 2,74 prosent der avnavlingen ble gjort tidlig. Norske nasjonale retningslinjer avviker ikke mye fra internasjonale retningslinjer, og derfor vil tallene over være representative for nyfødtpopulasjonen i Norge.

I Vestre Viken HF fikk ca. 3 prosent av nyfødte diagnosen P59.8 *Gulsott*. Denne diagnosen gis når barnet er lysbehandlet. Vestre Viken HF mener selv at det kodes riktig for diagnosen P59.8, og at det synes å være en underregistrering av dette ved andre av landets foretak.

Ved Helse Stavanger HF svarte overlege ved Barne- og ungdomsklinikken at P59.8 er feil kode brukt. Prosedyren endres og alle som har fått P59.8 i 2016 endres til P59.9.

Avregningsutvalget vurderte at kodingen er logisk så lenge prosedyrekode for lysbehandling brukes sammen med kode for hovedtilstand. Lysbehandling brukes liberalt, det er ingen strenge kriterier for når og hvor lenge lysbehandling kan brukes. Sekretariatet følger opp saken med nye analyser på liggetid for opphold kodet med tilstandskode P59.8 og prosedyrekode for lysbehandling sammenlignet med liggetid for friske fødsler. Utvalget ønsker også å gi tilbakemelding til direktoratet med råd om at P59.8 ikke skal ha kompliserende egenskap. Avregningsutvalget avventer en avgjørelse i saken før analysene på liggetid foreligger.

Avregningsutvalget mente at kode P59.8 *Gulsott hos nyfødt som følge av andre spesifiserte årsaker* er brukt feil ved de to helseforetakene, kode P59.9 *Uspesifisert gulsott hos nyfødt* skulle vært brukt og anbefaler avregning i saken.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler avregning av opphold med hovedtilstandskode P59.8 *Gulsott hos nyfødt som følge av andre spesifiserte årsaker* ved Vestre Viken HF og Helse Stavanger HF ved å gi alle episoder i DRG 390 *Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem* med tilstandskode P59.8 over landsgjennomsnittet (uten berørte sykehus) ved Vestre Viken HF og Helse Stavanger HF refusjon lik DRG 391 *Frisk nyfødt*.

Utvalget ønsker også å gi råd til Helsedirektoratet om å vurdere at P59.8 ikke skal ha kompliserende egenskaper.

P05.1 Liten i forhold til svangerskapslengde

Analyser av ABF data for 2015 viste at Helse Stavanger HF hadde avvikende praksis fra øvrige helseforetak i bruk av tilstandskode P05.1 *Liten i forhold til svangerskapslengde*. Avregningsutvalget stilte spørsmål om bruk av koden til helseforetaket.

I svaret fra Helse Stavanger HF beskrev overlege ved Barne- og ungdomsklinikken kriteriene for bruk av tilstandskode P05.1. Alle som får diagnosen SGA (< 10-percentil i vekt i forhold til GA) i Natus får diagnosen P05.1.

Avregningsutvalget vurderte saken i sammenheng med bruk av kode P05.0 *Lett i forhold til svangerskapslengde*. Forklaringene fra helseforetakene ble vurdert som gode og Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning i saken. De ønsker derimot å gi helsedirektoratet råd om at kodene P05.0 og P05.1 ikke bør ha kompliserende egenskaper i gruppering.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning av opphold registrert med hovedtilstand P05.1 *Liten i forhold til svangerskapslengde*.

P05.0 Lett i forhold til svangerskapslengde

Analyser av ABF data for 2015 viste at Vestre Viken HF, Akershus universitetssykehus HF, Helse Fonna HF, Helse Bergen HF, Oslo universitetssykehus HF og Helse Møre og Romsdal HF hadde avvikende praksis fra øvrige helseforetak i bruk av tilstandskode P05.0 *Lett i forhold til svangerskapslengde*. Avregningsutvalget stilte spørsmål om bruk av koden til helseforetakene.

Vestre Viken HF (VV) svarte at tilstandskoden P05.0 *Lett i forhold til svangerskapslengde* automatisk fremmes som kodeforslag hos barn med vekt < 10-percentilen ved utskrivelse i dataprogrammet Partus (utskrivelse fra barsel) og dataprogrammet Neonatal (nyfødt intensiv). Programmene foreslår da diagnosekode P05.0. Utskrivende lege er ansvarlige for å kvalitetssikre at diagnosekoden er gyldig for aktuell pasient. Legen må aktivt prioritere diagnosen og godkjenne koden. Årsaken til at P05.0 brukes i større grad i VV er trolig at støttesystemet Partus og Neonatal som automatisk vil foreslå korrekt diagnosekode, og således minne om denne.

I svaret beskrives videre kriteriene for bruk av kode P05.0 i VV: Fra veileder i «Nasjonale kriterier for diagnosekoder i nyfødtmedisin, oktober 2015:

- P05.0 *Lett i forhold til svangerskapslengde*
- FV < 10-percentil for GA

P05.0 defineres likt nasjonalt. Det vil si at barn som har fødselsvekt under 10-percentilen er lette i forhold til svangerskapslengde. Det vil si at koden bør brukes på 9,99 prosent av fødepopulasjonen i landet. Grensen er definert av WHO til å være 10-percentilen. Hos SGA-barn er det betydelig økt forekomst av underliggende sykdommer og syndromer. De aller fleste er riktignok friske, men nyfødtlegene er «primet» på at SGA-barn må undersøkes ekstra godt, og at de ofte vil trenge tettere oppfølging første 1-2 levedøgn med måltider. Ved riktig koding med P05.0 vil ca. 10 prosent av alle nyfødte i VV få denne diagnosen. Tall fra VVs seksjon for virksomhetsdata viser at det i VV var 10 prosent med diagnosekoden P05.0 både i 2014 og 2015. VV mener at P05.0 brukes riktig og er trolig bidragende faktor til at andelen opphold i DRG 390 er høyere i VV enn øvrige foretak.

Oslo universitetssykehus HF (OUS) beskriver to mulige forklaringer på at P05.0 brukes i større grad ved OUS enn ved andre HF. For det første kan man tenke seg at flere risikosvangerskap er sentralisert til fødsel ved vårt sykehus slik at forekomsten av intrauterin vekstrestriksjon reelt sett er høyere enn ved andre HF. Alternativt (eller i tillegg) kan man se for seg at de som koder har større bevissthet omkring denne problemstillingen. Ved Rikshospitalet henger det oppslag med vekstgrenser på barnelegekontoret slik at barnelegen lett kan kontrollere barnets fødselsvekt i forhold til vektgrenser. Bruk av Partus med automatisk kodeforslag kan også tenkes å øke andelen pasienter som (rettmessig) får denne koden.

OUS HF beskriver kriteriene for bruk av tilstandskode P05.0: SGA defineres ved OUS-Rikshospitalet i tråd med ICD-10 som FV < 10-percentilen. Referanse-materialet som benyttes er fra 2000, publisert av Skjærven (tilsvarende referanseverdier benyttes i Neonatalprogrammet, så det er sannsynlig at det er uniformt over hele landet).

Akershus universitetssykehus HF svarte at andre HF bruker P05.0 for sjelden, men at koden brukes mer korrekt ved de tre berørte HF i Helse Sør-Øst RHF. En relativt høy prosent av nyfødte er såkalt vekstretarderte, «small for date» eller «small for gestational age», SGA. Disse vil få diagnosen P05.0. Barnas fødselsvekt ligger da under 10. percentilen. For et etnisk norsk barn født til termin, vil det få diagnosen P05.0 ved en fødselsvekt < 3000 g. Kriteriene følger den

nasjonale Neonatale diagnosekodeliste ICD-10, senest revidert i 2015. Ved barn innlagt i nyfødtafdelingen genereres denne kode automatisk i Neonatalprogrammet. Hos barn som kodes på barselavdelingen, genereres ikke denne automatisk i Partus, men må tilføres separat for hvert enkelt barn.

Helse Fonna HF svarte at P05.0 benyttes som diagnosekode som uttrykk for barnets vekt ved fødsel i forhold til gestasjonsalder og nasjonalt anbefalte percentilskjema. Det er ingen grunn til å anta at barn født i Helse Fonna HF sitt opptaksområde har lavere fødselsvekt enn landsgjennomsnittet, og det kan således ikke gis noen forklaring på hvorfor denne koden brukes i mye større grad.

Helse Fonna HF følger «Forslag til enhetlige nasjonale kriterier for diagnosekoder i nyfødtdmedisin» utarbeidet av interessegruppen i neonatologi i Norsk Barnelegeforening. Denne er sist revidert i april 2015. I kapittel om «Tilstander knyttet til svangerskapslengde og fostervekst (P05-P08)» er følgende bruk av P05.0 anbefalt: Fødselsvekt < 10-percentil for gestasjonsalder. Hos barn innlagt i nyfødtafdeling: Brukes kun når diagnosen er generert automatisk via Neonatalprogrammet. Det fremgår av dette at for barn innlagt på sykehusets nyfødtafdeling, genereres P05.0 automatisk som diagnosekode i Neonatalprogrammet når fødselsvekten er lavere enn 10-percentil i forhold til gestasjonsalder. Disse kodene overføres til DIPS manuelt. For barn som ikke er innlagt på nyfødtafdeling benyttes P05.0 for de barn som tilsvarende har vekt under 10-percentil for gestasjonsalder i henhold til den vektkurve som benyttes i sykehusets fødedataprogram.

Helse Møre og Romsdal HF svarte at de fleste oppholdene var registrert ved Ålesund sjukehus. Størsteparten av oppholdene hadde hoveddiagnose Z38. Økt bruk av kode P05.0 var en etablering av en kodepraksis som man mente var en harmonisering mot andre fødeavdelinger, og fordi man oppfattet dette som korrekt koding fra et medisinsk perspektiv. Behandlinga av nyfødte i Midt-Norge er organisert på samme måte som i resten av landet. Kriterier for bruk av kode P05.0 må forklares som et resultat av at det ble etablert en kodepraksis som en trodde var korrekt, men som det nå viser seg at det ikke er. De mente at praksisen var både medisinsk korrekt og innenfor ISF-regelverket.

Avregningsutvalget vurderte saken i sammenheng med bruk av kode P05.1 *Liten i forhold til svangerskapslengde*. Forklaringene fra helseforetakene ble vurdert som gode og Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning i saken. De ønsker derimot å gi helsedirektoratet råd om at kodene P05.0 og P05.1 ikke bør ha kompliserende egenskaper i gruppering.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning av opphold registrert med hovedtilstand P05.0 *Lett i forhold til svangerskapslengde*.

P92 Problemer med næringsinntak hos nyfødt

Kodepraksis knyttet til P92 *Problemer med næringsinntak hos nyfødt* er behandlet i utvalget tidligere år. Analyser av ABF data for 2015 viste at bruken av P92 har gått ned ved sykehus som tidligere er avregnet, men har økt ved andre helseforetak. Avregningsutvalget ønsket å vite mer om kriteriene for bruk av kode P92 og hvilke tiltak som er gjort for å etterleve utvalgets tidligere års anbefalinger om bruk av koden. Spørsmålene ble stilt til de helseforetakene som hadde økt bruk av koden i 2015. Brev ble sendt til Vestre Viken HF, Sykehuset Østfold HF, Helse Stavanger HF, Helse Fonna HF, Helgelandssykehuset HF, Sørlandet Sykehus HF og OUS HF.

Vestre Viken HF svarte at det i 2014 og 2015 har vært fokus på riktig koding. Nasjonal veileder ligger til grunn for kodesetting.

«Nasjonale kriterier for diagnosekoder i nyfødtmedisin» brukes ved koding. Det er praksis å kode for «3 timers stell» på barsel med diagnosekoden P92.8. Det betyr at den nyfødte har behov for mat hver 3. time, som regel første 1-2 døgn. Maten gis stort sett som morsmelkerstatning på kopp av barselpersonalet. Disse barna er P05.0 «lette i forhold til svangerskapslengde» eller barn av mødre med svangerskapsdiabetes. Hensikten med «3 timers stell» er å forebygge lavt blodsukker. Koden P92.8 anses brukt riktig for denne pasientgruppa da disse har et ernæringsbehov som de selv ikke klarer å dekke første 1-2 levedøgn pga. bakenforliggende medisinske årsaker.

I følge Vestre Viken HF utgjør koden P92.8 den største delen av P92-kodene ved helseforetaket. Det er per dags dato ikke satt i gang tiltak for å redusere bruken av P92 i Vestre Viken HF. Hvis det viser seg at P92.8 har blitt brukt feilaktig, vil de endre kodepraksisen.

OUS HF svarte at sykehusene i Helse Sør-Øst har til felles at de bruker fødedata-programmet Partus som genererer kodeforslag til oppholdene i en viss grad. Ved videreutvikling av Partus kan det vurderes å implementere større grad av kodeveiledning (kontrollspørsmål som etterspør hvorvidt spiseproblemet har generert behov for forlenget opphold/økt ressursbruk).

Fødeavdelingen ved OUS har følgende kodepraksis for P92:

- P92.1 *Brekninger hos nyfødt* er ikke vanlig å bruke
- P92.2: *Gulping og ruminasjon hos nyfødt* er ikke vanlig å bruke
- P92.3: *For lite mat til nyfødt* brukes når barnet går ned i vekt mer enn 10 prosent
- P92.4: *For mye mat til nyfødt* er ikke vanlig å bruke
- P92.5 *Problem med brysternæring hos nyfødt* denne koden brukes ved ammeproblemer som krever forlengelse av oppholdet eller på annen måte utløser økt ressursbruk
- P92.8 *Andre spesifiserte problemer med næringsinntak hos nyfødte* - denne koden brukes når barnet har leppe-gane problemer som leppe-gane spalte eller kort tungebånd, osv.
- P92.9: *Uspesifisert problem med næringsinntak hos nyfødte* - denne koden kan også brukes ved ammeproblemer som krever forlengelse av oppholdet eller på annen måte utløser økt ressursbruk.
- Det er ofte lite meningsbærende å se på en P92 diagnose. Ofte blir flere P92 koder brukt ved samme opphold.

Videre svarte de at de har tatt Avregningsutvalgets vurderinger fra 2014 og 2015 til etterretning. Det er ikke avdelingens oppfattelse at P92 blir brukt i utilbørlig grad. Det er ved barselopphold der ernæring av barnet er en utfordring som resulterer i økt ressursbruk at P92 blir brukt.

Sykehuset Østfold HF svarte at de har ligget uforholdsmessig lavt i koding av diagnoser som havner i DRG 390 i forhold til sammenlignbare avdelinger i andre HF. Sykehuset foretok derfor en gjennomgang av kodepraksisen. Sykehuset koder i henhold til gjeldende retningslinjer. Kode P92 brukes dersom ernæringsproblemet var årsaken til innleggelsen eller det var årsaken til at oppholdet ble betydelig forlenget. Sykehuset Østfold HF svarte at dagens kodepraksis er mer riktig enn tidligere. De svarte at det fortsatt er underrapportering av koden på barsel. På nyfødtintensiv vil det i de aller fleste tilfellene ikke ha betydning for DRG siden andre diagnoser allerede har plassert barna i DRG 390 eller annen DRG gruppe.

Sykehuset Sørlandet HF svarte at koden er oftest registrert ved de to største somatiske klinikkene i helseforetaket, klinikk Kristiansand og klinikk Arendal.

Ved klinikk Arendal er koden P92.9 registrert for nyfødte som har gått ned over 10 prosent i vekt på 2. eller 3. dag etter fødselen. Det måles blodsukker og barnet følges opp med 3-timers stell med amming pluss NAN til vekten er «normal». Kode P92.9 genereres i programmet Partus når det registreres en vekt nedgang over 10 prosent.

I barneavdelingen ved klinikk Kristiansand følges veilederen for enhetlige nasjonale kriterier for diagnosekoder i nyfødtmedisin. I følge Sykehuset Sørlandet er det koden P92.9 som brukes mest ved klinikk Kristiansand og koden brukes i hovedsak hos barn som har opphold i barselavdelingen. Sykehusets egne tall viser at koden er brukt hos 10 prosent ved klinikk Kristiansand i 2014, 7 prosent i 2015, mot et landsgjennomsnitt på 5 prosent i de to årene. Det er jordmor som setter diagnosen når det utføres ekstra prosedyrer overfor barnet med hensyn til ernæring.

Sykehuset Sørlandet HF svarte videre at det ved klinikk Kristiansand er en seleksjon av risikofødsler for hele Agder og dermed også flere syke fødende og flere nyfødte barn med amme/spiseproblem. P92 brukes når jordmor utfører prosedyrer utenom ordinær ammeveiledning. Dette kan gjelde barn hvor mor er syk og trenger ekstra hjelp til å få i gang amming og barnet ofte midlertidig må ha tillegg av NAN. Det kan gjelde barn med lavt blodsukker eller dysmature hvor man gir ekstra tillegg av melk før mor kommer i gang med amming. Sykehuset Sørlandet HF svarte at det ikke foreligger en skriftlig prosedyre i barselavdelingen på bruk av P92 diagnosen, men det har vært tatt opp i personalgruppen at diagnosen skal brukes når det gis ekstraordinær hjelp til barnet i forhold til mating.

Helse Stavanger HF svarte at de ikke har kjennskap til at egen kodepraksis avviker fra andre helseforetak. Kodepraksisen bygger på forslaget til neonatale diagnosekoder fra interessegruppen i neonatologi i NBF:

- P92.2* Sondeernæring
- P92.3* Vekt nedgang > 10 prosent
- P92.5* Problem med brysternæring hos nyfødt
- P92.8* Andre matingsproblem
- *P92.x-koder kan brukes når barseloppholdet er > 3 døgn.

På spørsmålet om hvilke tiltak som er gjort for å følge Avregningsutvalgets anbefalinger fra tidligere år svarte Helse Stavanger at de har hatt en gjennomgang av diagnoseskjema og gjort en presisering av kriteriene for kodene siden saken ble behandlet i Avregningsutvalget i fjor.

Avregningsutvalget vurderte at det ikke er konsistent bruk av kode P92 mellom helseforetakene. Utvalget observerer en betydelig forbedring i bruk av kodene ved helseforetakene, men ser at det er en utfordring at programmene som brukes legger opp til en faglig standard som avviker fra retningslinjene.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefalte avregning ut fra følgende metode;

- Ny korrigert vekt (DRG-poeng) beregnes 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*.
- 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.

P83.1 Erythema toxicum neonatorum

Kodepraksis knyttet til P83.1 *Erythema toxicum neonatorum* ble behandlet av Avregningsutvalget for ABF 2014. Bruken av koden har gått ned ved de to helseforetakene som ble avregnet, men har økt ved andre helseforetak. Avregningsutvalget sendte derfor brev til Sykehuset Østfold HF og Nordlandssykehuset HF med spørsmål om kriterier for bruk av koden og hvilke tiltak som er gjort for å etterleve Avregningsutvalgets anbefalinger tidligere år.

Sykehuset Østfold HF svarte at koden P83.1 er en normal fysiologisk hudtilstand. Tallene viser at det kun er enkelte helseforetak som benytter denne i nevneverdig grad. For sykehuset Østfold HF var økningen i 2015 trolig et resultat av enkeltlegers feilaktige bruk av koden. Helseforetaket har ikke kriterier for bruk av koden og har heller ikke brukt den i nevneverdig grad tidligere. Sykehuset Østfold HF var ikke klar over at bruk av kode P83.1 medførte at oppholdet ble gruppert til DRG 390, oppholdet burde havnet i DRG 391.

Nordlandssykehuset HF svarte at P83.1 er en svært vanlig tilstand hos nyfødte som ikke krever oppfølging eller behandling. De svarte også at de mener at det er riktig kodepraksis å bruke koden når tilstanden påvises og at koden ikke er brukt bevisst for å utløse DRG. Økt bruk av koden skyldes forsøk på å forbedre kodesystemet som tidligere har vært noe tilfeldig for denne gruppen.

Analyser av ABF 2015 viste at Vestre Viken HF hadde en høy andel opphold som havnet i DRG 390. Vestre Viken HF informerte om at hovedårsaken trolig ligger i bruk av koden P83.1 *Erythema toxicum neonatorum*, ETN (nyfødt hormonutslett). Avregningsutvalget konkluderte i sin behandling av bruk av denne koden i 2015 «at tilstand ikke skal registreres dersom den ikke krever særskilt behandling, undersøkelse, vurdering eller har hatt betydning for øvrig». Vestre Viken HF hadde planer om å fjerne diagnosen fra rapportering til NPR fra 2015, men kom ikke i mål med dette.

Avregningsutvalget vurderte at tilstandskode P83.1 er brukt feil ved Vestre Viken HF, Sykehuset Østfold HF og Nordlandssykehuset HF og anbefaler avregning i saken.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler avregning av opphold med hovedtilstandskode P83.1 *Erythema toxicum neonatorum* ved Vestre Viken HF, Sykehuset Østfold HF og Nordlandssykehuset HF ved å

gi alle episoder i DRG 390 *Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem* med tilstandskode P83.1 over landsgjennomsnittet (uten berørte sykehus) ved Vestre Viken HF, Sykehuset Østfold HF og Nordlandssykehuset HF refusjon lik DRG 391 *Frisk nyfødt*.

Vurdering av habilitet:

Ett medlem ble vurdert som inhabil.

15/6313 **Bruk av prosedyrekode AAG50 Stereotaktisk intrakraniell radioterapi**

Denne saken ble først behandlet i 2015 og handlet om valg av omsorgsnivå og ulik registreringspraksis for opphold registrert med prosedyrekode AAG50 *Stereotaktisk intrakraniell radioterapi*. Intrakraniell stereotaktisk stråleterapi (ISS) er en teknikk som utføres på pasienter med intrakranielle lesjoner av ulik art som meningeomer, primære kreftsvulster og metastaser, i tillegg til vaskulære malformasjoner, trigeminus nevralgi, etc. Prosedyren utføres ved henholdsvis Haukeland universitetssykehus ved bruk av såkalt gammakniv og ved Oslo universitetssykehus (OUS) ved bruk av lineær akselerator. Disse to apparatene har langt på vei samme indikasjonsområder, behandlingstid, krav til ressursbruk ved gjennomføring av prosedyren og det samme komplikasjonsprofil. Slik regelverket er i dag, vil opphold registrert som poliklinikk grupperes til DRG 3P *Stereotaktisk intrakraniell strålebehandling* mens opphold registrert som innleggelser grupperes til 1E *Annen kraniotomi unntatt ved traume*.

Noen opphold registrert med AAG50 grupperes til DRG 468/4680 *Større operasjoner uten sammenheng med hoveddiagnosen*. Dette skyldes retningslinjene for koding som sier at når primærsvulsten fortsatt er tilstede, også om det forekommer lokalresidiv, skal den alltid kodes før eventuelle metastaser. I disse tilfellene er det metastasen som er behandlet og denne er da korrekt kodet som annen tilstand (jf. *Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2015*, kapittel 7, 5. avsnitt). Det er uklart om disse pasientene i praksis er behandlet stereotaktisk mot lungesvulster eller om de har fått stereotaktisk behandling mot intrakraniell metastase med primær tumor i lunge. Det fremkom av analysene for ABF 2014 at Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) brukte prosedyrekode AAG50. UNN har en relativt nyanskaffet lineær akselerator, men denne benyttes foreløpig kun til stereotaktisk bestråling mot lungetumores (siden august 2014).

Avregningsutvalget anbefalte for ABF 2014 at feilkodede opphold med prosedyrekode AAG50 *Stereotaktisk intrakraniell radioterapi* ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF ble avregnet. Saken er også tatt opp i Nord-DRG og der ble de enige om å endre kodeverket slik at kode AAG50 ikke grupperes til DRG 1E. Norsk pasientregister har laget en test for bruk av kode AAG50 i kvalitetssikringen av mottatte data, testen er meldt til helseforetakene f.o.m 2016.

Analysen av data for ABF 2015 viste ingen bruk av kode AAG50 ved UNN og saken anses som ferdigbehandlet i Avregningsutvalget.

15/4628 **Kodepraksis for opphold i DRG 8620 Poliklinisk rehabilitering og annen tilstand E66 Fedme**

Denne saken ble behandlet og anbefalt avregnet i 2015. Analyser av ABF-data for 2014 viste vekst i antall opphold i DRG 8620 *Poliklinisk rehabilitering* (tidl. DRG 4620) sammenlignet med året før. Veksten var i hovedsak knyttet til opphold registrert med tilstandskode E66 *Fedme* som annen tilstand. Tidligere tilbud knyttet til fedme har blitt vurdert til ikke å tilfredsstille kravene til bruk av kode Z50.9 *Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak*.

Helsedirektoratets avd. FIFI/FIOA ba Avregningsutvalget om å vurdere kodepraksis for opphold i DRG 8620 *Poliklinisk rehabilitering* hvor E66 *Fedme* var registrert som annen tilstand. Problemstillingen gikk på om den observerte veksten kunne knyttes til nye tilbud eller til samme tilbud som tidligere ble anbefalt avkortet.

I 2008 kom en henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF til Helsedirektoratet med spørsmål om koding av aktivitet ved behandling av pasienter med sykelig overvekt. Direktoratet svarte i brev 18.4.2008 at den beskrevne aktiviteten skulle kodes med hovedtilstand E66 *Fedme*.

I 2012 behandlet Avregningsutvalget sak 12/3884 *Fedme og hovedtilstandskode Z50.9*. Den gang anbefalte utvalget følgende avregning av konsultasjoner med hovedtilstandskode Z50.9 *Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak* og annen tilstand E66 *Fedme*: Det gis ISF-refusjon per pasient per program tilsvarende en konsultasjon hos lege med E66 som hovedtilstandskode. Øvrige konsultasjoner gis refusjon som gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende. I ISF-data for 2011 ble følgende enheter avregnet: Spesialsykehuset for rehabilitering, Stavern (tidl. Kysthospitalet), Sykehuset i Vestfold HF og Sørlandet sykehus HF.

I ABF-data for 2014 hadde fire institusjoner i Helse Sør-Øst RHF opphold i DRG 8620 med E66 som annen tilstand: Sykehuset i Vestfold HF, Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Akershus universitetssykehus HF. Sekretariatet sendte brev til de fire helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF med spørsmål om behandlingstilbud og hvilken helsehjelp som er gitt til pasienter med opphold i DRG 8620 registrert med E66 *Fedme* som annen tilstand.

Avregningsutvalget diskuterte svarene fra helseforetakene og om det var grunnlag for en avregning. Hovedspørsmålet var om den beskrevne aktiviteten kan klassifiseres som behandling eller rehabilitering. Helsedirektoratets definisjoner av hva som er behandling og rehabilitering ligger til grunn og definisjonene har ikke endret seg. Avregningsutvalget vurderte at de beskrevne tilbudene er utmerkede behandlingstilbud, men at de ikke kan defineres som rehabilitering. At noen pasienter fikk dette tilbudet før eventuell kirurgi talte for at det skal klassifiseres som behandling. Avregningsutvalget vurderte at kodingen av oppholdene og dermed finansieringen av dem var feil.

Analyser av ABF-data for 2015 viser at kodingen ikke har endret seg i løpet av året og at avregningen opprettholdes.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 8620 *Poliklinisk rehabilitering* hvor E66 *Fedme* er registrert som annen tilstand avregnes ved Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF, Sørlandet sykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF etter samme metode som tidligere år.

15/2312 Kodepraksis for opphold i DRG 134 *Hypertensjon*

Denne saken ble først behandlet i 2015. Fordelingen av antall opphold i DRG 134 *Hypertensjon* var svært ujevnt fordelt mellom pasientenes bostedsfylke i ABF-data for 2014. Pasienter bosatt i Vestfold hadde flest opphold per 1 000 innbyggere. Men også pasienter bosatt i Sogn og Fjordane, Finnmark og Møre og Romsdal hadde over gjennomsnittet mange opphold i DRG-en. Hyppigste hovedtilstandskode var I10 Essensiell (primær) hypertensjon. De fleste oppholdene hadde ingen andre tilstander. Avregningsutvalget mente i 2015 at pasienter i hovedsak ikke bør være innlagt med bare I10 som tilstandskode. For opphold som hadde andre tilstander var R07.4 Uspesifisert brystsmerte var hyppigst registrert. Opphold registrert med R07.4 som hovedtilstand og I10 som annen tilstand grupperer til DRG 143 *Brystmerter*. Avregningsutvalget anbefalte ikke avregning da saken ble behandlet første gang, men ønsket å følge den opp i 2016 med en dokumentkontroll.

Analyser av data for Aktivitetsbasert finansiering (ABF) for 2015 viser at antall opphold i DRG 134 fortsatt var ujevnt fordelt mellom pasientenes bostedsfylke, men at det hadde jevnet seg ut sammenlignet med data for 2014. Forholdet mellom antall opphold i DRG 134 *Hypertensjon* (I10 + R07.4) og DRG 143 *Brystmerter* (R07.4 + I10) hadde også jevnet seg ut. For Vestre Viken HF var forholdet 88/12 i 2014, men i 2015 var det 50/50. Det tyder på at de helseforetakene som ble tilskrevet i 2015 har tatt grep og bedret kodepraksis. Avregningsutvalget mente derfor at behovet for dokumentkontroll ikke lenger var like stort. Helseforetakene bør likevel følges opp med brev slik at utviklingen fortsetter i riktig retning. Saken må følges opp med analyser av utvikling i kodepraksis i 2017.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning av opphold i DRG 134 *Hypertensjon*.

Vurdering av habilitet:

Ett medlem ble vurdert som inhabil i behandlingen av denne saken.

15/1993 Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet

Denne saken ble først behandlet i 2015. Analyser av ABF-data for 2014 viste stor vekst i antall opphold i DRG 35 *Sykdommer i nervesystemet ITAD u/bk* sammenlignet med året før. Spesielt Sykehuset Østfold hadde stor vekst, men også Helse Bergen HF, Sykehuset Telemark HF og Vestre Viken økte. Oppholdene var i hovedsak registrert med hovedtilstandskode Z03.3 *Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet*. Det var også vekst i antall opphold i DRG 34 *Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk* fra 2013 til 2014.

Avregningsutvalget anbefalte at opphold registrert med hovedtilstandskode Z03.3 *Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet* avregnes ned til gjennomsnittet for landet for øvrig ved Helse Bergen HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Vestre Viken HF, Akershus universitetssykehus HF.

Analyser av ABF-data for 2015 viser at flere av de avregnede HF har endret kodepraksis i løpet av året: Vestre Viken HF, Helse Bergen HF og til dels Akershus universitetssykehus HF. Mens Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Telemark HF har fortsatt stor andel opphold med Z-koder. Akershus hadde fortsatt stor andel opphold med Z-koder i DRG 35. Også HF som ikke har blitt tilskrevet har stor andel opphold med Z03.3 som hovedtilstandskode, enten i både DRG 34 og 35 eller i en av DRG-ene. Disse HF kan ikke avregnes i år, men vil bli fulgt særskilt opp til neste år.

Sekretariatet presenterte tre mulige metoder for teknisk beregning i saken. Avregningsutvalget ønsket å bruke samme metode som tidligere år, det vil si å avregne ned til gjennomsnittet for landet uten de 5 HF som ble avregnet i fjor. De HF som har endret kodepraksis og derfor havner under gjennomsnittet vil ikke avregnes.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold registrert med hovedtilstandskode Z03.3 *Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet* avregnes ned til gjennomsnittet for landet for øvrig ved Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF og Akershus universitetssykehus HF.

Vurdering av habilitet:

Ett medlem ble vurdert som inhabil i behandlingen av denne saken.

15/1923 Kodepraksis for opphold i DRG 4750 Sykdommer i åndedrettsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling

Avregningsutvalget behandlet i 2015 en sak der det var store variasjoner i antall opphold i DRG 4750 *Sykdommer i åndedrettsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling* fordelt mellom pasientenes bostedsfylker i data for aktivitetsbasert finansiering (ABF) for 2014. Pasienter bosatt i Vestfold og Telemark hadde flere opphold per 1 000 innbygger i DRG-en enn pasienter bosatt i andre fylker. De fleste av disse oppholdene var registrert med prosedyrekode GXAV20 *Behandling med bifasisk positivt luftveistrykk*. Hyppigst registrerte hovedtilstandskoder var J96.1 *Kronisk respirasjonssvikt*, J44.9 *Uspesifisert KOLS* og R06.3 *Periodisk respirasjon*. For mange av oppholdene var G47.3 *Søvnapne* registrert som annen tilstand.

Avregningsutvalget anbefalte for ABF-data for 2014 avregning av polikliniske konsultasjoner (behandlinger og kontroller) registrert med prosedyrekode GXAV20 *Behandling med bifasisk positivt luftveistrykk* gruppert til DRG 4750 *Sykdommer i åndedrettsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling* ved Helse Bergen HF, Sykehuset i Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset i Østfold HF, Vestre Viken HF og Sørlandet Sykehus HF. Konsultasjonene som ble avregnet fikk refusjon lik konsultasjoner uten prosedyrekode GXAV20.

Analyse av ABF-data for 2015 viste at kodepraksis ikke hadde endret seg vesentlig i løpet av året.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at konsultasjoner i DRG 4750 *Sykdommer i åndedrettsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling* i ABF-data for 2015 avregnes på samme måte som tidligere år.

15/1821 Kodepraksis ved fødsel - vekst i antall opphold i DRG 376 Sykdommer etter forløsning og abort u/operasjon

Denne saken ble først behandlet i 2015 og handlet om vekst i antall opphold i DRG 376 *Sykdommer etter forløsning og abort u/operasjon* og samtidig en reduksjon i antall opphold i DRG 372/373 *Vaginal fødsel* sammenlignet med samme periode året før. Opphold i DRG 376 og DRG 372/373 er i hovedsak registrert med hovedtilstandskode Z37.0 *Enkeltfødsel, levendefødt*. Årsaken til vridningen fra DRG 372/373 til DRG 376, som har en høyere vekt, var mangelfull registrering av prosedyrekode TMA20 *Manuell fødselshjelp ved normal fødsel* i 2014.

Avregningsutvalget anbefalte en avregning for opphold i DRG 376 *Sykdommer etter forløsning og abort uten operasjon* som manglet prosedyrekoden TMA20 *Manuell fødselshjelp ved normal fødsel* ved Helse Midt-Norge RHF (Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF).

Analyser for ABF 2015 viser at kodepraksisen er endret ved Helse Nord-Trøndelag HF og Møre og Romsdal HF og det er ingen nye helseforetak med økning i DRG 376 *Sykdommer etter forløsning og abort u/operasjon*. Saken anses som ferdigbehandlet i Avregningsutvalget.

15/1804 Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger

Denne saken ble behandlet i 2015 og handlet om at antall opphold i DRG 520 *Obstruktivt søvnapné syndrom* og DRG 803R *Diagnostisk intervensjon ved søvnapné* varierte mellom helseforetak i ABF-data for 2014. 44 prosent av oppholdene i DRG 520 var registrert med hovedtilstandskode G47.3 *Søvnapné* eller R06.5 *Munnpusting*. Opphold registrert som innleggelse grupperte til DRG 520, mens opphold registrert som polikliniske kontakt grupperte til DRG 803R. Det så ut til å være ulik praksis mellom helseforetak for å registrere utredningene som innleggelser eller polikliniske konsultasjoner. Akershus universitetssykehus, Sykehuset Innlandet HF og Helse Førde HF la inn pasientene, mens øvrige institusjoner behandlet pasientene poliklinisk.

Avregningsutvalget anbefalte for ABF-data for 2014 avregning av innleggelser registrert med prosedyrekode AAFX 00 *Polygrafi* og hovedtilstandskode G47.3 *Søvnapné* eller R06.5 *Munnpusting* gruppert til DRG 520 *Obstruktivt søvnapné syndrom* ved to helseforetak i Helse Sør-Øst RHF: Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF og ett sykehus i Helse Vest RHF: Helse Førde HF. Oppholdene avregnes ut fra et nasjonalt gjennomsnitt for de øvrige institusjonene.

Tilsvarende analyser av ABF-data for 2015 viste at de avregnede sykehusene har opprettholdt registreringspraksis i store deler av 2015. Sekretariatet presenterte et forslag til teknisk beregning av de tre HF-ene basert på samme metode som året før. Avregningsutvalget godkjente forslaget til teknisk beregning. Samtidig var de spørrende til at DRG 520 økte fra 20 opphold i 2014 til 40 opphold i 2015 ved Oslo universitetssykehus HF. Det er en utvikling i feil retning sett i lys av Avregningsutvalgets tidligere anbefaling i saken.

Oslo universitetssykehus HF ble bedt om å gjøre rede for innholdet i tjenestetilbudet, varigheten på oppholdene/konsultasjonene, begrunnelse for valg av omsorgsnivå og en forklaring på hvorfor antall opphold i DRG 520 økte fra 2014 til 2015. Barnemedisinsk avdeling ved OUS hadde registrert 22 opphold i DRG 520 i 2015, en vekst fra 7 opphold i 2014. De svarte at dette var pediatrike pasienter med påvist søvnapné og tilleggsdiagnose henvist fra Lovisenberg. Valg av omsorgsnivå var begrunnet med at maskindata fra CPAP er usikkert på barn og at det er vanskelig å få gode registreringer i hjemmet. Lungemedisinsk avdeling ved OUS hadde 18 opphold i DRG 520 i 2015, en vekst fra 13 opphold i 2014. De svarte at ukompliserte OSAS-pasienter er funksjonsfordelt til Lovisenbergs ØNH-avdeling. Mens Lungemedisinsk avdeling ved OUS tar imot kompliserte OSAS og respirasjonssvikt med andre diagnoser enn ren OSAS hvor søvnrelaterte forstyrrelser må utredes og behandles.

Avregningsutvalget mente at valg av omsorgsnivå var godt begrunnet i svaret fra Barnemedisinsk avdeling. De mente imidlertid at Lungemedisinsk avdeling ikke hadde begrunnet valg av omsorgsnivå godt nok og anbefalte derfor en avregning av opphold i DRG 520 ved Lungemedisinsk avdeling.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at innleggelser registrert med prosedyrekode AAFX00 *Polygrafi* og hovedtilstandskode G47.3 *Søvnapné* eller R06.5 *Munnpusting* gruppert til DRG 520 *Obstruktivt søvnapné syndrom* avregnes ved følgende helseforetak: Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF, Helse Førde HF og OUS HF. Oppholdene avregnes ut fra et nasjonalt gjennomsnitt for de øvrige institusjonene.

15/1634 Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk

Denne saken ble først behandlet i 2015. Antall opphold i DRG 242C *Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk* var ujevnt fordelt mellom ulike deler av landet i data for ABF 2014. Pasienter bosatt i Telemark og Vestfold hadde spesielt mange opphold i DRG-en sett i sammenheng med innbyggertallet. De fleste av disse oppholdene var registrert ved den private ideelle institusjonen Betanien Hospital i Skien. En analyse av liggetidsfordeling viser at oppholdene ved Betanien Hospital i hovedsak var korte døgnopphold (1-2 døgn). Samtidig var det registrert permisjoner for en stor del av oppholdene.

Opphold i DRG 242C ved Betanien var knyttet til tre ulike pasientgrupper: a) pasienter med nyoppdaget inflammatorisk revmatisk sykdom, b) pasienter med oppstart biologiske medikamenter og c) tverrfaglig utredning/gjennomgang for pasienter som har stått på biologisk terapi i en årrekke. Innleggelse velges når utredningen blir for kompleks til at den kan gjøres poliklinisk. Fordelen med innleggelse er en forenklet, planlagt logistikk som gjør at man slipper langvarig intern ventetid. Bruk av permisjoner begrunnes med geografi, dvs. kort reisevei mellom sykehuset og hjemmet og at noen pasienter ønsker å overnatte hjemme. Pasientgruppen kunne ha overnattet på pasienthotell, men sykehuset har ikke det tilbudet.

Avregningsutvalget oppsummerte i 2015 saken slik: Hoveddelen av revmatologiske pasienter behandles nå poliklinisk, men det ser ut til at noen private ideelle institusjoner ennå ikke har lagt om praksis. Avregningsutvalget anbefalte at opphold i DRG 242C *Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk* ved Betanien Hospital avregnes ned til landsgjennomsnittet uten Betanien Hospital.

Analyser av ABF-data for 2015 viste at det fortsatt var stor andel opphold i DRG 242C for pasienter bosatt i Telemark fylke og behandlet ved Betanien Hospital. Avregningsutvalget anbefalte å avregne Betanien Hospital på samme måte som året før.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 242C *Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk* ved Helse Sør-Øst RHF/Betanien Hospital avregnes ned til landsgjennomsnittet uten Betanien Hospital.

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

Denne saken ble først behandlet i 2014 og handlet om par-DRG-er. I medisinske DRG-er er E86 *Væsketap* en av tilstandskodene med kompliserende egenskap som forekommer hyppigst. I ABF-data for 2013 var E86 kodet som annen tilstand ved 4,4 prosent av alle episoder gruppert til medisinske par-DRG-er.

Avregningsutvalget vurderte i sin opprinnelige behandling av saken at det skal lite til for å få væske når en pasient blir innlagt på helseinstitusjon, og det var ulikt fra institusjon til institusjon når væsketilførsel kodes med E86. Avregningsutvalget ønsket å gi tilbakemelding til sektoren om at det burde utvises større forsiktighet i koding av E86 *Væsketap* ved en del institusjoner og anbefalte avregning av opphold kodet med E86 *Væsketap* som eneste annen tilstand. Helsedirektoratet ble også oppfordret til å gi bedre informasjon om kriteriene for å kode E86 *Væsketap* som annen tilstand.

En gjennomgang av ABF-data for 2015 viste at andelen opphold med E86 *Væsketap* som annen tilstand var 4,6 prosent eller 4,5 prosent korrigert for uteliggere. De institusjonene som ble avregnet i 2014 hadde fremdeles høyere andel opphold med E86 som eneste annen tilstand enn gjennomsnittet for landet: Helgelandssykehuset HF Mosjøen (19,1 prosent), Sykehuset i Vestfold (8,4 prosent) og Helgelandssykehuset HF Mo i Rana (8,0 prosent). For de to siste institusjonene hadde andelen gått ned fra året før. I tillegg hadde noen andre institusjoner høy andel opphold med E86. Disse sykehusene bør følges opp neste år med spørsmål om kodepraksis og eventuell avregning.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold kodet med E86 *Væsketap* som eneste annen tilstand avregnes ned til landsgjennomsnittet uten uteliggere. Avregnede opphold gis refusjon tilsvarende DRG u/bk.

14/4293 Registreringspraksis for behandling av stein i urinveiene - med eller uten overnatting

Denne saken ble først behandlet i 2014 og dreier seg om opphold gruppert til 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 høyere andel opphold i DRG 323 enn landet for øvrig. Pasienter bosatt i Hordaland hadde 1,41 opphold per 1 000 innbyggere i DRG 323, mens tilsvarende for landet som helhet var 0,34 opphold. Samtidig viste analysene at det høye volumet i DRG 323 motsvares av et lavt volum i DRG 323O. Det var ulik praksis mellom helseforetak for registrering av opphold med og uten overnatting ved ESWL-behandling. DRG 323O inneholder kun behandling med ESWL, mens DRG 323 omfatter flere typer behandling av stein i urinveiene med innleggelse (minst én overnatting).

Avregningsutvalget anbefalte for ABF 2013 en avregning for opphold i DRG 323 med prosedyrekodene KAT00 *Ekstrakorporal sjokkbølgelitotripsi i nyrebekken* og KBT00 *Ekstrakorporal sjokkbølgelitotripsi i ureter* hvor liggetid var étt døgn for Helse Bergen HF.

Analyser av ABF-data for 2014 viste en vekst i antall opphold i DRG 323 med prosedyrekodene KAT00/KBT00 og hvor liggetid var étt døgn for Helse Bergen HF. Avregningsutvalget anbefalte avregning for opphold på samme måte som året før.

Analyser av ABF-data for 2015 viser at det ikke er store avvik i kodepraksisen for prosedyrekodene KAT00 *Ekstrakorporal sjokkbølgelitotripsi i nyrebekken* og KBT00 *Ekstrakorporal sjokkbølgelitotripsi i ureter* hvor liggetid er étt døgn. Avregningsutvalget anser saken som ferdigbehandlet i Avregningsutvalget.

14/4275 DRG 87 Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt

Denne saken ble først behandlet i 2014 og handler om bruk av tilstandskode J96 *Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted* som hovedtilstand. I følge kodeveiledningen og avdeling EISK i Helsedirektoratet er J96 en vanlig kode som kan benyttes som både hovedtilstand og andre tilstander. Men J96 skal vanligvis ikke brukes som hovedtilstand hvis man kjenner årsaken til respirasjonssvikten. Opphold med tilstandskode J96 som hovedtilstand grupperes til DRG 87.

Analyser av ABF-data for 2013 viste at pasienter bosatt i Vestfold hadde en høy andel episoder i DRG 87 sammenlignet med landet for øvrig. I Vestfold fylke var det 1,2 opphold per 1000 innbyggere i DRG 87 i 2013, mens det for landet som helhet var 0,3 opphold per 1000 innbyggere. Oppholdene var i all hovedsak registrert ved Sykehuset i Vestfold. Av alle oppholdene i DRG 87 ved Sykehuset i Vestfold var det 97 prosent som hadde tilstandskode J96 *Respirasjonssvikt* som hovedtilstand. Registreringene med J96 som hovedtilstand ved Sykehuset i Vestfold utgjorde nær 20 prosent av alle opphold i DRG 87.

Avregningsutvalget anbefalte avregning i saken basert på at pasientsammensetningen ved Sykehuset i Vestfold ikke er spesielt annerledes enn i resten av landet og at dette handler om overkoding av respirasjonssvikt som hovedtilstand. Pasientene hadde enten KOLS, pneumoni, lungekreft eller andre sykdommer som skulle ha vært brukt som hovedtilstand.

Analyser av ABF-data for 2014 viste at kodepraksisen ikke var endret ved Sykehuset i Vestfold, antall opphold hadde økt fra året før. Avregningsutvalget anbefalte å avregne opphold med J96 som hovedtilstand på samme måte som året før.

Analyser for ABF-data for 2015 viser at kodepraksisen ved Sykehuset i Vestfold er endret, det er heller ingen andre helseforetak som har avvikende kodepraksis for J96. Avregningsutvalget anser saken som ferdigbehandlet i Avregningsutvalget.

13/4904 Flere episoder samme dag ved Oslo universitetssykehus HF

Dette er en oppfølgings sak som først ble behandlet i 2012 som sak 12/5893 *Flere registrerte episoder samme dag* med analyser av ISF-data for 2011. I alle påfølgende år har Avregningsutvalget anbefalt avregning i saken.

For aktivitetsbasert finansiering (ABF) 2014 ga Avregningsutvalget 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.»

Tidligere saksbehandling har vist at problemstillingen ved Oslo universitetssykehus HF skilte seg fra andre helseforetak. Både Avregningsutvalget og Helsedirektoratet har vært i kontakt med Oslo universitetssykehus om denne saken og svaret har vært at problemet med flere registrerte episoder samme dag skulle løse seg ved overgang til nytt pasientadministrativt system (DIPS) i løpet av 2014.

Analyser ABF-data for 2015 viser at problemet ennå ikke er løst, selv etter overgangen til DIPS. I 2015 var 4,2 prosent av alle episoder på samme dag som en annen ved Oslo universitetssykehus HF. Gjennomsnittet for alle universitetssykehus var 2,4 prosent, mens gjennomsnittet for universitetssykehus uten Oslo universitetssykehus var 1,5 prosent.

Avregningsutvalget stilte spørsmål til at Revmatismesykehuset Lillehammer og Aleris Helse Stavanger hadde henholdsvis 2,8 og 1,8 episoder samme dag. Dette er institusjoner som normalt ikke skal ha pasienter med flere opphold samme dag.

Avregningsutvalget anbefaler at ABF-data for 2015 ved Oslo universitetssykehus avregnes på samme måte som tidligere år.

Anbefaling:

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

Videre oppfølging:

Aleris Helse Stavanger og Revmatismesykehuset følges opp i 2017.

13/3905 DRG 482 og 483 *Tracheostomi*

Dette er videreføring av en sak som ble meldt inn av Helsedirektoratets avd. FIFI/FIOA og behandlet av Avregningsutvalget i 2013. Det dreier seg om registreringspraksis for tracheostomi og bruk av prosedyrekodene GBB00 *Tracheostomi* og GBB03 *Perkutan tracheostomi*. Det er særlig interessant ved overføring mellom HF. Det gjelder svært få opphold, men kode for tracheostomi har stor betydning for beregning av antall poeng og ISF-refusjon for oppholdet.

Analyser av data for Aktivitetsbasert finansiering (ABF) for 2015 viser at 15 pasienter hadde to eller flere opphold i DRG 482/483 *Tracheostomi*. Kodene var enten registrert én gang på HF1 før overføring og minst én gang på HF2 etter overføring eller minst to ganger på samme HF. To pasienter hadde opphold registrert med prosedyrekode ZZQxx. Dette var mikrokirurgi og undersøkes ikke nærmere. For fem pasienter ble det vurdert som sannsynlig at de har fått utført ny tracheostomi på grunn av lang tid mellom prosedyrene ble utført. For åtte pasienter var prosedyren gjentatt i løpet av 1-2 måneder etter den ble registrert utført første gang. Tre av de åtte pasientene var blitt overført mellom HF, mens fem fikk registrert kode for tracheostomi flere ganger ved samme HF.

Det ble sendt brev til aktuelle HF med følgende spørsmål om de åtte pasientene:

1. Ble det utført helt ny tracheostomi på pasienten ved det aktuelle sykehuset i tidsrommet, og ikke bare skifte av utstyr?
2. Hvis ja, ber vi om en begrunnelse for a) valg av tilstands- og prosedyrekoder og b) en utdypende beskrivelse av behandlingen som ble gitt.

Noen HF svarte at de hadde kodet riktig, mens noen svarte at de hadde brukt prosedyrekode for tracheostomi, GBB00/GBB03, feil. Avregningsutvalget vurderte svarene opp mot tiden som har gått mellom første tracheostomi, eventuell dekanylering og andre tracheostomi. De anbefalte avregning for fire av de åtte undersøkte tilfellene. Opphold ved følgende HF anbefales avregnet: Helse Møre og Romsdal HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Helse Stavanger HF og Sykehuset Innlandet HF.

Sekretariatet presenterte forslag til teknisk beregning av fire opphold registrert med prosedyrekode GBB00 *Tracheostomi*/GBB03 *Perkutan tracheostomi*. I det ene forslaget ble det beregnet ny refusjon basert på prosedyrekode GBB13 *Revisjon av tracheostomi* for tre opphold og GBB18 *Lukking av tracheostomi* for ett opphold. I det alternative forslaget ble det beregnet ny refusjon lik GBB13 *Revisjon av tracheostomi* for tre opphold, mens det ble beregnet refusjon for opphold uten prosedyrekode for ett opphold. Bakgrunnen for det alternative forslaget var at det i svaret fra et av HF-ene var knyttet usikkerhet til om det hadde blitt utført noe kirurgisk inngrep. Prosedyrekoden GBB18 er som regel helt unødvendig, siden åpningen lukkes av seg selv. Avregningsutvalget valgte å la tvilen komme HF-et til gode og anbefalte det første forslaget til teknisk beregning.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at fire sykehusopphold registrert med prosedyrekode GBB00 *Tracheostomi*/GBB03 *Perkutan tracheostomi* avregnes. Tre av oppholdene gis refusjon lik prosedyrekode GBB13 *Revisjon av tracheostomi* og ett opphold gis refusjon lik prosedyrekode GBB18 *Lukking av tracheostomi*.

4 TEKNISKE BEREGNINGER

4.1 Endringer i Aktivitetsbasert finansiering

Aktivitetsbasert finansiering (ABF) består i 2015 bare av Innsatsstyrt finansiering (ISF), siden kommunal medfinansiering (KMF) ble avvirket fra og med 1. januar 2015. Midlene fra KMF-ordningen er flyttet til ISF. I praksis har det ingen økonomiske konsekvenser for 2015, fordi det som var summen av KMF og ISF (20 prosent + 30 prosent) i 2014 tilsvarer ISF-finansiering (50 %) i 2015 for en gitt aktivitet.

Utrekningene i dette kapitlet er basert på informasjon fra regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2015*³.

ISF-refusjon for 2015 beregnes etter følgende formel:

$\sum \text{Korrigerde DRG-poeng} \times \text{enhetspris (41 462 kr)} \times \text{refusjonssats (50 \%)}$

4.2 Tekniske beregninger av anbefalte avregninger

I dette kapitlet beskrives metoder for tekniske beregninger i de sakene hvor Avregningsutvalget har anbefalt avregning av ABF 2015. De tekniske beregningene er utarbeidet av sekretariatet og godkjent av Avregningsutvalget.

I tabeller der anbefalt avregning er fordelt på pasientens bostedsregion er opplysninger om bostedsregion vasket mot det sentrale folkeregisteret (DSF).

³ <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf#regelverk-isf-2015>

16/12822 Pasienter med episoder ved ulike sykehus som overlapper i tid

Avregningsutvalget anbefaler at dobbeltregistrerte døgnopphold ved Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommunale legevakt avregnes. Hele avregningen går til Helse Sør-Øst RHF.

Flere metoder for teknisk beregning av dobbeltførte døgnopphold ble vurdert. Avregningsutvalget kom fram til å avregne 50 prosent av summen av DRG-poeng for dobbeltregistrerte døgnopphold ved de to enhetene. Hele avregningen går til Helse Sør-Øst RHF som eventuelt fordeler avregningen mellom de to enhetene.

Tabell 4. Antall døgnopphold og opprinnelige DRG-poeng per institusjon i sak 16/12822 *Pasienter med episoder ved ulike sykehus som overlapper i tid*. Per institusjon. ABF 2015.

Institusjon	Antall døgnopphold	Opprinnelige DRG-poeng
OUS HF	454	277,338
Oslo kommunale legevakt	454	231,288
SUM	908	508,626

Tabell 5. Teknisk beregning i sak 16/12822 *Pasienter med episoder ved ulike sykehus som overlapper i tid*. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Anbefalt avregning, DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	254,313	5 272 163
Helse Vest		
Helse Midt-Norge		
Helse Nord		
SUM	254,313	5 272 163

16/8216 Vurdering av kodepraksis ved «kodepar» med ulike grupperingsegenskaper

Tabellen nedenfor viser teknisk beregning fordelt på bostedsregion for hele saken samlet. Teknisk beregning for hver enkelt institusjon presenteres i de påfølgende beskrivelser for de enkelte kodene som anbefales avregnet.

Tabell 6. Teknisk beregning i sak 16/8216 *Vurdering av kodepraksis ved kodepar med ulike grupperingsegenskaper*. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Anbefalt avregning, DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	-315,632	-6 543 367
Helse Vest	-155,515	-3 223 981
Helse Midt-Norge	-96,469	-1 999 899
Helse Nord	-27,771	-575 721
SUM	-595,387	-12 342 968

GAC00, GAA96, GDA10, KAB00, KAJ00

Avregningsutvalget anbefaler at opphold registrert med GAC00, GAA96, GDA10, KAB00 eller KAJ00 som eneste kirurgiske prosedyrekode avregnes og gis refusjon lik opphold registrert med prosedyrekode for perkutan prosedyre. Nye DRG-poeng er beregnet ved manuell regruppering i NPK.

Tabell 7. Teknisk beregning for opphold med GAC00, GAA96, GDA10, KAB00, KAJ00 som eneste kirurgiske prosedyrekode. Per institusjon. ABF 2015.

Institusjon	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Sum nye DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Diakonhjemmet sykehus	4	11,354	3,413	-7,941	-164 625
Lovisenberg diakonale sykehus	4	5,111	2,617	-2,494	-51 703
Oslo universitetssykehus	58	169,819	72,461	-97,358	-2 018 329
Sykehuset Telemark	12	27,954	8,298	-19,656	-407 489
Sykehuset i Vestfold	18	46,413	19,414	-26,999	-559 716
Sykehuset Østfold	22	70,965	25,999	-44,966	-932 190
Vestre Viken	16	40,102	17,336	-22,766	-471 962
Akershus universitetssykehus	17	47,209	19,047	-28,162	-583 826
Sykehuset Innlandet	19	48,652	17,374	-31,278	-648 424
Sørlandet sykehus	14	29,569	10,727	-18,842	-390 614
Haraldsplass diakonale sykehus AS	3	4,496	1,983	-2,513	-52 097
Helse Bergen HF Haukeland	15	47,995	17,907	-30,088	-623 754
Helse Fonna	25	60,425	21,733	-38,692	-802 124
Helse Førde	10	25,468	10,174	-15,294	-317 060
Helse Møre og Romsdal HF Molde sjukehus	3	8,877	3,504	-5,373	-111 388
Helse Møre og Romsdal HF Kristiansund sjukehus	2	1,236	0,105	-1,131	-23 447
Helse Nord-Trøndelag HF - Levanger	18	39,534	15,501	-24,033	-498 228
Helgelandssykehuset HF Sandnessjøen	1	0,64	0,081	-0,559	-11 589
Helgelandssykehuset HF Mosjøen	2	3,143	0,721	-2,422	-50 210
Helgelandssykehuset HF Mo i Rana	1	1,589	0,838	-0,751	-15 569
UNN Tromsø	8	23,292	8,045	-15,247	-316 086
Nordlandssykehuset	4	7,339	3,417	-3,922	-81 307
SUM	276	721,182	280,695	-440,487	-9 131 736

Tabell 8. Teknisk beregning for opphold med GAC00, GAA96, GDA10, KAB00, KAJ00 som eneste kirurgiske prosedyrekode. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	180	486,077	193,051	-293,026	-6 074 722
Helse Vest	54	140,759	52,454	-88,305	-1 830 651
Helse Midt-Norge	25	56,838	21,271	-35,567	-737 339
Helse Nord	17	37,508	13,919	-23,589	-489 024
SUM	276	721,182	280,695	-440,487	-9 131 736

KCB00 Biopsi av urinblære

Avregningsutvalget anbefaler at opphold registrert med KCB00 *Biopsi av urinblære* som eneste kirurgiske prosedyrekode avregnes og gis refusjon lik opphold registrert med KCD02 *Transurethral reseksjon av blæretumor TURB*. Nye DRG-poeng er beregnet ved manuell regrupping i NPK.

Tabell 9. Teknisk beregning for opphold med KCB00 *Biopsi av urinblære* som eneste kirurgiske prosedyrekode. Per institusjon. ABF 2015.

Institusjon	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Avtalespesialist Arve Gustavsen	54	22,572	17,118	-5,454	-113 067

Tabell 10. Teknisk beregning for opphold med KCB00 *Biopsi av urinblære* som eneste kirurgiske prosedyrekode. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst					
Helse Vest	54	22,572	17,118	-5,454	-113 067
Helse Midt-Norge					
Helse Nord					
SUM	54	22,572	17,118	-5,454	-113 067

EHA00 Incisjon i ganen

Avregningsutvalget anbefaler at opphold registrert med EHA00 *Incisjon i ganen* som eneste kirurgiske prosedyrekode avregnes og gis refusjon lik opphold registrert med EMA00 *Incisjon i tonsille*, hvis ICD-10-kode for hovedtilstand viser at abscessen lå i eller ved tonsillen og ikke i ganen. Nye DRG-poeng er beregnet ved manuell regruppering i NPK.

Tabell 11. Teknisk beregning for opphold med EMA00 *Incisjon i tonsille* som eneste kirurgiske prosedyrekode. Per helseforetak. ABF 2015.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Bergen HF Haukeland	151	85,729	20,235	-65,494	-1 357 756
OUS HF Ullevål	8	3,192	0,264	-2,928	-60 700
St. Olavs Hospital HF	124	55,03	6,634	-48,396	-1 003 297
Helse Nord-Trøndelag HF – Namsos	8	3,192	0,264	-2,928	-60 700
SUM	291	147,143	27,397	-119,746	-2 482 454

Tabell 12. Teknisk beregning for opphold med EMA00 *Incisjon i tonsille* som eneste kirurgiske prosedyrekode. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	18	9,366	1,896	-7,47	-154 861
Helse Vest	144	80,024	18,268	-61,756	-1 280 264
Helse Midt-Norge	123	55,359	7,035	-48,324	-1 001 805
Helse Nord	6	2,394	0,198	-2,196	-45 525
SUM	291	147,143	27,397	-119,746	-2 482 454

KFB00 Biopsi av testikkel

Avregningsutvalget anbefaler at opphold registrert med KFB00 *Biopsi av testikkel* som eneste kirurgiske prosedyrekode avregnes og gis refusjon lik opphold registrert med prosedyrekode TFK00 *Nålebiopsi av testikkel*. Nye DRG-poeng er beregnet ved manuell regruppering i NPK. Sykehuset Telemark får godkjent 19 kontakter med opprinnelig koding som grupperer til DRG 3400 *Operasjon på skrotainnhold ved godartede sykdommer, dagkirurgisk behandling*.

Tabell 13. Teknisk beregning for KFB00 Biopsi av testikkel som eneste prosedyrekode. Per helseforetak. ABF 2015.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Oslo universitetssykehus	6	2,196	0,3	-1,896	-39 306
Sykehuset Telemark	47	17,202	7,934	-9,268	-192 135
St. Olavs Hospital	56	20,496	1,96	-18,536	-384 270
SUM	109	39,894	10,194	-29,700	-615 711

Tabell 14. Teknisk beregning for KFB00 Biopsi av testikkel som eneste prosedyrekode. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot Folkeregisteret	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	65	23,79	8,654	-15,136	-313 784
Helse Vest RHF					
Helse Midt-Norge	38	13,908	1,33	-12,578	-260 755
Helse Nord	6	2,196	0,21	-1,986	-41 172
SUM	109	39,894	10,194	-29,700	-615 711

16/7664 Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 4610 Operasjoner på pasienter i HDG 23, dagkirurgisk behandling.

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 4610 Operasjoner på pasienter i HDG 23, dagkirurgisk behandling med hovedtilstand Z48.0 Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av operasjonsbandasjer/suturer ved Vestre Viken HF avregnes ved at det beregnes ny refusjon basert på hovedtilstand fra L89 Dekubitalsår og trykkskade og registrerte kirurgiske prosedyrekoder.

Opphold med hovedtilstand fra L89 og registrerte kirurgiske prosedyrekoder grupperte til DRG 339 Operasjon på skrotainnhold ved godartede sykdommer > 17 år eller DRG 3400 Operasjon på skrotainnhold ved godartede sykdommer, dagkirurgisk behandling.

Tabell 15. Teknisk beregning i sak 16/7664 Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 4610 Operasjoner på pasienter i HDG 23. Per helseforetak. ABF 2015.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Vestre Viken HF	159	82,521	56,949	-25,572	-530 133
SUM	159	82,521	56,949	-25,572	-530 133

Tabell 16. Teknisk beregning i sak 16/7664 Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 4610 Operasjoner på pasienter i HDG 23. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	159	82,521	56,949	-25,572	-530 133
Helse Vest					
Helse Midt-Norge					
Helse Nord					
SUM	159	82,521	56,949	-25,572	-530 133

16/7356 Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 297 Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 297 Ernærings- & stoffskifte-sykdommer ITAD > 17 år u/bk registrert med hovedtilstand E66 Fedme og annen tilstand G47.3 Søvnapné avregnes og gis refusjon lik opphold med hovedtilstand G47.3 Søvnapné og annen tilstand E66 Fedme ved Sykehuset Innlandet HF og Nordlandssykehuset HF.

Opphold med hovedtilstand G47.3 Søvnapné og annen tilstand E66 Fedme grupperer til DRG 520 Søvnapné. I 2015 var kostnadsvekt 0,562 for opphold i DRG 297, mens den var 0,238 for opphold i DRG 520.

Tabell 17. Teknisk beregning i sak 16/7356 Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 297 Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk. Per helseforetak. ABF 2015.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset Innlandet HF	249	139,938	59,262	-80,676	-1 672 494
Nordlandssykehuset HF	60	33,720	14,280	-19,440	-403 011
SUM	309	173,658	73,542	-100,116	-2 075 505

Tabell 18. Teknisk beregning i sak 16/7356 Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 297 Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	249	139,938	59,262	-80,676	-1 672 494
Helse Vest					
Helse Midt-Norge					
Helse Nord	60	33,720	14,280	-19,440	-403 011
SUM	309	173,658	73,542	-100,116	-2 075 505

16/3873 Oppfølging av sak 15/1938 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 416N Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år avregnes ut fra et landsgjennomsnitt på antall opphold per 1 000 innbyggere per helseforetaksområde ved Sykehuset i Vestfold HF.

Gjennomsnittlig antall opphold i DRG 416N per 1000 innbyggere (uten helseforetak som avregnes) per opptaksområde for helseforetakene var i 2015 0,6. Sykehuset i Vestfold HF hadde 1,64 opphold per opphold per 1000 innbyggere. Avregningsutvalget anbefaler at andelen opphold ved Sykehuset i Vestfold HF over landsgjennomsnittet for øvrige sykehus i DRG 416N avregnes.

Beregningen er utført ved å regruppere de reviderte oppholdene fra 2014 ved Sykehuset i Vestfold HF i DRG 416N manuelt i NICE. Oppholdene grupperes til så mange ulike DRG-er slik at det ble valgt å beregne gjennomsnittlig DRG-poeng, lik 1,133. Andelen opphold som var vurdert feilkodet anbefales refusjon lik gjennomsnittlig vekt.

Tabell 19. Teknisk beregning av anbefalt avregning for sak 16/3873 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år. Per helseforetak. ABF 2015.

Helseforetak	Opprinnelig ABF					Beregnet ABF				Anbefalt avregning ABF	
	Antall opphold	DRG-poeng	Sum DRG-poeng	Antall opphold som godkjennes	Godkjente DRG-poeng	Antall opphold som avregnes	Opprinnelige DRG-poeng	Ny vekt	Nye DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset i Vestfold	378	2,004	757,512	137	274,949	241	482,563	1,133	272,899	-209,665	-4 346 556
SUM	378	2,004	757,512	137	274,949	241	482,563	1,133	272,899	-209,665	-4 346 556

Tabell 20. Teknisk beregning av anbefalt avregning for sak 16/3873 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Andel opphold	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	376	0,99	-4 323 558
Helse Vest	1	0,00	-11 499
Helse Midt-Norge	0	-	-
Helse Nord	1	0,00	-11 499
SUM	378	1,000	-4 346 556

16/3870 Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 Vaginal fødsel – Diagnoser med kompliserende egenskap

Avregningsutvalget anbefaler avregning for helseforetake som lå over landsgjennomsnittet for antall opphold med kode O71.4 *Obstetrisk høy vaginalrift* per 1000 innbyggere i opptaksområde per helseforetak i 2015.

Gjennomsnittlig antall opphold med O71.4 *Obstetrisk høy vaginalrift* per 1000 innbyggere (uten helseforetak som avregnes) per opptaksområde for helseforetakene var i 2015 0,3.

Avregningsutvalget anbefaler at andelen opphold ved Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Østfold HF, Helse Stavanger HF og Sykehuset Telemark HF over landsgjennomsnittet for øvrige sykehus med tilstandskode O71.4 *Obstetrisk høy vaginalrift* i DRG 372 *Vaginal fødsel m/bk* gis refusjon lik opphold i DRG 373 *Vaginal fødsel u/bk*, vekt 0,461.

Tabell 21. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 16/3870 *Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 Vaginal fødsel - Diagnoser med kompliserende egenskaper* - tilstandskode O71.4 *Obstetrisk høy vaginalrift*. Per helseforetak. ABF 2015.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset Innlandet HF	187	118,632	86,207	-32,425	-672 204
Sykehuset Østfold HF	168	106,578	77,448	-29,131	-603 905
Helse Stavanger HF	399	253,124	183,939	-69,185	-1 434 274
Sykehuset i Telemark HF	87	55,192	40,107	-15,085	-312 737
SUM	841	55,192	387,701	-145,826	-3 023 120

Tabellen nedenfor viser anbefalt avregning i sak 16/3870 *Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 Vaginal fødsel – Diagnoser med kompliserende egenskaper* for tilstandskode O71.4 fordelt per pasientens bostedsregion.

Tabell 22. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 16/3870 Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 *Vaginal fødsel - Diagnoser med kompliserende egenskaper* - tilstandskode O71.4 Obstetrisk høy vaginalrift. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	442	280,403	203,762	-76,641	-1 588 845
Helse Vest	398	252,489	183,478	-69,012	-1 430 680
Helse Midt-Norge	0	0	,000	0,000	-
Helse Nord	1	0,634	,461	-0,173	-3 595
SUM	841	280,403	387,701	-145,826	-3 023 120

16/3860 Kodepraksis for nyfødte - ulik bruk av tilstandskoder

Avregningsutvalgets sekretariat har beregnet avregning av ISF-refusjon for 2015 i sak 16/3860 *Kodepraksis for nyfødte – Ulik bruk av tilstandskoder* på bakgrunn av utvalgets anbefaling.

Avregningsutvalget anbefaler at opphold registrert med følgende tilstandskoder avregnes:

- Q65 *Medfødte deformiteter i hofta (coxa)*
- P59.8 *Gulsott hos nyfødte som følge av andre spesifiserte årsaker*
- P83.1 *Erythema toxicum neonatorum*
- P92 *Problemer med næringsinntak hos nyfødt*

Tabell 23. Samlet teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 16/3860 *Kodepraksis for nyfødte – Ulik bruk av tilstandskoder*. Q65, P59.8, P83.1 og P92. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	1076	-8 128 312
Helse Vest	698	-5 706 009
Helse Midt-Norge	0	-
Helse Nord	49	-342 816
SUM	1 823	-14 177 137

Tekniske beregninger for anbefalt avregning for tilstandskode Q65 *Medfødte deformiteter i hofta (coxa)*

Beregningen er utført ved å ta utgangspunkt i at alle opphold ved Helse Stavanger HF gruppert i DRG 390, med koden Q65 *Medfødte deformiteter i hofta (coxa)* gis refusjon lik opphold gruppert til DRG 391. Ny refusjon er beregnet ved å gi 176 opphold vekt for DRG 391. Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent/beregnet refusjon.

Tabell 24. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 16/3860 *Kodepraksis for nyfødte – Ulik bruk av tilstandskoder*. Tilstandskode Q65. Per helseforetak. ABF 2015.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Antall opphold som avregnes	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Stavanger HF	182	151,706	176	73,565	-78,141	-1 619 948
SUM	182	151,706	176	73,565	-78,141	-1 619 948

Tabell 25. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 16/3860 *Kodepraksis for nyfødte – Ulik bruk av tilstandskoder*. Tilstandskode Q65. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Antall opphold som avregnes	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	1	0,833	1	,404	-0,429	-8 901
Helse Vest	181	150,873	175	73,161	-77,712	-1 611 047
Helse Midt-Norge	0	0	0	,000	0,000	-
Helse Nord	0	0	0	,000	0,000	-
SUM	182	151,706	176	73,565	-78,141	-1 619 948

Tekniske beregninger for anbefalt avregning for tilstandskode P59.8 *Gulsott hos nyfødte som følge av andre spesifiserte årsaker*

Beregningen er utført ved å ta utgangspunkt i at et landsgjennomsnitt, uten Helse Stavanger HF, Vestre Viken HF og Helse Fonna HF, på 1,2 prosent opphold i DRG 390 med tilstandskoden P59.8 *Gulsott hos nyfødte som følge av andre spesifiserte årsaker* godkjennes. Øvrige opphold gis refusjon lik opphold gruppert til DRG 391. Ny refusjon er beregnet ved å gi 528 opphold vekt for DRG 391. Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent/beregnet refusjon.

Tabell 26. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 16/3860 *Kodepraksis for nyfødte – Ulik bruk av tilstandskoder*. Tilstandskode P59.8. Per helseforetak. ABF 2015.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Antall opphold som avregnes	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Stavanger HF	364	310,002784	360	150,326	-159,677	-3 310 256
Vestre Viken HF	138	117,528528	136	56,992	-60,537	-1 254 987
Helse Fonna HF	32	27,252992	32	13,215	-14,038	-291 011
SUM	534	454,784304	528	220,533	-234,251	-4 856 254

Tabell 27. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 16/3860 *Kodepraksis for nyfødte – Ulik bruk av tilstandskoder*. Tilstandskode P59.8. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Antall opphold som avregnes	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	140	119,23184	138	57,818	-61,414	-1 273 175
Helse Vest	394	335,552464	389	162,716	-172,837	-3 583 079
Helse Midt-Norge	0	0	0	,000	0,000	-
Helse Nord	0	0	0	,000	0,000	-
SUM	534	454,784304	528	220,533	-234,251	-4 856 254

Tekniske beregninger for anbefalt avregning for P83.1 *Erythema toxicum neonatorum*

Beregningen er utført ved å ta utgangspunkt i at et landsgjennomsnitt, beregnet uten Sykehuset Østfold HF, Vestre Viken HF og Nordlandssykehuset HF, på 0,3 prosent opphold i DRG 390 med tilstandskoden P83.1 *Erythema toxicum neonatorum* godkjennes. Øvrige opphold gis refusjon lik opphold gruppert til DRG 391. Ny refusjon er beregnet ved å gi 386 opphold vekt for DRG 391. Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent/beregnet refusjon.

Tabell 28. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 16/3860 *Kodepraksis for nyfødte – Ulik bruk av tilstandskoder*. Tilstandskode P83.1. Per helseforetak. ABF 2015.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Antall opphold som avregnes	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset Østfold HF	16	13,750624	16	6,668	-7,083	-146 831
Vestre Viken HF	342	293,919588	341	142,527	-151,392	-3 138 517
Nordlandssykehuset HF	29	24,923006	29	12,086	-12,837	-266 132
SUM	387	332,593218	386	161,281	-171,313	-3 551 480

Tabell 29. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 16/3860 *Kodepraksis for nyfødte – Ulik bruk av tilstandskoder*. Tilstandskode P83.1. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Antall opphold som avregnes	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	357	306,810798	356	148,778	-158,032	-3 276 171
Helse Vest	1	0,859414	1	0,417	-0,443	-9 177
Helse Midt-Norge	0	0,000	0	0,000	0,000	-
Helse Nord	29	24,923006	29	12,086	-12,837	-266 132
SUM	387	332,593218	386	161,281	-171,313	-3 551 480

Tekniske beregninger for anbefalt avregning for P92 *Problemer med næringsinntak hos nyfødt*

Beregningen er utført ved at 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. 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. Ny refusjon er beregnet ved å gi 720 opphold vekt for DRG 391. Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent/beregnet refusjon.

Tabell 30. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 16/3860 *Kodepraksis for nyfødte – Ulik bruk av tilstandskoder*. Tilstandskode P92. Per helseforetak. ABF 2015.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Antall opphold som avregnes	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset Østfold HF	66	56,892	66	35,520	-21,372	-443 063
Vestre Viken HF	216	186,192	216	120,021	-66,171	-1 371 791
Oslo universitetssykehus HF	205	176,710	205	116,704	-60,006	-1 243 984
Sørlandet sykehus HF	92	79,304	92	54,644	-24,660	-511 226
Helse Fonna HF	41	35,342	41	21,779	-13,563	-281 175
Helse Stavanger HF	80	68,960	80	58,274	-10,686	-221 531
Helgelandssykehuset HF	20	17,240	20	13,541	-3,699	-76 684
SUM	720,000	620,640	720	420,483	-200,157	-4 149 455

Tabell 31. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 16/3860 *Kodepraksis for nyfødte – Ulik bruk av tilstandskoder*. Tilstandskode P92. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Antall opphold som avregnes	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	578	498,236	578	326,027	-172,209	-3 570 065
Helse Vest	122	105,164	122	80,915	-24,249	-502 706
Helse Midt-Norge	0	,000	0	,000	0,000	-
Helse Nord	20	17,240	20	13,541	-3,699	-76 684
SUM	720	620,640	720	420,483	-200,157	-4 149 455

15/4628 Kodepraksis for opphold i DRG 862O Poliklinisk rehabilitering og annen tilstand E66 Fedme

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 862O *Poliklinisk rehabilitering* hvor E66 *Fedme* er registrert som annen tilstand avregnes ved Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF, Sørlandet sykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF etter samme metode som tidligere år.

For hver pasient og program er det gitt refusjon for én legekonsultasjon med hovedtilstandskode i kategori E66 *Fedme* og én konsultasjon registrert som gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende. Det er forutsatt at en pasient har ett program hver. Legekonsultasjonen grupperte til DRG 910C *Poliklinisk konsultasjon vedrørende fedme og overvekt* med kostnadsvekt 0,042. Konsultasjoner registrert som gruppebasert opplæring av pasienter grupperte til DRG 998O *Grupperettet pasientopplæring* med kostnadsvekt 0,023. Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og beregnet refusjon.

Tabell 32. Teknisk beregning i sak 15/4628 *Kodepraksis for opphold i DRG 862O Poliklinisk rehabilitering og annen tilstand E66 Fedme*. Per helseforetak. ABF 2015.

Helseforetak	Antall kontakter	Opprinnelige DRG-poeng	Antall pasienter/program	Beregnete DRG-poeng, DRG 910C	Beregnete DRG-poeng, DRG 998O	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Akershus universitetssykehus HF	331	7,944	51	2,142	0,090	-5,712	-118 416
Sykehuset Innlandet HF	307	7,368	101	4,242	2,323	-0,803	-16 647
Sørlandet sykehus HF	4148	99,552	722	30,324	16,606	-52,622	-1 090 907
Sykehuset i Vestfold HF	5135	123,24	579	24,318	13,317	-85,605	-1 774 677
SUM	9 921	238,104	1 453	61,026	32,336	-144,742	-3 000 647

Tabell 33. Teknisk beregning i sak 15/4628 *Kodepraksis for opphold i DRG 862O Poliklinisk rehabilitering og annen tilstand E66 Fedme*. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall kontakter	Andel kontakter	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	1 448	0,997	-2 990 321
Helse Vest	3	0,002	-6 195
Helse Midt-Norge	1	0,001	-2 065
Helse Nord	1	0,001	-2 065
SUM	1 453	1,000	-3 000 647

15/1993 Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet

Avregningsutvalget anbefaler at opphold registrert med hovedtilstandskode Z03.3 *Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet* avregnes ned til gjennomsnittet for landet for øvrig ved Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF og Akershus universitetssykehus HF.

Det andre forslaget var basert på at refusjon for underkjente opphold ble beregnet ut fra hyppigste kode for annen tilstand ved det enkelte HF. Dette forslaget tok høyde for at pasientens fødselsår kan gi ulik gruppering i DRG.

Den tekniske beregningen tar utgangspunkt i andel opphold med hovedtilstandskode Z03.3 i henholdsvis DRG 34 og 35. For landet uten de helseforetak som anbefales avregnet var 9,1 prosent av oppholdene i DRG 34 registrert med Z03.3 som hovedtilstand. Andelen for DRG 35 var 19,8 prosent. Det betyr at 9,1 prosent av opphold i DRG 34 og 19,8 prosent av opphold i DRG 35 «godkjennes». Øvrige innleggelser «underkjennes». Refusjon for godkjente innleggelser beregnes ut fra kostnadsvekt for DRG 34 (1,429) og DRG 35 (0,954). Refusjon for underkjente innleggelser beregnes fra gjennomsnittlig kostnadsvekt som er basert på tilstandskoder fra R00-R99⁴ registrert som annen tilstand ved hvert enkelt HF. Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og beregnet refusjon.

Tabell 34. Teknisk beregning i sak 15/1993 *Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet*. Per helseforetak. ABF 2015.

Helseforetak	Opprinnelig				«Godkjent»				Gj.snitt vekt	«Underkjent»		Anbefalt avregning	
	DRG 34		DRG 35		DRG 34		DRG 35			DRG 34 + DRG 35		DRG-poeng	
	Antall opphold	DRG-poeng	Antall opphold	DRG-poeng	Antall opphold	DRG-poeng	Antall opphold	DRG-poeng		Antall opphold	DRG-poeng	DRG-poeng	kr
Sykehuset Telemark	9	12,861	82	78,228	1	1,2	16	15,5	0,51	74	37,7	-36,7	-761 288
Sykehuset Østfold	73	104,317	182	173,628	7	9,5	36	34,4	0,646	212	137,2	-96,9	-2 009 447
Akershus univ.sh	0	0,000	67	63,918	0		13	12,7	0,597	54	32,1	-19,2	-397 726
SUM	82	117,178	331	315,774	7	10,6	66	62,5		340	207,0	-152,8	-3 168 461

⁴ ICD-10 kapittel XVIII: R00-R99 *Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted.*

Tabell 35. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 15/1993 *Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet*. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall innleggelser i DRG 34 + DRG 35	Andel innleggelser	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	411	0,995	-3 153 117
Helse Vest	1	0,002	-7 672
Helse Midt-Norge	1	0,002	-7 672
Helse Nord			
SUM	413	1,000	-3 168 461

15/1923 Kodepraksis for opphold i DRG 4750 Sykdommer i åndedrettsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling

Avregningsutvalget anbefaler at konsultasjoner i DRG 4750 *Sykdommer i åndedrettsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling* i ABF-data for 2015 avregnes på samme måte som tidligere år.

Teknisk beregning er basert på at konsultasjoner registrert som kontroller og behandlinger med prosedyrekode GXAV20 *Behandling med bifasisk positivt luftveistrykk* gruppert til DRG 4750 fikk refusjon lik konsultasjon uten prosedyrekode GXAV20). 20 konsultasjoner grupperte til DRG 9040 *Poliklinisk konsultasjon ved andre sykdommer i nedre luftveier/lunge* (vekt 0,050). 5 konsultasjoner grupperte til DRG 904B *Poliklinisk konsultasjon vedr KOLS* (vekt 0,056). 1 konsultasjon grupperte til DRG 904D *Poliklinisk konsultasjon vedr infeksjon i nedre luftveier* (vekt 0,045). Til sammenligning hadde DRG 4750 vekt 0,120 i 2015. Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent/beregnet refusjon.

Tabell 36. Teknisk beregning i sak 15/1923 *Kodepraksis for opphold i DRG 4750 Sykdommer i åndedrettsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling*. Per helseforetak. ABF 2015.

Helseforetak	Antall kontakter	Opprinnelige DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Bergen	141	16,92	7,074	-9,846	-204 117
Sykehuset Telemark	129	15,48	6,492	-8,988	-186 330
Sykehuset i Vestfold HF	194	23,28	9,907	-13,373	-277 236
Sykehuset Østfold HF	98	11,76	5,11	-6,65	-137 861
Vestre Viken HF	161	19,32	8,416	-10,904	-226 051
Sørlandet sykehus HF	74	8,88	3,712	-5,168	-107 138
SUM	797	95,64	40,711	-54,929	-1 138 733

Tabell 37. Teknisk beregning i sak 15/1923 *Kodepraksis for opphold i DRG 4750 Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling*. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall kontakter	Opprinnelige DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	656	78,72	33,637	-45,083	-934 616
Helse Vest	141	16,92	7,074	-9,846	-204 117
Helse Midt-Norge					
Helse Nord					
SUM	797	95,64	40,711	-54,929	-1 138 733

15/1804 Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger

Avregningsutvalget anbefaler at innleggelser registrert med prosedyrekode AAFX00 *Polygrafi* og hovedtilstandskode G47.3 *Søvnapné* eller R06.5 *Munnpusting* gruppert til DRG 520 *Obstruktivt søvnapné syndrom* avregnes. Oppholdene avregnes ut fra et nasjonalt gjennomsnitt for de øvrige institusjonene.

Beregningen er utført ved å finne andel opphold i henholdsvis DRG 520 *Obstruktivt søvnapné syndrom* og 803R *Diagnostisk intervensjon ved søvnapné* av summen av opphold (dvs. innleggelser og konsultasjoner) i de to DRG-ene. For landet uten de institusjoner som anbefales avregnet var det i gjennomsnitt 1,6 prosent innleggelser i DRG 520 og 98,4 prosent konsultasjoner i DRG 803R. Opprinnelig andel innleggelser i DRG 520 var 96,7 prosent ved Akershus universitetssykehus, 98,2 prosent ved Sykehuset Innlandet HF, 97,3 prosent ved Helse Førde HF og 25,7 ved Oslo universitetssykehus, Lungemedisinsk avdeling. 1,6 prosent av innleggelser i DRG 520 ved institusjonene «godkjennes». Øvrige innleggelser i DRG-en «underkjennes» og gis refusjon lik to konsultasjoner i DRG 803R. Ny refusjon er beregnet ved å gi innleggelser i DRG 520 kostnadsvekt 0,238 og konsultasjoner i DRG 803R vekt 0,024. Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent refusjon.

Tabell 38. Teknisk beregning i sak 15/1804 *Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger*. Per helseforetak. ABF 2015.

Helseforetak	Opprinnelig DRG 520		Opprinnelig DRG 803R		Godkjent DRG 520		Godkjent DRG 803R		Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
	Antall opphold	DRG-poeng	Antall opphold	DRG-poeng	Antall opphold	DRG-poeng	Antall opphold*	DRG-poeng		
Akershus universitetssh.	1 191	283,458	41	1,271	20	4,785	2 383	73,867	-206,078	-4 272 196
Sykehuset Innlandet	785	186,83	14	0,434	13	3,103	1 558	48,296	-135,865	-2 816 623
Helse Førde	396	94,248	11	0,341	7	1,581	790	24,481	-68,527	-1 420 635
Oslo universitetssykehus	18	4,284	52	1,612	1	0,272	86	2,657	-2,967	-61 508
SUM	2 390	568,82	118	3,658	41	9,740	4 816	149,301	-413,437	-8 570 962

* En innleggelse i DRG 520 erstattes av to konsultasjoner i DRG 803R.

Tabell 39. Teknisk beregning i sak 15/1804 *Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger*. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Andel opphold	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	1 992	0,833	-7 143 664
Helse Vest	393	0,164	-1 409 367
Helse Midt-Norge	5	0,002	-17 931
Helse Nord			
SUM	2 390	1,000	-8 570 962

15/1634 Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 242C *Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk* ved Betanien Hospital avregnes ned til landsgjennomsnittet uten Betanien Hospital.

Beregningen er utført ved å ta utgangspunkt i andel opphold i henholdsvis DRG 242C og 908C *Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk leddsykdom* ut fra summen av opphold (innleggelse/konsultasjoner) i de to DRG-ene. For landet uten Betanien Hospital var det gjennomsnittlig 3,6 prosent opphold i DRG 242C og 96,4 prosent opphold i DRG 908C. Opprinnelig andel opphold i DRG 242C ved Betanien Hospital var henholdsvis 11,6 prosent. 3,6 prosent av opphold i DRG 242C ved Betanien Hospital «godkjennes». Modellen tar ut alle opphold der biologisk legemiddel var gitt før beregning av andel «godkjente» opphold. Øvrige opphold i DRG-en «underkjennes» og hver innleggelse gis refusjon lik to konsultasjoner i DRG 908C. Ny refusjon er beregnet ved å gi innleggelse i DRG 242C vekt 0,748 og kontakter i DRG 908C vekt 0,029. Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent refusjon. Hele avregningsbeløpet går til Helse Sør-Øst RHF.

Tabell 40. Teknisk beregning i sak 15/1634 *Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk*. Per institusjon. ABF 2015.

Institusjon	Opprinnelig DRG 242C		Opprinnelig DRG 908C		Godkjent DRG 242C		Godkjent DRG 908C		Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
	Antall opphold	DRG-poeng	Antall opphold	DRG-poeng	Antall opphold	DRG-poeng	Antall opphold*	DRG-poeng		
Betanien hospital	359	268,532	2725	79,025	111	83,035	3221	93,408	-171,114	-3 547 361
SUM	359	268,532	2 725	79,025	111	83,035	3 221	93,408	-171,114	-3 547 361

* Modellen tar høyde for at én innleggelse skal erstattes av to polikliniske konsultasjoner.

Tabell 41. Teknisk beregning i sak 15/1634 *Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C Spesifikke inflammatoriske ledd- og rygg sykdommer u/bk*. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Andel opphold	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	339	1,000	-3 547 361
Helse Vest			
Helse Midt-Norge			
Helse Nord			
SUM	359	1,000	-3 547 361

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

Avregningsutvalget anbefaler at opphold kodet med E86 Væsketap som eneste annen tilstand avregnes ned til landsgjennomsnittet uten uteliggere. Avregnede opphold gis refusjon tilsvarende DRG u/bk.

Teknisk beregning er basert på en avregning ned til gjennomsnittet for landet korrigert for «uteliggere», dvs. 4,5 prosent. Uteliggere er definert som de tre institusjonene med høyeste andel E86 Væsketap som annen tilstand, samt alle institusjoner med mindre enn 1 prosent E86 Væsketap som annen tilstand. Episoder som avregnes gis refusjon lik DRG uten komorbiditet eller komplikasjoner.

Tabell 42. Teknisk beregning i sak 14/4779 *Andel opphold i medisinske par-DRG hvor E86 Væsketap er kodet som annen tilstand*. Per institusjon. ABF 2015.

Institusjon	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset i Vestfold	140	118,795	78,305	-40,49	-839 398
Helgelandssykehuset HF Mosjøen	20	18,594	12,583	-6,011	-124 614
Helgelandssykehuset HF Mo i Rana	32	29,42	18,952	-10,468	-217 012
SUM	192	166,809	109,84	-56,969	-1 181 024

Tabell 43. Teknisk beregning i sak 14/4779 *Andel opphold i medisinske par-DRG hvor E86 Væsketap er kodet som annen tilstand*. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	138	117,079	76,96	-40,119	-831 707
Helse Vest	2	1,998	1,393	-0,605	-12 542
Helse Midt-Norge					
Helse Nord	52	47,732	31,487	-16,245	-336 775
SUM	192	166,809	109,84	-56,969	-1 181 024

13/4904 Flere episoder samme dag ved Oslo universitetssykehus HF

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

Teknisk beregning er basert på at man først finner gjennomsnittlig andel opphold samme dag for de øvrige av landets universitetssykehus. Gjennomsnittet er vektet ut fra antall opphold totalt ved de ulike universitetssykehusene. For 2015 var andelen 1,5. Så beregnes antall opphold som anbefales avregnet ved OUS basert på andelen ovenfor. Så beregnes gjennomsnittlig DRG-poeng per kontakt ved OUS basert på antall rapporterte kontakter. Til slutt beregnes antall korrigerede DRG-poeng som anbefales avregnet ved OUS ut fra antall opphold som godkjennes ved OUS og gjennomsnittlig DRG-poeng per kontakt.

Tabell 44. Beregner vektet gjennomsnitt for universitetssykehus uten OUS basert på antall opphold totalt, unike og samme dag. ABF 2015.

Helseforetak	Samme dag	Unike	Total	Andel samme dag
Oslo universitetssykehus HF	36 293	819 459	855 752	4,2
St. Olavs hospital HF	8 851	406 012	414 863	2,1
Haukeland universitetssykehus HF	8 276	490 993	499 269	1,7
Akershus universitetssykehus HF	5 626	347 821	353 447	1,6
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	3 146	255 027	258 173	1,2
Helse Stavanger HF	2 707	348 307	351 014	0,8
SUM	64 899	2 667 619	2 732 518	2,4
SUM uten OUS	28 606	1 848 160	1 876 766	1,5

Tabell 45. Beregner gjennomsnittlig DRG-poeng per kontakt ved OUS. Basert på antall kontakter ved OUS i ABF 2015.

Helseforetak	Antall kontakter	Sum DRG-poeng	Gjennomsnitt DRG-poeng
Oslo universitetssykehus HF	716 582	41 652	0,06

Tabell 46. Beregner antall korrigerede DRG-poeng som anbefales avregnet. Oslo universitetssykehus HF. ABF 2015.

	Antall opphold samme dag	Andel opphold samme dag	DRG-poeng
DRG-poeng "godkjent" jf. vektet gj.snitt	13 044	1,5	758,2
DRG-poeng utbetalt	36 293	4,2	-2 143,1
SUM			-1 385,0

Tabell 47. Teknisk beregning i sak 13/4904 *Flere episoder samme dag ved Oslo universitetssykehus HF*. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	2 143,1	758,2	-1 385,0	-28 233 819
Helse Vest				
Helse Midt-Norge				
Helse Nord				
SUM	2 143,1	758,2	-1 385,0	-28 233 819

13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi

Avregningsutvalget anbefaler at fire sykehusopphold registrert med prosedyrekode GBB00 *Tracheostomi*/GBB03 *Perkutan tracheostomi* avregnes. Tre av oppholdene gis refusjon lik prosedyrekode GBB13 *Revisjon av tracheostomi* og ett opphold gis refusjon lik prosedyrekode GBB18 *Lukking av tracheostomi*.

De fire oppholdene ble regruppet med ny prosedyrekode. To opphold grupperte til DRG 77 *Op på åndedrettssystemet ITAD u/bk* og to opphold grupperte til DRG 477 *Mindre op uten sammenheng med hoveddiagnosen*. Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent refusjon.

Tabell 48. Teknisk beregning i sak 13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi. Per helseforetak. ABF 2015.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Ny NCSP-kode	Ny DRG	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Stavanger HF	1	31,976	GBB13	77	1,589	-30,387	-629 953
Sykehuset Innlandet HF	1	31,976	GBB13	77	1,589	-30,387	-629 953
Helse Møre og Romsdal HF, Ålesund	1	31,976	GBB13	477	2,160	-29,816	-618 115
Helse Nord-Trøndelag HF, Levanger	1	35,576	GBB18	477	2,160	-33,416	-692 747
SUM	4	131,504			7,498	-124,006	-2 570 768

Tabell 49. Teknisk beregning i sak 13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi. Per bostedsregion. ABF 2015.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	1	31,976	1,589	-30,387	-629 953
Helse Vest	1	31,976	1,589	-30,387	-629 953
Helse Midt-Norge	2	67,552	4,320	-63,232	-1 310 863
Helse Nord					
SUM	4	131,504	7	-124,006	-2 570 768

5 VEDLEGG: ANBEFALINGER FOR ABF 2000-2014

Tabell 50. Oversikt over saker hvor Avregningsutvalget har anbefalinger avregning av Aktivitetsbasert finansiering, fordelt på år og kapittel i kodeverkene ICD-10 og NCSP/NCMP

År	Saksnummer- og tittel	Beskrivelse	ICD-10/NCSP/NCMP
2000	Sak 05/01 - Oppsplitting av sykehusopphold ved overflytting til ny rehabiliteringspost	Utskrivnings- og registreringspraksis etter opprettelse av ny rehabiliteringsavdeling ved Telemark Sentralsjukehus. Pasientene, i hovedsak eldre, skrives inn og ut innen et kort tidsrom.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2002	Sak 03/03 - ISF-avregning for Helse Sør i forhold til behandling av pasienter med søvnapné ved Sørlandet sykehus HF Arendal	Pasienter som fikk utført inngrepene tonsillektomi/adenotomi (NCSP-koder EMB10-EMB30) ble i vesentlig høyere grad enn ved tilsvarende sykehus registrert med hoveddiagnose G47.3 <i>Søvnapné</i> .	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)</i>
	Sak 5/03 - DRG 4 Påfylling baklofenpumper	Feil bruk av prosedyrekoden ABD99 som kun skal brukes ved operative inngrep som implantering av baclofenpumpe. Koden ble feilaktig registrert ved hver påfylling av baclofen, noe som er å anse som poliklinisk behandling.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
	Sak 5/03 - DRG 8 Botoks-injeksjoner	Feil bruk av de uspesifikke prosedyrekodene ACB19 og ACW99 ved injeksjoner som ikke er operasjoner. Injeksjonene er å anse som poliklinisk behandling.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
	Sak 7/03 - Z03.x og Z04.x Depresiserende kodingspraksis	Observasjonskoder innen kap. XII (Z00-Z99) i ICD-10 settes ofte foran mer presise bidiagnosekoder	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	Sak 7/03 - Z08.x	Bruk av hoveddiagnose Z08.x er korrekt for de aktuelle pasientene, men feilaktig nullstilt takst (B43d) uten sammenheng med konsultasjonen for øvrig er benyttet. B43d er en dagkirurgisk takst. Mange opphold registrert med prosedyrekode HADxx	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2003	Sak 9/04 - Bruk av J22 <i>Uspesifisert akutt infeksjon i nedre luftveier</i>	Diagnosen J22 bør ikke benyttes for pasienter som har lungebetennelse (pneumoni J13-J18) som hovedtilstand.	<i>Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)</i>

2004	Sak 02/05 - Økning i DRG 380 <i>Abort uten kirurgiske inngrep og tilstander etter abort</i>	Relativt mange pasienter med to eller flere opphold gruppert til DRG 380, de fleste av dem med nullstilt takst B21a. Praksisen ved institusjonen skyldtes feilregistrering.	<i>Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)</i>
	Sak 03/05 - Søvnobservasjon ved Omniaasykehuset	Bruk av nærliggende hotell ved søvnutredninger. Hotellet var ikke godkjent i ISF-ordningen. Saken gjelder opphold gruppert til DRG 35 med hoveddiagnose G47.3 <i>Søvnapné</i> .	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)</i>
2005	Sak 08/06 - Sammenheng mellom prosedyre- og takstkoder (laserkirurgi)	Gjelder konsultasjoner kodet med takst B42e i kombinasjon med prosedyrekoder for laserkirurgi (QAA40). Den aktuelle taksten var utarbeidet for tradisjonell kirurgi.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
	Sak 11/06 - DRG 346 <i>Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer m/bk</i>	Stor vekst i antall opphold ved institusjon i Helse Vest. Seriebehandling – i snitt ti kurer over to dager. Dette er ikke i overensstemmelse med utbredt klinisk praksis.	<i>Svulster (C00-D48); Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	Sak 13/06 - Fordeling av opphold i DRG 467 <i>Påvirkninger i helsetilstanden ITAD</i>	Gjelder følgende hoveddiagnosekoder: <ul style="list-style-type: none"> - Z00.6 Undersøkelse av kontrollperson i klinisk forskningsprogram: forskningsfinansierte opphold ble ikke merket i institusjonens pasientadministrative system - Z51.3 Blodoverføring: det er feil kodepraksis å bruke denne koden for å registrere pasienter som mottar blodoverføring. - Z51.8 Annet spesifisert behandlingstiltak: bruk av koden er ikke i samsvar med veiledning i ICD-10. Oppholdene er gruppeundervisning og skal registreres som poliklinikk med takst A99. 	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2006	Sak 07/2438 - DRG 297 <i>Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk</i>	Hoveddiagnose E66.8 <i>Annen spesifisert fedme</i> , ingen bidiagnoser. Behandlingen var et gruppetilbud som ikke skal finansieres gjennom ISF.	<i>Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)</i>
	Sak 07/2440 - DRG 172 <i>Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene</i>	Stor vekst og volum i institusjon i Helse Vest. Seriebehandling. Sammenheng med sak 11/06.	<i>Svulster (C00-D48)</i>

	Sak 07/2819 - Journalgjennomgang DRG 462B Rehabilitering, vanlig	Journaldokumentasjonen var ikke i samsvar med kravene i ISF-regelverket for bruk av hoveddiagnosekode Z50.89.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2007	Sak 08/2946 - Oppfølging av dagrehabilitering i DRG 462B	Journaldokumentasjonen var ikke i samsvar med kravene i ISF-regelverket for bruk av hoveddiagnosekode Z50.89.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	Sak 08/4416 - DRG 243 <i>Ryggglidelser, traumatiske tilstander & symptomer i ryggen</i>	Stor vekst i dagopphold i DRG 243. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev (M50-M54)</i>
	Sak 08/4418 - DRG 271 <i>Kroniske sår i huden</i>	Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i hud og underhud (L00-L99)</i>
	Sak 08/4419 - DRG 179 <i>Inflammatoriske tarmsykdommer</i>	Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i fordøyelsessystemet (K00-K93)</i>
	Sak 08/6252 - Registrering og koding av laserbehandling	Oppfølging av sak 07/4920 Registrering og koding av laserbehandling behandlet i 2007 og sak 08/06 Sammenheng mellom takst og prosedyrekoder behandlet i 2006. Gjelder konsultasjoner kodet med takst B42e i kombinasjon med prosedyrekoder for laserkirurgi (QAA40). Den aktuelle taksten var utarbeidet for tradisjonell kirurgi.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
2008	Sak 09/3129 - DRG 13 <i>Multipel sklerose & cerebellar ataksi</i>	Stor vekst i dagopphold i DRG 13. Med unntak av første dag i en behandlingsserie burde oppholdene vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)</i>
	Sak 09/3130 – DRG 73 <i>Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år</i>	Stor vekst og volum i DRG 73. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i øre og ørebensknute (H60-H95); Svulster (C00-D48)</i>
	Sak 09/3759 – DRG 347 <i>Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk</i>	Vekst i antall dagopphold i DRG 347. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Svulster (C00-D48)</i>

	Sak 09/3931 – DRG 465 Etterbehandling med ondartet sykdom som bidiagnose	Stort volum i DRG 465.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2009	Sak 10/4474 - DRG 475 Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte	Koding av KOLS.	<i>Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99) 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 kategoriblokk T00-T07.	<i>Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker (S00-T98)</i>
	11/2628 - Bruk av LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus	Bruk av NCSP-koden LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus. Denne koden representerer instrumentell fjerning av spiral, en prosedyre som bare utføres hvis vanlig fjerning ikke lykkes.	<i>Kvinnelige genitalia (Kapittel L)</i>
	11/2700 - DRG 39P Bilaterale operasjoner på linsen	Preoperative undersøkelser av begge øynene som ble kodet med NCSP-kode ZXA 10 Bilateral som indikerer tosidig prosedyre, selv om selve operasjonen var ensidig.	<i>Tilleggs-koder til alle øvrige kapitler (Kapittel Z)</i>
	11/2832 - DRG 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.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	12/3204 - DRG 266O Hudtransplantasjoner og/eller revisjoner, dagkirurgi	Feil bruk av prosedyrekode 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.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99); Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)</i>
	12/4791 - Dagopphold i DRG 462B – Rehabilitering, vanlig	Uheldig kodepraksis for bruk av Z50.89 <i>Vanlig rehabilitering</i> ved dagopphold.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	12/5616 - Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed	Koding av korte døgnopphold i rehabilitering som ble vurdert å være gruppebasert opplæring.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	12/5893 Flere registrerte episoder samme dag	Registrering av for mange polikliniske konsultasjoner for samme pasient samme dag.	
	12/1515 Feilregistreringer ved Vestre Viken HF, Drammen sykehus	Feilkoding av omsorgsnivå.	
2012	13/3827 Tannkirurgi og bruk av prosedyrekode ECW99	Feil bruk av ECW99 <i>Annen operasjon på gingiva eller processus alveolaris.</i>	<i>Tenner, kjeve, munn og pharynx (Kapittel E)</i>

13/3833 Opphold i DRG DD02 og koding av øyekirurgi som innleggelser	Feil valg av omsorgsnivå for øyekirurgi.	<i>Sykdommer i øyet og øyets omgivelser (H00-H59); Øyet og øyeregionen (Kapittel C)</i>
13/3902 DRG 459O Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling	Feil bruk av prosedyrekode QCD10 <i>Revisjon av brannskade på overekstremitet.</i>	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
13/3904 DRG 461O <i>Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling</i>	Feil bruk av prosedyrekode ACW99 Annen operasjon på perifer nerve.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi	Gjentagende bruk av GBB00 <i>Tracheostomi</i> og GBB03 <i>Perkutan tracheostomi</i> for samme pasient.	<i>Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, bronkier, lunger og mediastinum (Kapittel G)</i>
13/4163 DRG 462O Poliklinisk rehabilitering	Uheldig bruk av koden Z50.9 <i>Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstilak.</i>	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
13/4395 – Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89	Uheldig kodepraksis for bruk av Z50.89 <i>Vanlig rehabilitering</i> ved dagopphold.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
13/4901 – DRG 266O <i>Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling</i>	Feil bruk av prosedyrekode ZZR00 <i>Hudlapp.</i>	<i>Tilleggs-koder (Kapittel Z)</i>
13/4904 – Flere registrerte episoder samme dag	Registrering av for mange polikliniske konsultasjoner for samme pasient på samme dag. Oppfølging av sak 12/5893.	
13/4906 – Oppfølging av sak 12/3157 Bruk av hovedtilstandskode Z76.8	Feil koding av ledsager og bruk av Z76.8 som samlekode i stedet for mer presise koder, gruppeomvisning og oppretting av journalnotat.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
13/5150 - DRG 268O <i>Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi</i>	Feilaktig koding av lys- og laserbehandling av hud som kirurgiske operasjoner.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>

	13/8909 - Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed	Koding av korte døgnopphold i rehabilitering som ble vurdert å være gruppebasert opplæring.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	13/999 – Vekst i bruk av kode Z75.1	Sykehusopphold som inkluderer avdelingsopphold med Z75.1 <i>Person som venter på omsorg/passende tilbud annet sted</i> som hovedtilstandskode.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	13/6805 – Valg av omsorgsnivå for dagopphold - ulik praksis mellom HF	Feil valg av omsorgsnivå for dagopphold med samme tilstandskode.	
2013	14/4230 – DRG 390 <i>Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem</i>	Feil bruk av tilstandskoder i kategori P92 <i>Problemer med næringsinntak hos nyfødt.</i>	<i>Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (P00-P96)</i>
	14/4275 - DRG 87 <i>Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt</i>	Feil bruk av tilstandskode J96 <i>Respirasjonssvikt.</i>	<i>Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)</i>
	14/4293 - DRG 323/323O <i>Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL-behandling</i>	Feil valg av omsorgsnivå for opphold i DRG 323 registrert med prosedyrekodene KAT00 <i>Ekstrakorporal sjokkbølgetrips i nyrebekken ESWL</i> og KBT00 <i>Ekstrakorporal sjokkbølgetrips i ureter.</i>	<i>Urinorganer, mannlige genitalia og retroperitonealrommet (Kapittel K)</i>
	14/4779 - Andel opphold i medisinske par-DRG hvor E86 <i>Væsketap</i> er kodet som annen tilstand	Feil bruk av tilstandskode E86 <i>Væsketap.</i>	<i>Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)</i>
2014	15/1634 – Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C <i>Spesifikke inflammatoriske ledd- og rygg sykdommer u/bk</i>	Feil valg av omsorgsnivå. Hoveddelen av revmatologiske pasienter behandles nå poliklinisk, mens noen private ideelle institusjoner ennå ikke har lagt om praksis.	<i>Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev (M00-M99)</i>
	15/1793 – Kodepraksis for nyfødte – andel opphold i DRG 390 <i>Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem.</i>	Feil bruk av tilstandskoder P83.1 <i>Erythema toxicum neonatorum</i> og P03.4 <i>Foster og nyfødt påvirket av forløsning ved keisersnitt.</i> Dette er vanlige tilstander som normalt ikke krever ekstra ressurser. En tilstand skal ikke registreres dersom den ikke krever særskilt behandling, undersøkelse, vurdering eller har hatt betydning for øvrig behandling.	<i>Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (P00-P96)</i>

15/1804 – Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger	Feil valg av omsorgsnivå. Søvnutredninger gjøres i hovedsak poliklinisk, men det kan gjøres unntak for pasienter med særskilt behov.	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99); Nervesystemet (Kapittel A)</i>
15/1821 – Kodepraksis ved fødsel – Vekst i antall opphold i DRG 376 <i>Sykdommer etter forløsning og abort uten operasjon</i>	Mangelfull registrering av prosedyrekode TMA20 <i>Manuell fødselshjelp ved normal fødsel.</i>	<i>Mindre kirurgiske inngrep (Kapittel T)</i>
15/1923 – Kodepraksis for opphold i DRG 475O <i>Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling</i>	Feil bruk av prosedyrekode GXAV20 <i>Behandling med bifasisk positivt luftveistrykk.</i> For mange konsultasjoner var registrert med prosedyrekoden.	<i>Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, bronkier, lunge og mediastinum (Kapittel G)</i>
15/1932 – Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 <i>Vaginal fødsel – diagnoser med kompliserende egenskap</i>	Feil bruk av tilstandskoder O72.0 <i>Blødning i tredje stadium</i> og O71.4 <i>Obstetrisk høy vaginalrift.</i>	<i>Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)</i>
15/1938 – Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N <i>Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år</i>	Feil bruk av hovedtilstandskode fra A40 <i>Streptokokksepsis</i> og A41 <i>Annen sepsis.</i> Dette er koder for sepsis av ukjent årsak. Da må SIRS-kriteriene være oppfylt og en må ha en infeksjon med ukjent fokus/utgangspunkt. Hvis infeksjonens fokus er kjent skal koden for selve infeksjonen registreres som hovedtilstand.	<i>Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer (A00-B99)</i>
15/1993 – Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 <i>Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet</i>	Feil bruk av hovedtilstandskode Z03.3 <i>Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet.</i> Z-koder skal kun brukes unntaksvis som hovedtilstandskode. Hvis det foreligger symptomer kan man velge en hovedtilstandskode fra kap. XVIII <i>Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted (R00-R99).</i>	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
15/4628 – Kodepraksis for opphold i DRG 826O <i>Poliklinisk rehabilitering</i> og annen tilstand E66 <i>Fedme</i>	Opphold i DRG 826O <i>Poliklinisk rehabilitering</i> registrert med annen tilstand E66 <i>Fedme</i> ble vurdert til å være behandling av fedme og ikke rehabilitering.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99); Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)</i>
15/6313 – Bruk av prosedyrekode AAG60 <i>Stereotaktisk intrakraniell radioterapi</i>	Feil bruk av prosedyrekode AAG50 <i>Stereotaktisk intrakraniell radioterapi.</i>	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>

AVREGNINGSUTVALGET

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