

Avregningsutvalgets årsrapport 2019

Arbeid med aktivitetsbasert finansiering 2018



Publikasjonens tittel: Avregningsutvalgets årsrapport 2019

Utgitt: 11/2019

Kontakt: Avregningsutvalgets sekretariat
Postadresse: Helsedirektoratet, Trondheim, Postboks 6173, Torgarden,
7435 Trondheim

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

Forfattere: Bjørn Buan
Morten Støver
Adrian Tveit Lundemo

Illustrasjon: @ Syda Productions/ Mostphotos

FORORD

Sykehussektoren har i en årrekke vært delvis finansiert gjennom aktivitetsbasert finansiering (ABF) med utgangspunkt i DRG-systemet. Ordningen har blitt utvidet gjennom årene, og den er nå på vei også inn i psykiatri- og rusfeltet. Korrekt medisinsk koding har vesentlig betydning for utbetalingene til helseforetakene. Avregningsutvalget kontrollerer kvaliteten på kodingen ved sykehusene med utgangspunkt i årsdata fra Norsk pasientregister. God og jevn kvalitet på de medisinske registreringene gjør at de mange formål ut over finansiering av tjenestene også blir tilgodesett.

Finansieringsordningen bygger altså på at fordelingen av inntekter skjer i samsvar med den reelle aktiviteten. Uten allmenn etterlevelse av regelverket taper ordningen legitimitet, fordi det vil føre til at refusjoner havner på avveie, og kan hende i strid med prioriteringene fra sentrale helsemyndigheter. Dagens finansieringsordning bygger på høy bruk av erfaringsdata, gode kunnskaper om tjenester og modellforståelse, samt systematisk forbedring, som i sum åpner for å opprettholde og videreutvikle gode finansieringsløsninger. Det vil allikevel forbli en voksen øvelse å sørge for nødvendig finansiell støtte og en god økonomisk fordeling mellom sykehusene, og samtidig ivareta høy ressursutnyttelse og de helsepolitiske mål.

Avregningsutvalget har avsluttet kontrollen av pasientdata for 2018 og avgir med dette sine anbefalinger til Helsedirektoratet. Arbeidet har inkludert nye problemstillinger, og oppfølging av saker som har blitt opprettet tidligere år. I hovedsak har det vært slik at de feil og mangler som Avregningsutvalget har påpekt, er blitt rettet opp ved berørte sykehus, men årets gjennomgang viser at enkelte feil gjentas påfølgende år. Årets nye saker kom i sin helhet på bakgrunn av interne analyser av pasientdata i Helsedirektoratet. Enkelte saker berører et fåtall sykehus, mens andre saker representerer feil og mangler som går igjen i alle helseregioner. Det er flest saker knyttet til valg av tilstandskoder, men utvalget har også blitt forelagt saker som involverer nye diagnostiske metoder og behandlinger nesten hvert år. Valg av omsorgsnivå (innleggelse/heldøgn, dagbehandling, poliklinikk mm) viser av og til overraskende variasjon for likeartet behandling, og slike spørsmål blir også vurdert av Avregningsutvalget.

Under halvparten av sakene som ble innmeldt for 2018 førte til avkortinger. Blant sakene med lengre historikk var andelen som ble avregnet høyere. Denne observasjonen er neppe et varig

utviklingstrekk, men den kan være uttrykk for det utvalg av saker som kommer til utvalgets vurdering.

En sak skiller seg ut fra arbeidet i 2019. Utvalget iverksatte en omfattende dokumentkontroll ved en rekke av landets største sykehus. Undersøkelsen bekreftet at variasjonen i kvalitet på registreringene er for stor mellom sykehusene. Vi kan håpe på at de funn som ble gjort, og de anbefalinger utvalget har avgitt, vil føre til at de berørte sykehusene finner anledning til å iverksette nødvendige forbedringstiltak. Rapporten fra dokumentkontrollen er lagt ved årets rapport.

Trondheim 20. november 2019

Bjørn Buan (leder)
Kathan Al-Azawy
Marianne Altmann
Halfdan Aass
Suzana Rosic

Erik Rødevand
Mette Hvalstad
Arne Seternes
Tove Bjerkreim
Niels Krum-Hansen

Wender Figved
Hanne Lehn (observatør)
Morten Støver (sekretær)
Adrian Lundemo (sekretær)

INNHold

FORORD	2
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 2019	9
3. VURDERINGER OG ANBEFALINGER	14
3.1 Saksomfang	14
3.2 Anbefalinger	16
19/40364 Kodepraksis for innsetting og utskiftning av spiral	16
19/27629 Behandling av pasienter med fedme i DRG 297	18
19/3294 Reseksjonsinngrep på rectum m/bk og 147 Reseksjonsinngrep på rectum u/bk	21
19/3293 Bruk av NAT-koder for ryggoperasjoner	26
19/2886 Kodepraksis ved behandling av sykdom i nyrer og urinveier	29

19/2884	Bruk av tilstandskode P59 Gulsott for nyfødt som følge av andre og uspesifiserte årsaker	32
19/2881	Spørsmål om utredning av hjertesykdom i DRG125 og DRG125O	36
18/1820	Bruk av prosedyrekodene QXE35 <i>Rekonstruksjon ved huddefekt etter kirurgi eller skade i uspesifisert hudregion</i> og QXE30 <i>Eksisjon av kirurgisk arr i uspesifisert region</i>	40
18/1819	Kodepraksis ved behandling av hemoroider	43
18/8615	Mulig dobbeltfinansiering av klinisk nevrofysiologi	44
18/11563	Kodepraksis ved HIFU behandling av prostatakraft	45
17/28390	Kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner	46
17/11400	Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering	47
17/11399	Kodepraksis for opphold i DRG 475A <i>Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte</i>	48
17/5578	Bruk av tilstandskode R52.2 <i>Annen kronisk smerte</i>	50
17/5577	Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide	52
17/5575	Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer	53
17/5573	Bruk av hovedtilstandskode J96 <i>Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted</i>	54
15/1804	Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger	55
13/4904	Flere registrerte episoder samme dag	56
4.	TEKNISKE BEREGNINGER	57
4.1	Aktivitetsbasert finansiering (ABF)	57
4.2	Tekniske beregninger av anbefalte avregninger	58
19/27629	Behandlinger av pasienter med fedme i DRG 297	58
19/2881	Spørsmål om utredning av hjertesykdom i DRG125 og DRG125O	59
19/2886	Kodepraksis ved behandling av sykdom i nyrer og urinveier	60
18/1819	Kodepraksis ved behandling av hemoroider	61
17/28390	Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner	62
17/11400	Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering	64
17/11399	Kodepraksis for opphold i DRG 475A <i>Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte</i>	65
17/5578	Bruk av tilstandskode R52.2 <i>Annen kronisk smerte</i>	67
17/5575	Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer	68
17/5573	Bruk av hovedtilstandskode J96 <i>Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted</i>	70
15/1804	Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger	71
13/4904	Flere registrerte episoder samme dag	73
5.	VEDLEGG: ANBEFALINGER FOR ABF 2000-2018	75

SAMMENDRAG

Avregningsutvalget behandlet 20 saker i 2019 der spørsmål om riktig medisinsk koding, og dermed finansiering, ble reist. I 12 av sakene anbefalte Avregningsutvalget avregning av Aktivitetsbasert finansiering (ABF). Summen av anbefalte avregninger var 68 millioner kroner. Alle sakene som ble behandlet i 2019 ble meldt inn fra Helsedirektoratet.

Tabell 1. Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av ABF for 2018 fordelt etter pasientenes bostedsregion. Kroner.

Pasientens bostedsregion, vasket mot det sentrale folkeregisteret (DSF)	Anbefalt avregning, kr
Sør-Øst	-43 523 388
Vest	-9 948 761
Midt-Norge	-6 668 243
Nord	-8 220 045
SUM	-68 360 437

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.

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

1.2 Arbeidsform

Avregningsutvalget arbeider uavhengig og foretar sine vurderinger på faglig grunnlag. Saksbehandlingen skjer hovedsakelig i arbeidsmøtene, men slutføringen av noen saker kan skje på e-post. I 2019 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 avdeling helseregistre. Sekretariatet gjør analyser av pasientdata for Avregningsutvalget, holder kontakt med RHF og HF, og besvarer henvendelser om Avregningsutvalgets arbeid. Kontroll av

registreringer i pasientdata er hjemlet i Norsk pasientregisterforskriften § 2-4 Mottakers ansvar for kvalitetskontroll¹.

Anbefalinger er offentlige og publiseres på nett:

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

1.3 Sammensetning

Medlemmene oppnevnes av de regionale helseforetakene for en periode på tre år. I 2019 har Avregningsutvalget hatt følgende sammensetning:

Bjørn Buan (leder)	Samhandlingsleder	Orkdalsregionen
Kathan Al-Azawy	Avd.dir. Medisinsk avdeling, HUS	Bergen
Marianne Altmann	Overlege nevrologi, dr med	Oslo
Halfdan Aass	Fagdirektør, dr.med	Drammen
Suzana Rosic	Overlege gynekologi	Kirkenes
Arne Seternes	Overlege karkirurgi, PhD	Trondheim
Erik Rødevand	Overlege revmatologi	Trondheim
Mette Hvalstad	Overlege psykiatri	Oslo
Tove Bjerkreim	Overlege anestesi	Stavanger
Niels Krum-Hansen	Overlege kirurgi	Tromsø
Wender Figved	Avd. sjef ortopedi, Overlege, PhD	Bærum

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

Sekretariatet har bestått av Morten Støver, seniorrådgiver og Adrian Tveit Lundemo, rådgiver ved Helsedirektoratet, avdeling helseregistre.

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

2. HOVEDTREKK FRA ARBEIDET I 2019

Avregningsutvalget mottok sju nye problemstillinger fra Helsedirektoratet for vurdering og behandling i 2019. I tillegg fulgte utvalget opp tretten saker fra tidligere år. En vesentlig del av utvalgets innsats i 2019 ble rettet mot tidligere saker, men også mot saker som ikke førte til avregning. Kun tre av de sju nye sakene behandlet i 2019 ble anbefalt avregnet. Ni av oppfølgingssakene ble imidlertid anbefalt avregnet. Det totale avregningsbeløpet som ble anbefalt, inkludert både nye saker og oppfølgingsaker, var 68 360 437 kr. De største beløpene var knyttet til saker i Helse Sør-Øst.

Nyinnmeldte saker i 2019

Utvalgets anbefalinger om avregning for de nyinnmeldte sakene for 2018 omfattet tre saker som samlet ble beregnet til ca elleve prosent av det totale avregningsbeløpet for 2018. Disse nyinnmeldte sakene gjaldt forhold ved tre ulike helseforetak og omhandlet dels feil omsorgsnivå, dels feil valg av hoveddiagnose:

- *Behandlinger av fedme ved Nordlandssykehuset.*
Avregningsutvalget anbefalte å avregne korte sykehusopphold, med liggetid ett døgn, gjennom en endring til to polikliniske kontakter.
- *Utredninger av hjertesykdom ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.*
Helseforetaket skilte seg fra andre sykehus gjennom sin praksis knyttet til overnatting ved sitt *hjertemedisinske utredningshotell/pasienthotell* etter elektiv koronar angiografi. Avregning ble anbefalt basert på at opphold med liggetid ett døgn, ble regruppet til dagbehandling.
- *Sykehuset Telemark ble avregnet for sin kodepraksis ved sykdom i nyrer og urinveier.*
Pasienter som hadde fått fjernet blærekateter ble kodet og registrert med annet omsorgsnivå enn ved andre sykehus. Sykehuset Telemark brukte i langt høyere grad koden Z43.6 *Ettersyn av kunstig åpning for urinvei* som hovedtilstand, istedenfor den korrekte symptomkoden R33 *Urinretensjon*, som riktig nok ofte var registrert som tilleggstilstand. Pasienter ved Sykehuset Telemark overnattet ved slike behandlinger, til forskjell fra andre sykehus, som behandler slike pasienter poliklinisk. Avregningsutvalgets anbefaling bygde på at oppholdene ble regruppet til polikliniske behandlinger.

Avregningsutvalget vurderte også fire saker for 2018 som ikke ble anbefalt avregnet:

- *Høy andel registrerte komplikasjoner ved rectumreseksjoner*

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) hadde betydelig høyere andel opphold i DRG 146 *Reseksjonsinngrep på rectum med betydelig komplikasjon*, enn tilsvarende DRG *uten* betydelig komplikasjon, målt mot andre sykehus i landet. Forskjellen syntes ha sammenheng med koding av intravenøs ernæring. Utvalget fant grunn til å stille spørsmål om mulig underkoding ved andre sykehus, og utvalget fant ellers ingen indikator til støtte for at UNN skulle ha høyere andel opphold med betydelig komplikasjon. Utvalget anbefaler Helsedirektoratet å revidere DRG-logikken i dette tilfellet, eventuelt vurdere å slå sammen de to berørte DRGer.

- *Variasjon i forekomst av gulsott hos nyfødte (neonatal ikterus) mellom sykehus*

Observasjoner av pasientdata har vist at registreringer av gulsott hos nyfødte varierer mer mellom sykehusene enn forventet variasjon i sykdomsforekomst. Under utredning av saken kom det fram at kodeveiledningen fra Barnelegeforeningen og Helsedirektoratet ikke stemmer helt over ens, og dette forholdet kan forklare en del av variasjonen. På grunnlag av videre analyser og korrespondanse med sektoren ble det klart at kodingen i liten grad har påvirket gruppering og utbetaling. Utvalget anbefalte at kodeveiledningen fra Direktoratet for e-helse og for Barnelegeforeningen bør harmoniseres.

- *Variasjon i forekomst av prosedyrekoder ved forskjellige operasjoner i columna*

Det har vært reist spørsmål om korrekt bruk av prosedyrekoder ved forskjellige operasjoner i columna, etter påvist variasjon i forekomst av prosedyrekoder for NAT-koder hos pasienter fra Oslo universitetssykehus, Helse Bergen og St Olavs hospital. Sykehusene gjorde rede for sin kodepraksis. Avregningsutvalget tok redegjørelsene til etterretning, og mente at kodeveiledningen ikke var entydig på dette området. Utvalget anbefalte Direktoratet for e-helse å gå gjennom og tydeliggjøre kodeveiledningen. Ingen avregning ble anbefalt.

- *Kodepraksis ved skifte av spiral*

Helsedirektoratet var blitt kjent med feil bruk av prosedyrekode for fjerning av spiral ved intrauterin instrumentering. Utskifting/fjerning av spiral ved vaginal ekstraksjon skal ikke kodes som et kirurgisk inngrep og skal derfor havne i poliklinisk DRG 913O *Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer*. Innsetting av spiral skal kodes med LCX00 *Innlegging av livmorinnlegg* som grupperer oppholdet til DRG 813T *Annen poliklinisk gynekologisk prosedyre*. Utvalget vurderte at omfanget av opphold i denne saken var beskjedent. Videre mente utvalget at det her var rom for forbedringer av kodereglene. Derfor valgte Avregningsutvalget å se bort fra avregning av sykehus for dette forholdet i 2019, men anbefalte at Direktoratet for e-helse oppretter en egen prosedyrekode for fjerning av spiral uten intrauterin instrumentering.

Oppfølging av saker fra tidligere år

I all hovedsak legger sykehusene om sin praksis for koding og registrering av pasientdata i samsvar med Avregningsutvalgets anbefalinger, men av og til uteblir opprettingene, eller forbedringene skjer langsomt, delvis, eller feilkodingen forskyves til annen feilkoding. Avregningsutvalget følger opp tidligere saker rutinemessig for å kontrollere at kodepraksis blir varig forbedret. Tretten saker fra tidligere år ble fulgt opp i 2019. Utvalget anbefalte at

oppfølgingssakene totalt avregnes et beløp svarende til kr 60 748 768 for feil påvist i pasientdata fra 2018. De største sakene omtales tematisk og særskilt. De øvrige, mindre sakene omtales kort nedenfor.

Regelbrudd ved valg av omsorgsnivå og permisjonspraksis

Blant sakene behandlet i 2019 var det brudd på ISF-reglene om valg av omsorgsnivå og permisjonspraksis som førte til anbefaling om de største avkortingene. En sak fra 2017 omhandlet feilaktig føring av korte døgnopphold kombinert med permisjoner. Denne saken førte til en anbefaling om avregning for 2018 på totalt 30,7 mio kr. Her fant utvalget at Oslo universitetssykehus (OUS), Betanien, Haraldsplass og Helse Stavanger hadde en klart høyere andel enn øvrige sykehus med denne registreringen av opphold med permisjoner av lik varighet som oppholdet i sykehus.

Høykostnadsmedisin, dokumentkontroll ved respiratorbehandling, DRG 475A

Utvalget har arbeidet med problemstillingen omkring valg av kode for hovedtilstand for respiratorpasienter siden 2017. Korrekt valg av kode for hovedtilstand har stor betydning for refusjonsbeløpet basert på DRG. For å få et pålitelig svar på problemstillingen, iverksatte utvalget en omfattende dokumentkontroll med bistand fra Direktoratet for e-helse. To sykehus fra hver helseregion ble revidert på grunnlag av stikkprøver. Revisjonen dokumenterte betydelig variasjon i kvaliteten på kodingen. Ved to sykehus ble det påvist beskjedne avvik. Ved Helse Førde ble det påvist underkoding svarende til ca åtte prosent for lavt beregnet antall DRG-poeng. Ved Helse Stavanger ble det påvist en overkoding svarende til kun ca fire prosent av korrekt antall DRG-poeng. Det er et godt resultat. Størst avvik ble det funnet ved Sykehuset i Vestfold (SiV). Her representerte overkodingen ca åtti prosent for høyt antall DRG-poeng. Rapporten fra Direktoratet for e-helse er lagt ved årsrapporten.

DRG 462A Kompleks rehabilitering

Avregningsutvalget har i en årrekke fulgt opp kodingen av rehabiliteringsopphold. I 2017 ble det påvist høyere andel kompleks rehabilitering for pasienter i opptaksområdene til Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Innlandet. Sykehusene forbedret sin kodepraksis i ettertid. For 2018 ble det imidlertid igjen mistanke om feilkoding ved Sykehuset i Vestfold, Nordlandssykehuset og Sunnaas sykehus. Avregningsutvalget vurderte innholdet i rehabiliteringstjenestene, og konkluderte med at tilbudene ved de tre sykehusene representerte serier av polikliniske konsultasjoner. Totalt anbefalt avregning var 7,5 mio kr., fordelt på de tre sykehusene.

Oppfølging av øvrige saker

De øvrige oppfølgingssakene representerte samlet et anbefalt avregningsbeløp på 2,63 mio kr for 2018.

Feil kodepraksis ved kirurgisk behandling av hemoroider

Det var blitt påvist feil kodepraksis ved behandling av hemoroider med en bestemt prosedyre ved flere sykehus i 2017, og pasientdata ble kontrollert på ny for 2018. Bortsett fra ett sykehus var kvaliteten på kodene i vesentlig grad forbedret. Sykehuset Vestfold ble anbefalt avregnet.

Feil koding ved utprøvende behandling med akupunktur

Ved Sykehuset i Vestfold er det utviklet et tilbud med akupunktur registrert med hovedtilstand R52.2 *Annen kronisk smerte*, kombinert med prosedyrekode for akupunktur. Denne saken ble behandlet første gang i 2017. Sykehuset i Vestfold har utviklet tilbud særlig til pasienter med brystkreft, som erfarer symptomer med smerte, hetetokter, insomni, fatigue, myalgi, kognitive forandringer og polyneuropati, jfr. omtale i Avregningsutvalgets årsrapport 2017. For 2017 ble 80 prosent av oppholdene avregnet, med begrunnelse at for en vesentlig andel av pasientene var behandlingen å regne som utprøvende, ikke etablert. Slik behandling dekkes ikke av ISF. Kontroll av pasientdata for 2018 viste at smertekodene hos pasienter som fikk akupunktur hadde blitt erstattet med andre, fortsatt uspesifikke smertekoder. Disse oppholdene ble anbefalt samme avregning for 2018, som for 2017, dvs åtti prosent avkortet.

Feil bruk av Z-koder som hovedtilstand ved implantater og transplantater

Tre sykehus hadde en høy andel opphold av pasienter registrert med ICD-10 koden Z 95X *Status med implantater og transplantater innen sirkulasjonssykdommer* i 2017 og ble avregnet. To av sykehusene endret sin praksis for 2018. Ved Sykehuset Vestfold ble feil kodepraksis opprettholdt på et nivå klart høyere enn ved andre sykehus også i 2018. Avregningsutvalget anbefalte derfor å opprettholde avregning av denne saken for Sykehuset i Vestfold for 2018.

Feil bruk av kode J96 Respirasjonssvikt IKA

Det ble påvist feil koding ved bruk av koden J96 *Respirasjonssvikt ikke klassifisert annet sted*, ved Sykehuset i Vestfold i pasientdata for 2013. Saken ble avsluttet etter normalisering av pasientdata for 2015. Feilene gjenoppstod imidlertid i pasientdata fra flere sykehus for 2016 og 2017. I pasientdata for 2018 var omfanget av feil på ny redusert, men fortsatt ble det

observert klart flere feil ved helseforetakene Vestre Viken, Sykehuset i Vestfold, og Oslo universitetssykehus. Anbefaling om avregning totalt for de tre sykehusene var tilsammen 422 880 kr.

Feil valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger

I pasientdata for 2014 kom det fram at Akershus universitetssykehus, Sykehuset Innlandet og Helse Førde la inn pasienter for utredning ved søvnforstyrrelser. Øvrige sykehus behandlet slike pasienter poliklinisk. De tre sykehusene ble avregnet for 2014. Analyser av pasientdata for 2018 viste at pasienter ved Sykehuset Innlandet fortsatt la inn denne pasientgruppen. Avregningsutvalget anbefalte avregning av disse oppholdene ved dette sykehuset for 2018.

Feil registrering av flere registrerte episoder samme dag

Analyser av pasientdata for 2011 viste at enkelte sykehus hadde registrert uvanlig mange episoder for samme pasient samme dag. Dette førte den gang til avregning ved berørte sykehus.

Avregningsutvalget fikk i oppdrag å vurdere registreringspraksis ved flere sykehus, samt dybdeanalyser for flere pasientgrupper, med utgangspunkt i pasientdata for 2018. Utvalget kom til at det som tidligere hadde vært en helhetlig tjeneste, var blitt stykket opp i flere kontakter. Noe av forklaringen kunne tilskrives uklarheter i regelverket. I pasientdata for 2018 ble det observert forbedringer i registreringene, men utvalget fant likevel grunn til å anbefale avkortinger knyttet til praksis for pasienter behandlet for øyesykdommer ved Oslo Universitetssykehus (OUS), Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal. Utvalget anbefalte også avregning ved OUS for sykdommer i sirkulasjonsorganene. Det ble anbefalt avregning for opphold av pasienter behandlet for sykdommer innen Øre-nese-hals-feltet ved Molde sykehus og ved Medi3 Ålesund. Samlet avregning for disse pasientgruppene ved de fire institusjonene var ca 10 mio kr.

3. VURDERINGER OG ANBEFALINGER

3.1 Saksomfang

Avregningsutvalget behandlet 20 ordinære saker i 2019. I 12 av sakene kom utvalget fram til en anbefaling om avregning av ABF 2018. Tabell 2 nedenfor viser en oversikt over sakene som ble behandlet og i hvilke saker det ble anbefalt avregning.

Tabell 2. Saker behandlet av Avregningsutvalget i 2019 og om det ble anbefalt avregning av ABF 2018.

Saksnr	Sakstittel	Avregning
19/40364	Kodepraksis for innsetting og utskifting av spiral	Nei
19/27629	Behandling av pasienter med fedme i DRG 297	Ja
19/3294	Kodepraksis for opphold i DRG 146 Reseksjonsinngrep rectum m/bk og 147 Reseksjonsinngrep rectum u/bk	Nei
19/3293	Bruk av NAT-koder for ryggoperasjoner	Nei
19/2881	Spørsmål om utredning av hjertesykdom i DRG125 og DRG125O	Ja
19/2884	Bruk av tilstandskode P59 Gulsott	Nei
19/2886	Kodepraksis ved behandling av sykdom i nyrer og urinveier	Ja
18/1820	Ondartet svulst i hud	Nei
18/1819	Kodepraksis ved behandling av hemoroider	Ja
18/8615	Mulig dobbeltfinansiering av klinisk nevrofysiologi	Nei
18/11463	Kodepraksis ved HIFU behandling av prostatakreft	Nei
17/28390	Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner	Ja
17/11400	Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering	Ja
17/11399	Kodepraksis for opphold i DRG 475A Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte	Ja
17/5578	Bruk av tilstandskode R52.2 Annen kronisk smerte	Ja
17/5577	Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide	Nei
17/5575	Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer	Ja
17/5573	Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted	Ja
15/1804	Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger	Ja
13/4904	Flere registrerte episoder samme dag	Ja

Sju av årets behandlede saker var nye problemstillinger i 2019. I tre av sakene som ble meldt inn i 2019 ble det anbefalt avregning av ABF 2018. Tretten av årets behandlede saker ble meldt inn

tidligere år, i ni av oppfølgingssakene ble det anbefalt avregning. Det tyder på at det er viktig at Avregningsutvalget følger opp behandlede saker helt til kodepraksis er endret.

Alle årets behandlede saker ble meldt inn til Avregningsutvalget fra Helseledelse og finansiering.

Avregningsutvalget anbefaler avregninger som medfører en reduksjon i utbetalinger i ABF 2018 på 68 millioner kroner. Anbefalingene får konsekvenser for refusjoner til alle regionale helseforetak, jf. tabell 3.

Tabell 3. Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av ABF 2018 etter pasientenes bostedsregion. Kroner.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Anbefalt avregning, kr
Sør-Øst	-43 523 388
Vest	-9 948 761
Midt-Norge	-6 668 243
Nord	-8 220 045
SUM	-68 360 437

3.2 **Anbefalinger**

Nedenfor presenteres Avregningsutvalgets vurderinger og anbefalinger i alle saker som ble behandlet i 2019.

19/40364 **Kodepraksis for innsetting og utskifting av spiral**

Helsedirektoratet ble gjennom en henvendelse til DRG-info gjort oppmerksom på uklarheter rundt koding av innsetting og utskifting/fjerning av spiral. Spørsmålet er særlig knyttet til prosedyrekode LCA20 *Fjerning av fremmedlegeme fra uterus*. Denne koden skal kun brukes for utskifting eller fjerning av spiral ved intrauterin instrumentering, og grupperer opphold til DRG 3590 *Op på uterus (adn ved godartede sykdom i ovar/adn)*, dagkirurgisk behandling. Utskifting/fjerning av spiral ved vaginal ekstraksjon skal derimot ikke kodes som et kirurgisk inngrep og skal derfor havne i DRG 9130 *Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer*. Innsetting av spiral skal kodes med LCX00 *Innlegging av livmorinnlegg* som grupperer oppholdet til DRG 813T *Annen poliklinisk gynekologisk prosedyre*.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere kodepraksis for innsetting, fjerning og utskifting av spiral.

Analyser og korrespondanse med Direktoratet for e-helse

I ABF-data for 2018 var det totalt 1867 opphold i ISF-grunnlaget registrert med prosedyrekode LCA20. Omtrent halvparten av disse var registrert med hovedtilstand Z30.1 *Innsetting av spiral* eller Z30.5 *Kontroll av spiral (kontroll, skifting og fjerning av spiral)*. Omfanget varierte mellom helseforetak, men ikke i takt med størrelsen på pasientgrunnlaget. Analyser viste til 97 opphold med prosedyrekode LCA20 og tilstandskode Z30.1.

Det ble sendt en henvendelse til Direktoratet for e-helse hvor det ble forespurt presisering av regler for koding av spiralbruk. Det ble spurt generelt om en presisering på hvordan slike forhold skal kodes og mer spesifikt om prosedyrekode LCA20 kan brukes i kombinasjon med tilstandskode Z30.5. I svaret ble det opplyst om at riktig kodepraksis for innsetting og utskifting av spiral er på samme tid et enkelt og vanskelig spørsmål.

Proseddyrekodene er greiest å forholde seg til. LCX00 *Innlegging av livmorinnlegg* brukes for innsetting. LCA20 *Fjerning av fremmedlegeme fra uterus* skal brukes for fjerning, men bare der man må inn med instrumenter i selve uterus. Kan spiral fjernes ved vaginal instrumentering alene skal ingen prosedyrekode brukes. Kombinasjoner av diagnosekoder og LCA20 blir en annen sak. Det kan gjelde en lang rekke tilstander. Det er uansett enighet om at LCA20 ikke skal brukes på vanlig innsetting (Z30.1), men kan brukes under skifte (Z30.5). Direktoratet for e-Helse

påpeker at fjerning av spiral kan per i dag bare kodes hvis det krever intrauterin instrumentering. Om det er behov for en egen kode for fjerning uten intrauterin instrumentering kan det sendes en begrunnet henvendelse fra et fagmiljø på eget skjema.

Utvalgets vurderinger

Utvalget vurderte kodepraksis for innsetting og utskiftning av spiral. Hvis spiral må fjernes med inngrep i uterus vil det være mest riktig å bruke andre hovedtilstandskoder enn Z30.5, for eksempel T83.3 *Mekaniske komplikasjoner ved intrauterint prevensjonsmiddel*. Innsetting av spiral (Z30.1) skal kodes LCX00. Videre ble det vurdert at å instrumentere for å fjerne spiral ikke nødvendigvis betyr kirurgisk inngrep. I noen inngrep hvor spiraltråder ikke vises må en bruke instrumenter på grunn av vanskelig tilgjengelighet. Dette er likevel ikke å anse som en komplikasjon. Utvalget savnet et høyere presisjonsnivå på prosedyrekodene. Det ble bestemt at man ikke følger saken opp mot sykehusene, og det ble derfor sendt en henvendelse til Direktoratet for e-Helse hvor det ble forespurt presisering av regler for koding av spiralbruk. På bakgrunn av svaret kom Avregningsutvalget fram til at det er ønskelig med en egen prosedyrekode for fjerning av spiral uten intrauterin instrumentering for å unngå misforståelser og unøyaktighet rundt innsetting, skifting og fjerning av spiral og kompliserende/ikke-kompliserende forhold rundt dette. For øvrig viste analysene til 97 opphold med LCA20 og Z30.1 som ble vurdert som beskjedne tall og sett i sammenheng med at kodereglene oppfattes som uklare.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ingen avregning, men konkluderer heller med at det er ønskelig med en egen prosedyrekode for fjerning av spiral uten intrauterin instrumentering.

19/27629 Behandling av pasienter med fedme i DRG 297

Analysen av beregningsgrunnlaget for ISF 2018 viste at Nordlandssykehuset hadde flere opphold i DRG 297 *Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD >17 år u/bk*, sammenlignet med andre sykehus. De fleste oppholdene var registrert med hovedtilstand E66.x *Fedme*. De fleste oppholdene i DRG 297 ved Nordlandssykehuset var rapportert fra Regionalt senter for sykkelig overvekt i Bodø (RSSO). De fleste oppholdene gjaldt pasienter som var bosatt i Nordlandssykehusets eget opptaksområde. I tillegg kom en del pasienter fra områdene til de andre sykehusene i helse Nord RHF. Analyser av rater for DRG 297, (antall opphold per 1000 innbygger) viste at Helgeland, Nordland og Finnmark hadde rater langt over gjennomsnittet for landet.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere om Nordlandssykehusets høye andel opphold i DRG 297 skyldtes feilaktig koding.

Korrespondanse med sykehus

Avregningsutvalget ønsket å vite mer om disse oppholdene og ba Nordlandssykehuset om å gjøre rede for pasientforløp, innhold i helsehjelp, involverte yrkesgrupper, samt valg og begrunnelse av omsorgsnivå og koding for disse pasientene. Sykehuset ble også bedt om å gjøre rede for eventuelt forskjellig pasientforløp for tilreisende pasienter fra Helgeland, Troms og Finnmark.

I sitt svar viste Nordlandssykehuset til at de har regionsfunksjon i Helse Nord for utredning og behandling av sykkelig overvekt. Sykehuset beskrev to forskjellige forløp som de omtalte som konservative og kirurgiske forløp. Konservative forløp består av 1 dags utredning med lege 1,5 t og sykepleier 1,5 t og klinisk ernæringsfysiolog. I tillegg blir det gjort supplerende undersøkelser som minimum inkluderer blodprøver og vitale mål. Disse koder sykehuset som dagbehandling med hovedtilstand E66.8 + evt tilleggstilstander. Videre følger telefonkontakt mellom pasient og sykepleier/klinisk ernæringsfysiolog minimum hver 14. dag, og etter minimum 3 måneder gjøres en vurdering om pasienten skal henvises videre til rehabiliteringsopphold.

Kirurgiske forløp har behandlingsstart med både gruppeundervisning, individuell undersøkelse og innlevering av ulike kartleggings skjema. Felles undervisning gjennomføres av medisinsk lege/sykepleier/klinisk ernæringsfysiolog og kodes som poliklinisk dagbehandling med hovedtilstand E66.8 og prosedyrekode ZWWA30. Om lag to uker etter behandlingsstartdagen kommer pasientene til to intensive utredningsdager ved RSSO. Sykehuset samler en gruppe på 6 pasienter som utredes individuelt, men der samlingene skjer i forbindelse med innleggelse som gir positive gevinster med motivering mellom pasientene i gruppen, både under selve innleggelsen og i videre forløp. Disse utredningsdagene inneholder: 1,5 time konsultasjon med sykepleier, 1,5 time konsultasjon med medisinsk lege, 1 time konsultasjon med kirurgisk lege.

Legekonsultasjonene fordeler seg med en på hver dag. Det er også 1 time konsultasjon med klinisk ernæringsfysiolog, og supplerende undersøkelser ved behov.

Nordlandssykehuset velger å legge inn pasienter både med kort og lang reisevei da sykehuset anser gruppetilhørigheten som foregår på ettermiddag og kveld som en viktig del av behandlingen. Sykehuset skriver at dette har vist seg være viktig i den videre motivasjon for mange av pasientene. Disse kodes som heldøgn + E66.8 + evt diagnosekoder. Videre er det telefonkontakt mellom pasient og sykepleier/klinisk ernæringsfysiolog minimum hver 14 dag.

Alle pasienter er på 2 dagers Lærings- og mestrings-kurs (LMS) før operasjon. Her deltar klinisk ernæringsfysiolog, sykepleier, kirurgisk lege, fysioterapeut, psykiatrisk sykepleier og brukerrepresentant. Dette kodes som poliklinisk dagbehandling + E66.8 + ZWWA30/WPCK00/A0099 en dag/ZWWZ40 pårørende. Videre i forløpet følger operasjon, og 6-ukers kontroll postoperativt ved RSSO med 1 time hos kirurgisk lege og 1 time med sykepleier eller klinisk ernæringsfysiolog. Kirurgiske pasienter blir kalt inn til kontroller 4 mnd, 12 mnd, 2 år og 5 år etter operasjon, og det er også en gruppekontroll 8 mnd etter operasjon i gruppe på 8 – 12 pasienter.

Nordlandssykehusets forløp er uavhengig av hvor pasientene kommer fra. Alle pasienter som henvises RSSO har gjennomgått 6 mnd oppfølging ved lokalsykehus i forkant før henvisning. Oppfølging ved lokalsykehusene er forskjellige i innhold og det kan være behov for individuelle tilpasninger ved RSSO for å kompensere for dette. Sykehuset viser videre til at det tilhører en stor helseregion der geografiske utfordringer fører til at mange av pasientene har svært lang reisevei, med behov for flere typer transportmidler for å komme til Nordlandssykehuset, Bodø. Dette er bakgrunnen for at utredningen i forkant av kirurgisk behandling er valgt komprimert til et to-dagers heldøgnsopphold istedenfor flere polikliniske konsultasjoner. Sykehuset viser til at utredningsoppholdet har et stramt program for pasientene og at det kan oppleves som krevende. De pasientene som ikke ønsker innleggelse registreres som dagpasienter. Det er ingen pasienter som blir sendt hjem på permisjon i løpet av oppholdet.

Utvalgets vurderinger.

Utvalget mente sykehuset hadde gitt et tilfredsstillende svar. Svarene beskrev godt hvilke helsetjenester som ble gitt under oppholdene, og hvordan det var organisert. Utvalget mener dette i hovedsak er poliklinisk behandling. To-dagersoppholdet som kommer i DRG 297 siden pasientene innlegges, men dette oppfattes som tilbud som kan gis poliklinisk, eventuelt som dagbehandling. Det er ikke medisinsk grunnlag for innleggelse på grunn av nevnte gruppetilhørighet. Nordlandssykehuset skiller seg fra landet for øvrig.

Anbefaling:

Avregningsutvalgets anbefaling er å begrense saken til det kirurgiske forløpet. Avregning og regrupping begrenses til punkt 2 i det kirurgiske løpet beskrevet som "utredningsdagene", hvor omsorgsnivå endres til poliklinikk. Hvert opphold med E66 i DRG297 og liggetid=1 hos Nordlandssykehuset, anbefales avregnet, og gis refusjon lik to polikliniske kontakter. Dette er basert på faglig innhold og nasjonal standard som grunnlag.

19/3294 Reseksjonsinngrep på rectum m/bk og 147 Reseksjonsinngrep på rectum u/bk

Helsedirektoratets analyser viste høye rater for opphold i DRG 146 og DRG 147, spesielt i Troms, i analysene for ISF-data 2018. Det var også observert en høy andel i komplisert gruppe (DRG 146) ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Akershus Universitetssykehus, Sykehuset i Vestfold og Vestre Viken. Hyppigste tilstandskoder i DRG 146 var C20 *Ondartet svulst i rektum* (356 opphold), C187 *Ondartet svulst i sigmoideum* (25 opphold) og C19 *Ondartet svulst i overgang mellom sigmoideum og rektum* (21 Opphold). Prosedyrekoder som grupperte opphold til 146 eller 147 var JGB-koder for rektumreseksjon. Tilleggstilstander avgjorde om oppholdet grupperte til 146 m/bk eller 147 u/bk. Analysene viste at det var stor variasjon i antall poeng i DRG 146 mellom fylkene, og i antall poeng per 10 000 innbyggere. I Vest-Agder var det kun 2,916 poeng per 10 000 innbyggere mens det i Troms var 9,148. Andelen i DRG 146 ved UNN hadde hatt sterk økning fra 2017 til 2018 fra 54,6 prosent i 2017 til 81,3 prosent i 2018. Akershus Universitetssykehus hadde en høy andel av de samlede oppholdene i DRG 146 og DRG 147 i 146 m/bk i både 2017 og 2018. Det samme gjelder, i noe mindre grad, Sykehuset i Vestfold og Vestre Viken. Analysene viste variasjon i bruk av tilleggstilstander ved UNN sammenlignet med andre HF.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere om høy andel og høy rate i DRG 146 skyldtes feilaktig koding.

Korrespondanse med sykehus

Utvalget kontaktet Universitetssykehuset i Nord-Norge, Nordlandssykehuset, Akershus Universitetssykehus, Sykehuset i Vestfold og Vestre Viken, og stilte spørsmål om deres kodepraksis, deres organisering av tilbud, pasientforløp, og kriterier for bruk av vanligste tilleggstilstander.

Organisering av tilbud og pasientforløp

Alle sykehusene redegjorde for utredning i forkant av operasjon, og at dette til dels ble gjort multimodalt, pakkeforløp ble fulgt, og viste ikke noen store avvik. Pasientene gjennomgår også samme behandling ved de ulike sykehusene i form av åpen reseksjon, laparoskopisk og evt. robotassistert operasjon. Større sykehus forklarte at de overførte pasienter til lokalsykehus før endelig hjemreise.

Kodepraksis

Det beskrives ulike metoder for hvordan en sikrer kvaliteten på kodene som settes i samband med oppholdet.

UNN har hatt fokus på å forbedre kodekvaliteten da det ved kontroll av tidligere journaler har vist seg at kompliserende tilstand tidligere har vært underrapportert. Det har under senere år vært økt fokus på ernæringscreening av nesten alle kirurgiske pasienter. Pas med tarmkreft / tarmsykdom har ikke sjeldent ernæringsbrist og er representert i denne gruppen. Kodene settes primært av legene på avdelingen som opererer og skriver ut pasientene. Deretter går alle journaler igjennom av koderevisorer som retter opp koder d.v.s. sletter koder der vilkårene for koding ikke er til stede eller legger til koder, som legene på avdelingene ikke har registrert men der det er gitt behandling. For eksempel tas koder for hjertesykdom kun med dersom det hatt betydning for t.eks anestesi og observasjon perioperativt. Diabetes tas kun med dersom det er endret medisinerings i forløpet, antikoagulasjon tas kun med hvis den er utsatt eller endret, anemi tas kun med dersom det er gitt blodtransfusjon. Ernæringsbrist tas kun med dersom det administreres ernæringsprodukter. Metastaser som diagnostiseres primært tas med som bidiagnoser.

Nordlandssykehuset viste til at kodekonsulent for Kirurgisk avdeling i Bodø kvalitetssikrer den medisinske kodingen ut ifra legens dokumentasjon og koding samt ut fra gjeldende koderegelverk.

Hos Akershus Universitetssykehus utfører alle legene primær koding som kontrolleres av kodekonsulent. Hvis vedkommende oppdager mangelfull koding blir denne journalen videresendt til kodeansvarlig overlege som avgjør om primærkodingen bør endres. Kun tilleggsdiagnoser som har hatt betydning for oppholdet er kodet, og i denne saken er alle oppholdene gjennomgått en ekstra gang av kodekonsulent.

I Vestre Viken gjøres inngrepene i Drammen og Bærum. Hoveddiagnosene settes av behandlende leger som forberedelse til operasjonen, i forbindelse med at operasjonsbeskrivelsen utformes eller senest ved utreise (når epikrise lages). Hoveddiagnosen settes etter beste skjønn ut fra nivå av tumor, evt annen årsak til reseksjonen. Som bidiagnose settes kompliserende tilstander som vanligvis har medført tilleggsbehandling eller spesiell ivaretagelse/ iaktsomhet. Hyppigste isolerte bidiagnosene er diabetessykdom, kirurgiske komplikasjoner under oppholdet, og ulike hjerterytmeforstyrrelser.

Sykehuset i Vestfold viste til hovedprinsippet om at det kun er tilstander som har hatt betydning for oppholdet som er kodet. DRG 146 Reseksjonsinngrep på rectum m/bk omfatter både bidiagnoser hos pasienten som sier noe om hvor syk pasienten er, og diagnoser som omfatter pre- og postoperative komplikasjoner. Sykehuset fører opp de bi-diagnosene som har betydning for oppholdet, anestesi og operasjon. Komplikasjonsdiagnoser føres opp dersom det har ført til økt ressursbruk. Dette er også gjenstand for vurdering og dokumenteres. Sykehuset koder også om det foreligger metastaser.

Hoved- og tillegstilstander

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) viste til at sykehuset i tillegg til sine pasienter fra hele Troms Fylke behandler et antall pasienter fra Nordland og Finnmark. De fleste pasienter i DRG 146- 147 er pasienter med colo-rectalcancer som har høy alder – gjennomsnittsalderen for hel gruppen DRG 146-147 er omkring 67 år. Det er derfor ikke overraskende at flertallet av disse pasienter har kompliserende tilstand så som diabetes og hjertesykdom, antikoagulasjonsbehandling, anemi samt andre sykdommer som det må tas hensyn til.

Hoveddiagnosen for de fleste pasienter er kreft i gruppen C20 – C19 og C18.7. Pasienter med diagnosen C786 forekommer ikke da metastaser diagnostisert ved den primære behandlingen må være bi-diagnoser. K51.2 forekommer. Kodepraksis er at hoveddiagnosen settes i henhold til histologisvaret, det er således eksakt. Det er bi-diagnosene som avgjør om oppholdet grupperes i DRG 146 eller DRG 147.

UNN svarer at alle innlagte pasienter, der man mistenker ernæringssvikt, blir ernærings-screenet av sykepleier med bruk av screeningsverktøy, NRS2002. For pasienter screenet med dette verktøy settes prosedyrekoden WJAT50 (Kartlegging av kosthold og ernæringsstilstand). Screening-verktøyet med resultater blir notert i pasientjournalen som dokument. Dersom pasientene får hel- eller delvis intravenøs næring, brukes i tillegg prosedyrekodene WJAT01 (total intravenøs ernæring) eller WJAT25 (kombinert ernæringsbehandling, individuelt tilpasset). Dersom resultat av screeningen i henhold til NRS2002 eller beregning av vekt tap og KMI i henhold til ICD10-kodeverket for 2018 viser protein-/energiunderernæring, settes de relevante diagnosekoder E43-44 eller E46 –kun når det er dokumentert i pasientjournalen at det er administrert ernæringsstøtte med intravenøs ernæring eller spesialkost med drikkevarer eller calogen.

UNN svarer videre at alt dette sannsynligvis er standard prosedyrer på norske sykehus, men at det helt klart kan påvises at alle avdelinger i landet har forskjellige rutiner for om og hvordan disse kompliserende tilstander kodes. De hyppigste tilstander som er registrert er: E43,44,46 *ernæringsbrist* dokumentert og behandlet med næringsprodukter, C87.7 *levermetastaser*, I48 *atrieflimmer* med Z92.1 *antikoagulasjonsbehandling*, E11 *Diabetes* der medikamentell behandling er endret i forløpet. UNN viser til at gjennomgang av journaler fra første og andre tertial 2018 er det påvist at det både er dokumentert og faktisk til stede de kompliserende tilstander som er kodet. Det er små tall og tvilsomt signifikant hver for seg. Det er klare tegn på at det er en forskjell i registrerte DRG på pasienter mellom sykehusene i Norge som ikke kan forklares med forskjeller i morbiditet. Forklaringen antas å være forskjeller i kodepraksis ved de ulike sykehus.

Nordlandssykehuset oppga følgende tilleggstilstander som oftest brukt: I10 *Essensiell hypertensjon*, E11.9 *Diabetes mellitus type 2*, R33 *Urinretensjon* og T81 *Komplikasjoner til kirurgiske og medisinske inngrep* (6).

Akershus Universitetssykehus svarer at det per dags dato ikke foreligger klart definert dokumentasjonskrav i journal for når ICD 10 koder og prosedyrekoder skal registreres i det pasientadministrative systemet. Temaet har ved flere anledninger blitt debattert i regi av Helsedirektoratet. Flere forslag har blitt presentert, men ingen konklusjoner har blitt tatt i dette arbeidet. Representanter for Direktoratet for E-helse har gitt uttrykk for at det ennå ikke forelå skriftlig rutine og at «det må brukes sunn fornuft» i vurderingene. De aller fleste pasienter i denne gruppen er kreftpasienter og det er derfor dette tilbudet som blir beskrevet. Ahus konkluderer med at de med dette har gjort rede for at tilleggs-tilstandene som er tatt med når det gjelder DRG146 har hatt en reell betydning under oppholdet og dette fremkommer i journalen.

Oslo universitetssykehus (OUS) har en standardisert utredning og behandling av denne pasientgruppen som er et landsfunksjonsansvar for i Norge. Dette innebærer bl.a. MR etter spesiell protokoll samt tarmreseksjon. Kirurgien involverer samarbeid med gastrokirurg. De kodes ihh til regelverket. Mht til de fire kriterier som skal være oppfylt samtidig for å velge metastaser som hovedtilstand mener OUS at punkt to og fire er oppfylt, dvs

- Oppholdet dreier seg ikke hovedsakelig om adjuvant behandling
- Oppholdet dreier seg hovedsakelig om de nevnte metastasene

Av vanligste tilstander er kun N80.5 *endometriose* i tarm aktuell ved gynekologisk avdeling, mens gastrokirurgisk avdeling har C20 *Ondartet svulst i endetarm*, C 18.7 *Ondartet svulst i sigmoideum*,(9), C78.6 *Metastaer*, C19 *Ondartet svulst i overgang mellom sigmoideum og endetarm* (7) K50**, K51**, K57 *Mb Chron, ulcerøs colitt*.

Vestre Viken

Hyppigste isolerte bidiagnoser er diabetessykdom, kirurgiske komplikasjoner under oppholdet, og ulike hjerterytmeforstyrrelser. Bærum sykehus svarer at som hovedkode settes aktuelle sykdom i rectum. I all hovedsak cancer, men også inflammatorisk tarmsykdom. Som bidiagnose settes kompliserende tilstander som vanligvis har medført tilleggsbehandling eller spesiell ivaretagelse/ iaktsomhet.

Vanligste tilleggstilstander er C77.5 *Lymfeknutemetastaser*, R33 *Urinretensjon*, D62 *Akutt posthemorragisk anemi*, T81.4 *Postoperativ infeksjon* og N40 BPH med behov for iverksatt behandling.

Sykehuset Vestfold oppga følgende tilstander som hyppigst brukt: C20 *ondartede svulst i endetarm*, C19 *ondartet svulst i overgang mellom sigmoid og rektum*, C187 *ondartet svulst i sigmoid*, C786 *metastase i retroperitoneum og bukhinne*, samt K512 *ulcerøs proktitt*.

Utvalgets vurderinger

Avregningsutvalget tok svarene til etterretning, og alle sykehusene svarer godt for seg. Selv om andelen kompliserende (DRG 146) er høy ved UNN og de andre tilskrevne sykehusene, kan vi ikke finne tegn til bevist feilkoding/overkoding. Dette er en gruppe eldre pasienter, med til dels alvorlig komorbiditet, som gjennomgår kompleks behandling, og en vil derfor forvente høy andel med DRG 146. Utvalget vil tro at dette gjelder for samtlige pasienter i DRG 146/147, og ikke kun for pasienter behandlet på de sykehusene som ble forespurt her. Utvalget finner ikke indikatorer som støtter at Universitetssykehuset i Nord-Norge har for høy kompliserende andel. Det er mulig at det kan være underkoding ved andre sykehus.

Anbefaling:

Avregningsutvalget mener Helsedirektoratet bør vurdere å revidere kategoriseringen og logikken mht hvilke diagnosekoder som har kompliserende egenskaper i denne saken. Det bør vurderes om det i det hele tatt er grunnlag for å ha to DRG-er, mbk/ubk, eller om de kan slås sammen.

19/3293 **Bruk av NAT-koder for ryggoperasjoner**

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har fått spørsmål fra sektoren om reglene for bruk av prosedyrekoder fra kapittel NAT Forskjellige operasjoner i kolumna. Direktoratet for e-helse har svart at NAT koder kun skal brukes når det utføres en vesentlig korreksjon av stillingen i ryggstøtten, som ved operasjoner for *skoliose* (M41) og *kyfose* (M40), eller der en gjør en reell korreksjon ved *spondylolistese* (M43). NAT kode skal ikke benyttes ved operasjon for *spinal stenose* (M48) eller *spondylolistese* (M43) uten faktisk korreksjon av stilling, eller ved operasjon for «ferske» brudd i ryggen (S22 og S32).

Direktoratet for e-helse presiserte videre:

(...) du finner mer presise koder til bruk for dine eksempler spondylolistese og spinalstenose andre steder i kodeverket, og da skal du benytte disse. Ved spondylolistese bruker dere spondylodese-kodene under NAG Eksisjon, rekonstruksjon og artrodese av ledd i kolumna. Inngrepet for spinalstenose er vanligvis dekompresjon med laminectomi og evt. fjerning av bukende skiver, som dekkes med koder fra kapittel ABC. Brudd kodes fra kapittel NAJ.

Det vil som ofte være enkelte unntak og gråsoner som må vurderes faglig i dette feltet, for eksempel om bruddbehandlingen kun består i en spondylodese - da skal du bruke en kode fra NAG, og eksempelet ditt om spondylolistese med faktisk korreksjon av stilling over."

I ISF-grunnlaget for 2018 var det totalt 523 opphold med NAT kode. Av disse hadde fire opphold kode NATO* *Fjerning av fremmedlegeme fra vev i kolumna* eller NAT9* *Annen operasjon på kolumna*. Disse anses ikke relevante for den aktuelle problemstillingen, og ble derfor ekskludert fra videre analyser.

Omfanget av antall opphold med NAT koder var klart størst ved Oslo Universitetssykehus (OUS) og Helse Bergen, og betydelig lavere ved St Olavs Hospital. Spørsmålet er om de med høyt nivå registrerte koden ved andre indikasjoner og type inngrep enn det som lå lavt, og om dette var i tråd med kodereglene. Ved OUS var NAT kodene i hovedsak benyttet ved operasjoner for *skoliose* (M41). Ved Helse Bergen var NAT kodene oftest benyttet ved operasjoner for *andre lidelser i ryggstøtten* (M48), i tillegg til *spondylolistese* (M43) og *skoliose* (M41). NAT koden var også registrert på opphold med andre hovedtilstander enn de som var spesifisert. Ved OUS inkluderte dette blant annet T84 *komplikasjoner ved innvendige ortopediske proteser, implantater og transplantater*, og ved sykehuset i Helse Vest blant annet C79.5 *Metastase i knokler og benmarg*.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere om NAT prosedyrekoder for ryggkirurgi var brukt riktig ved aktuelle sykehus.

Korrespondanse med sykehus

Avregningsutvalget kontaktet sykehusene og ba dem gjøre rede for egen kodepraksis for NAT-koder ved ryggoperasjoner og om disse er i henhold til retningslinjene.

St Olavs Hospital hadde lavt antall, men vekst i bruk av NAT-koder fra 2017 til 2018. Ved sykehuset har det vært en viss oppmyking av bruken av NAT men det argumenteres for at kode og prosedyrebruken er korrekt og representerer en fornuftig bruk av intern instrumentering. Forskjellene fra 2017 til 2018 er en kombinasjon av permisjon av operatør som utfører barneskolise og oppmyking av prosedyrebeskrivelse for mindre korreksjoner. For barn er det ingen endring, alle disse behandles for skoliose/kyfose med korreksjon med et stort antall skruer. I 2017 hadde en operatør som gjør de fleste barneskoliosene noe permisjon i forbindelse med fødsel, noe som forklarer noe færre NAT inngrep i 2017. En annen tydelig forskjell er at det er kodet vesentlig flere «små» operasjoner for 2018. Det var 15 pasienter registrert med NAT kode i 2018 hvor det var benyttet 6 skruer eller mindre (f.eks spondylolistese som blir delvis reponert/korrigert ved operasjon). For 2017 var det bare 1 pasient hvor det ble benyttet 6 skruer eller mindre som var registrert med NAT kode, så det er også en endring i praksis ang hva som blir registrert med NAT. I 2018 er også mindre korreksjoner kodet NAT ved St Olavs Hospital.

Helse Bergen var et av foretakene med høy bruk av NAT-koder. Sykehuset argumenterer for at de differensierer behandlingen ganske mye, mens kodeverket oppleves som grovmasket, og at det ender opp med å kode ganske forskjellige behandlinger ganske likt. Når det gjelder bruk av NAT og NAG-koder sier sykehuset at det er mer fokus på akseproblemer ved slitasjeforandringer i korsryggen. Ved avstivningsoperasjoner brukes mer ressurser på å stive av i korrekt stiling, en faglig endring som betyr endret koding. Hvor avstivninger tidligere bare var avstiving med fokus på å få bein til å gro, er det nå fokus på å få det til å gro i riktig stilling, og om akselen er feil korrigeres den under fiksering. Dette gir mer ressursbruk som fører til bedre resultat og mindre sekveler. Det er ikke angitt i kodeverket hvor stor en korreksjon skal være for å kunne kodes med NAT og ikke NAG, og sykehuset ga videre eksempler for når de ulike kodene ble brukt.

I sitt svar gjorde OUS rede for når NAT-koder var blitt brukt. En gjennomgang av operasjonsbeskrivelsene på disse pasientene viste at alle pasientene var operert med store korrigerende inngrep i ryggen enten pga degenerativ skoliose, eller sekveler med feilstilling i ryggen etter tidligere skader/operasjoner. OUS vurderer at deres koding er gjort i henhold til retningslinjene.

Utvalgets vurderinger

Gjennomgangen av svarene fra sykehusene synes å være i tråd med allmenn praksis på området. Sykehusene har redegjort for sin praksis, og utvalget tar dette til etterretning. Per dags dato er kodeveiledningen uklar på dette området, da det ikke er presisert hvor stor korreksjon som skal

til for å kvalifisere til bruk av NAT-kode. Det står heller ikke spesifisert hvilke diagnosekoder som fortrinnsvis ikke skal brukes sammen med NAT-koder

Anbefaling: Utvalget anbefaler at kodeveiledningen presiseres for disse behandlingene. Direktoratet for E-Helse har bekreftet at det kommer presiserende undertekst på Finnkode, samt i kodeveiledningen for 2020.

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

Analyser av ABF-data for 2018 viste stor variasjon i aktivitet blant helseforetakene i DRG 331 *Sykdom i nyrer og urinveier ITAD >17 år m/bk*, der Sykehuset Telemark, Helse Bergen og Helse Stavanger skilte seg ut med vesentlig flere opphold enn landet for øvrig. En tilsvarende variasjon ble ikke observert i DRG 332 *Sykdom i nyrer og urinveier ITAD >17 år u/bk*.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget om å vurdere årsakene til variasjonen i DRG 331, og om eventuelle forskjeller i registreringspraksis eller valg av omsorgsnivå gir grunnlag for ISF-avregning.

Analyser av omfang

Analyser av DRG 331 viste at vanligste hovedtilstand var T83.0 *Mekaniske komplikasjoner ved kateter (inne) i urinveier*, fulgt av T83.5 *Infeksjon og betennelsesreaksjon som skyldes protese, implantat og transplantat i urinveier*. Telemark-området, Stavanger-området og Bergen-området var opptaksområdene med flest antall opphold i DRG 331 per 1000 innbyggere. Bergen og Stavanger lå relativt likt, mens Telemark skilte seg ut med å ha flere opphold. Videre analyser viste at Sykehuset Telemark skilte seg ytterligere ut fra de andre, spesielt med tanke på hoveddiagnose. Sykehuset benyttet i stor grad Z43.6 *Ettersyn av annen kunstig åpning for urinvei* som hovedtilstand. Det viste seg også at en del opphold manglet prosedyrekode. Analyser ble i tillegg gjort på liggetid, omsorgsnivå og tilleggstilstander.

Korrespondanse med sykehus

Brev ble sendt til Helse Bergen, Helse Stavanger og Sykehuset Telemark der det ble spurt om hva begrunnelsen/kriterier for valg av hovedtilstand for pasienter i DRG 331 er, hvordan pasientforløpet er for denne pasientgruppen og hva som er begrunnelsen for valg av omsorgsnivå. I tillegg ble det spurt om vanligste tilleggstilstander og prosedyrer for de aktuelle pasientene.

Sykehuset Telemark svarte at kodepraksis er drøftet ved flere avdelinger og at seksjon for urologi har høyest andel av DRG 331. Volumet er hovedsakelig fordelt på to ulike hovedtilstander; Z43.6 *Ettersyn av annen kunstig åpning for urinvei* og T83.0 *Mekaniske komplikasjoner ved kateter (inne) i urinveier*. Begrunnelser for valg av Z43.6 er skifte av nefrostomikateter (eller perkutan nefrostomi) og seponering eller forsøk på seponering av blærekateter. Begrunnelse for T83.0 er skifte av eller fjerning av blærekateter/nefrostomikateter grunnet komplikasjon for eksempel ved feilstilling eller tett kateter. De viste videre til beskrivelsen av "kunstig åpning" i kodeteksten og "fjerning av kateter" i inklusjonsteksten og at dette står bak registrering av Z43.6 som hovedtilstand, også ved pasienter som får fjernet eller forsøksvis fjernet blærekateter. Pasientene innlegges for skifte av nefrostomikateter (eller perkutan nefrostomi) som ledd i behandling av tilstand eller behandling av komplikasjoner til

allerede innlagt nefrostomikateter. Prosedyren kodes og utføres med påfølgende observasjon før pasienten skrives ut eller eventuelt overflyttes. Pasienter innlegges også for seponering/forsøk på seponering av blærekateter. Seponering av blærekateter kodes ikke, det har ingen prosedyrekode i kodeverket. Det er ofte snakk om pasienter med urinretensjon, noen av pasientene har på forhånd vært på poliklinisk utredning, mens noen innlegges direkte. Disse overnatter til neste dag fordi det er mange som får problemer med ny retensjon den første natten. Noen må tappes flere ganger og noen må få nytt kateter. Dette har man sluttet å gjøre poliklinisk fordi mange fikk problemer etter kort tid. De oppgav videre at vanligste tilleggstilstander i DRG 331 er urinretensjon (R33) og annen uspesifisert hydronefrose (N13.3). Vanligste prosedyrer var skifte av nefrostomikateter (KAS00K) og perkutan nefrostomi (KAD00K).

Helse Stavanger svarte at begrunnelsen for valg av hovedtilstand var hovedsakelig kateter- og stentproblemer som infeksjoner, blødning, tett kateter osv. Disse er komplikasjonskodet etter kodeveileder punkt 4.2.6. Hva gjelder pasientforløpet blir mange innlagt som ø-hjelp, og mange pasienter er eldre. Omsorgsnivå er valgt ut ifra behandlingsbehov og sykdomstilstand. Hovedtyngden av liggetid er på 1 til 4 dager, noen lengre. Flere av de kontrollerte pasientene hadde gjentatte innleggelser for samme problemstilling, altså problematikk relatert til kateter og stent. Vanlige tilleggstilstander er urinveisinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon, unormal pasientreaksjon på blærekateterisering og urinretensjon (R33). Vanlige prosedyrer er blærekateterisering (KCX20) og skylning av urinblære (KCGX05). De opplyser også om god dokumentasjon for satte diagnoser og kontakt med kodehjelp for å sikre korrekt tolkning av regelverket. De antar at komplikasjonskoding jamført kodeveileder og flere ressurser til kontroll og eventuell korrigerings kan ha medvirket til en høyere andel opphold i DRG 331.

Helse Bergen svarte at pasientgruppen stort sett er ø-hjelpspasienter som blir innlagt med mekaniske komplikasjoner ved kateter i urinveier (T83.0) og mekaniske komplikasjoner ved andre innretninger og implantater i urinveier (T83.1) samt infeksjoner og betennelsesreaksjoner. De koder i tillegg grunnsykdommen som tilleggstilstand (eksempelvis N13.1) som forteller hvorfor pasienten har kateter. I tillegg kommer en gruppe pasienter som kommer til elektivt skifte av nefrostomikateter (Z43.6). I tillegg kodes grunnsykdom. Etersom pasientene kommer inn via akuttmottak er prosedyrene ikke planlagte, og pasienten må da ofte tas utenom "tur", noe som medfører lengre sykehusopphold og at de blir registrert som døgnpasienter. Vanlige tilleggstilstander er hydronefrose med striktur i urinleder (N13.1) og annen og uspesifisert hydronefrose (N13.3). Vanlige prosedyrer er røntgenveiledet skifte av nefrostomikateter (KAS00A) og røntgenveiledet perkutan nefrostomi (KAD00A).

Etter ytterligere analyser ble nytt brev sendt til Sykehuset Telemark. Det ble spurt om bakgrunnen for å velge Z-kode som hovedtilstand framfor koden for faktisk sykdom og symptom. Det ble også spurt om hvorfor Z43.6 benyttes også ved fjerning av blærekateter når det er angitt i kodeverket at fjerning ikke skal kodes.

Sykehuset Telemark svarte at årsaken til valg av hovedtilstand er, som ved annen stomi, kode for formålet med kontakten. Formålet er skifte eller fjerning av pasientens stomi og ikke på nytt å vurdere pasientens symptom eller kjente sykdom. Den er allerede vurdert tidligere, og kodes dermed som bidiagnose. Kontakten blir nærmest «teknisk». Sykehuset forstår dette som i tråd med hva kodehjelp sier etter henvendelse. Dersom det under innleggelsen gjøres andre vurderinger, eller at det oppstår noe som gir grunnlag for endret forløp og behandling for disse type pasientene, vurderes alle tilstandene opp mot hverandre når legen velger hovedtilstand. Sykehuset opplyser videre at fjerning av blærekateteret i seg selv kodes ikke, men noen pasienter må tappes en gang til etter fjerning fordi de får problemer med vannlatning igjen første natten. Disse pasientene får da prosedyrekode KCX20. Disse pasientene har ikke urinretensjon, men vannlatning gikk «bare» litt tregt direkte etter kateterfjerning. Pasienten måtte da kateteriseres en gang til. Dermed kan ikke kode for urinretensjon brukes som hoveddiagnose. Sykehuset kan heller ikke bruke kode for annen sykdom eller symptom som pasienten ikke lenger har. Sykehuset ender da opp med å velge Z-kode for ettersyn av kunstig åpning for urinvei.

Utvalgets vurderinger

Utvalget finner at det er gitt gode og utfyllende svar. Høy andel opphold med behandlingskomplikasjoner kan reflektere avvikende registrering av annen tilstand og tilstandskoder med kompliserende egenskaper. DRG 331 er en uspesifikk DRG (ITAD), og gruppering hit avhenger ikke av prosedyrekode, men vurdering av prosedyrekoder kan likevel bidra til å forstå eventuelle forskjeller i medisinsk praksis eller koding.

Utvalget finner at kodingen ved Sykehuset Telemark i en del tilfelle ikke er korrekt. Hvis pasienter legges inn for urinretensjon burde dette vært kodet som det, og ikke med Z43.6 som var benyttet. Andre helseforetak bruker bakenforliggende tilstand (f.eks urinveisinfeksjon og urinretensjon). Kodeveilederen sier at Z-koder kun skal brukes når hovedtilstanden ikke er der lenger. Utvalget finner også at Z43.6 ikke er brukt korrekt når det gjelder fjerning av blærekateter. Z43.6 *Ettersyn av kunstig annen kunstig åpning for urinvei* er angitt å omfatte nefrostomi, ereterostomi og uretostomi. Blærekateterer omfattes ikke av denne koden. Utvalget finner derfor at Z43.6 ikke skal benyttes ved fjerning av blærekateter. Utvalget finner også at det vanlige er å fjerne slike katetre poliklinisk, og at det ikke er medisinsk grunn til innleggelse som omsorgsnivå. Kodingen ved skifte av nefrostomikateter er korrekt..

Anbefaling:

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

19/2884 Bruk av tilstandskode P59 Gulsott for nyfødt som følge av andre og uspesifiserte årsaker

ABF-data for 2018 viste stor variasjon mellom helseforetak i rapportering av tilstandskode P59 *Gulsott for nyfødt som følge av andre og uspesifiserte årsaker* som hovedtilstand eller annen tilstand. Analysene viste stor variasjon mellom helseforetak når det gjaldt samtidig registrering av registrert prosedyrekode QXGX20 *Lysbehandling av nyfødte*.

Helse Bergen, Helse Stavanger og Sykehuset Østfold hadde flest opphold med P59 som hovedtilstand eller annen tilstand. Sykehusene skilte seg ut både i 2017 og 2018, og det ene hadde økning siste år. Ved kun en liten andel av disse oppholdene var det gitt lysbehandling mot gulsott. Det var derfor rimelig å vurdere i hvilken grad gulsott hadde vært relevant for oppholdet.

Av opphold med tilstandskode P59 var 64 prosent registrert som kontakt og nesten alle disse grupperte til DRG 9150 Poliklinisk konsultasjon vedrørende perinatale tilstander uten signifikant prosedyre. De fleste kontaktene i DRG 9150 var registrert med tilstandskode P59.9 *Uspesifisert gulsott hos nyfødt*, og skjer vanligvis den første uken etter fødsel (i 70 prosent av oppholdene var barnet inntil 8 dager gammelt, oftest 5 dager). Grupperingen til DRG 9150 ble styrt av pasientens alder i dager, ikke P59. Likevel var variasjonen i omfanget av slike kontakter med P59 grunn til å stille spørsmål om registreringene, særlig da mange av oppholdene ikke var registrert med lysbehandling. Analysene viste også at aktuelle sykehus hadde de høyeste ratene for aktivitet i DRG 9150.

De øvrige oppholdene (36 prosent) med P59 var registrert som innleggelse og grupperte til døgn-DRG, med størst volum i DRG 391 og DRG 388B. Også blant døgnoppholdene var flertallet (64 prosent) registrert med tilstandskode P59.9, i tillegg til betydelig andel (33 prosent) med P59.0 *Gulsott hos nyfødt i forbindelse med for tidlig fødsel* og P59.8 *Gulsott hos nyfødt som følge av andre spesifiserte årsaker*.

P59.9 var den vanligste koden ved alle sykehus, med unntak av ett. De aktuelle sykehusene hadde alle relativt hyppig bruk av P59.0, og ett også P59.8.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget om å vurdere årsaken til variasjonen i bruk av tilstandskode P59, og om eventuelle feil i registreringspraksis gir grunnlag for ABF-avregning.

Korrespondanse med sykehus

Utvalget kontaktet sykehusene med spørsmål om redegjøring for kodepraksis for innlagte for P59.0 og P59.8, samt hvilken bilirubinverdi som indiserte lysbehandling. Videre ble det etterspurt hvilke retningslinjer sykehuset har for lysbehandling av nyfødte, kriterier går man

etter for å lysbehandle som dag/poliklinisk behandling og behandling som innlagt pasient. Sykehusene ble også spurt om det velges flere planlagte polikliniske behandlinger framfor innlagte, og hvorvidt det er andre interne retningslinjer for behandling av gulsott hos nyfødte ved disse sykehusene enn andre fødeinstitusjoner i landet eller om det det skyldtes avvikende koding.

Helse Bergen svarte at P59 brukes på to ulike klinikker; Kvinneklinikken (Fødeseksjonen) og på Barne- og ungdomsklinikken (Nyfødtavdelingen). Koden P59.0 *Gulsott hos nyfødt i forbindelse med for tidlig fødsel* benyttes ved Barne- og ungdomsklinikken ved lysbehandling til premature barn, som er født før svangerskapsuke 37. Koden P59.8 *Gulsott hos nyfødt som følge av andre spesifiserte årsaker* har ikke vært brukt ved Kvinneklinikken i 2018, hverken på innlagte eller på polikliniske konsultasjoner. Koden P59.9 *Uspesifisert gulsott hos nyfødt* brukes på Kvinneklinikken i to ulike situasjoner; a. når innlagte barn som er født etter svangerskapsuke 37.0 får lysbehandling og b. når det er indikasjon for å ta blodprøve for bilirubinundersøkelse av barn som følges opp poliklinisk. Noen barn blir innlagt fra poliklinikken, fordi de utvikler en behandlingstrengende gulsott på dag 3,4,5 eller 6 etter fødsel. Sykehuset viste videre til skjema som benyttes for vurdering av bilirubin verdi i forhold til fødselsvekt, svangerskapslengde og alder i dager som viser når det er indikasjon for lysbehandling. Når det gjelder retningslinjer for lysbehandling, brukes Norsk veileder for behandling av gulsott hos nyfødte. Barnets bilirubinverdi bestemmer når det er indikasjon for lysbehandling. Alle aktuelle poster ved Kvinneklinikken følger samme retningslinjer for lysbehandling. Oppfølging av gulsott/blodprøver etter hjemreise skjer ved Kvinneklinikken (Barsel poliklinikken) inntil dag 5, deretter ved Barne- og ungdomsklinikken (Nyfødtavdelingen). Når det gjelder omsorgsnivå, får ingen barn poliklinisk lysbehandling, alle innlegges. Ved behov for behandling etter utskrivelse blir barnet innlagt på Kvinneklinikken (Barsel posten) inntil 5 dager etter fødsel. Fra og med 6. dag blir barnet innlagt ved Barne- og ungdomsklinikken (Nyfødtavdelingen).

Helse Stavanger presiserer at hele klinikken følger retningslinjene gitt i barnelegeforeningens veileder som inneholder et bilirubinskjema, som gir indikasjon for lysbehandling ut fra fødselsvekt, gestasjonsalder og alder på barnet etter fødsel. Denne brukes uavhengig om det gjelder innleggelse ved nyfødtintensiven, barselavdelingen, øvrige barneavdelingene og polikliniske konsultasjoner.

På spørsmål om bruk av koder svarer viser sykehuset til at i 94 av 111 innleggelse ble premature registrert med kode for gulsott P59.0 + prosedyre for lysbehandling QXGX20. Noen ganger ble bilirubinverdiene fulgt opp uten at barnet fikk lysbehandling. Bakgrunnen var at barnet var nær lysgrensen, eller stigende uten å komme opp i behandlingskrevende nivå. Noen av barna krevde også oppfølging poliklinisk etter utskrivelse. Sykehuset oppgir bruken av P59.8 til kun ett tilfelle. Når det gjelder poliklinikk og innleggelse svarer sykehuset at sykehuset legger til rette for tidlig

hjemreise fra barsel, og dersom barnets kliniske tilstand tillater det, forsøker en å gi poliklinisk oppfølging av gulsott, med ev. reinnleggelse dersom det er behov for ny lysbehandling.

Sykehuset Østfold svarer at tilstandskode P59 skal kun benyttes dersom barnets gulsott krever lysbehandling, og at sykehuset skal følge retningslinjene i kodemanualen som er utarbeidet av Interessegruppen for nyfødttmedisin i Norsk barnelegeforening. Ved en intern spørring viser det seg at enkelte har trodd at gulsott skal kodes selv om det ikke har medført behandlingsbehov. Koden kan derfor ha blitt overbenyttet. Andelen barn med opphold registrert med P59 ved innleggelse er imidlertid ikke veldig høyt. 246 av ca 3 000 (ca 2 800 fødsler i 2018 medregnet behov for reinnleggelse for lysbehandling m.m. for en del barn), og kun 17 prosent av det totale antallet barn som har fått tilstandskode P59. 112 barn ble lysbehandlet. Her anfører sykehuset at det er noe underkoding. Det reelle antallet lysbehandlede barn er derfor høyere.

Sykehuset viser til at det hovedsakelig er poliklinisk virksomhet og dagopphold som utgjør den største andelen med P59 diagnose, og at dette er kodet feil når det ikke var behov for lysbehandling, og derved innleggelse som dagpasient eller døgnopphold. Sykehuset uttrykker usikkerhet ang hvilken diagnosekode skal benyttes når pasienten kun kommer til kontroll pga gulsott.

Avregningsutvalget tok svarene fra sykehusene til etterretning. Det ble funnet tydelig variasjon i ratetall mellom sykehusene i bruk av P59.0 og P59.8. Stavanger og Bergen ble kontaktet angående når kode P59.8 brukes, mens sju HF over landsnittet mht P59.0 fikk spørsmål om kriterier for bruk av P59.0.

Av sykehusene som ble spurt om bruk av P59.0 svarte St. Olavs Hospital at nasjonale retningslinjer følges i bruk av koden P59.0. Diagnosen kodes ved gitt lysbehandling, og prosedyrer kodes også. Sykehuset bruker P59.0 hos nyfødte med GA<37 uker som behandles for gulsott. Sykehuset Østfold viste også til nasjonale retningslinjer og tidligere svar med grunn til mulig overkoding. Stavanger viser også til nasjonale retningslinjer og påpeker det i kodeverket ICD-10 står «Gulsott hos nyfødt med fortidig fødsel», og at det ikke er kommentert om det er behandlingskrevende. Kodeveiledningen for 2019² gir heller ikke ytterligere informasjon her. Telemark svarte at P59.0 brukes når det er dokumentert i epikrisen at barnet er prematur og har bilirubinverdier over lysgrensen med indikasjon for lysbehandling. Sykehuset henviser også til nasjonale retningslinjer. Helse Førde svarte at koden P59.0 settes når verdiene er såpass høye at det genererer tiltak, som f.eks oppfølging i forhold til gulsott (bilirubinkontroller), eller behandling (lysbehandling).

Helse Bergen og Helse Fonna ble begge spurt både om koding av P59.0 og P59.8. Helse Bergen svarte at Koden P59.0 brukes på kvinneklinikken når barnet er født for tidlig det vil si med en

² <https://ehelse.no/kodeverk/regler-og-veiledning-for-kliniske-kodeverk-i-spesialisthelsetjenesten-icd-10-ncsp-ncmp-og-ncrp>

gestasjonsalder fra 34 til 36+6 svangerskapsuger og har fått lysbehandling pga gulsott. Koden brukes ved innleggelse på kvinneklinikken og i kombinasjon med prosedyrekoden QXGX20 Lysbehandling av nyfødte. Koden P59.0 er også brukt på poliklinikk når det har vært klinisk indikasjon for å ta blodprøve av den nyfødte for å vurdere graden av gulsott. På Barne- og ungdomsklinikken brukes P59.0 ved behandling hos inneliggende pasienter, og i forbindelse med polikliniske kontroller etter behandling av barn født prematurt (GA < 37 svangerskapsuger). Diagnosekoden blir altså registrert flere ganger i forbindelse med at barnet er til poliklinisk kontroll. Sykehuset bruker P59.8 og P59.9 der enten en antar at det finnes en eller annen til grunnleggende årsak som eksempel diabetisk matris etc., eller en ikke finner en årsak (P59.9). Disse kodene blir også brukt på de polikliniske kontrollene.

Helse Fonna svarer at de bruker P59.0 på premature barn født før GA 37.0 der det blir gitt lysbehandling på grunn av gulsott. P59.8 er mest brukt på barsel ved polikliniske kontroller, dels brukt ved gulsott som har fått lysbehandling, men også noen innleggelser. Helse Fonna har gått gjennom dokumentasjon for bruk av kode P59.8. og funnet at denne koden i stor grad er brukt feil, det skulle vært kodet P59.9 i de fleste tilfellene.

Utvalgets vurderinger

Avregningsutvalget gikk gjennom besvarelsene og vurderte svarene som ganske like, og mener at svarene bekrefter at det er kodet feil. Kode P59.8 er feilaktig noen steder brukt ved fysiologisk gulsott, hvor korrekt diagnose er P59.9.

Utvalget vurderte først at alle opphold (døgn og poli) med P59.8 ved Bergen og Fonna, burde avregnes ned til landsgjennomsnitt der P59.8 kodes til P59.9. Når dette ble gjort viste det seg at nesten alle opphold var poliklinikk, og endring av tilstandskode ikke førte til ending i DRG. De grupperte uansett til DRG 9150 Poliklinisk konsultasjon vedrørende perinatale tilstander uten signifikant prosedyre. Noen få opphold med innleggelse gjensto, og for disse hadde nesten alle prosedyrekode for lysbehandling. Med godkjenning av et visst antall opphold med P59.8 mtp landsgjennomsnittet, var det kun to innlagte med P59.8 uten at lysbehandling er registrert.

Utvalget påpeker at det bør være samsvar mellom kodeveiledningen og anbefalingen til barnelegeforeningen.

Anbefaling:

Saksbehandlingen antyder feilkoding på visse sykehus. Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning i denne saken, da feilkodingen i liten grad har påvirket ISF utbetalingen.

19/2881 Spørsmål om utredning av hjertesykdom i DRG125 og DRG125O

Analysen av ABF-data for 2018 viste at Helse Nord RHF hadde høye rater (opphold pr 1000 innbyggere) i DRG 125 *Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre u/kompliserende hjertelidelse* og samtidig lave rater for korresponderende utredning uten innleggelse, gruppert til DRG 125O *Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre, dagmedisinsk behandling*.

Analysene viste at andelen utredninger hvor pasientene ble lagt inn ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) var 87 prosent, mens landsgjennomsnittet var 29 prosent. Akershus universitetssykehus (Ahus) lå også noe høyere enn landsgjennomsnittet, med 47 prosent.

Vanligste hovedtilstand ved opphold i DRG 125 var I25.1 *Aterosklerotisk hjertesykdom* og R07.4 *Uspesifisert brystsmerte*. Dette var også tilfelle for UNN og Ahus. Analysene viste en tendens til at noen tilstandskoder var hyppigere brukt ved UNN enn ved øvrige helseforetak med aktivitet i DRG 125, bl.a. I10 *Essensiell (primær) hypertensjon*, I20 *Angina pectoris* og I35 *Ikke-reumatiske aortaklaffefeil*.

Vanligste prosedyrekode for opphold i DRG 125 i landet totalt var SFNOCB *Endovaskulær selektiv koronar angiografi*. Ved UNN var vanligste prosedyrekode FYX10A *Venstresidig hjertekateterisering*. FYX10A forekom sjelden ved andre helseforetak, dette kan tyde på en annen kodepraksis ved UNN. Ved Ahus var vanligste prosedyrekode SFNOCB, som ved øvrige helseforetak.

Ved UNN hadde oppholdene i DRG 125 en liggetid på 1-15 døgn, i gjennomsnitt 1,9 døgn. Ved øvrige helseforetak var liggetiden 1-22 døgn, med et gjennomsnitt på 2,2 døgn. Totalt 56 prosent av oppholdene ved UNN hadde kun én overnatting. Dette var litt høyere enn gjennomsnittet for øvrige helseforetak, som var 54 prosent.

Helsedirektoratet ønsket en vurdering fra Avregningsutvalget om mulige årsaker til den store variasjonen i forekomst av DRG 125, og om eventuelle forskjeller i registreringspraksis eller valg av omsorgsnivå gir grunnlag for ABF-avregning.

Korrespondanse med sykehus

Aktuelle sykehus fikk brev med spørsmål om organisering av tjenestetilbudet ved utredning av koronar hjertesykdom, hvorvidt reiseavstand påvirker organiseringen av tjenestetilbudet, pasientsammensetningen og valg av medisinsk praksis. Sykehusene ble bedt om å gjøre rede for omsorgsnivå, helsehjelp og hvorvidt det brukes pasienthotell eller sykehotell.

Ahus svarte at antall pasienter i DRG 125O er «lavt» fordi sykehuset dekker kun ca 1/3 av det elektive behovet i opptaksområdet. Øvrige pasienter i denne gruppen utredes ved andre

institusjoner som for eksempel LHL-sykehuset ved Gardermoen. Dette er en viktig faktor som påvirker det relative forholdet mellom DRG 125 og DRG 1250 for opptaksområdet. Pasienter i DRG 125 er akutt innlagte pasienter med brystmerter som får utført koronar angiografi og observeres til dagen etter. Sykehuset melder at pasientene får koronar angiografi, PCI og ekkokardiografi. Pasienter som får PCI grupperes imidlertid til annen DRG (112C-F), det er pasienter som får koronar angiografi som grupperes til DRG 125/1250. Det brukes ikke pasient- eller sykehotell.

UNN svarer at elektiv hjerteutredning i hovedsak foregår ved hjertemedisinsk utredningspost. Invasiv koronar angiografi deles på forhånd inn i to kategorier: "komplisert" ca 30 prosent og "ukomplisert" ca 70 prosent. Ut over dette er det årlig ca 350 invasive planlagte elektrofysiologiske prosedyrer som fordeler seg over et noe videre spekter av kategorier. Et typisk ukomplisert forløp varer gjerne omkring et døgn hvor pasienten ankommer og blir undersøkt innkomstdagen, mens pasienten blir tilsett/kontrollert før hjemreise påfølgende dag. Dersom prosedyren forløper ukomplisert, overnatter pasienten på hjertemedisinsk utredningspost hotell (pasienthotell med tilgang på pleiepersonell/medisinsk assistanse ved behov) samme natt. Unntaket er pasientene som har <1 times reisevei til sykehuset. Blant disse får majoriteten lov til å reise hjem samme kveld. Denne praksisen er basert på medisinske vurderinger, særlig faren for blødning, som er den vanligste komplikasjonen etter invasive perkutane prosedyrer. Pasientene skrives inn som heldøgns-pasienter da pasienter ved UNN som hovedregel kommer fra andre fylker, og enkelte steder som har begrenset medisinsk akutttilbud ved potensielle tilstøtende komplikasjoner. Et typisk planlagt "komplisert forløp" er en pasient med økt komorbiditet som gjerne er under utredning i 2-3 dager fra innskrivning til utskrivelse. Avhengig av funksjonsnivå brukes enten hjertemedisinsk sengepost eller hjertemedisinsk utredningspost hotell (med medisinsk beredskap) for overnatting.

Avregningsutvalget tok svarene fra Ahus og UNN til etterretning angående forhold som funksjonsdeling og organisering av tjenestetilbud. Ahus pekte på funksjonsdeling mellom LHL Gardermoen og egen virksomhet. UNN hadde en god beskrivelse av hvordan de organiserer tilbudet, men her legges pasientene på hotellpost og registreres som innlagt. Hvis dette er kun pga reiseavstand, bør de ikke være innlagt. Sykehuset ble derfor bedt om å redegjøre hvorvidt pasientens tilstand ved innleggelse vurderes annerledes for hotellgjester enn de som innlegges på sykehus.

Avregningsutvalget ba om en presisering fra sykehuset om hvorfor pasientene på pasienthotellet er inneliggende, hvis de er der kun pga reisevei, samt om pasientene bosatt i vertskommunen med overnatting hjemme blir registrert som innlagt, men under permisjon eller som dagmedisinsk behandling.

UNN svarte videre at lokale «kompliserte» pasienter som bor hjemme er i permisjon fra avdeling når de sover hjemme. Disse er alltid registrert som heldøgns pasienter. Lokale «ukompliserte» pasienter skrives ut til bosted samme dag. Disse registreres også som heldøgns pasienter. UNN skriver videre at dersom prosedyren forløper ukomplisert, overnatter pasienten på hjertemedisinsk utredningspost hotell, og viser til medisinske vurderinger, særlig blødningsfare.

Avregningsutvalget ba videre UNN dokumentere hvor mange som blir tilbakeført til sengepost grunnet komplikasjoner siste tre år. Sykehuset svarte at det ble registrert 237 komplikasjoner, derav 53 blødninger, og viser også til andre, mindre komplikasjoner som ikke registreres, da det ikke har betydning for behandlingen.

Avregningsutvalget mente at svaret fra UNN nok ikke skilte mellom PCI og kun angiografi, da blødning først og fremst er koblet til førstnevnte. I et oppfølgingsbrev poengterte utvalget at saken kun omhandler utredningspasienter hvor det samtidig ikke gjøres behandlingsprosedyrer (som PCI). Det er disse pasientene som grupperes til DRG 125 og DRG 1250, og hvor flertallet behandles som poliklinisk ved øvrige sykehus, men legges inn ved UNN. Utvalget ba om svar på hvor stor andel av rene utredningspasienter uten samtidige behandlingsprosedyrer vurderes som ukompliserte versus kompliserte. Videre om det foreligger noen data for komplikasjoner for pasienter som kun gjennomgår invasiv utredning uten samtidig behandlingsprosedyre. Utvalget stilte til slutt spørsmål vedrørende hyppighet av reinnleggelser grunnet komplikasjoner hos pasienter med reisevei under 1 time, som UNN behandler poliklinisk.

UNN svarte at av pasienter til elektiv konvensjonell koronar angiografi fra 1/1 2017 er det, basert på henvisningene i forkant, planlagt henholdsvis 1 317 «komplekse» pasienter mot 2 833 som er rubrisert som enkle. Førstnevnte er i hovedsak planlagt som døgnpasienter, mens sistnevnte hovedsakelig dagpasienter som det bestilles rom til på pasienthotell dersom de har mer enn 1 times reisevei fra hjemmet. Sykehuset påpeker at sorteringen utføres på bakgrunn av medisinske opplysninger i søknadene, før man vet om pasientene også skal ha samtidige behandlingsprosedyrer, eller om der faktisk tilstøter komplikasjoner i forløpet. Når det gjelder pasienter som kun gjennomgår invasiv utredning uten samtidig behandlingsprosedyre er det 6 004 slike registreringer fra 1.1.2016. derav 72 komplikasjoner på lab, samt 83 komplikasjoner på avdeling i etterkant. På spørsmålet om pasienter med kort reisevei viser UNN til 512 pasienter med bosted Tromsø kommune med elektiv koronar angiografi, hvor der ikke samtidig ble foretatt behandlingsprosedyrer. Ingen av disse ble re-innlagt i løpet av påfølgende 24 timer.

Utvalgets vurderinger

Utvalget tok svaret til etterretning, men viser til at de aktuelle pasientene ellers i landet behandles som dagmedisinske pasienter. Organiseringen legger opp til overnatting selv om det ikke vurderes som nødvendig ved andre sykehus UNN synes å definere pasienter som "komplekse" før undersøkelse, noe som medfører innleggelse. Her er det forskjellig praksis ved UNN sammenlignet med andre sykehus.

Anbefaling:

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

18/1820 Bruk av prosedyrekodene QXE35 *Rekonstruksjon ved huddefekt etter kirurgi eller skade i uspesifisert hudregion* og QXE30 *Eksisjon av kirurgisk arr i uspesifisert region*

Saken ble først meldt inn i 2017. Saken omhandlet vurdering av kodepraksis ved kirurgisk fjerning av ondartet svulst i hud, med særlig henblikk på variasjon i helseforetakenes bruk av koden Q*E30 *Eksisjon av kirurgisk arr*. Det ble også vist til at saken burde sees i sammenheng med tidligere sak 13/5150 DRG 2680 *Plastisk operasjon på hud og underhud - dagkirurgi*, som Helsedirektoratet la til grunn at utvalget også ville følge opp for 2016. Denne saken gjaldt kodene Q*E35 *Rekonstruksjon ved huddefekt (.....) etter kirurgi eller skade*, hvor Avregningsutvalget tidligere har konkludert med feil bruk av koden ved St. Olavs hospital og Teres Stokkan. Det framgår av Avregningsutvalgets årsrapport for 2017 at «Avregningsutvalget mener at det ikke er åpenbart at dette er en avregningssak og ber Helsedirektoratet gjøre en ny vurdering før de eventuelt melder inn saken på nytt for ABF 2017». Det fremgår videre at utvalget anbefaler at det gjøres presiseringer i kodeveiledningen.

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

Dette er avgjørende for om oppholdet grupperes til DRG 2680 *Plastiske operasjoner på hud og underhud, dagkirurgisk behandling* eller 809J *Eksisjon eller destruksjon av hudlesjon*. Behovet for vurdering av kodepraksis på dette området ligger både i erfaringene og konklusjonene i sak 13/5150, i de utviklingstrekk som observeres og variasjonene mellom ulike HF.

Analyser av omfang

Analyser av ABF data for 2017 viste en kraftig vekst i DRG 2680 og en reduksjon i DRG 809J for 3 av de 4 helseregionene. Avregningsutvalget har fulgt opp saken for ABF-data 2018 og det viser seg at alle sykehusene som ble vurdert i fjor, med unntak av Vestre Viken, har færre opphold i DRG 2680 og vekst eller stabil aktivitet i DRG 809J. Vestre Viken har vekst i begge DRG-er, men hovedsakelig i DRG 809J. Det ble observert at Sykehuset Østfold har hatt en vekst i DRG 2680 og en reduksjon i DRG 809J fra 2017 til 2018.

Korrespondanse med sykehus

Avregningsutvalget har tidligere sendt brev til helseforetakene for å vite mer om opphold registrert med prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35 som grupperes til 2680. De ble bedt om å forklare hvorfor andelen opphold som grupperes til DRG 2680 har økt ved de aktuelle sykehusene sammenlignet med andre helseforetak i egen region og landet for øvrig. De ble spurt om behandlingen av kirurgisk fjerning av ondartet svulst i hud er organisert på en annen måte enn i andre helseforetak eller om det finnes andre faktorer som kan forklare at pasienter i disse opptaksområdene har en høyere andel opphold i DRG 2680. De ble også spurt spesifikt om hva

som er begrunnelsen for økt bruk av kodene Q*E30 og Q*E35. I svarene fra helseforetakene fremgikk det generelt at kodeveiledning og kodeverk har vært uklart for denne problemstillingen. Endringen i kodeveiledningen kom før endringen i kodeverket for 2017.

På bakgrunn av analysene som ble gjort på ABF-data for 2018 sendte sekretariatet ut brev til Sykehuset Østfold med samme spørsmål som ble sendt ut til andre helseforetak tidligere. Svaret fra sykehuset uttrykte tvil om korrekt koding i denne saken. Sykehuset beskrev sviktende tilgang til relevant informasjon utenfor egen organisasjon, eksempelvis kodeveiledning ved rekonstruksjonsinngrep etter hudkreft. Sykehuset opplyste at det er en økende poliklinisk og operativ aktivitet hvert år, og at de har som mål å være i stand til å yte nødvendig helsehjelp og kirurgi til pasienter innenfor vanlig plastikk- og rekonstruktiv kirurgi i nedslagsfeltet. Ved hudkreft er det ofte nødvendig med rekonstruksjoner, og lokale hudleger henviser slike pasienter til sykehuset. Pasienter med større lesjoner eller lesjoner som ligger utfordrende til, krever gjerne mer enn bare fjerning og direkte lukning. Også privatpraktiserende kirurger henviser pasienter til sykehuset, ofte etter at primær-eksisjon er utført.

Det ble videre beskrevet at endringen fra 2017 til 2018 skyldes at sykehuset har begynt å kode alternativt til QAE10 ved primær-eksisjon. Det brukes da DHB00 *Eksisjon av utvendig neselesjon*, EAA10 *Eksisjon av utvendig leppe-tumor*, og DAB00 *Eksisjon av utvendig ørelesjon*. Mer enn 130 registreringer av prosedyren Q*E30 er relatert til L-diagnoser, ikke cancer, selv om noen sikkert har tidligere cancerkirurgi som utgangspunkt for behov av senere arrkorreksjoner. Det oppgis at mange i denne gruppen er kodet med L90.5 *Arrtilstander og fibrose i hud*, men kunne trolig vært kodet med L98.7 *Mye og overflødig hud og underhudsvev*, inngrepene kunne da vært kodet som QBJ99. QBE30 og QBJ99 gir nøyaktig samme refusjon.

Sykehuset skriver videre at en annen stor gruppe pasienter kodet med Q*E30 er pasienter med malignt melanom. Av disse har rundt 80 vært til sentinel-node-diagnostikk i løpet av 2017/2018. Hvor stort arr som kreves for at man skal kunne bruke prosedyrekoden Q*E30 er ikke klart definert. Diagnosekoden C44.3 *Hud i andre og uspesifiserte deler av ansikt* er registrert på mange opphold der QAE30 er benyttet. Det ble antatt at denne prosedyrekoden i de aller fleste tilfellene var registrert sammen med en rekonstruksjonskode.

Utvalgets vurderinger

Det var behov for å få vurdert kodepraksis på dette området da det ble observert en kraftig vekst i DRG 268O og en reduksjon i DRG 809J for ABF-data for 2017. Hvis denne endringen kan knyttes til en endret og eventuelt feil kodepraksis vil det være svært uheldig, men ettersom endring i kodeveiledning kom før endringen i kodeverket for 2017 måtte Avregningsutvalget akseptere økningen og at helseforetakene hadde kodet riktig. Avregning ble derfor ikke anbefalt.

Etter å ha fulgt opp i ABF-data for 2018 vurderte Avregningsutvalget at helseforetakene har fulgt kodeveiledningen og endret behandlingsregime. Det kan tyde på at alle sykehusene er i ferd med å endre kodepraksisen i henhold til kodeveiledningen. Avregningsutvalget mente at svaret fra

Sykehuset Østfold ikke inneholdt tilstrekkelig informasjon til å konkludere i saken. Ved usikkerhet ved koding må sykehusene henvende seg til kodehjelp. Utvalget oppfatter at prosedyrekodeverket her er tilstrekkelig entydig.

Anbefaling:

På grunn av utilstrekkelig informasjonsgrunnlag konkluderer Avregningsutvalget med at det trengs en dokumentkontroll hos Sykehuset Østfold for å kunne avgjøre saken.

18/1819 Kodepraksis ved behandling av hemoroider

Saken ble først behandlet og avregnet i 2018. Analyser av ABF-data for 2017 viste en vesentlig vekst i opphold gruppert til DRG 1490 *Større operasjoner på tynntarm og tykktarm, dagkirurgisk behandling* fra 2016 til 2017 ved flere helseforetak. Oppholdene var registrert med hovedtilstand K64 *Hemoroider og perianal venøs trombose* og prosedyrekodene JHB00 *Hemoroidektomi* eller JHB96 *Annet inngrep for hemoroider eller slimhinneprolaps*. Denne kombinasjonen av tilstander og prosedyrer ville gruppert oppholdene til DRG 1580 *Enkle tarmoperasjoner og operasjoner på anus og fremlagt tarm, dagkirurgisk behandling*. Årsaken til at oppholdene derimot grupperes til DRG 1490 er bruk av prosedyrekode JGA60 *Sutur av rectum*.

Avregningsutvalget er tidligere bedt om å vurdere relevansen av å bruke denne prosedyrekoden, og Helsedirektoratet ønsket å følge denne saken opp også i årets arbeid.

Bruk av prosedyrekode JGA60 var knyttet til en ny metode - HAL/RAR (Hemorroidal arterial ligation – Recto-anal repair) – som sykehusene hadde tatt i bruk. Det ble avklart i dialog med Direktoratet for eHelse at dette ikke var korrekt koding. Det ble for aktiviteten i 2017 foretatt avregning ved at oppholdene ble gitt refusjon lik DRG 1580 *Enkle tarmoperasjoner og operasjoner på anus og fremlagt tarm, dagkirurgisk behandling*.

I 2018 ble det innført en egen kode for HAL/RAR-metoden.

Utvalgets vurderinger

ABF-data for 2018 viste at Sykehuset Telemark og Helse Bergen har endret kodepraksis fullstendig mens Vestre Viken, Universitetssykehuset i Nordland og Sykehuset i Vestfold har færre opphold enn ved sist avregning. Det er fortsatt en del opphold kodet med K64 og JGA60 hos Sykehuset Vestfold, og ble anbefalt avregnet også for 2018.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 1490 *Større operasjoner på tynntarm og tykktarm, dagkirurgisk behandling* med hovedtilstand K64 *Hemoroider og perianal venøs trombose* og prosedyrekode JGA60 *Sutur av rectum* gis refusjon lik DRG 1580 *Enkle tarmoperasjoner og operasjoner på anus og fremlagt tarm, dagkirurgisk behandling* hos Sykehuset Vestfold.

18/8615 Mulig dobbeltfinansiering av klinisk nevrofysiologi

Saken følges opp fra i fjor. Saken befinner seg innenfor et område som er i grenseflaten mellom ISF og takstfinansiering. Saken ble initiert på bakgrunn av henvendelser fra sektoren om en registrerings- og rapporteringspraksis ved Helse Førde som det stilles spørsmål til om er i tråd med finansieringsreglene. Det ble angivelig registrert to kontakter på en og samme time; en ISF-konsultasjon som rapporteres til Norsk pasientregister som ca. en halv times konsultasjon mens andre del av konsultasjonen registreres på en teknisk avdeling med krav om takstfinansiering fra HELFO (702-takster). Det ble lagt inn 5 minutters teknisk pause mellom disse to registreringene selv om det er en times samlet konsultasjon.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget om å følge opp saken.

Nevrofysiologiske undersøkelser skal kodes med takst 702a-g, og disse oppholdene takstfinansieres og inngår derfor ikke i ISF. Generelt er det slik at en kan også ha en ordinær nevrologisk konsultasjon i ISF samme dag som en tar en nevrofysiologisk test som gir grunnlag for takst. Spørsmålet blir da hva som kan defineres som en ordinær konsultasjon samme dag. Her vil det være grunnlag for ulikt skjønn og dette kan igjen gi grunnlag for ulik rapportering av sammenlignbar aktivitet.

Analyser av ABF-data viste at det kan være variasjon mellom ulike sykehus i hvordan dette er organisert og rapportert og data for 2018 viser at en rekke opphold hos Helse Førde i både nevrologisk og nevrofysiologisk avdeling kan ligge i DRG for ordinær poliklinisk konsultasjon i tillegg til å være registrert med 702-takster som gir refusjon fra HELFO. Men ingen av disse oppholdene har fått ISF-poeng og derfor ingen ISF-utbetaling og følgelig ingen dobbeltfinansiering. Fra 2020 inngår klinisk nevrofysiologi i ISF-ordningen og da vil problemstillingen med mulig dobbeltfinansiering ikke lenger være aktuell.

Det vises for øvrig til Avregningsutvalgets årsrapport for 2018 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Anbefaling:

Avregningsutvalget tok saken til orientering.

18/11563 Kodepraksis ved HIFU behandling av prostatakreft

Saken følges opp fra i fjor og ble initiert på bakgrunn av en henvendelse fra sektoren som omhandlet kodepraksis for behandling av prostatakreft med høyfrekvent ultralyd. Henvendelsen beskrev at Urologisk avdeling ved Oslo Universitetssykehus (OUS) i lengre tid hadde benyttet uriktig prosedyrekode i forbindelse med forskningsbasert behandling av prostatakreft. Det var usikkerhet om prosedyrekoden *KED80 Perkutan kryokirurgi på prostata* var urettmessig benyttet hos pasienter med prostatakreft som ble behandlet med såkalt High Intensity Focused Ultrasound (HIFU). Et sentralt spørsmål vedrørende rapportering til NPR er hvorvidt aktiviteten var å anse som forskning/ utprøvende behandling.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget følge opp saken.

Etter dialog med Direktoratet for e-helse har kodepraksis endret seg. Oppfølgende analyser på ABF-data 2018 viste kun ett aktuelt opphold for problemstillingen og det var registrert hos Helse Bergen. Oslo Universitetssykehus hadde ingen slike opphold og har med andre ord fullstendig endret sin kodepraksis året etter at saken ble initiert.

Det vises for øvrig til Avregningsutvalgets årsrapport for 2018 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Anbefaling:

Avregningsutvalget tok saken til orientering.

17/28390 Kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner

Avregningsutvalget har i løpet av de siste årene behandlet saker på bakgrunn av observasjon av høy andel døgnopphold ved enkelte HF/institusjoner, og med indikasjoner på at pasientene i en stor andel av tilfellene hadde hatt permisjon og ikke overnattet ved sykehuset. I tilfeller der helsehjelpen foregår over to eller flere dager, uten at pasienten overnatter i sykehusavdeling, skal behandlingsaktiviteten ikke rapporteres som ett sammenhengende avdelingsopphold med permisjon (ISF regelverk 2018; kapittel 5.15). Som utgangspunkt for Avregningsutvalgets vurdering av saken fikk utvalget iverksatt analyser for å belyse problemstillingens omfang, med vekt på opphold med liggetid 1 døgn, 2 døgn og over 2 døgn.

I sin bestilling til Avregningsutvalget for 2018, ønsket Helsedirektoratet at Avregningsutvalget prioriterte denne saken, både fordi den var viktig for avregning av ABF-data for 2017, men også i forhold til videreutviklingen av ISF-ordningen. Overgang fra døgn til dagbehandling er en ønsket utvikling. Aktivitetsbasert finansiering kan påvirke denne utviklingen. Helsedirektoratet ønsket å samle kunnskap om eventuelle forskjeller i registreringspraksis som underlag for tolking av utviklingstrekk basert på rapporterte data. Helsedirektoratet ønsket at det i første omgang ble fokusert på opphold der skillet mellom døgnopphold og dagopphold/poliklinikk har størst betydning i ISF-sammenheng. Rehabilitering, det vil si opphold i DRG 462A og DRG 462B, ble av den grunn ekskludert.

Etter kommunikasjonen med sykehusene under fjorårets saksbehandling vurderte avregningsutvalget at hovedtendensen fortsatt var den samme, sykehusene har ikke rettet seg etter regelverket. Utvalget påpekte at ISF regelverk er svakt når en skiller mellom døgn/dag/poliklinikk for samme tilstand. Avregningsutvalget vurderte det faglige innholdet i tjenestene ut fra svarene fra helseforetakene og anbefalte en avregning av korte innleggelser ved de helseforetak med høyest andel korte innleggelser med like lang permisjonstid. Med korte innleggelser menes i denne sammenheng opphold hvor liggetiden er ett døgn, og permisjonen like lang. Årets analyser tyder på at utviklingen går i ønsket retning, men det ble bestemt at avregning skulle skje etter fjorårets modell. Et fåtall opphold tas ut, det gjelder der vektene for innlagte og dagkirurgi er blitt like.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler en avregning av de sykehusene med høyest andel (over 4 prosent) korte innleggelser med like lang permisjonstid som innleggelsestiden. Her avregnes alle opphold hvor liggetid er lik permisjonstid og der liggetid=1. Opphold med dagkirurgi avregnes som gjennomsnittsvekt for dagkirurgi pluss poliklinikk. Opphold uten dagkirurgi avregnes som to dagopphold med gjennomsnittsvekt dagmedisin. Opphold der vektene for innlagte og dagkirurgi nå er like, tas ut av avregningen.

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

Saken ble meldt inn av Avdeling finansiering ved Helsedirektoratet og først behandlet og avregnet i 2017 og i 2018. Bakgrunnen for saken var at analyser av ABF-data for 2016 viste at pasienter bosatt i opptaksområdene til Sykehuset Vestfold og Sykehuset Innlandet hadde en vesentlig høyere andel opphold i DRG 462A *Kompleks rehabilitering* enn pasienter som hører hjemme i andre opptaksområder. Også i DRG 462B *Vanlig rehabilitering* var aktivitetsratene relativt høye for de aktuelle opptaksområdene. Mange av disse oppholdene gjaldt rehabilitering av pasienter med muskelsmerter, her definert som opphold med annen tilstand fra M60-M79 *Bløtvevssykdommer*. Mer spesifikt gjaldt det revmatisme, fibromyalgi og myalgi. Disse utgjør andre pasientgrupper enn de som vanligvis er aktuelle for rehabilitering med innleggelse ifølge ISF-regelverket.

Avregningsutvalget ble av Helsedirektoratet bedt om å vurdere hvilken type aktivitet som inngår i DRG 462A og DRG 462B og videre vurdere om aktiviteten oppfyller kravene til rehabilitering slik det står formulert i ISF-regelverkets kapittel 5.12 samt vurdere om de aktuelle oppholdene heller burde vært kodet som pasientopplæring eller gruppebehandling.

Tidligere har Sykehuset Innlandet og Sykehuset i Vestfold blitt avregnet. Oppfølgende saksbehandling og analyser på ABF-data 2018 viste at Sykehuset Vestfold fortsatt hadde mange feilkodede rehabiliteringsopphold, og i tillegg hadde Nordlandssykehuset og Sunnaas registrert uforholdsmessig mange slike opphold. Ettersom de to sistnevnte sykehus ikke har vært involvert i saken tidligere ble de tilsendt brev med samme spørsmål som ble sendt ut i foregående år.

Utvalget vurderte at Nordlandssykehuset og Sunnaas hadde gitt tilfredsstillende svar på sin praksis, men at dette ligner på tilbudet ved Sykehuset Innlandet og Sykehuset Vestfold som også er vurdert tidligere i saken. Også der har det vært snakk om pasientgrupper med diagnoser som muskel- og bløtvevssykdommer (M60-M79) som både behandles poliklinisk og ved innleggelse.

Det vises for øvrig til Avregningsutvalgets årsrapport for 2018 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Anbefaling:

Behandlingen vurderes som en serie av polikliniske konsultasjoner, og Avregningsutvalget anbefaler avregning til poliklinikk pluss ett opphold i 998O for Sunnaas, Nordlandssykehuset og Sykehuset Vestfold. Saken følges opp neste år for å se om tallene endres.

17/11399 **Kodepraksis for opphold i DRG 475A Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte**

Denne saken ble først behandlet i 2017 da analyser av data for Aktivitetsbasert finansiering (ABF) for 2016 viste stor variasjon mellom helseforetakene i koding av hovedtilstand fra Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99) i kombinasjon med medisinsk prosedyrekode GXAV01 Respiratorbehandling INA. Innleggelser registrert med hovedtilstand fra J00-J99 og prosedyrekode GXAV01, grupperer til DRG 475A. Dersom tilstandskode fra J00-J99 er registrert som annen tilstand, dvs. ikke hovedtilstand, vil oppholdet grupperes til en annen DRG, ofte med lavere vekt, avhengig av hvilken hovedtilstand som er valgt. Spørsmålet er om det er valgt hovedtilstand fra J00-J99 til tross for at respiratorbehandling er gitt i forbindelse med sykdom innenfor en annen hoveddiagnosegruppe.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget å vurdere om ulik forekomst mellom helseforetakene av hovedtilstand fra Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99) i kombinasjon med medisinsk prosedyrekode GXAV01 Respiratorbehandling INA er et uttrykk for feilkoding. Avregningsutvalget mente at det var tydelige variasjoner i kodepraksis. Data viste at lokal- og sentralsykehusene hadde størst andel opphold med hovedtilstand fra J00-J99 (opp til 59 prosent), mens regionsykehusene hadde lavere andel (10-20 prosent).

For å vite om riktig hovedtilstand er satt, må pasientjournalene gjennomgås. Avregningsutvalget konkluderte med at en dokumentkontroll var nødvendig for å kunne komme fram til en anbefaling. Dokumentkontrollen ble gjennomført hos to sykehus pr helseregion i løpet av vinter 2018/2019. Metode og resultater er nærmere beskrevet i revisjonsrapporten "Dokumentkontroll av opphold gruppert til DRG475A. Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte" publisert av direktoratet for e-helse.

Utvalget fikk presentert resultatene etter dokumentkontrollen i reviderte sykehus. Det ble påvist betydelige variasjoner mellom helseforetakene. Dokumentkontrollen viste at det i varierende grad var valgtfeil hovedtilstand slik at det var grunnlag for endring av hovedtilstand både innen J-kapittelet, og også fra J00-J99 til annet kapittel. I en del tilfeller var det kodet med GXAV01, respiratorbehandling uten at slik behandling var dokumentert i journalen. Det fremgår av rapporten hvilke koder som revisjonen fant at skulle endres, slettes eller legges til.

To av sykehusene hadde beskjedne avvik. Ved Helse Førde ble det påvist underkoding svarende til ca 8 prosent med for lavt beregnet antall DRG-poeng. Ved Helse Stavanger ble det påvist en overkoding svarende til kun ca 4 prosent av korrekt antall DRG-poeng. Størst avvik ble det funnet ved Sykehuset i Vestfold (SiV). Her var representerte overkodingen ca 80 prosent for høyt antall DRG-poeng. Utvalget tok rapporten til etterretning. Utvalget vurderte at det ikke er grunnlag for å generalisere til alle opphold i DRG 475A, og at en avregning må holde seg til de oppholdene

som er revidert. Det påpekes at respirasjonssvikt sjeldent skal være hoveddiagnose. Det er betydelig svikt i kvalitet på kodepraksis, og utvalget spør seg om det er nok kompetanse i sykehusene på dette området.

Fullstendig rapport fra Direktoratet for e-helse er lagt ved denne årsrapporten.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler en regruppering av alle reviderte opphold hos de åtte gjennomgåtte sykehusene.

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

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

Helsedirektoratet ba i 2017 Avregningsutvalget vurdere grunnlaget for bruk av akupunktur ved Sykehuset i Vestfold og om avviket mellom helseforetak skyldes variasjon i medisinsk praksis eller ulik kodepraksis.

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

Avregningsutvalget fremholdt ved fjorårets behandling at det ikke er innenfor mandatet å vurdere hva som er adekvat behandling eller ikke, men har påpekt unaturlig høy bruk av smertekoder ved Sykehuset i Vestfold. Dette er smertekoder på en etablert behandling som inngår i ISF. Anbefalingen fra utvalget skal ikke hindre nye og gode behandlingsmetoder, men utprøvende behandling skal finansieres på annet vis. Avregningsutvalget vurderte da at det er akseptabelt at det er brukt smertekode i 20 prosent av oppholdene der hovedtilstanden er R52.2 og det er rapportert prosedyrekode for akupunktur. Resten av oppholdene regnes som utprøvende behandling, vanlig konsultasjon uten prosedyrer eller at dette egentlig er innenfor primærhelsetjenesten.

Analyser av ABF-data for 2018 viste nedgang i kombinasjonen DRG801R (lokal smertebehandling) med hovedtilstand R52.2 (annen kronisk smerte) og prosedyrekode WDAL15/WLGX60 (akupunktur). Imidlertid viser analyser økende grad av andre tilstandskoder i R-kapittelet, dvs fra kroniske til mer uspesifiserte smertetyper, noe som vurderes som ganske like tilstander. Avregningutvalget vurderte derfor behandlingstilbudet som likt tidligere, men med endret diagnosekoding.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler avregning etter tidligere års modell. 80 prosent av opphold i DRG 801R Lokal smertebehandling registrert med hovedtilstand R52.2 Annen kronisk smerte eller R52.9 Uspesifisert smerte og prosedyrekode WDAL15 Akupunktur ved Sykehuset i Vestfold

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

17/5577 Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide

Saken følges opp fra tidligere år og gjelder høy andel opphold hos Helse Nord-Trøndelag i DRG914Q Fosterdiagnostiske undersøkelser sammenlignet med øvrige opptaksområder. Metode for avregning som er benyttet tidligere år vil ikke være egnet for avregning dette året. Endrede kostnadsgrunnlag fra helseforetakene som grunnlag for vektberegningen har gitt som resultat at DRG 914P har fått høyere vekt enn DRG 914Q. Helsedir ønsker derfor ingen korreksjon av ISF-utbetalingen.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaling er at det ikke skjer avregning i denne saken, men påpeker at kodepraksis hos Helse Nord-Trøndelag med bruk av Z36 fortsatt ansees som feil.

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

Saken ble meldt inn av Avdeling finansiering ved Helsedirektoratet og først behandlet og siden avregnet i 2017 og i 2018. Den er fulgt opp også i år.

Bakgrunnen for saken var at analyser av ABF-data for 2016 viste at pasienter bosatt i Vestfold hadde vesentlig flere opphold per 1000 innbyggere i DRG 144 *Sirkulasjonssykdommer ITAD m/bk* enn pasienter bosatt i andre fylker. Sykehuset i Vestfold hadde et høyt antall opphold kodet med Z95.X *Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar*. Lignende tendens ble observert ved Sykehuset Innlandet og Vestre Viken. Analyser av ABF_data for 2018 viste at Sykehuset i Vestfold fortsatt hadde høyere andel opphold med hovedtilstand Z95 i DRG 144, mens de andre sykehusene hadde endret kodepraksis.

Oppfølgende analyser av ABF-data for 2018 viste at Sykehuset i Vestfold fortsatt hadde høyere andel opphold med hovedtilstand Z95 i DRG 144. Avregningsutvalget valgte derfor å opprettholde anbefaling om avregning etter samme prinsipp og metode som foregående år.

Det vises for øvrig til Avregningsutvalgets årsrapport for 2018 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold registrert med hovedtilstand Z95 *Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar* ved Sykehuset Vestfold avregnes ned til landsgjennomsnittet.

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

Problemstillingen i denne saken er bruk av kode J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted som hovedtilstand. Saken ble behandlet første gang av Avregningsutvalget i 2014. Avregningsutvalget anbefalte avregning for opphold ved Sykehuset Vestfold for både Aktivitetsbasert finansiering (ABF) 2013 og 2014. For ABF 2015 var kodepraksis forbedret, og saken ble avsluttet.

Analyser av ABF-data for 2016 viste at det fortsatt var høy forekomst av antall opphold i DRG 87 Respirasjonssvikt & lungeødem ekskl ved hjertesvikt ved Sykehuset Vestfold. Det var også mange opphold i DRG 87 ved Oslo universitetssykehus, Sykehuset Innlandet og Vestre Viken. Sykehuset i Vestfold og Oslo Universitetssykehus hadde en høy andel opphold i DRG 87 hvor J96 var kodet som hovedtilstand.

Avregningsutvalget mente at det i henhold til gjeldende kodeverk ikke hadde blitt kodet riktig hoveddiagnose for disse oppholdene og anbefalte avregning i saken i 2017. Den samme konklusjonen ble fattet i 2018.

Analyser for ABF-data for 2018 viste en endring av kodepraksis i riktig retning, men at forekomst av hovedtilstand J96 fortsatt var for høy i de aktuelle helseforetakene bortsett fra hos Sykehuset Innlandet. Avregningsutvalget opprettholder anbefaling om avregning etter samme prinsipper og metode som for ABF 2017.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 87 Respirasjonssvikt & lungeødem ekskl ved hjertesvikt registrert med J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted som hovedtilstand avregnes. Oppholdene avregnes ved å regruppere oppholdene med første av andre tilstander som hovedtilstand og J96 som annen tilstand.

15/1804 Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger

Denne saken ble først behandlet i 2015 og handlet om at antall opphold i DRG 520 Obstruktivt sovnapnesyndrom og DRG 803R Diagnostisk intervensjon ved søvnapne varierte mellom helseforetak i ABF-data for 2014. 44 prosent av oppholdene i DRG 520 var registrert med hovedtilstandskode G47.3 Søvnapne eller R06.5 Munnpusting. Opphold 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 og Helse Førde la inn pasientene, mens øvrige institusjoner behandlet pasientene poliklinisk.

Avregningsutvalget har tidligere anbefalt for ABF-data for 2015 avregning av innleggelser registrert med prosedyrekode AAFX00 Polygrafi og hovedtilstandskode G47.3 Søvnapne eller R06.5 Munnpusting gruppert til DRG 520 Obstruktivt sovnapnesyndrom ved Akershus universitetssykehus, Sykehuset Innlandet, Helse Førde og en avdeling ved Oslo universitetssykehus.

Analyser av ABF-data for 2018 viste at flere av de tidligere avregnede helseforetakene har endret kodepraksis. Unntaket er Sykehuset Innlandet, som fortsatt legger inn pasientene og hvor Avregningsutvalget anbefaler en avregning.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at innleggelser registrert med prosedyrekode AAFX00 Polygrafi og hovedtilstandskode G47.3 Søvnapne eller R06.5 Munnpusting gruppert til DRG 520 Obstruktivt søvnapnesyndrom avregnes ved Sykehuset Innlandet. Oppholdene avregnes lik tidligere år ut fra et nasjonalt gjennomsnitt for de øvrige institusjonene.

13/4904 Flere registrerte episoder samme dag

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

For 2018 kommuniserte Avregningsutvalget med flere sykehus om denne saken.

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

Helsedirektoratet ønsket denne saken fulgt opp i år. Etter analyser av årets tall, kom utvalget frem til at det er en gunstig utvikling i saken, men at det blir avregning etter samme prinsipp som i fjor.

Anbefaling:

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

For HDG5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene ble det bestemt en avregning av OUS ned til et landsgjennomsnitt hvor episodene til OUS er ekskludert.

For HDG3 Øre-nese-hals ble det bestemt en avregning av Molde sykehus ned til et landsgjennomsnitt hvor episodene til Helse Møre- og Romsdal er ekskludert.

Private sykehus: For Medi3 Ålesund ble det anbefalt avregning ut et prinsipp hvor en godkjenner det tyngste oppholdet og tar bort den polikliniske konsultasjonen.

4. TEKNISKE BEREGNINGER

4.1 Aktivitetsbasert finansiering (ABF)

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

Utrekningene i dette kapitlet er basert på informasjon fra regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2018*³.

ISF-refusjon for 2018 beregnes etter følgende formel:

$$\sum \text{Korrigerede DRG-poeng} \times \text{enhetspris (43 428 kr)} \times \text{refusjonssats (50 prosent)}$$

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

³ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf>

4.2 Tekniske beregninger av anbefalte avregninger

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

19/27629 Behandlinger av pasienter med fedme i DRG 297

Avregningsutvalget anbefaler at hvert opphold ved Nordlandssykehuset med E66 i DRG297 og kort liggetid, liggetid=1, skal avregnes, og gis refusjon lik to polikliniske kontakter.

Tabell 4. Teknisk beregning i sak 19/27629 *Behandlinger av pasienter med fedme i DRG 297*. Per helseforetak. ABF 2018.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Nordlandssykehuset	187	120,428	16,83	-103,598	-2 249 527

Tabell 5. Teknisk beregning i sak 19/27629 *Behandlinger av pasienter med fedme i DRG 297*. Per bostedsregion. ABF 2018.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Nord	187	120,428	16,83	-103,598	-2 249 527

19/2881 Spørsmål om utredning av hjertesykdom i DRG125 og DRG1250

Avregningsutvalget anbefaler at opphold ved Universitetssykehuset i Nord-Norge i DRG 125 *Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre u/kompliserende hjertelidelse* med liggetid lik ett døgn, avregnes ned til landsgjennomsnittet og gis refusjon lik opphold i DRG 1250 *Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre, dagmedisinsk behandling*.

Tabell 6. Teknisk beregning i sak 19/2881 *Spørsmål om utredning av hjertesykdom i DRG125 og DRG1250*. Per helseforetak. ABF 2018.

Helseforetak	Opphold i 125 med liggetid=1	Opphold 125 med liggetid=1 ELLER i 1250	Opprinnelige poeng	Godkjente poeng totalt	Trekk poeng	Trekk sum i NOK
Universitetssykehuset Nord-Norge	431	532	346,955	180,230	-166,725	-3 620 267

Tabell 7. Teknisk beregning i sak 19/2881 *Spørsmål om utredning av hjertesykdom i DRG125 og DRG1250*. Per bostedsregion. ABF 2019.

Pasientens bostedsregion	Opphold 125 med liggetid=1	Opphold 125 med liggetid=1 ELLER i 1250	Opprinnelige poeng	Godkjente poeng totalt	Trekk poeng	Trekk sum i NOK
Helse Nord	429	528	345,345	179,095	-166,250	-3 609 953
Helse Sør-Øst	2	4	1,610	1,135	-0,475	-10 314
SUM	431	532	346,955	180,230	-166,725	-3 620 267

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

Avregningsutvalgets anbefaling at opphold hos Sykehuset Telemark i DRG 331 med hovedtilstand Z43.6 og omsorgsnivå døgnoophold, ekskl. opphold med prosedyrekode for skifte av nefrostomikateter, regrupperes med hovedtilstand R33 og ned til poliklinikk.

Tabell 8. Teknisk beregning i sak 19/2886 *Kodepraksis ved behandling av sykdom i nyrer og urinveier*. Per helseforetak. ABF 2018.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold i DRG 331	Sum opprinnelige DRG-poeng	Nye DRG-poeng DRG 911O	Nye DRG-poeng DRG 811P	Nye DRG-poeng DRG 717O	Nye DRG-poeng DRG 716O	Sum nye beregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset Telemark	74	84,286	2,584	0,382	0,15	0,951	4,067	-80,219	-1 741 875

Tabell 9. Teknisk beregning i sak 19/2886 *Kodepraksis ved behandling av sykdom i nyrer og urinveier*. Per bostedsregion. ABF 2018.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold i DRG 331	Sum opprinnelige DRG-poeng	Nye DRG-poeng DRG 911O	Nye DRG-poeng DRG 811P	Nye DRG-poeng DRG 717O	Nye DRG-poeng DRG 716O	Sum nye beregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	74	84,286	2,584	0,382	0,15	0,951	4,067	-80,219	-1 741 875

18/1819 Kodepraksis ved behandling av hemoroider

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 1490 *Større operasjoner på tynntarm & tykktarm, dagkirurgisk behandling med hovedtilstand K64 Hemoroider og perianal venøs trombos* og prosedyrekode JGA60 *Sutur av rektum* gis refusjon lik DRG 1580 *Enkle tarmop og op på anus og fremlagt tarm, dagkirurgisk behandling* ved Sykehuset Vestfold.

Tabell 10. Teknisk beregning i sak 18/1819 *Kodepraksis ved behandling av hemoroider*. Per helseforetak. ABF2018.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Ny vekt	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset i Vestfold	35	14,63	0,382	13,37	-1,26	-27 359

Tabell 11. Teknisk beregning i sak 18/1819 *Kodepraksis ved behandling av hemoroider*. Per bostedsregion. ABF2018.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Ny vekt	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	35	14,63	0,382	13,37	-1,26	-27 359

17/28390 Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner

Avregningsutvalgets anbefaling er en avregning av de sykehusene med høyest andel (over 4 prosent) korte innleggelser med like lang permisjonstid. Her avregnes alle opphold hvor liggetid er lik permisjonstid og der liggetid=1. Opphold med dagkirurgi avregnes som gjennomsnittsvekt for dagkirurgi pluss poliklinikk. Opphold uten dagkirurgi avregnes som to dagopphold med gjennomsnittsvekt dagmedisin. *Et fåtall opphold med like vekter innlagte og dagkirurgi er tatt ut.

Tabell 12. Teknisk beregning i sak 17/28390 Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner. Per helseforetak. ABF 2018.

Helseforetak	Totalt antall opphold	Antall avregnede opphold*	Andel avregnede opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Dagkirurgi DRG-poeng	Dagmedisin DRG-poeng	Poliklinikk DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
OUS	24838	1315	5,5 %	1522,910	30,212	519,904	4,105	554,266	-968,644	-21 033 136
Betanien	562	75	13,3 %	55,264	1,820	29,540	0,250	31,610	-23,654	-513 623
Haraldsplass	3693	196	5,5 %	140,024	1,820	80,602	0,250	82,672	-57,352	-1 245 341
Helse Stavanger	12973	622	5,3 %	626,378	34,944	221,972	4,800	261,716	-364,662	-7 918 271
Sum	42066	2208		2344,576	68,796	852,018	9,450	930,264	-1414,312	-30 710 371

Tabell 13. Teknisk beregning i sak 17/28390 *Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner*. Per bostedsregion. ABF 2018.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall avregnede opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Dagkirurgi DRG-poeng	Dagmedisin DRG-poeng	Poliklinikk DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Vest	844	793,943	36,400	313,968	5,000	355,368	-438,575	-9 523 218
Helse Midt-Norge	32	38,858	1,456	11,816	0,200	13,472	-25,386	-551 232
Helse Nord	19	23,003	0,728	7,174	0,100	8,002	-15,001	-325 732
Helse Sør-Øst	1313	1488,772	30,212	519,06	4,150	553,422	-935,350	-20 310 190
Total	2208	2344,576	68,796	852,018	9,450	930,264	-1414,312	-30 710 371

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

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 462A *Kompleks rehabilitering* og 462B *Vanlig rehabilitering* med tilstandskoder fra M60-M79 *Blødvevssykdommer* avregnes ved Sunnaas, Nordlandssykehuset og Sykehuset i Vestfold. Hvert av oppholdene tolkes som et gruppebasert opplæringsprogram bestående av polikliniske kontakter. Innenfor hvert av programmene gis det ISF-refusjon for én legekontakt og én kontakt med særkode ZWWA30 *Prosedyre rettet mot en gruppe av pasienter*.

Tabell 14. Teknisk beregning i sak 17/11400 *Kodepraksis for opphold i DRG 462A*. Per helseforetak. ABF 2018.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Nordlandssykehuset	90	49,180	7,200	-41,980	-911 554
Sykehuset i Vestfold	107	121,746	8,560	-113,186	-2 457 721
Sunnaas	122	202,236	9,760	-192,476	-4 179 424
SUM	319	373,162	25,520	-347,642	-7 548 698

Tabell 15. Teknisk beregning i sak 17/11400 *Kodepraksis for opphold i DRG 462A*. Per bostedsregion. ABF 2018.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	215	300,820	17,200	-283,620	-6 158 525
Helse Vest	4	5,942	,320	-5,622	-122 076
Helse Midt-Norge	1	1,748	,080	-1,668	-36 219
Helse Nord	99	64,652	7,920	-56,732	-1 231 879
SUM	319	373,162	25,520	-347,642	-7 548 698

17/11399 Kodepraksis for opphold i DRG 475A Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte

Avregningsutvalget anbefaler en regruppering av alle reviderte opphold hos de åtte gjennomgåtte sykehusene. Avregningsforslaget er basert på opphold i hovedgruppen (DRG 475A). Opphold i hovedgruppen er DRG-gruppert i programvaren *NPK for .csv data* - først med opprinnelige kodesett, deretter med reviderte kodesett. Oppholdene gis refusjon basert på DRG og poengsum etter ny gruppering (dvs med reviderte kodesett).

Tabell 16. Teknisk beregning i sak 17/11399 *Kodepraksis for opphold i DRG 475A Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte*. Per helseforetak. ABF 2018.

Helseforetak	Opprinnelig		Revidert		Differanse	
	Opphold	DRG-Poeng	Opphold	DRG-Poeng	Poeng	Anbefalt avregning, kr
Oslo universitetssykehus	62	464,024	62	331,4	-132,624	-2 879 798
Sykehuset i Vestfold	41	318,647	41	178,151	-140,496	-3 050 730
Stavanger universitetssykehus	34	253,198	34	242,331	-10,867	-235 966
Helse Førde	9	67,023	9	72,887	5,864	127 331
St. Olavs hospital	54	402,138	54	265,929	-136,209	-2 957 642
Helse Nord-Trøndelag	15	111,705	15	111,705	0	0
Universitetssykehuset i Nord-Norge	24	178,728	24	158,597	-20,131	-437 125
Nordlandssykehuset	17	126,599	17	114,794	-11,805	-256 334
Total	256	1922,062	256	1475,794	-446,268	-9 690 263

Tabell 17. Teknisk beregning i sak 17/11399 *Kodepraksis for opphold i DRG 475A Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte*. Per bostedsregion. ABF 2018.

RHF	Opprinnelig		Revidert		Differanse	
	Opphold	DRG-Poeng	Opphold	DRG-Poeng	Poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	103	782,671	103	509,551	-273,12	-5 930 528
Helse Vest	43	320,221	43	315,218	-5,003	-108 635
Helse Midt-Norge	69	513,843	69	377,634	-136,209	-2 957 642
Helse Nord	41	305,327	41	273,391	-31,936	-693 458
Total	256	1922,062	256	1475,794	-446,268	-9 690 263

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

Avregningsutvalget anbefaler avregning etter tidligere års modell. 80 prosent av opphold i DRG 801R *Lokal smertebehandling* registrert med hovedtilstand R52.2 *Annen kronisk smerte* eller R52.9 *Uspesifisert smerte* og prosedyrekode WDAL15 *Akupunktur* ved Sykehuset i Vestfold avregnes med bakgrunn i at bruk av akupunktur ikke er etablert behandling ved disse tilstandene og derfor ikke skal finansieres gjennom ISF-regelverket.

Tabell 18. Teknisk beregning i sak 17/5578 *Bruk av tilstandskode R52.2 Annen kronisk smerte*. Per helseforetak. ABF 2018.

Helseforetak	Antall opphold	Godkjente opphold	Antall opphold som avregnes	Opprinnelige DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset i Vestfold	557	111	446	36,205	-28,964	-628 924

Tabell 19. Teknisk beregning i sak 17/5578 *Bruk av tilstandskode R52.2 Annen kronisk smerte*. Per bostedsregion. ABF 2018.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Godkjente opphold	Antall opphold som avregnes	Opprinnelige DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	557	111	446	36,205	-28,964	-628 924

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

Avregningsutvalget anbefaler at opphold registrert med hovedtilstand Z95 *Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar* avregnes ned til landsgjennomsnittet ved Sykehuset Vestfold.

Den tekniske beregningen tar utgangspunkt i andelen opphold med hovedtilstandskode Z95.x i DRG 144 Sirkulasjonssykdommer ITAD m/bk. For landet uten Sykehuset i Vestfold, som anbefales avregnet, var 10 prosent av oppholdene i DRG 144 registrert med Z95.x som hovedtilstand. Metoden godkjenner et landsgjennomsnitt på 10 prosent i DRG 144 med tilstandskode Z95. Ny korrigert vekt (DRG-poeng) er beregnet manuelt med Helsedirektoratets DRG-grupperingsverktøy basert på at første kode blant andre tilstander er satt som hovedtilstandskode, mens Z95 er satt som annen tilstand.

Tabell 20. Teknisk beregning i sak 17/5575 *Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer*. Per helseforetak. ABF 2018.

Helseforetak	Antall opphold	Godkjente opphold	Antall opphold som avregnes	Opprinnelige DRG-poeng	Antall opphold som avregnes	Ny vekt	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset i Vestfold	71	7	64	72,143	64	0,76	48,564	-23,579	-511 997

Tabell 21. Teknisk beregning i sak 17/5575 *Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer*. Per helseforetak. ABF 2018.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Godkjente opphold	Antall opphold som avregnes	Opprinnelige DRG-poeng	Antall opphold som avregnes	Ny vekt	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	71	7	64	72,143	64	0,76	48,564	-23,579	-511 997

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

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 87 *Respirasjonssvikt & lungeødem ekskl ved hjertesvikt* registrert med J96 *Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted* som hovedtilstand avregnes. Oppholdene avregnes ved å regruppere oppholdene med første av andre tilstander som hovedtilstand og J96 som annen tilstand.

Ny korrigert vekt (DRG-poeng) er beregnet manuelt med Helsedirektoratets DRG-grupperingsverktøy basert på at første kode blant andre tilstander er satt som hovedtilstandskode, mens J96 er satt som annen tilstand.

Tabell 22. Teknisk beregning i sak 17/5573 *Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt*. Per helseforetak. ABF2018.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Vestre Viken	60	63,360	61,458	-1,902	-41 300
Sykehuset Vestfold	77	81,312	80,510	-0,802	-17 415
Oslo Universitetssykehus	268	283,008	266,237	-16,771	-364 165
SUM	405	427,680	408,205	-19,475	-422 880

Tabell 23. Teknisk beregning i sak 17/5573 *Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt*. Per bostedsregion. ABF2018.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, Kr
Helse Sør-Øst	327	345,312	330,718	-14,594	-316 892
Helse Vest	35	36,960	34,770	-2,190	-47 559
Helse Midt	28	29,568	27,816	-1,752	-38 047
Helse Nord	15	15,84	14,901	-0,939	-20 382
SUM	405	427,680	408,205	-19,475	-422 880

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 ved Sykehuset Innlandet. 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* ut fra summen av opphold (dvs. innleggelser og konsultasjoner) i de to DRG-ene. Gjennomsnittet for landet, minus institusjoner som anbefales avregnet, var 1,6 prosent opphold i DRG 520 og 98,4 prosent opphold i DRG 803R.

1,6 prosent av opphold i DRG 520 «godkjennes». Øvrige opphold i DRG-en gis refusjon lik to konsultasjoner i DRG 803R. Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent refusjon.

Tabell 24. Teknisk beregning i sak 15/1804 *Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger*. Per helseforetak. ABF 2018.

Helseforetak	Opprinnelig DRG 520		Opprinnelig DRG 803R		Godkjent DRG 520		Godkjent DRG 803R		Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
	Antall opphold	Σ DRG-poeng	Antall opphold	Σ DRG-poeng	Antall opphold	Σ DRG-poeng	Antall opphold*	Σ DRG-poeng		
Sykehuset Innlandet	477	82,521	1205	33,740	27	4,656	2105	58,945	-52,660	-1 143 466

* Modellen tar høyde for at én innleggelse i DRG 520 erstattes av to konsultasjoner i DRG 803R.

Tabell 25. Teknisk beregning i sak 15/1804 *Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger*. Per bostedsregion. ABF 2018.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Andel opphold	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	466	0,977	-1 117 096
Helse Vest	1	0,002	-2 397
Helse Midt-Norge	10	0,021	-23 972
SUM	477	1	-1 143 466

13/4904 Flere registrerte episoder samme dag

Avregningsutvalget anbefaler at ABF-refusjon for legekonsultasjoner registrert på samme dag for samme pasient ved Oslo universitetssykehus, Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal i hoveddiagnosegruppe 2 *Sykdommer i øye* avregnes ned til et landsgjennomsnitt (uten helseforetak som avregnes). Avregningsutvalget anbefaler også at legekonsultasjoner registrert på samme dag for samme pasient ved Oslo universitetssykehus i hoveddiagnosegruppe 5 *Sykdommer i bryst* avregnes ned til et landsgjennomsnitt (uten helseforetak som avregnes). Avregningsutvalget anbefaler også at legekonsultasjoner registrert på samme dag for samme pasient ved Molde sjukehus i hoveddiagnosegruppe 3 *Øre-nese-hals* avregnes ned til et landsgjennomsnitt (uten helseforetak som avregnes).

Den tekniske beregningen er basert på at andelen flere legekonsultasjoner samme dag, over landsgjennomsnittet, godkjennes. For øvrige legekonsultasjoner samme dag innen HDG 2, 3 og 5 godkjennes oppholdet med høyest DRG-poeng, tilknyttede opphold samme dag avregnes lik 0.

Tabell 26. Teknisk beregning i sak 13/4904 *Flere episoder samme*. Per helseforetak. ABF 2018.

Helseforetak	Godkjente DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Oslo Universitetssykehus	552,482	870,258	-317,776	-6 900 188
Nord-Trøndelag	25,923	42,502	-16,579	-359 996
Møre- og Romsdal	199,268	286,181	-86,913	-1 887 229
Medi 3 Ålesund	295,105	337,354	-42,249	-917 395
Sum	1072,778	1536,295	-463,517	-10 064 808

Tabell 27. Teknisk beregning i sak 13/4904 *Flere episoder samme dag*. Per bostedsregion. ABF 2018.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Godkjente DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	552,273	864,039	-311,766	-6 769 686
Helse Vest	53,703	60,375	-6,672	-144 875
Helse Midt	450,989	591,964	-140,975	-3 061 131
Helse Nord	15,813	19,917	-4,104	-891 146
Sum	1072,778	1536,295	-463,517	-10 064 808

5. VEDLEGG: ANBEFALINGER FOR ABF 2000-2018

Tabell 28. 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 <i>Påfylling baklofenpumper</i>	Feil bruk av prosedyrekoden ABD99 som kun skal brukes ved operative inngrep som implantering av baclofenpumpe. Koden ble feilaktig registrert ved hver påfylling av baclofen, noe som er å anse som poliklinisk behandling.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
	Sak 5/03 - DRG 8 Botoks-injeksjoner	Feil bruk av de uspesifikke prosedyrekodene ACB19 og ACW99 ved injeksjoner som ikke er operasjoner. Injeksjonene er å anse som poliklinisk behandling.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
	Sak 7/03 - Z03.x og Z04.x Depresiserende kodingspraksis	Observasjonskoder innen kap. XII (Z00-Z99) i ICD-10 settes ofte foran mer presise bidiagnosekoder	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	Sak 7/03 - Z08.x	Bruk av hoveddiagnose Z08.x er korrekt for de aktuelle pasientene, men feilaktig nullstilt takst (B43d) uten sammenheng med konsultasjonen for øvrig er benyttet. B43d er en dagkirurgisk takst. Mange opphold registrert med prosedyrekode HADxx	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2003	Sak 9/04 - Bruk av J22 <i>Uspesifisert akutt infeksjon i nedre luftveier</i>	Diagnosen J22 bør ikke benyttes for pasienter som har lungebetennelse (pneumoni J13-J18) som hovedtilstand.	<i>Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)</i>
2004	Sak 02/05 - Økning i DRG 380 <i>Abort uten kirurgiske inngrep og tilstander etter abort</i>	Relativt mange pasienter med to eller flere opphold gruppert til DRG 380, de fleste av dem med nullstilt takst B21a. Praksisen ved institusjonen skyldtes feilregistrering.	<i>Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)</i>

	Sak 03/05 - Søvnobservasjon ved Omniasykehuset	Bruk av nærliggende hotell ved søvnutredninger. Hotellet var ikke godkjent i ISF-ordningen. Saken gjelder opphold gruppert til DRG 35 med hoveddiagnose G47.3 <i>Søvnapné</i> .	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)</i>
2005	Sak 08/06 - Sammenheng mellom prosedyre- og takstkoder (laserkirurgi)	Gjelder konsultasjoner kodet med takst B42e i kombinasjon med prosedyrekoder for laserkirurgi (QAA40). Den aktuelle taksten var utarbeidet for tradisjonell kirurgi.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
	Sak 11/06 - DRG 346 <i>Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer m/bk</i>	Stor vekst i antall opphold ved institusjon i Helse Vest. Seriebehandling – i snitt ti kurer over to dager. Dette er ikke i overensstemmelse med utbredt klinisk praksis.	<i>Svulster (C00-D48); Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	Sak 13/06 - Fordeling av opphold i DRG 467 <i>Påvirkninger i helsetilstanden ITAD</i>	Gjelder følgende hoveddiagnosekoder: <ul style="list-style-type: none"> - Z00.6 Undersøkelse av kontrollperson i klinisk forskningsprogram: forskningsfinansierte opphold ble ikke merket i institusjonens pasientadministrative system - Z51.3 Blodoverføring: det er feil kodepraksis å bruke denne koden for å registrere pasienter som mottar blodoverføring. - Z51.8 Annet spesifisert behandlingstiltak: bruk av koden er ikke i samsvar med veiledning i ICD-10. Oppholdene er gruppeundervisning og skal registreres som poliklinikk med takst A99. 	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2006	Sak 07/2438 - DRG 297 <i>Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk</i>	Hoveddiagnose E66.8 <i>Annen spesifisert fedme</i> , ingen bidiagnoser. Behandlingen var et gruppetilbud som ikke skal finansieres gjennom ISF.	<i>Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)</i>
	Sak 07/2440 - DRG 172 <i>Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene</i>	Stor vekst og volum i institusjon i Helse Vest. Seriebehandling. Sammenheng med sak 11/06.	<i>Svulster (C00-D48)</i>
	Sak 07/2819 - Journalgjennomgang DRG 462B Rehabilitering, vanlig	Journaldokumentasjonen var ikke i samsvar med kravene i ISF-regelverket for bruk av hoveddiagnosekode Z50.89.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>

2007	Sak 08/2946 - Oppfølging av dagrehabilitering i DRG 462B	Journaldokumentasjonen var ikke i samsvar med kravene i ISF-regelverket for bruk av hoveddiagnosekode Z50.89.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	Sak 08/4416 - DRG 243 <i>Rygglidelser, 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>Multippel 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 <i>Etterbehandling med ondartet sykdom som bidiagnose</i>	Stort volum i DRG 465.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>

2009	Sak 10/4474 - DRG 475 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 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. Tenner, kjeve, munn og pharynx (Kapittel E)</i>
	13/3833 Opphold i DRG DD02 og koding av øyekirurgi som innleggelser	Feil valg av omsorgsnivå for øyekirurgi.	<i>Sykdommer i øyet og øyets omgivelser (H00-H59); Øyet og øyeregionen (Kapittel C)</i>
	13/3902 DRG 4590 Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling	Feil bruk av prosedyrekode QCD10	<i>Revisjon av brannskade på Hud (Kapittel Q)</i>

13/3904 DRG 4610 <i>Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling</i>	Feil bruk av prosedyrekode ACW99 Annen operasjon på perifer nerve.	<i>Nervesystemet</i> (Kapittel A)
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</i> (Kapittel G)
13/4163 DRG 4620 Poliklinisk rehabilitering	Uheldig bruk av koden Z50.9 <i>Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstilak.</i>	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten</i> (Z00-Z99)
13/4395 – Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89	Uheldig kodepraksis for bruk av Z50.89 <i>Vanlig rehabilitering ved dagopphold.</i>	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten</i> (Z00-Z99)
13/4901 – DRG 2660 <i>Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling</i>	Feil bruk av prosedyrekode ZZR00 <i>Hudlapp.</i>	<i>Tilleggs-koder</i> (Kapittel Z)
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</i> (Z00-Z99)
13/5150 - DRG 2680 <i>Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi</i>	Feilaktig koding av lys- og laserbehandling av hud som kirurgiske operasjoner.	<i>Hud</i> (Kapittel Q)
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</i> (Z00-Z99)
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</i> (Z00-Z99)

	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 sjokkbølgelitetrips i nyrebekken ESWL</i> og KBT00 <i>Ekstrakorporal sjokkbølgelitetrips 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 4750 <i>Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling</i>	Feil bruk av prosedyrekode GXAV20 <i>Behandling med bifasisk positivt luftveistrykk</i> . For mange konsultasjoner var registrert med prosedyrekoden.	<i>Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, bronkier, lunge og mediastinum</i> (Kapittel G)
	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</i> (O00-O99)
	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</i> (A00-B99)
	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</i> (R00-R99).	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten</i> (Z00-Z99)
	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</i> (Z00-Z99); <i>Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser</i> (E00-E90)
	15/6313 – Bruk av prosedyrekode AAG60 <i>Stereotaktisk intrakraniell radioterapi</i>	Feil bruk av prosedyrekode AAG50 <i>Stereotaktisk intrakraniell radioterapi</i> .	<i>Nervesystemet</i> (Kapittel A)
2015	16/12822 – Pasienter med episoder ved ulike sykehus som overlapper i tid	Feilregistrering. Døgnopphold registrert samtidig ved to rapporterende enheter	<i>Sykdommer i muskel skjelettsystemet og bindevev</i> (M00-M99)

	16/8216 – Vurdering av kodepraksis ved «kodepar» med ulik grupperingsegenskap	Ulik praksis i bruk av prosedyrekoder som inneholder par (eller tripletter) av lignende koder der minst én kode i hvert par grupperer til en kirurgisk DRG	<i>Prosedyrekoder i «kodepar» med ulike grupperingsegenskaper</i>
	16/7664 – Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 461O <i>Operasjoner på pasienter i HDG 23, dagkirurgisk behandling</i>	Feil bruk av Z48.0 <i>Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av operasjonsbandasjer/suturer.</i>	<i>Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av operasjonsbandasjer/suturer (Z48.0)</i>
	16/7356 – Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 297 <i>Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk</i>	Feil bruk av hovedtilstand E66 <i>Fedme</i> og annen tilstand G47.3 <i>Søvnapné</i>	<i>Fedme (E66) Søvnapné (G47.3)</i>
	16/3873 – Oppfølging av sak 15/1938 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N <i>Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år</i>	Feil bruk av hovedtilstandskode fra A40 <i>Streptokokksepsis</i> og A41 <i>Annen sepsis</i> . Dette er koder for sepsis av ukjent årsak. Da må SIRS-kriteriene være oppfylt og en må ha en infeksjon med ukjent fokus/utgangspunkt. Hvis infeksjonens fokus er kjent skal koden for selve infeksjonen registreres som hovedtilstand.	<i>Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer (A00-B99)</i>
	16/3870 Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 <i>Vaginal fødsel – diagnoser med kompliserende egenskap</i>	Ulik bruk av tilstandskodene O72.0 <i>Blødning i tredje stadium</i> O71.4 <i>Obstetrisk høy vaginalrift</i> O72.1 <i>Annen umiddelbar blødning etter fødsel</i>	<i>Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)</i>
	16/3860 – Kodepraksis for nyfødte – ulik bruk av tilstandskoder	Ulik bruk av tilstandskodene R01.1 <i>Bilyd og andre hjertelyder – Uspesifisert bilyd</i> , Q65 <i>Medfødte deformiteter i hofte (coxa)</i> , P59.8 <i>Gulsott hos nyfødt som følge av andre spesifiserte årsaker</i> , P05.0 <i>Lett i forhold til svangerskapslengde</i> , P05.1 <i>Liten i forhold til svangerskapslengde</i> .	<i>Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (P00-P96)</i>
2017	17/11400 – Kodepraksis for opphold i DRG 462A <i>Kompleks rehabilitering</i>	Ulik bruk av tilstandskoder fra kapittel M60-M79 <i>Blødvevssykdommer for rehabilitering</i>	<i>Blødvevssykdommer (M60-M79)</i>
	17/5982 – Kodepraksis for opphold i DRG 930 <i>Poliklinisk konsultasjon vedr. symptomer i bryst</i>	Feilregistrering av radiologiske undersøkelser.	<i>Andre tilstander i bryst (mamma) (N60 – N64)</i>
	17/5578 – Bruk av tilstandskode R52.2 <i>Annen kronisk smerte</i>	Ulik bruk av hovedtilstand R52.2 <i>Annen kronisk smerte</i> i kombinasjon med prosedyrekode WDAL15 <i>Akupunktur</i> .	<i>Generelle symptomer og tegn (R50-R69)</i>

	17/5577 – Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide	Ulik bruk av hovedtilstandene Z36.3 <i>Prenatal diagnostikk med henblikk på misdannelser ved hjelp av ultralyd og andre fysiske undersøkelsesmetoder</i> og Z36.4 <i>Prenatal diagnostikk med henblikk på veksthemming hos foster ved hjelp av ultralyd og andre fysiske undersøkelsesmetoder.</i>	<i>Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med reproduksjonsspørsmål (Z30-Z39)</i>
	17/5575 – Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer	Ulik bruk av Z95 <i>Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar.</i>	<i>Opplysninger om potensiell helserisiko i familiens og egen sykehistorie, og opplysninger om visse forhold som har betydning for helsetilstanden (Z80-Z99)</i>
	17/5573 – Bruk av hovedtilstandskode J96 <i>Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted</i>	Feilregistrering av J96 <i>Respirasjonssvikt & lungeødem ekskl ved hjertesvikt</i> som hovedtilstand.	<i>Andre sykdommer i åndedrettssystemet (J95-J99)</i>
2018	18/1819 – Kodepraksis ved behandling av hemoroider	Relevans av bruk av JGA60 <i>Sutur av rectum</i> ved behandling av hemoroider.	<i>Prosedyrekode</i>
	18/11463 – Kodepraksis ved HIFU behandling av prostatakraft	Bruk av prosedyrekode KED80 <i>Perkutan kryokirurgi på prostata.</i>	<i>Prosedyrekode</i>

AVREGNINGSUTVALGET

Postadresse: Helsedirektoratet, v/Avregningsutvalgets sekretariat
Pb. 6173 Torgarden,
7435 Trondheim

E-post: morten.stover@helsedir.no

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



Direktoratet for
e-helse

Dokumentkontroll av opphold gruppert til DRG 475A Sykdommer i åndedrettsorganer med ventilasjonsstøtte

Revisjonsrapport



Publikasjonens tittel:

Dokumentkontroll av opphold gruppert
til DRG 475A Sykdommer i
ånedrettsorganer med
ventilasjonsstøtte

Utgitt:

02.05.2019

Utgitt av:

Avdeling helsefaglige kodeverk
Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Postadresse:

Postboks 6737 St. Olavs plass, 0130
OSLO

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo
Tlf.: 21 49 50 70

Innhold

1	Rapporten i korte trekk.....	6
2	Oppdrag.....	7
2.1	Bakgrunn.....	7
2.2	Utvalg og metode.....	7
2.2.1	Utvalg.....	7
2.2.2	Revisorer	8
2.2.3	Metode.....	9
2.3	Kommentarer til oppdrag og datamateriale.....	9
2.3.1	Størrelsen på utvalget	9
2.3.2	Overlapp mellom gruppene i utvalget	10
2.3.3	Problemer med dataleveranser fra NPR.....	10
3	Praktisk gjennomføring ved helseforetakene.....	11
4	Kommentarer til journalsystemer og journalføring	12
5	Funn.....	14
5.1	Diagnosekoder.....	14
5.1.1	Valgte indikatorer	14
5.1.2	Antall reviderte avdelingsopphold	14
5.1.3	Antall diagnosekoder i materialet.....	15
5.1.4	Feil valgt hovedtilstand.....	15
5.1.5	Endring av kode for hovedtilstand.....	16
5.2	Prosedyekoder	22
5.2.1	Omfanget av revisjonen	22
5.2.2	Antall prosedyrekoder i materialet	22
5.2.3	Respiratorbehandling	22
6	Kommentarer	24
6.1	Utvalget.....	24
6.2	Praktisk gjennomføring.....	24
6.3	Fleravdelingsopphold som årsak til feilkoding	24
6.4	Diagnosekodingen.....	25
6.4.1	Hovedtilstanden.....	25
6.4.2	Andre tilstander	25
6.5	Prosedyekodingen.....	26
6.6	Forhold ved de enkelte helseforetak	26

6.6.1	Oslo Universitetssykehus	26
6.6.2	Sykehuset i Vestfold	26
6.6.3	Stavanger universitetssjukehus	27
6.6.4	Helse Førde	27
6.6.5	St. Olavs Hospital	27
6.6.6	Helse Nord-Trøndelag – Levanger	27
6.6.7	UNN Tromsø	28
6.6.8	Nordlandssykehuset	28

1 Rapporten i korte trekk

Hovedgruppen, som i utgangspunktet inneholdt 260 sykehusopphold, bestod av tilfeldig valgte opphold som oppfylte følgende kriterier:

- DRG 475A Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte
- Hovedtilstand fra J00-J99 Sykdommer i åndedrettssystemet
- Medisinsk prosedyrekode GXAV01 Respiratorbehandling INA
- Annen tilstand utenfor J00-J99 Sykdommer i åndedrettssystemet

Tilleggsgruppen/kontrollgruppen inneholdt i utgangspunktet til sammen 104 sykehusopphold der prosedyrekoden GXAV01 Respiratorbehandling INA var registrert, og som i tillegg tilfredstilte ett av følgende kriterier:

- Ingen tilstandskoder fra J00-J99, hverken som hovedtilstand eller annen tilstand
- Minst én kode fra J00-J99 som annen tilstand, men ikke som hovedtilstand
- Hovedtilstand men ikke annen tilstand fra J00-J99
- Både hovedtilstand og annen tilstand fra J00-J99

Utgangspunktet for en kodingsrevisjon er avdelingsoppholdene.

Til sammen 380 avdelingsopphold ved 8 helseforetak, 2 i hver helseregion, ble kontrollert for feilkoding av diagnoser og prosedyrer.

I hele materialet fikk etter revisjon 103 (27%) av sykehusoppholdene endret sin hovedtilstand og 155 (41%) endret kode for hovedtilstand (inkludert de som endret hovedtilstand). Feilprosenten varierte mellom foretakene fra 8% til 45% for feil valgt hovedtilstand og fra 25% til 60% for feilkodet hovedtilstand.

Av de 296 avdelingsoppholdene som før revisjon hadde hovedtilstand kodet med J00-J99 fikk 55 (19%) endret kode til et annet kapittel etter revisjon. Mellom foretakene varierte feilprosenten fra 0% til 39%. Det var ingen klar forskjell mellom lokal/sentralsykehus og regionsykehus her, siden det var henholdsvis 2 lokal-/sentralsykehus og 2 regionsykehus innenfor sin region som hadde høyest andel endring av kode for hovedtilstand fra J00-J99 til et annet kapittel.

Koden som hyppigst var feil brukt for hovedtilstand var J96.0 Akutt respirasjonssvikt.

Prosedyrerkoden GXAV01 Respiratorbehandling INA var ikke dokumentert og ble slettet ved 78 av de 365 (21%) avdelingsoppholdene der denne var registrert. Mellom foretakene varierte denne andelen fra 0% til 45%.

Det var, som tallene viser, store forskjeller mellom helseforetakene i hvor hyppig feilkoding forekom.

2 Oppdrag

2.1 Bakgrunn

Oppdraget er beskrevet i dokument 17/11399-6, *Dokumentkontroll av opphold gruppert til DRG 475A Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte*, som forutsettes kjent.

Bakgrunnen er mistanke om feilkoding av opphold som grupperer til DRG 475A, *Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte*. Analyser av data for aktivitetsbasert finansiering for 2016 viste stor variasjon mellom helseforetak i forekomst av opphold gruppert til denne DRG. Avregningsutvalget har først og fremst ønsket å avklare om det er valgt hovedtilstand fra J00-J99 til tross for at respiratorbehandling er gitt i forbindelse med sykdom innenfor en annen hoveddiagnosegruppe. I så fall vil oppholdet grupperes til en annen DRG.

Lokal- og sentralsykehus hadde størst andel sykehusopphold med hovedtilstand kodet med J00-J99, mens regionsykehusene hadde lavere andel. Utvalget konkluderte med at en dokumentkontroll var nødvendig for å avklare graden av eventuell feilkoding og gjøre det mulig å avregne opphold som er feilkodet.

2.2 Utvalg og metode

2.2.1 Utvalg

På grunn av det høye antallet sykehusopphold som grupperte til DRG 475A (1295 i 2016) måtte kontrollen begrenses til et lavere antall opphold. Avregningsutvalget ønsket også å gjennomføre kontrollen ved ett regionsykehus og ett lokal- eller sentralsykehus i alle fire helseregioner, totalt 8 helseforetak. Helseforetakene som ble valgt ut var:

Helse Sør-Øst RHF

OUS HF

Sykehuset i Vestfold

Helse Vest RHF

Stavanger universitetssjukehus

Helse Førde

Helse Midt-Norge RHF

St. Olavs Hospital HF

Helse Nord-Trøndelag HF – Levanger sykehus

Helse Nord RHF

UNN Tromsø

Nordlandssykehuset HF

Oppholdene ble hentet fra to grupper.

En hovedgruppe bestående av tilfeldig valgte sykehusopphold som oppfylte følgende kriterier, til sammen 260 opphold:

- DRG 475A Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte
- Hovedtilstand fra J00-J99 Sykdommer i åndedrettssystemet
- Medisinsk prosedyrekode GXAV01 Respiratorbehandling INA
- Annen tilstand utenfor J00-J99 Sykdommer i åndedrettssystemet

En tilleggsgruppe/kontrollgruppe der prosedyrekoden GXAV01 Respiratorbehandling INA var registrert, og som i tillegg tilfredsstilte ett av følgende kriterier, til sammen 104 sykehusopphold:

- Ingen tilstandskoder fra J00-J99, hverken som hovedtilstand eller annen tilstand
- Minst én kode fra J00-J99 som annen tilstand, men ikke som hovedtilstand
- Hovedtilstand men ikke annen tilstand fra J00-J99
- Både hovedtilstand og annen tilstand fra J00-J99

Oppholdene ble hentet fra innrapporterte data til Norsk pasientregister fra 1. og 2. tertial 2018. I oppdragsdokumentet står det at opphold som skal kontrolleres trekkes fra ABF-data fra 2. tertial 2018. Imidlertid er utleverte data fra både 1. og 2. tertial.

I utgangspunktet var antall sykehusopphold fordelt på de to gruppene slik for helseforetakene:

Tabell 1 Antall sykehusopphold trukket ut per gruppe og helseforetak

Helseforetak	Hovedgruppe	Tilleggsgruppe	Totalt
OUS	62	13	75
Sykehuset i Vestfold	45	13	58
Stavanger universitetssjukehus	34	13	47
Helse Førde	9	13	22
St. Olavs Hospital	54	13	67
HNT – Levanger	15	13	28
UNN Tromsø	24	13	37
Nordlandssykehuset	17	13	30
Sum	260	104	364

Som vi senere skal se i avsnitt 5.1.2 skiller antall faktisk reviderte opphold seg noe fra antallet i utgangspunktet.

2.2.2 Revisorer

Direktoratet for e-helse ved avdeling Helsefaglige kodeverk ble anmodet om å gjennomføre den praktiske dokumentkontrollen ved foretakene. Det var opprinnelig ønskelig at den ble utført i 2018, men av ulike årsaker måtte den utsettes til 2019.

E-helse var på dette tidspunktet ikke i stand til å avsette mer enn én person til kontrollen. Da det er nødvendig med minst 2 revisorer for å sikre god kvalitet ved en slik kontroll, ble etter en anskaffelse via Doffin Analysesenteret AS engasjert for å delta i revisjonen.

Revisorteamet bestod så av:

Øystein Hebnes, Direktoratet for e-helse
Morten Eimot, Analysesenteret AS
Tor Øystein Seierstad, Analysesenteret AS

Alle revisorer har helsefaglig bakgrunn og erfaring med flere tilsvarende dokumentkontroller.

2.2.3 Metode

Revisjonen måtte gjennomføres ved de enkelte helseforetak, ved at revisorene fikk tilgang til nødvendig informasjon i de lokale pasientjournalssystemene. På forhånd ble oversikt over pasientoppholdene sendt til revisorene fra Norsk pasientregister (NPR).

Revisjonen ble i hovedsak utført i tråd med prinsippene i *Håndbok for journalgjennomgang*, Rapport nr. A679, SINTEF Helse 2006-09-08. Hver revisor gjorde først en selvstendig vurdering av et opphold, etterfulgt av diskusjon mellom revisorene for å komme frem til en konsensus. Dette lyktes i alle tilfeller.

Totalt 26 arbeidsdager ble brukt ved helseforetakene, med utreise dagen før i de fleste tilfellene slik at revisjonen kunne starte fra morgenen av.

2.3 Kommentarer til oppdrag og datamateriale

2.3.1 Størrelsen på utvalget

Etter avtale med Avregningsutvalget skulle 364 pasientjournaler, også betegnet som *opphold* i oppdragsdokumentet, kontrolleres. Vi regnet med at dette innebar revisjon av like mange kodesett, altså ett per journal/sykehusopphold, siden det har vært tilfelle ved tidligere dokumentkontroller.

Da vi mottok første versjon av datasettet fra NPR 14 arbeidsdager før første revisjonsdag, viste det seg imidlertid at antall kodesett var langt høyere. Etter våre beregninger på dette tidspunktet kunne det dreie seg om over 1200 kodesett, noe som ville være ugjennomførbart å kontrollere i løpet av den tiden vi hadde til rådighet. Det nøyaktige antallet kunne foreløpig ikke bestemmes, siden datasettet fra NPR var ufullstendig.

Årsaken til at forskjellen mellom antall pasientjournaler og kodesett var så stor var at det ikke var plukket ut énavdelingsopphold, men i stedet fullstendige sykehusopphold. Disse består ofte av flere avdelingsopphold, som har hvert sitt kodesett. I praksis lages det ett kodesett hver gang en pasient skifter avdelingstilhørighet. For å plassere sykehusoppholdet i sin helhet i én DRG gjøres det en såkalt aggregering av alle avdelingsoppholdene, i det hvert avdelingsopphold først grupperes til en DRG, og deretter slås oppholdene sammen etter egne aggregeringsregler. I prinsippet må hvert avdelingsopphold være korrekt revidert for at det aggregerte sykehusoppholdet i sin helhet skal plasseres i riktig DRG, men i praksis kan man med god kjennskap til DRG-systemet og aggregeringsreglene stort sett klare å se hvilket avdelingsopphold som blir det "vinnende", og som avgjør grupperingsresultatet.

Etter avtale med Avregningsutvalget ble det bestemt at kontrollen av hovedgruppen kun skulle omfatte avdelingsopphold som var plassert i DRG 475A, og dersom et avdelingsopphold etter revisjon fortsatt beholdt denne DRG regnet man hele sykehusoppholdet som ferdig kontrollert for oppdragets formål. Dersom det reviderte kodesettet derimot havnet i en annen (lavere) DRG, måtte neste avdelingsopphold i DRG 475A revideres, subsidiært det oppholdet som så ut til å bli det "vinnende". Slik ville vi kunne få frem det kodesettet som var korrekt for revisjonens formål. Denne fremgangsmåten krevde god innsikt i DRG-beregning, og Analyseresenterets ekspertise var her til stor hjelp.

2.3.2 Overlapp mellom gruppene i utvalget

Vi oppdaget at det var definisjonsmessig overlapp mellom hovedgruppen og undergruppe 3 i tilleggsgruppen. Ett og samme opphold i DRG 475A med hovedtilstand fra J00-J99 og annen tilstand utenfor J00-J99 Sykdommer i åndedrettssystemet, vil kunne forekomme i både hovedgruppen og tilleggsgruppen. Dette var tilfelle for 13 opphold, og disse regnet vi kun med i hovedgruppen. Vi antar at det ikke var Avregningsutvalgets hensikt at ett opphold skulle være tatt med i begge grupper.

2.3.3 Problemer med dataleveranser fra NPR

Dataleveransen fra NPR bestod i utgangspunktet av 4 datafiler. En fil for hovedgruppen, med én rad per sykehusopphold, og en tilsvarende fil for tilleggsgruppen. Disse inneholdt så et koblingsnummer til to andre filer for hhv. første og andre tertial, som igjen inneholdt alle avdelingsopphold for de sykehusopphold som bestod av flere avdelingsopphold. Vi oppdaget ganske raskt at filene ikke var komplette, og de var også ulike med hensyn til hvor mange diagnosekoder og prosedyrekoder de maksimalt inneholdt per opphold. Fullstendige filer fikk vi ikke før godt ute i revisjonen. Problemet med kompletthet viste seg å hovedsakelig skyldes at for de sykehusoppholdene som krysset en tertialgrense, fikk vi ikke tilsendt avdelingsoppholdene som fant sted før tertialavslutningen. Analyseresenterets medarbeidere gjorde også her en stor innsats for å kartlegge manglene og tilrettelegge datafilene så godt det lot seg gjøre.

3 Praktisk gjennomføring ved helseforetakene

Revisjonen fant sted ved fysisk tilstedeværelse ved hvert av de 8 helseforetakene. På forhånd var det sendt ut informasjon i detalj om hva som krevdes fra foretakenes side, av lokaler, datautstyr og tilganger.

Ved samtlige foretak viste det seg å være oppstartsproblemer første dag, i større eller mindre grad. Dette dreide seg blant annet om:

- Sykehus-PCer som ikke hadde oppdatert programvare eller som ikke var godkjent for tilkoping til pasientjournalssystemet
- Internettilgang som ikke virket
- Gyldige brukerroller i pasientjournalssystemene for revisorene

Oppstarten ble av disse grunnene forsinket med fra 1 ½ til 4 ½ time. Vi ser i ettertid at et krav om testing av datautstyr og brukerroller kort tid før revisjonen skal begynne kan være et godt virkemiddel for å minimalisere slike problemer i fremtiden.

For øvrig var ansatte ved alle foretakene forekommende og behjelpelige på alle måter.

Revisorene satt samlet i ett rom ved hvert foretak og kontrollerte ett avdelingsopphold av gangen hver for seg før vi diskuterte våre funn og kom frem til en konsensus om kodingen, som ble registrert av hver revisor på sin PC. Etter avslutningen ved et foretak gjorde vi så en avstemning av resultatene i en samlet fil, og eventuelle uoverensstemmelser ble løst.

4 Kommentarer til journalsystemer og journalføring

Pasientjournalforskriften sier blant annet at:

Når flere personer skal gjøre nedtegnelser i samme journal, kan det være behov for strukturering og samordning av journalopplysningene. Ansvar for å strukturere journalen innebærer at journalen må ordnes slik at den fungerer som et arbeidsverktøy i samsvar med intensjonene og som dokumentasjon for at det enkelte helsepersonell har handlet i samsvar med forsvarlighetskravet og andre pliktbestemmelser. Nødvendige journalopplysninger må gjøres lett tilgjengelige for dem som skal anvende opplysningene som grunnlag for beslutninger om undersøkelser, diagnose, behandling og annen oppfølging av pasienten.

Våre erfaringer fra revisjonen er at:

- Innkomstjournalen følger en mal og er stort sett godt strukturert og informativ
- Notater under oppholdet er av varierende kvalitet
- Epikriser er svært ofte utilfredsstillende

De ulike innholdselementene i journalen kan være organisert strukturelt ulikt fra helseforetak til helseforetak, slik at man må lære seg hvor ulike typer informasjon finnes ved det foretaket man arbeider. Dette er neppe et stort problem, med mindre man hyppig vikarierer ved ulike foretak.

I arbeid med EPJ er det mye klikking rundt i ulike vinduer og frem og tilbake på samme eller flere nivåer for å finne informasjonen man trenger. Dette tar ekstra tid, og kan være et risikomoment om man har journalene for flere pasienter åpne samtidig.

Et stort problem er at journalinnholdet ofte er rent deskriptivt; det ramses opp funn ved ulike undersøkelser og beskrivelser av andre prosedyrer som er utført, men resonnementer og grunngitte beslutninger og konklusjoner er ofte mangelvare.

Et annet stort problem er gjentakelser. Mange ganger kan vi finne at fortløpende notater består av flere avsnitt som er ren reproduksjon av elementer fra innkomstjournalen etterfulgt av en linje eller to med nytt som har skjedd.

Det siste medfører at man må vasse gjennom store mengder gjentatt informasjon (som i verste fall kanskje ikke en gang er helt korrekt gjentatt) før man finner det siste nye. Etter vår mening utgjør dette en reell fare for pasientsikkerheten, f.eks. når man må sette seg inn i journalen til en pasient man ikke kjenner, ikke har ubegrenset med tid og ikke klarer å se skogen for bare trær!

Epikrisene fant vi at var de mest problematiske innen journaldokumentasjonen. De er ofte preget av begge de nevnte manglene.

Innholdet er ofte ren klipp og innliming av hele innkomstjournalen, deretter tekstbeskrivelser av alle utførte prosedyrer, bildeundersøkelser og laboratoriesvar.

Konklusjoner og begrunnede vurderinger er oftest få, noe som kan skape problemer for helsepersonell som skal følge opp pasienten videre uten å få god informasjon om hvordan. Plan for endring av medisiner etter utskrivelse kan også mangle.

Det er nærliggende å tenke at EPJ mangler gode måter å fremstille kumulativ informasjon oversiktlig på, f.eks. den fortløpende beskrivelsen av utviklingen i løpet av oppholdet, og lett tilgang til oppsummering av tidligere sykehistorie. Dette kunne fjernet det følte behovet for gjentakelser av tidligere informasjon og gjort journalen mye bedre lesbar.

Formen på og innholdet i journalnotater og epikrise er også i stor grad et ansvar som hviler på, og må tas i større grad, av medisinsk faglig ledelse ved helseforetakene.

5 Funn

5.1 Diagnosekoder

5.1.1 Valgte indikatorer

Hovedhensikten med dokumentkontrollen var å fremskaffe korrekte kodesett for de utvalgte sykehusoppholdene. I tillegg har vi valgt følgende indikatorer, angitt ved antall og prosentandel der det er aktuelt, for å beskrive kodingskvaliteten:

- Feil valgt hovedtilstand
 - Av disse, om en annen registrert tilstand skulle vært hovedtilstand, eller om vi har lagt til en helt ny tilstand som hovedtilstand
- Endret kode for hovedtilstand, alle typer endringer
- Endring av kode for hovedtilstand fra J00-J99 til annet kapittel
- Hyppigst forekommende koder for hovedtilstand, før og etter revisjon
- Koder for hovedtilstand som hyppigst ble endret
- Koder for alle tilstander som hyppigst ble slettet pga. manglende dokumentasjon
- Koder for alle tilstander som hyppigst ble lagt til pga. dokumentert relevans

5.1.2 Antall reviderte avdelingsopphold

Antall avdelingsopphold som ble revidert fordelte seg slik på helseforetakene:

Tabell 2 Antall faktisk reviderte avdelingsopphold per gruppe og helseforetak

Helseforetak	Hovedgruppe	Tilleggsgruppe	Totalt
OUS	65	12	77
Sykehuset i Vestfold	53	14	67
Stavanger universitetssjukehus	42	11	53
Helse Førde	10	11	21
St. Olavs Hospital	54	12	66
HNT – Levanger	16	10	26
UNN Tromsø	26	12	38
Nordlandssykehuset	18	14	32
Sum	284	96	380

Dette var 16 flere opphold enn det som var stipulert i utgangspunktet. Årsaken til at antall faktisk reviderte opphold skiller seg fra antall som var stipulert er dels at noen opphold var tatt med i både hovedgruppen og tilleggsgruppen og dels at i de tilfellene vi så at et opphold etter revisjon ikke ville bli det vinnende for sykehusoppholdet måtte ytterligere avdelingsopphold revideres. Duplikatopphold ble revidert som del av hovedgruppen.

5.1.3 Antall diagnosekoder i materialet

Totalt antall diagnosekoder i materialet før og etter revisjon var henholdsvis 2135 og 2255. Dette tilsvarer gjennomsnittlig 5,9 diagnosekoder per opphold, noe som er et betydelig antall, og gjenspeiler kompleksiteten og oppholdslengden i materialet. Til sammenlikning var tilsvarende tall fra Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene publisert i 2017 (Dokument 3:5 (2016–2017)) ca. 3,3 for pasienter med lungebetennelse og 2,0 for pasienter operert med hofteprotese.

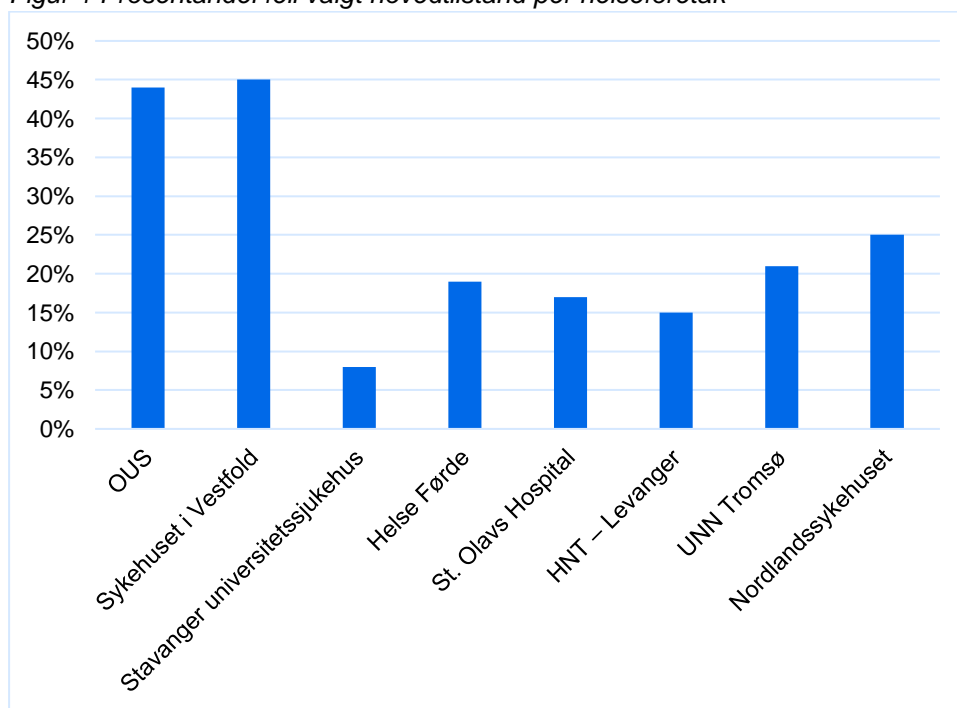
289 diagnosekoder ble slettet ved revisjonen, og 380 ble lagt til.

5.1.4 Feil valgt hovedtilstand

Tabell 3 Feil valgt hovedtilstand etter gruppe og helseforetak

Helseforetak	Hovedgruppe		Tilleggsgruppe		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
OUS	31 av 65	48%	3 av 12	25%	34 av 77	44%
Sykehuset i Vestfold	25 av 53	47%	5 av 14	36%	30 av 67	45%
Stavanger universitetssjukehus	4 av 42	10%	0 av 11	0%	4 av 53	8%
Helse Førde	2 av 10	20%	2 av 11	18%	4 av 21	19%
St. Olavs Hospital	8 av 54	15%	3 av 12	25%	11 av 66	17%
HNT – Levanger	1 av 16	6%	3 av 10	30%	4 av 26	15%
UNN Tromsø	7 av 26	27%	1 av 12	8%	8 av 38	21%
Nordlandssykehuset	5 av 18	28%	3 av 14	21%	8 av 32	25%
Sum	83 av 284	29%	20 av 96	21%	103 av 380	27%

Figur 1 Prosentandel feil valgt hovedtilstand per helseforetak



I disse tilfellene er selve hovedtilstanden for et avdelingsopphold enten erstattet med en annen av tilstandene fra oppholdet (for 80 av de 380 avdelingsoppholdene, 21%), eller vi har erstattet den med en ny tilstand som opprinnelig ikke var kodet (for 23 av de 380 avdelingsoppholdene, 6%).

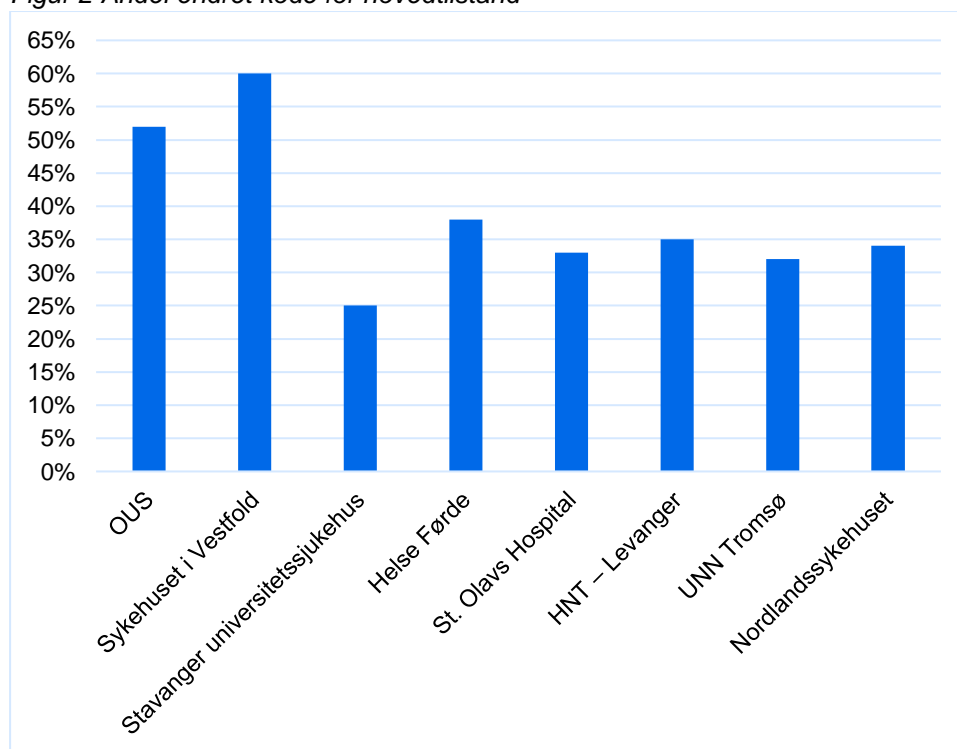
5.1.5 Endring av kode for hovedtilstand

Vi viser først avdelingsopphold som har ulik kode for hovedtilstand før og etter revisjonen. Dette inkluderer både tilfeller der selve hovedtilstanden er byttet og der bare koden er korrigert.

Tabell 4 Endret kode for hovedtilstand etter gruppe og helseforetak

Helseforetak	Hovedgruppe		Tilleggsgruppe		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
OUS	36 av 65	55%	4 av 12	33%	40 av 77	52%
Sykehuset i Vestfold	34 av 53	64%	6 av 14	43%	40 av 67	60%
Stavanger universitetssjukehus	9 av 42	21%	4 av 11	36%	13 av 53	25%
Helse Førde	4 av 10	40%	4 av 11	36%	8 av 21	38%
St. Olavs Hospital	18 av 54	33%	4 av 12	33%	22 av 66	33%
HNT – Levanger	3 av 16	19%	6 av 10	60%	9 av 26	35%
UNN Tromsø	10 av 26	38%	2 av 12	17%	12 av 38	32%
Nordlandssykehuset	7 av 18	39%	4 av 14	29%	11 av 32	34%
Sum	121 av 284	43%	34 av 96	35%	155 av 380	41%

Figur 2 Andel endret kode for hovedtilstand

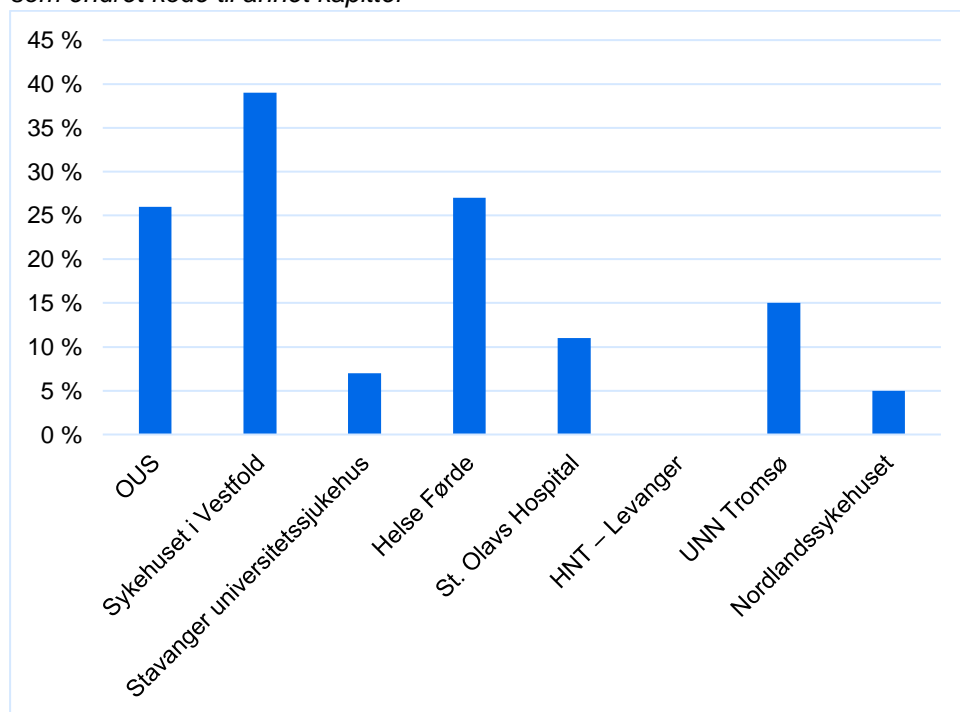


Tabell 5 viser endringer i kode for hovedtilstand hvor en kode fra J00-J99 endres til en kode fra et annet kapittel. Prosentandelen regnes her ikke av alle avdelingsopphold i en gruppe ved et foretak, men kun av antallet opphold som hadde en kode fra J00-J99 før revisjon.

Tabell 5 Endring av kode for hovedtilstand fra J00-J99 til kode fra annet kapittel etter gruppe og helseforetak

Helseforetak	Hovedgruppe		Tilleggsgruppe		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
OUS	17 av 62	27%	0 av 3	0%	17 av 65	26%
Sykehuset i Vestfold	18 av 49	37%	3 av 5	60%	21 av 54	39%
Stavanger universitetssjukehus	3 av 42	7%	0 av 2	0%	3 av 44	7%
Helse Førde	3 av 10	30%	0 av 1	0%	3 av 11	27%
St. Olavs Hospital	6 av 54	11%	0 av 3	0%	6 av 57	11%
HNT – Levanger	0 av 16	0%	0 av 2	0%	0 av 18	0%
UNN Tromsø	4 av 24	17%	0 av 3	0%	4 av 27	15%
Nordlandssykehuset	1 av 17	6%	0 av 3	0%	1 av 20	5%
Sum	52 av 274	19%	3 av 22	14%	55 av 296	19%

Figur 3 Andel av hovedtilstander kodet med J00-J99 som endret kode til annet kapittel



Tabell 6 viser en oversikt over type endringer i totalmaterialet for opprinnelig hovedtilstand i de tilfellene den er endret.

Tabell 6 Ulike typer endringer av hovedtilstand

Type endring av hovedtilstand	Antall	Andel
Kodeendring på 1. tegn	10	6%
Kodeendring på 2. tegn	4	3%
Kodeendring på 3. tegn	15	10%
Kodeendring på 4. tegn	23	15%
Omgjort til annen tilstand uten kodeendring	73	47%
Omgjort til annen tilstand med kodeendring på 1. tegn	1	1%
Omgjort til annen tilstand med kodeendring på 2. tegn	2	1%
Omgjort til annen tilstand med kodeendring på 3. tegn	1	1%
Omgjort til annen tilstand med kodeendring på 4. tegn	2	1%
Omgjort til annen tilstand med kodeendring på 5. tegn	1	1%
Slettet og erstattet av en annen tilstand	23	15%
Sum	155	

Nesten halvparten av endringene består i at hovedtilstanden flyttes til andre tilstander, og noe annet velges som hovedtilstand.

Tabell 7 Hyppigst forekommende koder for hovedtilstand

Før revisjon	Antall	Etter revisjon	Antall
J159 Uspesifisert bakteriell pneumoni	67	J159 Uspesifisert bakteriell pneumoni	58
J960 Akutt respirasjonssvikt	46	J690 Pneumoni forårsaket av mat eller oppkast	25
J690 Pneumoni forårsaket av mat eller oppkast	28	J13 Pneumoni som skyldes Streptococcus pneumoniae	17
J100 Influensa med pneumoni, som skyldes identifisert sesongvariabelt influensavirus	13	J440 Kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt infeksjon i nedre luftveier	17
J440 Kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt infeksjon i nedre luftveier	13	J100 Influensa med pneumoni, som skyldes identifisert sesongvariabelt influensavirus	15
J441 Kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt uspesifisert forverring	13	I501 Venstresidig ventrikkelsvikt	10
J13 Pneumoni som skyldes Streptococcus pneumoniae	12	J80 Respiratorisk distressyndrom hos voksne	10
J189 Uspesifisert pneumoni	12	J152 Pneumoni som skyldes Staphylococcus	9
J80 Respiratorisk distressyndrom hos voksne	11	J441 Kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt uspesifisert forverring	8
J961 Kronisk respirasjonssvikt	9	J121 Pneumoni som skyldes respiratorisk syncytialt virus	6
J81 Lungeødem	8	J151 Pneumoni som skyldes Pseudomonas	6
J9601 Akutt respirasjonssvikt av type II [hypoksi med hyperkapni]	6	J189 Uspesifisert pneumoni	6
J151 Pneumoni som skyldes Pseudomonas	5	J960 Akutt respirasjonssvikt	6
J152 Pneumoni som skyldes Staphylococcus	5	T4n Forgiftning med terapeutisk legemiddel eller biologisk substans	6
J121 Pneumoni som skyldes respiratorisk syncytialt virus	4	G931 Anoksisk hjerneskade ikke klassifisert annet sted	5
P0702 Ekstremt lav fødselsvekt, 500-749g	4	J156 Pneumoni som skyldes annen gram-negativ bakterie	5
I713 Abdominalt aortaaneurisme med ruptur	3	T814 Infeksjon etter kirurgiske eller medisinske prosedyrer ikke klassifisert annet sted	5
J123 Pneumoni som skyldes humant metapneumovirus	3	A410 Sepsis som skyldes Staphylococcus aureus	4
J156 Pneumoni som skyldes annen gram-negativ bakterie	3	J14 Pneumoni som skyldes Haemophilus influenzae	4
J46 Akutt alvorlig astma	3	J46 Akutt alvorlig astma	4

Totalt ble 155 koder for hovedtilstand endret ved revisjonen. Tabellen under viser de 10 kodene som hyppigst ble endret:

Tabell 8 Kodene for hovedtilstand som hyppigst ble endret

Kode	Antall
J960 Akutt respirasjonssvikt	40
J159 Uspesifisert bakteriell pneumoni	22
J690 Pneumoni forårsaket av mat eller oppkast	8
J81 Lungeødem	8
J441 Kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt uspesifisert forverring	7
J189 Uspesifisert pneumoni	6
J9601 Akutt respirasjonssvikt av type II [hypoksi med hyperkapni]	6
J440 Kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt infeksjon i nedre luftveier	5
J961 Kronisk respirasjonssvikt	5
I269 Lungeemboli uten opplysning om akutt cor pulmonale	2

Totalt ble 289 diagnosekoder slettet blant alle tilstander, pga. manglende journaldokumentasjon av relevans under oppholdet.

Tabell 9 Diagnosekodene for alle tilstander som hyppigst ble slettet ved revisjonen

Kode	Antall
I460 Hjertestans med vellykket gjenoppliving	19
E86 Dehydrering	11
J159 Uspesifisert bakteriell pneumoni	10
J960 Akutt respirasjonssvikt	9
E119 Diabetes mellitus type 2 uten komplikasjon	8
I252 Gammelt hjerteinfarkt	7
I469 Uspesifisert hjertestans	6
I509 Uspesifisert hjertesvikt	6
R651 Systemisk inflammatorisk responssyndrom av infeksjons årsak med organsvikt	6
I251 Aterosklerotisk hjertesykdom	5
I693 Følgetilstand etter hjerneinfarkt	5
J961 Kronisk respirasjonssvikt	5

Her må det nevnes at kodene for hjertestans er slettet når stansen ikke skjedde under det aktuelle oppholdet, men prehospitalt. Kun tilstander som opptrer under det aktuelle avdelingsoppholdet skal rapporteres til NPR.

Det ble lagt til totalt 380 koder for andre tilstander pga. dokumentert relevans under oppholdet.

Tabell 10 Diagnosekodene for andre tilstander som hyppigst ble lagt til ved revisjonen

Kode	Antall
I480 Paroksysmal atrieflimmer	15
I501 Venstresidig ventrikkelsvikt	11
N179 Uspesifisert akutt nyresvikt	11
I10 Essensiell hypertensjon	10
J90 Pleuraeffusjon ikke klassifisert annet sted	10
E876 Hypokalemi	9
R651 Systemisk inflammatorisk responssyndrom av infeksjons årsak med organsvikt	7
E875 Hyperkalemi	6
I460 Hjertestans med vellykket gjenoppliving	6
Y4N Terapeutisk legemiddel eller biologisk substans i terapeutisk dose som årsak til bivirkning eller annen uønsket virkning	6
Y831 Unormal pasientreaksjon eller senere komplikasjon som følge av kirurgisk prosedyre med plassering av kunstig implantat uten anmerkning om skade under prosedyren	6
E86 Dehydrering	5
F058 Annet spesifisert delirium	5
K590 Forstoppelse	5
Y658 Annen spesifisert skade på pasient under medisinsk eller kirurgisk prosedyre	5

5.2 Prosedyrekoder

5.2.1 Omfanget av revisjonen

På grunn av begrenset tid er det ikke gjort en fullstendig revisjon av alle prosedyrekoder. Det er kontrollert at alle prosedyrer som er kodet er dokumentert, men det er ikke kontrollert for alle dupliserte prosedyrekoder, siden dette ikke vil ha betydning for gruppering eller hovedhensikten med dokumentkontrollen. Det er heller ikke gjort en full gjennomgang for å sikre at alle prosedyrer som er dokumentert også er kodet. Koder for respirasjonsstøtte av ulik type og kirurgiske prosedyrer er imidlertid fullstendig kontrollert.

5.2.2 Antall prosedyrekoder i materialet

Totalt antall prosedyrekoder i materialet før og etter revisjon var henholdsvis 2791 og 2731. 203 koder ble slettet ved revisjonen, og 143 ble lagt til.

5.2.3 Respiratorbehandling

Vi definerer respiratorbehandling som invasiv ventilasjonsstøtte ved hjelp av et apparat som er koblet til trakealtube, enten orotrakeal eller via trakeostomi. Det er kun for slik behandling at koden GXAV01 Respiratorbehandling INA skal brukes. Andre typer ventilasjonsstøtte kalles non-invasiv ventilasjonsstøtte, NIV.

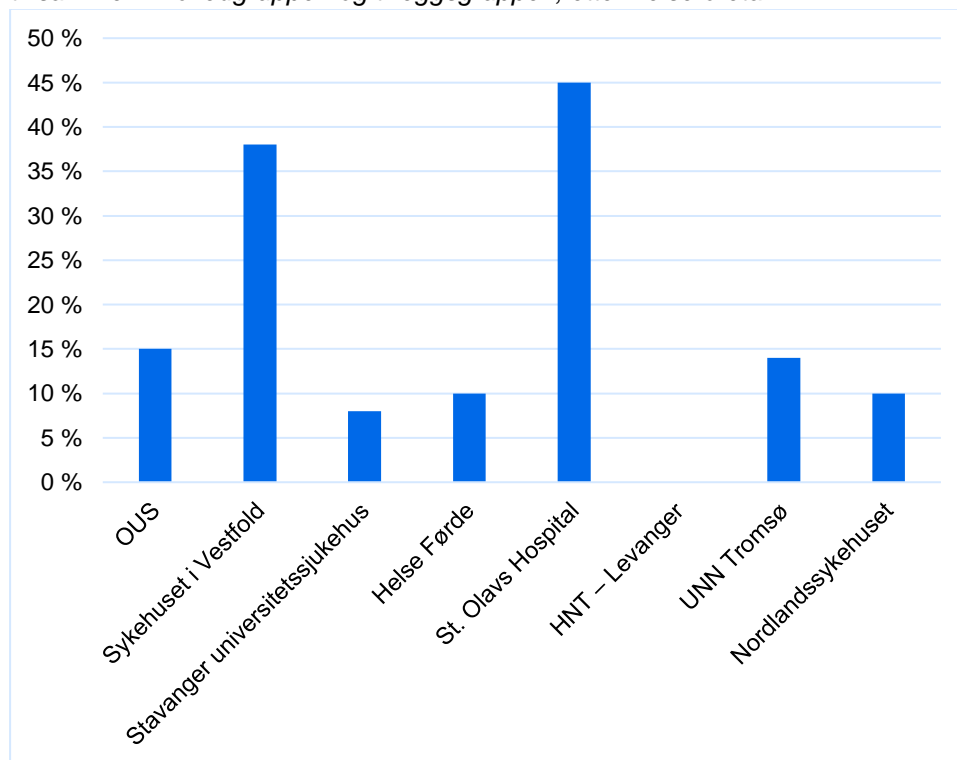
Ved 365 av de 380 oppholdene som ble revidert var koden GXAV01 Respiratorbehandling INA registrert. I utgangspunktet skulle alle opphold som var plukket ut for kontroll ha denne koden registrert. Grunnen til at den ikke var med ved 15 av oppholdene var at i en del tilfeller måtte vi gå videre og revidere andre avdelingsopphold enn det primære når det viste seg at oppholdet etter revisjon ikke lenger ville gruppere til DRG 475A. I disse tilfellene forekom det at oppholdene vi reviderte sekundært ikke hadde registrert GXAV01.

Ved 78 opphold fant vi at GXAV01 Respiratorbehandling INA var registrert uten at det var dokumentert respiratorbehandling i journalen. Disse fordelte seg som følger på helseforetakene. Prosentandelen er beregnet ut fra hvor mange opphold som i utgangspunktet var kodet med GXAV01 i samme gruppe ved hvert foretak:

Tabell 11 Antall og andel udokumentert brukte GXAV01 av totalt antall registrerte GXAV01, etter gruppe og helseforetak

Helseforetak	Hovedgruppe		Tilleggsgruppe		Totalt	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
OUS	11 av 63	17%	0 av 12	0%	11 av 75	15%
Sykehuset i Vestfold	20 av 47	43%	4 av 13	31%	23 av 60	38%
Stavanger universitetssjukehus	4 av 42	10%	0 av 11	0%	4 av 53	8%
Helse Førde	0 av 9	0%	2 av 11	18%	2 av 20	10%
St. Olavs Hospital	27 av 54	50%	3 av 12	25%	30 av 66	45%
HNT – Levanger	0 av 16	0%	0 av 10	0%	0 av 26	0%
UNN Tromsø	4 av 24	17%	1 av 11	9%	5 av 35	14%
Nordlandssykehuset	1 av 17	6%	2 av 13	15%	3 av 30	10%
Sum	67 av 272	25%	12 av 93	13%	78 av 365	21%

Figur 4 Andel av udokumentert registrert GXAV01 i forhold til totalt antall registrert GXAV01 til sammen i hovedgruppen og tilleggsgruppen, etter helseforetak



Totalt var det 349 av 380 opphold (92%) som etter revisjonen inneholdt minst én kode for ventilasjonsstøtte med ulike apparater:

- GXAV01 Respiratorbehandling INA
- GXAV10 Behandling med kontinuerlig positivt luftveistrykk
- GXAV20 Behandling med bifasisk positivt luftveistrykk
- GXAV22 Behandling med bifasisk positivt og negativt luftveistrykk
- GXAV23 Høyfrekvent oscillatorventilasjon

295 av alle 380 (78%) inneholdt GXAV01 Respiratorbehandling INA.

6 Kommentarer

6.1 Utvalget

Antallet reviderte opphold/kodesett ble noe høyere enn avtalt, men antall reviderte opphold som inneholdt koden GXAV01 Respiratorbehandling INA ble i praksis identisk med det avtalte antallet. Antallet i tilleggsgruppen ble noe lavere enn avtalt, pga. at det var overlapp mellom hovedgruppen og undergruppe 3 i tilleggsgruppen. Vi anser at funnene fra hovedgruppen er de viktigste ved denne kontrollen.

Ved senere kontroller må man ha klart for seg om det er sykehusopphold bestående av flere avdelingsopphold eller enkle avdelingsopphold som skal revideres, slik at forventet arbeidsmengde lettere kan estimeres.

Det ville også vært nyttig å ha fått et (delvis) datauttrekk fra NPR på et tidligere tidspunkt for å forberede revisjonen.

6.2 Praktisk gjennomføring

Bortsett fra oppstartsproblemer ved hvert foretak gikk revisjonen etter planen, med godt samarbeid mellom revisorene og gjennomføring som sikret uavhengig vurdering fra 3 revisorer for hvert opphold.

En viktig erfaring ved senere kontroller er å be foretaket teste datautstyret og tilgangene som skal brukes. Dette bør gjøres kort tid før kontrollen skal finne sted.

6.3 Fleravdelingsopphold som årsak til feilkoding

Som nevnt består mange sykehusopphold av mer enn ett avdelingsopphold, ofte betegnet *fleravdelingsopphold*. Hvert avdelingsopphold skal ha sitt eget kodesett. Erfaringsmessig vet vi at kodingen ofte ikke finner sted fortløpende hver gang et avdelingsopphold avsluttes og et nytt starter, men på et senere tidspunkt, typisk ved utskrivelse. Vi har inntrykk av at både diagnosekoder og prosedyrekoder som følge av dette kan "flyte" fremover eller bakover til andre opphold enn der de hører hjemme. Dette er ikke overraskende og er nok årsaken til en del av feilkodingen vi finner, uten at vi kan tallfeste hvor ofte det forekommer.

Likevel er det et krav at når et helseforetak velger å organisere driften slik at et sykehusopphold ofte vil bestå av flere avdelingsopphold, må kodingen for hvert avdelingsopphold være korrekt.

6.4 Diagnosekodingen

6.4.1 Hovedtilstanden

For 103 av de 380 avdelingsoppholdene (27%) fant vi at *feil hovedtilstand* var valgt. Dette ble korrigert ved at en av de andre registrerte tilstandene ble satt som hovedtilstand i 80 tilfeller, mens i 23 tilfeller ble hovedtilstanden erstattet med en helt ny tilstand. Hovedtilstanden ble endret i fra 8% til 45% av oppholdene ved de ulike foretakene, der flest endringer ble gjort for Sykehuset i Vestfold (30 av 67 svarende til 45%) og OUS (34 av 77 svarende til 44%) og færrest for Stavanger universitetssjukehus (4 av 53 svarende til 8%).

Kode for hovedtilstand ble endret for 155 av 380 oppholdene (41%). Dette fordelte seg fra 25% til 60% av oppholdene ved de ulike foretakene. Dette inkluderer også oppholdene som fikk endret selve hovedtilstanden. Her ble det igjen gjort flest endringer for Sykehuset i Vestfold (40 av 67 svarende til 60%) og OUS (40 av 77 svarende til 52%) og færrest for Stavanger universitetssjukehus (13 av 53 svarende til 25%).

Den klart hyppigste årsaken til at koden for hovedtilstand ble endret var at hovedtilstand ble omgjort til annen tilstand, uten endring i selve koden (47% av de 155 endringene). Etter dette fulgte tilfellene der hovedtilstanden ble slettet fra listen og erstattet av en annen tilstand (15%) og kodeendring for hovedtilstanden på 4. tegn (15%), deretter kodeendring på 3. tegn (10%), se tabell 6.

Vi ser altså at selv om det forekom feilkoding av hovedtilstanden i 34% av de tilfellene den ble beholdt, var likevel den vanligste årsaken til endring av kode for hovedtilstanden at en annen tilstand ble valgt i stedet.

Hyppigste diagnosekode for hovedtilstand for både før og etter revisjon var J15.9 Uspesifisert bakteriell pneumoni (67 før og 58 etter revisjon), mens den hyppigst endrede diagnosekoden var J96.0 Akutt respirasjonssvikt, som var brukt 46 ganger før revisjon og 6 ganger etter. Dette er i tråd med Kodeveiledningens instruksjon om at respirasjonssvikt kun kan brukes som hovedtilstand når årsaken er ukjent, eller når den bakenforliggende sykdommen ikke behandles.

Av alle opphold med respirasjonssvikt som hovedtilstand (kode J96xx), 66 før revisjon, ble 14 opphold beholdt med respirasjonssvikt som hovedtilstand.

Ved 19% av de oppholdene som hadde en kode fra J00-J99 for hovedtilstand (55 av 296), ble koden endret til en kode fra et annet kapittel. Dette vil endre DRG-plasseringen for de aller fleste av disse oppholdene.

Innenfor de fire helseregionene var det henholdsvis 2 lokal-/sentralsykehus og 2 regionsykehus som hadde høyest andel endring av kode for hovedtilstand fra J00-J99 til et annet kapittel.

6.4.2 Andre tilstander

Antallet diagnosekoder etter revisjon per opphold var svært høyt, i gjennomsnitt 5,9. Dette er uttrykk for at pasientgruppen er kompleks, med lang liggetid. Etter revisjonen økte totalt antall diagnosekoder med 5,6%. Det forelå altså en viss underkoding i pasientgruppen i utgangspunktet.

Av de 1748 diagnosekodene som var brukt for andre tilstander enn hovedtilstanden, ble

- 1256 beholdt uendret (72%)
- 78 omgjort til kode for hovedtilstand, evt. med kodeendring (4%)
- 263 slettet pga. manglende dokumentasjon (15%)
- koden endret for 151 (9%)

Antall nye koder for andre tilstander som ble lagt til ved revisjonen var 380.

6.5 Prosedyrekodingen

Revisjonen av prosedyrekodingen var ikke komplett, da dette ikke var nødvendig for dokumentkontrollens formål, og avsatt tid heller ikke tillot dette. Koding av respirasjonsstøtte av ulik type ble kontrollert, likeledes koding av viktigere medisinske og kirurgiske prosedyrer.

Vi fant at respiratorbehandling var kodet uten at det fantes dokumentasjon for slik behandling ved 78 av 365 opphold (21%).

Etter revisjon var det 349 av alle 380 opphold (92%) som inneholdt minst én kode for ventilasjonsstøtte med ulike apparater, derav 295 (78%) som var GXAV01 Respiratorbehandling INA.

6.6 Forhold ved de enkelte helseforetak

6.6.1 Oslo Universitetssykehus

77 avdelingsopphold revidert.

OUS har endring av kode for hovedtilstand for 52% (40 av 77) av avdelingsoppholdene, noe som er nest høyest blant foretakene. Den hyppigste årsaken til dette er at en kode for respirasjonssvikt er brukt i stedet for koden for en sykdom som behandles.

I noen tilfeller kommer pasienter inn elektivt for kontroll av hjemmerespiratorbehandling, og får koden GXAV01. Dette er feil, i slike tilfeller skal koden GXAV 36 Kontroll og justering av hjemmerespirator brukes.

Likevel var det bare 15% (11 av 75) av forekomstene av GXAV01 som ble slettet pga. manglende dokumentasjon av prosedyren, som er under gjennomsnittet på 21%.

6.6.2 Sykehuset i Vestfold

67 avdelingsopphold revidert.

SiV hadde høyest forekomst blant foretakene av endring av kode for hovedtilstand, med 60% (40 av 67) av oppholdene. De hadde også høyest forekomst av endring av kode fra J00-J99 til annet kapittel, 39% (21 av 54) av disse kodene. Dette skyldtes i stor utstrekning at respirasjonssvikt var valgt som hovedtilstand i stedet for en sykdom som ble behandlet.

Vi noterte også at kardiogent lungeødem ble feilkodet som J81 i stedet for I50.1 i noen tilfeller.

Det var her nest høyest andel blant foretakene av GXAV01 som ble slettet, 38% (23 av 60) av forekomstene.

6.6.3 Stavanger universitetssjukehus

53 avdelingsopphold revidert.

Dette foretaket hadde lavest andel feil valgt hovedtilstand med 8% (4 av 53), endret kode for hovedtilstand, 25% (13 av 53) og slettede forekomster av GXAV01, 8% (4 av 53).

6.6.4 Helse Førde

21 avdelingsopphold revidert.

Med så få opphold revidert her har vi ikke grunnlag for å si mye generelt om kodingskvaliteten. Annen hovedtilstand ble valgt for 19% (4 av 21) av oppholdene, koden for hovedtilstand ble endret for 38% (8 av 21) av oppholdene. For 3 av de 5 hovedtilstandene som var kodet med J00-J99 ble kode fra annet kapittel valgt etter revisjon.

Lav andel av GXAV01 ble slettet, kun 10% (2 av 20).

6.6.5 St. Olavs Hospital

66 avdelingsopphold revidert.

Her er det en relativt lav andel feil valgt hovedtilstand, 17% (11 av 66) og under gjennomsnittlig andel endring av kode for hovedtilstand, 33% (22 av 66). Det siste gjelder også for kode fra J00-J99 som endres til kode fra annet kapittel, 11% (6 av 57).

Helseforetaket hadde imidlertid høyest andel av alle av GXAV01 som ble slettet ved revisjonen, 45% (30 av 66). Her synes det å være en systematisk feil ved foretaket, i det det i mange tilfeller sto uttrykkelig i journalen at pasienten ikke skulle på respirator, respiratorbehandling var ikke dokumentert og heller ikke kodet i epikrisen, men påført i ettertid før rapportering til NPR. Ved disse oppholdene var det i nesten alle tilfeller gitt non-invasiv ventilasjonsstøtte som har annen kode fra GXAV. Dette var i mange tilfeller kodet, men ikke alltid.

6.6.6 Helse Nord-Trøndelag – Levanger

26 avdelingsopphold revidert.

Foretaket hadde relativt lavt antall reviderte avdelingsopphold, 26. Som ved Helse Førde, er det heller ikke her grunnlag for å trekke sikre konklusjoner om kodingskvaliteten.

Det var under gjennomsnittlig andel opphold med feil valgt hovedtilstand, 15% (4 av 26). Det samme var andel av kode for hovedtilstand som ble endret, 35% (9 av 26).

Det var 18 opphold som hadde hovedtilstand kodet med J00-J99, og ingen av disse ble endret.

26 opphold hadde kode for respiratorbehandling, og ingen av disse ble slettet.

6.6.7 UNN Tromsø

38 avdelingsopphold revidert.

Andelen av feil valgt hovedtilstand, 21% (8 av 38) og endret kode for hovedtilstand, 32% (12 av 38) var under gjennomsnittet. Andelen av hovedtilstander som fikk endret kode fra J00-J99 til kode fra annet kapittel, 15% (4 av 27), var litt under gjennomsnittet.

En under gjennomsnittlig andel GXAV01 ble slettet, 14% (5 av 35).

6.6.8 Nordlandssykehuset

32 avdelingsopphold revidert.

Her fant vi en omtrent gjennomsnittlig andel feil valgt hovedtilstand, 25% (8 av 32), en under gjennomsnittlig andel hovedtilstander som fikk endret kode, 34% (11 av 32) og få hovedtilstander som fikk endret kode fra J00-J99 til kode fra annet kapittel, 5% (1 av 20).

Det var lav andel av GXAV01 som ble slettet, 10% (3 av 30).

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Postadresse

Postboks 6737
St. Olavs plass
0130 OSLO