

Avregningsutvalgets årsrapport 2023

Arbeid med aktivitetsbasert
finansiering 2022



Innhold

Forord	4
Sammendrag	6
Om avregningsutvalget	7
Mandat	8
Arbeidsform	8
Sammensetning	9
Hovedtrekk fra kontrollarbeidet 2023	10
Vurderinger og anbefalinger	17
Saksomfang	18
Anbefalinger	19
23/9133 Desensibilisering av allergener	20
23/7566 Operasjoner på kne	21
23/7565 Kodepraksis ved bilaterale og unilaterale operasjoner på linsen	22
23/7563 Injeksjon av Botox i urinblære	23
23/19756 Polikliniske konsultasjoner barn under 5 år	25
23/15199 Familierettet poliklinisk behandling voksne	26
23/11915 Innsetting eller bytte av nevrologisk stimuleringsutstyr	27
23/11909 Sykdommer i åndedretsorganer med PEEP-support	28
23/10503 Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene, m/bk og u/bk	29
21/4750 DRG 34 Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk	30
21/4749 Ambulante konsultasjoner LAR-behandling	30
20/4286 DRG 217 Sårrev og hudtranspl eksl hånd pga traume/sykd i HDG 8	32
20/3958 DRG 442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk	33
20/3956 DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade	34
19/2881 Utredning av hjertesykdom i DRG 125 og DRG 125O	35
18/1820 Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35	35
17/11400 Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering	37
Tekniske beregninger	39
Aktivitetsbasert finansiering (ABF)	40

Tekniske beregninger av anbefalte avregninger	40
23/7563 Injeksjon av Botox i urinblære	41
20/4286 DRG 217 Sårrev og hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykd i HDG	8 42
20/3956 DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade	43
18/1820 Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35	44
Vedlegg	45
Vedlegg 1 - Oversikt over saker hvor Avregningsutvalget har anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering tidligere år, fordelt på år og kapittel i kodeverkene ICD-10 og NCSP/NCMP	46
Vedlegg 2 Dokumentkontrollrapporter	66

Forord

Avregningsutvalget har avsluttet sitt kontrollarbeid i 2023, der medisinske registreringer er kontrollert i forbindelse med den aktivitetsbaserte finansieringen (ABF) til landets sykehus. ABF står for en vesentlig andel av sykehusenes inntekter.

Grunnlaget for et aktivitetsbasert finansieringssystem er at registreringene fanger opp reell aktivitet og at tilstander og helsehjelp er kodet korrekt. Det forventes at alle landets sykehus følger de samme retningslinjene for medisinsk koding, og at reglene for innsattsstyrt finansiering blir tolket og praktisert likt.

Blir feilmarginene store, betyr det at de statlige refusjonene kan komme på avveie, og dermed føre til at grunnlaget for denne finansieringsordningen svikter. Det kan innebære risiko for utilsiktet feil prioritering av behandlingstilbud mellom regionene. Avregningsutvalgets oppdrag er å kontrollere at dette ikke skjer. Prioritering og tilgjengelighet til helsetjenester skal være et resultat av politiske valg.

Avregningsutvalget har over drøyt to tiår opparbeidet bred erfaring fra sitt kontrollarbeid, både gjennom bredden av problemstillinger og ved utvikling av en gradvis bedret metodisk tilnærming. Utvalget er satt sammen slik at det skal ha faglig bredde og geografisk representasjon, slik at utvalget skal kunne ivareta sitt oppdrag på en forsvarlig måte.

Spørsmål om habilitet har vært og er et tilbakevendende tema som avklares for medlemmene i hver av sakene som er til behandling. Ingen kan sitte på begge sider av bordet når en sak skal behandles. Inhabilitet avklares og loggføres ved oppstart av saksbehandlingen og betyr at utvalgsmedlemmet trer til side under saksbehandlingen fram til utvalgets konklusjon er truffet.

Årets gjennomgang har ikke ført til tilsvarende store avregninger som tidligere år. Utvalget har imidlertid ikke grunnlag for å hevde at størrelsen på de årlige avregningsbeløpene reflekterer kvaliteten på de medisinske registreringene. Problemstillingene varierer fra år til år. Tidligere saker følges opp rutinemessig, slik at tidligere feilkoding ikke videreføres.

Gjennomgangen i 2023 viste at granskning av pasientjournaler gir vesentlig og unik kunnskap om de faktiske forhold, og som øvrig innhenting av fakta ikke kan gi. Rapporten gir innsyn i hvordan analysearbeid kombinert med fagkunnskap og innhenting av fakta foregår, og dermed legitimerer ordningen med et aktivitetsbasert finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten.

Utvalget vil rette en takk til velvillig bistand i regelfortolkning fra Direktoratet for e-helse i enkeltsaker i året som gikk. Velvillige og kunnskapsrike fagpersoner bidro til et fagseminar for utvalget i året som gikk. Det bidro til å styrke den felles kunnskapsbasen i utvalget. Endelig rettes en takk til medvirkende bidragsytere fra selskapet Logex AS for gjennomførte journalgranskninger av medisinsk koding.

Trondheim, 7. desember 2023

Bjørn Buan (leder)
Alf Henrik Andreassen
Ida Camilla Monn Birkhaug
Anette Løken Eilertsen
Wender Figved
Erlend Hangaard
Anne Wenche Lindboe
Arne Seternes
Lisa Steffensen
Andreas Stensvold
Ambreen Tariq

Eira Enodd (observatør)

Adrian Tveit Lundemo (sekretariat)
Robert Wiik (sekretariat)

Sammendrag

Avregningsutvalget behandlet 17 saker i 2023. Sakenes problemstilling var etterlevelse av riktig medisinsk koding, omsorgsnivå og registrering av andre viktige parametere i pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten i 2022. 14 saker er innen den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten og tre saker innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Utvalget ser på konsekvenser for finansiering, og i fire av sakene ble det anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering (ABF).

Summen av anbefalte avregninger var i overkant av 10 millioner kroner. Alle sakene som ble behandlet i 2023 ble meldt inn fra Helsedirektoratet. Ni saker var nye av året, mens åtte var oppfølging av saker fra tidligere år.

Tabell 1. Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av ABF for 2022 fordelt på pasientens bostedsregion.

Pasientens bostedsregion	Anbefalt avregning
Helse Sør-Øst RHF	- Kr 5 111 439
Helse Vest RHF	-Kr 2 603 221
Helse Midt-Norge RHF	-Kr 1 624 039
Helse Nord RHF	-Kr 927 738
SUM	-Kr 10 266 438

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. Utvalget gir sine anbefalinger til Helsedirektoratet.

Mandat

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

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

Arbeidsform

Avregningsutvalget arbeider uavhengig og foretar sine vurderinger på faglig grunnlag. Saksbehandlingen skjer hovedsakelig i arbeidsmøter, men slutføringen av noen saker kan skje på e-post. I 2023 hadde utvalget sju 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.

Det er etablert praksis for utvalget å tilskrive helseforetak eller institusjoner som vurderes avregnet i ulike saker. Dette gjøres for at helsetjenesten skal kunne uttale seg om egne vurderinger og registreringspraksis. For oppfølgingssaker der utvalget har anbefalt avregning tidligere år, vil ikke nødvendigvis helseforetak og institusjoner bli tilskrevet eller varslet på nytt ved avregning senere år.

Medlemmenes habilitet vurderes for hver enkelt sak. Vurderingen er i overensstemmelse med reglene i offentlig forvaltning. Se kapittel 3.1 for oversikt over hvem som er vurdert inhabil i hver enkelt sak.

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 kvalitetskontroll*.

Anbefalinger er offentlige og publiseres på nett:

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

Sammensetning

Medlemmene oppnevnes av de regionale helseforetakene for en periode på tre år. I 2023 har Avregningsutvalget hatt følgende sammensetning:

Bjørn Buan (leder)	Kommuneoverlege i Surnadal
Alf Henrik Andreassen	Avdelingsdirektør Hudavdelingen og Revmatologisk avdeling, spesialist indremedisin og lungesykdommer, Helse Bergen HF
Ida Camilla Monn Birkhaug	Overlege indremedisin, leder for medisinske leger og medisinsk rådgiver i klinikken, Molde sykehus, Klinikk Sykehuset i Nordmøre og Romsdal, Helse Møre og Romsdal HF
Anette Løken Eilertsen	Overlege, PhD, spesialist i indremedisin og blodsykdommer, avdeling for blodsykdommer, Akershus universitetssykehus HF
Wender Figved	Avdelingssjef og spesialist i ortopedi, PhD, Bærum sykehus, Vestre Viken HF
Erlend Hangaard	Avdelingsleder og spesialist psykiatri, Oslo universitetssykehus HF
Anne Wenche Lindboe	Fagsjef og spesialist anestesi, Diakonhjemmet sykehus
Arne Seternes	Overlege karkirurgi, PhD, St. Olavs hospital HF
Lisa Steffensen	Overlege og seksjonsoverlege bryst- og endokrinkirurgi, Nordlandssykehuset HF
Andreas Stensvold	Avdelingssjef kreftavdelingen, PhD, Sykehuset Østfold HF
Ambreen Tariq	Overlege, leder/medisinsk faglig ansvarlig koding, spesialist i indremedisin og geriatri, analyseavdelingen, Stavanger universitetssykehus HF

Observatør fra Avdeling finansiering i Helsedirektoratet:

Eira Enodd (rådgiver)

Sekretariat fra Avdeling helseregistre i Helsedirektoratet:

Adrian Tveit Lundemo (seniorrådgiver) og Robert Wiik (seniorrådgiver)

Hovedtrekk fra kontrollarbeidet 2023

Denne delen av rapporten gir en kortfattet, tematisk og faglig inndelt oversikt over problemstillingene som var oppe til behandling i avregningsutvalget i 2023. Det innledende sammendraget i rapporten la vekt på kontrollarbeidets omfang og resultatene fra saksbehandlingen. Den fullstendige saksframstillingen av hver enkelt sak gis i rapportens kapittel Vurderinger og anbefalinger.

Utvalgets kontroll av pasientdata i 2023 tok utgangspunkt i årets bestilling fra Helsedirektoratet og oppfølging av saker fra tidligere år. Det kom ingen henvendelser fra fagmiljøer eller helseforetak om å analysere særskilte problemstillinger, slik det er anledning til.

Helsedirektoratet ønsket forklaringer på geografisk variasjon i pasientdata, og om det kunne skyldes svikt i medisinsk kodepraksis som kunne føre til avregning i statens aktivitetsbaserte utbetalinger til helseforetakene. Følgende nye kategorier av helsehjelp var valgt ut for kontroll: Allergibehandling, operasjoner på kne, øyelinseoperasjoner, injeksjoner og nervestimuleringer, former for helsehjelp innen psykisk helse, ikke-kirurgisk kreftbehandling og mekanisk ventilasjonsstøtte.

Overvåkning av utviklingen av kodepraksis etter tidligere års kontrollarbeid, ga dessuten grunn til å følge opp ytterlige problemstillinger innenfor nevrologi, rusbehandling, fornyet sårbehandling og skadeoppfølging.

Geografisk variasjon i pasientstatistikk kan skyldes ulik grad av sykелighet, ulikheter i tjenestetilbud og i organisering av tjenester, ulik medisinsk praksis og forskjeller i medisinsk koding og registreringer, inkludert tekniske forhold. Det viste seg nødvendig å gjennomføre ressurskrevende dokumentkontroller i to saker for 2022. De ble utført av selskapet Logex AS på oppdrag for avregningsutvalget.

Følgende problemstillinger ble plukket ut for kontroll i 2023: Allergibehandling, ortopedisk kirurgi av kne, øyelinsekirurgi, injeksjoner og nervestimuleringer, helsehjelp innen psykisk helse, ikke-kirurgisk kreftbehandling og mekanisk ventilasjonsstøtte.

Tidligere års kontrollarbeid ble fulgt opp innenfor problemstillinger i nevrologi, rusbehandling, fornyet sårbehandling og skadeoppfølging.

I det følgende er kontrollarbeidet tematisk organisert og forenklet for en bredere lesekrets.

Allergibehandling (23/9133 Desensibilisering av allergener)

Sykehusene Helse Stavanger, Helse Bergen og St Olavs hospital skilte seg ut fra resten av landet med høyere forekomst av *Desensibilisering mot allergener*.

Per i dag kan immunologiske tilstander og behandlinger kodes gjennom kontaktårsak (ICD-10 kode Z 91.0) eller koding av spesifikt målorgan for immunologisk tilstand (ICD-10 I30 eller I31). I de senere år ser det ut til at det foregår en dreining av kodepraksis mot koding av kontaktårsak, men i ulikt tempo mellom helseregionene. Analyser viste at geografiske forskjeller i forekomst kunne ha sammenheng med organisering av tjenestetilbud. Eksempelvis tilbys desensibilisering av allergener vesentlig hos avtalespesialister flere steder. Dermed gir pasientstatistikk fra helseforetakene et mangelfullt bilde av tilbud og forbruk av tjenester. Regionalt Astma Allergi og Overfølsomhet (RAAO) er førende for koding av slik behandling i flere helseregioner. Direktoratet for e-helse forvalter kodeverkene og erkjenner at kodeveiledningen kan presiseres ytterligere overfor helseforetakene.

Den vesentligste forklaringen på geografisk variasjon for denne pasientgruppen ligger etter alt å dømme i ulik organisering og ulikt tjenestetilbud. Gjennomgangen ga ikke grunnlag for avregning.

Operasjoner på kne (23/7566)

Helsedirektoratet hadde observert betydelig geografisk variasjon i forekomst av ulike kneoperasjoner, og spesielt høy forekomst i opptaksområdet til Helse Førde. Her var det mer enn tre til fire ganger så mange opphold per 1000 innbygger som landsgjennomsnittet. Også i opptaksområdene til Helse Landssykehuset, Helse Bergen og Helse Møre og Romsdal var det dels høy forekomst.

Analyser av pasientdata og dialog med sykehusene viste at forskjellene først og fremst skyldtes reell variasjon i medisinsk praksis og geografiske forskjeller i kapasitet på tjenestetilbud. Utvalget kom derfor fram til at det ikke var grunnlag for å anbefale endringer i utbetalingene til helseforetakene. Den høye forekomsten ved Helse Førde må sykehuset selv gis anledning til å besvare.

Øyelinsekirurgi, ensidig og tosidig (23/7565)

Det er påvist betydelig geografisk variasjon i andelen ensidige linseoperasjoner mellom sykehusene. Eksempelvis var det i opptaksområdet til Sykehuset i Østfold og Helse Fonna over tre ganger så mange opphold som gjennomsnittet for hele landet i 2. tertial 2022.

Begrunnelsen for valg av ensidig istedenfor tosidig operasjon ble kommentert fra ledende fagpersoner som ledd i utvalgets utredning. Det framkom ikke indikasjoner på at behandlingsvalget var styrt av økonomi, men i større grad av endringer som følge av faglig utvikling som i ulikt omfang er omsatt til praksis ved sykehusene. Utviklingen går i retning av tosidige operasjoner der det er lang reisevei, høy alder, pasienter som må opereres i narkose, eller der pasienten har betydelig ulik brytningsfeil i høyre og venstre øye og der selve operasjonen kan være risikofyllt.

Utvalget fant ikke grunn til å avregne enkeltsykehus eller regioner.

Injeksjoner og nervestimulering (23/7563 Botoxinjeksjon i urinblære og ved innsetting eller bytte av nevrologisk stimuleringsutstyr 23/11915)

Botoxinjeksjoner i urinblære

Helsedirektoratet avdekket påfallende geografisk variasjon i forekomst av utvalgte injeksjonsbehandlinger og nervestimuleringer. Injeksjon av botox i urinblære gjennom tradisjonelt kikkhullsutstyr (cystoskop) skal kodes i samsvar med presiseringer fra Direktoratet for e-Helse, og i (ISF-)regelverket. En uspesifikk registrering av behandlingsprosedyren gir feil beskrivelse av aktiviteten og det fører til høy refusjon. Lik etterlevelse av kodeveiledningen er avgjørende for å sikre lik refusjon for lik behandling.

Avregningsutvalget henvendte seg til sykehus i Helse Vest og Helse Nord. Sykehusene i begge regioner erkjente at det var kodet feil og ble derfor anbefalt avregnet.

Innsetting eller bytte av nevrologisk stimuleringsutstyr

Avregningsutvalget fikk i oppdrag å finne forklaring på stor geografisk variasjon i tjenester som knyttes til innsetting og bytte av nevrologisk stimuleringsutstyr hos pasienter med ulike former for lekkasjeproblematikk. Det var spesielt opptaksområdet til Akershus universitetssykehus (Ahus) som viste seg å ligge over landsgjennomsnittet for slike behandlinger.

Det ble søkt etter mulige forklaringer på variasjonen, slik som organisering av tjenester lokalt og nasjonalt, tjenesteutvikling og gjennom sykehusenes egne beskrivelser av pasientforløp. Også retningslinjer for kodesetting ble undersøkt. Det kom fram at de tjenestene som ble undersøkt ble utført ved ulike avdelingstyper der forskjellige faglige disipliner sto for tilbudet. Fagmiljøer ved flere større sykehus i landet ble forespurt, og det ble gjennomgående gitt opplysende svar om tjenestene, inkludert ressursbruk. Ikke alle helseregioner har tilsvarende behandlingstilbud og andelen gjestepasienter var høy.

Avregningsutvalget konkluderte med at variasjonen i geografisk forekomst best forklares ved ulik grad av opprettelse av et nytt tjenestetilbud i hver av helseregionene, ikke kodepraksis. Avregning ble ikke anbefalt.

Tjenestetilbud innen psykisk helse og rus

Polikliniske konsultasjoner barn under 5 år (23/19756)

I opptaksområdet til Vestfold var det registrert nær fire ganger så mange polikliniske konsultasjoner for barn under fem år per 1000 innbygger sammenlignet med gjennomsnittet for hele landet.

Også ved Helse Stavanger og Ahus skilte det registrerte aktivitetsnivået seg ut. Det ble gjennomført analyser omkring bruk av koder for prosedyrer og tilstander, avdelingstype og aktivitetsnivå for andre polikliniske tjenester for barn. Sykehusene ble forespurt om tjenestetilbud, organisering, pasientforløp og kodepraksis. Vanlige problemstillinger var knyttet til utseende og adferd, med noe større variasjon i tjenesteinnhold. Spørsmål om regional funksjonsdeling ble undersøkt som alternativer til kvalitet på medisinske registreringer. Endringer over tid ble undersøkt for å belyse problemstillingen.

Tjenestene ble gitt fra barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger for de aktivitetene som ble undersøkt, og registreringspraksis var stabil over tid. Omfanget av polikliniske konsultasjoner ble markert redusert under pandemiårene 2020-2022.

Psykiatrisk fagmiljø ble konsultert. Variasjon i medisinsk praksis er stor, og tjenestetilbudet varierer, uten at det ble funnet holdepunkter for sviktende kvalitet i kodepraksis.

Utvalget konkluderte med at det ikke var grunnlag for avregning.

Familierettet poliklinisk behandling voksne (23/15199)

Opptaksområdet for Helse Nord-Trøndelag hadde 3,6 ganger flere opphold per 1000 innbygger enn landsgjennomsnittet. Pasientene der var i gjennomsnitt også eldre enn i resten av landet.

Helsedirektoratet ønsket forklaring på årsak til denne variasjonen og om dette skyldes kodepraksis eller annerledes behandlingstilbud.

Analyser viste at opptaksområde Nord-Trøndelag hadde en eldre pasientgruppe sammenlignet med de fleste øvrige opptaksområder, og det var en høyere forekomst av hoveddiagnosen R450 – *nervøsitet*. Helseforetaket anvendte psykoedukativ behandling. Helse Nord-Trøndelag ble tilskrevet om pasientforløp og kodepraksis. Sykehuset svarte at de hadde avdekket feil i egen kodepraksis som følge av henvendelsen.

To andre sykehus med avvikende statistikk ble også undersøkt nærmere, uten at det ble funnet svikt i kodepraksis. Der viste det seg at nytt behandlingstilbud var blitt opprettet i den senere tid.

Uttalelser fra fagmiljøet ble innhentet, og det kom fram at det synes være stor usikkerhet omkring koderegler for familierettet behandling. Denne uklarheten ble styrket etter konsultasjon med Direktoratet for e-helse, og utvalget fant at det ikke var grunnlag for avregning for 2022, trass i den selvkritikk som Helse Nord-Trøndelag utviste.

Direktoratet for e-helse meldte tilbake at problemstillingen vil bli nærmere utredet.

Mekanisk ventilasjonsstøtte (23/11909)

Enkelte opptaksområder skilte seg ut geografisk forekomst av en spesiell form for mekanisk ventilasjonsstøtte (PEEP-support), som er enklere enn ordinær respiratorbehandling. Helse Bergen skilte seg ut med høy forekomst, etterfulgt av Sykehuset Vestfold. Samtidig viste det seg at liggetiden ved disse sykehusene var kortere for pasienter med tilsvarende diagnose ved andre sykehus.

Helsedirektoratet ønsket at avregningsutvalget identifiserte mulige forklaringer på den høye forekomsten av denne behandlingen og den lavere liggetiden, slik det framkom av pasientstatistikken.

Det ble innhentet informasjon fra Helse Bergen, Helse Nord-Trøndelag og Sykehuset i Telemark. Sykehusene informerte om at de hadde fulgt eksisterende retningslinjer. Videre kom det fram at det foregår en praksisendring og en faglig utvikling som påvirker pasientforløpet. Supplerende analyser viste at behandlingene var knyttet til lungeavdeling og non-invasiv behandling som trolig ble gitt på «halv-intensiv» avdeling.

Utvalget vurderte det til at det ikke er holdepunkter for at den geografiske variasjonen kunne forklares gjennom feilkoding. Pasientforløpet og pasientstatistikken kan være påvirket av nytt utstyr som er blitt tatt i bruk i ulik grad ved ulike sykehus, og at kortere liggetid har sammenheng med denne utviklingen.

Kreftsykdom i fordøyelsesorganene, med og uten komplikasjon (23/10503)

Data fra Norsk pasientregister for 2022 viste at opptaksområdet for Helse Finnmark hadde mer enn tre ganger høyere forekomst av ikke-kirurgisk behandling av kreftsykdom i fordøyelsesorganene *uten* komplikasjon, sammenlignet med resten av landet. Forekomst av tilsvarende opphold for behandling av pasienter *med* komplikasjon var om lag dobbelt så høy for Finnmark som gjennomsnittet for landet.

Helsedirektoratet ønsket her at avregningsutvalget vurderte årsaker til denne geografiske variasjonen for hver av disse pasientgruppene, og om eventuelle feil eller forskjeller i kodepraksis kunne gi grunnlag for avkortning.

Avregningsutvalget gjennomførte ulike analyser av pasientdata omkring tilstander, tilleggstilstander, liggetider, aldersfordeling og ulike forekomster på opptaksområder. Også karlegging av opphold ved andre sykehus ble gjennomført, for å få et helhetlig bilde av pasientforløpene.

Finnmarkssykehuset og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) ble tilskrevet for mer informasjon om behandling og koding av deres pasienter, og om funksjonsdelingen mellom Finnmarkssykehuset og UNN for denne pasientgruppen.

Etter en samlet gjennomgang av innhentet informasjon og analyse konkluderte avregningsutvalget med at den geografiske variasjonen best kan forklares ved funksjonsdeling mellom Helse Finnmark

og UNN, dessuten praksisvariasjon. Det ble ikke funnet grunnlag for at feil koding og registrering lå bak de store geografiske forskjellene.

Oppfølgingsaker fra tidligere år

Åtte saker fra tidligere år ble fulgt opp som ledd i kontrollarbeidet i 2023. Enkelte sider av oppfølgingen omhandlet forhold av betydelig interesse.

21/4750 DRG 34 Sykdommer i nervesystemet

Tidligere analyser hadde vist at det var høy forekomst av sykdommer i nervesystemet ved Vestre Viken, St. Olavs og Sykehuset i Østfold. Hovedtilstand hadde hovedsakelig vært knyttet til fall og desorientering med mer hos eldre og skrøpelige pasienter.

Oppfølgingsanalyser for 2022-data viste at det nasjonale nivået lå nokså likt som året før. Vestre Viken hadde fortsatt noe høyere forekomst enn de andre, men raten har gått ned i 2022. Utvalget vurderer at ytterligere oppfølging av denne saken kan skje gjennom en målrettet dokumentkontroll ved senere anledning.

21/4749 Ambulante konsultasjoner og Legemiddelassistert rehabilitering (LAR-behandling)

Avregningsutvalget hadde strevd med å avklare tjenesteinnhold og pasientforløp under tidligere saksbehandling, og hadde anbefalt en dokumentkontroll for å besvare spørsmålene som Helsedirektoratet hadde stilt. Det vises til årsrapport for 2021 for ytterligere opplysninger.

Det ble gjennomført en dokumentkontroll ved Helse Bergen, Sykehuset i Vestfold og Helse Stavanger, som framviste aktivitetsdata over gjennomsnittet. Dokumentkontrollen viste varierende kvalitet i koding og registrering, der Vestfold framviste høy kvalitet på dokumentasjonen, til forskjell fra Helse Stavanger og Helse Bergen.

Det kom fram at kriteriene for å definere konsultasjoner versus utdeling ikke var tilstrekkelige til å skille skarpt mellom legemiddelutdeling og konsultasjoner. Dermed ble utvalget ikke i stand til å foreta en avregning på grunnlag av dokumentkontrollen. Det viser behov for en presisering av hvordan slik helsehjelp skal registreres og kodes.

20/4286 DRG 217 Sårrevisjon og hudtransplantasjon ekskl hånd pga traume/sykdom i hoveddiagnosegruppe 8

Saken ble først behandlet i 2021 og omhandler komplikasjoner etter kirurgisk behandling innenfor flere kirurgiske disipliner. Bakgrunnen for saken er at det i 2020-data ble observert høy aktivitet i DRG 217 hos St. Olavs Hospital og Vestre Viken. Utvalget har tidligere kommet fram til at tallene den gang var såpass lave, og pasientgruppen såpass heterogen at det var vanskelig å peke på klare mønstre i aktiviteten. Universitetssykehuset i Akershus (Ahus), Oslo Universitetssykehus (OUS) og Helse Bergen var blant de helseforetakene som hadde hatt en økning i antall opphold for komplikasjoner etter kirurgi.

For å forstå variasjonen bedre ble det gjennomført en begrenset dokumentkontroll innenfor flere fagområder. Dokumentkontrollen påviste ingen konsekvent overkoding, men opphold der det ble påvist feil i DRG-gruppering ble anbefalt avregnet.

20/3958 DRG 442 Operasjoner etter skade

Koding av operasjoner for komplikasjoner etter medisinske eller kirurgiske inngrep ble undersøkt i en dokumentkontroll ved Vestre Viken HF i 2020. Da ble det funnet betydelig svikt i kvaliteten på den medisinske kodingen, og resultatene førte til avregning. Etter en bedring i datakvaliteten for 2021 viste oppfølgingsanalyser for 2022 resultater som tilsier videre oppfølging av enkelte sykehus i 2023. Avregningsutvalget fant ikke grunn til avregning for 2022.

20/3956 DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade

Problemstillingen i 2020 var høy forekomst av Alvorlig traumatisk hjerneskade ved Vestre Viken HF. Det ble gjennom arbeidet avdekket at dette skyldes feil bruk av kode S06.01 *Hjernerystelse med åpent sår*. Vestre Viken HF ble avregnet for hjernerystelse for 2019.

Den norske teksten på koden S06.01 kunne misforstås, og Direktoratet for e-helse har i ettertid endret kodeteksten til *Hjernerystelse med åpen intrakraniell skade*. Oppfølgende analyser på 2022-data viste at den tidligere observerte nedgangen i stor grad har fortsatt, med unntak av Ahus.

Alle opphold med hjernerystelse kodet feil i 2022-data ble anbefalt avregnet slik anvist annet sted i rapporten.

18/1820 Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35

Saken dreier seg om koding av kirurgisk behandling av større og mindre sår i hud. Saken har vært fulgt opp over flere år. I avregningen for statistikkåret 2021 ble Sørlandet sykehus HF, St. Olavs hospital HF, UNN HF, Volvat Stokkan og Aleris Trondheim avregnet. Omfanget av feilkoding er deretter blitt redusert, men også i 2022 var det betydelig variasjon mellom institusjonene, og det tilkom en økning i dagkirurgiske hudtransplantasjoner og oppfølgingskirurgi (revisjoner) som en i denne omgang mangler god forklaring på.

Utvalget anbefalte en avregning av utvalgte opphold, se øvrige avsnitt i rapporten for detaljer.

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

Haugesund sanitetsforenings sykehus hadde henvendt seg til Helsedirektoratet om det som for sykehuset framsto som urimelige utslag av tidligere avregning, basert på utslag for en undergruppe av rehabiliteringspasienter med tilstanden myositt (muskelbetennelse).

Utvalget diskuterte spørsmålet, men fant ikke grunnlag for å endre på de vurderingene som var gjort tidligere. Saken ble overført til Helsedirektoratet for svar på henvendelsen fra Haugesund sanitetsforenings sykehus.

Vurderinger og anbefalinger

Saksomfang

Avregningsutvalget behandlet 17 saker i 2023. Ni av disse er nye saker for 2023. Åtte er oppfølging av saker fra tidligere år. Alle årets saker er meldt inn til Avregningsutvalget fra Avdeling finansiering i Helsedirektoratet.

Saksbehandlingen i Avregningsutvalget har ført til at det anbefales avregning i en av de nye sakene. I flere av sakene som er fulgt opp fra tidligere år sees noe forbedring i registrerings/kodepraksis, men utvalget mener at det fortsatt er grunn til avregning i tre av dem.

Tabellen nedenfor viser hvilke saker utvalget har behandlet med anbefaling om avregning eller ikke.

Tabell 2: saker behandlet av Avregningsutvalget i 2023 med utfall av anbefaling.

Saksnr	Sakstittel	Avregning
23/9133	Desensibilisering av allergener	Nei
23/7566	Operasjon på kne	Nei
23/7565	Kodepraksis for bilaterale og unilaterale operasjoner på linsen	Nei
23/7563	Injeksjon av Botox i urinblære	Ja
23/19756	Polikliniske konsultasjoner barn under 5 år	Nei
23/15199	Familierettet poliklinisk behandling	Nei
23/11915	Innsetting eller bytte av nevrologisk stimuleringsutstyr	Nei
23/11909	Sykdommer i åndedretsorganer med PEEP-support	Nei
23/10503	Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene	Nei
21/4750	DRG 34 Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk	Nei
21/4749	Ambulante konsultasjoner og LAR-behandling	Nei
20/4286	DRG 217 Sårrev og hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykd i HDG 8	Ja
20/3958	DRG 442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk	Nei
20/3956	DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade	Ja
19/2881	Utredning av hjertesykdom i DRG 125 og DRG 1250	Nei
18/1820	Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35	Ja
17/11400	Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering	Nei

Avregningsutvalget anbefaler avregning som medfører reduksjon i utbetalinger i ABF 2022 på i overkant av 10 millioner kroner. Anbefalingene får konsekvenser for refusjoner til alle regionale helseforetak og er fordelt som beskrevet i tabellen på neste side.

Tabell 3: Summer for anbefalt avregning tre siste år

Pasientens bostedsregion	Anbefalt avregning		
	2020	2021	2022
Helse Sør-Øst RHF	- Kr 43 203 197	- Kr 22 221 113	- Kr 5 111 439
Helse Vest RHF	-Kr 10 872 020	- Kr 8 317 633	- Kr 2 603 221
Helse Midt-Norge RHF	-Kr 4 528 129	- Kr 6 689 012	- Kr 1 624 039
Helse Nord RHF	-Kr 12 620 845	- Kr 9 908 606	- Kr 927 738
SUM	-Kr 71 224 191	- Kr 47 136 364	- Kr 10 266 438

Habilitetsvurderinger for medlemmene er gjort i hver enkelt sak. Følgende utvalgsmedlemmer er vurdert til å være inhabile i enkeltsaker og har derfor ikke deltatt i saksbehandling og beslutninger i sakene opplistet under.

23/9133 Desensibilisering av allergener:

Ambreen Tariq, Alf-Henrik Andreassen

23/19756 Polikliniske konsultasjoner barn under 5 år:

Ambreen Tariq

23/15199 Familierettet poliklinisk behandling:

Ambreen Tariq

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

Arne Seternes

21/4749 Ambulante konsultasjoner og LAR-behandling:

Ambreen Tariq

Anbefalinger

På de neste sidene presenteres Avregningsutvalgets vurderinger og anbefalinger i alle saker som ble behandlet i 2023.

23/9133 Desensibilisering av allergener

Saken er ny for 2023. Analyser viste avvikende rater per opptaksområde i DRG 823T *Desensibilisering mot allergener*. Det var spesielt høye rater – og stor vekst i antall opphold fra 2021 til 2022 – i opptaksområdene til Helse Stavanger HF, Helse Bergen HF, St. Olavs hospital HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF).

Etter henvendelse fra Avregningsutvalget har hvert RHF redegjort for variasjoner i koding og ratetall. De har beskrevet hvordan tjenesten er organisert, om det er gjort endringer i tjenestetilbud over tid, hvordan det kodes og hva som er innholdet i helsetilbudet.

Helse Bergen HF opplyste om at de har endret kodepraksis fra organspesifikke koder i ICD-10 til Z-koder. Slike koder vil gruppere aktiviteten til DRG 823T, noe HF-et mener er mest korrekt med tanke på de aktuelle pasientenes sykdom og hva som faktisk utføres. Helse Stavanger HF har fulgt samme kodepraksis som Helse Bergen HF.

St. Olavs hospital HF har organisert behandlingen i en tverrfaglig allergipoliklinikk. Behandling med hyposensibilisering kodes med hoveddiagnose Z91.0. De har i likhet med Helse Vest tidligere brukt J30 og J45. UNN HF har samme kodepraksis som HF-ene i Helse Vest og Midt-Norge og bruker ICD-10-kode Z91.0. Finnmarkssykehuset bruker til forskjell organspesifikke hovedtilstandskoder.

I Helse Sør-Øst er det private avtalespesialister med avtale med RHF-et som utfører en stor del av behandlingen.

Etter ny beregning av kostnadsvekter i Helsedirektoratet er DRG-vekten justert ned i 2023 i forhold til 2022, fra 0,106 til 0,017.

Avregningsutvalgets vurdering er at det har vært en tydelig systematisk omlegging av kodepraksis i samsvar med råd fra kompetansesenteret (RAAO) i Helse Vest. Utvalget henvendte seg derfor til RAAO i Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord og Helse Sør-Øst med følgende spørsmål:

1. Kan forskjellene forklares ved at det er ulikt tjenestetilbud til befolkningen i de ulike RHF-ene?
2. Er det rimelig at det er regionale forskjeller, f.eks. av klimatiske eller demografiske årsaker?
3. Er det andre forklaringer eller kommentarer?

RAAO Sør-Øst og Vest gav de mest utfyllende svarene. Det norske allergimiljøet har hatt en felles tilnærming til diagnostikk og allergen immunterapi-behandling (AIT), så det er grunn til å tro at dette praktiseres likt i alle regioner. Hvem som utfører tjenesten, varierer. I Helse Sør-Øst er det mange avtalespesialister som tilbyr slik behandling, mens det i større grad er helseforetakene i de øvrige regionene. Klimatiske og demografiske forhold kan være med på å forklare variasjon. Ellers viser RAAO Sør-Øst til at det er utfordrende å bruke koder fra ICD-10 til å kode allergi og intoleranse da kodeverket er inndelt etter organsystemer. Enhetlig koding vil trolig være enklere i ICD-11. ICD-11 vil gi en mer presis beskrivelse av sykdomspanoramaet innen allergologi. RAAO Sør-Øst og Oslo universitetssykehus har tilstrebet å bruke den hoveddiagnosen som mest presist beskriver symptom/tilstand som gir indikasjon for AIT, og Z-diagnoser som eventuell bidiagnose. RAAO Helse

Vest og Helse Bergen opplyser at de mener det er riktigst å benytte Z-kodene som hovedtilstandskode.

Utvalget har vært i kontakt med kodeverksmiljøet i Direktoratet for e-helse for å få en vurdering av kodepraksis på området. Svaret var at kodeveiledningen er kort og konsis, og at det ikke skal være så mye rom for misforståelser. De kan ikke konkludere om kodingen ved de aktuelle foretakene er korrekt. Imidlertid vurderer de at kodetekstene til de aktuelle kodene bør forbedres ved neste oppdatering av norsk ICD-10.

Anbefaling

Gjennomgangen ga ikke grunnlag for avregning.

23/7566 Operasjoner på kne

Bakgrunnen for denne saken er avvikende rater i fire DRGer i hoveddiagnosegruppe 8: *Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev*. Det ble observert avvikende rater i DRG 222 *Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk*. Det er særlig høy rate i opptaksområdet til Helse Førde per 2. tertial 2022. DRG 221 *operasjoner på kneledd m/bk* er en liten DRG med langt færre opphold, men også her er det stor geografisk variasjon. Opptaksområdet til Helgelandssykehuset hadde størst avvikende rate fra landsgjennomsnittet etterfulgt av Helse Førde. Også i DRG 2220 *Annen behandling på kne eller legg, dagkirurgisk behandling* ble det observert stor geografisk variasjon. Her har Helse Førde over tre ganger så mange opphold per 1000 innbygger som gjennomsnittet for hele landet per 2. tertial 2022. Det er også høy rate i opptaksområdet til Helse Møre og Romsdal.

I tillegg til de tre nevnte DRGene ble det også observert geografisk variasjon i DRG 249 *Komplik/følgetilst/etterbehandling av tilstander i HDG 8*. I opptaksområdet til Helse Førde er det over fire ganger så mange opphold i DRG 249 per 1000 innbygger som gjennomsnittet for hele landet.

Helsedirektoratet ber Avregningsutvalget vurdere årsaken til variasjonen i DRG 221, 222, 2220 og 249. AU bes vurdere om eventuelle feil eller forskjeller i kodepraksis gir grunnlag for avkortning.

Avregningsutvalgets vurderinger

På bakgrunn av de innledende analysene ble det besluttet å tilskrive aktuelle helseforetak og spørre om synspunkt på rate- og aktivitetstall. I tillegg spørres det om pasientforløp samt organisering av tjenestetilbud og kodepraksis. Brev gikk ut til Helse Førde, Helse Bergen og Helse Nord-Trøndelag. Helse Førde og Helse Nord-Trøndelag bes spesifikt om å redegjøre for sine komplikasjonsrater og hvordan de koder sine komplikasjoner.

Helse Nord-Trøndelags svar vurderes som en grei redegjørelse hvor behandlingen for de aktuelle tilfellene er beskrevet, men det kommer fram i svaret at Z-koder er brukt som hovedtilstand. Det er kun i bestemte tilfeller at det vil være riktig å bruke Z-kode som hovedtilstand. DRG 2220 og DRG 249 viser seg ellers å være mest relevante for dette helseforetaket.

Svar fra Helse Bergen ble vurdert som godt og grundig. Det påpekes der at et stort volum av operasjonene i deres opptaksområde utføres av Haraldsplass Diakonale Sykehus. Generelt opereres det betydelig flere av disse til sammenlikning med hva som var mer vanlig for bare noen år siden. Helse Bergen mener det er god og riktig indikasjon for de inngrepene som er utført. Det påpekes også at det trolig vil være ulik kodepraksis mellom regioner på dette feltet. Der de opererer mer/hyppigere enn andre så kan årsaken kanskje begrunnes i etableringen av nytt behandlingstilbud

for pasienter med patella-instabilitet. Her har det økt i omfang grunnet manglende tilbud tidligere til tross for betydelig sykdomsbyrde. Nye operasjonsmetoder for meniskskader i tidlig fase nevnes også. Generelt er det også slik at større tilbud av kompleks knekirurgi medfører ofte økt antall sekundære inngrep grunnet påregnelige etterfølger/komplikasjoner til det første inngrepet.

Det ble diskutert i utvalget hvorvidt det er selve praksisen eller kodingen som vises best i denne saken. Det ser mest ut til å være forskjellig praksis samtidig som at det er lite som tyder på feilkoding. Dette skal i utgangspunktet være grei og enkel koding for ortopedene. Det kan også tenkes at helprivate aktører har et stort volum i tillegg. Underveis i saksbehandlingen ble det ønskelig å innhente mer dokumentasjon via brev fra ytterligere helseforetak. Haraldsplass, Helgelandssykehuset og Helse Møre og Romsdal ble derfor også tilskrevet med samme spørsmål.

Det er kjent at hos enkelte institusjoner kan det være mye operasjoner på dette fagområdet. Det er ikke alltid lett å dimensjonere behovet. Utvalget vurderer det slik at det er påvist at det er variasjon i medisinsk praksis, men det er fortsatt noe uklarhet rundt kodingen. Man kommer fram til at det mest sannsynlig ikke er fornuftig med dokumentkontroll da det ikke er så mange måter man kan kode feil på i dette området.

Det har generelt vært utfordrende å få inn svar fra sektoren i årets saksbehandling. Helse Førde som ble tilskrevet tidlig i saksbehandlingen ble purret flere ganger og det bemerkes at man aldri mottok noe svar fra helseforetaket. Det har vært kjent at operasjonsindikasjonene kan variere mellom foretak. I gjennomgangen av saken har det framkommet en markant forskjell i favør Helse Førde. Utvalget stiller seg undrende til denne forskjellen, men det vurderes avslutningsvis at Helse Førde ser ut til å ha en praksis innrettet mot å operere mer enn andre plasser. Det er ikke noe grunnlag for å tenke at det foreligger noe økonomisk insentiv. Det dreier seg trolig om medisinsk praksis og det konkluderes med at det er forskjeller i tilbudet og at Førde opererer langt mer enn øvrig fagmiljø. Dette er en lokal variant som man ikke har grunnlag til å vurdere avregning på.

Anbefaling

Utvalget konkluderer med at observerte forskjeller stammer fra forskjellig praksis og anser saken som lukket for i år.

23/7565 Kodepraksis ved bilaterale og unilaterale operasjoner på linsen

I de regelmessige kontrollene av aktivitetsdata ble det observert stor geografisk variasjon i omfanget av opphold i DRG 39P *Bilaterale operasjoner på linsen, dagkirurgisk behandling* og DRG 39Q *Unilaterale operasjoner på linsen, dagkirurgisk behandling*.

I opptaksområdet til Sykehuset i Østfold og Helse Fonna var det over tre ganger så mange opphold i DRG 39P per 1000 innbygger som gjennomsnittet for hele landet per 2. tertial 2022. Det ses også høye rater i opptaksområdene til Sykehuset i Vestfold og Helse Førde hvor raten overstiger det dobbelte av landsgjennomsnittet.

I DRG 39Q er det også stor variasjon mellom opptaksområdene. Opptaksområdet til Helse Førde og Helse Møre og Romsdal skiller seg ut med vesentlig høyere rate enn gjennomsnittet for hele landet. Det er også høye rater i opptaksområdene til Sykehuset i Telemark, Sørlandet Sykehus og Helse Nord-Trøndelag.

Helsedirektoratet ber Avregningsutvalget vurdere kodepraksis for aktivitet i DRG 39P og 39Q. Utvalget bes vurdere årsakene til variasjonen i omfang og om eventuelle feil eller forskjeller i kodepraksis gir grunnlag for avkortning.

Avregningsutvalgets vurderinger

Det ble innledningsvis diskutert om variasjonen kan skyldes ulik organisering av tjenestetilbudet og om sekvensiell behandling vil utløse større refusjon. Det påpekes at det ofte ikke registreres tilleggskoder på dette området.

Det ble vurdert som hensiktsmessig å ta kontakt med et øyelege-fagmiljø og forhøre om anbefalinger og nasjonale retningslinjer på ensidig og tosidig øyeoperasjon. Det vurderes i tillegg om helseforetakene bør tilskrives og bes om å beskrive det ordinære pasientforløpet og kodepraksis.

Svar fra fagperson tilknyttet fagmiljøet ble forelagt utvalget. Professor ved St. Olav og NTNU kan opplyse om at det har blitt mer vanlig med bilateral kataraktoperasjon de siste årene. Det utføres nå bilateral kirurgi når pasienten har lang reisevei, høy alder, må opereres i narkose, har stor anisometri (ulik brytningsfeil i høyre og venstre øye) og når pasienten ønsker å få operert begge øyne samtidig. Man er mer tilbakeholdne når operasjonen kan være risikofylt (operasjoner graderes i A-C).

Svaret ble diskutert og det ble videre vurdert at dette ikke er en sak for Avregningsutvalget. Det er gitt en god forklaring og det er tydelig at det er snakk om at faget har utviklet seg. Det ble derfor ikke sett behov for ytterligere utredning i saken.

Anbefaling

Utvalget vurderer saken som konkludert og saken lukkes.

23/7563 Injeksjon av Botox i urinblære

Analyser av aktivitetsdata for ISF 2021 viste et omfang av opphold i DRG 7160 *Terapeutisk endoskopi av urinveiene* kodet med KCW98 *Annen transluminal endoskopisk operasjon på urinblære* og kode ACGX90 *Lokal injeksjon av nevrotoksisk og/eller* 3AX01 *Behandling med legemiddel* M03AX01. Prosedyrekode KCW98 *Annen transluminal endoskopisk operasjon på urinblære* skal ikke brukes ved injeksjon av Botox i urinblære via cystoskop. Når KCW98 registreres sammen med ACGX90 og 3AX01 vil oppholdene grupperes til 7160 i stedet for 7180. Dette gir ikke riktig beskrivelse av aktiviteten og beregning ISF-poeng for aktiviteten blir dermed feil.

For ISF 2021 avkortet Helsedirektoratet 366 opphold med den beskrevne feilkodingen og oppholdene ble gitt refusjon tilsvarende et opphold i DRG 7180 *Endoskopi av nedre urinveier*. Per 2. tertial 2022 viste aktivitetsdata fortsatt et omfang av den beskrevne feilkodingen, og det ses også geografisk variasjon i DRG 7160 *Terapeutisk endoskopi av urinblære*.

Helsedirektoratet er kjent med at dagens DRG-løsning ved injeksjon av Botox oppleves å ikke være ideell. Likevel er etterlevelse av kodeveiledning viktig for å sikre lik refusjon for lik behandling. Bedre/alternative løsninger på området vil derfor vurderes i arbeidet med ISF-utviklingen.

Helsedirektoratet ber Avregningsutvalget vurdere kodepraksis og om eventuelle feil og forskjeller i registreringspraksis ved Botox i urinblære gir grunnlag for avkortning.

Saken har fokus på kode KCW98 og DRG 7160. Utvalget kom fram til at det trengs en oversikt på aktivitetstall for aktuelle sykehus, altså en fordeling på helseforetaks-nivå og kanskje også institusjon. I tillegg er det nyttig med analyser på demografiske variabler som alder og kjønn. På sikt kan trolig også bruk av avtalespesialister undersøkes om det synes nødvendig.

Er tallene man ser uttrykk for en tiltenkt fordeling? Det trengs en forklaring på avvikende praksis og rutiner rundt kodesetting. De fem helseforetakene som lå over ratetallssnittet ble bedt om å forklare egne tall og ble gjort oppmerksom på at det gjøres feil i henhold til kodeveileder og tidligere avkortning på slike opphold. Disse er Sykehuset i Vestfold HF, UNN HF, St. Olavs hospital HF, Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF.

Sykehuset Vestfold HF og UNN HF opplyste om at de har få eller ingen opphold som er kodet med den aktuelle prosedyrekombinasjonen. Sykehuset i Vestfold HF oppgir spesifikt at de har lagt om bruk av prosedyrekode KCW98 *Annen transluminal endoskopisk operasjon på urinblære* etter forrige henvendelse fra Helsedirektoratet og tydeliggjøring av regelverket.

Under saksbehandlingen ble utvalget presentert en rekke analyser. På helseforetaksnivå ser man en generell nedgang på nasjonalt nivå for opphold i DRG 7160 der KCW98 er brukt i kombinasjon med en eller begge av ACGX90 og M03AX01. Det er klart flest opphold hos Helse Bergen HF og Nordlandssykehuset HF; sistnevnte har økt aktivitet fra i fjor. Det er en merkbar forskjell i aktivitetsfordelingen når man sammenlikner HF-nivå og opptaksområder. Eksempelvis lå UNN-området høyt på ratetall, men selve behandlingen har ikke foregått på UNN HF. Analyser på alder og kjønn viser at over halvparten av oppholdene gjelder aldersgruppen fra 46 år og oppover. Totalt sett ser man flere opphold hos kvinner. Helse Bergen har også høyt volum og ble derfor også tilskrevet med samme spørsmål som de andre helseforetakene fikk.

Seinere i saksbehandlingen kom svar fra Nordlandssykehuset, St. Olavs Hospital og Helse Bergen. Svarene var greie og det ble erkjent at det har foregått feilkoding og at kodepraksis er lagt om i henhold til føringer fra Direktoratet for e-helse. Omleggingen av kodepraksis vises også i statistikken, spesielt for Helse Bergen, der omfanget av feilkodede opphold er på veg ned. Det ble diskutert i utvalget hvorvidt det er aktuelt å avregne og hvilken metodikk man skal forholde seg til.

Etter en gjennomgang av status på saken ble det konkludert at gjenstående opphold med påvist feilkoding avregnes. Alle som ikke har null opphold blir derfor avregnet. Det foreligger veiledning om rett kodepraksis fra Direktoratet for e-helse. Differansen mellom kostnadsvektene for feil og riktig koding utgjør avregningsgrunnlaget.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler at helseforetak med gjenstående feilkoding avregnes.

23/19756 Polikliniske konsultasjoner barn under 5 år

Ved gjennomgang av aktivitetsdata kom det fram variasjon i antall opphold per 1000 innbygger i DRG TD91B Polikliniske konsultasjoner – barn under 5 år. I opptaksområdet til Vestfold var det registrert nær fire ganger så mange opphold i TD91B per 1000 innbygger sammenliknet med gjennomsnittet for hele landet (349 opphold). Det er innledningsvis uklart om det høye antallet opphold i opptaksområde Vestfold skyldes en annen måte å registrere helsetjenesten på eller om tilbudet av helsetjenesten er annerledes i Vestfold, og hvilken pasientgruppe det dreier seg om.

Vestfoldområdet skiller seg klart fra de øvrige opptaksområdene i form av at de har et svært høyt antall opphold per 1000 innbygger i denne DRGen (18 prosent av de totale oppholdene). Analyser viser også at Vestfold har en klart lavere andel av de unike pasientene sammenliknet med andelen av de totale oppholdene i DRGen (18 prosent). Dette tyder på at pasienter i Vestfold i denne DRGen har høyere gjennomsnitt antall opphold sammenliknet med resten av landet.

Helsedirektoratet ber Avregningsutvalget vurdere årsaker til det høye omfanget av antall opphold i TD91B i opptaksområde Vestfold.

Avregningsutvalgets vurderinger

I tillegg til Vestfold skiller også Stavanger og Ahus seg ut på aktivitet. Det blir tidlig klart at det er aktuelt å tilskrive Vestfold, Stavanger og Ahus og spørre om tilbud, organisering, pasientforløp og kodepraksis. Men før det ble sendt ut brev var det hensiktsmessig å foreta ytterligere analyser. Da fortrinnsvis på tilstands- og prosedyrekoder, avdelingstype som har pasientene og andre DRGer som omfatter barn.

Hovedtilstanden som går mest igjen er andre spesifikke symptomer og tegn med tilknytning til utseende og adferd. Dette gjelder både på nasjonalt nivå og hos Sykehuset i Vestfold. Samtidig viser prosedyrekodingen at det kodes mest utredning av utviklingsforstyrrelse hos Vestfold, mens det brukes mest systematisk intervju om psykisk helse på nasjonalt nivå. Også musikkterapi ligger høyt. Det er uansett ellers tydelig fra foreliggende analyser at det er ulik kodepraksis her og klinisk sett stor spredning. Det kan være uttrykk for variasjon i helsetilbud og/eller at DRGen legger opp til heterogen koding. Enkelte helseforetak bruker kanskje også mer spesifikke koder.

Det er lurt å få avklart om Sykehuset i Vestfold har en særfunksjon i dette tilfellet ettersom de skiller seg såpass ut i volum. Sykehuset i Vestfold har for øvrig tidligere vist seg å ha vært generelt flinke til å kode. Utvalget kommer fram til at det sendes brev til Sykehuset i Vestfold samt St. Olavs Hospital og Helse Førde for sammenlikning. Det spørres om kodepraksis, pasientforløp, endringer over tid, hvilke avdelinger som er involvert. Det er også nyttig å se data-analyser som viser utviklingen over tid.

I innrapporterte data er det tydelig, og forventet, at kun barne- og ungdomspsykiatri er registrert som avdeling på denne aktiviteten. Man observerer i stor grad lik bruk av hovedtilstand over tid. Kode R458 *Andre spes. symp. og tegn med tilknytning til emosjonell tilstand* er mest brukt i det siste, men i 2020 var kode Z710 *Kontakt på vegne av annen person* hyppigst brukt. Når det kommer til prosedyrekoding ser man at de samme kodene stort sett går igjen, f.eks koder relatert til rus, musikkterapi, psykoterapi og utredning. Interessant nok koder Sykehuset i Vestfold mindre prosedyrer nå enn for et par år siden samtidig som deres volum i DRGen ligger noenlunde stabilt. På nasjonalt nivå har det fra 2020 til 2022 gått ned fra 4363 opphold til 3063 opphold.

Det påpekes under diskusjon i utvalget at hyppighet/tetthet på oppfølging kan variere mye i sektoren. Det er altså anledning til å følge opp pasienter mye om man kan det. Pasientsammensetningen ser

ikke påfallende forskjellig ut. Omfanget kan derfor være uttrykk for praksisvariasjon. I tillegg kan det også tenkes at spesielt Vestfold dokumenterer sin aktivitet mer og at andre "underrapporterer". Telemark som grenser til Vestfold har lite aktivitet og det kan kanskje også tenkes at det foregår et samarbeid der.

For å følge opp saken videre var det behov for å analysere nærmere data på gjennomsnittlig antall konsultasjoner per pasient over et årsperspektiv for å kunne gi en vurdering på om det er mye oppfølging man observerer.

Underveis i saksbehandlingen kom det svar fra Sykehuset i Vestfold og St. Olavs Hospital. St. Olavs begrunner greit hvorfor de ligger på sitt volum. Til tross for beskrivelse av kodepraksis er det et noe uklart svar fra Vestfold. I svaret nevnes en regional funksjon for utredning og behandling av barn med autismespekterforstyrrelse under 5 år. Foretaket har eget autismesenter.

Det ble gjort analyser på bostedskommune for Vestfold-oppholdene for å se hvilke kommuner pasientene kommer fra og om dette kan antyde regional funksjon. Kommunetilhørigheten til de aktuelle pasientene som er behandlet hos Sykehuset i Vestfold viser at det kun er et fåtall tilfeller som ikke tilhører Vestfold og Telemark-fylke. Det er litt vanskelig å se hvordan dette kan sies å utgjøre en regional funksjon utover sykehusfylket.

Utvalget kommer fram til at det ikke er noe å bemerke i svaret fra Vestfold og at det er innenfor regelverket å tilby pasientene veldig tett oppfølging, i prinsipper hver dag hvis man har kapasitet, så lenge innholdet i kontaktene tilfredsstiller kriteriene for en konsultasjon.

Anbefaling

Variasjonen man observerer antas å ha sammenheng med praksisvariasjon som er innenfor regelverk om oppfølging. Saken lukkes.

23/15199 Familierettet poliklinisk behandling voksne

Saken er ny for 2023. Aktivitetsdata fra NPR viste betydelig geografisk variasjon i TD03A *Familierttet poliklinisk behandling – voksne*. Dette gjelder spesielt for opptaksområdet til Helse Nord-Trøndelag som med sine 580 opphold har 3,6 ganger så mange opphold per 1 000 innbygger sammenlignet med landsgjennomsnittet. Opptaksområdet Helse Nord-Trøndelag har en eldre pasientgruppe sammenlignet med de fleste øvrige opptaksområder. Det er også variasjon blant de øvrige opptaksområdene, f.eks. ligger Helse Stavanger HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) høyt.

Helse Nord-Trøndelag skiller seg ut med hyppig bruk av hoveddiagnosen R45.0 – *nervøsitet*. Helse Nord-Trøndelag har også et høyt antall opphold innen TD03B. Det er derfor uklart om feilregistrering av aktivitet som bør havne i TD03B, men havner i TD03A, er årsaken til Nord-Trøndelags høye antall opphold per 1 000 innbygger innen TD03A. I Helse Nord-Trøndelag var det mye bruk av psykoedukativ behandling. Flere prosedyrekoder er brukt i Nord-Trøndelag enn hos Helse Stavanger. Nord-Trøndelag skiller seg ut med litt eldre pasienter enn resten av landet. Det brukes litt ulike hovedtilstandskoder i HF-ene.

Det ble sendt brev til Helse Nord-Trøndelag, Helse Stavanger og UNN der de ble spurt om å redegjøre for ratetall, kodepraksis, pasientforløp og behandlingstilbud.

Helse Stavanger svarte at årsaken til økningen i DRG-en er et nytt digitalt pårørendeprogram i 2020.

UNN svarte at de ønsker å forebygge senskader hos barn (barn som pårørende) og inkluderer alle de berørte i pasientens nærfamilie. De oppfatter det slik at de koder i henhold til definisjonen av kodene.

Helse Nord-Trøndelag opplyser om at de har misforstått koding av pårørende og brukt NCMP-kode IBB15 i stedet for WPBA25. Misforståelsen skal nå være oppklart slik at kodepraksisen vil bli endret.

Avregningsutvalget klarte ikke å konkludere i saken ut fra de mottatte svarene fra helseforetakene. Uklar definisjon av familiebehandling kan være årsak til variasjonen i kodepraksis mellom helseforetakene. Skal flerfamiliebehandling kodes som familiebehandling eller gruppebehandling? Grenseflaten mellom undervisning og behandling er også uklar.

Avregningsutvalget hadde et møte med Direktoratet for e-helse om saken. Det er behov for at Direktoratet for e-helse lager en presisering/tilleggstekst til prosedyrekodene om når prosedyrekodene for familiebehandling skal benyttes og når de ikke skal benyttes. Det er behov for en avklaring av hvordan flerfamiliegrupper i psykisk helsevern skal kodes. Dette er gruppetilbud hvor foreldre/familiemedlemmer til flere pasienter med schizofreni deltar sammen.

Anbefaling

Saken lukkes for inneværende år. Gjennomgangen ga ikke grunnlag for avregning.

23/11915 Innsetting eller bytte av nevrologisk stimuleringsutstyr

I gjennomgang av aktivitetsdata ble det observert geografisk variasjon i antall opphold per 10 000 innbygger i *DRG5700 Innsetting eller bytte av nevrologisk stimuleringsutstyr, dagkirurgisk behandling*. Dette gjaldt spesielt opptaksområdet AHUS (45 opphold) som skiller seg ut med et høyere antall opphold per 10 000 innbygger.

Helsedirektoratet ber Avregningsutvalget vurdere årsaken til det den geografiske variasjon i antall opphold i DRG 5700.

Avregningsutvalgets vurderinger

Det er tydelig at Ahus skiller seg ut her. Det påpekes at Ahus har et stort nevrologisk kompetansemiljø. Er fordelingen uttrykk for en variasjon i tilbud eller kan det være snakk om en universitetssykehusfunksjon? Det ser ikke ut som en naturlig forskjell i utgangspunktet. Det diskuteres også hvorvidt det er snakk om tilfeller av kontinuerlig tilført medikasjon.

Det var mest hensiktsmessig å gjøre ytterligere analyser før man gikk ut med brev til sektoren. Det trengs analyser på vanligste hovedtilstander og andre tilstander i den aktuelle DRGen. I tillegg kommer fordeling på HF-nivå, alder, kjønn og avdelingstype for å kunne si noe om hvilke fagområder som er involvert. Det kan også være hensiktsmessig å undersøke beslektede DRGer og se om man finner samme type prosedyrer.

Utvalget ble presentert analyser på tilstander, HF-nivå, alder, kjønn og avdelingstype. Ut ifra analysene er det tydelig at Ahus skiller seg ut også når det kommer til tilstander, avdeling osv. Det

er flere opphold tilknyttet gastro-avdeling enn nevrologisk avdeling. Samtidig ser man at det er merkbart flere kvinner som behandles, noe som kanskje kan ha sammenheng med at Ahus har et eget senter for bekken-relaterte tilstander. Prosedyrene generelt viser at det er snakk om mye spesialutstyr. Tilsvarende tall ble også forelagt for DRG 570 *Innsetting eller bytte av annet nevrologisk stimuleringsutstyr*, altså beslektet DRG med ordinære innleggelser med overnatting.

Man observerer generelt tydelig variasjon som kan vise seg å være en refleksjon av pasienttilbudet. Det bemerkes at det er mer variasjon mellom universitetssykehusene enn på lokalsykehusene. Det ble diskutert hvorvidt dette kan skyldes funksjonsfordeling eller forskjeller i fagmiljøer. Det bemerkes også at man ville kanskje forventet flere opphold generelt og at det derfor kanskje kan være andre DRGer hvor lignende pasienttyper har aktivitet. Eksempelvis kan det være utredninger som gjør at lignende pasienter får annen behandling.

Det ble aktuelt å undersøke nærmere om tallene er uttrykk for reelt forskjellige tilbud og universitetssykehusene ble derfor tilskrevet med spørsmål om kodebruk, organisering av fagkompetanse, samarbeid med andre enheter, ressursituasjon osv. Brev gikk ut til Ahus, St. Olavs Hospital og Helse Bergen.

Svar fra Ahus og Helse Bergen ble presentert for utvalget. Ahus besvarer og begrunner godt. Det er urologer og gastrokirurger som står for aktiviteten hvorav førstnevnte behandler urinlekkasje og sistnevnte behandler avføringslekkasje. Disse to tilstandene er hovedindikasjoner for sakral nerve stimulering. Det opplyses om at slikt er organisert ulikt på ulike sykehus i Norden. For urologi er andelen fra andre helseforetak ca. 30 %. Helse Vest og Helse Midt utfører for tiden ikke sakral nervestimulering for urologiske tilstander. St Olav har ønske om å komme i gang med dette. I Helse Sør- Øst er det kun Ahus og OUS (Rikshospitalet) som utfører dette.

Helse Bergen svarte først noe kortfattet og det er aktuelt med et oppfølgingsbrev av den grunn. Men her er det nevrokirurgisk fagmiljø som står for aktiviteten og kun pasienter fra eget opptaksområde.

Utvalget vurderer det til at tilbudet ser ut til å være noe sentralisert ettersom Ahus og OUS behandler så mange gjestepasienter. Generelt virker det også som om dette er en pasientgruppe som tidligere ikke har hatt så stort behandlingstilbud. Det er også interessant at en så relativt liten pasientgruppe behandles av tre fagspesialiteter.

På nåværende tidspunkt er det ikke noe som tyder på avregning i saken. Brev med ekstra spørsmål ble sendt til Helse Bergen og St. Olavs ble purret. Endelige svar fra Helse Bergen og St. Olavs Hospital hadde ikke kommet innen siste arbeidsmøte i utvalget. Det blir ikke anbefalt avregning i saken.

Anbefaling

Det anbefales ikke avregning og saken anses som ferdig behandlet for i år.

23/11909 Sykdommer i åndedretsorganer med PEEP-support

Saken er ny for 2023. Analyser av aktivitetsdata for 2022 viste at opptaksområdet til Helse Bergen HF, og også andre områder, har et høyt antall opphold per 1 000 innbygger i *DRG475B Sykdommer i åndedretsorganer med PEEP support*. I tillegg har pasientene ved Helse Bergen HF noe lavere gjennomsnittlig liggetid.

Det ble sendt brev til Helse Bergen HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Sykehuset i Telemark HF der de ble bedt om å redegjøre for kodepraksis samt eventuelle endringer i forbindelse med pandemi, vurdering opp mot tilgjengelighet av utstyr for high-flow oksygenbehandling eller noninvasiv ventilasjonsbehandling, og vurdering av liggetid.

Generelt svares det at de følger eksisterende retningslinjer. Det kommer fram at det foregår en praksisendring og en faglig utvikling hvor flere går over til High-Flow. Utvalget vurderer det til at det ikke er noe umiddelbart inntrykk av at noen koder feil. Pasientforløpet kan påvirkes av nytt utstyr som tas i bruk. Helse Bergen argumenterer godt for sine tall og hvorfor liggetid er lavere enn ellers.

Analysene viste at Oslo universitetssykehus HF (OUS) ligger lavt når det gjelder aktivitetsvolum i DRG 475B. Det ble derfor besluttet å sende brev også dit. OUS svarer at de ikke er alene om å gi tilbudet i Oslo, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus tilbyr også tjenestene. De grupperer også en del liknende aktivitet til DRG 475A og 483A/B. De påpeker å ha mange avdelingsopphold og lengre gjennomsnittlig liggetid begrunnes i pasienter med komplekse tilstander.

Etter innhentede svar fra helseforetakene er det Avregningsutvalgets vurdering at aktuelle variasjon i opphold i DRG475B kan forklares av faglig utvikling, hvor man i enkelte fagmiljø har vært raskere til å ta i bruk tidlig High-flow oksygenbehandling og non-invasiv ventilasjonsbehandling tidlig i forløpet for aktuelle pasienter, i samsvar med gjeldende retningslinjer og anbefalinger. Det vurderes som en faglig ønsket utvikling, hvor en konsekvens av dette er lavere gjennomsnittlig total liggetid.

Anbefaling

Saken lukkes. Gjennomgangen ga ikke grunnlag for avregning.

23/10503 Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene, m/bk og u/bk

Saken er ny i 2023. Analyser viste geografisk variasjon i andel opphold gruppert til DRG 173 *Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene u/bk* per 1 000 innbygger. I opptaksområdet til Finnmarkssykehuset HF var det over tre ganger så mange opphold i DRG 173 som gjennomsnittet for hele landet.

I DRG 172 *Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene m/bk* var det også geografisk variasjon mellom opptaksområdene, men variasjonen var ikke like stor som i DRG 173. Opptaksområdet til Finnmarkssykehuset HF har i DRG 172 dobbelt så mange opphold som gjennomsnittet for landet.

Finnmarkssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge ble tilskrevet og bedt om å forklare egne tall. Det ble spurt om hvilke retningslinjer de følger for behandling og koding av sine pasienter samt hva som er funksjonsfordelingen mellom Finnmarkssykehuset HF og UNN for denne pasientgruppen. Finnmarkssykehuset har i sitt svar beskrevet forløpet og prosedyrene som gjøres.

Utvalget kan ikke se at Finnmarkssykehuset har gjort bevisste feil, det handler kanskje noe om funksjonsfordeling mellom UNN og Finnmarkssykehuset.

Det er utført analyser på blant annet diagnosekoder, alder og liggetid gjennomført. Det er innhentet informasjon fra Finnmarkssykehuset, UNN er tilskrevet uten at det er mottatt svar. Avregningsutvalgets konklusjon er at vi gjennom analyser og redegjørelse fra Helse Finnmark

ser at Helse Finnmark har forholdt seg til gjeldende retningslinjer. Forskjellen forklares med funksjonsfordelingen i pakkeforløpene kreft mellom UNN og Finnmarkssykehuset.

Anbefaling

Avregningsutvalget konkluderer med at saken lukkes og anbefaler ikke avregning.

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

Saken er en oppfølgings sak fra 2021 og følges opp på ordinært vis. Tidligere analyser har vist at det var svært høye rater i DRG 34 for Vestre Viken, St. Olavs og Sykehuset i Østfold. Det var snakk om høy andel m/bk kontra u/bk (DRG 35). Hovedtilstand har hovedsakelig dreiet seg om R-koder (fall, desorientering mm). Det har gått ut brev i saken og helseforetakene har beskrevet en eldre pasientgruppe, multimorbide og skrøpelige. Det har ikke vært snakk om noen organisatoriske forhold som tilsier høy andel i m/bk. Helseforetakene har selv påpekt at de kan tilstrebe mer spesifikk koding av hovedtilstand.

I saksbehandlingen i 2022 ble det observert en nedgang i andel m/bk for Østfold, men ingen eller liten endring ved St. Olavs og Vestre Viken. Det ble ikke anbefalt avregning, men heller foreslått å vurdere om det trengs dokumentkontroll/journalgjennomgang.

Oppfølging i 2023

Det har ikke vært kapasitet til dokumentkontroll i inneværende år da utvalgets saker om LAR og sårrevisjoner ble prioritert for dette denne gangen. Det kan derfor heller tas stilling til dokumentkontroll i 2024.

Oppfølgingsanalyser på 2022-data viser at det på nasjonalt nivå ligger jevnt likt som i fjor. Vestre Viken har en noe mindre andel i m/bk. Østfold og St. Olavs har derimot økt sin andel i DRG 34. Utvalget vurderer det slik at dette kanskje er en DRG hvor mye forskjellig kan havne. Det besluttes videre at de tre helseforetakene tilskrives en gang til for å forklare sin aktivitet med tanke på DRG-forholdet mellom m/bk og u/bk.

Ratetall for begge DRGer ble også presentert for utvalget. Vestre Viken ligger fortsatt noe høyere enn de andre, men raten har gått ned i 2022. Ellers er tallene stabile fra fjoråret. Det var ikke kommet inn noen svar fra helseforetakene innen siste arbeidsmøte i utvalget var avholdt. Utvalget vurderer det dithen at på grunn av uspesifikk koding får man trolig ikke lukket denne saken uten at det gjennomføres en målrettet dokumentkontroll.

Anbefaling

Det bør vurderes om man kan iverksette en målrettet dokumentkontroll for disse oppholdene i saksbehandlingen for 2024.

21/4749 Ambulante konsultasjoner LAR-behandling

Saken er fulgt opp siden 2021. Det ble presentert innledende analyser på aktivitetsvolum. Det er fra tidligere saksbehandling sagt at det må gjennomføres dokumentkontroll for å komme videre i saken. Derfor blir det bestemt dokumentkontroll på totalt 300 opphold hos henholdsvis Helse Bergen, Sykehuset i Vestfold og Helse Stavanger da alle disse ligger høyt på aktivitetsvolumet.

Det ble igangsatt arbeid med å gjøre de nødvendige forberedelser til dokumentkontroll slik som å trekke tilfeldige opphold til revisjon, orientere helseforetakene og oversende datagrunnlag til revisorene som skal gjennomgå journaldokumentasjon til de aktuelle oppholdene.

Dokumentkontrollen ble utført av LOGEX der utvalg, metodikk og funn ble gjennomgått. Dokumentasjonskravet til journal gjorde arbeidet noe vanskelig for revisorene. Revisorene laget derfor en egen gruppering for å klassifisere korrektheten på opphold/episoder. Man finner at Sykehuset i Vestfold har hatt forbilledlig journaldokumentasjon, mens det har vært ustrukturert og manglende hos Helse Stavanger og Helse Bergen. Generelt har kontrollen medført lite sletting og tilføyelser av tilstandskoder og prosedyrekoder.

Avregningsutvalgets vurderinger

Hovedutfordringen her er at det ikke foreligger en entydig forståelse av hva som naturlig inngår i en samtale i forbindelse med utlevering av LAR-medikament og hva som skiller det fra en episode som skal registreres som konsultasjon. Ved utlevering av LAR vil det være nødvendig med noen kontrollspørsmål om pasientens helsetilstand, rusbruk, økonomi, om de har fulgt opp avtaler hos fastlegen, NAV osv, uten at samtalen derved skal oppfattes som en konsultasjon. Hva som skiller en slik samtale fra en samtale som registreres som konsultasjon ser imidlertid ut til å være uklart. Det er altså ikke beskrevet i tilstrekkelig grad i en veileder hva som kreves av innhold for at en kontakt skal registreres som en konsultasjon, og det vurderes å være behov for en presisering av dette. Av den grunn er det ikke mulig for Avregningsutvalget å uttale seg om grunnlaget for en eventuell avregning.

Noen helseforetak velger å systematisk dele kontaktene i to episoder, det vil si at de rutinemessig registrerer en episode som utlevering av LAR og deretter f.eks 15 minutter konsultasjon med pasienten. Problemet er at det faktiske innholdet i kontaktene ved de helseforetakene neppe er forskjellig fra de som kun registrerer dette som en episode (utlevering av LAR). Utvalget har merket seg at Vestfold skiller seg ut med mer strukturert journalføring, men det er fortsatt slik at det er uklart om det faktiske innholdet er forskjellig fra helseforetak som har et stort antall kontakter registrert kun som utlevering av LAR.

Rapporten i seg selv anses som verdifull for Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse og bør ha betydning for eventuelle forbedringstiltak på området. Det foreslås tiltak for å forbedre registreringspraksis på området.

En mulighet er at man i kodeveilederen for prosedyrekodene presiserer hvilke krav som skal være oppfylt for at en episode skal kunne registreres som konsultasjon. Det vil være tilsvarende det man har gjort for telefonkonsultasjoner i voksenpsykiatrien. Man kan f. eks sette som krav at samtalen skal ha et konsultativt innhold som går utover det som naturlig inngår i en samtale ved utlevering av LAR medikament (spørsmål om livsførsel, sidemisbruk og somatisk helse). Ved en konsultasjon skal det i tillegg redegjøres for pasientens somatiske og psykiske helsetilstand og det bør foreligge beskrivelse av aktuell problemstilling, status presens, behandlingsplan/tiltak og en vurdering

Et alternativ kunne være å avvikle STG-ordningen knyttet til utlevering av LAR-medikament dersom dette skjer ved helseforetakene og at all pasientkontakt registreres som konsultasjoner. Man vil da unngå de utfordringene som er nevnt i avsnittene over. Det er imidlertid slik at det er helseforetakene som dekker kostnadene for LAR-medikamentene (uavhengig av hvem som administrerer selve utleveringen). STG-ordningen bør derfor beholdes for pasienter som får utlevert LAR-medikament i kommunen. Regelverket bør stimulere til at utlevering av LAR-medikament overføres til kommunen, fastlege, apotek eller kommunal helsetjeneste.

Anbefaling

Avregningsutvalget er enig i konklusjonen fra LOGEX. Det anbefales ikke avregning, men foreslår heller konkrete tiltak for å forbedre registreringspraksis som nevnt ovenfor. Se vedlegg med dokumentkontrollrapport for mer informasjon.

20/4286 DRG 217 Sårrev og hudtranspl eksl hånd pga traume/sykd i HDG 8

Saken følges opp fra tidligere år og omhandler komplikasjoner etter kirurgisk behandling. Bakgrunnen for saken er at det i 2020-data ble observert høy aktivitet i DRG 217 hos St. Olavs Hospital og Vestre Viken. Utvalget har tidligere kommet fram til at tallene er såpass små og pasientgruppen såpass heterogen at det var vanskelig å peke på klare mønstre i aktiviteten.

Det ble presentert tall for 2. tertial 2022 på HF-nivå samt en oversikt over de hyppigst registrerte prosedyrekodene. Ahus, OUS og Helse Bergen er blant de helseforetakene som har en økning i antall opphold. Vakuumassistert sårbehandling, sårrevisjon og reoperasjon er blant de vanligste prosedyrene som er registrert. Som tidligere er det behov for en dokumentkontroll for å kunne belyse eventuelle forskjeller i klinisk praksis. Aktiviteten er kompleks og spredt på flere fagområder. Det foreslås en til å begynne med en begrenset dokumentkontroll, eksempelvis 10 opphold fra de 5 helseforetak med størst aktivitet. Det må defineres kriterier og rammer for revisjon og det foreslås at det opprettes en arbeidsgruppe i utvalget for å ta et møte om dette.

Arbeidsgruppen jobber med å avklare kriterier og rammer for å kunne igangsette dokumentkontroll. Man kommer fram til at det er mest hensiktsmessig å undersøke 100 opphold (av totalt 433) fordelt proporsjonalt på de 10 helseforetakene som ligger høyest i DRGen. Oppholdene trekkes tilfeldig, men med begrensning på under 10 liggedøgn. Ansvarlig for revideringen var LOGEX.

Helseforetakene ble varslet om dokumentkontroll og revisjon ble satt i gang og gjennomført over sommeren 2023. Det endte til slutt opp med 94 sykehusopphold proporsjonalt fordelt over 9 helseforetak. Begrunnelse for avgrensning i antall liggedager var at Avregningsutvalget ønsket et særlig fokus på opphold med kort liggetid gruppert til DRG 217.

På utvalgets arbeidsmøte den 15. september ble dokumentkontrollen presentert av LOGEX der utvalg, metodikk og funn ble gjennomgått. Revisjonsrapportens avsnitt 1.4.2 viser 43 ulike operasjonskoder som forutsettes for gruppering til DRG 217. Avregningsutvalget bemerker at det er en svært heterogen liste, som favner flere medisinske spesialiteter innen kirurgi. Det er et stort spenn i listen over kirurgiske prosedyrekoder, fra enkel delhudstransplantasjon til omfattende reoperasjoner og mikrovaskulære prosedyrer.

Utvalget vurderte det til å være en veldig grundig og god rapport. Utvalget bemerker også at antallet opphold i DRG 217 er påfallende lavt for hele landet, når man legger listen over grupperbare diagnose- og prosedyrekoder til grunn: Vi vet fra nasjonale kvalitetsregistre at antallet faktiske reoperasjoner for infeksjon og andre tidlige komplikasjoner er langt høyere enn det som fremkommer i antall opphold i denne saken. En mulig forklaring på dette er at klinikere svært ofte bruker enkle og uspesifikke koder som QDB05 eller QCB05 "Sårrevisjon" på både små og store prosedyrer som egentlig skulle vært kodet mer spesifikt, og vi mistenker en omfattende "underkoding" i størrelsesorden tusener, der slike koder er brukt istedenfor de mer spesifikke prosedyrekodene i listen. Sagt på en annen måte: Det er hevet over enhver tvil at det er langt flere enn 433 opphold i løpet av ett år i Norge som, når kodet korrekt, skulle sortert til DRG 217. En eventuell utredning av en slik feilkoding i helseforetakenes ISF-messige disfavør ville vært interessant, men vil sannsynligvis være for omfattende til at det er realistisk å gjennomføre. Dersom

bedre kodekvalitet er et mål, kunne man kartlagt dette med et utvalg kodet med QDB05/QCB05 og ettergått hvor mange av disse som skulle vært kodet med diagnose- og prosedyrekoder i listen i avsnitt 1.4.2.

Utvalget anbefaler en avregning i denne saken, men kun basert på de faktiske episodene som er beskrevet i rapporten. Avregningsutvalget mener at det ikke foreligger tilstrekkelig dokumentasjon til å foreta en større avregning som favner alle 433 opphold. Tallene er for små til at det synes å fremkomme et mønster i feilkodingen, og volumet av feilkoding er ikke påfallende høyt. Avregningsutvalget anbefaler også Helsedirektoratet å vurdere en gjennomgang av hvilke kombinasjoner av diagnose- og prosedyrekoder som sorterer til DRG 217.

Teknisk beregning med utgangspunkt i dokumentkontrollens anbefalte korrigerende ble presentert på siste arbeidsmøte. Det er ingen innsigelser på beregning og metodikk.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler avkortning i henhold til ny DRG-gruppering som presentert i dokumentkontrollrapport. Se vedlegg med dokumentkontrollrapport for mer informasjon. Se også tidligere årsrapport for mer informasjon om sakens tidligere behandling.

20/3958 DRG 442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk

Saken er en oppfølgingssak fra 2020 og ble fulgt opp på ordinært vis. Aktiviteten i DRG 442 *Operasjoner etter skade ITAD m/bk* gjelder i hovedsak operasjoner for komplikasjoner etter medisinske eller kirurgiske inngrep, med vanligste hovedtilstand fra ICD-10- kapittel T81-T88. Det er også en del opphold der sår eller andre skader (S-kode) er registrert som hovedtilstand. Vestre Viken HF hadde særlig høy andel opphold med S-kode som hovedtilstand. DRG 443 er korresponderende DRG u/bk, det er prosedyrekoder som styrer om et opphold havner i DRG 442 eller DRG 443. Ut fra dette er det ikke avgjørende om man bruker hovedtilstand T81-T88 eller en gitt S-kode for gruppering til DRG 442/443. Men tilstandskoden kan styre om oppholdet grupperer til en av de to nevnte DRG-ene eller ikke.

Gjennomgangen i 2021 viste at det var et synkende, men fortsatt høyt antall opphold i DRG 442 ved Vestre Viken HF. Det var også en høy andel m/bk. Vestre Viken HF hadde høyere andel opphold i DRG 442 der det var rapportert kode for følgetilstand som hovedtilstandskode enn det data fra resten av landet viste. For å få bedre innsikt i dokumentasjonen av de rapporterte data, ble det bestilt journalgjennomgang av alle opphold i 2020 som var gruppert til DRG 442 og som hadde liggetid på 10 døgn eller mindre ved Vestre Viken HF.

Journalgjennomgangen viser at det var feil valgt hovedtilstandskode eller feil klassifisert hovedtilstandskode i 74% av de reviderte episodene. Feilene var relatert til feil bruk av koder for følgetilstander og komplikasjoner og feil bruk av samlekode. Det manglet i mange tilfeller også dokumentasjon i journal for de tilstandskodene som var registrert. 68% av de kirurgiske prosedyrene som var registrert var riktig satt etter dokumentasjon i journal. Der det var registrert feil prosedyrekoder, var det oftest relatert til prosedyrekoder for reoperasjon og åpen eksplorasjon av bløtdeler. Ved ny gruppering av oppholdene etter revisjonen i 2020 var det kun 15% av oppholdene som fortsatt grupperte til DRG 442. De andre oppholdene ble fordelt på mange ulike DRG-er, og summen av ISFpoeng ble mer enn halvert.

Ved Vestre Viken HF ble det observert en stor reduksjon til DRG 442 og en liten økning i DRG 443 i 2021-data. Dette indikerte at Vestre Viken HF hadde endret registreringspraksis og nå rapporterer etter koderegler. Det var heller ingen andre helseforetak som utpekte seg så mye at det ble aktuelt å undersøke nøyere med journalgjennomgang der. Derav heller ingen avregning.

Oppfølging i 2023

Oppfølgingsanalyser for 2022-data viste en økning i andel m/bk hos Vestre Viken, men lav nominell økning. Det er uansett et interessant funn med tanke på tidligere dokumentkontroll med påfølgende avregning. Ellers observeres en nominell økning på nasjonalt nivå. Utvalget vurderer det som nødvendig med en ny runde brevskrivning der Vestre Viken, Helse Bergen, OUS og UNN tilskrives og bes forklare det økende volumet. Samtidig er det også ønskelig å vurdere liggetidsfordelingen i begge DRGer for 2022.

I DRG 442 er gjennomsnittlig liggetid 13 dager på nasjonalt nivå. UNN HF skiller seg mest ut i fordelingen med et snitt på 20 dager. Det var ingen svar fra helseforetakene å presentere innen siste arbeidsmøte ble avholdt og man får derfor ikke gått nærmere inn på årsak til den observerte økningen.

Anbefaling

Saken må følges opp på ordinært vis neste år.

20/3956 DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade

Denne saken ble første gang behandlet i Avregningsutvalget i 2020 og har medført avregning flere ganger. Problemstillingen var den gangen høy rate med DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade ved Vestre Viken HF. Det ble gjennom arbeidet i 2020 avdekket at dette skyldes feil bruk av kode S06.01 Hjernerystelse med åpent sår. Denne koden beskriver i den engelske ICD-10-utgaven hjernerystelse med åpne intrakranielle skader. Vestre Viken HF ble derfor avregnet for ABF 2019 ved at opphold i DRG 27 med hovedtilstandskode S06.01 ble gruppert igjen med S06.0 Hjernerystelse ble satt som hovedtilstand. På bakgrunn av at den norske teksten på koden S06.01 kunne misforstås, har Direktoratet for e-helse endret teksten til *Hjernerystelse med åpen intrakraniell skade*.

I 2020 var bruken av S06.01 i DRG 27 borte i Vestre Viken HF, men det var flere andre helseforetak som har opphold i DRG 27 som har hovedtilstandskode S06.01.

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

Oppfølging i 2023

Saken ble fulgt opp på ordinært vis. Oppfølgende analyser på 2022-data viste at den tidligere observerte nedgangen i feilkoding i stor grad fortsetter. Samtidig viser det seg at Ahus har snudd og økt igjen fra å nesten ikke ha noen opphold i 2021-data. En lignende økende trend finner man hos OUS. Utvalget vurderte det dit hen at det kanskje er snakk om noe "kodeslurv" som har slått ut her

hos begge foretak. Det virket derfor fornuftig å tilskrive begge helseforetak og forespørre om de kunne gjøre en kvalitetssikring av sin koding på dette området for å se om det har skjedd en feil.

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

Anbefaling

Helseforetak med gjenstående feilkoding avregnes. Dette gjelder St. Olavs, Ahus, Helgelandssykehuset, Sørlandet sykehus, Sykehuset i Telemark, Sykehuset i Østfold og OUS.

19/2881 Utredning av hjertesykdom i DRG 125 og DRG 1250

Saken ble først behandlet i 2019 har blitt avregnet flere år siden. Bakgrunnen for saken var analyser av ABF-data for 2018 som viste at Helse Nord RHF hadde høye rater (opphold per 1000 innbyggere) i DRG 125 Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre u/kompliserende hjertelidelse og samtidig lave rater for korresponderende utredning uten innleggelse, gruppert til DRG 1250 Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre, dagmedisinsk behandling. Helsedirektoratet ønsket en vurdering fra Avregningsutvalget om mulige årsaker til den store variasjonen i forekomst av DRG 125. Analyser og flere runder med brevkorrespondanse viste at Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN) skilte seg ut fra resten av landet. Deres organisering av helsetilbudet la opp til overnatting selv om det ikke vurderes som nødvendig ved andre sykehus. UNN syntes å definere pasienter som "komplekse" før undersøkelse, noe som medfører innleggelse. Her ble det vurdert at praksis ved UNN er forskjellig sammenliknet med andre helseforetak da de aktuelle pasientene ellers i landet ble behandlet som dagmedisinske pasienter. UNN ble derfor avregnet.

Oppfølging i 2023

Saken er fulgt opp på ordinært vis. Det ble ikke anbefalt avregning i 2022 på grunnlag av observert bedring i kodepraksis. Utvalget ble presentert oppfølgende analyser på årsdata 2022 sammenliknet med 2021; fordeling på helseforetaksnivå, fordelinger i DRGene og antall opphold i DRG 125 med liggetid på et døgnskille. Det ble observert en generell nedgang i antall opphold på nasjonalt nivå og en brukbar nedgang fra 150 opphold til 125 opphold hos UNN i DRG 125 med liggetid på et døgnskille. Dette er en positiv trend og UNN ser ut til å kode mer likt med resten av landet. Saken vurderes som grundig behandlet over lengre tid og det ble anbefalt at saken lukkes for i år, men med oppfølging neste år for å se om volumet har endret seg.

Anbefaling

Saken lukkes slik den er og det er ikke grunnlag for avregning i år. Følges opp på ordinært vis neste år.

18/1820 Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35

Saken ble meldt inn i 2017, først behandlet i 2018 og fulgt opp siden. Saken førte til avregning i 2020, 2021 og 2022. Den har omhandlet vurdering av kodepraksis ved kirurgisk fjerning av ondartet svulst i hud, med særlig henblikk på variasjon i helseforetakenes bruk av kodene Q*E30 Eksisjon av

kirurgisk arr og Q*E35 Rekonstruksjon ved huddefekt (....) etter kirurgi eller skade. Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere om nevnte koder brukes i tilfeller der 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. I behandlingen av saken har det blitt utført analyser og brevkorrespondanser med berørte sykehus. Over tid har flere helseforetak endret kodepraksis i henhold til endringer i kodeveiledning. Hos Sykehuset i Østfold HF har det vært uforholdsmessig mange aktuelle opphold i DRG 2680 og på bakgrunn av pågående dataanalyser har det derfor vært behov for ytterligere korrespondanse med helseforetaket som del av saksbehandlingen. I 2019 uttrykte svaret tvil om korrekt koding i denne saken. Helseforetaket beskrev sviktende tilgang til relevant informasjon utenfor egen organisasjon, eksempelvis kodeveiledning ved rekonstruksjonsinngrep etter hudkreft. Avregningsutvalget oppfatter at prosedyrekodeverket er tilstrekkelig entydig.

På grunn av utilstrekkelig informasjonsgrunnlag ble det i 2020 gjennomført dokumentkontroll hos Sykehuset Østfold HF. Kontrollens viktigste funn var at hele 36 av 50 opphold endret DRG som følge av revisorenes vurderinger og at kun 49% av prosedyrene var korrekt valgt og riktig klassifisert. 31 av 94 kirurgiske prosedyrer opprinnelig rapportert var dokumentert, men feil klassifisert. Totalt medførte dokumentkontrollen en reduksjon på -1,597 ISF-poeng. Dette utgjør en reduksjon på 16 prosent av den samlede verdien de 50 oppholdene opprinnelig hadde før revisors vurderinger som følge av gjennomført dokumentkontroll.

Saken ble fulgt opp i 2021 med nye analyser for 2020-data. Tall viste at aktuelle opphold hadde avtatt betraktelig hos Sykehuset i Østfold HF. Sørlandet sykehus HF hadde omtrent doblet sin andel DRG 2680. Det gjaldt også OUS, men totalt antall opphold hadde der gått ned. Sørlandet Sykehus HF ble tilskrevet med spørsmål om bakgrunnen for det økte volumet, om bruk av kodene Q*E30 og Q*E35 og om behandling som kirurgisk fjerning av ondartet svulst er organisert på en annen måte enn hos andre helseforetak. Sørlandet sykehus HF mente å ha kodet etter riktig klinisk praksis og ønsket utvikling, men Avregningsutvalget fant ikke tilstrekkelig dokumentasjon i svaret på dette og anbefalte derfor avregning. Det vises til Avregningsutvalgets tidligere årsrapporter for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Oppfølging 2023

Saken er fulgt opp på ordinært vis. I fjor ble Sørlandet sykehus HF, St. Olavs hospital HF, UNN HF, Volvat Stokkan og Aleris Trondheim avregnet. Utvalget ble presentert oppfølgende analyser på volum i DRG 2680 og 809J samt bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35. Man ser en generell nedgang i aktivitetsvolum på nasjonalt nivå. Det gjelder også de tidligere avregnede helseforetakene og institusjonene. Til tross for dette er det fortsatt betydelig variasjon.

Utvalget diskuterte hvordan man skal følge opp saken i inneværende år. En arbeidsgruppe tok for seg tidligere saksgang og beregninger samt gjorde videre analyser der det er behov. Det kan være aktuelt å tilskrive helseforetakene på bakgrunn av dette.

Det ble gjort ytterligere analyser på ratetallsutvikling de siste årene i opptaksområdene og tall på helseforetaksnivå. Det observeres en generell nedgang over tid i DRG 2680 samtidig som man ser tydelig økning i DRG 2660 *Hudtranspl og/eller revisjoner, dagkirurgisk behandling*. Samtidig er det en jevn og forventet årlig økning i DRG 809J. Det kan tyde på at kodepraksisen går rett veg. Det konkluderes med at saken skal avregnes også i år.

Et utkast på beregningsmetodikk utarbeidet av arbeidsgruppen ble forelagt utvalget til vurdering. Det ble besluttet at prosentvis justering brukes til å korrigere opprinnelige DRG-poeng til korrigert snitt.

Opphold i DRG 2680 avregnes. Aktuelle helseforetak avregnes i henhold til deres prosentvise overskridelse over korrigert landsgjennomsnitt. Landsgjennomsnitt er beregnet med utgangspunkt i forholdet DRG 2660+ 2680 mot DRG 809J. Hensikten er å sende signal tilbake til sektoren at slike opphold fortsatt vurderes og kan bli gjenstand for avregning.

Anbefaling

Det anbefales avregning for en rekke helseforetak som overskrider korrigert landsgjennomsnitt beregnet med utgangspunkt i volum i DRG 2660, DRG 2680 og DRG 809J.

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

Saken ble meldt inn i 2017 og avregnet hvert år siden. Flere helseforetak har vært involvert over tid. Bakgrunnen for saken var at det ble observert høyt volum av opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering og DRG 462B Vanlig rehabilitering. Først hos Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset i Innlandet HF, men seinere også hos flere andre helseforetak. Det har vært snakk om pasienter med revmatisme og fibromyalgi som vanligvis ikke er aktuelle for rehabiliteringsinnleggelse vurdert ut fra ISF-regelverk, altså feil valg av omsorgsnivå hvor det har vært innleggelse der oppholdene kunne vært polikliniske.

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 6.12. Utviklingen over tid har vist at kodepraksis hos helseforetakene har både forbedret og forverret seg. Avregningsmetodikken har også endret seg med tiden, der man har gått fra regruppering av opphold til å justere refusjon ned til refusjon lik DRG 462C Rehabilitering. Det har tidligere kommet klager på beregningsmetodikk i forbindelse med avregning.

Oppfølging i 2023

Saken ble fulgt opp på ordinært vis. Utvalget ble presentert tall for 2. tertial 2022 på HF-nivå i tillegg til en oversikt over tilfeller av registrert myositt (M60.0-M60.9). Det har siden sist saksbehandling kommet inn en henvendelse om myositt fra Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus. Det spørres om hvorfor myositt blir satt i samme kategori som bursitter/tenosynovitter med tanke på kompleks rehabilitering. Enhetens erfaring med pasientgruppe som har hatt stort muskeltap/muskelsvinn er at de har hatt godt utbytte av kompleks rehabilitering og oppnådd et høyere funksjonsnivå.

Foreløpige tall fra NPR viste at det var få pasienter i myositt-gruppen i de aktuelle DRGene. Utvalget diskuterte om saken er ferdig vurdert faglig sett og hvilken prinsipiell tilnærming man skal ha. Detaljeringsnivået på kompleks rehabilitering er en utfordring. Utvalget ser ikke at det er tilstrekkelig grunnlag for å endre på de vurderingene som er gjort tidligere. Henvendelsen svares ut via Helsedirektoratet.

Omfanget av opphold med annen tilstand i M6-M7 har jevnt over gått ned og det ble konkludert med at saken kan lukkes for i år og heller følges opp i neste års saksbehandling.

Anbefaling

Henvendelsen fra Haugesund svares ut via Helsedirektoratet og saken lukkes for året, men med ordinær oppfølging neste år.

Tekniske beregninger

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 spesialisthelsetjeneste innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helsehjelp som gis gjennom ordningen «fritt behandlingsvalg» vil inngå i ISF-beregningsgrunnlaget for somatisk spesialisthelsetjeneste, gitt at øvrige krav er oppfylt.

Alle saker der avregningsutvalget har anbefalt avregning for 2022 er innen somatisk spesialisthelsetjeneste.

Utrekningene i dette kapittelet er basert på informasjon fra regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2022*¹.

ISF-refusjon for somatisk spesialisthelsetjeneste 2022 beregnes etter følgende formel:

$\Sigma \text{Korrigerde DRG-poeng} \times \text{enhetspris (47 742 kr)} \times \text{refusjonssats (50 prosent)}$

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

Tekniske beregninger av anbefalte avregninger

I dette kapittelet beskrives metoder for tekniske beregninger i de sakene hvor Avregningsutvalget har anbefalt avregning av ABF 2022. De tekniske beregningene er utarbeidet av sekretariatet og godkjent av Avregningsutvalget.

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf>

23/7563 Injeksjon av Botox i urinblære

Avregner alle helseforetak med feilkoding (KCW98 + ACGX90 og/eller M03AX01) i DRG 716. Avregnes ned til refusjon tilsvarende DRG 718.

Helseforetak	Antall opphold til avregning	Opprinnelig vekt	Ny vekt per opphold	Godkjente poeng	Differanse poeng	Anbefalt avregning
Vestre Viken HF	21	6,363	0,04	0,84	-5,523	-kr 131 839,53
Helse Stavanger HF	31	9,393	0,04	1,24	-8,153	-kr 194 620,26
Helse Bergen HF	108	32,724	0,04	4,32	-28,404	-kr 678 031,88
Helse Førde HF	17	5,151	0,04	0,68	-4,471	-kr 106 727,24
Nordlandssykehuset HF	68	20,604	0,04	2,72	-17,884	-kr 426 908,96
Øvrige HF*	6	1,818	0,04	0,24	-1,578	-kr 37 668,44
SUM	251	76,053	0,04	10,04	-66,013	-kr 1 575 796,32

*Færre enn 5 opphold per helseforetak anonymiseres av hensyn til identifisering av pasienter ved å slå sammen disse til en rad.

20/4286 DRG 217 Sårrev og hudtranspl eksl hånd pga traume/sykd i HDG 8

Følgende HF avregnes: Ahus, Helse Bergen, Helse Nord-Trøndelag, Sykehuset Innlandet, OUS, St. Olavs, Helse Stavanger, UNN, Vestre Viken. Antall opphold som avregnes og ny DRG-vekt er hentet fra oppsummering av regruppering i dokumentkontrollrapport fra LOGEX.

Helseforetak	Antall opphold kontrollert	Antall opphold endret		Samlet reduksjon i poeng	Godkjente poeng	Differanse poeng	Anbefalt avregning
		Opprinnelig vekt	DRG				
Akershus universitetssykehus HF	14	93,926	2	10,553	83,373	-10,553	-kr 251 910,66
Helse Bergen HF	23	153,272	11	37,64	115,632	-37,64	-kr 898 504,44
Helse Nord-Trøndelag HF	12	79,968	2	8,75	71,218	-8,75	-kr 208 871,25
Sykehuset Innlandet HF	8	53,312	2	6,888	46,424	-6,888	-kr 164 423,45
Oslo universitetssykehus HF	14	93,926	3	14,971	78,955	-14,971	-kr 357 372,74
St. Olavs hospital HF	5	33,32	2	8,259	25,061	-8,259	-kr 197 150,59
Helse Stavanger HF	4	26,656	1	1,882	24,774	-1,882	-kr 44 925,22
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	4	26,656	2	3,764	22,892	-3,764	-kr 89 850,44
Vestre Viken HF	10	66,64	1	5,487	61,153	-5,487	-kr 130 980,18
SUM	94	627,676	26	98,194	529,482	-98,194	-kr 2 343 988,97

Kontrollerte opphold er tilfeldig trukket fra et større utvalg og det er derfor ikke nødvendig å anonymisere antall under 5 av hensyn til identifisering av pasienter.

20/3956 DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade

Avregningsutvalget anbefaler avregning av alle opphold i DRG 27 ved alle helseforetak der hovedtilstandskode er satt til S06.01. Hovedtilstandskoden skal erstattes med S06.0.

	Opprinnelig gruppering DRG 27		Etter regrupping				Sum godkjente ISF-poeng	Differanse ISF-poeng	Anbefalt avregning
	Antall opphold	ISF-poeng	DRG 31		DRG 32				
	Antall opphold	ISF-poeng	Antall opphold	ISF-poeng	Antall opphold	ISF-poeng			
St. Olavs Hospital HF	6	7,164	2	1,090	4	1,804	2,894	-4,270	-kr 101 929,17
Akershus universitetssykehus HF	14	16,716			14	6,314	6,314	-10,402	-kr 248 306,14
Oslo universitetssykehus HF	13	15,522	3	1,635	10	4,510	6,145	-9,377	-kr 223 838,37
Øvrige HF*	5	5,970	2	1,090	3	1,353	2,443	-3,527	-kr 84 193,02
SUM	38	45,372	7	3,815	31	13,981	17,796	-27,576	-kr 658 266,70

*Færre enn 5 opphold per helseforetak anonymiseres av hensyn til identifisering av pasienter ved å slå sammen disse til en rad.

18/1820 Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35

Avregningsutvalget anbefaler at aktuelle helseforetak avregnes i henhold til deres prosentvise overskridelse over korrigert landsgjennomsnitt. Avregning gjelder DRG 2680. Landsgjennomsnitt er beregnet med utgangspunkt i forholdet DRG 2660+ 2680 mot DRG 809J. Prosentvis reduksjon er avvik fra korrigert landsgjennomsnitt. Korrigerings gjøres på opprinnelig tildelt vekt.

Helseforetak	Opphold i DRG 2680	Opprinnelig vekt	Prosentvis reduksjon	Fratrekk	Fratrekk poeng	Differanse poeng	Anbefalt avregning	
St. Olavs Hospital HF	195	62,79	7,47 %	0,047	4,69	-4,69	-kr	111 935,62
Vestre Viken HF	494	159,068	30,91 %	0,492	49,17	-49,17	-kr	1 173 640,03
Akershus universitetssykehus HF	116	37,352	10,83 %	0,040	4,04	-4,04	-kr	96 549,96
Sykehuset Østfold HF	83	26,726	7,88 %	0,021	2,11	-2,11	-kr	50 281,55
Helse Fonna HF	69	22,218	5,67 %	0,013	1,26	-1,26	-kr	30 089,72
Helse Bergen HF	101	32,522	22,73 %	0,074	7,39	-7,39	-kr	176 484,48
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	149	47,978	10,56 %	0,051	5,07	-5,07	-kr	120 914,56
Sørlandet sykehus HF	270	86,94	11,06 %	0,096	9,61	-9,61	-kr	229 435,33
Sykehuset Telemark HF	90	28,98	2,43 %	0,007	0,70	-0,70	-kr	16 801,50
Haraldsplass diakonale sykehus AS (Helse Vest RHF)	32	10,304	11,58 %	0,012	1,19	-1,19	-kr	28 471,21
Oslo universitetssykehus HF	616	198,352	39,95 %	0,792	79,24	-79,24	-kr	1 891 651,24
Helse Møre og Romsdal HF	123	39,606	0,01 %	0,000	0,01	-0,01	-kr	125,53
Privathospitalet Fana Medisinske senter AS	117	37,674	81,82 %	0,308	30,82	-30,82	-kr	735 780,12
Aleris Helse AS Oslo	21	6,762	8,35 %	0,006	0,56	-0,56	-kr	13 471,97
Volvat Medisinske senter Nord og Midt-Norge AS avd Stokkan	225	72,45	45,40 %	0,329	32,89	-32,89	-kr	785 115,11
Aleris sykehus Colosseum Stavanger	17	5,474	81,82 %	0,045	4,48	-4,48	-kr	106 908,22
Aleris Helse AS Tromsø	28	9,016	40,64 %	0,037	3,66	-3,66	-kr	87 463,75
Medi 3 Ålesund SOM	44	14,168	4,26 %	0,006	0,60	-0,60	-kr	14 399,95
Øvrige virksomheter*	<5	-	-	-	-	-	-kr	18 866,16
SUM	2790	898,38	-	-	237,51	-237,51	-kr	5 688 386,03

Vedlegg

Vedlegg 1 – Anbefalinger for avregning av ABF for 2000-2021

Vedlegg 2 – Dokumentkontrollrapporter

- Rapport om dokumentkontroll LAR

- Rapport om dokumentkontroll DRG 217

Vedlegg 1 - Oversikt over saker hvor Avregningsutvalget har anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering tidligere år, fordelt på år og kapittel i kodeverkene ICD-10 og NCSP/NCMP

År	Saksnummer- og tittel	Beskrivelse	ICD-10/NCSP/NCMP
2000	Sak 05/01 - Oppsplitting av sykehusopphold ved overflytting til ny rehabiliteringspost	Utskrivnings- og registreringspraksis etter opprettelse av ny rehabiliteringsavdeling ved Telemark Sentralsjukehus. Pasientene, i hovedsak eldre, skrives inn og ut innen et kort tidsrom.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2002	Sak 03/03 - ISF-avregning for Helse Sør i forhold til behandling av pasienter med søvnapné ved Sørlandet sykehus HF Arendal	Pasienter som fikk utført inngrepene tonsillektomi/adenotomi (NCSP-koder EMB10-EMB30) ble i vesentlig høyere grad enn ved tilsvarende sykehus registrert med hoveddiagnose G47.3 <i>Søvnapné</i> .	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)</i>
	Sak 5/03 - DRG 4 Påfylling baklofenpumper	Feil bruk av prosedyrekoden ABD99 som kun skal brukes ved operative inngrep som implantering av baclofenpumpe. Koden ble feilaktig registrert ved hver påfylling av baclofen, noe som er å anse som poliklinisk behandling.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>

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

	Sak 03/05 - Søvnobservasjon ved 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>Multipel sklerose & cerebellar ataksi</i>	Stor vekst i dagopphold i DRG 13. Med unntak av første dag i en behandlingsserie burde oppholdene vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)</i>

	Sak 09/3130 – DRG 73 <i>Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år</i>	Stor vekst og volum i DRG 73. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i øre og ørebensknute (H60-H95); Svulster (C00-D48)</i>
	Sak 09/3759 – DRG 347 <i>Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk</i>	Vekst i antall dagopphold i DRG 347. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Svulster (C00-D48)</i>
	Sak 09/3931 – DRG 465 <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 <i>Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte</i>	Koding av KOLS.	<i>Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)</i> <i>Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, etc (Kapittel G)</i>

2010	11/776 - HDG 24 Signifikant multitraume	Koding av opphold i HDG 24 Signifikant multitraume og regler for bruk av tilstandskoder i 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 2680 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 4770 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 2660 Hudtransplantasjoner og/eller revisjoner, dagkirurgi	Feil bruk av prosedyrekode ZZR 00 Hudlapp.	<i>Tilleggskoder (Kapittel Z)</i>
	12/3641 - Klinisk nevrofysiologi og bruk av takst 702a-g	Nevrofysiologiske laboratorieundersøkelser skal ikke inngå i ISF-ordningen.	Takstkoder

12/3884 - Fedme og hovedtilstandskode Z50.9	Feil hoved- og bitilstandskode ved behandling av pasienter med syklig overvekt.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99); Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)</i>
12/4791 - Dagopphold i DRG 462B – Rehabilitering, vanlig	Uheldig kodepraksis for bruk av Z50.89 <i>Vanlig rehabilitering</i> ved dagopphold.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
12/5616 - Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed	Koding av korte døgnopphold i rehabilitering som ble vurdert å være gruppebasert opplæring.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
12/5893 Flere registrerte episoder samme dag	Registrering av for mange polikliniske konsultasjoner for samme pasient samme dag.	
12/1515 Feilregistreringer ved Vestre Viken HF, Drammen sykehus	Feilkoding av omsorgsnivå.	

2012	13/3827 Tannkirurgi og bruk av prosedyrekode ECW99	Feil bruk av ECW99 <i>Annen operasjon på gingiva eller processus alveolaris.</i>	<i>Tenner, kjever, 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 overekstremitet.</i>	<i>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 <i>Annen operasjon på perifer nerve.</i>	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
	13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi	Gjentagende bruk av GBB00 <i>Tracheostomi</i> og GBB03 <i>Perkutan tracheostomi</i> for samme pasient.	<i>Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, bronkier, lunger og mediastinum (Kapittel G)</i>

13/4163 DRG 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 (Z00-Z99)</i>
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 (Z00-Z99)</i>
13/4901 – DRG 2660 <i>Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling</i>	Feil bruk av prosedyrekode ZZR00 <i>Hudlapp.</i>	<i>Tilleggskoder (Kapittel Z)</i>
13/4904 – Flere registrerte episoder samme dag	Registrering av for mange polikliniske konsultasjoner for samme pasient på samme dag. Oppfølging av sak 12/5893.	
13/4906 – Oppfølging av sak 12/3157 Bruk av hovedtilstandskode Z76.8	Feil koding av ledsager og bruk av Z76.8 som samlekode i stedet for mer presise koder, gruppeomvisning og oppretting av journalnotat.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
13/5150 - DRG 2680 <i>Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi</i>	Feilaktig koding av lys- og laserbehandling av hud som kirurgiske operasjoner.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>

	13/8909 - Kodepraksis ved SiV Klinik FysMed	Koding av korte døgnopphold i rehabilitering som ble vurdert å være gruppebasert opplæring.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	13/999 – Vekst i bruk av kode Z75.1	Sykehusopphold som inkluderer avdelingsopphold med Z75.1 <i>Person som venter på omsorg/passende tilbud annet sted som hovedtilstandskode.</i>	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	13/6805 – Valg av omsorgsnivå for dagopphold - ulik praksis mellom HF	Feil valg av omsorgsnivå for dagopphold med samme tilstandskode.	
2013	14/4230 – DRG 390 <i>Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem</i>	Feil bruk av tilstandskoder i kategori P92 <i>Problemer med næringsinntak hos nyfødt.</i>	<i>Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (P00-P96)</i>
	14/4275 - DRG 87 <i>Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt</i>	Feil bruk av tilstandskode J96 <i>Respirasjonssvikt.</i>	<i>Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)</i>
	14/4293 - DRG 323/3230 <i>Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL-behandling</i>	Feil valg av omsorgsnivå for opphold i DRG 323 registrert med prosedyrekodene KAT00 <i>Ekstrakorporal sjokkbølgetrips i nyrebekken ESWL</i> og KBT00 <i>Ekstrakorporal sjokkbølgetrips i ureter.</i>	<i>Urinorganer, mannlige genitalia og retroperitonealrommet (Kapittel K)</i>

	14/4779 - Andel opphold i medisinske par-DRG hvor E86 <i>Væsketap</i> er kodet som annen tilstand	Feil bruk av tilstandskode E86 <i>Væsketap</i> .	<i>Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)</i>
2014	15/1634 – Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C <i>Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer 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 (Kapittel G)</i>
15/1932 – Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 <i>Vaginal fødsel – diagnoser med kompliserende egenskap</i>	Feil bruk av tilstandskoder O72.0 <i>Blødning i tredje stadium</i> og O71.4 <i>Obstetrisk høy vaginalrift.</i>	<i>Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)</i>
15/1938 – Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N <i>Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år</i>	Feil bruk av hovedtilstandskode fra A40 <i>Streptokokksepsis</i> og A41 <i>Annen sepsis.</i> Dette er koder for sepsis av ukjent årsak. Da må SIRS-kriteriene være oppfylt og en må ha en infeksjon med ukjent fokus/utgangspunkt. Hvis infeksjonens fokus er kjent skal koden for selve infeksjonen registreres som hovedtilstand.	<i>Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer (A00-B99)</i>

15/1993 – Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 <i>Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet</i>	Feil bruk av hovedtilstandskode Z03.3 <i>Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet</i> . Z-koder skal kun brukes unntaksvis som hovedtilstandskode. Hvis det foreligger symptomer kan man velge en hovedtilstandskode fra kap. XVIII <i>Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted (R00-R99)</i> .	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
15/4628 – Kodepraksis for opphold i DRG 8260 <i>Poliklinisk rehabilitering</i> og annen tilstand E66 <i>Fedme</i>	Opphold i DRG 8260 <i>Poliklinisk rehabilitering</i> registrert med annen tilstand E66 <i>Fedme</i> ble vurdert til å være behandling av fedme og ikke rehabilitering.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99);</i> <i>Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)</i>
15/6313 – Bruk av prosedyrekode AAG60 <i>Stereotaktisk intrakraniell radioterapi</i>	Feil bruk av prosedyrekode AAG50 <i>Stereotaktisk intrakraniell radioterapi</i> .	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>

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 (M00-M99)</i>
	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>Prosedyrekode i «kodepar» med ulike grupperingsegenskaper</i>
	16/7664 – Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 4610 <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 hofta (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>Bløddevssykdommer for rehabilitering</i>	<i>Bløddevssykdommer (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 kombinasjon med prosedyrekode WDAL15 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	18/1820 – Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35	Feil bruk av prosedyrekoder Q*E30 og Q*E35.	<i>Prosedyrekode Q*E30, Q*E35</i>

	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>
2019	19/27629 – Behandling av pasienter med fedme i DRG 297	Feil valg av omsorgsnivå for korte opphold for pasienter med E66 Fedme	<i>Fedme (ICD-10-kode E66)</i>
	19/2881 – Spørsmål om utredning av hjertesykdom i DRG 15 og DRG 1250	Feil valg av omsorgsnivå for korte opphold for pasienter som er til diagnostisk perkutan hjerteprosedyre	<i>Ulike perkutane hjerteprosedyrer</i>
	19/2886 – Kodepraksis ved behandling av sykdom i nyrer og urinveier	Feil valg av hovedtilstandskode og omsorgsnivå for pasienter som får fjernet blærekateter	<i>Ettersyn av anen kunstig åpning for urinvei (ICD-10-kode Z43.6 og Urinretensjon (ICD-10-kode R33)</i>
2020	20/3956 – DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade	Feil valg av hovedtilstand for pasienter med hjernerystelse og sår i hodebunn	<i>Hjernerystelse med åpen intrakraniell skade (ICD-10-kode S06.01)</i>

	20/3958 – DRG442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk	Bruk av komplikasjonskoder og følgetilstandskoder	<i>Flere tilstandskoder og prosedyrekoder</i>
2021	21/4753 - Bruk av Z03-koder	Feil valg av hovedtilstand ved testing for covid-19 for ansatte og pasienter	<i>Medisinsk observasjon og vurdering der mistanke om sykdommer og tilstander blir avkreftet (ICD-10, kap Z03)</i>

Vedlegg 2 Dokumentkontrollrapporter

-Rapport om dokumentkontroll LAR

-Rapport om dokumentkontroll DRG 217

RAPPORT

Dokumentkontroll LAR

Sykehuset i Vestfold HF
Helse Stavanger HF
Helse Bergen HF

RAPPORT

Dokumentkontroll LAR:

Sykehuset i Vestfold HF, Helse Stavanger HF og Helse Bergen HF

Versjon: 1
Dato: 2023-08-25
Oppdragsgiver: Helsedirektoratet, Avdeling Helseregistre
Oppdragsgivers ref: Adrian Tveit Lundemo
Antall sider: 18
Antall vedlegg: 3
Utarbeidet av: Tor Øystein Seierstad
Nora Falla Larsen
Tove Bjerkreim
Markus Pietschmann

Nydalen 25. August 2023



Tor Øystein Seierstad
Medisinsk direktør
LOGEX AS

Innholdsfortegnelse

Del 1 Oppdrag og avklaringer	4
1.1 Oppdrag	4
1.2 Avklaringer og metode	5
1.2.1 Begrepsavklaringer og oppholdskonstruksjon	5
1.2.2 Metode	6
1.2.3 Metodiske utfordringer - dokumentasjonskravet	7
Del 2 Resultater av dokumentkontroll Sykehuset i Vestfold HF	9
2.1 Administrativ registrering	9
2.2 Journaldokumentasjon	9
2.3 Tilstandskoding	10
2.4 Prosedyrekoding	11
2.5 Grupperingsmessige konsekvenser	11
Del 3 Resultater av dokumentkontroll Helse Stavanger	12
3.1 Administrativ registrering	12
3.2 Journaldokumentasjon	12
3.3 Tilstandskoding	13
3.4 Prosedyrekoding	13
3.5 Grupperingsmessige konsekvenser	13
Del 4 Resultater av dokumentkontroll Helse Bergen	14
4.1 Administrativ registrering	14
4.2 Journaldokumentasjon	14
4.3 Tilstandskoding	16
4.4 Prosedyrekoding	16
4.5 Grupperingsmessige konsekvenser	16
Del 5 Avsluttende kommentarer	17
5.1 Oppmøte for utlevering vs. konsultasjon	17
5.2 Krav til journalføring	17
5.3 Oppsummert	18

Del 1 Oppdrag og avklaringer

1.1 Oppdrag

I hht. Avrop på rammeavtale 22-01291 Dokumentkontroll av pasientjournal – Hdir datert 30.05.2023 er oppdraget beskrevet som følger:

Dokumentkontrollen gjennomføres som en målrettet undersøkelse av utvalgte opphold i DRG TD11A med annen tilstand Z5030 hos tre utvalgte helseforetak. Det trekkes tilfeldig 100 opphold (enkeltopphold og sykehusopphold, derunder fleravdeling) per helseforetak. Målet med undersøkelsen er å kunne si noe om kodekvaliteten ved oppholdene, samt å eventuelt avregne opphold som er feilkodet. Det skal gjøres en vurdering av om registrerte koder (tilstandskoder og prosedyrekoder) er riktig og ved feilkoding må det gis en vurdering av hvilke koder som skulle vært registrert. Dokumentkontrollen er ment å skulle belyse variasjon som eventuelle forskjeller og tendenser/mønstre i kodepraksis hos helseforetakene, også innad i hvert foretak.

Bistanden skal utføres hos Helse Bergen HF, Sykehuset i Vestfold HF og Helse Stavanger HF

Antall sykehusopphold som skal gjennomgås: 300

Antall enkelt- og avdelingsopphold som skal gjennomgås: 619

1.2 Avklaringer og metode

Revisorer ved denne dokumentkontrollen har vært:

- Tor Øystein Seierstad, medisinsk direktør, LOGEX AS (lege)
- Tove Bjerkreim, seniorrådgiver, LOGEX AS (lege)
- Nora Falla Larsen, seniorrådgiver, LOGEX AS (sykepleier/jordmor)

1.2.1 Begrepsavklaringer og oppholdskonstruksjon

Et opphold, slik de fremkommer i statistikken fra NPR, er en konstruksjon som kan bestå av en eller flere episoder.

En episode kan være et enkelt avdelingsopphold (innlagt), en poliklinisk konsultasjon eller et oppmøte

Dersom det er rapportert flere polikliniske episoder (konsultasjon eller oppmøte) for samme pasient ved samme institusjon samme dag vil disse som hovedregel slås sammen (aggregeres) til ett poliklinisk opphold som følger:

- Hver enkelt poliklinisk episode grupperes til en DRG (NPK – Norsk pasientklassifisering)
- De enkelte polikliniske episodene slås sammen (aggregeres) og danner et poliklinisk opphold.
- Den polikliniske episoden med høyest kostnadsvekt «vinner» hovedtilstand på det polikliniske oppholdet. Hovedtilstand for de øvrige episodene omgjøres til annen tilstand sammen med evt. andre tilstander rapportert på hver enkelt episode
- Det polikliniske oppholdet grupperes på nytt til en DRG (NPK – Norsk pasientklassifisering)

De polikliniske oppholdene som inngår i utvalget for denne dokumentkontrollen består alle av 2 eller 3 episoder ved samme institusjon samme dag av type:

- Poliklinisk konsultasjon, rapportert med *F11.22 Opiatavhengighets syndrom under vedlikeholdsbehandling* som hovedtilstand
- Oppmøte, rapportert med *Z50.30 Oppmøte for utlevering av legemiddel i Legemiddel assistert rehabilitering (LAR), uten samtidig konsultasjon* som hovedtilstand
- Oppmøte for avlevering av urinprøve, rapportert med *Z01.7 Laboratorieprøve* som hovedtilstand

Dersom en av de polikliniske episodene er en konsultasjon med F11.22 som hovedtilstand, vil en som følge av aggregeringsreglene få et *poliklinisk opphold* med F11.22 som hovedtilstand og Z50.30 og/eller Z01.7 som annen tilstand.

Et poliklinisk opphold med *F11.22 Opiatavhengighets syndrom under vedlikeholdsbehandling* som hovedtilstand grupperes til DRG *TD11A Polikliniske konsultasjoner – opioidavhengighet – voksne* og utløser refusjon per opphold gjennom DRG-ordningen

Et poliklinisk opphold med *Z50.30 Oppmøte for utlevering av legemiddel i Legemiddel assistert rehabilitering (LAR), uten samtidig konsultasjon* som hovedtilstand grupperes til DRG *TD99L poliklinisk oppmøte for utlevering eller administrasjon av LAR-legemiddel* og utløser ingen refusjon per opphold gjennom DRG-ordningen, men er finansiert gjennom STG-ordningen.

Et poliklinisk opphold med *Z01.7 Laboratorieprøve* som hovedtilstand grupperes til *DRG ZD470 Feilgruppering - Ikke grupperbar pga manglende opplysninger* og utløser ingen refusjon gjennom ISF-ordningen. En poliklinisk episode for avlevering av urinprøve skal rapporteres med debitor annen og dermed ekskluderes fra ISF-grunnlaget.

1.2.2 Metode

Utvalg av opphold til revisjon er gjennomført av Helsedirektoratet, Avdeling helseregistre

Dokumentkontrollen tar utgangspunkt i gjeldende standarder for journalgjennomgang slik den fremkommer av Håndbok for journalgjennomgang utarbeidet av Sintef/NPR desember 2006.

Til grunn for dokumentkontrollen legges de norske retningslinjer for medisinsk koding ved hjelp av diagnosekodeverket ICD-10 og prosedyrekodeverkene NCMP, NCRP og NCSP slik de forelå på tidspunkt for de utvalgte avdelingsoppholdene (2022).

Revisors operasjonalisering av dokumentasjonskravet basert på norske retningslinjene oppsummeres slik:

- En tilstand som ikke er formulert, er ikke mulig å klassifisere/kode
- Dokumentasjon av funn og tiltak alene gir ikke grunnlag for å klassifisere/kode en tilstand
- Det er behandlerens dokumenterte vurdering av en tilstand og tilstandens konsekvens for gjennomføringen av helsehjelpen som avgjør om den skal rapporteres/kodes eller ikke
- Kun tilstander med dokumentert reell betydning for helsehjelpen gitt under det aktuelle oppholdet skal rapporteres/kodes

De rapportert aktivitetsdata slik de fremkommer av mottatt oversikt fra Helsedirektoratet er vurdert opp imot den samlede journaldokumentasjonen slik den fremkommer av den enkelte foretakenes elektroniske pasientjournal for de utvalgte oppholdene.

To revisorer har i perioden 22.5 – 14.8 gjennomført en stedlig dokumentkontroll ved de tre utvalgte foretakene med følgende fokus:

1. Er det grunnlag i journaldokumentasjonen for de diagnose- og prosedyrekoder som er rapportert NPR i hht. nasjonalt regelverk og veiledning for koding?
2. Er de tilstander og prosedyrer som foretaket har funnet grunnlag for å rapportere til NPR, kodet korrekt i hht. nasjonale retningslinjer for bruk av ICD-10, NCSP, NCMP og NCRP?
3. Er det tilstander eller prosedyrer som på grunnlag av journaldokumentasjon under oppholdet skulle vært rapportert i hht. nasjonalt regelverk og veiledning for koding, men som foretaket ikke har rapportert?

1.2.3 Metodiske utfordringer - dokumentasjonskravet

Dels foreligger det enkeltnotat for hver enkelt episode, dels foreligger det ett notat som oppfattes å dekke alle episoder samme dag (i rapporten/vedlegg omtalt som «samlenotat»). Begge måter å føre journal på er innenfor journalforskriftens krav til forsvarlig dokumentasjon av helsehjelpen som er gitt.

LAR-pasienten og oppfølging av denne i spesialisthelsetjenesten skiller seg på flere områder fra en «ordinær» oppfølging av pasienter innen psykiske helsevern/somatikk bl.a. ved:

- Hyppige oppmøter
- Behov for tett oppfølging
- Problemstillinger relatert til «livsførsel» i sin alminnelighet f.eks. familierelasjoner, arbeid/skole, ivaretagelse av egen helse, økonomi m.m. som igjen påvirker mulighet for gjennomføring av behandlingen
- Behov for nært samarbeid med eksterne instanser (NAV, arbeid/skole, kommunale tjenester innen rusomsorg, fastlege,
- Sammensatte lidelser Rus og Psykiatri

Utfordringen i denne revisjonen er å skille mellom hva som er naturlige tema tatt opp i et oppmøte for utlevering/administrasjon av LAR-medikasjon og når det foreligger behov/problemstillinger som fordrer en egen konsultasjon. Dette er et faglig spørsmål som revisor hverken har anledning til eller forutsetninger for å definere.

Uten å ta stilling til det faktiske innhold i en konsultasjon, har revisor lagt til grunn et sett med kriterier som det er rimelig å forvente at fremgår av journaldokumentasjonen knyttet til en konsultasjon:

1. Problemstilling må være formulert
2. Konsultasjonens innhold mht. samtale, observasjon, kartlegging/vurderinger m.m.
3. Tiltak f.eks. rådgivning, videre oppfølging ved behandler i LAR, kontakt med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten m.m.

Med dette som utgangspunkt har revisor valgt en «gruppering» av episoder basert på foreliggende journaldokumentasjon den aktuelle dagen som følger:

KORREKT RAPPORTERT

Poliklinisk episode rapportert med *F11.22 Opiatavhengighets syndrom under vedlikeholdsbehandling* eller *Z50.30 Oppmøte for utlevering av legemiddel i Legemiddel assistert rehabilitering (LAR), uten samtidig konsultasjon* som hovedtilstand:

Uten å ta stilling til det faktiske innholdet i konsultasjonen foreligger det et journalnotat som revisor oppfatter fyller kriterier som det er rimelig å forvente at fremgår av journaldokumentasjonen knyttet til en konsultasjon slik revisor har definert det ovenfor

IKKE REVIDERBAR

Poliklinisk episode rapportert med *F11.22 Opiatavhengighets syndrom under vedlikeholdsbehandling* eller *Z50.30 Oppmøte for utlevering av legemiddel i Legemiddel assistert rehabilitering (LAR), uten samtidig konsultasjon* som hovedtilstand:

- Alt 1 Foreligger ingen journalnotat den aktuelle dagen.
- Alt 2 Foreligger journalnotat. Flere tilstandskoder rapportert, men ingen tilstandsformuleringer eller begrunnet valg av hovedtilstand som gir grunnlag for revisjon (kun noen få psykologkonsultasjoner)

INGEN KONSULTASJON

Poliklinisk episode rapportert med *F11.22 Opiatavhengighets syndrom under vedlikeholdsbehandling* som hovedtilstand:

Foreligger journalnotat den aktuelle dagen, men ingen omtale av at det er gjennomført en konsultasjon.

TVILSOM KONSULTASJON

Poliklinisk episode rapportert med *F11.22 Opiatavhengighets syndrom under vedlikeholdsbehandling* som hovedtilstand:

Foreligger journalnotat den aktuelle dagen, men med sparsom dokumentasjon mht. innhold i konsultasjonen

INGEN KONTAKT:

Poliklinisk episode rapportert med *Z50.30 Oppmøte for utlevering av legemiddel i Legemiddel assistert rehabilitering (LAR) , uten samtidig konsultasjon* som hovedtilstand:

- Alt. 1 Foreligger journalnotat den aktuelle dagen, men ingen omtale av at det er utlevert/administrert LAR-medikasjon
- Alt. 2 Foreligger journalnotat på at LAR-medikasjon IKKE ble utlevert f.eks. møter ikke, ikke hjemme, nekter å ta imot besøk, ruspåvirket «sprekk»

TVILSOM KONTAKT:

Poliklinisk episode rapportert med *Z50.30 Oppmøte for utlevering av legemiddel i Legemiddel assistert rehabilitering (LAR) , uten samtidig konsultasjon* som hovedtilstand:

Foreligger journalnotat den aktuelle dagen med tittel som indikerer at det er utlevert/administrert LAR-medikasjon f.eks. journalnotat med tittel «*Samtale med medikamentutlevering*» uten at utlevering er omtalt noe nærmere i selve notatet

Del 2 Resultater av dokumentkontroll Sykehuset i Vestfold HF

MERKNAD!

Grunnet betydelige utfordringer mht. tilgang til pasientjournal knyttet til Sykehuspartner HF kom dokumentkontrollen først i gang 5 timer etter planlagt oppstart. Dette medførte at revisor innenfor den tid som var avsatt kun fikk gjennomgått 62 polikliniske opphold (129 episoder) av de 100 polikliniske oppholdene (212 episoder) som var trukket ut for dokumentkontroll.

Dokumentkontrollen av de 62 oppholdene avdekket imidlertid at det er etablert et standardisert oppsett for registrering og journalføring av flere episoder samme dag (dvs. danner ett poliklinisk opphold). På denne bakgrunn er det revisors oppfatning at dokumentkontrollen har et tilstrekkelig omfang til å gi et representativt resultat for vurdering av etablert praksis mht. medisinsk koding og administrativ registrering

2.1 Administrativ registrering

Med unntak av et par polikliniske opphold bestående av kun én poliklinisk episode for avlevering av urinprøve, var samme pasient registrert med to episoder samme dag med samme behandler:

1. En poliklinisk episode for utlevering/administrasjon av LAR-medikament kodet med *Z50.30 Oppmøte for utlevering av legemiddel i Legemiddel assistert rehabilitering (LAR) , uten samtidig konsultasjon* som hovedtilstand:
2. En poliklinisk episode for samtale kodet med *F11.22 Opiatavhengighets syndrom under vedlikeholdsbehandling* som hovedtilstand

Denne praksis medfører i tråd med aggregeringsreglene at det dannes et poliklinisk opphold med F11.22 som hovedtilstand og Z50.30 som annen tilstand

Episodene for utlevering av medikament hadde med noen få unntak en standard varighet på 15 minutter. Episodene for samtale varierte i varighet fra 15 til 30 minutter.

Med noen få unntak var utførende helsepersonell den samme under begge episoder.

Episodene var ikke alltid registrert i et kontinuum mht. klokkeslett aktuell dag, men jf. samtale med avdelingsleder Katharine Krokeborg gjennomføres episodene alltid i et kontinuum med den poliklinisk episoden for samtale før eller etter den poliklinisk episoden for utlevering/administrasjon av LAR-medikament.

2.2 Journaldokumentasjon

Samtlige polikliniske episoder var reviderbare, dvs. forelå journalnotat som muliggjorde en vurdering av den medisinske kodingen mht. diagnoser og prosedyrer.

Journalføringen mht. notater knyttet til det polikliniske oppholdet var strukturert iht. etablert rutine som følger:

- Ved utlevering av medikament føres et felles notat (samlenotat) for begge episodene (utlevering og samtale)
- Ved injeksjon av medikament føres det separate notat for hver av episodene

Journalnotatene knyttet til samtale var strukturert og fulgte i hovedsak en felles mal som følger:

- Tema for samtale: Aktuell(e) problemstilling(er)
- Samtalens innhold, observasjoner, råd/veiledning
- Avtalte tiltak: avklaringer mht. hvem gjør hva og gjennomgående med en standard sluttfrase: «Tilbud om samtale/veiledning i forbindelse med medikamentutlevering»

Typiske tema for samtale var:

Problemstillinger relatert til forhold til samboer/ektefelle/barn, søknad til/gjennomføring av arbeid/skole, medikamentbruk og rus, medikamentbivirkninger/bytte av medikament, somatiske problemstillinger, søvnrutiner, ernæring, annen psykisk lidelse, økonomistyring, kontakt med NAV, fastlege, kommunale tjenester m.m.

Oppsummert:

Det forelå journaldokumentasjon for alle polikliniske episoder rapportert med *Z50.30 Oppmøte for utlevering av legemiddel i Legemiddel assistert rehabilitering (LAR)*, uten samtidig konsultasjon som hovedtilstand:

Det forelå journaldokumentasjon for alle polikliniske episoder rapportert med *F11.22 Opiatavhengighets syndrom under vedlikeholdsbehandling* som hovedtilstand

Med utgangspunkt i den forliggende journaldokumentasjon aktuell dag og revisors vurdering av **129 episoder** slik revisor har definert dette i pkt. 1.2.3 i denne rapporten, gav dokumentkontrollen følgende resultater:

- KORREKT RAPPORTERT: 121
- INGEN KONSULTASJON: 0
- TVILSOM KONSULTASJON: 8
- INGEN KONTAKT OPPMØTE: 0
- TVILSOM KONTAKT OPPMØTE: 0
- IKKE REVIDERBAR: 0

2.3 Tilstandskoding

Mht. koding av tilstander ble resultatet av gjennomgangen av 129 polikliniske episoder som følger:

- Ingen rapporterte tilstander ble slettet
- Ingen hovedtilstander ble endret
- Ingen andre tilstander ble lagt til

2.4 Prosedyrekoding

Mht. koding av prosedyrer ble resultatet av gjennomgangen av 129 polikliniske episoder som følger:

- Ingen prosedyrer ble slettet
- Ingen prosedyrer ble lagt til

Kommentarer til prosedyrekodingen:

- Prosedyrekoden *IECC10 Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR - utlevering og inntak i spesialistpoliklinikk* rapporteres rutinemessig ved alle polikliniske episoder for utlevering/administrasjon av LAR-medikament. Dette er ikke feil, men unødvendig og har ingen grupperingsmessige effekter. Tilstrekkelig at rapporteres 1 gang per tertial for å utløse STG-finansiering jf. pkt. 7.4.2 ISF 2022 (gjelder også i 2023)
- Prosedyrekoden *OBAA00 Mestringsorientert samtale* er registrert på samtlige polikliniske episoder med F11.22 som hovedtilstand (samtaler)

2.5 Grupperingsmessige konsekvenser

Dokumentkontrollen fikk ingen grupperingsmessige konsekvenser

Del 3 Resultater av dokumentkontroll Helse Stavanger

Utvalget for denne revisjonen bestod av 100 opphold og 202 episoder

3.1 Administrativ registrering

3 polikliniske opphold bestod av én enkelt episode. De øvrige polikliniske oppholdene bestod av 2 evt. 3 polikliniske episoder. I de tilfeller der det polikliniske oppholdet bestod av 2 polikliniske episoder var samme pasient registrert med samme behandler som følger:

1. En poliklinisk episode for utlevering/administrasjon av LAR-medikament kodet med *Z50.30 Oppmøte for utlevering av legemiddel i Legemiddel assistert rehabilitering (LAR) , uten samtidig konsultasjon* som hovedtilstand:
2. En poliklinisk episode for samtale kodet med *F11.22 Opiatavhengighets syndrom under vedlikeholdsbehandling* som hovedtilstand

Denne praksisen medfører i tråd med aggregeringsreglene at det dannes et poliklinisk opphold med F11.22 som hovedtilstand og Z50.30 som annen tilstand

Begge episoder var gjennomgående rapportert med 15 minutters varighet

Som oftest var begge episoder med samme behandler.

Episodene var registrert i et kontinuum mht. klokkeslett

Finner noen få eksempler på at det er rapportert episoder med Z50.30 eller F11.22 som hovedtilstand der det eksplisitt fremgår av journaldokumentasjon at episoden ikke er gjennomført.

3.2 Journaldokumentasjon

23 polikliniske episoder lot seg ikke revidere grunnet manglende eller mangelfull journaldokumentasjon.

I de tilfeller der det polikliniske oppholdet bestod av 2 episoder forelå det gjennomgående et felles journalnotat ofte med tittel som «samtale v/med. utlev.», «samtale med pasient m/terapeutisk innhold». Journalføringen er i liten grad strukturert og består gjennomgående av en kort fritekstlig oppsummering mht. observasjoner (rus), utlevering/administrasjon av medikament og en kort oppsummering av samtalens innhold

Typiske tema for samtale, om enn ganske kort oppsummert og lite omfattende dokumentert var:

Generelt «hvordan har/har hatt det», dernest medikamentbruk og rus/medikamentbivirkninger/ ønske om bytte av medikament, familierelasjoner, kontakt med NAV, somatiske problemstillinger. I mindre grad dokumentasjon av videre tiltak ut over evt. videre medisinerings.

Oppsummert:

Med utgangspunkt i den foreliggende journaldokumentasjon aktuell dag og revisors vurdering av de **202 episoder** slik revisor har definert dette i pkt. 1.2.3 i denne rapporten, gav dokumentkontrollen følgende resultater:

- KORREKT RAPPORTERT: 95
- INGEN KONSULTASJON: 31
- TVILSOM KONSULTASJON: 44
- INGEN KONTAKT OPPMØTE: 18
- TVILSOM KONTAKT OPPMØTE: 3
- IKKE REVIDERBAR: 11

3.3 Tilstandskoding

Mht. koding av tilstandskoder ble resultatet av gjennomgangen av 191 polikliniske episoder (11 av 202 var ikke reviderbare) som følger:

- 9 episoder fikk endret hovedtilstand
- 3 andre tilstander ble slettet
- 1 annen tilstand ble lagt til

3.4 Prosedyrekoding

Mht. koding av prosedyrer ble resultatet av gjennomgangen av 191 polikliniske episoder (11 var ikke reviderbare) som følger:

- Ingen prosedyrer ble slettet
- Ingen prosedyrer ble lagt til

Kommentarer til prosedyrekodingen:

Episoder med *F11.22 Opiatavhengighets syndrom under vedlikeholdsbehandling* som hovedtilstand var i all hovedsak enten rapportert med:

- Prosedyrekoden *OBDB00 Individuell rådgivning i forebyggende hensikt, eller*
- Ingen prosedyrekode

Dette fordelte seg nogenlunde likt mellom de reviderte episodene

3.5 Grupperingsmessige konsekvenser

Dokumentkontrollen medførte at 4 opphold endret DRG fra

TD11A Polikliniske konsultasjoner – opioidavhengighet – voksne til hhv.

- *DRG TD99L poliklinisk oppmøte for utlevering eller administrasjon av LAR-legemiddel, eller*
- *DRG ZD470 Feilgruppering - Ikke grupperbar pga manglende opplysninger (avlagt urinprøve)*

Del 4 Resultater av dokumentkontroll Helse Bergen

Utvalget for denne revisjonen bestod av 100 opphold og 205 episoder

4.1 Administrativ registrering

Ingen av de polikliniske oppholdene bestod av én enkelt episode. 95 av de polikliniske oppholdene bestod av 2 episoder, de øvrige 5 av 3 episoder. De enkelte episodene som inngikk i oppholdet, var overveiende rapporter med ulike behandler. Polikliniske opphold med 2 episoder var rapporter slik;

1. En poliklinisk episode for utlevering/administrasjon av LAR-medikament kodet med *Z50.30 Oppmøte for utlevering av legemiddel i Legemiddel assistert rehabilitering (LAR) , uten samtidig konsultasjon* som hovedtilstand:
2. En poliklinisk episode for samtale primært kodet med *F11.22 Opiatavhengighets syndrom under vedlikeholdsbehandling* som hovedtilstand. I enkelte tilfeller var det brukt koder for bruk av andre illegale rusmidler som hovedtilstand (F13.--, F15.-- og F19.--) men da med F11.22

Uavhengig om F11.22 er rapportert som hovedtilstand eller annen tilstand (med F13.--, F15.-- og F19.-- som hovedtilstand) grupperes oppholdet til *TD11A Polikliniske konsultasjoner – opioidavhengighet – voksne*

Denne praksisen medfører i tråd med aggregeringsreglene at det dannes et poliklinisk opphold med med F11.22 som hovedtilstand, (evt. med F13.--, F15.-- eller F19.-- som hovedtilstand og F11.22 som annen tilstand) og alltid Z50.30 som annen tilstand

Det varierte om de enkelte episodene var registrert i et kontinuum eller om de var rapportert på ulike tider i løpet av dagen.

4.2 Journaldokumentasjon

16 polikliniske episoder lot seg ikke revidere grunnet manglende eller mangelfull journaldokumentasjon.

Gjennomgående foreligger det ikke egne notat knyttet til episoder rapportert med *Z50.30 Oppmøte for utlevering av legemiddel i Legemiddel assistert rehabilitering (LAR) , uten samtidig konsultasjon* som hovedtilstand:

Typiske tema for samtale, om enn ganske kort oppsummert og lite omfattende dokumentert var:

Generelt «hvordan har/har hatt det», dernest medikamentbruk og rus/medikamentbivirkninger/ ønske om bytte av medikament, familierelasjoner, kontakt med NAV, somatiske problemstillinger.

Et særskilt funn i Helse Bergen er at flere av de episodene som er rapportert med *F11.22 Opiatavhengighets syndrom under vedlikeholdsbehandling* som hovedtilstand, synes å være konsultasjoner som er knyttet til en pågående studie: *ATLAS4LAR kartlegging og behandling av lungesykdom i legemiddelassistert behandling*. Dette er konsultasjoner som jf. dokumentasjon

primært dreier seg om oppstartsamtale/forundersøkelser/randomisering til studie. Episodene er rapportert som en ordinær konsultasjon med F11.22 som hovedtilstand. Rapportert slik inngår disse konsultasjonene i beregningsgrunnlaget for ISF. Det er også krevd egenandel ved disse konsultasjonene. Spørsmål som da reiser seg:

- Er konsultasjonen nødvendig for en medisinsk forsvarlig oppfølging av en LAR-pasient som ville blitt avholdt uansett studie eller ikke? I såfall en ordinær konsultasjon som inngår i beregningsgrunnlaget for ISF og berettiger egenandel.
- Er dette en konsultasjon som avholdes utelukkende fordi pasienten vurderes for/inngår i en studie? Jf. ISF-heftet pkt. 4.2.1 gjelder at helsehjelp som finansieres gjennom privat betaling, særskilte prosjekt- og forskningsmidler, eller gjennom andre alternative finansieringsordninger, inngår ikke i beregningsgrunnlaget.

I de tilfeller der den primære indikasjon for konsultasjonen er en ordinær oppfølging av en LAR-pasient, dvs. er et tilbud alle får, er rapporteringen grei og konsultasjonen inngår i beregningsgrunnlaget for ISF. Ved en episode samme dag for utlevering av LAR-medisin vil de to episodene bli aggregert og danne et opphold som grupperes til DRG *TD11A Polikliniske konsultasjoner - Opioidavhengighet – Voksne*

Dersom indikasjon for konsultasjonen er deltakelse i et forskningsprosjekt som er finansiert slik det er beskrevet i ISF-heftet pkt. 4.2.1, er dette en konsultasjon som ikke inngår i beregningsgrunnlaget for ISF. Som en følge av dette vil konsultasjonen ikke blir aggregert med en episode samme dag for utlevering av LAR-medisin. Dvs. at det polikliniske oppholdet den aktuelle dagen kun vil bestå av en enkelt episode for utlevering av LAR-medisin og grupperes da til DRG *TD99L Poliklinisk oppmøte for utlevering eller administrasjon av LAR-legemiddel*.

Revisor har på bakgrunn av den foreliggende dokumentasjon ingen mulighet for å vurdere hvorvidt de aktuelle konsultasjonen er av en type som inngår eller ikke inngår i beregningsgrunnlaget for ISF. Revisor har derfor forholdt seg til det som er rapportert, dvs. en ordinær ISF-berettiget konsultasjon, og kategorisert disse episodene på lik linje med de øvrige ut fra den foreliggende journaldokumentasjon.

Oppsummert:

Basert på revisors vurdering av de **205 episoder** slik revisor har definert dette i pkt. 1.2.3 i denne rapporten, gav dokumentkontrollen følgende resultater:

- KORREKT RAPPORTERT: 94
- INGEN KONSULTASJON: 11
- TVILSOM KONSULTASJON: 16
- INGEN KONTAKT OPPMØTE: 68
- TVILSOM KONTAKT OPPMØTE: 0
- IKKE REVIDERBAR: 16

4.3 Tilstandskoding

Mht. koding av tilstandskoder ble resultatet av gjennomgangen av 194 polikliniske episoder (11 av 205 var ikke reviderbare) som følger:

- Ingen episoder fikk endret hovedtilstand

Ved en misforståelse vurderte revisorteamet dessverre ikke rapporteringen av andre tilstander. En gjennomgang i ettertid viser vi imidlertid at uansett hvilken annen tilstand som legges til eller slettes påvirker ikke dette gruppering hverken av episoden eller oppholdet så lenge F11.22 er rapportert enten som hovedtilstand eller annen tilstand.

4.4 Prosedyrekoding

De eneste prosedyrekodene som sporadisk er rapportert i dette utvalget er:

- IECC10 Kontinuerlig LAR-beh, utlev og inntak i spesialistpoliklinikk
- GDFC00 Spirometri
- FYFX05 Fysisk belastningstest (6 min gange eller tilsvarende)
- OAAG10 Karlegging av fatigue og/eller søvn
- WMGA00 Strukturert kartlegging av livskvalitet
- IAAC10 Strukturert kartlegging/utredning av psykisk helse, rusmidler, avhengighet

Disse prosedyrekodene forekom ifm. årskontroller og konsultasjoner knyttet til konsultasjoner ifm. *ATLAS4LAR studien*. Der disse prosedyrekodene ble rapportert var dette riktig jf. journaldokumentasjon.

Ingen andre prosedyrekoder ble benyttet

Mht. koding av prosedyrer ble resultatet av gjennomgangen av 194 polikliniske episoder (11 var ikke reviderbare) som følger:

- Ingen prosedyrekoder ble slettet
- Ingen prosedyrekoder lagt til

4.5 Grupperingsmessige konsekvenser

Dokumentkontrollen fikk ingen grupperingsmessige konsekvenser

Del 5 Avsluttende kommentarer

5.1 Oppmøte for utlevering vs. konsultasjon

Utfordringen i denne dokumentkontrollen er at det, så langt revisor er kjent med, ikke foreligger noen veiledning mht. hva som naturlig inngår i en samtale i forbindelse med utlevering eller administrasjon av LAR-legemiddel vs. hva som fordrer en «terapeutisk intervensjon» i form av en egen konsultasjon. Dette er en faglig vurdering som revisor ikke har forutsetning eller myndighet til å ta.

Denne revisjonen avdekker at det så godt som ved alle de reviderte oppholdene foreligger en systematikk hvor en rutinemessig registrer to episoder samme dag for hhv.:

1. Oppmøte for utlevering/administrasjon av LAR-legemiddel rapportert med *Z50.30 Oppmøte for utlevering av legemiddel i LAR, uten samtidig konsultasjon* som hovedtilstand
2. Samtale med pasient rapportert som konsultasjon med *F11.22 Opiatavhengighetssyndrom under vedlikeholdsbehandling*

Revisor sitter igjen med et inntrykk av at oppmøte for utlevering eller administrasjon av LAR-legemiddel i klinikken oppfattes kun å omhandle den konkrete handlingen i form av utlevering eller administrasjon. Samtalen i forbindelse med utleveringen/administrasjon oppfattes å være en konsultasjon.

De tema som tas opp i samtalene rapportert som konsultasjon er typisk: hvorvidt utlevering/administrasjon av LAR-legemiddel er aktuelt sett opp imot påvirkning/bruk av andre rusmidler, medikamentbivirkninger, ønske om bytte av medikament, forhold til samboer/ektefelle/barn, søknad til/gjennomføring av arbeid/skole, somatiske problemstillinger, søvnrutiner, ernæring, annen psykisk lidelse, økonomistyring, kontakt med NAV, fastlege, kommunale tjenester m.m.

5.2 Krav til journalføring

Ved en dokumentkontroll er fokus primært å vurdere hvorvidt det er samsvar mellom den foreliggende dokumentasjon og retningslinjene for medisinsk koding mht. diagnose- og prosedyrekoder. Jf. Journalforskriften §6.h skal det foreligge en *beskrivelse av de funn og vurderinger som ligger til grunn for kodet informasjon innrapportert til helseregistre etter helseregisterloven § 10 og § 11*. Revisors har i denne dokumentkontrollen lagt til grunn en forståelse av at dette innebærer:

- Ved utlevering eller administrasjon av LAR-legemiddel forventes dokumentasjon fra aktuell dag der det kortfattet fremkommer i) anamnestisk informasjon (rusbruk og evt. bivirkninger), ii) vurdering (forsvarlig å utlevere/administrere LAR-legemiddel), iii) medikament utlevert/administrert
- Ved konsultasjon forventes dokumentasjon fra aktuell dag der det fremkommer i) Problemstilling ii) anamnestisk informasjon iii) vurdering iv) tiltak (behandling evt. videre oppfølging)

Mens SIV har en strukturert journalføring som i form langt på vei fyller disse kriteriene, fyller dokumentasjonen ved Helse Stavanger og Helse Bergen med noen hederlige unntak i liten grad disse kriteriene.

5.3 Oppsummert

Basert på de funn som er gjort i denne dokumentkontrollen er revisors vurdering at for å oppnå en enhetlig og korrekt rapportering av pasienter i LAR, er det behov for en veileder mht.:

- Hva som naturlig inngår i en samtale ved oppmøte for utlevering eller administrasjon av LAR-legemiddel
- Hva som fordrer behov for en konsultasjon og innhold i denne
- Krav til journalføring ifm. utlevering eller administrasjon av LAR-legemiddel
- Krav til journalføring ifm. konsultasjon
- Krav til medisinsk koding mht. rapportering av tilstander og prosedyrer
- Riktig koding ved samtidig konsultasjon og utlevering eller administrasjon av LAR-legemiddel

RAPPORT

Dokumentkontroll

DRG 217

RAPPORT

Dokumentkontroll DRG 217

Versjon: 1
Dato: 2023-08-28
Oppdragsgiver: Helsedirektoratet, Avdeling Helseregistre
Oppdragsgivers ref: Adrian Tveit Lundemo
Antall sider: 21
Antall vedlegg: 9
Utarbeidet av: Tor Øystein Seierstad
Nora Falla Larsen
Tove Bjerkreim
Markus Pietschmann

Nydalen 28. August 2023



Tor Øystein Seierstad
Medisinsk direktør
LOGEX AS

Innhold

Del 1 Oppdrag og avklaringer	5
1.1 Oppdrag	5
1.2 Utvalg	6
1.3 Avklaringer og metode	8
1.3.1 Begrepsavklaringer og oppholdskonstruksjon	8
1.3.2 Metode	8
1.4 Grupperingslogikk DRG 217	10
Del 2 Resultater	12
Begrepsforklaring tabeller	12
2.1 Resultater AHUS HF	13
2.1.1 Endringer på episodenivå	13
2.1.2 Endringer på oppholds nivå	13
2.2 Resultater Helse Bergen HF	14
2.2.1 Endringer på episodenivå	14
2.2.2 Endringer på oppholds nivå	14
2.3 Resultater Helse Nord-Trøndelag HF	15
2.3.1 Endringer på episodenivå	15
2.3.2 Endringer på oppholds nivå	15
2.4 Resultater Sykehuset Innlandet HF	16
2.4.1 Endringer på episodenivå	16
2.4.2 Endringer på oppholds nivå	16
2.5 Resultater OUS HF	17
2.5.1 Endringer på episodenivå	17
2.5.2 Endringer på oppholds nivå	17
2.6 Resultater St. Olavs hospital HF	18
2.6.1 Endringer på episodenivå	18
2.6.2. Endringer på oppholds nivå	18
2.7 Resultater Helse Stavanger HF	19
2.7.1 Endringer på episodenivå	19
2.7.2 Endringer på oppholds nivå	19
2.8 Resultater UNN HF	20
2.8.1 Endringer på episodenivå	20
2.8.2 Endringer på oppholds nivå	20

2.9 Resultater Vestre Viken HF.....	21
2.9.1 Endringer på episodenivå.....	21
2.9.2 Endringer på oppholds nivå.....	21
Del 3 Avsluttende kommentarer.....	22
3.1 Grupperingslogikk	22
3.2 Type feil koding som årsak til endring av oppholdets DRG.....	22
3.3 Dokumentasjon	22

Del 1 Oppdrag og avklaringer

1.1 Oppdrag

I hht. avrop på rammeavtale 22-01291 Dokumentkontroll av pasientjournal – Hdir datert 30.05.2023 er oppdraget beskrevet som følger:

Dokumentkontrollen gjennomføres som en målrettet undersøkelse av utvalgte opphold i DRG 217 hos utvalgte helseforetak. Det trekkes tilfeldig 100 opphold (enkeltopphold og sykehusopphold, derunder fleravdeling) fordelt proporsjonalt per helseforetak. Målet med undersøkelsen er å kunne si noe om kodekvaliteten ved oppholdene, samt å eventuelt avregne opphold som er feilkodet. Det skal gjøres en vurdering av om registrerte koder (tilstandskoder og prosedyrekoder) er riktig og ved feilkoding må det gis en vurdering av hvilke koder som skulle vært registrert. Dokumentkontrollen er ment å skulle belyse variasjon som eventuelle forskjeller og tendenser/mønstre i kodepraksis hos helseforetakene, også innad i hvert foretak.

Bistanden skal utføres hos:

Akershus universitetssykehus HF

Helse Bergen HF

Helse Nord-Trøndelag HF

Sykehuset Innlandet HF

Oslo universitetssykehus HF

St. Olavs Hospital HF

Helse Stavanger HF

Sørlandet sykehus HF (sykehuset ble i etterkant trukket grunnet kun 2 opphold)*

Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

Vestre Viken HF

*Antall sykehusopphold som skal gjennomgås: 100**

** I ettertid er Sørlandet sykehus HF trukket fra dokumentkontrollen grunnet kun 2 opphold og teknisk ikke mulig å få til remote løsning*

1.2 Utvalg

Til sammen 433 opphold i 2022 Grupperte til DRG 217 jf. NPR:

Tabell 1 Fordeling av antall opphold i 2022 gruppert til DRG 217 fordelt på foretak

Helseforetak	Antall	Andel
Helse Bergen HF	66	15,2
Oslo universitetssykehus HF	54	12,5
Akershus universitetssykehus HF	52	12
St. Olavs Hospital HF	47	10,9
Vestre Viken HF	45	10,4
Sykehuset Innlandet HF	26	6
Helse Nord-Trøndelag HF	24	5,5
Helse Stavanger HF	21	4,8
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	18	4,2
Sørlandet sykehus HF	16	3,7
Sykehuset Østfold HF	15	3,5
Helse Møre og Romsdal HF	15	3,5
Sykehuset i Vestfold HF	7	1,6
Diakonhjemmet sykehus (Helse Sør-Øst RHF)	5	1,2
Helse Førde HF	5	1,2
Sykehuset Telemark HF	5	1,2
Nordlandssykehuset HF	3	0,7
Helgelandssykehuset HF	3	0,7
Helse Fonna HF	2	0,5
Finnmarkssykehuset HF	2	0,5
Stiftelsen Betanien Hospital Skien	1	0,2
Haraldsplass diakonale sykehus AS (Helse Vest RHF)	1	0,2
Total	433	100

De 10 foretakene med det høyeste antall opphold i DRG 217 ble valgt ut for revisjon.

Utvalgsriteriene for disse 10 foretakene ble ytterligere avgrenset som følger:

- Opphold gruppert til DRG 217
- <10 liggedager

Begrunnelse for avgrensning i antall liggedager var at Avregningsutvalget ønsket et særlig fokus på opphold med kort liggetid gruppert til DRG 217.

Med disse avgrensningen ser da uttrekket slik ut:

Tabell 2 Opphold grupper til DRG 217 <10 liggedøgn fordelt på 10 foretak 2022

Helseforetak	Antall	Andel	Antall opphold til revisjon
Helse Bergen HF	34	23,1	23
Oslo universitetssykehus HF	21	14,3	14
Akershus universitetssykehus HF	20	13,6	14
Helse Nord-Trøndelag HF	18	12,2	12
Vestre Viken HF	14	9,5	10
St. Olavs Hospital HF	13	8,8	9
Sykehuset Innlandet HF	11	7,5	8
Helse Stavanger HF	6	4,1	4
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	6	4,1	4
Sørlandet sykehus HF	4	2,7	2
Total	147	100,0	100

Til sist ble 100 opphold (i tråd med avropet) til dokumentkontroll fordelt antallsmessig mellom foretakene basert på andel slik det fremkommer av tabell 2

I ettertid ble det gjort ytterligere endringer i utvalget i samråd med Avregningsutvalget:

- Sørlandet sykehus HF ble trukket fra utvalget grunnet lavt antall opphold (2) og manglende mulighet for remote oppkobling
- Uttrekket for St. Olavs hospital ble avgrenset til opphold t.o.m. oktober 2022 grunnet innføring av Helseplattformen fra november 2022 da dette ville medført behov for omfattende opplæring av revisor. 3 av de 9 oppholdene som var trukket ut fra St. Olavs var i perioden november-desember dvs. gjenstod kun 5 opphold for dokumentkontroll

Endelig antall opphold til dokumentkontroll fordelt på foretak ble da seende slik ut:

Tabell 3 Endelig utvalg for dokumentkontroll DRG 217 fordelt på foretak

Helseforetak	Antall opphold til revisjon
Helse Bergen HF	23
Oslo universitetssykehus HF	14
Akershus universitetssykehus HF	14
Helse Nord-Trøndelag HF	12
Vestre Viken HF	10
St. Olavs Hospital HF	5
Sykehuset Innlandet HF	8
Helse Stavanger HF	4
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	4
Total	94

1.3 Avklaringer og metode

Revisorer ved denne dokumentkontrollen har vært:

- Tor Øystein Seierstad, medisinsk direktør, LOGEX AS (lege)
- Nora Falla Larsen, seniorrådgiver, LOGEX AS (sykepleier/jordmor)
- Tove Bjerkreim, seniorrådgiver, LOGEX AS (lege)

1.3.1 Begrepsavklaringer og oppholdskonstruksjon

Et opphold, slik de fremkommer i statistikken fra NPR, er en konstruksjon som kan bestå av en eller flere episoder.

En episode kan være et enkelt avdelingsopphold (innlagt), en poliklinisk konsultasjon eller et oppmøte

Dersom det er rapportert flere episoder for samme pasient ved samme institusjon samme dag vil disse som hovedregel slås sammen (aggregeres) til ett opphold som følger:

- Hver enkelt episode grupperes til en DRG (NPK – Norsk pasientklassifisering)
- De enkelte episodene slås sammen (aggregeres) og danner et opphold.
- Episoden med høyest kostnadsvekt «vinner» hovedtilstand på oppholdet. Hovedtilstand for de øvrige episodene omgjøres til annen tilstand sammen med evt. andre tilstander rapportert på hver enkelt episode
- Oppholdet grupperes på nytt til en DRG (NPK – Norsk pasientklassifisering)

En poliklinisk konsultasjon samme dag (i forkant) som pasienten innlegges (avdelingsopphold) aggregeres til ett opphold. Det samme gjelder polikliniske konsultasjoner («intern poliklinikk») under et avdelingsopphold.

1.3.2 Metode

Utvalg av opphold til revisjon er gjennomført av Helsedirektoratet, Avdeling helseregistre.

Dokumentkontrollen tar utgangspunkt i gjeldende standarder for journalgjennomgang slik den fremkommer av Håndbok for journalgjennomgang utarbeidet av Sintef/NPR desember 2006.

Til grunn for dokumentkontrollen legges de norske retningslinjer for medisinsk koding ved hjelp av diagnosekodeverket ICD-10 og prosedyrekodeverkene NCMP, NCRP og NCSP slik de forelå på tidspunkt for de utvalgte avdelingsoppholdene (2022).

Revisors operasjonalisering av dokumentasjonskravet basert på norske retningslinjene oppsummeres slik:

- En tilstand som ikke er formulert, er ikke mulig å klassifisere/kode
- Dokumentasjon av funn og tiltak alene gir ikke grunnlag for å klassifisere/kode en tilstand
- Det er behandlers dokumenterte vurdering av en tilstand og tilstandens konsekvens for gjennomføringen av helsehjelpen som avgjør om den skal rapporteres/kodes eller ikke

- Kun tilstander med dokumentert reell betydning for helsehjelpen gitt under det aktuelle oppholdet skal rapporteres/kodes

De rapportert aktivitetsdata slik de fremkommer av mottatt oversikt fra Helsedirektoratet er vurdert opp imot den samlede journaldokumentasjonen slik den fremkommer av det enkelte foretaks elektroniske pasientjournal for de utvalgte oppholdene.

To revisorer har i perioden 22.5 – 14.8 gjennomført en dokumentkontroll ved de ni utvalgte foretakene med følgende fokus:

1. Er det grunnlag i journaldokumentasjonen for de diagnose- og prosedyrekoder som er rapportert NPR i hht. nasjonalt regelverk og veiledning for koding?
2. Er de tilstander og prosedyrer som foretaket har funnet grunnlag for å rapportere til NPR, kodet korrekt i hht. nasjonale retningslinjer for bruk av ICD-10, NCSP, NCMP og NCRP?
3. Er det tilstander eller prosedyrer som på grunnlag av journaldokumentasjon under oppholdet skulle vært rapportert i hht. nasjonalt regelverk og veiledning for koding, men som foretaket ikke har rapportert?

1.4 Grupperingslogikk DRG 217

Tre kriterier må være oppfylt for gruppering av en episode til DRG 217 - Sårrev og hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykd i HDG 8:

1. Episoden må være kodet med en hovedtilstand som grupperes til *HDG 8 Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev* (4423 koder). Ekskludert er episoder gruppert til HDG 8 der hovedtilstanden er kodet med en ICD-kode knyttet til tilstander i hånd (417 koder) dvs. grupperes ikke til DRG 217.
2. Episoden må være kodet med en operasjonsstuekrevenende prosedyre (43 koder aktuelle):

NBW59	Reoperasjon for overfladisk infeksjon etter inngrep på skulder eller overarm
NCW49	Reoperasjon for sårruptur etter inngrep på albue eller underarm
NCW59	Reoperasjon for overfladisk infeksjon etter inngrep på albue eller underarm
NCW69	Reoperasjon for dyp infeksjon etter inngrep på albue eller underarm
NEW59	Reoperasjon for overfladisk infeksjon etter inngrep på bekkenet
NFW59	Reoperasjon for overfladisk infeksjon etter inngrep på hofte eller lår
NGW59	Reoperasjon for overfladisk infeksjon etter inngrep på kne eller legg
NHW59	Reoperasjon for overfladisk infeksjon etter inngrep på ankel eller fot
NHW69	Reoperasjon for dyp infeksjon etter inngrep på ankel eller fot
QAG20	Operasjon for kronisk sår eller fistel i hud på hode eller hals
QAG31	Forsinket hudlukning av sår etter utført kirurgisk prosedyre på hode eller hals
QAG99	Annen operasjon for kronisk sår eller fistel i hud på hode eller hals
QBG00	Revisjon av dekubitalsår på trunkus
QBG10	Eksisjon av dekubitalsår på trunkus
QBG20	Operasjon for kronisk sår eller hudfistel på trunkus
QBG31	Forsinket hudlukning av sår etter utført kirurgisk prosedyre på trunkus
QBG99	Annen operasjon for kronisk sår eller hudfistel på trunkus
QCG20	Operasjon for kronisk sår eller hudfistel på overekstremitet
QCG31	Forsinket hudlukning av sår etter utført kirurgisk prosedyre på overekstremitet
QCG99	Annen operasjon for kronisk sår eller hudfistel på overekstremitet
QDG00	Revisjon av dekubitalsår på underekstremitet
QDG10	Eksisjon av dekubitalsår på underekstremitet
QDG20	Operasjon for kronisk sår eller hudfistel på underekstremitet
QDG31	Forsinket hudlukning av sår etter utført kirurgisk prosedyre på underekstremitet
QDG99	Annen operasjon for kronisk sår eller hudfistel på underekstremitet
QXG00	Revisjon av dekubitalsår i uspesifisert hudregion
QXG10	Eksisjon av dekubitalsår i uspesifisert hudregion
QXG20	Operasjon for kronisk sår eller fistel i uspesifisert hudregion
QXG31	Forsinket hudlukning av sår etter utført kirurgisk prosedyre på uspesifisert hudregion
QXG99	Annen operasjon for kronisk sår eller fistel i uspesifisert hudregion
WLGX27	Sårbehandling med transplanterte hudceller i vekstmedium
ZZA00	Delhudtransplantat
ZZA10	Allotransplantat av delhud
ZZA20	Xenotransplantat av delhud
ZZA30	Dyrket autotransplantat av epidermis
ZZA35	Dyrket allotransplantat av epidermis
ZZA40	Transplantat av syntetisk hudsubstitutt
ZZA50	Fullhudtransplantat
ZZA52	Allotransplantat av fullhud
ZZA54	Xenotransplantat av fullhud
ZZA60	Fritt transplantat av innervert hud
ZZQ00	Fritt mikrovaskulært hudtransplantat
ZZQ10	Fritt mikrovaskulært transplantat av hud og muskel

3. Liggetid etter vanlige regler, ellers DRG 2170 Sårrev og hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykd i HDG 8, dagkirurgisk behandling

1.4.1 DRG 217 Problemstilling knyttet til grupperingslogikken

I de 417 ekskluderte hovedtilstander for hånd som grupperer til HDG 8 inngår også alle koder i *ICD-10 Kapittel XIII (M00-M99) Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev* med 5. tegn «4 Hånd» (Mxx.x4).

Det er i ICD-10 obligatorisk å benytte 4-tegnskoden ved koding av en aktuell tilstand jf. Kodeveiledningen pkt. 3.2.2 når slik kode finnes. For noen få tilstander finnes kun 3-tegnskoder.

For koder i kapittel *XIII (M00-M99) Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev* 5. tegn er det frivillig å benytte et 5. tegn, men det vil gi en ytterligere presisering av tilstanden.

I liten grad benyttes 5. tegn ved medisinsk koding i klinikken, dels fordi det er frivillig, dels fordi kliniker ikke kjenner til muligheten.

Dette innebærer at dersom kliniker kun benytter den obligatoriske 4-tegns koden fra Kpt. XIII i ICD-10 som kode for hovedtilstand for en tilstand knyttet til hånd og *ikke* legger til det frivillige 5. tegnet «4 Hånd», vil episoden fortsatt gruppere til DRG 217 gitt at det samtidig er rapportert minst en av de aktuelle prosedyrekodene.

Del 2 Resultater

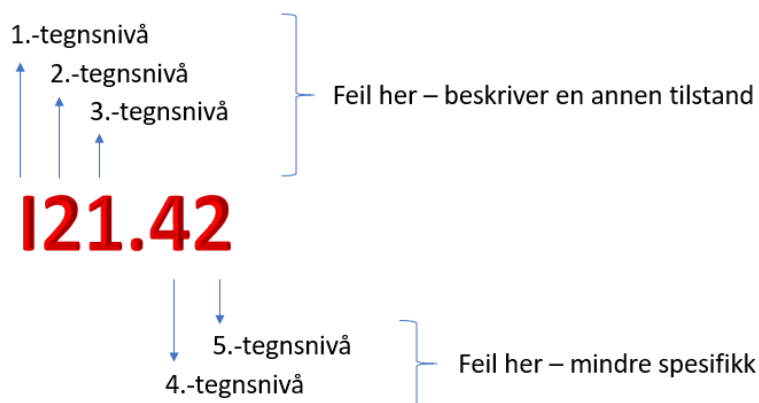
Det er for hvert enkelt foretak utarbeidet et vedlegg med fremstilling av detaljert revisjonsresultat for hver enkelt episode og en kort kommentar fra revisor med begrunnelse for evt. endringer som er gjort i kodingen av oppholdet.

Begrepsforklaring tabeller på episodenivå

Hovedtilstand: Synonymt med det som ofte litt feilaktig omtales som Hoveddiagnose (utgått term) forkortes i vedleggene til **HT**

Annen tilstand: Synonymt med det som ofte litt feilaktig omtales som Bidiagnose (utgått term) forkortes i vedleggene til **AT**

Nivå for feil klassifikasjon (5-tegns ICD-10 kode):



DRG: **Diagnose-Relatert-Gruppe.** Enhver episode grupperes til en av rundt 980 Diagnose-Relaterte-Grupper (Somatikk, Psykisk helsevern og Rus). Basert på administrativ koding av (omsorgsnivå, hastegrad) og de tilstands- og prosedyrekoder som er rapportert i tilknytning til en episode, grupperes episoden til en DRG ved hjelp av grupperingsprogrammet Norsk Pasient Klassifikasjon (NPK) ofte omtalt som «grouper`n»

HDG: **Hoved-Diagnose-Gruppe.** De 980 Diagnose-Relaterte-Gruppene fordeles på til sammen 25 Hoved-Diagnose-Grupper. En Hoved-Diagnose-Gruppe omfatter typisk tilstander knyttet til et organsystem eller tilstander knyttet til f.eks. svangerskap/fødsel/barseltid, Perinatalperioden, Infeksjonssykdommer, Brannskader, Mentale lidelser

2.1 Resultater AHUS HF

- **Utvalg:** 14 opphold 15 episoder
- **Ikke reviderbare episoder:** 0

2.1.1 Endringer på episodenivå

Tabell 4 AHUS - Resultat dokumentkontroll 15 episoder

Hovedtilstand	Antall	Totalt	Andel
Episoder med ny hovedtilstand	2	15	13 %
Stjernekode (*) lagt til hovedtilstand	0	15	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 3. tegnsnivå	0	15	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 4. og 5. tegns nivå	0	15	0 %
Annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Annen tilstand ikke dokumentert - kode slettet	6	15	40 %
Annen tilstand dokumentert - kode lagt til	10	19	53 %
Stjernekode (*) lagt til annen tilstand	0	15	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 3. tegns nivå	0	15	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 4. og 5. tegns nivå	0	15	0 %
Bytte hovedtilstand annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Hovedtilstand omgjort til annen tilstand	0	15	0 %
Annen tilstand omgjort til hovedtilstand	0	15	0 %
Prosedyrer	Antall	Totalt	Andel
Prosedyre ikke dokumentert - kode slettet	10	50	20 %
Prosedyre dokumentert - kode lagt til	9	49	18 %
Prosedyre dokumentert, men feil klassifisert	4	50	8 %
Duplikat prosedyrekode slettet	0	50	0 %
HDG/DRG	Antall	Totalt	Andel
Episoder med endret HDG	0	0	0 %
Episoder med endret DRG	2	15	13 %
Endret fra komplisert til ukomplisert innen samme DRG-par	0	15	0 %
Endret fra ukomplisert til komplisert innen samme DRG-par	0	15	0 %
Endring i DRG poeng	Antall	Endring DRG poeng	Andel
Episoder med endret DRG-vekt	3	-10,533	-11 %
Episoder med redusert DRG-vekt	3	-10,533	-11 %
Episoder med økt DRG-vekt	0	0,000	0 %

Se eget vedlegg for detaljerte revisjonsresultat med kommentarer for den enkelte episode.

2.1.2 Endringer på oppholds nivå

- **Opprinnelig antall opphold i utvalget:** 14
- **Antall opphold som endret DRG:** 2
- **Samlet reduksjon i DRG-poeng:** 10,533

2.2 Resultater Helse Bergen HF

- **Utvalg:** 23 opphold 39 episoder
- **Ikke reviderbare episoder:** 3

2.2.1 Endringer på episodenivå

Tabell 5 Helse Bergen - Resultat dokumentkontroll 37 episoder

Hovedtilstand	Antall	Totalt	Andel
Episoder med ny hovedtilstand	12	37	32 %
Stjernekode (*) lagt til hovedtilstand	0	37	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 3. tegnsnivå	5	37	14 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 4. og 5. tegns nivå	2	37	5 %
Annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Annen tilstand ikke dokumentert - kode slettet	30	65	46 %
Annen tilstand dokumentert - kode lagt til	16	46	35 %
Stjernekode (*) lagt til annen tilstand	0	65	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 3. tegns nivå	1	65	2 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 4. og 5. tegns nivå	0	65	0 %
Bytte hovedtilstand annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Hovedtilstand omgjort til annen tilstand	1	37	3 %
Annen tilstand omgjort til hovedtilstand	6	65	9 %
Prosedyrer	Antall	Totalt	Andel
Prosedyre ikke dokumentert - kode slettet	23	122	19 %
Prosedyre dokumentert - kode lagt til	11	106	10 %
Prosedyre dokumentert, men feil klassifisert	4	122	3 %
Duplikat prosedyrekode slettet	4	122	3 %
HDG/DRG	Antall	Totalt	Andel
Episoder med endret HDG	0	0	0 %
Episoder med endret DRG	21	37	57 %
Endret fra komplisert til ukomplisert innen samme DRG-par	0	37	0 %
Endret fra ukomplisert til komplisert innen samme DRG-par	0	37	0 %
Endring i DRG poeng	Antall	Endring DRG poeng	Andel
Episoder med endret DRG-vekt	16	-37,373	-25 %
Episoder med redusert DRG-vekt	16	-37,373	-25 %
Episoder med økt DRG-vekt	0	0,000	0 %

Se eget vedlegg for detaljerte revisjonsresultat med kommentarer for den enkelte episode.

2.2.2 Endringer på oppholds nivå

- **Opprinnelig antall opphold i utvalget:** 23
- **Antall opphold som endret DRG:** 11
- **Samlet reduksjon i DRG-poeng:** 37,64

2.3 Resultater Helse Nord-Trøndelag HF

- **Utvalg:** 12 opphold 17 episoder
- **Ikke reviderbare episoder:** 0

2.3.1 Endringer på episodenivå

Tabell 6 Helse Nord-Trøndelag - Resultat dokumentkontroll 17 episoder

Hovedtilstand	Antall	Totalt	Andel
Episoder med ny hovedtilstand	1	17	6 %
Stjernekode (*) lagt til hovedtilstand	0	17	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 3. tegnsnivå	9	17	53 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 4. og 5. tegns nivå	1	17	6 %
Annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Annen tilstand ikke dokumentert - kode slettet	11	33	33 %
Annen tilstand dokumentert - kode lagt til	14	36	39 %
Stjernekode (*) lagt til annen tilstand	0	33	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 3. tegns nivå	0	33	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 4. og 5. tegns nivå	1	33	3 %
Bytte hovedtilstand annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Hovedtilstand omgjort til annen tilstand	0	17	0 %
Annen tilstand omgjort til hovedtilstand	0	33	0 %
Prosedyrer	Antall	Totalt	Andel
Prosedyre ikke dokumentert - kode slettet	1	36	3 %
Prosedyre dokumentert - kode lagt til	1	36	3 %
Prosedyre dokumentert, men feil klassifisert	4	36	11 %
Duplikat prosedyrekode slettet	0	36	0 %
HDG/DRG	Antall	Totalt	Andel
Episoder med endret HDG	0	0	0 %
Episoder med endret DRG	3	17	18 %
Endret fra komplisert til ukomplisert innen samme DRG-par	0	17	0 %
Endret fra ukomplisert til komplisert innen samme DRG-par	0	17	0 %
Endring i DRG poeng	Antall	Endring DRG poeng	Andel
Episoder med endret DRG-vekt	2	-8,750	-11 %
Episoder med redusert DRG-vekt	2	-8,750	-11 %
Episoder med økt DRG-vekt	0	0,000	0 %

Se eget vedlegg for detaljerte revisjonsresultat med kommentarer for den enkelte episode.

2.3.2 Endringer på oppholds nivå

- **Opprinnelig antall opphold i utvalget:** 12
- **Antall opphold som endret DRG:** 2
- **Samlet reduksjon i DRG-poeng:** 8,75

2.4 Resultater Sykehuset Innlandet HF

- **Utvalg:** 8 opphold 11 episoder
- **Ikke reviderbare episoder:** 1

2.4.1 Endringer på episodenivå

Tabell 7 Sykehuset Innlandet – Resultat dokumentkontroll 11 episoder

Hovedtilstand	Antall	Totalt	Andel
Episoder med ny hovedtilstand	1	10	10 %
Stjernekode (*) lagt til hovedtilstand	0	10	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 3. tegnsnivå	1	10	10 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 4. og 5. tegns nivå	1	10	10 %
Annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Annen tilstand ikke dokumentert - kode slettet	6	16	38 %
Annen tilstand dokumentert - kode lagt til	4	14	29 %
Stjernekode (*) lagt til annen tilstand	0	16	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 3. tegns nivå	0	16	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 4. og 5. tegns nivå	0	16	0 %
Bytte hovedtilstand annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Hovedtilstand omgjort til annen tilstand	1	10	10 %
Annen tilstand omgjort til hovedtilstand	1	16	6 %
Prosedyrer	Antall	Totalt	Andel
Prosedyre ikke dokumentert - kode slettet	0	38	0 %
Prosedyre dokumentert - kode lagt til	5	43	12 %
Prosedyre dokumentert, men feil klassifisert	1	38	3 %
Duplikat prosedyrekode slettet	0	38	0 %
HDG/DRG	Antall	Totalt	Andel
Episoder med endret HDG	0	0	0 %
Episoder med endret DRG	3	10	30 %
Endret fra komplisert til ukomplisert innen samme DRG-par	0	10	0 %
Endret fra ukomplisert til komplisert innen samme DRG-par	0	10	0 %
Endring i DRG poeng	Antall	Endring DRG poeng	Andel
Episoder med endret DRG-vekt	2	-6,888	-13 %
Episoder med redusert DRG-vekt	2	-6,888	-13 %
Episoder med økt DRG-vekt	0	0,000	0 %

Se eget vedlegg for detaljerte revisjonsresultat med kommentarer for den enkelte episode.

2.4.2 Endringer på oppholds nivå

- **Opprinnelig antall opphold i utvalget:** 8
- **Antall opphold som endret DRG:** 2
- **Samlet reduksjon i DRG-poeng:** 6,888

2.5 Resultater OUS HF

- **Utvalg:** 14 opphold 14 episoder
- **Ikke reviderbare episoder:** 1

2.5.1 Endringer på episodenivå

Tabell 8 OUS - Resultat dokumentkontroll 13 episoder

Hovedtilstand	Antall	Totalt	Andel
Episoder med ny hovedtilstand	2	13	15 %
Stjernekode (*) lagt til hovedtilstand	0	13	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 3. tegnsnivå	0	13	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 4. og 5. tegns nivå	2	13	15 %
Annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Annen tilstand ikke dokumentert - kode slettet	15	21	71 %
Annen tilstand dokumentert - kode lagt til	7	13	54 %
Stjernekode (*) lagt til annen tilstand	0	21	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 3. tegns nivå	0	21	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 4. og 5. tegns nivå	0	21	0 %
Bytte hovedtilstand annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Hovedtilstand omgjort til annen tilstand	1	13	8 %
Annen tilstand omgjort til hovedtilstand	1	21	5 %
Prosedyrer	Antall	Totalt	Andel
Prosedyre ikke dokumentert - kode slettet	1	43	2 %
Prosedyre dokumentert - kode lagt til	10	52	19 %
Prosedyre dokumentert, men feil klassifisert	2	43	5 %
Duplikat prosedyrekode slettet	0	43	0 %
HDG/DRG	Antall	Totalt	Andel
Episoder med endret HDG	0	0	0 %
Episoder med endret DRG	3	13	23 %
Endret fra komplisert til ukomplisert innen samme DRG-par	0	13	0 %
Endret fra ukomplisert til komplisert innen samme DRG-par	0	13	0 %
Endring i DRG poeng	Antall	Endring DRG poeng	Andel
Episoder med endret DRG-vekt	3	-14,929	-17 %
Episoder med redusert DRG-vekt	3	-14,929	-17 %
Episoder med økt DRG-vekt	0	0,000	0 %

Se eget vedlegg for detaljerte revisjonsresultat med kommentarer for den enkelte episode.

2.5.2 Endringer på oppholds nivå

- **Opprinnelig antall opphold i utvalget:** 14
- **Antall opphold som endret DRG:** 3
- **Samlet reduksjon i DRG-poeng:** 14,971

2.6 Resultater St. Olavs hospital HF

- **Utvalg:** 5 opphold 8 episoder
- **Ikke reviderbare episoder:** 0

2.6.1 Endringer på episodenivå

Tabell 9 St. Olavs hospital - Resultater dokumentkontroll 8 episoder

Hovedtilstand	Antall	Totalt	Andel
Episoder med ny hovedtilstand	4	8	50 %
Stjernekode (*) lagt til hovedtilstand	0	8	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 3. tegnsnivå	0	8	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 4. og 5. tegns nivå	0	8	0 %
Annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Annen tilstand ikke dokumentert - kode slettet	1	7	14 %
Annen tilstand dokumentert - kode lagt til	14	20	70 %
Stjernekode (*) lagt til annen tilstand	0	7	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 3. tegns nivå	0	7	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 4. og 5. tegns nivå	1	7	14 %
Bytte hovedtilstand annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Hovedtilstand omgjort til annen tilstand	1	8	13 %
Annen tilstand omgjort til hovedtilstand	1	7	14 %
Prosedyrer	Antall	Totalt	Andel
Prosedyre ikke dokumentert - kode slettet	0	22	0 %
Prosedyre dokumentert - kode lagt til	11	33	33 %
Prosedyre dokumentert men feil klassifisert	2	22	9 %
Duplikat prosedyrekode slettet	0	22	0 %
HDG/DRG	Antall	Totalt	Andel
Episoder med endret HDG			
Episoder med endret DRG	2	8	25 %
Endret fra komplisert til ukomplisert innen samme DRG-par	0	8	0 %
Endret fra ukomplisert til komplisert innen samme DRG-par	0	8	0 %
Endring i DRG poeng	Antall	Endring DRG poeng	Andel
Episoder med endret DRG-vekt	3	-8,259	-25 %
Episoder med redusert DRG-vekt	3	-8,259	-25 %
Episoder med økt DRG-vekt	0	0,000	0 %

Se eget vedlegg for detaljerte revisjonsresultat med kommentarer for den enkelte episode.

2.6.2. Endringer på oppholds nivå

- **Opprinnelig antall opphold i utvalget:** 5
- **Antall opphold som endret DRG:** 2
- **Samlet reduksjon i DRG-poeng:** 8,259

2.7 Resultater Helse Stavanger HF

- **Utvalg:** 4 opphold 10 episoder
- **Ikke reviderbare episoder:** 0

2.7.1 Endringer på episodenivå

Tabell 10 Helse Stavanger - Resultat dokumentkontroll 10 episoder

Hovedtilstand	Antall	Totalt	Andel
Episoder med ny hovedtilstand	3	10	30 %
Stjernekode (*) lagt til hovedtilstand	0	10	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 3. tegnsnivå	0	10	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 4. og 5. tegns nivå	0	10	0 %
Annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Annen tilstand ikke dokumentert - kode slettet	1	14	7 %
Annen tilstand dokumentert - kode lagt til	8	20	40 %
Stjernekode (*) lagt til annen tilstand	0	14	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 3. tegns nivå	0	14	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 4. og 5. tegns nivå	3	14	21 %
Bytte hovedtilstand annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Hovedtilstand omgjort til annen tilstand	1	10	10 %
Annen tilstand omgjort til hovedtilstand	2	14	14 %
Prosedyrer	Antall	Totalt	Andel
Prosedyre ikke dokumentert - kode slettet	0	21	0 %
Prosedyre dokumentert - kode lagt til	2	23	9 %
Prosedyre dokumentert, men feil klassifisert	0	21	0 %
Duplikat prosedyrekode slettet	0	21	0 %
HDG/DRG	Antall	Totalt	Andel
Episoder med endret HDG			
Episoder med endret DRG	1	10	10 %
Endret fra komplisert til ukomplisert innen samme DRG-par	0	10	0 %
Endret fra ukomplisert til komplisert innen samme DRG-par	0	10	0 %
Endring i DRG poeng	Antall	Endring DRG poeng	Andel
Episoder med endret DRG-vekt	1	-1,882	-7 %
Episoder med redusert DRG-vekt	1	-1,882	-7 %
Episoder med økt DRG-vekt	0	0,000	0 %

Se eget vedlegg for detaljerte revisjonsresultat med kommentarer for den enkelte episode.

2.7.2 Endringer på oppholds nivå

- **Opprinnelig antall opphold i utvalget:** 4
- **Antall opphold som endret DRG:** 1
- **Samlet reduksjon i DRG-poeng:** 1,882

2.8 Resultater UNN HF

- **Utvalg:** 4 opphold 4 episoder
- **Ikke reviderbare episoder:** 0

2.8.1 Endringer på episodenivå

Tabell 11 UNN - Resultat dokumentkontroll 4 episoder

Hovedtilstand	Antall	Totalt	Andel
Episoder med ny hovedtilstand	2	4	50 %
Stjernekode (*) lagt til hovedtilstand	0	4	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 3. tegnsnivå	0	4	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 4. og 5. tegns nivå	0	4	0 %
Annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Annen tilstand ikke dokumentert - kode slettet	0	6	0 %
Annen tilstand dokumentert - kode lagt til	0	5	0 %
Stjernekode (*) lagt til annen tilstand	0	6	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 3. tegns nivå	1	6	17 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 4. og 5. tegns nivå	0	6	0 %
Bytte hovedtilstand annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Hovedtilstand omgjort til annen tilstand	1	4	25 %
Annen tilstand omgjort til hovedtilstand	2	6	33 %
Prosedyrer	Antall	Totalt	Andel
Prosedyre ikke dokumentert - kode slettet	0	30	0 %
Prosedyre dokumentert - kode lagt til	1	31	3 %
Prosedyre dokumentert, men feil klassifisert	1	30	3 %
Duplikat prosedyrekode slettet	0	30	0 %
HDG/DRG	Antall	Totalt	Andel
Episoder med endret HDG	0	0	0 %
Episoder med endret DRG	2	4	50 %
Endret fra komplisert til ukomplisert innen samme DRG-par	0	4	0 %
Endret fra ukomplisert til komplisert innen samme DRG-par	0	4	0 %
Endring i DRG poeng	Antall	Endring DRG poeng	Andel
Episoder med endret DRG-vekt	2	-3,764	-14 %
Episoder med redusert DRG-vekt	2	-3,764	-14 %
Episoder med økt DRG-vekt	0	0,000	0 %

Se eget vedlegg for detaljerte revisjonsresultat med kommentarer for den enkelte episode.

2.8.2 Endringer på oppholds nivå

- **Opprinnelig antall opphold i utvalget:** 4
- **Antall opphold som endret DRG:** 2
- **Samlet reduksjon i DRG-poeng:** 3,764

2.9 Resultater Vestre Viken HF

- **Utvalg:** 10 opphold 14 episoder
- **Ikke reviderbare episoder:** 0

2.9.1 Endringer på episodenivå

Tabell 12 Vestre Viken – resultat dokumentkontroll 14 episoder

Hovedtilstand	Antall	Totalt	Andel
Episoder med ny hovedtilstand	0	14	0 %
Stjernekode (*) lagt til hovedtilstand	0	14	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 3. tegnsnivå	0	14	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 4. og 5. tegns nivå	5	14	36 %
Annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Annen tilstand ikke dokumentert - kode slettet	3	11	27 %
Annen tilstand dokumentert - kode lagt til	7	15	47 %
Stjernekode (*) lagt til annen tilstand	0	11	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 3. tegns nivå	0	11	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 4. og 5. tegns nivå	0	11	0 %
Bytte hovedtilstand annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Hovedtilstand omgjort til annen tilstand	0	14	0 %
Annen tilstand omgjort til hovedtilstand	0	11	0 %
Prosedyrer	Antall	Totalt	Andel
Prosedyre ikke dokumentert - kode slettet	4	36	11 %
Prosedyre dokumentert - kode lagt til	9	41	22 %
Prosedyre dokumentert, men feil klassifisert	3	36	8 %
Duplikat prosedyrekode slettet	0	36	0 %
HDG/DRG	Antall	Totalt	Andel
Episoder med endret HDG			
Episoder med endret DRG	1	14	7 %
Endret fra komplisert til ukomplisert innen samme DRG-par	0	14	0 %
Endret fra ukomplisert til komplisert innen samme DRG-par	0	14	0 %
Endring i DRG poeng	Antall	Endring DRG poeng	Andel
Episoder med endret DRG-vekt	3	-5,488	-8 %
Episoder med redusert DRG-vekt	3	-5,488	-8 %
Episoder med økt DRG-vekt	0	0,000	0 %

Se eget vedlegg for detaljerte revisjonsresultat med kommentarer for den enkelte episode.

2.9.2 Endringer på oppholds nivå

- **Opprinnelig antall opphold i utvalget:** 10
- **Antall opphold som endret DRG:** 1
- **Samlet reduksjon i DRG-poeng:** 5,487

Del 3 Avsluttende kommentarer

3.1 Grupperingslogikk

3.1.1 Grupperingslogikk og tilstander knyttet til hånd

Som beskrevet i pkt. 1.3.1 i denne rapporten, er det en utfordring med grupperingslogikken knyttet til DRG 217. Gitt at det er frivillig å benytte 5. tegnet «4 hånd» for koder i *Kapittel XIII (M00-M99) Sykdommer i muskel-skjelettsystemet* for tilstander knyttet til hånd, vil episoder der hovedtilstanden er knyttet til hånd og kun kodet med obligatorisk 4-tegnskode, uriktig gruppere til DRG 217 i kombinasjon med en av de aktuelle prosedyrekodene.

Dersom en ønsker en korrekt gruppering til DRG 217, dvs. ekskludering av alle tilstander knyttet til hånd, er eneste løsning å gjøre det obligatorisk å benytte femtegnskoden «4 hånd» for tilstander i hånd hjemmehørende i Kpt. XIII (Mxx.x4).

Vi fant i denne revisjonen ingen opphold der dette var en problemstilling.

3.1.2 De hyppigst brukte prosedyrekoder

Jf. grupperingslogikken beskrevet i pkt. 1.3 forutsetter gruppering til DRG 217 en kombinasjon av en gyldig kode for hhv. hovedtilstand (4423) og operasjonsstuekrevene prosedyre (43).

Gjennomgang av de 128 reviderbare episodene viser at det primært er tre kategorier prosedyrekoder som bidrar i gruppering til DRG 217 (tallene er basert på 133 episoder før revisjon):

Reoperasjoner: 40 episoder

Forsinket hudlukning: 29 episoder

Hudtransplantasjoner: 27 episoder

3.2 Type feil koding som årsak til endring av oppholdets DRG

Utvalget for denne dokumentkontrollen var opphold grupper til DRG 217.

Som nevnt i pkt. 1.3 forutsetter gruppering til DRG 217 en kombinasjon av gyldig kode for hovedtilstand (4423 koder) og en gyldig operasjonsstuekrevene prosedyrekode (43).

Endringer gjort i kodingen av den enkelte episode som følge av revisors gjennomgang, og som medførte at oppholdet ikke lengre grupperte til DRG 217, fordelte seg likt mellom i) endret kode for hovedtilstand og ii) endret kode for prosedyre

3.3 Dokumentasjon

Gjennomgående finner vi en god dokumentasjon knyttet til de reviderte episodene.

Kun 5 av totalt 133 episoder som ble gjennomgått i denne dokumentkontroll lot seg ikke revidere grunnet mangelfull dokumentasjon.

Avregningsutvalgets årsrapport 2023

Utgitt

7. desember 2023

Utgitt av

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, Oslo

Telefon 47 47 20 20

www.helsedirektoratet.no