



2021

RAPPORT  
Dokumentkontroll DRG 442  
Vestre Viken HF

Nydalen

19. juli 2021

Morten Eimot

Tor Øystein Seierstad

# RAPPORT

---

## Dokumentkontroll DRG 442 Vestre Viken HF

**Versjon:** 2  
**Dato:** 2021-07-19  
**Oppdragsgiver:** Helsedirektoratet, Avd. helseregistre  
**Oppdragsgivers ref.:** Bente Urfjell  
**Antall sider:** 13  
**Antall vedlegg:** 2  
**Utarbeidet av:** Tor Øystein Seierstad  
Markus Pietschmann  
**Kontrollert av:** Morten Eimot

Nydalen, 19. Juli 2021



Morten Eimot  
Revisor



Tor Øystein Seierstad  
Revisor

## Innholdsfortegnelse

<b>Del 1</b>	<b>Oppdrag, gjennomføring og metode .....</b>	<b>4</b>
1.1	Oppdrag.....	4
1.2	Gjennomføring og metode.....	5
<b>Del 2</b>	<b>Resultater dokumentkontroll.....</b>	<b>6</b>
2.1	Begrepsforklaring tabeller.....	6
2.2	Resultater .....	7
2.2.1	Resultat hovedtilstand.....	8
2.2.2	Resultat andre tilstander.....	10
2.2.3	Resultat kirurgiske prosedyrer (NCSP) .....	11
2.2.4	Resultat medisinske prosedyrer (NCMP) .....	12
2.2.5	Resultat radiologiske prosedyrer (NCRP) .....	12
2.2.6	Grupperingsmessige konsekvenser etter gjennomført dokumentkontroll .....	13

## Del 1 Oppdrag, gjennomføring og metode

### 1.1 Oppdrag

I eget bestillingsdokument fra Helsedirektoratet Seksjon registerkvalitet (ref.: 20\_3958 Bestillingsdokument for journalgjennomgang) er oppdraget beskrevet som følger:

*Avregningsutvalget ønsker en journalgjennomgang av 51 ISF-opphold (62 episoder) ved Vestre Viken HF i DRG 442 og med lav liggetid (<11 døgn).*

*Dokumentkontrollen gjennomføres som en målrettet utvalgsundersøkelse. Målet med undersøkelsen er å kunne si noe om kodekvaliteten ved de utvalgte oppholdene, samt å avregne opphold som er feilkodet. Utvalget av pasientjournaler/opphold som skal kontrolleres er alle opphold ved Vestre Viken HF i ABF-data for 2020 som tilfredsstillere disse kriteriene:*

- *Oppholdet er gruppert til DRG 442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk*
- *Liggetid for oppholdet er 10 døgn eller mindre Revisjonskriterier*

*I revisjonen skal man se på både tilstands- og prosedyrekoder. Det må gis en vurdering av om kodene som er registrert er riktig og ved feilkoding må det gis en vurdering av hvilke koder som skulle vært registrert.*

## 1.2 Gjennomføring og metode

Utgangspunktet for revisjonen er 51 ISF-opphold (62 episoder) ved Vestre Viken HF i DRG 442 og med lav liggetid (<11 døgn). Utvalg av opphold er gjennomført ved Seksjon for registerkvalitet, Avdeling Helseregistre, Helsedirektoratet.

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 (2020).

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 foretakets elektroniske pasientjournal for de utvalgte oppholdene.

To revisorer har i perioden 30.6 - 1.7 2021 gjennomført en stedlig dokumentkontroll ved Vestre Viken HF av de 62 utvalgte episodene 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?

Revisorer ved denne dokumentkontrollen har vært:

- Morten Eimot, seniorrådgiver, LOGEX AS (sykepleier)
- Tor Øystein Seierstad, medisinsk direktør, LOGEX AS (lege)

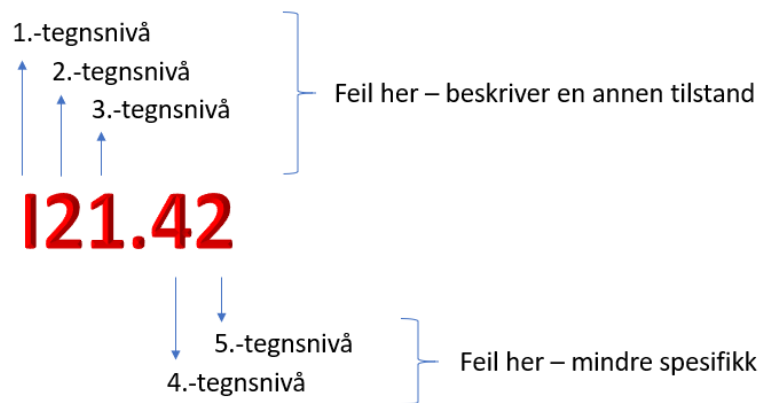
## Del 2 Resultater dokumentkontroll

### 2.1 Begrepsforklaring tabeller

**Hovedtilstand (HT):** Synonymt med det som ofte omtales som Hoveddiagnose (utgått term)

**Annen tilstand (AT):** Synonymt med det som ofte omtales som Bidiagnose (utgått term)

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



**DRG:** Diagnose-Relatert-Gruppe.

**HDG:** Hoved-Diagnose-Gruppe.

**NCSP:** Nomesco Classification of Surgical Procedures (nordisk klassifikasjon)

**NCMP:** Norwegian Classification of Medical Procedures

**NCRP:** Norwegian Classification of Radiological Procedures

## 2.2 Resultater

Dokumentasjonen slik den fremkom av journal var tilstrekkelig til at alle episoder var reviderbare. Gjennomgående mangler det en eksplisitt dokumentasjon på *valg av hovedtilstand* med tilhørende *fritekstlig formulering av hovedtilstand med behandlers egne ord*. Dette vanskeliggjør koderevisjon særlig i de tilfeller der det foreligger flere tilstander som håndteres i løpet av episoden. Revisor må i disse tilfellene basere seg på en antakelse (jf. etablert sedvane) mht. at første kode rapportert i epikrisen i en serie av flere koder representerer behandlers valg av hovedtilstand.

Et påfallende funn i denne revisjonen er en relativt hyppig forekommende diskrepans mellom kodebildet slik den fremkommer av epikrise, og kodebildet slik det er rapport til NPR for aktuelt opphold. Dette omfatter både endring av kode for hovedtilstand, tillegg av koder for andre tilstander, samt tillegg av prosedyrekoder ved rapportering til NPR som ikke fremkommer av epikrise eller operasjonsnotat. Revisor finner ingen endringsdokumentasjon knyttet til disse endringene. Ofte medfører revisors gjennomgang av episoden til en tilbakestillelse av kodebildet slik det opprinnelig fremkommer av epikrisen.

I eget vedlegg (VEDLEGG A) til denne rapporten fremkommer detaljert, for hver enkelt av de 62 utvalgte episodene, alle endringer i tilstands- og prosedyrekoder som er gjort av revisor etter dokumentkontroll sammen med en kort begrunnelse. I tillegg fremkommer hvilken konsekvens endringene i kodebildet får mht. gruppering i DRG-systemet med tilhørende endring i DRG-poeng (ISF) for hvert enkelte opphold. Episodene er anonymisert og kun angitt med et løpenummer fra 1-62. Koblingsfil som viser kobling mellom løpenummer, NPR-id og dato for aktuelt opphold fremkommer av eget vedlegg (VEDLEGG B) til denne rapporten.

I det påfølgende beskrives de oppsummerte resultatene av dokumentkontrollen mht. tilstander og prosedyrer for hhv.:

- Hovedtilstand
- Andre tilstander
- Kirurgiske prosedyrer (NCSP)
- Medisinske prosedyrer (NCMP)
- Radiologiske prosedyrer (NCRP)

Avslutningsvis beskrives de samlede konsekvensene dokumentkontrollen medfører mht. endring i DRG og ISF-poeng for de 51 kontrollerte sykehusoppholdene (62 episoder).

## 2.2.1 Resultat hovedtilstand

Mht. hovedtilstand skiller vi mellom to forhold som kan føre til feil rapportering:

- **Feil valgt hovedtilstand:** Her er valgt hovedtilstand ikke i samsvar med det som fremkommer av journaldokumentasjonen og gjeldende norsk kodeveiledning.
- **Feil klassifisert hovedtilstand:** I disse tilfellene er valg av hovedtilstand riktig basert på det som fremkommer av journaldokumentasjonen, men feil klassifisert. Dvs. det er benyttet en feil kode ved oversettelse av hovedtilstand fra fritekst til ICD-10 kode. En slik feil kan være på kapittelnivå (1. tegnsnivå), 2.-, 3.-, 4.- eller 5.-tegnnivå (jmf. forklaringen under pkt. 2.1)

Tabell 1 Resultater HOVEDTILSTAND

Tekst	Antall	Totalt	Andel
Korrekt valgt og riktig klassifisert HT	16	62	26 %
Feil valgt HT - kode slettet	28	62	45 %
Feil klassifikasjon av HT på kapittelnivå	2	62	3 %
Feil klassifikasjon av HT på 3.-tegnnivå	1	62	2 %
Feil klassifikasjon av HT på 4.-tegnnivå	7	62	11 %
HT omgjort til AT	8	62	13 %

Av tabell 1 ser vi at:

- 16 av 62 episoder hadde en *korrekt valgt og riktig klassifisert* hovedtilstand, dvs. alt i orden mht. hovedtilstand.
- 28 av 62 episoder hadde *feil valgt hovedtilstand*
- 10 av 62 episoder hadde en *korrekt valgt* men *feil klassifisert* hovedtilstand hvorav
  - o 2 var feil klassifisert på kapittelnivå (1.-tegnnivå)
  - o 1 var feil klassifisert på 3.-tegnnivå
  - o 7 var feil klassifisert på 4.-tegnnivå
- Ved 8 av 62 episoder var det slik at *opprinnelig valgt hovedtilstand* hadde en plass i rapporteringen men da som *annen tilstand*

Hyppige feil ved rapportering av hovedtilstand:

- Feil bruk av følgetilstandskode T90.x - T98.x: 15 tilfeller
- Feil bruk av komplikasjonskode T81.x - T88.x: 7 tilfeller
- Feil bruk av samlekode T00.x – T07.x: 4 tilfeller
- Feil bruk av samlekode Sxx.7: 4 tilfeller

Mht. feil bruk av følgetilstandskoder som hovedtilstand indikerer revisjonen to ting:

- En misoppfatning av begrepet følgetilstand basert på en klinisk tankegang om årsakssammenheng av typen "såret er en følge av at pasienten tidligere skadet seg i forbindelse med fall i trapp", og ikke slik følgetilstandsbegrepet er definert i kodemessig sammenheng: *En følgetilstand er en tilstand som er forårsaket av en annen, og der den opprinnelige årsaken er opphørt* jf. Kodeveiledningen 2020 pkt. 4.2.8
- Manglende kjennskap til regler for multipl koding, som følgetilstandskoding er et eksempel på, der kode for selve manifestasjonen alltid er kode nr. 1, mens følgetilstandskoden alltid er kode nr. 2 (*tilleggskode* som sier noe mer om tilstanden rapportert med kode nr. 1). Jf. Norsk særregel for multipl koding betyr det at kodene for følgetilstand T90.x – T98.x *aldri* kan benyttes som kode for hovedtilstand jf. Kodeveiledningen 2020 pkt. 4.2



Mht. feil bruk av komplikasjonskoder som kode for hovedtilstand indikerer revisjonen primært en manglende kunnskap om hva som i kodemessig forstand er i regne som en komplikasjon og da kanskje særlig *komplikasjoner som antas å være utløst av undersøkelse eller behandling, men som også kunne ha oppstått ellers*. I disse tilfellene skal den koden som best beskriver selve tilstanden benyttes, og ikke T81.x - T88.x kodene benyttes, med en årsakskode fra Kpt. XX i ICD-10 som tilleggskode.

Mht. feil bruk av samlekode T00.x - T07.x og Sxx.7 indikerer revisjonen en manglende kjennskap til de grunnleggende reglene for rapportering av flere traumer slik de er beskrevet i Kodeveiledningen 2020 Kpt. 20 der hovedregelen er at så sant mulig skal hver skade rapporteres med egen skadekode og hovedtilstand velges da etter vanlige regler. Kun dersom det klinisk ikke er mulig å definere en av skadene som hovedtilstand etter vanlige regler benyttes en samlekode som kode for hovedtilstand, MEN hver enkelt skade skal da rapporteres for seg som annen tilstand i tillegg.

## 2.2.2 Resultat andre tilstander

Mht. andre tilstander skiller vi mellom tre forhold som kan føre til feil rapportering:

- Tilstanden er *dokumentert*, men *ikke rapportert* – kode for tilstanden legges til
  - Tilstanden er *rapportert*, men *ikke dokumentert* – kode for tilstanden slettes
  - Tilstanden er *dokumentert*, men *feil klassifisert* – kode for tilstanden korrigeres.
- Som for hovedtilstand kan en slik klassifikasjonsfeil være på kapittelnivå (1. tegnsnivå), 2.-, 3.-, 4.- eller 5.-tegnnivå (jmf. forklaringen under pkt. 2.1)

**Tabell 2 Resultater ANNEN TILSTAND**

Tekst	Antall	Totalt	Andel
Korrekt valgt og riktig klassifisert AT	31	78	40 %
AT dokumentert - kode lagt til	35	74	47 %
AT ikke dokumentert - kode slettet	22	78	28 %
AT omgjort til HT	18	78	23 %

Av tabell 2 ser vi at:

- 31 av de 78 andre tilstandene opprinnelig rapportert var *dokumentert og riktig klassifisert*
- 36 av de 74 andre tilstandene som revisor fant grunnlag for å rapportere, på bakgrunn av den foreliggende journaldokumentasjonen, var opprinnelig *ikke rapportert*. Disse 35 ble lagt til.
- 22 av de 78 andre tilstandene opprinnelig rapportert fant revisor *ingen dokumentasjon* på i den skriftlige delen av journalen. Disse 22 ble slettet.
- 18 av de 78 andre tilstandene opprinnelig rapportert fant revisor at *hadde en plass i rapporteringen* men da som *hovedtilstand*

### 2.2.3 Resultat kirurgiske prosedyrer (NCSP)

Kirurgiske prosedyrer rapporteres med koder fra NCSP-N (Norsk versjon av *The NOMESCO Classification of Surgical Procedures*)

Mht. prosedyrer skiller vi mellom følgende forhold som kan føre til feil rapportering:

- Prosedyren er *dokumentert*, men *ikke rapportert* – kode for prosedyren legges til
- Prosedyren er *rapportert*, men *ikke dokumentert* – kode for prosedyren slettes
- Prosedyren er *dokumentert*, men *feil klassifisert* – kode for prosedyren korrigeres.

**Tabell 3 Resultater KIRURGISKE PROSEDYRER**

Tekst	Antall	Total	Andel
Korrekt valgt og riktig klassifisert prosedyre	93	137	68 %
Prosedyre dokumentert - kode lagt til	6	104	6 %
Prosedyre ikke dokumentert - kode slettet	39	137	28 %
Prosedyre dokumentert, men feil klassifisert	5	137	4 %

Av tabell 3 ser vi at:

- 93 av 137 kirurgiske prosedyrer opprinnelig rapportert var *dokumentert* og *riktig klassifisert*
- 6 av 137 kirurgiske prosedyrer opprinnelig rapportert var *dokumentert* men *feil klassifisert*
- 39 av 137 kirurgiske prosedyrer opprinnelig rapportert fant revisor *ingen dokumentasjon* på. Disse 39 ble slettet.
- Totalt antall kirurgiske prosedyrer etter revisjon er 104

Hyppig observerte feil ved kirurgisk prosedyrekode:

- Feilaktig rapportering av prosedyrekode for *reoperasjon*: 15 tilfeller
- Feilaktig rapportering av prosedyrekode for *åpen eksplorasjon av bløtdeler*: 10 tilfeller

## 2.2.4 Resultat medisinske prosedyrer (NCMP)

Medisinske prosedyrer rapporteres med koder fra NCMP (*Norwegian Classification of Medical Procedures – Norsk klassifisering for medisinske prosedyrer*).

**Tabell 4 Resultater MEDISINSKE PROSEDYRER**

Tekst	Antall	Total	Andel
Korrekt valgt og riktig klassifisert prosedyre	12	12	100 %
Prosedyre dokumentert - kode lagt til	2	14	14 %
Prosedyre ikke dokumentert - kode slettet	0	12	0 %

Ingen av de 12 rapporterte medisinske prosedyrekodene ble slettet. Revisjonen fant grunnlag i dokumentasjon for å legge til ytterligere 2 medisinske prosedyrekoder.

## 2.2.5 Resultat radiologiske prosedyrer (NCRP)

Radiologiske prosedyrer rapporteres med koder fra NCRP (*Norwegian Classification of Radiological Procedures – Norsk klassifisering for radiologiske prosedyrer*) på oppholdet i de tilfeller hvor kliniker (ikke radiolog) utfører en radiologisk prosedyre, samt ved intervensjoner utført enten av radiolog eller kliniker.

**Tabell 5 Resultater radiologiske prosedyrer**

Tekst	Antall	Total	Andel
Korrekt valgt og riktig klassifisert prosedyre	0	0	0 %
Prosedyre dokumentert - kode lagt til	0	0	0 %
Prosedyre ikke dokumentert - kode slettet	0	0	0 %

Som forventet i dette utvalget er det ikke dokumentert utført noen radiologiske prosedyrer.

## 2.2.6 Grupperingsmessige konsekvenser etter gjennomført dokumentkontroll

Regruppering av oppholdene er gjort i hht. gjeldende grupperingslogikk for 2020 (NPK 2020). Når oppholdene regrupperes med revisors endringer av tilstands- og prosedyrekoder etter gjennomført dokumentkontroll får en følgende resultat:

**Tabell 6 Grupperingsmessige konsekvenser av gjennomført dokumentkontroll, 62 episoder, 2020-logikk**

HDG/DRG	Antall	Totalt	Andel
Episoder med endret HDG	0	62	0 %
Episoder med endret DRG	49	62	79 %

Av tabell 6 ser vi at:

- Ingen episoder endrer HDG som følge av revisors korreksjon av kodingen
- 49 av 62 episoder endrer DRG som følge av revisors korreksjon av kodingen

**Tabell 7 Endring i DRG-poeng etter gjennomført dokumentkontroll, 51 sykehusopphold, 2020-logikk**

Endring i DRG poeng	Antall	Endring ISF poeng	Andel total
Opphold med endret DRG-vekt	43	-172,584	-59 %
Opphold med redusert DRG-vekt	43	-172,584	-59 %
Opphold med økt DRG-vekt	0	0,000	0 %

Ved regruppering av de 51 revidert sykehusoppholdene ser vi at:

- Samlet fikk 43 av 51 sykehusopphold redusert sin verdi med totalt *172,584 ISF-poeng* hvilket utgjør 59 % av den verdien de 51 sykehusoppholdene hadde *før revisjon*