



# Avregningsutvalgets årsrapport 2017

Arbeid med Aktivitetsbasert finansiering 2016

Publikasjonens tittel: Avregningsutvalgets årsrapport 2017

Utgitt: November 2017

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

[www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/avregningsutvalget](http://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/avregningsutvalget)

Forfattere: Bjørn Buan  
Lotte Strandjord  
Marte Kjelvik

Illustrasjon: Jarl von Scheele © Johnér

# FORORD

Avregningsutvalgets årsrapport 2017 oppsummerer utvalgets kontrollarbeid med Aktivitetsbasert finansiering (ABF) for 2016. Rapporten omtaler saksomfang, vurderinger og anbefalinger, inkludert en innstilling omkring avregningsbeløp. Hovedtrekkene i utvalgets arbeid omtales kort i kapittel 2. Deretter omtales de enkelte sakene mer i detalj i rapportens hoveddel i kapittel 3. Kapittel 4 presenterer de tekniske beregningene for utvalgets anbefalte avregninger.

Avregningsutvalgets anbefalinger skal være i tråd med gjeldende regelverk for ABF og nasjonale medisinske kodeverk. Målet er at faglige vurderinger og skjønn skal være i tråd med Stortingets intensjoner med finansieringsordningen. Nye behandlingsmetoder utvikles hele tiden, og det reiser av og til spørsmål om ABF-refusjonen klarer å holde tritt med utviklingen. I slike tilfeller ønsker Avregningsutvalget å avklare om det dreier seg om et etablert behandlingsopplegg, eller utprøving av nye metoder og teknologier. Det er imidlertid utvalgets vurdering at omfanget av etterslep i de medisinske kodesystemene og DRG-systemet er beskjedent. I årets rapport gir Avregningsutvalget enkelte råd om tilpasninger og korreksjoner av kodesystemer og DRG-løsningen i Norge.

Som del av kontrollarbeidet må utvalget rette henvendelser til helseforetakene for å finne forklaringer på avvikende pasientstatistikk og endringer i statistikken over tid. Her har utvalget jevnt over mottatt gode svar fra de lokale kodingsansvarlige. I 2016 har det ikke vært gjennomført dokumentkontroll for å avklare om kodingen har vært korrekt. Avregningsutvalget har valgt å utsette en slik kontroll til 2018 i forbindelse med en utvalgt sak. Avregningsutvalget har også kontrollert enkelte tidligere saker, for å se til at de ønskede korreksjoner faktisk har blitt iverksatt lokalt, etter at feil var påpekt.

Avregningsutvalget vil takke miljøer og enkeltpersoner som velvillig har bistått med faglig eksperthjelp, etter spesifikke henvendelser i 2017, slik det framgår under beskrivelsen av den enkelte sak.

Trondheim 27. oktober 2017

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

Arne Seternes  
Erik Rødevand  
Eva Wensaas (observatør)  
Lotte Strandjord (sekretær)  
Marte Kjelvik (sekretær)

# INNHold

<b>FORORD</b>	<b>3</b>
<b>INNHold</b>	<b>4</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>7</b>
<b>1. OM AVREGNINGSUTVALGET</b>	<b>8</b>
1.1 Mandat	8
1.2 Arbeidsform	8
1.3 Sammensetning	9
<b>2. HOVEDTREKK FRA ARBEIDET I 2017</b>	<b>10</b>
2.1 Overlappende opphold ved ulike institusjoner	11
2.2 Rehabilitering	11
2.3 Refusjon ved laboratorie- og røntgenundersøkelser	11
2.4 Kodepraksis ved akupunktur	12
2.5 Kodepraksis ved «andre tilstander»: Z-koder	12
Koding ved kontroll for kompliserende forhold under svangerskap	12
Status etter behandling med implantater og transplantater	13
2.6 Bruk av kode for respirasjonssvikt	13

<b>3. VURDERINGER OG ANBEFALINGER</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Saksomfang</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Anbefalinger</b>	<b>17</b>
17/28390 Kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner	17
17/11400 Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering	19
17/11399 Kodepraksis for opphold i DRG 475A <i>Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte</i>	21
17/7997 Kodepraksis ved kirurgisk fjerning av ondartet svulst i hud	24
17/5984 Kodepraksis for opphold i DRG 39P <i>Bilaterale operasjoner på linsen</i>	26
17/5983 Kodepraksis for opphold i DRG 288B <i>Andre operasjoner for adipositas</i>	29
17/5982 Kodepraksis for opphold i DRG 930O <i>Poliklinisk konsultasjon vedr. symptomer i bryst</i>	32
17/5980 Kodepraksis for opphold i DRG 209D/209E <i>Innsetting av hofteleddsprotese</i>	34
17/5979 Kodepraksis for opphold i DRG 89/90 <i>Lungebetennelse &amp; pleuritt &gt; 17 år</i>	37
17/5582 Kodepraksis ved opphold gruppert til DRG 436B <i>Andre mentale forstyrrelser som skyldes misbruk u/bk</i>	40
17/5578 Bruk av tilstandskode R52.2 <i>Annen kronisk smerte</i>	42
17/5577 Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide	44
17/5575 Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer	46
17/5573 Bruk av hovedtilstandskode J96 <i>Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted</i>	48
16/12822 Pasienter med episoder som overlapper i tid	50
16/7664 Kodepraksis for opphold i DRG 461O <i>Operasjoner på pasienter i HDG 23, dagkirurgisk behandling</i>	53
16/7356 Kodepraksis for opphold i DRG 297 <i>Ernærings- og stoffskiftesykd ITAD &gt; 17 år u/bk</i>	55
16/3873 Oppfølging av sak 15/1938 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N <i>Sepsis ved sykdommer i HDG 18 &gt; 17 år</i>	56
16/3870 Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 <i>Vaginal fødsel – diagnoser med kompliserende egenskap</i>	57
16/3860 Kodepraksis for nyfødte - ulik bruk av tilstandskoder	58
15/4628 Kodepraksis for opphold i DRG 862O <i>Poliklinisk rehabilitering og annen tilstand E66 Fedme</i>	60
15/1993 Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 <i>Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet</i>	62
15/1804 Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger	63
15/1634 Korte døgnopphold DRG 242C <i>Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk</i>	64
13/4904 Flere registrerte episoder samme dag	65

<b>4. TEKNISKE BEREGNINGER</b>	<b>66</b>
<b>4.1 Aktivitetsbasert finansiering (ABF)</b>	<b>66</b>
<b>4.2 Tekniske beregninger av anbefalte avregninger</b>	<b>67</b>
17/11400 Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering	67
17/5982 Kodepraksis for opphold i DRG 9300 Poliklinisk konsultasjon vedr. symptomer i bryst	68
17/5578 Bruk av tilstandskode R52.2 Annen kronisk smerte	70
17/5577 Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide	71
17/5575 Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer	72
17/5573 Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted	73
16/12822 Pasienter med episoder ved ulike sykehus som overlapper i tid	74
16/7356 Kodepraksis for opphold i DRG 297 Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk	75
16/3873 Oppfølging av sak 15/1938 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N <i>Sepsis ved sykdommer i HDG 18 &gt; 17 år</i>	76
16/3860 Kodepraksis for nyfødte - ulik bruk av tilstandskoder	78
15/4628 Kodepraksis for opphold i DRG 862O <i>Poliklinisk rehab</i> og annen tilstand E66 <i>Fedme</i>	81
15/1804 Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger	82
15/1634 Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C Spesifikke inflammatoriske ledd- og rygg sykdommer u/bk	84
13/4904 Flere episoder samme dag ved Oslo universitetssykehus HF	86
<b>5. VEDLEGG: ANBEFALINGER FOR ABF 2000-2015</b>	<b>88</b>

# SAMMENDRAG

Avregningsutvalget behandlet 25 saker i 2017 der spørsmål om riktig medisinsk koding, og dermed finansiering, ble reist. I 14 av sakene anbefalte Avregningsutvalget avregning av Aktivitetsbasert finansiering (ABF). Summen av anbefalte avregninger var 55 millioner kroner.

Alle sakene som ble behandlet i 2017, med unntak av en sak, ble meldt inn fra Helsedirektoratet. En sak ble initiert av Avregningsutvalget selv.

Tabell 1. Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av ABF for 2016 fordelt etter pasientenes bostedsregion. Kroner.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Anbefalt avregning, kr
Sør-Øst	-49 352 986
Vest	-4 947 396
Midt-Norge	-574 120
Nord	-437 411
<b>SUM</b>	<b>-55 311 913</b>

# 1. OM AVREGNINGSUTVALGET

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

## 1.1 Mandat

---

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

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

## 1.2 Arbeidsform

---

Avregningsutvalget arbeider uavhengig og foretar sine vurderinger på faglig grunnlag. Saksbehandlingen skjer hovedsakelig i arbeidsmøtene, men slutføringen av noen saker kan skje på e-post. I 2017 hadde utvalget seks arbeidsmøter. Avregningsutvalgets anbefalinger følger en prinsipiell linje som legger føringer for dets behandling av lignende saker. Utvalget søker å oppnå intern konsensus bak sine råd.

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

Alle som ønsker det kan melde inn saker til sekretariatet, som er lagt til Helsedirektoratet ved Norsk pasientregister. Sekretariatet gjør analyser av pasientdata for Avregningsutvalget, holder kontakt med RHF og HF, og besvarer henvendelser om Avregningsutvalgets arbeid. Kontroll av



registreringer i pasientdata er hjemlet i Norsk pasientregisterforskriften § 2-4 Mottakers ansvar for kvalitets-kontroll<sup>1</sup>.

Anbefalinger og møtereferat er offentlige og publiseres på nett:

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

### 1.3 Sammensetning

---

Medlemmene oppnevnes av de regionale helseforetakene for en periode på tre år. I 2017 har Avregningsutvalget hatt følgende sammensetning:

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

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

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

---

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

## 2. HOVEDTREKK FRA ARBEIDET I 2017

I dette avsnittet presenteres et utvalg av saker fra behandlingen i utvalget i 2017 i en kortfattet og forenklet beskrivelse, og med vekt på de sakene som førte til avregning for rapporteringsåret 2016. Hensikten er å formidle utvalgets arbeid til saksbehandlere og interesserte uten medisinsk faglig eller kodefaglig bakgrunn.

Følgende tema ble innmeldt og behandlet i 2017:

- Valg av omsorgsnivå ved korte døgnopphold med permisjoner
- Kodepraksis ved rehabilitering
- Kodepraksis ved respiratorbehandling
- Kodepraksis ved tosidige øyeoperasjoner
- Kodepraksis ved fedmeoperasjoner
- Refusjon ved laboratorie- og røntgenundersøkelser ved brystmerter
- Kodepraksis ved akupunktur
- Kodepraksis ved andre tilstander, Z-koder
  - Koding ved kontroll for kompliserende forhold under svangerskap
  - Status etter implantater og transplantater
- Valg av hovedtilstand ved respirasjonssvikt
- Kodepraksis ved hofteproteseoperasjoner, omfang av komplikasjoner
- Kodepraksis ved lungebetennelse og pleuritt
- Kodepraksis ved tilstander som skyldes misbruk

I tillegg til de innmeldte sakene, gjennomgikk utvalget elleve saker fra foregående år. I disse sakene ble det anbefalt fortsatt avregning i åtte av sakene.

Under saksbehandlingen kom det fram enkelte områder for forbedring av koderegler, grupperingsregler og forslag om endret refusjon. Disse forslagene er oppsummert under anbefalingene for hver av sakene som ble behandlet.

Nedenfor omtales de seks sakene som førte til avregning for registreringsåret 2016. Innledningsvis omtales dessuten en sak fra 2016 som ble nærmere avklart under årets gjennomgang. Det vises til kapittel 3 Vurderinger og anbefalinger, for beskrivelse av de sakene som utvalget ikke ønsket å avregne for 2016.

## 2.1 Overlappende opphold ved ulike institusjoner

---

Utvalget ønsket å foreta en nærmere avklaring av en sak fra 2016, som omhandlet refusjon for pasienter med opphold som overlapper i tid. Utvalget hadde utarbeidet noen prinsipper for godkjenning av slike opphold i 2016. Disse prinsippene ble gjennomgått påny i 2017, uten at det ble funnet grunn til endring. I sakens anledning fikk utvalget gjennomført en juridisk vurdering av ISF-reglene. Her kom det fram at ISF-regelverket ikke har klare regler for finansiering av overlappende opphold, og at dette forholdet ikke vil kunne endres gjennom en avregnings sak. Imidlertid kom det også fram at dersom saksbehandlingen avklarer at det er rapportert feil data til NPR, eller dersom det kommer fram at tjenestetilbudet er organisert for å generere flere opphold, kan det gi grunnlag for avregning. Utvalget opprettholdt derfor prinsippene fra 2016, om godkjenning av enkelte overlappende opphold. Utvalget fant ikke å kunne avregne opphold ved nærliggende institusjoner i 2017, da dette spørsmålet nå ble vurdert å ligge utenfor utvalgets mandat. Utvalget anbefalte Helsedirektoratet om å se nærmere på modeller for finansiering av pasientforløp, som alternativ til oppholdsfinansiering.

## 2.2 Rehabilitering

---

Andelen av mer omfattende rehabiliteringstjenester i DRG 462A *kompleks rehabilitering* var betydelig høyere ved to helseforetak i 2016. For disse var også andelen opphold i DRG 462B *Vanlig rehabilitering* høyere. Gjennomgangen viste at for pasienter med tilstandskoder fra M60-M79 *Bløtvevssykdommer* var de aktuelle behandlingstilbudene dominert av gruppebehandling, og i grenselandet til poliklinisk rehabilitering. Utvalget anbefalte å avregne oppholdene ved å omgruppere oppholdene til DRG 9980 *Grupperettet pasientopplæring*. Utvalget påpekte at finansieringsordningen for rehabilitering fortsatt ikke er fullgod. ISF-reglene for 2016 anfører at rehabilitering som innlagt «vanligvis» gjelder rehabilitering etter akutt opphold i sykehus. Avregningsutvalget oppfordrer Helsedirektoratet å presisere regelverket med tydeligere kriterier for rehabilitering som innlagt, både i forlengelsen av akutt opphold, eventuelt senere i pasientforløpet og ved innleggelser for aktuelle kroniske pasienter.

## 2.3 Refusjon ved laboratorie- og røntgenundersøkelser

---

Pasienter bosatt i opptaksområdet til et helseforetak hadde svært mange polikliniske konsultasjoner ved sykdommer i bryst, gruppert i DRG 9300. Pasientene hadde høy forekomst av diagnosekoden N64.5 *Andre tegn og symptomer i bryst*. Vanligste tilleggstilstand var uspesifisert ondartet svulst i bryst, C50.9 *Bryst (mamma), uspesifisert*.

Gjennomgangen av saken viste at den høye forekomsten av pasienter i denne kategorien skyldtes at det dreide seg om pasienter henvist radiologisk undersøkelse uten klinisk

undersøkelse. Der det ikke ble funnet sykdom ble pasientene feil registrert i det pasientadministrative IKT-systemet som polikliniske konsultasjoner.

Rene radiologiske undersøkelser skal ikke utløse ABF. Utvalget anbefalte avregning av det ene helseforetaket for 2016, men ønsker å følge opp problemstillingen i bredere omfang i kommende år.

## **2.4 Kodepraksis ved akupunktur**

---

Gjennomgang av data fra Norsk pasientregister viste at det ved et helseforetak ble registrert langt mer bruk av akupunktur enn ved andre helseforetak. Der ble prosedyrekode for akupunktur brukt ved hovedtilstand R52.2 *Annen kronisk smerte*. Andre helseforetak benyttet akupunktur vesentlig i forbindelse med svangerskap og fødsel.

Under behandlingen av saken kom det fram at det ene helseforetaket med høy bruk av akupunktur hadde aktiviteten knyttet til en smerteklinikk. Forklaringen på den høye forekomsten var at henvisningsvurderingen ved helseforetaket feilaktig var blitt hengende ved kontakten som hovedtilstand.

Videre kom det fram at akupunkturtilbudet i stor grad var knyttet til brystkreftopererte kvinner med bivirkninger fra behandlingen, herunder både smerter og hetetokter. Helseforetaket kunne ikke klart skille mellom omfanget av akupunktur gitt for hetetokter versus smerte. Avregningsutvalget vurderer at akupunktur i behandling av hetetokter fortsatt må regnes som utprøvende behandling som ikke finansieres gjennom ABF.

Avregningsutvalget anbefalte at majoriteten av oppholdene ble avregnet.

## **2.5 Kodepraksis ved «andre tilstander»: Z-koder**

---

Avregningsutvalget behandlet to saker som berørte spørsmålet om riktig bruk av Z-koder. Kodekvaliteten ved Z-koder har vært for lav over tid. Disse kodene er overveiende lite presise og utvalget følger utviklingen i bruk av disse kodene.

### **Koding ved kontroll for kompliserende forhold under svangerskap**

Pasienter bosatt i opptaksområdet til tre helseforetak hadde vesentlig høyere andel opphold i DRG 914Q *Fosterdiagnostiske undersøkelser*) sammenlignet med landet for øvrig.

Under behandlingen av saken kom det fram at helseforetakene i høyere grad enn andre hadde benyttet diagnosekoder som normalt anvendes ved risikosvangerskap med mistanke om misdannelser og veksthemming.

Utvalget innhentet råd fra Nasjonalt senter for fostermedisin for å avklare praksis for koding av svangerskapskontroller. Rutinemessige kontroller av friske gravide skal normalt kodes med hovedtilstand Z34 *Kontroll av normalt svangerskap*.

Avregningsutvalget kom til at kodepraksis ved helseforetakene her hadde vært feil, og anbefalte avregning. Utvalget anbefalte videre at Direktoratet for e-helse gjennomgår beskrivelsen av kodene i kodeveiledningen. Videre anbefalte utvalget at Helsedirektoratet ser nærmere på logikken for vektning av berørte DRGer, og vurderer hvorvidt det er grunnlag for å skille DRG 914Q *Fosterdiagnostiske undersøkelser* fra DRG 914P *Obstetrisk diagnostisk tiltak, inkludert screening av gravide* som omfatter polikliniske konsultasjoner vedrørende svangerskap, fødsel og barseltid.

### **Status etter behandling med implantater og transplantater**

Analysen av data for ABF 2016 viste at tre helseforetak hadde høy forekomst av koder for tidligere behandling med implantater og transplantater, Z95 *Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar*.

I kodeveiledningen for 2016 står det at «Etterbehandling etter ACB, klaffekirurgi eller innleggelse av pacemaker/ICD (...). Hvis pasienten fortsatt har den tilstanden som ble behandlet, blir den i utgangspunktet hovedtilstand. Hvis tilstanden er helbredet ved kirurgi er i stedet riktig kode Z48.8 *Annen spesifisert etterbehandling etter operasjon*. Hvis pasienten har fått satt inn et implantat eller elektronisk utstyr kodes dette med en kode fra Z95, blant andre tilstander».

De berørte helseforetakene ble tilskrevet, og i svarene erkjente helseforetakene at deres kodepraksis hadde vært feil. Utvalget anbefalte avregning av de tre helseforetakene.

## **2.6 Bruk av kode for respirasjonssvikt**

---

I 2014 undersøkte Avregningsutvalget kodepraksis ved respirasjonssvikt ved et helseforetak. Helseforetaket ble avregnet. I 2015 var kodepraksis forbedret, og saken ble avsluttet.

Ved analyser av ABF-data for 2016 framkom påny høy forekomst av kode for respirasjonssvikt som hovedtilstand, J96 *Respirasjonssvikt*, med opphold i DRG 87 *Respirasjonssvikt & lungeødem ekskl ved hjertesvikt ved fire helseforetak*, inkludert helseforetaket fra 2015.

Helseforetakene ble tilskrevet med forespørrelse om deres kodepraksis. Svarene viste at kodingen ikke var i samsvar med kodereglene. I samsvar med behandlingen av saken i 2015 anbefalte utvalget at helseforetakene ble avregnet for feilkodingen.

## 3. VURDERINGER OG ANBEFALINGER

### 3.1 Saksomfang

Avregningsutvalget behandlet 25 ordinære saker i 2017. I 14 av sakene kom utvalget fram til en anbefaling om avregning av ABF 2016. Tabell 2 nedenfor viser en oversikt over sakene som ble behandlet og i hvilke saker det ble anbefalt avregning.

14 av årets behandlede saker ble meldt inn i 2017. De fleste av disse er helt nye saker, men noen er gamle saker meldt inn på nytt med endret problemstilling. I seks av sakene som ble meldt inn i 2017 ble det anbefalt avregning av ABF 2016. 11 av årets behandlede saker ble meldt inn tidligere år og er rene oppfølgings saker. I åtte av oppfølgings sakene ble det anbefalt avregning. Det tyder på at det er viktig at Avregningsutvalget følger opp behandlede saker helt til kodepraksis er endret.

Alle av årets behandlede saker, bortsett fra en, ble meldt inn til Avregningsutvalget fra Helse- direktoratets avdelinger Økonomi (FIOA) og analyse og Finansiering og DRG (FIFI). Sak 17/28390 *Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner* ble initiert av Avregningsutvalget selv.

Tabell 2. Saker behandlet av Avregningsutvalget i 2017 og om det ble anbefalt avregning av ABF 2016.

Saksnr	Sakstittel	Avregning
17/28390	Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner	Nei
17/11400	Kodepraksis for opphold i DRG 462A <i>Kompleks rehabilitering</i>	Ja
17/11399	Kodepraksis for opphold i DRG 475A <i>Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte</i>	Nei
17/7997	Kodepraksis ved kirurgisk fjerning av ondartet svulst i hud	Nei
17/5984	Kodepraksis for opphold i DRG 39P <i>Bilaterale operasjoner på linsen</i>	Nei
17/5983	Kodepraksis for opphold i DRG 288B <i>Andre operasjoner for adipositas</i>	Nei
17/5982	Kodepraksis for opphold i DRG 9300 <i>Poliklinisk konsultasjon vedr. symptomer i bryst</i>	Ja
17/5980	Kodepraksis for opphold i DRG 209D/209E <i>Innsetting av hoftelddsprotese</i>	Nei
17/5979	Kodepraksis for opphold i DRG 89/90 <i>Lungebetennelse &amp; pleuritt</i>	Nei
17/5582	Kodepraksis ved opphold gruppert til DRG 436B <i>Andre mentale forstyrrelser som skyldes misbruk u/bk</i>	Nei

17/5578	Bruk av tilstandskode R52.2 <i>Annen kronisk smerte</i>	Ja
17/5577	Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide	Ja
17/5575	Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer	Ja
17/5573	Bruk av hovedtilstandskode J96 <i>Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted</i>	Ja
16/12822	Pasienter med episoder ved ulike sykehus som overlapper i tid	Ja
16/7664	Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 461O <i>Operasjoner på pasienter i HDG 23, dagkirurgisk behandling</i>	Nei
16/7356	Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 297 <i>Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD &gt; 17 år u/bk</i>	Ja
16/3873	Oppfølging av sak 15/1938 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N <i>Sepsis ved sykdommer i HDG 18 &gt; 17 år</i>	Ja
16/3870	Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 <i>Vaginal fødsel - diagnoser med kompliserende egenskap</i>	Nei
16/3860	Kodepraksis for nyfødte - ulik bruk av tilstandskoder	Ja
15/4628	Kodepraksis for opphold i DRG 862O <i>Poliklinisk rehabilitering og annen tilstand E66 Fedme</i>	Ja
15/1993	Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 <i>Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet</i>	Nei
15/1804	Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger	Ja
15/1634	Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C <i>Spesifikke inflammatoriske ledd- og rygg sykdommer u/bk</i>	Ja
13/4904	Flere registrerte episoder samme dag ved OUS	Ja

Avregningsutvalget anbefaler avregninger som medfører en reduksjon i utbetalinger i ABF 2016 på 55 millioner kroner. Anbefalingene får konsekvenser for refusjoner til alle regionale helseforetak, jf. tabell 3.

Tabell 3. Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av ABF 2016 etter pasientenes bostedsregion. Kroner.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Anbefalt avregning, kr
Sør-Øst	-49 352 986
Vest	-4 947 396
Midt-Norge	-574 120
Nord	-437 411
<b>SUM</b>	<b>-55 311 913</b>



## 3.2      **Anbefalinger**

---

Nedenfor presenteres Avregningsutvalgets vurderinger og anbefalinger i alle saker som ble behandlet i 2017.

### **17/28390      **Kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner****

Denne saken ble initiert av Avregningsutvalget på bakgrunn av tidligere behandlede sak 14/4293 DRG 323/3230 *Registreringspraksis for behandling av stein i urinveiene - med eller uten overnatting*. Analyser av data viste at mange av pasientene som var innlagt for behandling av stein i urinveiene hadde permisjon og ikke overnattet ved sykehusavdelingen. Regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2016* sier at helsehjelpsepisoder som finner sted i løpet av én dag uten at pasienten overnatter skal som hovedregel rapporteres som polikliniske kontakter (kapittel 5.23). I tilfeller der helsehjelpen foregår over to eller flere dager, uten at pasienten overnatter i sykehusavdeling, skal behandlingsaktiviteten ikke rapporteres som ett sammenhengende avdelingsopphold med permisjon (kapittel 5.36). Avregningsutvalget ønsket derfor å følge opp bruken av permisjoner for pasienter med korte innleggelser, dvs. overnatting 1-2 døgn.

Sekretariatet gjorde analyser av døgnopphold med liggetid 1-2 døgn hvor det var registrert like mange permisjonsdøgn som liggedøgn. I nasjonal statistikk for 2016 var det ved 2 % av opphold gruppert til kirurgiske DRG-er registrert full permisjon, dvs. at pasienten ikke overnattet i løpet av innleggelsen. Blant kirurgiske DRG-er hadde opphold i hoveddiagnosegruppe *Sykdommer i bryst* størst andel full permisjon (7,4 %). For opphold gruppert til medisinske DRG-er var andelen full permisjon 3,3 %. Blant medisinske DRG-er hadde opphold i hoveddiagnosegruppe *Kategorier på tvers av flere hoveddiagnosegrupper* størst andel full permisjon (18,7), etterfulgt av *Sykdommer i bryst* (8,5 %). Sykehus i Helse Vest RHF hadde registrert flere innleggelser med full permisjon sammenlignet med sykehus i de andre RHF-ene. Det er imidlertid knyttet usikkerhet til komplettheten i data når det gjelder registrering av permisjoner.

Avregningsutvalget spør seg om pasienter som har innleggelser med full permisjon egentlig skulle ha vært behandlet poliklinisk. Regelverket er tydelig på hvordan dette skal registreres. Analyser av data viser at det er stor variasjon i bruken av permisjon, det vil si at det tilsynelatende er ulik praksis mellom helseforetakene. Hvis man skal finne tydelige forskjeller mellom sykehus bør det være en dokumentkontroll i bunn. Sykehusene må kunne organisere seg på ulike måter og få en lik refusjon uansett organiseringsmåte. Avregningsutvalget ønsker flere analyser av data, for eksempel en fordeling på helseforetak og diagnose, før de kan konkludere i saken. Behandlingen av saken fortsetter til neste år.

Anbefaling:

Avregningsutvalget har ikke grunnlag for å anbefale avregning i saken i 2017, men ønsker å følge opp saken i 2018.

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

Analyser av data for Aktivitetsbasert finansiering (ABF) i 2016 viste at pasienter bosatt i opptaksområdene til Sykehuset Vestfold HF og Sykehuset Innlandet HF hadde vesentlig høyere andel opphold i DRG 462A *Kompleks rehabilitering* enn pasienter som hører hjemme i andre opptaksområder. Også i DRG 462B *Vanlig rehabilitering* er aktivitetsratene relativt høye for opptaksområdene til Sykehuset Innlandet og Sykehuset i Vestfold.

Ved de to helseforetakene gjaldt mange av oppholdene i DRG 462A og DRG 462B rehabilitering av pasienter med muskelsmerter, her definert som opphold med annen tilstand fra M60-M79 *Bløtvevssykdommer*. Ved Sykehuset Innlandet var det hovedsakelig pasienter med uspesifisert revmatisme (M79.0), , fibromyalgi (M79.7) eller myalgi (M79.1). Ved Sykehuset Vestfold var de fleste pasientene diagnostisert med myalgi (M79.1). Dette er andre pasientgrupper enn de som ifølge ISF-regelverket vanligvis er aktuelle for rehabilitering med innleggelse. Mange av rehabiliteringsoppholdene var også kodet med prosedyrekode ZWWA30 *Prosedyre rettet mot en gruppe av pasienter*. Dette gjaldt særlig opphold i DRG 462A.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere hvilken type aktivitet som inngår i DRG 462A og 462B ved Sykehuset Innlandet og Sykehuset i Vestfold. Utvalget ble bedt om å vurdere om aktiviteten oppfylder kravene til rehabilitering slik det er formulert i ISF-regelverkets kapittel 5.12, og å vurdere om oppholdene burde vært kodet som pasientopplæring eller behandling i gruppe.

Det ble sendt brev til Helse Sør-Øst RHF hvor Avregningsutvalget ba Innlandet sykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF om å redegjøre for pasientsammensetning og innholdet i pasienttilbudet. På bakgrunn av svarene mener Avregningsutvalget at det er gode behandlingstilbud ved begge helseforetakene. Likevel oppfatter Avregningsutvalget at dette er gruppebehandling i grenseland til poliklinisk rehabilitering. Det er imidlertid begrensede opplysninger i svarene fra sykehusene om at dette er poliklinisk rehabilitering. Avregningsutvalget konkluderer med at behandlingstilbudet ved de to helseforetakene hører inn under DRG 9980 *Grupperettet pasientopplæring*.

Avregningsutvalget ser at finansieringsordningen rundt rehabilitering ikke er kommet i mål, og at regelverket med fordel kunne ha vært mer presist og gitt bedre veiledning. Avregningsutvalget skal forvalte eksisterende regelverk. I denne saken fulgte ikke kodingen disse reglene. I følge ISF-regelverket for 2016 gjelder rehabilitering som innlagt vanligvis rehabilitering etter akutt opphold i sykehus.

### Anbefaling:

I henhold til regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2016* anbefaler Avregningsutvalget at opphold i DRG 462A *Kompleks rehabilitering* og 462B *Vanlig rehabilitering* med tilstandskoder fra M60-M79 *Blødnevssykdommer* avregnes ved Sykehuset Innlandet HF og Sykehuset i Vestfold HF. Hvert av oppholdene tolkes som et gruppebasert opplæringsprogram bestående av polikliniske kontakter. Av dette følger at det for hvert av programmene gis refusjon for én legekontakt og én kontakt med særkode ZWWA30 *Prosedyre rettet mot en gruppe av pasienter*.

Avregningsutvalget oppfordrer Helsedirektoratet å presisere ISF-regelverket med tydeligere kriterier for rehabilitering som innlagt, både i forlengelsen av akutttopphold, eventuelt senere i pasientforløpet og ved innleggelser for aktuelle kroniske pasienter.

Ett medlem valgte å dissentere på vedtaket, begrunnet i at medlemmet vurderte at flertallets avgjørelse og avregningsmetode var enda strengere enn den praksis ISF-regelverket for 2016 åpner for. Dissensen understreker behovet for at Helsedirektoratet presiserer de faglige kriterier for bruken av ISF-regelverket innen rehabilitering.

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

Denne saken er meldt inn av Helsedirektoratet og har utgangspunkt i en problemstilling som har vært diskutert på DRG-forum i 2016 og 2017. Problemstillingen er mulig feilkoding av opphold i DRG 475A *Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte*.

Analyser av data for Aktivitetsbasert finansiering (ABF) for 2016 viste stor variasjon mellom HF i koding av hovedtilstand fra *Sykdommer i åndedrettssystemet* (J00-J99) i kombinasjon med medisinsk prosedyrekode GXAV01 *Respiratorbehandling INA*. Innleggelses registrert med hovedtilstand fra J00-J99 og prosedyrekode GXAV01, grupperer til DRG 475A (vekt 4,549). Dersom tilstandskode fra J00-J99 er registrert som annen tilstand, dvs. ikke hovedtilstand, vil oppholdet gruppere til en annen DRG, ofte med lavere vekt, avhengig av hvilken hovedtilstand som er valgt. Spørsmålet er om det er valgt hovedtilstand fra J00-J99 til tross for at respiratorbehandling er gitt i forbindelse med sykdom innenfor en annen hoveddiagnosegruppe.

1 295 opphold grupperte til DRG 475A i ABF-data for 2016. Vanligste hovedtilstand var J96 *Akutt respirasjonsvikt* (n = 221; 17 %) og J15.9 *Uspesifisert bakteriell pneumoni* (n = 209; 16 %). De vanligste andre tilstandene var fra J00-J99, men også koder fra andre kapitler var registrert. Disse kodene ville gitt en annen gruppering hvis de var valgt som hovedtilstand, i kombinasjon med ventilasjonsstøtte GXAV01. For eksempel ville I50.9 *Uspesifisert hjertesvikt* som hovedtilstand gruppert til DRG 127 *Hjertesvikt og ikke-traumatisk sjokk* (vekt 1,124) og hovedtilstand I46.0 *Hjertestans med vellykket gjenoppliving* gruppert til DRG 129 *Hjertestans uten kjent årsak* (vekt 0,932).

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget å vurdere om ulik forekomst mellom HF av hovedtilstand fra *Sykdommer i åndedrettssystemet* (J00-J99) i kombinasjon med medisinsk prosedyrekode GXAV01 *Respiratorbehandling INA* er et uttrykk for feilkoding.

Avregningsutvalget mente at det var tydelige variasjoner i kodepraksis. Data viste at lokal- og sentralsykehusene hadde størst andel opphold med hovedtilstand fra J00-J99 (opp til 59 %), mens regionsykehusene hadde lavere andel (10-20 %). Det vil imidlertid ikke være enkelt å konkludere i saken uten en dokumentkontroll. Valg av hovedtilstand kan vanskelig overprøves uten å vite hva som står i journalen. Det må også undersøkes om denne saken har sammenheng med avregningssak om opphold kodet med hovedtilstand J96 *Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted* (sak 17/5573). Avregningsutvalget ønsket flere analyser av data og stilte spørsmål til hvorfor kostnadsvekten for DRG 475A er betydelig høyere enn for andre DRG-er der det gis ventilasjonsstøtte. Avregningsutvalget inviterte derfor Helsedirektoratet til å forklare hva som ligger til grunn for beregning av kostnadsvekt i DRG 475A. De ønsket også faglig støtte fra en lege med intensivmedisin som fagområde og inviterte professor Hans Flaatten til å svare på spørsmål

om koding av de vanligste hoved- og tilleggstilstander ved respiratorbehandling, med spesiell vekt på hjerte- og lungesykdommer inkludert alvorlige pneumonier/infeksjons-tilstander. Avregningsutvalget ønsket også å høre om typiske behandlingsforløp og de innsatser som skiller disse pasientgruppene.

I ABF-data for 2016 var J96 *Respirasjonssvikt* vanligste hovedtilstand i DRG 475A. 24,9 prosent av oppholdene (n=1 295) hadde denne koden på 3-tegnsnivå. Hyppigste andre tilstander i DRG 475A, utenom kapittel J00-J99, var blant annet N17.9 *Uspesifisert akutt nyresvikt*, I50.9 *Uspesifisert hjertesvikt*, R65.1 *SIRS av infeksjøs årsak med organsvikt* og I10 *Essensiell (primær) hypertensjon*. En gruppering av disse tilstandskodene (utenfor J00-J99) som hovedtilstand, med prosedyrekode GXAV01 og J96 *Respirasjonssvikt* som annen tilstand ga DRG-er med lavere vekt enn DRG 475A (vekt 4,549). For eksempel grupperte opphold med hovedtilstand N17.9 *Uspesifisert akutt nyresvikt* til DRG 316 *Nyresvikt* (vekt 1,506). I46.0 *Hjertestans med vellykket gjenoppliving* ga DRG 129 *Hjertestans uten kjent årsak* (vekt 0,932) og I50.9 *Uspesifisert hjertesvikt* ga DRG 127 *Hjertesvikt & ikke-traumatisk sjokk* (vekt 1,124). En analyse av liggetid viste at opphold i DRG 475A hadde betydelig lengre liggetid enn opphold i alternative DRG-er der det gis ventilasjonsstøtte. For DRG 475A var median liggetid 10 døgn. Til sammenligning var median liggetid 4 døgn for DRG 127 *Hjertesvikt & ikke-traumatisk sjokk* og 3 døgn for DRG 316 *Nyresvikt*.

Helsedirektoratet presenterte metode for beregning av kostnadsvekter generelt og for DRG 475A og andre DRG-er med ventilasjonsstøtte spesielt. Til og med 2017 beregnes kostnadsvektene med utgangspunkt i top-down metoden. HF-ene tilrettelegger kostnadsgrunnlag som blir brukt i en nasjonal modell på DRG-nivå. Kostnadsgrupper i modellen er operasjon, intensivbehandling, radiologi, laboratorievirksomhet og pleie. Disse blir fordelt til DRG etter nasjonale kostnadsnøkler. Basistjenester fordeles til DRG etter liggetid. Det jobbes med en overgang til KPP-data (kostnad per pasient), siden top-down metoden som fordeler kostnader til DRG etter nasjonale fordelingsnøkler og liggetid er gått ut på dato. Kostnadsgruppene i dagens modell har ikke nødvendigvis vært oppdatert med det nyeste innenfor medisin. For eksempel ble nøklene for intensivbehandling sist oppdatert i 1990. KPP vil gi bedre kunnskap om hva pasientbehandlingen faktisk koster og man vil få et datagrunnlag som på en bedre måte gjenspeiler kostnadene ved dagens medisinske praksis. De nasjonale fordelingsnøklerne (top-down) for DRG 475A viser stor ressursbruk på intensivbehandling, men også noen kostnader knyttet til pleie på avdeling, laboratorie-virksomhet, cytostatika og ellers liggetid. I KPP-data rapportert fra to HF for 2016 er intensivbehandling fortsatt den største kostnaden, etterfulgt av liggetid. Men det rapporteres også kostnader knyttet til laboratorievirksomhet, operasjon, akuttmottak, radiologi og anestesi. For alternative DRG-er med ventilasjonsstøtte (DRG 127, DRG 129 og DRG 316) er de største kostnadene knyttet til intensivbehandling og pleie. Liggetid er også avgjørende.

Professor Hans Flaatten, overlege på intensivavdeling ved Haukeland universitetssykehus, fortalte at akutt respirasjonssvikt er den viktigste kostnadsfaktoren på intensivavdelingen. Ved ventilasjonsstøtte er ressursbruken lik, uavhengig av hva som feiler pasienten, men liggetiden kan variere etter hvilken grunntilstand pasienten har. Pasienter med sykdommer i åndedretsorganene har lengre liggetid på sykehus enn pasienter med andre tilstander, for eksempel relatert til hjerte. Det skyldes at dødeligheten er større for pasienter med hjertelidelser. Det er derfor viktig å se på mortalitet i denne sammenhengen. Andel opphold med hovedtilstand fra J00-J99 varierte fra 10-20 % ved universitetssykehus og opp til 59 % ved lokalsykehus. Flaatten mente mange opphold kodes med J96 *Respirasjonssvikt*. De regionale sykehusene har mange pasienter med komplekse opphold. Hvis man har organsvikt i tillegg til respirasjonssvikt kodes det kanskje for nyresvikt som hovedtilstand og da havner oppholdet i en DRG med lavere vekt. Ved mindre sykehus har man kanskje ikke pasienter med så komplekse opphold, så respirasjonssvikt isolert sett havner i en DRG med høy vekt. DRG-systemet tar ikke høyde for de komplekse oppholdene.

Avregningsutvalget mener at en dokumentkontroll er nødvendig for å kunne komme fram til en anbefaling i saken. Helsedirektoratets avdeling Helseregistre har godkjent å gjennomføre en dokumentkontroll med hjemmel i NPR-forskriften. Direktoratet for e-helse er bedt om å bistå i gjennomføringen av selve dokumentkontrollen. Det lot seg dessverre ikke gjøre å ferdigstille en dokumentkontroll innen Avregningsutvalget skulle levere sine anbefalinger til Helsedirektoratet. Det legges opp til at dokumentkontrollen gjennomføres i løpet av høst/vinter 2017 og at saken følges opp i 2018.

Anbefaling:

Avregningsutvalget har ikke hatt grunnlag til å komme med en anbefaling i saken i 2017. Saken følges opp i 2018.

## 17/7997      Kodepraksis ved kirurgisk fjerning av ondartet svulst i hud

Saken er meldt inn av Helsedirektoratet og handler om at kirurgisk prosedyrekode QAE30 *Eksisjon av kirurgisk arr* er hyppigere registrert ved Helse Bergen HF enn ved andre helseforetak. I ABF-data for 2016 var det registrert 401 opphold med QAE30 ved Helse Bergen HF, noe som utgjorde 35 % av totalen (n= 1 133). Koden brukes som oftest ved hovedtilstand C44.3 *Andre ondartede svulster i hud – andre eller uspesifiserte deler av ansikt* (n = 228 av 401, 57 %). Ved hovedtilstand C44.3 er det vanligere å kode QAE10 *Eksisjon av hudlesjon på hode eller hals*. Helse Bergen HF hadde registrert flere prosedyrekoder av typen Q\*\*30 enn koder med Q\*\*10.

Valg av prosedyrekode påvirker DRG-gruppering og beregning av refusjon. QAE30 grupperer til DRG 268O *Plastiske operasjoner på hud og underhud, dagkir* (vekt = 0,448), mens QAE10 grupperer til DRG 809J *Eksisjon eller destruksjon av hudlesjon* (vekt = 0,040). Helse Bergen HF hadde 781 opphold i DRG 268O i 2016. Til sammenligning hadde Oslo universitetssykehus HF 490 opphold og St. Olavs hospital HF 414 opphold i samme periode.

Avregningsutvalget ble bedt om å vurdere kodepraksis ved kirurgisk fjerning av ondartet svulst i hud, med særlig henblikk på variasjon mellom helseforetak i bruk av koden Q\*E30 *Eksisjon av kirurgisk arr*. Saken burde ses i sammenheng med sak 13/5150 DRG 268O *Plastisk operasjon på hud og underhud, dagkirurgi*, som har vært behandlet tidligere år. Den gang var tema laserbehandling (IPL og PDT) kodet som kirurgisk inngrep (Stavanger universitetssykehus, 2011) og feil bruk av QAE10, QAE35, QBE35 (Teres Stokkan og St. Olav, 2012 og 2013). Analyser av ABF-data for 2016 viser at kode QAE35 *Rekonstruksjon ved huddefekt på hode eller hals etter kirurgi eller skade* ble brukt ulikt av HF-ene og hyppigst ved private sykehus, Helse Stavanger HF og St. Olavs hospital HF.

Avregningsutvalget er usikker på om det er ulik praksis ved HF-ene eller om kodeverket tillater disse forskjellene. Utvalget mener at det er stor sannsynlighet for at det er samme kirurgi som er utført, men at det er valgt å kode behandlingen ulikt. Hvis melanomet er fjernet kan man ikke lenger bruke cancer-koden. Da er det beregningen av DRG-en som er feil og ikke koden i seg selv. Avregningsutvalget oppfordrer Helsedirektoratet til å se på DRG-enes vekting. Man trenger også bedre kodeveiledning fra Direktoratet for e-helse, både for bruk av prosedyrekoder generelt og for koding av melanomer spesielt. Avregningsutvalget mener at det ikke er åpenbart at dette er en avregningssak og ber Helsedirektoratet gjøre en ny vurdering før de eventuelt melder inn saken på nytt for ABF 2017.

### Anbefaling:

Avregningsutvalget har ikke tilstrekkelig grunnlag for å kunne anbefale en avregning for ABF 2016 i denne saken. Avregningsutvalget anbefaler at Direktoratet for e-helse presiserer kodeveiledningen for bruk av prosedyrekoder generelt og for koding av melanomer spesielt.



Avregningsutvalget anbefaler at Helsedirektoratet ser på vekting av 2680 *Plastiske operasjoner på hud og underhud, dagkir*, sammenlignet med DRG 809J *Eksisjon eller destruksjon av hudlesjon*.

## 17/5984      Kodepraksis for opphold i DRG 39P *Bilaterale operasjoner på linsen*

Analyser av ABF-data for 2016 viste stor variasjon i antall opphold i DRG 39P *Bilaterale operasjoner på linsen*. Pasienter bosatt i Østfold, Møre og Romsdal og Rogaland hadde flere opphold i DRG-en enn pasienter bosatt i andre deler av landet. Det var særlig mange opphold ved Sykehuset Østfold HF (n=372), Møre og Romsdal HF, Molde sjukehus (n=258) og Privatsykehuset Haugesund (n=159), som hadde henholdsvis 33, 23 og 14 prosent av alle opphold i DRG 39P (n=1 112).

De fleste oppholdene gjaldt operasjon for grå stær. 96 prosent av alle opphold i DRG 39P var registrert med hovedtilstand H25 *Aldersbetenget grå stær* (n= 1 067). 99 prosent av oppholdene var registrert med kode for bilateral prosedyre, ZXA10 (n=1 101). 98 prosent av oppholdene var registrert med CJE20 *Fakoemulsifikasjon med implantasjon av kunstig linse i bakre kammer* (n=1 086). Denne prosedyren utføres vanligvis ensidig. I ABF 2016 ble det kodet for bilateral prosedyre i kun 5 prosent (n=1 146) av alle opphold med prosedyrekode CJE20 (n=23 419), og 69 prosent av disse var enten ved Sykehuset Østfold HF, Møre og Romsdal HF eller Privatsykehuset Haugesund.

En liknende problemstilling ble vurdert av Avregningsutvalget i 2011, sak 11/2700 *DRG 39P Bilaterale operasjoner på linsen*. Den gang anbefalte Avregningsutvalget avregning av opphold hvor det var kodet for bilateral prosedyre (ZXA10), men hvor det kun var utført bilaterale undersøkelser og ikke bilaterale operasjoner samme dag.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere kodepraksis for opphold i DRG 39P ved Sykehuset Østfold HF, Møre og Romsdal HF og Privatsykehuset Haugesund, særlig med tanke på bruk av kode for bilateralt inngrep ZXA10.

Avregningsutvalget ønsket å se på dato for prosedyrekodene ZXA10 og CJE20. Av 1 101 opphold registrert med bilateral prosedyre, ZXA10, var 81 prosent (n=894) utført samme dag som kirurgisk prosedyre i kap. CJ *Linsen*. Øvrige opphold (n=207) hadde ikke informasjon om prosedyredato og kunne derfor ikke vurderes. Dette gjaldt opphold ved Privatsykehuset Haugesund og Ifocus øyeklinikk AS.

Det ble sendt brev til Oslo universitetssykehus HF og St. Olavs hospital HF med spørsmål om medisinsk praksis og gjeldende kriterier for koding av bilaterale operasjoner. St. Olavs hospital svarte at det for en del år tilbake ble praksis å operere begge øyne samme dag for utvalgte pasienter, på bakgrunn av studier viste at det var trygt. De velger ofte pasienter som har lang reisevei eller andre praktiske årsaker til at det er lurt å gjøre begge operasjoner samtidig. Slike pasienter skal ikke ha tilleggssykdom som gir økt risiko for komplikasjoner. OUS HF svarte at tidligere var regelen at man ville se om det gikk bra med første øyet før man opererte det andre.

Litteraturen sier nå at komplikasjonsraten er så lav at dette ikke er en avgjørende grunn til ikke å operere begge sider.

Analyser av andel opphold i henholdsvis DRG 39P *Bilaterale operasjoner på linsen, dagkirurgisk behandling* og DRG 39Q *Unilaterale operasjoner på linsen, dagkirurgisk behandling*, fordelt på helseforetak viste at Ifocus Øyeklinikk AS, Privatsykehuset Haugesund AS, Helse Møre- og Romsdal HF - Molde sjukehus og Sykehuset Østfold HF hadde størst andel opphold i DRG 39P (bilaterale operasjoner). En oversikt over antall kataraktoperasjoner utført hos avtalespesialist (ikke ISF-finansiert), registrert med K-takst, viste at de fleste avtalespesialistene utfører unilaterale kataraktoperasjoner. 3,4 prosent av kataraktoperasjonene var kodet som bilaterale. Bare én av avtalespesialistene utførte kun bilaterale kataraktoperasjoner i 2016.

Det ble sendt brev til Sykehuset Østfold HF, Helse Møre og Romsdal HF - Molde sjukehus, Privatsykehuset Haugesund og Ifocus øyeklinikk. Følgende spørsmål ble stilt:

1. Ble det utført bilaterale operasjoner (og ikke bilaterale undersøkelser) ved alle opphold i DRG 39P?
2. Er praksis for kataraktoperasjoner endret fra unilaterale til bilaterale operasjoner? Hvis ja, fra når gjaldt omleggingen?
3. Hvorfor utføres det flere bilaterale kataraktoperasjoner ved sykehuset enn ved andre sykehus i landet?

Ifocus Øyeklinikk AS og Privatsykehuset Haugesund har samarbeid om grå stær-operasjoner og svarte i et felles brev at majoriteten av deres grå stær-operasjoner utføres bilateralt. De endret praksis for behandling fra unilaterale til bilaterale operasjoner fra det tidspunktet HELFO åpnet for refusjon av bilaterale operasjoner samme dag. Videre svarte de at bakgrunnen for praksisendringen er basert på egen og andres forskning omkring kost/nytte av bilateral versus monolateral grå stær operasjon. Over flere år har de sett både objektive og subjektive fordeler av denne strategien for både samfunn, pasient og klinikk. Pasientlogistikken forenkles til glede for alle involverte og kliniske resultat oppnås raskere. Resultatene fra egen virksomhet er dokumentert i en rekke vitenskapelige artikler i peer review journaler over de siste årene.

Helse Møre og Romsdal HF svarte at det ble utført bilaterale operasjoner ved alle opphold i DRG 39P. De endret praksis for kataraktoperasjoner fra unilaterale til bilaterale operasjoner fra 2010. Dette ble initiert av faglige grunner og fordi DRG for bilaterale inngrep kom i 2009. De mener at det er gode faglig grunner til å utføre bilaterale inngrep og har gjort det siden 2010 uten å ha fått DRG-refusjon for mer enn et øye, altså har de «tapt» økonomisk på dette. De mener at det er en effektiv måte å utnytte resurser på og at pasientene og samfunnet tjener på det. På spørsmål om hvorfor de utfører flere bilaterale inngrep enn ved andre sykehus svarte de at holdningen til bilaterale inngrep er svært forskjellig i forskjellige land og at mye er avhengig av kirurgens holdning og overbevisning.

Sykehuset Østfold HF svarte at øyelegene ved sykehuset i mange år har ment at det er riktig å operere begge øyne samme dag på de pasientene som ikke har kontraindikasjoner. Alle som opereres i narkose blir operert bilateralt samme dag, siden man da unngår to narkoser. Det har vært motstand i miljøet mot bilaterale operasjoner samme dag av frykt for infeksjon i begge øyne. Risikoen for infeksjon er lav. Vurdert opp mot fordelene (færre oppmøter for pasienten, opererer flere øyne per dag, tidsbesparing, trygg behandling) mener Sykehuset Østfold at det er riktig å operere begge øyne samtidig, noe de startet med i 2010. Finansieringen er imidlertid ikke i tråd med den faglige utviklingen. Utgiftene for å operere to øyne på en dag er de samme uavhengig av om det er to øyne for en pasient eller ett øye for to pasienter. Det burde være dobbel takst for bilateral operasjon på sykehus slik om det er hos private avtalespesialister gjennom K-takstsystemet.

Avregningsutvalget mener at både analyser av data og svar fra tilskrevne institusjoner viser at det er store variasjoner i utføring av bilaterale kataraktoperasjoner. Det tyder på delte meninger om og til dels motstand i øyefagmiljøet mot bilaterale kataraktoperasjoner. Så lenge øyeoperasjonene faktisk er utført bilateralt og på samme dag, noe analysene av data tilsier, så kan ikke Avregningsutvalget si noe på det. Det ligger imidlertid en utfordring knyttet til ulik finansiering av bilaterale kataraktoperasjoner i ISF-systemet og i avtalene avtalespesialistene har.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning av opphold i DRG 39P *Bilaterale operasjoner på linsen*.

Avregningsutvalget anbefaler Helsedirektoratet å gå gjennom refusjonsordningen for bilaterale øyeoperasjoner.

## 17/5983      Kodepraksis for opphold i DRG 288B *Andre operasjoner for adipositas*

Fedmeoperasjoner gruppert til DRG 288B *Andre operasjoner for adipositas* og DRG 288P *Andre operasjoner for adipositas, dagkirurgisk behandling* utføres i stor grad ved private sykehus. Analyser av ABF-data for 2016 viste at Aleris Helse, avdeling Bergen, skilte seg ut med særlig mange opphold i DRG 288B. Andelen dagkirurgiske operasjoner var 3,2 %. Ved andre avdelinger i Aleris Helse var andelen dagkirurgiske operasjoner langt høyere: Aleris Trondheim (64,2 %), Aleris Oslo (94,2 %) og Aleris Drammen (100 %). Også Privatsykehuset Haugesund skilte seg ut blant de private sykehusene, med ingen operasjoner utført på dag.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere grunnlaget for den høye andelen innleggelseser for fedmeoperasjoner ved Aleris Helse, Bergen.

Kodeveiledningen<sup>2</sup> skriver om koding ved kirurgisk etterbehandling for løs eller hengende hud etter gjennomgått vekttap:

Som kode for hovedtilstand benyttes L98.7 *Mye og overflødig hud og underhudsvev* (ny kode fra 2016). Annen tilstand kan være E65.- *Lokalisert fedme* (hvis aktuelt) eller Z42.- *Kontakt med helsetjenesten for etterbehandling som omfatter plastisk kirurgi*. E68 *Følgetilstander ved hyperalimentasjon* skal ikke brukes som hovedtilstand hvis følgetilstanden er spesifisert. Ved koding til den spesifiserte tilstanden kan E68 brukes som valgfri tilleggskode. Fire prosedyrekoder er nye fra 2016 og skal erstatte QBJ30:

- QBJ00 *Fettsuging i trunkus*
- QBJ10 *Minibukplastikk*
- QBJ15 *Full bukplastikk*
- QBJ20 *Full bukplastikk med vertikal komponent*

Alle oppholdene i DRG 288B ved Aleris Bergen var registrert med kode E68 *Følgetilstander etter hyperalimentasjon som hovedtilstand* (n=417). Ved andre sykehus var den vanligste kode for hovedtilstand L98.7 *Mye og overflødig hud og underhudsvev* – ny i 2016. Hyppigste NCSP-kode ved Aleris Helse Bergen var QBJ30 *Korreksjon av abdominalt hudforkle* (n=131). Denne koden ble i 2016 erstattet av prosedyrekodene ovenfor som differensierer på type inngrep.

En oversikt over antall opphold registrert med prosedyrekodene QBJ00 *Fettsuging i trunkus*, QBJ10 *Minibukplastikk*, QBJ15 *Full bukplastikk*, QBJ20 *Full bukplastikk med vertikal komponent* viste at det var ujevn bruk av disse prosedyrekodene mellom HF-ene. Spesielt de private enhetene har ikke oppdatert kodingen i henhold til gjeldende kodeverket.

Aleris Bergen fikk brev med følgende spørsmål:

<sup>2</sup> Regelverk og veiledning for kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten: <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/helsefaglige-kodeverk/kodeveiledning-icd-10-ncsp-ncmp-og-ncrp>

1. Hvilken helsehjelp ble gitt til pasienter med døgnopphold gruppert til DRG 288B? Gi gjerne eksempel på et typisk pasientforløp med varighet av oppholdet og involverte helsepersonell.
2. Hva er begrunnelsen for at det i stor grad er valgt døgnopphold ved bukplastisk kirurgi?
3. Hva er årsaken til at andelen dagkirurgiske inngrep er så lav i forhold til andre sykehus?

Aleris svarte på spørsmål 1 at pasienter som kommer til bukplastikk etter omfattende vekttap gjennomgår en stor operasjon, da det er mye vev som skal fjernes. Operasjonstiden kan vare fra 1,5 til 3 timer. Utover dette kommer tid til innledning og avslutning av anestesi. Etter operasjonen overføres pasienten til oppvåkningsavdelingen. Ved ukompliserte forløp, som de fleste er, reiser pasienten hjem dagen etter operasjon, etter en samtale med kirurg. På spørsmål om valg av omsorgsnivå og kode for hovedtilstand viste de til avtalen med Helse Vest RHF fra 2014, samt til pasientsikkerhets hensyn og behov for å overvåke pasienten etter inngrepet. På spørsmål 3 svarte Aleris at de har avtale med tre RHF, men det er kun Helse Vest RHF som har inngått ytelsesavtale om inneliggende kirurgi. De har både avtale om dagkirurgi og inneliggende kirurgi med Helse Vest og mener selv at andelen dagkirurgiske inngrep i avtalen med Helse Vest er 23 %.

Det ble sendt et oppfølgingsbrev til Aleris Bergen der de ble bedt om å gjøre rede for 1) hvor stor andel av pasientene som hadde liggetid 1, 2 eller flere dager, 2) hvor ressurskrevende pasientene er og 3) om det er en styrt fordeling av pasienter eller en tilfeldig fordeling mellom Aleris sine avdelinger Bergen og Paradis.

Aleris Bergen svarte at alle pasienter i første halvår 2017 hadde ett liggedøgn. De fleste av pasientene er ASA 1 og 2, men de opererer også noen ASA 3. På spørsmål om fordelingen av pasientene svarte de at det følger av volumet på de offentlige avtalene.

Analyser av data for Aleris Bergen og Aleris Paradis sett i sammenheng viste at samlet andel dagkirurgi var 37,3 % i 2016. Alle opphold ved Aleris Bergen (DRG 288B) var registrert med liggetid 1 døgn og alle opphold ved Aleris Paradis (DRG 288P) var registrert som dagkirurgi. Statistikken viste også at Aleris Bergen hadde behandlet pasienter fra hele landet, slik de hadde beskrevet, selv om de fleste pasientene var bosatt i vest.

Avregningsutvalget ønsket at også Privatsykehuset Haugesund og Sørlandet sykehus HF skulle få brev med de samme spørsmål som Aleris Bergen.

Privatsykehuset Haugesund svarte at ved opphold gruppert til DRG 288B var det utført stor bukplastikk (fleur de lis/omvendt T-snitt). For dette pasientforløpet var standard innleggelse minst ett døgn. Døgnopphold er begrunnet i både en medisinsk vurdering og et krav i avtalen med Helse Vest RHF om postbariatrisk kirurgi (plastikkirurgi B). I avtale om mammahypertrofi/mindre bukplastikk (plastikkirurgi A) er kriteriet dagkirurgi. Kvantene er veldig små og blir i all

hovedsak brukt på mammahypertrofi kirurgi, mye pga. fastlegenes henvisningspraksis. På spørsmål om medisinsk koding er i henhold til kodeveiledningen svarte de at de ikke har fått med seg endringen i kodepraksis, men bare benyttet diagnose- og prosedyrekoder oppgitt i avtalen med Helse Vest RHF fra 2014.

Sørlandet sykehus HF svarte at pasienter med opphold som grupperer til DRG 288B har følgende forløp: Pasienten kommer til poliklinikken og blir vurdert av plastikkirurg. Skal pasienten opereres og har komorbiditet blir han/hun journalskrevet av turnuslege når operasjonsdagen nærmer seg. Anestesilege gjør samme dag som journalskrivingen en preoperativ vurdering og informerer om anestesimetoden. På operasjonsdagen snakker pasienten med plastikkirurg før inngrepet. Sykepleierne på posten klargjør pasienten. Etter operasjonen observeres pasientene på intensivavdelingen før de flyttes tilbake til sengeposten. Dagen etter operasjonen går plastikkirurgen visitt og skriver pasientene ut. Videre skriver de at de har fått mange pasienter overført fra Sykehuset Telemarks ventelister og mange av disse ventet på større inngrep som bukplastikk. Pasienter med behov for store og omfattende inngrep har vært prioritert. Valg av døgnopphold begrunnes med at disse pasientene må observeres etter operasjonen med tanke på komplikasjoner og smerter. Noen pasienter har andre tilstander i tillegg som kompliserer behandlingen og oppfølgingen.

Avregningsutvalget mente at private enheter henger etter de offentlige når det gjelder å følge gjeldende kodeverk for registrering av tilstands- og prosedyrekoder. Det står i ytelsesavtalene med RHF-ene at de skal følge det som til en hver tid er gjeldende kodeverk. NPR melder dessuten tilbake på utgåtte diagnose- og prosedyrekoder hvert tertial, så det skal være mulig å følge med på hva som er gyldige koder.

Årsaken til at det er ulike pasientgrupper som behandles ved Aleris Bergen (døgnopphold) og Aleris Paradis (dagkirurgi) er historisk betinget. Aleris Paradis var tidligere en del av Teres gruppen og de hadde opprinnelig avtale om dagkirurgi med Helse Vest RHF. Når Paradis gikk inn i Aleris har denne praksisen fortsatt. Det er bare Helse Vest RHF som har avtale om døgnopphold ved postbariatrisk kirurgi. Det forklarer hvorfor pasienter fra hele landet behandles ved Aleris Bergen. Når Helse Vest RHF skal inngå nye avtaler kan det bli endringer i dette og sannsynligvis vil denne problemstillingen forsvinne.

Avregningsutvalget mener at det ikke er grunnlag for å gå videre i denne saken. Det er imidlertid et potensiale for bedring av kodepraksis, spesielt for de private sykehusene. Det er noe som kan følges opp av Helsedirektoratet.

#### Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning av opphold i DRG 288B *Andre operasjoner for adipositas* og DRG 288P *Andre operasjoner for adipositas, dagkirurgisk behandling*.

## **17/5982      Kodepraksis for opphold i DRG 9300 *Poliklinisk konsultasjon vedr. symptomer i bryst***

Analyser av ABF-data for 2016 viser at pasienter bosatt i opptaksområdet til Helse Bergen HF hadde svært mange opphold per 1 000 innbyggere i DRG 9300 *Poliklinisk konsultasjon vedr sykdommer i bryst* sett i sammenheng med innbyggertallet. Vanligste hovedtilstand var N64.5 *Andre tegn og symptomer i bryst*, og vanligste annen tilstand er C50.9 *Ondartet svulst i bryst, uspesifisert*.

I hele ISF-grunnlaget (alle DRG-er) viste analysene at N64.5 var mye hyppigere brukt som hovedtilstand ved Helse Bergen HF (n=3 067) enn ved alle andre foretak til sammen (n=954). De fleste opphold ved Helse Bergen HF var registrert ved Brystdiagnostisk senter (BDS) ved Haukeland universitetssykehus. Senteret ble inkludert i ISF-grunnlaget fra og med 3. tertial 2015, etter søknad i forbindelse med en omorganisering som blant annet innebar flytting av aktiviteten fra kirurgisk til radiologisk avdeling. I Helsedirektoratets godkjenning av søknaden (ref 16-28359-2) ble det presisert at «*Poenggivende aktivitet vil i hovedsak gjelde kliniske undersøkelser og biopsitagning. Vi presiserer at kontakter der lab- og radiologiske undersøkelser er hovedformålet, uten samtidig klinisk konsultasjon, skal dette kodes med hhv Z01.7 eller Z01.6 for hovedtilstand. Dette blir da ikke poenggivende aktivitet, jf. ISF-regelverket 4.2 h). Administrativt arbeid og andre oppgaver der pasienten ikke er direkte involvert, gir heller ikke grunnlag for ISF-refusjon.*»

Regelverket for Innsatsstyrt finansiering, kap 4.2 h) beskriver hovedregler for hvilke typer helsehjelp som inngår i ISF-grunnlaget: «Helsehjelpens hovedinnhold kan ikke være medisinske laboratorietjenester eller radiologiske tjenester som omfattes av takstbasert finansiering regulert i poliklinikkforskriften».

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget om å vurdere hvilken type aktivitet som inngikk i DRG 9300 med hovedtilstand N64.5 ved Helse Bergen HF, og om kodepraksis er i tråd med anvisningene og forutsetningene for å registrere Z01.6/Z01.7 for lab-/radiologisk aktivitet.

Det ble sendt brev til Helse Vest RHF / Helse Bergen HF med spørsmål om hvilken type helsehjelp som er gitt ved konsultasjoner registrert med hovedtilstand N64.5, samt om kodepraksis er i tråd med ISF-regelverket, kap 4.2 h).

Brystdiagnostisk senter ved Helse Bergen HF svarte at hovedtilstand N64.5 ble i stor grad registrert på pasienter der det ikke ble funnet ny sykdom med behov for biopsi. Mange av disse pasientene ble henvist med kul i brystet, men uten påvist sykdom etter klinisk undersøkelse og radiologi. Dette var pasienter som hadde betalt egenandel 201b. Flere pasienter som hadde betalt egenandel 202, som etter vurdering av henvisning kun var satt opp til radiologisk undersøkelse uten klinisk undersøkelse, og der det ikke ble funnet sykdom, ble lagt inn i DIPS på



en slik måte at BDS uriktig har utløst ISF-refusjon. Fra 1. januar 2017 ble registreringspraksis endret. Kontakter registrert med egenandel 202 blir nå i tillegg registrert med debitor-kode «Annet» slik at det ikke blir med i ISF-grunnlaget. De har gått gjennom kodingen av 8 166 konsultasjoner fra 2016. Av disse var 3 055 kontakter feilregistrert, og skulle ikke ha gitt ISF-refusjon.

Avregningsutvalget mener at det er forskjell på en radiologisk undersøkelse og en klinisk undersøkelse og at rene radiologiske undersøkelser ikke skal gi ISF-refusjon. Helse Bergen bør derfor avregnes basert på det antall opphold som de selv mente var feilkodet.

En oversikt over antall konsultasjoner i DRG 9300 per 1 000 innbyggere fordelt på pasientenes bostedsfylke i perioden 2013 – 2016 viste at pasienter bosatt i Hordaland hadde større vekst i antall konsultasjoner i DRG-en fra 2014 til 2016 enn pasienter bosatt i andre fylker, sett i sammenheng med befolkningstallet. I 2014 var det 0,3 konsultasjoner per 1 000 innbyggere, mens det økte til 1,4 konsultasjoner i 2016. Også pasienter bosatt i Hedmark hadde jevnt over flere konsultasjoner i DRG-en per 1 000 innbyggere enn pasienter bosatt i andre fylker. I 2014 hadde pasienter fra Hedmark 0,9 konsultasjoner per 1 000 innbyggere, mens de hadde 1,1 konsultasjoner i 2016. Bare pasienter fra Hordaland hadde flere konsultasjoner per 1 000 innbyggere i 2016. Avregningsutvalget mente at man likevel begrenser saken til Helse Bergen i denne omgang, men ser på utviklingen i DRG-en til neste år, for å se om det er flere HF som bør følges opp.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler avregning av konsultasjoner registrert med takst 202 *Radiologisk undersøkelse og ultralydundersøkelse ved billedannende spesialavdeling, samt nukleærmedisinske biletundersøkingar* ved Brystdiagnostisk senter ved Helse Bergen HF.

## 17/5980      **Kodepraksis for opphold i DRG 209D/209E *Innsetting av hofteleddsprotese***

Analyser av data for Aktivitetsbasert finansiering (ABF) i 2016 viste stor variasjon mellom HF i fordelingen av opphold i følgende DRG-par:

209D *Innsetting av hofteleddsprotese m/bk*

209E *Innsetting av hofteleddsprotese u/bk*

Andelen opphold i komplisert gruppe (DRG 209D) varierte mellom HF-ene fra 7 til 65 % (ekskl. foretak med <10 opphold). Det var flere HF som skilte seg ut med mange opphold og relativ høy andel i komplisert gruppe. Det var i hovedsak tre hovedtilstander som grupperte til DRG 209D/209E:

- M16.1 *Primær hofteleddsartrose, uten opplysning om bilat manifestasjon*
- S72.0 *Brudd i lårhals*
- M16.0 *Primær hofteleddsartrose, bilateral.*

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget om å vurdere kodepraksis for opphold i DRG 209D og 209E, samt å vurdere eventuelle feil- og overkoding av andre tilstander.

8 % av oppholdene i DRG 209D var registrert med D62 *Akutt posthemoragisk anemi* som eneste annen tilstand. Andelen varierte mellom helseforetakene fra 0 til 44,1 %. Det var noen flere akutte enn planlagte opphold i DRG 209D (komplisert gruppe), mens opphold i DRG 209E (ukomplisert gruppe) hadde flest planlagte opphold. Registrering av prosedyrekode REGG00 *Transfusjon av allogene erytrocytter* var ujevnt fordelt mellom helseforetakene. Mange av oppholdene som hadde D62 som eneste annen tilstand var ikke registrert med REGG00. Opphold i DRG 209D (komplisert gruppe) hadde lengre liggetid (maks, median og gjennomsnitt) enn opphold i DRG 209E (ukomplisert gruppe).

Avregningsutvalget ønsket å avgrense problemstillingen til de elektive oppholdene, eller i det minste å se på planlagte opphold og øyeblikkelig hjelp (brudd) som to ulike grupper. Funksjonsfordelinger internt i regionene kan ha påvirkning på data. Avregningsutvalget mistenkte at andre tilstander er underkodet, særlig for akutte opphold.

Både median og gjennomsnittlig liggetid for elektive opphold var en dag lenger i komplisert gruppe enn i den ukompliserte. Hovedtyngden av elektive pasienter i begge DRG-er var i gruppen 70-79 år. Det var forholdsvis flere eldre pasienter over 80 år i den kompliserte DRG-ene enn i den ukompliserte. Det var svært få lårhalsbrudd blant elektive opphold i de to DRG-ene. Bare 0,5 % av oppholdene var registrert med hovedtilstand S72 *Brudd i lårben (femur)*, noe som tyder på riktig koding av innleggelsesmåte. Andel elektive opphold i DRG 209D (komplisert)

varierte fra 53,1 % ved Molde sjukehus til 7,1 % ved Betanien hospital. Gjennomsnittet for landet var 30,3 %.

Avregningsutvalget mente at det fortsatt var stor variasjon i andel opphold i komplisert gruppe og at det nok fortsatt er en del underkoding av andre tilstander. Avregningsutvalget har tatt til etterretning Riksrevisjonen sin påpekning av at det i mange tilfeller ikke var dokumentert godt nok i epikrisen.

På bakgrunn av analyser av elektive opphold med D62 som eneste annen tilstand og REGG00 per HF ble det sendt brev til et utvalg av HF i hvert RHF med høy andel opphold i komplisert gruppe. Det ble også sendt brev til noen sykehus med lav andel opphold i komplisert gruppe. Følgende HF ble tilskrevet: Sørlandet sykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Vestre Viken HF, Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF, Helse Stavanger HF, Helse Bergen HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, Helse Møre og Romsdal HF, Martina Hansens Hospital, Lovisenberg diakonale sykehus.

Følgende spørsmål ble stilt:

1. Hva er gjeldende kriterier for koding av D62 *Akutt posthemoragisk anemi*?
2. Hva er gjeldende kriterier for registrering av NCMP-kode REGG00 *Transfusjon av allogene erytrocytter*?
3. Hvilke øvrige kriterier blir vektlagt, som kan forklare at andelen opphold i komplisert gruppe (DRG 209D) er slik den framkommer for helseforetaket/sykehuset (dvs. høy eller lav)?

I svarene fra HF-ene gikk det fram at det sannsynligvis er en del underkoding av andre tilstander som kunne gitt en komplisert DRG og at det særlig er underkoding av prosedyrekode REGG00. Fordelingen av pasienter er også ulik mellom HF og mellom sykehus innad i et HF. Noen har flere eldre pasienter og det gir utslag i høyere andel opphold i komplisert gruppe. Eldre pasienter har som regel lengre liggetid og andre tilstander som kompliserer oppholdet. Yngre pasienter har ofte færre andre tilstander, slik at de ikke havner i komplisert gruppe.

Avregningsutvalget mente at mistanken om overkoding av andre tilstander ikke ble forsterket etter gjennomgangen av svarene fra HF-ene. For å kunne påvise en eventuell overkoding av andre tilstander er det nødvendig å gjennomføre en dokumentkontroll. Siden Avregningsutvalget ikke mistenkte at det har blitt kodet feil med vilje og anbefalte de ikke dokumentkontroll.

Avregningsutvalget har gjennom sine undersøkelser avdekket underkoding av andre tilstander og særlig av prosedyrekode REGG00. Ulik liggetid tyder på at det er forskjell på pasienter i DRG

209D og 209E. Avregningsutvalget mente at det derfor er riktig å opprettholde skillet mellom de to DRG-ene.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning av opphold i DRG 209D *Innsetting av hoftelddsprotese m/bk*.

Avregningsutvalget anbefaler at D62 som annen tilstand ikke gir kompliserende egenskap. En løsning kan være at prosedyrekode REGG00 gis kompliserende egenskap istedenfor. Det er opp til Helsedirektoratet å finne en god metode for dette, men utvalget kan bistå i arbeidet hvis det er behov for det.

## 17/5979 Kodepraksis for opphold i DRG 89/90 Lungebetennelse & pleuritt > 17 år

Analyser av data for Aktivitetsbasert finansiering (ABF) for 2016 viste at helseforetakene hadde stor variasjon i antall opphold i DRG 89 *Lungebetennelse & pleuritt > 17 år m/bk* og DRG 90 *Lungebetennelse & pleuritt < 17 år u/bk*. Andel opphold i komplisert gruppe (DRG 89) varierte fra 60 til 92 %. Det gir inntrykk av at noen sykehus har opphold hvor det tilsynelatende håndteres flere tilleggstilstander enn ved andre sykehus.

Fire helseforetak skilte seg ut med mange opphold og høy andel i komplisert gruppe: Sykehuset i Vestfold HF, Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Vestre Viken HF. De vanligste hovedtilstandene var J15.9 *Uspesifisert bakteriell pneumoni* og J18.9 *Uspesifisert pneumoni*. Analysene tydet også på ulik praksis for registrering- av andre tilstander med kompliserende egenskaper.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere kodepraksis for opphold i DRG 89 og DRG 90 med fokus på variasjonen i andel kompliserte opphold, sett opp mot kriterier for rapportering av andre tilstander. Problemstillingen bør sees i sammenheng med sak 14/4779 *Andel opphold i medisinske par-DRG* hvor E86 *Væsketap* var kodet som annen tilstand.

Kodeveiledningen<sup>3</sup> for 2016 definerer andre tilstander slik:

***Andre tilstander** er tilstander som eksisterer samtidig med hovedtilstanden eller som utvikler seg i løpet av behandlingsperioden, og som blir gjenstand for undersøkelse og behandling, som det må tas hensyn til eller som får konsekvenser for behandlingen av pasienten.*

Avregningsutvalget vurderte at behandling av saken skulle avgrenses til opphold med annen tilstand E86 *Væsketap* og J90 *Pleuraeffusjon*, ikke klassifisert annet sted. En oversikt over andre tilstander registrert som eneste annen tilstand i DRG 89 viste at J44.9 *Uspesifisert KOLS* (n=416) og J44.0 *KOLS med akutt infeksjon i nedre luftveier* (n=288) var hyppigst registrert. E86 *Væsketap* (n=266) og J90 *Pleuraeffusjon* (n=68) kom lenger ned på lista.

Avregningsutvalget mente at svært få pasienter blir lagt inn i sykehus med ukomplisert lungebetennelse. De som legges inn har andre tilstander i tillegg som kvalifiserer til innleggelse og dermed et komplisert sykdomsbilde. Skillet mellom komplisert og ukomplisert DRG for lungebetennelse er unaturlig. De to DRG-ene burde i alle fall ikke gi ulik vekt. Koding av lungebetennelse var også tema i Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene. Rapporten, som ble offentlig i mars 2017, viste at det var svak kvalitet i den medisinske kodingen. Det var stor grad av feilkoding av både hovedtilstand og andre tilstander.

<sup>3</sup> <https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/Regelverk%20for%20koding%202017.pdf>

Analysen av gjennomsnittlig liggetid og aldersfordeling i de to DRG-ene viste at pasientene i komplisert gruppe (DRG 89) var forholdsvis eldre enn pasientene i ukomplisert gruppe (DRG 90). Både gjennomsnittlig og median liggetid var høyere i komplisert enn ukomplisert gruppe. Gjennomsnittlig liggetid økte med pasientens alder i begge DRG-er.

Det ble sendt brev til fire HF i Helse Sør-Øst RHF som hadde høyest volum av opphold i DRG 89/90, samt høyest andel opphold i komplisert gruppe (DRG 89). Følgende spørsmål ble stilt:

1. Hva kjennetegner pasienter med opphold som grupperer til DRG 89 Lungebetennelse & pleuritt > 17 år m/bk og behandlingen av disse?
2. Hva kjennetegner pasienter med opphold som grupperer til DRG 90 Lungebetennelse & pleuritt > 17 år u/bk og behandlingen av disse?
3. Er gjeldende praksis for koding av andre tilstander i henhold til kodeveiledningen?

Et av HF-ene svarte at pasienter med opphold som grupperer til DRG 89 har ulike andre tilstander hvor det gjøres behandlingstiltak i tillegg til behandlingen av pneumoni, mens pasienter med opphold i DRG 90 ikke har andre tilstander som krever behandlingstiltak. Gjeldende praksis for andre tilstander har vært i henhold til kodeveiledningen.

Et annet HF mente at de var flinkere til å få med relevante andre tilstander ved innleggelse for pneumonier. I kodekontrollen deres avdekkes stadig relevante andre tilstander som ikke er registrert av legen. For eksempel hvis pasienten har KOLS vil det påvirke behandlingen som gis.

Fra det tredje HF-et svarte en av avdelingene at de som har opphold i DRG 89 typisk er pasienter med KOLS, annen komorbiditet som nyresvikt, diabetes eller hjertesvikt eller eldre pasienter som kommer inn dehydrert eller pådrar seg komplikasjoner i lungebetennelsen. De som har opphold i DRG 90 er yngre pasienter, ofte uten komorbiditet, som skrives ut raskere og ikke pådrar seg komplikasjoner til lungebetennelsen. En annen avdeling ble revidert av Riksrevisjonen høsten 2016 i forbindelse med koding av lungebetennelse og pleuritt. Ved gjennomgang av fagrevisorer ble 62 % av oppholdene vurdert til å ha korrekt registrert andre tilstander, mens gjennomsnittet for alle undersøkte sykehus var 51 %. På bakgrunn av dette mener de at det ikke er grunnlag for å tro at de i større grad enn andre avdelinger systematisk overrapporterer andre tilstander.

Det fjerde HF-et svarte at de følger de generelle retningslinjene for koding og dokumenterer de komplikasjoner og bidiagnose de mener er av betydning for diagnostikk og behandling av tilstanden. Hvilke opphold som grupperer til henholdsvis DRG 89 og DRG 90 er avhengig av DRG-logikken. HF-et har en handlingsplan for 2017 for å kvalitetssikre at kompliserende tilstander blir tilstrekkelig dokumentert i løpende journal.

Svarene fra HF-ene endret ikke på Avregningsutvalgets oppfatning. Det er de mest kompliserte pneumoniene som kommer til sykehus. De enkleste luftveisinfeksjonene behandles som

øyeblikkelig hjelp i kommunene. Det er ikke tvil om at det forekommer feilkoding av andre tilstander. Feilkodingen går imidlertid begge veier, det vil si at noen sykehus registrerer for få andre tilstander. Det kan diskuteres om dehydrering og væsketap som annen tilstand skal ha kompliserende egenskaper. Avregningsutvalget ønsket å gi Helsedirektoratet tilbakemelding om det.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning av opphold i DRG 89/90 *Lungebetennelse & pleuritt > 17 år*.

Avregningsutvalget anbefaler Helsedirektoratet å endre logikken slik at E86 *Væsketap* som annen tilstand ikke har kompliserende egenskaper for DRG 89 *Lungebetennelse & pleuritt > 17 år m/bk*. Videre anbefaler Avregningsutvalget at man beholder to DRG-er for lungebetennelse og pleuritt, men at de to DRG-ene vektet likt.

## **17/5582      Kodepraksis ved opphold gruppert til DRG 436B *Andre mentale forstyrrelser som skyldes misbruk u/bk***

Pasienter bosatt i opptaksområdet til Helse Bergen HF hadde særlig mange opphold i DRG 436B *Andre mentale forstyrrelser som skyldes misbruk u/bk*. Analysene av ABF-data for 2016 viste at Helse Bergen HF hadde 28 prosent av totalt antall opphold i DRG 436B.

Vanligste hovedtilstander i DRG 436B ved Helse Bergen HF var F19.0 *Akutt intoksikasjon med flere stoffer*. Generelt var de fleste opphold knyttet til psykiske lidelser som skyldtes bruk av alkohol (hovedtilstand F10.x), opiater (hovedtilstand F11.x) eller flere stoffer i kombinasjon (hovedtilstand F19.x).

De fleste oppholdene ved Helse Bergen HF fant sted ved Akuttenheten (Rusakutten) på Haukeland universitetssykehus. Rusakutten er geografisk plassert ved Bergen legevakt, men inkludert i ISF på særskilt grunnlag, siden enheten organisatorisk tilhører Mottaksklinikken på Haukeland og personellet er ansatt i Helse Bergen HF. I andre regioner vil øyeblikkelig hjelp til pasienter med akutt rusforgiftning i større grad inngå i den kommunale legevaktstjenesten.

Hesledirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere om avviket i antall opphold som grupperes i DRG 436B skyldes variasjon i organisatorisk praksis, medisinsk praksis eller ulik kodepraksis.

Det ble sendt brev til Helse Vest RHF hvor Avregningsutvalget ba Helse Bergen HF om å redegjøre for hvorfor helseforetaket har flere opphold i DRG 436B enn øvrige helseforetak, hvordan tilbudet for pasienter med akutt rusforgiftning er organisert i Helse Bergen HF og hvilke pasienter som får dette tilbudet i Helse Bergen HF.

Helse Bergen HF svarte at tilbudet til denne typen pasienter er organisert annerledes enn i alle andre helseforetak. Ved livstruende overdoser hvor ambulanse blir tilkalt, blir pasienten stabilisert og innlagt i sykehus. Pasientene tilbys i tillegg et tverrfaglig tilbud i Helse Bergen HF med tett samarbeid innenfor rus, psykiatri og somatikk. Helse Bergen HF mener at dette gir behandlerne en breddekompetanse og helhetlig tilnærming til pasientgruppen.

Videre svarte Helse Bergen HF at de fleste pasientene med akutt rusforgiftning i Helse Bergens opptaksområde blir overvåket og behandlet ved en egen spesialtilpasset, somatisk enhet, Akuttposten. Organisatorisk er Akuttposten en enhet i Mottaksklinikken i Helse Bergen HF. Enheten har 10 senger og er døgnbemannet med sykepleier og lege tilstede. Helse Bergen HF kjenner ikke til at denne pasientgruppen har tilsvarende tilbud i resten av landet. De svarte også at tilbudet ved Akuttposten også omfatter pasienter med alvorlige rusproblemer som er motivert for, og ønsker avrusning, men som ikke pr definisjon lider av overdose. Slike pasienter blir trolig i mindre grad innlagt i somatiske sykehus andre steder i landet.



Avregningsutvalget vurderte at dette er mer et spørsmål om organisering av tilbudet, enn medisinsk kodepraksis. Avregningsutvalget ber om at ordningen for rusakutte behandlinger blir evaluert.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning av opphold i DRG 436B *Andre mentale forstyrrelser som skyldes misbruk u/bk* ved Helse Bergen HF.

Avregningsutvalget ber Helsedirektoratet å følge opp om endring i organisering av tilbudet som kan påvirke DRG-vektene fremover.

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

I data for Aktivitetsbasert finansiering (ABF) for 2016 grupperte 3 397 konsultasjoner til DRG 801R *Lokal smertebehandling*. En stor andel av konsultasjonene var registrert ved Sykehuset i Vestfold HF. Vanligste hovedtilstand ved Sykehuset i Vestfold var R52.2 *Annen kronisk smerte*, og de vanligste prosedyrekodene var WDAL15 *Akupunktur*, ACGX99 *Nevrolyse IKA*, WDAP89 *Perifer nerveblokkade INA* og WDAP79 *Muskelblokkade INA*.

Sykehuset i Vestfold registrerte bruk av akupunktur oftere enn andre helseforetak, og oftest med hovedtilstand R52.2. Ved andre helseforetak ble akupunktur hovedsakelig benyttet i forbindelse med svangerskap og fødsel, med vanligste hovedtilstand Z37.0 *Enkeltfødsel, levendefødt*.

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

Analyser av antall pasienter i DRG 801R med tilstandskode R52.2 *Annen kronisk smerte* viste at Sykehuset Vestfold hadde vesentlig flere pasienter i denne kategorien enn øvrige sykehus. På bakgrunn av analysene ba Avregningsutvalget Sykehuset i Vestfold begrunne valg av R-diagnose som hovedtilstand isteden for en mer spesifikk diagnose for smertetilstand.

Sykehuset i Vestfold HF svarte at de har hatt en systematisk oppbygging av tilbudet til kroniske smertepasienter gjennom opprettelsen av egen Smerteklinikk. Det har etablert seg en praksis ved Smerteklinikken der diagnosegruppen som registreres ved vurdering av henvisning i stor grad er blitt hengende ved kontakten som kode for hovedtilstand, denne praksisen opphører med umiddelbar virkning og kvalitetssikringsrutinene legges om.

De svarte videre at de har bygget opp et tilbud over tid, som er særegent for SiV, med akupunktur for brystkrefteropererte kvinner. De fleste brystkreftsvulstene hos kvinner er hormonfølsomme. I østrogen-sensitiv brystkreft virker østrogen som en vekstfaktor i kreftcellene. Kvinner med slike svulster tilbys antiøstrogenterapi i 5 til 10 år. Den mest vanlige bivirkningen av antiøstrogenmedisinen tamaxifen er hetetokter, ca 80 % rapporterer slike plager. Medisiner mot hetetokter har ofte store bivirkninger. SiV svarte at erfaringen hos dem og ny forskning viser at akupunktur er et godt alternativ til tradisjonell medikamentell behandling. Akupunktoren er derfor til god hjelp mot smerter som mange av pasientene sliter med etter kirurgi. Dette er relativt uspesifikke smerter og SiV har valgt å benytte kode R52.2 ved disse kontaktene.

Avregningsutvalget ba Sykehuset i Vestfold om en presisering av omfanget av hetetokter vs. smerter, hvilke koder de skal erstatte dagens koding med, om pasientene er ferdigbehandlet for sin kreft eller fortsatt under behandling for kreft og om pasientene har ett eller flere behandlingsforløp med smerter og hetetokter eller kun hetetokter.

Sykehuset i Vestfold HF svarte at brystkreftpasienter behandles for tilstander som oppstår som en konsekvens av cellegift og antiøstrogen behandling som pågår over 10 år. Symptombildet er sammensatt og kvinnene plages av menopausale symptomer som er hyppigere og sterkere enn de som friske kvinner opplever. Pasientene opplever smerte, hetetokter, hodepine, insomnia, fatigue, myalgi, kognitive forandringer og polynevropati. Sykehuset i Vestfold HF svarte videre at det ikke gir mening å antyde hver av disse symptomenes/tilstandenes andeler av totalen gitt egen kodepraksis. De fleste pasientene er henvist mens de fortsatt får cellegift/radioterapi. Andre henvises på et senere tidspunkt vanligvis i forbindelse med antiøstrogenbehandling og at pasientene oftest har flere behandlingsforløp.

Avregningsutvalget mente at det ikke er innenfor deres mandat å vurdere hva som er adekvat behandling eller ikke, men ønsker her å påpeke unaturlig høy bruk av smertekoder. Dette er smertekoder på en etablert behandling som inngår i ISF. Anbefalingen fra utvalget skal ikke hindre nye og gode behandlingsmetoder, men utprøvende behandling skal finansieres på annet vis. Avregningsutvalget vurderte at det er akseptabelt at det er brukt smertekode i 20 prosent av oppholdene der hovedtilstanden er R52.2 og det er rapportert prosedyrekode for akupunktur. Resten av oppholdene regnes som utprøvende behandling, vanlig konsultasjon uten prosedyrer eller at dette egentlig er innenfor primærhelsetjenesten (fastlege).

#### Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at 80 % av opphold i DRG 801R *Lokal smertebehandling* registrert med hovedtilstand R52.2 *Annen kronisk smerte* og prosedyrekode WDAL15 *Akupunktur* ved Sykehuset i Vestfold HF avregnes med bakgrunn i at bruk av akupunktur ved hetetokter ikke er etablert behandling og derfor ikke skal finansieres gjennom ISF-regelverket.

## 17/5577 Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide

Analysen av data for Aktivitetsbasert finansiering (ABF) for 2016 viste at pasienter bosatt i opptaksområdet til Nord-Trøndelag HF hadde en vesentlig høyere andel opphold i DRG 914Q *Fosterdiagnostiske undersøkelser* sammenlignet med øvrige opptaksområder i regionen og i landet. Ved Helse Nord-Trøndelag HF viste analysene at det i 2. tertial 2016 var 1 556 opphold i DRG 914Q, tilsvarende åtte prosent av alle opphold i DRG-en (n=18 465).

Vanligste hovedtilstander i DRG 914Q var Z36.3 *Prenatal diagnostikk med henblikk på misdannelser ved hjelp av ultralyd og andre fysiske undersøkelsesmetoder* og Z36.4 *Prenatal diagnostikk med henblikk på veksthemming hos foster ved hjelp av ultralyd og andre fysiske undersøkelsesmetoder*. Disse kodene var oftere brukt ved Helse Nord-Trøndelag HF enn ved andre helseforetak.

Rutinemessige kontroller av friske gravide kodes normalt med hovedtilstand Z34 *Kontroll av normalt svangerskap* eller Z35 *Kontroll av høyrisikosvangerskap* og grupperes til DRG 914O *Poliklinisk konsultasjon vedrørende svangerskap, fødsel og barseltid* eller DRG 914P *Obstetrisk diagnostisk tiltak, inkludert screening av gravide*. Analysene av ABF-data viste at Helse Nord-Trøndelag har en mye høyere andel opphold i DRG 914Q enn øvrige helseforetak.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere grunnlaget for den høye forekomsten av prenatal diagnostikk ved Helse Nord-Trøndelag HF.

Det ble sendt brev til Helse Midt-Norge RHF hvor Avregningsutvalget ba Helse Nord-Trøndelag HF redegjøre for praksis for koding av svangerskapskontroller. Som grunnlag for saksbehandlingen ble det også sendt brev til Nasjonalt senter for fostermedisin med spørsmål om praksis for koding av svangerskapskontroller.

Nasjonalt senter for fostermedisin ved St. Olavs hospital HF svarte at kodepraksis ved St. Olavs hospital HF for amniocentese og CVS er tilstandskode Z36.0 *Prenatal diagnostikk med henblikk på kromosomavvik* kombinert med prosedyrekodene MAA00K *Amniocentese, ultralydveiledet* eller MAB06K *Biopsi av koriontotter, ultralydveiledet*.

Helse Nord-Trøndelag HF svarte at de har med utgangspunkt i kodeveiledningen for 2016 brukt kode Z36.3 ved svangerskapsundersøkelser av gravide da denne spesifiserer at det benyttes ultralyd. Helseforetakets tolkning av kode Z34.0 er svangerskapsundersøkelse for eksempel CTG, blodtrykk m.m. For kontakter der hovedinnholdet i helsehjelpen er prenatal diagnostikk kodes hovedtilstanden med en av kodene fra Z36. Denne koden blir brukt dersom det ikke gjøres noen patologiske funn.

Avregningsutvalget mente at det er en misforståelse knyttet til bruk av kodene. Det er kun fosterdiagnostisk senter som skal kunne bruke Z36.3 til fosterdiagnostikk eller misdannelser. Z34.0 skal brukes til screening av førstegangsfødende.

Avregningsutvalget ønsket å skrive til flere sykehus som ikke har fostermedisinsk senter med spørsmål om valg av hovedtilstand Z36.4. Det ble sendt brev til Nordlandssykehuset HF og Helse Møre og Romsdal HF med spørsmål om valg av hovedtilstand Z36.4 *Prenatal diagnostikk med henblikk på veksthemming hos foster ved hjelp av ultralyd og andre fysiske undersøkelsesmetode.*

Nordlandssykehuset HF svarte at det var flest opphold i DRG 914Q med hovedtilstand Z36.4 *Kontroll av svangerskap hos flergangsfødende (høy paritet)* ved avdeling Vesterålen. Praksisen er at koden brukes som hovedtilstand ved mistanke om vektavvik og når man anser behovet for ny kontroll.

Helse Møre og Romsdal HF svarte ikke innen Avregningsutvalgets siste møte.

Avregningsutvalget mente at kodeveiledningen er klar på at ved oppfølging av veksthemming skal det brukes O-koder og ikke prenataldiagnostikk, for eksempel O36.5 *Omsorg for og behandling av mor ved langsom fostervekst.* Likevel har det oppstått misforståelser ute på sykehusene. Beskrivelsen av kodene kunne derfor ha vært tydeligere i kodeveiledningen, for eksempel ved å ta med eksklusjoner. Avregningsutvalget anbefaler Helsedirektoratet å se på logikken for disse DRG-ene. Er det noen grunn til at det skal være forskjellig vekt?

Saken følges opp neste år med analyser av ABF- data for 2017.

#### Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 914Q *Fosterdiagnostiske undersøkelser* med hovedtilstand Z36.3 *Prenatal diagnostikk med henblikk på misdannelser ved hjelp av ultralyd og andre fysiske undersøkelsesmetoder* og Z36.4 *Prenatal diagnostikk med henblikk på veksthemming hos foster ved hjelp av ultralyd og andre fysiske undersøkelsesmetoder* avregnes og gis refusjon lik DRG 914P *Obstetrisk diagnostisk tiltak, inkludert screening av gravide* ved Helse Nord-Trøndelag HF, Nordlandssykehuset HF og Helse Møre og Romsdal HF.

Avregningsutvalget anbefaler at Direktoratet for E-helse går gjennom beskrivelsen av kodene for prenatal diagnostikk i kodeveiledningen, for å rydde unna eventuelle misforståelser.

Avregningsutvalget anbefaler at Helsedirektoratet ser på logikken for vektning av DRG 914Q *Fosterdiagnostiske undersøkelser* (0,027) og om det er noen grunn til at denne DRG-en vektet ulikt enn DRG 914P *Obstetrisk diagnostisk tiltak, inkludert screening av gravide* (0,022).

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

Analyser av data for Aktivitetsbasert finansiering (ABF) for 2016 viste at pasienter bosatt i Vestfold hadde vesentlig flere opphold per 1 000 innbyggere i DRG 144 *Sirkulasjonssykdommer ITAD m/bk* enn pasienter bosatt i andre fylker. Sykehuset i Vestfold hadde et høyt antall opphold kodet med Z95.X *Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar*. Samme tendens observeres ved Sykehuset Innlandet HF og Vestre Viken HF. Av andre tilstander var det høyest forekomst av I10 *Essensiell (primær) hypertensjon*, I25.1 *Aterosklerotisk hjertesykdom* og I20.0 *Ustabil angina*.

Kodeveiledningen for 2016 presiserte at Z95 ikke skal brukes som hovedtilstand etter behandling av akutt koronarsykdom, klaffekirurgi eller innleggelse av pacemaker/ICD:

*21.10 Etterbehandling etter ACB, klaffekirurgi eller innleggelse av pacemaker/ICD (...)*  
*Hvis pasienten fortsatt har den tilstanden som ble behandlet blir den i utgangspunktet hovedtilstand. Hvis tilstanden er helbredet ved kirurgi er i stedet riktig kode Z48.8 **Annens spesifisert etterbehandling etter operasjon**. Hvis pasienten har fått satt inn et implantat eller elektronisk utstyr kodes dette med en kode fra Z95 **Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar**, blant andre tilstander.*

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget om å vurdere valg av hovedtilstand for opphold som grupperes til DRG 144 ved Sykehuset Vestfold HF, Vestre Viken HF og Sykehuset Innlandet HF.

Det ble sendt et brev til Helse Sør-Øst RHF hvor Avregningsutvalget ba Sykehuset i Vestfold HF, Vestre Viken HF og Sykehuset Innlandet HF redegjøre for valg av hovedtilstand Z95 for disse oppholdene.

Sykehuset i Vestfold HF (SIV) svarte at rutinen med å bruke Z95.X hadde sneket seg inn for å anskueliggjøre at det hadde vært utført et inngrep. De vil endre kodepraksis etter henvendelsen fra Avregningsutvalget.

Sykehuset Innlandet HF svarte at det hadde vært utilsiktet feilkoding på grunn av manglende kunnskap om bruk av koden. De vil også endre kodepraksis etter henvendelsen fra Avregningsutvalget.

Vestre Viken HF svarte at spørsmålene fra Avregningsutvalget ble gjennomgått ved de fire medisinske avdelingene og at det dessverre ikke har blitt kodet i tråd med kodeveilederen i disse tilfellene. Kode for hovedtilstand ble gjennomgått for oppholdene i 2016 og viste at nåværende hovedtilstandskode skulle vært kodet som annen tilstand. Sykehuset vil følge slik opp at fremtidig koding blir korrekt.

Avregningsutvalget vurderte at svarene fra helseforetakene var klare og mente at det var påfallende at kodeveiledningen ikke har nådd frem. Sekretariatet presenterte forslag til teknisk beregning for avregning ned til landsgjennomsnittet.

Anbefaling:

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

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

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

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

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere bakgrunnen for det høye antall opphold i DRG 87 ved Sykehuset i Vestfold, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Vestre Viken HF. Det var ønsket en vurdering av hvorvidt J96 var riktig valg av hovedtilstand. Vurderingen bør sees i sammenheng med kodepraksis for opphold i DRG 475B *Sykdommer i åndedrettsorganer med PEEP support* og 904B *Poliklinisk konsultasjon vedr KOLS*.

Det ble sendt et brev til Helse Sør-Øst RHF hvor Avregningsutvalget ba Sykehuset i Vestfold HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Vestre Viken HF redegjøre for hvorfor disse helseforetakene har en høyere andel opphold som grupperes i DRG 87 enn øvrige helseforetak i regionen og landet for øvrig.

Sykehuset i Vestfold svarte at J96 har blitt registrert som hoveddiagnose når pasienter ble behandlet med BiPAP på medisinsk overvåkning, fordi det var respirasjonssvikten som utløste merarbeidet.

Oslo universitetssykehus svarte at helseforetaket er organisert i flere klinikker. Lungemedisinsk avdeling ved Ullevål, er organisert i Medisinsk klinikk, og har regionansvar i behandling av respirasjonssvikt uavhengig av grunnlidelse. Lungeavdelingen ved Rikshospitalet, er organisert i Hjerte-, lunge- og karklinikken og har landsfunksjon for lungetransplantasjon. Pasientene er henvist for transplantasjonsutredning og da er kronisk respirasjonssvikt, ikke grunnsykdommen, det sentrale.

Sykehuset Innlandet svarte at det har vært manglende kunnskap knyttet til bruk av J96. Alle avdelingene ved Sykehuset Innlandet har som følge av henvendelsen fra Avregningsutvalget blitt



informert om riktig bruk av kode J96 og helseforetaket vil jobbe for videre enhetlig og korrekt koding i Sykehuset Innlandet.

Vestre Viken svarte at de fire medisinske avdelingene har gått gjennom bruken av J96 i 2016. J96 har blitt feilaktig satt som hovedtilstandskode i en del tilfeller hvor koden skulle vært annen tilstand. Hyppigste korrekte hovedtilstandskode skulle vært J44.0 *kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt infeksjon i nedre luftveier*, J44.1 *kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt uspesifikk forverring* og J15 *bakteriell pneumoni*. De diagnoser som skulle vært hovedtilstand fremkommer som annen tilstand hos de fleste pasienter.

Avregningsutvalget mener at i henhold til gjeldende kodeverk har det ikke blitt kodet riktig hoveddiagnose for disse oppholdene.

Anbefaling:

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

## 16/12822 Pasienter med episoder som overlapper i tid

### *Del 1 – Nærliggende sykehus*

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

Avregningsutvalget behandlet saken i 2016. Analyser av ABF-data for 2015 viste at mange pasienter hadde minst en episode ved sykehus 1 som overlappet ved sykehus 2. Avregningsutvalget ønsket å se om det var unødig oppstyking av opphold eller andre uregelmessigheter i registreringspraksis som lå bak. Pasientflyten mellom følgende sykehus ble undersøkt:

- Helse Fonna HF og Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus
- Sykehuset Innlandet HF og Revmatismesykehuset AS
- Sykehuset Telemark HF og Betanien Hospital

Avregningsutvalget mente at dette i hovedsak er pasienter som går mellom et helseforetak og en privat institusjon, som har avtale på RHF nivå. Disse sykehusene er juridiske enheter og kan sende regning til hverandre. Spørsmålet er om de kjøper tjenester hos hverandre eller ikke.

Avregningsutvalget diskuterte ulike kombinasjoner av overlappende opphold og ga en vurdering av hvilke kombinasjoner av overlappende opphold som kan godkjennes og ikke.

Fire godkjente varianter av overlappende episoder<sup>4</sup>:

1. En poliklinisk konsultasjon ved sykehus 1 etterfulgt av en innleggelse ved sykehus 2.
2. En poliklinisk konsultasjon ved sykehus 1 etterfulgt av en poliklinisk konsultasjon ved sykehus 2.
3. En innleggelse ved sykehus 1 etterfulgt av en poliklinisk konsultasjon ved sykehus 2.
4. En innleggelse ved sykehus 1 etterfulgt av en innleggelse ved sykehus 2 for samme diagnose.

To varianter det stilles spørsmålstegn til:

- En innleggelse ved sykehus 1 etterfulgt av en innleggelse ved sykehus 2 og deretter enda en innleggelse ved sykehus 1 med tilnærmet samme diagnose. Dette skal være ett

---

<sup>4</sup> For de tre første variantene forutsettes det ulike diagnoser og prosedyrer ved sykehus 1 og 2.

«sykehusopphold» og ikke tre. Her må sykehus 1 «kjøpe» tjenester hos sykehus 2 og gjøre opp internt.

- En innleggelse ved sykehus 1 etterfulgt av en poliklinisk konsultasjon ved sykehus 2 og deretter en ny innleggelse ved sykehus 1. Dette skal også være ett «sykehusopphold». Poliklinisk tjeneste ved sykehus 2 må kjøpes av sykehus 1.

Avregningsutvalget anbefalte i 2016 at de to kombinasjoner av opphold ved sykehus 1 og 2 som hovedprinsipp avregnes slik at oppholdet/konsultasjonen i midten strykes i de sakene som er gjennomgått. Ett medlem dissenterte for variant 1, begrunnet i at helseforetak/sykehus som er juridiske enheter godkjent for ISF-finansiering skal sende separate regninger for opphold. Med bakgrunn i etterfølgende diskusjoner kom Avregningsutvalget fram til at denne problemstillingen må utredes nærmere slik at medisinske, strukturelle og juridiske aspekter blir avklart.

En av Helsedirektoratets jurister ble kontaktet for å få avklart hvem som har det juridiske ansvaret for pasienten ved overføring av pasienter mellom institusjoner og om det stemmer at juridiske enheter godkjent for ISF-finansiering kan sende separate regninger for opphold. Det er ingenting i *Lov om spesialisthelsetjenesten* (§ LOV-1999-07-02-61) som kan avklare disse spørsmålene. Juristen mente at man må skille mellom juridisk ansvar og finansiering og viste til ISF-regelverket for en avklaring. ISF-regelverket har heller ingen klare regler for finansiering ved overlappende opphold. Per i dag beregnes poeng per rapporteringsenhet og ikke per foretak. Helsedirektoratet erkjenner at dette er en kjent svakhet i beregningsreglene. Likevel kan man ikke endre på det prinsippet gjennom en avregningssak. Men dersom det er bevis for at noen har rapportert feil data til NPR eller bevisst organisert tjenestetilbudet med sikte på å kunne generere flere opphold, kan det gi grunnlag for avregning.

Etter disse avklaringene konkluderte Avregningsutvalget med at man ikke kan anbefale avregning, siden problemstillingen ligger utenfor mandatet. Anbefalingen fra 2016 om hvilke opphold som bør godkjennes og ikke står fortsatt.

#### Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning av overlappende opphold ved nærliggende institusjoner, på grunn av at problemstillingen går ut over utvalgets mandat.

Avregningsutvalget oppfordrer Helsedirektoratet til å se på modeller for finansiering av pasientforløp.

### *Del 2 - Samtidige døgnopphold*

Helsedirektoratet meldte til Avregningsutvalget i 2016 at de hadde funnet tilfeller der pasienter hadde samtidige døgnopphold ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) og Oslo kommunale legevakt (Legevakten). I data for ABF i 2015 var 447 pasienter registrert med døgnopphold og overnatting (liggetid > 0) samtidig ved begge enheter. Det var totalt 454 dobbeltregistrerte døgnopphold ved de to enhetene i ABF-data for 2015.

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

Skadelegevakten ved OUS og Observasjonsposten ved Legevakten er samlokalisert i Storgata 40. Dobbeltregistreringene skyldes en teknisk feil ved overføring av pasienter mellom DIPS Arena (OUS) og DIPS Classic (legevakten). Feilen oppsto ved innføring av DIPS 20. oktober 2014. OUS har korrigert registreringer i pasientdata tilbake til 31.8.2016 og forventer avregning også for 2016.

Analyser av ABF-data for 2016 viste 271 døgnopphold der pasienten var registrert med samtidige døgnopphold begge steder. Avregningsutvalget mente at dette må avregnes på samme måte som tidligere år.

#### Anbefaling:

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

## **16/7664      Kodepraksis for opphold i DRG 461O *Operasjoner på pasienter i HDG 23, dagkirurgisk behandling***

Denne saken ble først behandlet i 2016. Analyser av data for aktivitetsbasert finansiering (ABF) for 2015 viste at antall opphold i DRG 461O *Operasjoner på pasienter i HDG 23, dagkirurgisk behandling* var ujevnt fordelt mellom pasientenes bostedsfylker. Pasienter bosatt i Buskerud hadde langt flere opphold i DRG 461O enn pasienter bosatt i andre fylker, sett i sammenheng med innbyggertallet. Vestre Viken HF hadde flest opphold i DRG-en og deres kodepraksis skilte seg fra de andre HF-ene ved at de fleste oppholdene var registrert med hovedtilstand Z48.0 *Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av operasjonsbandasjer/suturer*.

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

Vestre Viken HF forklarte veksten i DRG 461O med en avdelings omlegging av kodepraksis i 2015 der Z48.0 ble valgt som hovedtilstand ved sårbehandling. Avdelingen ønsket å kode sårbehandling etter samme prinsipp som koding av bruddskader. De viste til at kontaktårsak kan angis ved diagnosesetting i tilfeller der «... en person har gjentatte kontakter med helsevesenet for samme sykdom eller skade, der innleggelse av praktiske og terapeutiske årsaker er delt opp i flere planlagte seanser», jf. ICD-10, Kapittel XXI, avsnitt c). Kodepraksis for sårbehandling ble imidlertid endret tilbake til tidligere praksis i løpet av 2015. I følge Vestre Viken HF skulle det vært kodet for medisinske tilstander fra L89 *Dekubitalsår og trykkskade* istedenfor Z48.0 *Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av operasjonsbandasjer/suturer*.

Avregningsutvalget anbefalte for ABF 2015 at opphold i DRG 461O *Operasjoner på pasienter i HDG 23, dagkirurgisk behandling* med hovedtilstand Z48.0 *Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av operasjonsbandasjer/suturer* ved Vestre Viken HF skulle avregnes ved at det beregnes ny refusjon basert på hovedtilstand fra L89 *Dekubitalsår og trykkskade* og registrerte prosedyrekode.

Analyser av ABF-data for 2016 viste at Vestre Viken HF har endret kodepraksis. Det var imidlertid en vekst i antall opphold i DRG 461O ved et sykehus i Helse Sør-Øst RHF. Det var også en vekst i andel opphold i DRG 461O med hovedtilstand Z48.0 for pasienter bosatt i de to nordligste fylkene. Dette bør følges opp neste år.

### Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning av opphold i DRG 461O *Operasjoner på pasienter i HDG 23, dagkirurgisk behandling* med hovedtilstand Z48.0 *Kontakt med helsetjenesten for*

*ettersyn av operasjonsbandasjer/suturer ved Vestre Viken HF, på grunn av at kodepraksis er endret.*

## 16/7356      **Kodepraksis for opphold i DRG 297 Ernærings- og stoffskiftesykd ITAD > 17 år u/bk**

Denne saken ble først behandlet i 2016. Analyser av data for aktivitetsbasert finansiering (ABF) for 2015 viste at antall opphold i DRG 297 *Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk* var ujevnt fordelt mellom pasientenes bostedsfylker. Pasienter bosatt i Hedmark hadde langt flere opphold i DRG 297 enn pasienter bosatt i andre fylker, sett i sammenheng med innbyggertallet. Også pasienter bosatt i Finnmark og Nordland hadde flere opphold i DRG-en enn landsgjennomsnittet. Sykehuset Innlandet HF og Nordlandssykehuset HF hadde flest opphold i DRG 297 i 2015. Registreringspraksisen ved disse helseforetakene skilte seg fra de øvrige ved at mange av oppholdene var registrert med hovedtilstand E66 *Fedme* og annen tilstand G47.3 *Søvnapné*. Ved Sykehuset Innlandet hadde 249 av 505 opphold denne kodingen.

Avregningsutvalget anbefalte for ABF 2015 avregning av opphold i DRG 297 *Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk* for Sykehuset Innlandet HF og Nordlandssykehuset HF.

Analyser av ABF-data for 2016 viser at begge sykehusene har endret kodepraksis, men trolig ikke før litt utpå året. Avregningsutvalget berømmer dem for å ha endret praksis, men anbefaler likevel avregning også for oppholdene som er feilkodet i 2016.

Pasienter bosatt i Finnmark har imidlertid langt flere opphold i DRG 297 per 1 000 innbyggere i 2016 enn i 2015. Avregningsutvalget ønsker å vite mer om hva dette kan skyldes. Saken følges derfor opp i 2018.

### Anbefaling:

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

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

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

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

Avregningsutvalget anbefalte for ABF 2015 avregning av opphold i DRG 416N *Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år* ved Sykehuset i Vestfold HF og Vestre Viken HF.

Analyser av ABF-data for 2016 viste endring i kodepraksis ved Vestre Viken HF, helseforetaket hadde 0,3 opphold i DRG 416N per 1000 innbyggere sammenlignet med et landsgjennomsnitt på 0,5. Analysene viste at det fortsatt var høy forekomst av antall opphold i DRG 416N ved Sykehuset Vestfold HF, helseforetaket hadde 1,1 opphold per 1000 innbyggere og utvalget anbefalte avregning for oppholdene som er feilkodet i 2016 etter samme metode som tidligere anbefalinger i saken.

Anbefaling:

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

Vurdering av habilitet:

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



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

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

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

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

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

Avregningsutvalget anbefalte for ABF 2015 avregning av opphold i DRG 372 med tilstandskode O71.4 ved Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Østfold HF, Helse Stavanger HF og Sykehuset Telemark HF til landsgjennomsnittet.

Analyser av ABF-data for 2016 viste at helseforetakene som ble avregnet for ABF 2015 har endret kodepraksis. Det var imidlertid en vekst i antall opphold i DRG 372 med tilstandskode O71.4 ved andre helseforetak. Saken følges opp neste år.

### Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning av opphold i DRG 372 med tilstandskode O71.4.

## 16/3860 Kodepraksis for nyfødte - ulik bruk av tilstandskoder

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

Analyser av ABF-data for 2015 viste at det var store variasjoner mellom HF i antall opphold i DRG 390 *Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem* versus antall opphold i DRG 391 *Frisk nyfødt*. Andel opphold i DRG 390 ble endret mye fra 2014 til 2015. For opphold med hovedtilstand P92 *Problemer med næringsinntak hos nyfødt* og P03.4 *Foster og nyfødt påvirket ved forløsning ved keisersnitt* gikk andelene ned på bakgrunn av tidligere behandling av saken. Samtidig økte andel opphold med disse hovedtilstandene ved andre sykehus. Også andel opphold med hovedtilstand P83.1 *Erythema toxicum neonatorum* økte. I tillegg ba Helseledningsutvalget Avregningsutvalget følge opp bruken av følgende tilstandskoder:

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

Avregningsutvalget anbefalte for ABF 2015 avregning av opphold i DRG 390 for tilstandskodene P92, Q65, P83.1 og P59.8. For ABF 2016 ble kodereglene endret og kodene P92 og P83.1 har ikke kompliserende egenskaper lenger. Sekretariatet har gått gjennom ABF-data for 2016 og laget forslag til tekniske beregninger for P59.8 og Q65:

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

Avregningsutvalget anbefalte for ABF 2015 avregning av opphold med hovedtilstandskode P59.8 *Gulsott hos nyfødt som følge av andre spesifiserte årsaker* ved Vestre Viken HF og Helse Stavanger HF ved å gi alle episoder i DRG 390 *Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem* med tilstandskode P59.8 over landsgjennomsnittet (uten berørte sykehus) refusjon lik DRG 391 *Frisk nyfødt*.

Helse Stavanger HF har i ABF 2016 endret kodepraksis og tas derfor ut av avregninga. Vestre Viken HF avregnes på samme måte som tidligere år.

### Anbefaling:

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

### *Q65 Medfødte deformiteter i hofter*

Avregningsutvalget anbefalte for ABF 2015 avregning av opphold med hovedtilstandskode Q65 *Medfødte deformiteter i hofter* ved Helse Stavanger HF ved å gi alle episoder i DRG 390 *Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g*, med annet signifikant problem med tilstandskode Q65 over landsgjennomsnittet (uten berørte sykehus) refusjon lik DRG 391 *Frisk nyfødt*. Analyser av ABF-data for 2016 viser at Helse Stavanger HF ikke har endret kodepraksis og anbefales avregnet ned til landsgjennomsnittet uten Helse Stavanger HF.

#### Anbefaling:

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

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

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

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

I 2008 fikk Helsedirektoratet brev fra Helse Sør-Øst RHF med spørsmål om koding av aktivitet ved behandling av pasienter med sykelig overvekt. Direktoratet svarte at den beskrevne aktiviteten skulle kodes med hovedtilstand E66 *Fedme* (jf. brev 18.4.2008).

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

I ABF-data for 2014 hadde fire institusjoner i Helse Sør-Øst RHF opphold i DRG 8620 med E66 som annen tilstand: Sykehuset i Vestfold HF, Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Akershus universitetssykehus HF. Det ble sendt brev til de fire helseforetakene med spørsmål om behandlingstilbud og hvilken helsehjelp som er gitt til pasienter med opphold i DRG 8620 registrert med E66 *Fedme* som annen tilstand. Problemstillingen var om den beskrevne aktiviteten kunne klassifiseres som behandling eller rehabilitering. Helsedirektoratets definisjoner av hva som kan regnes som behandling og rehabilitering ligger til grunn og disse definisjonene har ikke endret seg. Avregningsutvalget vurderte den gang de beskrevne tilbudene som utmerkede behandlingstilbud, men at de ikke kunne defineres som rehabilitering. At noen pasienter fikk tilbudet før eventuell kirurgi talte for at det skulle klassifiseres som behandling. Avregningsutvalget vurderte at kodingen av oppholdene, og dermed finansieringen, var feil.

Analyser av ABF-data for 2016 viste at alle de fire helseforetakene hadde færre opphold i DRG 8620 *Poliklinisk rehabilitering* med annen tilstand E66 *Fedme* enn året før. Det tyder på at de i

ulik grad har endret kodepraksis eller eventuelt lagt om pasienttilbudet. Sykehuset i Vestfold HF og Sørlandet sykehus HF hadde flest opphold i DRG 8620 registrert med annen tilstand E66, henholdsvis 4 426 og 1 238 opphold. Akershus universitetssykehus HF hadde 65 opphold. Sykehuset Innlandet HF hadde kun ett opphold og holdes utenfor avregningen.

Anbefaling:

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

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

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

Avregningsutvalget anbefalte for ABF 2014 at opphold registrert med hovedtilstandskode Z03.3 *Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet* skulle avregnes ned til gjennomsnittet for landet for øvrig ved Helse Bergen HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Vestre Viken HF, Akershus universitetssykehus HF.

Analyser av ABF-data for 2015 viste at flere av de avregnede HF hadde endret kodepraksis i løpet av 2015: Vestre Viken HF, Helse Bergen HF og til dels Akershus universitetssykehus HF. Mens Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Telemark HF fortsatt hadde stor andel opphold med Z-koder. Akershus hadde fortsatt stor andel opphold med Z-koder i DRG 35. Også helseforetak som ikke ble tilskrevet hadde stor andel opphold med Z03.3 som hovedtilstandskode, enten i både DRG 34 og 35 eller i en av DRG-ene.

Analyser av ABF-data for 2016 viste at også Sykehuset Telemark HF har endret kodepraksis. Sykehuset Østfold HF har også endret kodepraksis, men hadde fortsatt noen opphold i DRG 34 og 35 som var registrert med Z03.3. Andre sykehus, som tidligere ikke har vært tilskrevet i saken, hadde imidlertid langt større andel opphold kodet med hovedtilstand Z03.3 i de to DRG-ene. Disse kan ikke avregnes før de har fått anledning til å svare for sin kodepraksis. Saken må derfor følges opp i 2018.

### Anbefaling:

Avregningsutvalget kan ikke anbefale avregning av opphold registrert med hovedtilstandskode Z03.3 *Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet* gruppert til DRG for ABF 2016. Saken må følges opp i 2018.

## 15/1804 Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger

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

Avregningsutvalget anbefalte for ABF-data for 2015 avregning av innleggelser registrert med prosedyrekode AAFX00 *Polygrafi* og hovedtilstandskode G47.3 *Søvnapné* eller R06.5 *Munnpusting* gruppert til DRG 520 *Obstruktivt søvnapné syndrom* ved Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet, Helse Førde HF og en avdeling ved Oslo universitetssykehus HF. Oppholdene ble avregnet ut fra et nasjonalt gjennomsnitt for de øvrige institusjonene.

Analyser av ABF-data for 2016 viste at de avregnede sykehusene har endret kodepraksis, men til ulike tidspunkt. For Helse Førde HF var kodepraksis allerede endret i januar, mens for de øvrige sykehusene så det ut til at kodepraksis ble endret først senere på året.

Avregningsutvalget mener at utviklingen i kodepraksis går riktig vei i og at det er positivt at de tidligere avregnede sykehusene har endret kodepraksis. Helse Førde HF, som hadde endret kodepraksis tidlig, bør holdes utenfor avregningen for ABF 2016. De øvrige sykehusene bør avregnes på samme måte som tidligere år. Samtidig ble det stilt spørsmål til at andel opphold i DRG 520 økte fra 2015 til 2016 ved Helgelandssykehuset HF og Vestre Viken HF. Det er en utvikling i feil retning sett i lys av tidligere anbefaling i saken. Disse HF-ene må følges opp i analyser neste år.

### Anbefaling:

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

## **15/1634      Korte døgnopphold DRG 242C Spesifikke inflammatoriske ledd- og rygg sykdommer u/bk**

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

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

Avregningsutvalget oppsummerte i 2015 saken slik: Hoveddelen av revmatologiske pasienter behandles nå poliklinisk, men det ser ut til at noen private ideelle institusjoner ennå ikke har lagt om praksis. Avregningsutvalget anbefalte avregning av opphold i DRG 242C *Spesifikke inflammatoriske ledd- og rygg sykdommer u/bk* ved Betanien hospital både for ABF 2014 og ABF 2015.

Analysen av ABF 2016 viser at Betanien hospital ikke endret registreringspraksis før høsten 2016. Avregningsutvalget vil derfor følge opp behandlingspraksisen.

### Anbefaling:

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



### 13/4904 Flere registrerte episoder samme dag

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

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

For aktivitetsbasert finansiering (ABF) 2015 ga Avregningsutvalget følgende anbefaling: «Avregningsutvalget anbefaler at ISF-refusjon for konsultasjoner registrert på samme dag for samme pasient ved Oslo universitetssykehus avregnes ned til gjennomsnittet for de øvrige av landets universitetssykehus.»

Analyser av ABF-data for 2016 viser at problemet ennå ikke er løst, selv etter overgangen til DIPS. I 2016 var 2,9 prosent av alle episoder på samme dag som en annen ved Oslo universitetssykehus HF. Gjennomsnittet for universitetssykehusene var 1,9 prosent, mens gjennomsnittet for universitetssykehusen uten OUS var 1,4 prosent. Andelen opphold samme dag ved OUS har imidlertid gått ned fra 4,2 prosent i 2015 til 2,9 i 2016. Denne endringen kan i imidlertid hovedsakelig forklares av en endring i programvaren NPK. Endringen består av en ny regel som grupperer konsultasjoner registrert samme dag, der lege ikke er utførende helseperson, til ett sykehusopphold. Ved OUS er en stor andel av konsultasjoner registrert med lege som utførende helseperson. Disse blir ikke omfattet av endringen i NPK.

Avregningsutvalget mener at OUS fortsatt må avregnes på samme måte som tidligere år. De bør også få et brev med spørsmål om hva som er gjort for å løse problemet. Samtidig ble det stilt spørsmål til at svært mange private sykehus har stor andel pasienter med flere episoder samme dag. Det gjelder særlig Medi3, Ibsensykehuset og Aleris. Dette er institusjoner som normalt ikke skal ha pasienter med flere opphold samme dag. Også Helse Møre og Romsdal – Molde sjukehus ligger over gjennomsnittet og bør følges opp neste år. Saken følges opp i 2018 med analyser av ABF-data for 2017.

#### Anbefaling:

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

## 4. TEKNISKE BEREGNINGER

### 4.1 Aktivitetsbasert finansiering (ABF)

---

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

Utrekningene i dette kapitlet er basert på informasjon fra regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2016*<sup>5</sup>.

ISF-refusjon for 2016 beregnes etter følgende formel:

$$\sum \text{Korrigerede DRG-poeng} \times \text{enhetspris (42 081 kr)} \times \text{refusjonssats (50 \%)}$$

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

---

<sup>5</sup> <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/innsatsstyrt-finansiering-regelverk>

## 4.2 Tekniske beregninger av anbefalte avregninger

I dette kapittelet beskrives metoder for tekniske beregninger i de sakene hvor Avregningsutvalget har anbefalt avregning av ABF 2016. De tekniske beregningene er utarbeidet av sekretariatet og godkjent av Avregningsutvalget.

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

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

Tabell 4. Teknisk beregning i sak 17/11400 *Kodepraksis for opphold i DRG 462A*. Per helseforetak. ABF 2016.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset i Vestfold HF	219	255,500	15,330	-240,170	-5 053 297
Sykehuset Innlandet HF	372	506,880	26,040	-480,840	-10 117 114
<b>SUM</b>	<b>591</b>	<b>762,380</b>	<b>41,370</b>	<b>-721,010</b>	<b>-15 170 411</b>

Tabell 5. Teknisk beregning i sak 17/11400 *Kodepraksis for opphold i DRG 462A*. Per bostedsregion. ABF 2016.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	586	754,590	41,020	-713,570	-15 013 870
Helse Vest	1	1,750	0,070	-1,680	-35 348
Helse Midt-Norge	3	4,290	0,210	-4,080	-85 845
Helse Nord	1	1,750	0,070	-1,680	-35 348
<b>SUM</b>	<b>591</b>	<b>762,380</b>	<b>41,370</b>	<b>-721,010</b>	<b>-15 170 411</b>

## 17/5982 Kodepraksis for opphold i DRG 9300 Poliklinisk konsultasjon vedr. symptomer i bryst

Avregningsutvalget anbefaler avregning av konsultasjoner registrert med takst 202 *Radiologisk undersøkning og ultralydundersøkning ved billedannende spesialavdeling, samt nukleærmedisinske biletundersøkingar* ved Brystdiagnostisk senter (BDS) ved Helse Bergen HF.

En metode for teknisk beregning er å avregne alle konsultasjoner registrert med takst 202 *Radiologisk undersøkning og ultralydundersøkning ved billedannende spesialavdeling, samt nukleærmedisinske biletundersøkingar*, uavhengig av DRG, ved BDS. Da vil 3 128 konsultasjoner avregnes. I følge BDS selv var 3 055 konsultasjoner feilkodet. En alternativ metode er å kun avregne konsultasjoner med takst 202 gruppert til DRG 9300. Da vil 873 konsultasjoner avregnes, omtrent 30 % av det BDS selv mente var feil. Hyppigste hovedtilstand for opphold med takst 202 var Z85.3 *Opplysning om ondartet svulst i bryst (mamma) i egen sykehistorie* (61,5 %) og N64.5 *Andre tegn og symptomer i bryst* (22,2 %). Avregningsutvalget mener at alle opphold registrert med takst 202, uavhengig av DRG, ikke skal finansieres gjennom ISF-ordningen og bør avregnes.

Tabell 6. Teknisk beregning i sak 17/5982 *Kodepraksis for opphold i DRG 9300 Poliklinisk konsultasjon vedr. symptomer i bryst*. Helse Bergen HF. ABF 2016.

DRG		Antall konsultasjoner	DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
9040	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nedre luftveier/lunge	1	0,054	-1 136
9050	Poliklinisk konsultasjon vedr andre kretsløpssykdommer	1	0,04	-842
9130	Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	2	0,056	-1 178
9140	Poliklinisk konsultasjon vedr svangerskap, fødsel og barseltid	3	0,057	-1 199
9170	Poliklinisk konsultasjon vedr myeloproliferative tilstander/udiff svulster	1 988	73,556	-1 547 655
9230	Pol kons vedr faktorer som har betydning for helsetilstanden	259	4,403	-92 641
930A	Poliklinisk konsultasjon vedrørende ondartet svulst i bryst	1	0,057	-1 199
9300	Poliklinisk konsultasjon vedrørende sykdommer i bryst	873	29,682	-624 524
<b>SUM</b>		<b>3 128</b>	<b>107,905</b>	<b>-2 270 375</b>

Tabell 7. Teknisk beregning i sak 17/5982 *Kodepraksis for opphold i DRG 9300 Poliklinisk konsultasjon vedr. symptomer i bryst*. Per bostedsregion. ABF 2016.

<b>Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF</b>	<b>Antall konsultasjoner</b>	<b>DRG-poeng</b>	<b>Anbefalt avregning, kr</b>
Helse Sør-Øst	10	-0,341	-7 175
Helse Vest	3 112	-107,391	-2 259 560
Helse Midt-Norge	3	-0,085	-1 788
Helse Nord	3	-0,088	-1 852
<b>SUM</b>	<b>3 128</b>	<b>-107,905</b>	<b>-2 270 375</b>

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

Avregningsutvalget anbefaler at 80 % av opphold i DRG 801R *Lokal smertebehandling* registrert med hovedtilstand R52.2 *Annen kronisk smerte* og prosedyrekode WDAL15 *Akupunktur* ved Sykehuset i Vestfold HF avregnes med bakgrunn i at bruk av akupunktur ved hetetokter ikke er etablert behandling og derfor ikke skal finansieres gjennom ISF-regelverket.

Tabell 8. Teknisk beregning i sak 17/5578 *Bruk av tilstandskode R52.2 Annen kronisk smerte*. Per helseforetak. ABF 2016.

Helseforetak	Antall opphold	Godkjente opphold	Antall opphold som avregnes	Opprinnelige DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset i Vestfold HF	1 127	225,4	901,6	58,604	-58,604	-1 233 057
<b>SUM</b>	<b>1 127</b>	<b>225,4</b>	<b>901,6</b>	<b>58,604</b>	<b>-58,604</b>	<b>-1 233 057</b>

Tabell 9. Teknisk beregning i sak 17/5578 *Bruk av tilstandskode R52.2 Annen kronisk smerte*. Per bostedsregion. ABF 2016.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Godkjente opphold	Antall opphold som avregnes	Opprinnelige DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	1 127	225,4	901,6	58,604	-58,604	-1 233 057
Helse Vest						
Helse Midt-Norge						
Helse Nord						
<b>SUM</b>	<b>1 127</b>	<b>225,4</b>	<b>901,6</b>	<b>58,604</b>	<b>-58,604</b>	<b>-1 233 057</b>

## 17/5577 Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 914Q *Fosterdiagnostiske undersøkelser* med hovedtilstand Z36.3 *Prenatal diagnostikk med henblikk på misdannelser ved hjelp av ultralyd og andre fysiske undersøkelsesmetoder* og Z36.4 *Prenatal diagnostikk med henblikk på veksthemming hos foster ved hjelp av ultralyd og andre fysiske undersøkelsesmetoder* avregnes og gis refusjon lik DRG 914P *Obstetrisk diagnostisk tiltak, inkludert screening av gravide* ved Helse Nord-Trøndelag HF, Nordlandssykehuset HF og Helse Møre og Romsdal HF.

Tabell 10. Teknisk beregning i sak 17/5577 *Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide*. Per helseforetak. ABF 2016.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Nord-Trøndelag HF	1912	51,624	42,064	-9,560	-201 147
Helse Møre- og Romsdal HF	521	14,067	11,462	-2,605	-54 811
Nordlandssykehuset HF	618	16,686	13,596	-3,090	-65 015
<b>SUM</b>	<b>3 051</b>	<b>82,377</b>	<b>67,122</b>	<b>-15,255</b>	<b>-320 973</b>

Tabell 11. Teknisk beregning i sak 17/5577 *Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide*. Per bostedsregion. ABF 2016.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	4	0,108	0,088	-0,020	-421
Helse Vest	25	0,675	0,550	-0,125	-2 630
Helse Midt-Norge	2 380	64,260	52,360	-11,900	-250 382
Helse Nord	642	17,334	14,124	-3,210	-67 540
<b>SUM</b>	<b>3 051</b>	<b>82,377</b>	<b>67,122</b>	<b>-15,255</b>	<b>-320 973</b>

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

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

Sekretariatet presenterte forslag til teknisk beregning for avregning ned til landsgjennomsnittet. Et landsgjennomsnitt på 15 % kan oppfattes som høyt, men Avregningsutvalget godkjente metoden. Ny korrigert vekt (DRG-poeng) er beregnet manuelt ut fra programvaren NICE ved basert på at første kode blant andre tilstander er satt som hovedtilstandskode, mens Z95 er satt som annen tilstand.

Tabell 12. Teknisk beregning i sak 17/5575 *Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer*. Per helseforetak. ABF2016.

Helseforetak	Antall opphold	Godkjente opphold	Antall opphold som avregnes	Oppr. vekt	Opprinnelige DRG-poeng	Ny vekt	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset i Vestfold HF	237	36,50	200,50	1,010	202,507	0,660	132,331	-70,176	-1 476 532
Vestre Viken HF	98	15,09	82,91	1,010	83,737	0,660	54,719	-29,018	-610 549
Sykehuset Innlandet HF	53	8,16	44,84	1,010	45,286	0,660	29,593	-15,693	-330 195
<b>SUM</b>	<b>388</b>	<b>59,75</b>	<b>328,25</b>	<b>1,010</b>	<b>331,53</b>	<b>0,660</b>	<b>216,644</b>	<b>-114,887</b>	<b>-2 417 276</b>

Tabell 13. Teknisk beregning i sak 17/5575 *Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer*. Per bostedsregion. ABF2016.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Godkjente opphold	Antall opphold som avregnes	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	386	59,44	326,56	329,822	215,527	-114,295	-2 404 816
Helse Vest							
Helse Midt-Norge	2	0,31	1,69	1,709	1,117	-0,592	-12 460
Helse Nord							
<b>SUM</b>	<b>388</b>	<b>59,75</b>	<b>328,25</b>	<b>331,53</b>	<b>216,644</b>	<b>-114,887</b>	<b>-2 417 276</b>



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

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

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

Tabell 14. Teknisk beregning i sak 17/5573 *Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt*. Per helseforetak. ABF2016.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset i Vestfold HF	149	192,317	151,642	-40,675	-855 822
Oslo universitetssykehus HF	317	403,541	318,928	-84,613	-1 780 300
Innlandet HF	97	124,801	99,005	-25,796	-542 761
Vestre Viken HF	176	224,708	170,599	-54,109	-1 138 480
<b>SUM</b>	<b>739</b>	<b>945,367</b>	<b>740,174</b>	<b>-205,193</b>	<b>-4 317 363</b>

Tabell 15. Teknisk beregning i sak 17/5573 *Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt*. Per bostedsregion. ABF2016.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, Kr
Helse Sør-Øst	649	830,797	657,138	-173,659	-3 653 872
Helse Vest	37	47,101	32,781	-14,320	-301 300
Helse Midt-Norge	28	35,644	26,382	-9,262	-194 877
Helse Nord	25	31,825	23,873	-7,952	-167 314
<b>SUM</b>	<b>739</b>	<b>945,367</b>	<b>740,174</b>	<b>-205,193</b>	<b>-4 317 363</b>

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

Avregningsutvalget anbefaler at dobbeltregistrerte døgnopphold ved Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommunale legevakt avregnes.

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

Tabell 16. Antall døgnopphold og opprinnelige DRG-poeng per institusjon i sak 16/12822 *Pasienter med episoder ved ulike sykehus som overlapper i tid*. Per institusjon. ABF 2016.

Institusjon	Antall døgnopphold	Opprinnelige DRG-poeng
Oslo universitetssykehus	271	189,843
Oslo kommunale legevakt	271	139,243
<b>SUM</b>	<b>542</b>	<b>329,086</b>

Tabell 17. Teknisk beregning i sak 16/12822 *Pasienter med episoder ved ulike sykehus som overlapper i tid*. Per bostedsregion. ABF 2016.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Anbefalt avregning, DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	-164,543	-3 462 067
Helse Vest		
Helse Midt-Norge		
Helse Nord		
<b>SUM</b>	<b>-164,543</b>	<b>-3 462 067</b>

## 16/7356 Kodepraksis for opphold i DRG 297 Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk

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

Opphold med hovedtilstand G47.3 *Søvnapné* og annen tilstand E66 *Fedme* grupperer til DRG 520 *Søvnapné* (vekt 0,245). Opphold med hovedtilstand E66 *Fedme* og annen tilstand G47.3 *Søvnapné* grupperer til DRG 297 (vekt 0,516).

Tabell 18. Teknisk beregning i sak 16/7356 Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 297 Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk. Per helseforetak. ABF 2016.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset Innlandet HF	29	14,964	7,105	-7,859	-165 357
Nordlandssykehuset HF	29	14,964	7,105	-7,859	-165 357
<b>SUM</b>	<b>58</b>	<b>29,928</b>	<b>14,210</b>	<b>-15,718</b>	<b>-330 715</b>

Tabell 19. Teknisk beregning i sak 16/7356 Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 297 Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk. Per bostedsregion. ABF 2016.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	29	14,964	7,105	-7,859	-165 357
Helse Vest					
Helse Midt-Norge					
Helse Nord	29	14,964	7,105	-7,859	-165 357
<b>SUM</b>	<b>58</b>	<b>29,928</b>	<b>14,210</b>	<b>-15,718</b>	<b>-330 715</b>

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

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

Gjennomsnittlig antall opphold i DRG 416N per 1 000 innbyggere (uten helseforetak som avregnes) per opptaksområde for helseforetakene var i 2016 0,5. Sykehuset i Vestfold HF hadde 1,1 opphold per opphold per 1000 innbyggere. Avregningsutvalget anbefaler at andelen opphold ved Sykehuset i Vestfold HF over landsgjennomsnittet for øvrige sykehus i DRG 416N avregnes.

Beregningen er utført ved å regruppere de reviderte oppholdene fra 2014 ved Sykehuset i Vestfold HF i DRG 416N manuelt i NICE. Oppholdene grupperes til så mange ulike DRG-er slik at det ble valgt å beregne gjennomsnittlig DRG-poeng, lik 1,108. Andelen opphold som var vurdert feilkodet anbefales refusjon lik gjennomsnittlig vekt.

Tabell 20. Teknisk beregning av anbefalt avregning for sak 16/3873 *Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år*. Per helseforetak. ABF 2016.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Godkjente opphold	Godkjente DRG-poeng	Antall opphold som avregnes	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset i Vestfold HF	246	504,3	67	138,178	179	197,956	-168,166	-3 538 297
<b>SUM</b>	<b>246</b>	<b>504,3</b>	<b>67</b>	<b>138,178</b>	<b>179</b>	<b>197,956</b>	<b>-168,166</b>	<b>-3 538 297</b>

Tabell 21. Teknisk beregning av anbefalt avregning for sak 16/3873 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år. Per helseforetak. ABF 2016.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Andel opphold	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	243	0,99	-3 495 147
Helse Vest	1	0,00	-14 383
Helse Midt-Norge	2	0,01	-28 767
Helse Nord			
<b>SUM</b>	<b>246</b>	<b>1,00</b>	<b>-3 538 297</b>

## 16/3860 Kodepraksis for nyfødte - ulik bruk av tilstandskoder

Avregningsutvalget anbefaler avregning av opphold i DRG 390 *Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g*, med annet signifikant *problem* med følgende tilstandskoder:

- Q65 *Medfødte deformiteter i hofte (coxa)*
- P59.8 *Gulsott hos nyfødte som følge av andre spesifiserte årsaker*

Tabellen nedenfor viser anbefalt avregning samlet for begge tilstandskoder.

Tabell 22. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 16/3860 *Kodepraksis for nyfødte – Ulik bruk av tilstandskoder*. Q65 og P59.8. Per bostedsregion. ABF 2016.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	42	-407 134
Helse Vest	241	-2 319 600
Helse Midt-Norge		
Helse Nord		
<b>SUM</b>	<b>283</b>	<b>-2 726 734</b>

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

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

Beregningen er utført ved å ta utgangspunkt i at alle opphold ved Helse Stavanger HF gruppert i DRG 390, med koden Q65 *Medfødte deformiteter i hofte (coxa)* gis refusjon lik opphold gruppert til DRG 391. Ny refusjon er beregnet ved å gi 195 opphold vekt for DRG 391. Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent/beregnet refusjon.

Tabell 23. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 16/3860 *Kodepraksis for nyfødte – Ulik bruk av tilstandskoder*. Tilstandskode Q65. Per helseforetak. ABF 2016.

Helseforetak	Antall opphold	Godkjente opphold	Antall opphold som avregnes	Oppr. vekt	Opprinnelige DRG-poeng	Ny vekt	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Stavanger HF	195	3,5	191,5	0,916	175,405	0,451	86,362	-89,043	-1 873 506
<b>SUM</b>	<b>195</b>	<b>3,5</b>	<b>191,5</b>	<b>0,916</b>	<b>175,405</b>	<b>0,451</b>	<b>86,362</b>	<b>-89,043</b>	<b>-1 873 506</b>

Tabell 24. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 16/3860 *Kodepraksis for nyfødte – Ulik bruk av tilstandskoder*. Tilstandskode Q65. Per bostedsregion. ABF 2016.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Godkjente opphold	Antall opphold som avregnes	Oppr. vekt	Opprinnelige DRG-poeng	Ny vekt	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	1	0	1	0,916	0,900	0,451	,443	-0,457	-9 608
Helse Vest	194	3,5	190,5	0,916	174,505	0,451	85,919	-88,586	-1 863 898
Helse Midt-Norge									
Helse Nord									
<b>SUM</b>	<b>195</b>	<b>3,5</b>	<b>191,5</b>	<b>0,916</b>	<b>175,405</b>	<b>0,451</b>	<b>86,362</b>	<b>-89,043</b>	<b>-1 873 506</b>

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

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

Beregningen er utført ved å ta utgangspunkt i at et landsgjennomsnitt, uten Helse Stavanger HF, Vestre Viken HF og Helse Fonna HF, på 0,9 prosent opphold i DRG 390 med tilstandskoden P59.8 *Gulsott hos nyfødte som følge av andre spesifiserte årsaker* godkjennes. Øvrige opphold gis refusjon lik opphold gruppert til DRG 391. Ny refusjon er beregnet ved å gi 88 opphold vekt for DRG 391. Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent/beregnet refusjon. |

Tabell 25. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 16/3860 *Kodepraksis for nyfødte – Ulik bruk av tilstandskoder*. Tilstandskode P59.8. Per helseforetak. ABF 2016.

Helseforetak	Antall opphold	Godkjente opphold	Antall opphold som avregnes	Oppr. vekt	Opprinnelige DRG-poeng	Ny vekt	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Vestre Viken HF	41	0,4	40,6	0,916	37,218	0,451	18,325	-18,893	-397 527
Helse Fonna HF	47	0,4	46,6	0,916	42,665	0,451	21,006	-21,658	-455 702
<b>SUM</b>	<b>88</b>	<b>0,8</b>	<b>87,2</b>	<b>0,916</b>	<b>79,883</b>	<b>0,451</b>	<b>39,331</b>	<b>-40,552</b>	<b>-853 228</b>

Tabell 26. Teknisk beregning av anbefalt avregning i sak 16/3860 *Kodepraksis for nyfødte – Ulik bruk av tilstandskoder*. Tilstandskode P59.8. Per bostedsregion. ABF 2016.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Godkjente opphold	Antall opphold som avregnes	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	41	0,4	40,6	37,218	18,325	-18,893	-397 527
Helse Vest	47	0,4	46,6	42,665	21,006	-21,658	-455 702
Helse Midt-Norge							
Helse Nord							
<b>SUM</b>	<b>88</b>	<b>0,8</b>	<b>87,2</b>	<b>79,883</b>	<b>39,331</b>	<b>-40,552</b>	<b>-853 228</b>



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

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

For hver pasient og program er det gitt refusjon for én legekonsultasjon med hovedtilstandskode i kategori E66 Fedme og én konsultasjon registrert som gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende. Det er forutsatt at en pasient har ett program hver. Legekonsultasjonen grupperte til DRG 910C Poliklinisk konsultasjon vedrørende fedme og overvekt med vekt 0,043. Konsultasjoner registrert som gruppebasert opplæring av pasienter grupperte til DRG 998O Grupperettet pasientopplæring med vekt 0,023. Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og beregnet refusjon.

Tabell 27. Teknisk beregning i sak 15/4628 Kodepraksis for opphold i DRG 862O Poliklinisk rehabilitering og annen tilstand E66 Fedme. Per helseforetak. ABF 2016.

Helseforetak	Antall kontakter	Opprinnelige DRG-poeng	Antall pasienter/program	Beregnete DRG-poeng, 910C	Beregnete DRG-poeng, 998O	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Akershus universitetssykehus	65	1,56	16	0,688	0,368	-0,504	-10 448
Sørlandet sykehus	1238	29,712	286	12,298	6,578	-10,836	-224 641
Sykehuset i Vestfold	4426	106,224	587	25,241	13,501	-67,482	-1 398 969
<b>SUM</b>	<b>5 729</b>	<b>137,496</b>	<b>889</b>	<b>38,227</b>	<b>20,447</b>	<b>-78,822</b>	<b>-1 634 059</b>

Tabell 28. Teknisk beregning i sak 15/4628 Kodepraksis for opphold i DRG 862O Poliklinisk rehabilitering og annen tilstand E66 Fedme. Per bostedsregion. ABF 2016.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall kontakter	Andel kontakter	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	889	1,000	-1 658 454
Helse Vest			
Helse Midt-Norge			
Helse Nord			
<b>SUM</b>	<b>889</b>	<b>1,000</b>	<b>-1 658 454</b>

## 15/1804 Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger

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

Beregningen er utført ved å finne andel opphold i henholdsvis DRG 520 *Obstruktivt søvnapné syndrom* og 803R *Diagnostisk intervensjon ved søvnapné* ut fra summen av opphold (dvs. innleggelser og konsultasjoner) i de to DRG-ene. Gjennomsnittet for landet, minus institusjoner som anbefales avregnet, var 3,1 % opphold i DRG 520 og 98,4 % opphold i DRG 803R. Opprinnelig andel opphold i DRG 520 var 49,3 % ved Akershus universitetssykehus, 47,2 % ved Sykehuset Innlandet HF og 36,1 % ved Oslo universitetssykehus, Lungemedisinsk avdeling.

3,1 % av opphold i DRG 520 «godkjennes» og gis vekt 0,245. Øvrige opphold i DRG-en gis refusjon lik to konsultasjoner i DRG 803R med vekt 0,030. Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent refusjon.

Tabell 29. Teknisk beregning i sak 15/1804 *Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger*. Per helseforetak. ABF 2016.

Helseforetak	Opprinnelig DRG 520		Opprinnelig DRG 803R		Godkjent DRG 520		Godkjent DRG 803R		Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
	Antall opphold	Σ DRG-poeng	Antall opphold	Σ DRG-poeng	Antall opphold	Σ DRG-poeng	Antall opphold*	Σ DRG-poeng		
Akershus universitetsssh.	660	161,7	680	20,4	41	10,053	1 918	57,538	-114,509	-2 409 328
Sykehuset Innlandet	690	169,05	772	23,16	45	10,968	2 062	61,874	-119,368	-2 511 561
OUS	22	5,39	39	1,17	2	0,458	79	2,378	-3,724	-78 364
<b>SUM</b>	<b>1 372</b>	<b>336,14</b>	<b>1 491</b>	<b>44,73</b>	<b>88</b>	<b>21,479</b>	<b>4 060</b>	<b>121,790</b>	<b>-237,601</b>	<b>-4 999 252</b>

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

Tabell 30. Teknisk beregning i sak 15/1804 *Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger*. Per bostedsregion. ABF 2016.

<b>Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF</b>	<b>Antall opphold</b>	<b>Andel opphold</b>	<b>Anbefalt avregning, kr</b>
Helse Sør-Øst	1 368	0,997	-4 984 677
Helse Vest	4	0,003	-14 575
Helse Midt-Norge			
Helse Nord			
<b>SUM</b>	<b>1372</b>	<b>1,000</b>	<b>-4 999 252</b>

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

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

Beregningen er utført ved å ta utgangspunkt i andel opphold i henholdsvis DRG 242C og 908C *Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk leddsykdom* ut fra summen av opphold (innleggelser/konsultasjoner) i de to DRG-ene. Gjennomsnittet for landet, uten Betanien Hospital, var 3,2 % opphold i DRG 242C og 96,8 % opphold i DRG 908C. Opprinnelig andel opphold i DRG 242C ved Betanien Hospital var 12,3 %.

3,2 % av opphold i DRG 242C ved Betanien Hospital «godkjennes» og gis vekt 0,774. Opphold der biologisk legemiddel ble gitt er tatt ut av regnestykket før beregning av andel «godkjente» opphold. Øvrige opphold i DRG-en gis refusjon lik to konsultasjoner i DRG 908C med vekt 0,031. Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent refusjon. Hele avregningsbeløpet går til Helse Sør-Øst RHF.

Tabell 31. Teknisk beregning i sak 15/1634 *Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk*. Per institusjon. ABF 2016.

Institusjon	Opprinnelig DRG 242C		Opprinnelig DRG 908C		Godkjent DRG 242C		Godkjent DRG 908C		Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
	Antall opphold	Σ DRG-poeng	Antall opphold	Σ DRG-poeng	Antall opphold	Σ DRG-poeng	Antall opphold*	Σ DRG-poeng		
Betanien hospital	264	204,336	1 888	58,528	70	54,030	2 276	70,568	-138,266	-2 909 188
<b>SUM</b>	<b>264</b>	<b>204,336</b>	<b>1 888</b>	<b>58,528</b>	<b>70</b>	<b>54,030</b>	<b>2 276</b>	<b>70,568</b>	<b>-138,266</b>	<b>-2 909 188</b>

\* Modellen tar høyde for at én innleggelse i DRG 242C erstattes av to polikliniske konsultasjoner i DRG 908C.

Tabell 32. Teknisk beregning i sak 15/1634 Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk. Per bostedsregion. ABF 2016.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Andel opphold	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	264	1,000	-2 909 188
Helse Vest			
Helse Midt-Norge			
Helse Nord			
<b>SUM</b>	<b>264</b>	<b>1,000</b>	<b>-2 909 188</b>

### 13/4904 Flere episoder samme dag ved Oslo universitetssykehus HF

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

Teknisk beregning er basert på at man først finner gjennomsnittlig andel opphold samme dag for de øvrige av landets universitetssykehus. Gjennomsnittet er vektet ut fra antall opphold totalt ved de ulike universitetssykehusene. For 2016 var andelen 1,4. Deretter beregnes antall opphold som anbefales avregnet ved OUS basert på andelen ovenfor. Så beregnes gjennomsnittlig DRG-poeng per kontakt ved OUS basert på antall rapporterte kontakter. Til slutt beregnes antall korrigerede DRG-poeng som anbefales avregnet ved OUS ut fra antall opphold som godkjennes ved OUS og gjennomsnittlig DRG-poeng per kontakt.

Tabell 33. Beregner vektet gjennomsnitt for universitetssykehus uten OUS basert på antall opphold totalt, unike og samme dag. ABF 2016.

Helseforetak	Antall opphold samme dag	Antall unike opphold	Total	Andel opphold samme dag
Oslo universitetssykehus HF	25 785	875 306	901 091	2,9
St. Olavs hospital HF	8 522	437 628	446 150	1,9
Haukeland universitetssykehus HF	8 200	514 285	522 485	1,6
Akershus universitetssykehus HF	5 974	373 331	379 305	1,6
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	3 474	262 757	266 231	1,3
Helse Stavanger HF	2 454	359 150	361 604	0,7
SUM	54 409	2 822 457	2 876 866	1,9
<b>SUM uten OUS</b>	<b>28 624</b>	<b>1 947 151</b>	<b>1 975 775</b>	<b>1,4</b>

Tabell 34. Beregner gjennomsnittlig DRG-poeng per kontakt ved OUS. Basert på antall kontakter ved OUS i ABF 2016.

Helseforetak	Antall kontakter	∑DRG-poeng	Gjennomsnitt DRG-poeng
Oslo universitetssykehus HF	766 823	43 169,472	0,06

Tabell 35. Beregner antall korrigerte DRG-poeng som anbefales avregnet. Oslo universitetssykehus HF. ABF 2016.

	Antall opphold samme dag	Andel opphold samme dag	DRG-poeng
DRG-poeng "godkjent" jf. vektet gj.snitt	13 055	1,4	734,9
DRG-poeng utbetalt	25 785	2,9	1 208,2
<b>SUM</b>			-473,3

Tabell 36. Teknisk beregning i sak 13/4904 *Flere episoder samme dag ved Oslo universitetssykehus HF*. Per bostedsregion. ABF 2016.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	1 208,2	734,9	-473,3	-9 957 751
Helse Vest				
Helse Midt-Norge				
Helse Nord				
<b>SUM</b>	<b>1 208,2</b>	<b>734,9</b>	<b>-473,3</b>	<b>-9 957 751</b>

## 5. VEDLEGG: ANBEFALINGER FOR ABF 2000-2015

Tabell 37. Oversikt over saker hvor Avregningsutvalget har anbefalinger avregning av Aktivitetsbasert finansiering, fordelt på år og kapittel i kodeverkene ICD-10 og NCSP/NCMP

År	Saksnummer- og tittel	Beskrivelse	ICD-10/NCSP/NCMP
2000	Sak 05/01 - Oppsplitting av sykehusopphold ved overflytting til ny rehabiliteringspost	Utskrivnings- og registreringspraksis etter opprettelse av ny rehabiliteringsavdeling ved Telemark Sentralsjukehus. Pasientene, i hovedsak eldre, skrives inn og ut innen et kort tidsrom.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2002	Sak 03/03 - ISF-avregning for Helse Sør i forhold til behandling av pasienter med søvnapné ved Sørlandet sykehus HF Arendal	Pasienter som fikk utført inngrepene tonsillektomi/adenotomi (NCSP-koder EMB10-EMB30) ble i vesentlig høyere grad enn ved tilsvarende sykehus registrert med hoveddiagnose G47.3 <i>Søvnapné</i> .	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)</i>
	Sak 5/03 - DRG 4 <i>Påfylling baklofenpumper</i>	Feil bruk av prosedyrekoden ABD99 som kun skal brukes ved operative inngrep som implantering av baclofenpumpe. Koden ble feilaktig registrert ved hver påfylling av baclofen, noe som er å anse som poliklinisk behandling.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
	Sak 5/03 - DRG 8 Botoks-injeksjoner	Feil bruk av de uspesifikke prosedyrekodene ACB19 og ACW99 ved injeksjoner som ikke er operasjoner. Injeksjonene er å anse som poliklinisk behandling.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
	Sak 7/03 - Z03.x og Z04.x Depresiserende kodingspraksis	Observasjonskoder innen kap. XII (Z00-Z99) i ICD-10 settes ofte foran mer presise bidiagnosekoder	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>



	Sak 7/03 - Z08.x	Bruk av hoveddiagnose Z08.x er korrekt for de aktuelle pasientene, men feilaktig nullstilt takst (B43d) uten sammenheng med konsultasjonen for øvrig er benyttet. B43d er en dagkirurgisk takst. Mange opphold registrert med prosedyrekode HADxx	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2003	Sak 9/04 - Bruk av J22 <i>Uspesifisert akutt infeksjon i nedre luftveier</i>	Diagnosen J22 bør ikke benyttes for pasienter som har lungebetennelse (pneumoni J13-J18) som hovedtilstand.	<i>Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)</i>
2004	Sak 02/05 - Økning i DRG 380 <i>Abort uten kirurgiske inngrep og tilstander etter abort</i>	Relativt mange pasienter med to eller flere opphold gruppert til DRG 380, de fleste av dem med nullstilt takst B21a. Praksisen ved institusjonen skyldtes feilregistrering.	<i>Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)</i>
	Sak 03/05 - Søvnobservasjon ved Omniasykehuset	Bruk av nærliggende hotell ved søvnutredninger. Hotellet var ikke godkjent i ISF-ordningen. Saken gjelder opphold gruppert til DRG 35 med hoveddiagnose G47.3 <i>Søvnapné</i> .	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)</i>
2005	Sak 08/06 - Sammenheng mellom prosedyre- og takstkoder (laserkirurgi)	Gjelder konsultasjoner kodet med takst B42e i kombinasjon med prosedyrekoder for laserkirurgi (QAA40). Den aktuelle taksten var utarbeidet for tradisjonell kirurgi.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
	Sak 11/06 - DRG 346 <i>Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer m/bk</i>	Stor vekst i antall opphold ved institusjon i Helse Vest. Seriebehandling – i snitt ti kurer over to dager. Dette er ikke i overensstemmelse med utbredt klinisk praksis.	<i>Svulster (C00-D48); Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	Sak 13/06 - Fordeling av opphold i DRG 467 <i>Påvirkninger i helsetilstanden ITAD</i>	Gjelder følgende hoveddiagnosekoder: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Z00.6 Undersøkelse av kontrollperson i klinisk forskningsprogram: forskningsfinansierte opphold ble ikke merket i institusjonens pasientadministrative system</li> <li>- Z51.3 Blodoverføring: det er feil kodepraksis å bruke denne koden for å registrere pasienter som mottar blodoverføring.</li> <li>- 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.</li> </ul>	<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 &gt; 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>Ryggglidelser, traumatiske tilstander &amp; 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 &amp; 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 &gt; 17 år</i>	Stor vekst og volum i DRG 73. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i øre og ørebensknute (H60-H95); Svulster (C00-D48)</i>
	Sak 09/3759 – DRG 347 <i>Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk</i>	Vekst i antall dagopphold i DRG 347. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Svulster (C00-D48)</i>
	Sak 09/3931 – DRG 465 Etterbehandling med ondartet sykdom som bidiagnose	Stort volum i DRG 465.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2009	Sak 10/4474 - DRG 475 <i>Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte</i>	Koding av KOLS.	<i>Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99) Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, etc (Kapittel G)</i>
2010	11/776 - HDG 24 Signifikant multitraume	Koding av opphold i HDG 24 Signifikant multitraume og regler for bruk av tilstandskoder i kategoriblokk T00-T07.	<i>Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker (S00-T98)</i>
	11/2628 - Bruk av LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus	Bruk av NCSP-koden LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus. Denne koden representerer instrumentell fjerning av spiral, en prosedyre som bare utføres hvis vanlig fjerning ikke lykkes.	<i>Kvinnelige genitalia (Kapittel L)</i>
	11/2700 - DRG 39P Bilaterale operasjoner på linsen	Preoperative undersøkelser av begge øynene som ble kodet med NCSP-kode ZXA 10 Bilateral som indikerer tosidig prosedyre, selv om selve operasjonen var ensidig.	<i>Tilleggs-koder til alle øvrige kapitler (Kapittel Z)</i>
	11/2832 - DRG 268O Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi	Feilaktig koding av lys- og laserbehandling av hud som kirurgiske operasjoner.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
	11/3420 - DRG 814S Medikamentell svangerskapsavbrytelse	Feil bruk av NCMP-koden MAGM00 Medikamentell svangerskapsavbrytelse. Koden var brukt flere ganger per abort.	<i>Fødselshjelp og prosedyrer under svangerskap (Kapittel M)</i>

	11/3421 - DRG 477O Uvanlige kombinasjoner av tilstands- og prosedyrekoder	Feil bruk av prosedyrekoden ACW99 Annen operasjon på perifer nerve.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
2011	12/3157 - Bruk av hovedtilstandskode Z76.8	Feil koding av ledsager og bruka v Z76.8 som samlekode i stedet for mer presise koder, gruppeomvisning og oppretting av journalnotat.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	12/3204 - DRG 266O Hudtransplantasjoner og/eller revisjoner, dagkirurgi	Feil bruk av prosedyrekode ZZR 00 Hudlapp.	<i>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 Vanlig rehabilitering 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 øyekirugi 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</i> ved dagopphold.	<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>Tilleggs-koder (Kapittel Z)</i>
	13/4904	– Flere registrerte episoder samme dag	Registrering av for mange polikliniske konsultasjoner for samme pasient på samme dag. Oppfølging av sak 12/5893.	
	13/4906	– Oppfølging av sak 12/3157 Bruk av hovedtilstandskode Z76.8	Feil koding av ledsager og bruk av Z76.8 som samlekode i stedet for mer presise koder, gruppeomvisning og oppretting av journalnotat.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>

	13/5150 - DRG 2680 <i>Plastisk operasjon på hud &amp; underhud, dagkirurgi</i>	Feilaktig koding av lys- og laserbehandling av hud som kirurgiske operasjoner.	Hud (Kapittel Q)
	13/8909 - Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed	Koding av korte døgnopphold i rehabilitering som ble vurdert å være gruppebasert opplæring.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
	13/999 – Vekst i bruk av kode Z75.1	Sykehusopphold som inkluderer avdelingsopphold med Z75.1 som venter på omsorg/passende tilbud annet sted som hovedtilstandskode.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
	13/6805 – Valg av omsorgsnivå for dagopphold - ulik praksis mellom HF	Feil valg av omsorgsnivå for dagopphold med samme tilstandskode.	
2013	14/4230 – DRG 390 <i>Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem</i>	Feil bruk av tilstandskoder i kategori P92 <i>Problemer med næringsinntak hos nyfødt.</i>	Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (P00-P96)
	14/4275 - DRG 87 <i>Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt</i>	Feil bruk av tilstandskode J96 <i>Respirasjonssvikt.</i>	Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)
	14/4293 - DRG 323/323O <i>Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL-behandling</i>	Feil valg av omsorgsnivå for opphold i DRG 323 registrert med prosedyrekodene KAT00 <i>Ekstrakorporal sjokkbølgetrips i nyrebekken</i> ESWL og KBT00 <i>Ekstrakorporal sjokkbølgetrips i ureter.</i>	Urinorganer, mannlige genitalia og retroperitonealrommet (Kapittel K)
	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>	Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)
2014	15/1634 – Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C <i>Spesifikke inflammatoriske ledd- og rygg sykdommer u/bk</i>	Feil valg av omsorgsnivå. Hoveddelen av revmatologiske pasienter behandles nå poliklinisk, mens noen private ideelle institusjoner ennå ikke har lagt om praksis.	Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev (M00-M99)
	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.	Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (P00-P96)

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 &gt; 17 år</i>	Feil bruk av hovedtilstandskode fra A40 <i>Streptokokksepsis</i> og A41 <i>Annen sepsis.</i> Dette er koder for sepsis av ukjent årsak. Da må SIRS-kriteriene være oppfylt og en må ha en infeksjon med ukjent fokus/utgangspunkt. Hvis infeksjonens fokus er kjent skal koden for selve infeksjonen registreres som hovedtilstand.	<i>Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer (A00-B99)</i>
15/1993 – Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 <i>Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet</i>	Feil bruk av hovedtilstandskode Z03.3 <i>Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet.</i> Z-koder skal kun brukes unntaksvis som hovedtilstandskode. Hvis det foreligger symptomer kan man velge en hovedtilstandskode fra kap. XVIII <i>Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted (R00-R99).</i>	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
15/4628 – Kodepraksis for opphold i DRG 826O <i>Poliklinisk rehabilitering</i> og annen tilstand E66 <i>Fedme</i>	Opphold i DRG 826O <i>Poliklinisk rehabilitering</i> registrert med annen tilstand E66 <i>Fedme</i> ble vurdert til å være behandling av fedme og ikke rehabilitering.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99); Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)</i>

	15/6313 – Bruk av prosedyrekode AAG60 <i>Stereotaktisk intrakraniell radioterapi</i>	Feil bruk av prosedyrekode AAG50 <i>Stereotaktisk intrakraniell radioterapi.</i>	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
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 &gt; 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 &gt; 17 år</i>	Feil bruk av hovedtilstandskode fra A40 <i>Streptokokksepsis</i> og A41 <i>Annen sepsis</i> . Dette er koder for sepsis av ukjent årsak. Da må SIRS-kriteriene være oppfylt og en må ha en infeksjon med ukjent fokus/utgangspunkt. Hvis infeksjonens fokus er kjent skal koden for selve infeksjonen registreres som hovedtilstand.	<i>Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer (A00-B99)</i>
	16/3870 Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 <i>Vaginal fødsel – diagnoser med kompliserende egenskap</i>	Ulik bruk av tilstandskodene O72.0 <i>Blødning i tredje stadium</i> O71.4 <i>Obstetrisk høy vaginalrift</i> O72.1 <i>Annen umiddelbar blødning etter fødsel</i>	<i>Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)</i>
	16/3860 – Kodepraksis for nyfødte – ulik bruk av tilstandskoder	Ulik bruk av tilstandskodene R01.1 <i>Bilyd og andre hjertelyder – Uspesifisert bilyd</i> , Q65 <i>Medfødte deformiteter i hofte (coxa)</i> , P59.8 <i>Gulsott hos nyfødt som følge av andre spesifiserte årsaker</i> , P05.0 <i>Lett i forhold til svangerskapslengde</i> , P05.1 <i>Liten i forhold til svangerskapslengde.</i>	<i>Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (P00-P96)</i>





## AVREGNINGSUTVALGET

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

**E-post:** [lotte.strandjord@helsedir.no](mailto:lotte.strandjord@helsedir.no)  
[marte.kjelvik@helsedir.no](mailto:marte.kjelvik@helsedir.no)

[www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/avregningsutvalget](http://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/avregningsutvalget)