



Avregningsutvalgets årsrapport 2018

Arbeid med Aktivitetsbasert finansiering 2017

Publikasjonens tittel: Avregningsutvalgets årsrapport 2018

Utgitt: November 2018

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

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

Forfattere: Bjørn Buan
Marte Kjelvik
Morten Støver

Illustrasjon: Oleksandr Bilozero © Mostphotos.com

FORORD

Avregningsutvalget gjennomfører årlig kontroll og fortolkning av regelverket for Aktivitetsbasert finansiering (ABF). Rapporten presenterer resultater og anbefalinger om avregning for 2017. Anbefalingene bygger på analyser av data for 2017 i Norsk pasientregister, dialog med sykehusene, og fortolkninger av ISF-regelverket med underliggende kodeverk for diagnoser og prosedyrer mm.

Utvalget gir først og fremst anbefalinger om endringer i utbetalingene til helseforetakene, men også om mulige forbedringsområder i ISF-ordningen. På grunnlag av anbefalingene fra utvalget har utvalgets sekretariat gjennomført beregninger av de økonomiske konsekvensene for hver av landets helseregioner.

Fra behandlingen av innmeldte saker i 2018 vil vi trekke fram spørsmål som berører en pågående utvikling av mer sammensatte pasientforløp, og som kan utfordre den opprinnelige tanken omkring en diagnosebasert inndeling av helsehjelp og tilhørende ressursforbruk ved sykehus. Det kan av og til være vanskelig å skille mellom ønskede innovative endringer i organisering og tilrettelegging av tjenestetilbud og endringer i registreringer eller tilrettelegging av tilbud som ikke skjer i samsvar med regelverket. Avregningsutvalget foretar rutinemessig kontroll av utbetalingsgrunnlaget fra tidligere saker. Dessverre oppdager vi av og til at feil kodepraksis kan ta seg opp igjen.

Det er både oppdragsgivers og utvalgets intensjon at utvalgets anbefalinger og den årlige rapporteringen skal bidra til økt forståelse for korrekt dokumentasjon. Presentasjonen av årets behandlede saker er tilrettelagt for et bredere publikum i kapittel 2, mens kapittel 3 gir en utfyllende presentasjon av problemstilling og saksbehandling. Kapittel 3 er myntet på lesere som er direkte involvert i lokal koding og egenkontroll, i tillegg til å ivareta behovet for en redegjørelse av underlaget for utvalgets anbefalinger.

Utvalget vil til slutt gjøre oppmerksom på en inkurie under overleveringen av utvalgets anbefalinger til Helsedirektoratet. Her viste det seg at den beregnede avkorting for ett helseforetak ble litt lavere enn anbefalingene tilsa. Feilen i sak 13/4904 ble dessverre oppdaget først etter at sluttberegningene var avsluttet og lukket.

Trondheim 6. november 2018

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

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

Tom Nordby
EvaWensaas (observatør)
Marte Kjelvik (sekretær)
Morten Støver (sekretær)

INNHold

FORORD	2
INNHold	1
SAMMENDRAG	1
1. OM AVREGNINGSUTVALGET	2
1.1 Mandat	2
1.2 Arbeidsform	2
1.3 Sammensetning	3
2. HOVEDTREKK FRA ARBEIDET I 2018	4
3. VURDERINGER OG ANBEFALINGER	13
3.1 Saksomfang	13
3.2 Anbefalinger	15
18/1819 Kodepraksis ved behandling av hemoroider	15
18/1820 Bruk av prosedyrekodene Q*E35 og Q*E30	18
18/8615 Mulig dobbeltfinansiering av klinisk nevrofysiologi	20
18/11563 Kodepraksis ved HIFU behandling av prostatakraft	23
17/28390 Kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner	27
17/11400 Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering	31
17/11399 Kodepraksis for opphold i DRG 475A <i>Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte</i>	33

17/5982	Kodepraksis for opphold i DRG 9300 <i>Poliklinisk konsultasjon vedr. symptomer i bryst</i>	36
17/5578	Bruk av tilstandskode R52.2 <i>Annen kronisk smerte</i>	40
17/5577	Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide	41
17/5575	Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer	43
17/5573	Bruk av hovedtilstandskode J96 <i>Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted</i>	44
16/12822	Pasienter med episoder som overlapper i tid	45
16/7356	Kodepraksis for opphold i DRG 297 <i>Ernærings- og stoffskiftesykd ITAD > 17 år u/bk</i>	46
16/3873	Oppfølging av sak 15/1938 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N <i>Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år</i>	47
15/4628	Kodepraksis for opphold i DRG 862O <i>Poliklinisk rehabilitering og annen tilstand E66 Fedme</i>	48
15/1804	Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger	50
13/4904	Flere registrerte episoder samme dag	51
4.	TEKNISKE BEREGNINGER	58
4.1	Aktivitetsbasert finansiering (ABF)	58
4.2	Tekniske beregninger av anbefalte avregninger	59
18/1819	Kodepraksis ved behandling av hemoroider	59
18/11463	Kodepraksis ved HIFU behandling av prostatakraft	60
17/28390	Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner	61
17/11400	Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering	63
17/5578	Bruk av tilstandskode R52.2 <i>Annen kronisk smerte</i>	64
17/5577	Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide	65
17/5575	Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer	66
17/5573	Bruk av hovedtilstandskode J96 <i>Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted</i>	67
15/1804	Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger	68
13/4904	Flere registrerte episoder samme dag	70
5.	VEDLEGG: ANBEFALINGER FOR ABF 2000-2016	72

SAMMENDRAG

Avregningsutvalget behandlet 17 saker i 2018 der spørsmål om riktig medisinsk koding, og dermed finansiering, ble reist. I 9 av sakene anbefalte Avregningsutvalget avregning av Aktivitetsbasert finansiering (ABF). Summen av anbefalte avregninger var 104 millioner kroner. Alle sakene som ble behandlet i 2018 ble meldt inn fra Helsedirektoratet.

Tabell 1. Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av ABF for 2017 fordelt etter pasientenes bostedsregion. Kroner.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Anbefalt avregning, kr
Sør-Øst	-65 687 919
Vest	-34 344 167
Midt-Norge	-2 441 064
Nord	-1 150 077
SUM	-103 623 227

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 2018 hadde utvalget seks arbeidsmøter. Avregningsutvalgets anbefalinger følger en prinsipiell linje som legger føringer for dets behandling av lignende saker. Utvalget søker å oppnå intern konsensus bak sine råd.

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

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

registreringer i pasientdata er hjemlet i Norsk pasientregisterforskriften § 2-4 Mottakers ansvar for kvalitets-kontroll¹.

Anbefalinger og møtereferat er offentlige og publiseres på nett:

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

1.3 Sammensetning

Medlemmene oppnevnes av de regionale helseforetakene for en periode på tre år. I 2018 har Avregningsutvalget hatt følgende sammensetning:

Bjørn Buan (leder)	Enhetsleder	Orkanger
Kathan Al-Azawy	Avd.dir. Lungeavd.	Bergen
Marianne Altmann	Overlege nevrologi	Oslo
Halfdan Aass	Fagdirektør dr.med	Drammen
Suzana Rosic	Overlege gynekologi	Kirkenes
Arne Seternes	Overlege karkirurgi	Trondheim
Erik Rødevand	Overlege revmatologi	Trondheim
Mette Hvalstad	Overlege psykiatri	Oslo
Tove Bjerkreim	Overlege anestesi	Stavanger
Niels Krum-Hansen	Overlege kirurgi	Tromsø
Tom Nordby	Overlege kirurgi	Sarpsborg

Eva Wensaas, seniorrådgiver ved Helsedirektoratet Avdeling finansiering, har vært observatør i utvalget.

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

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

2. HOVEDTREKK FRA ARBEIDET I 2018

Avregningsutvalgets arbeid munner ut i anbefalinger om endringer i ISF-utbetalingene, og av og til utarbeides enkelte forslag til endringer i medisinske kodeverk, DRG og ISF-regelverk. Bak anbefalingene ligger utredninger preget av detaljer. Dette avsnittet søker å formidle de viktigste funnene fra kontrollarbeidet til ledere og interesserte som ikke nødvendigvis har inngående kjennskap til underlaget for utvalgets anbefalinger.

I 2018 rettet Avregningsutvalget sin tyngste innsats mot utvalgte problemstillinger. Blant disse var det saker som hadde en forhistorie fra tidligere behandling i Avregningsutvalget, og som det var behov for å gå nærmere inn på. Det ble i tillegg behandlet et lite antall nye enkeltsaker, og det ble gjennomført en rutinemessig oppfølging av saker fra tidligere år. Flere saker henger sammen tematisk over tid. I dette kapitlet er sakene derfor organisert etter slike tema. Det er gjort for å gi et samlet bilde av dagens situasjon omkring kvaliteten på medisinsk koding og omkring forståelsen av ISF-regelverket ved sykehusene.

Følgende tema ble behandlet i 2018:

1. **Pasientforløp og omsorgsnivå**
Flere episoder samme dag (13/4904). Døgnopphold med permisjon (17/28390). Episoder som overlapper (16/12822). Valg av omsorgsnivå ved søvnutredning (15/1804)
2. **Valg av medisinsk kode for hovedtilstand eller valg av prosedyre**
Respirasjonssvikt (17/5573), Overforbruk av uspesifikke Z-koder (17/5575), Koding ved screeningundersøkelse (17/5577)
3. **Nye metoder i diagnostikk og behandling uten medisinsk kode**
Akupunktur ved kronisk smerte (17/5578), Ultralydbehandling av kreft i prostatata (18/11463) Ny behandling av hemoroider (HAL-RAR 18/1819)
4. **ISF eller annen finansieringsordning**
Nevrofysiologisk undersøkelse og konsultasjon (18/8615)
5. **Opplæring under rehabilitering**
Gruppebasert opplæring, (17/11400)

Omtalene av saker og tema begrenses til omtale av saker som førte til endringer i utbetalingene med unntak av sak 18/8615 og sak 16/12822, som vi mener fortjener omtale. For mer inngående beskrivelse av utvalgets arbeid henvises til kapittel 3.

Tema 1 Pasientforløp og omsorgsnivå

DRG-systemet er opprinnelig konstruert ut fra sykehusopphold som den grunnleggende informasjonsbærende enheten. I de senere år har vi sett en ønsket utvikling overføring av døgnopphold til lavere omsorgsnivå som dagkirurgi, dagbehandling og poliklinisk utredning og behandling, og disse omsorgsnivåene ble inkludert i ISF-ordningen i løpet av noen år innenfor et utvidet nasjonalt DRG-system.

I hovedsak antas det at denne utviklingen med overgang til lavere omsorgsnivå er til det beste for pasienten og at utviklingen samtidig fører til bedre ressursutnyttelse. Det er samtidig en risiko ved at oppsplitting av sykehusopphold i flere kontakter med helsetjenesten kan føre til en uønsket *økning* i ISF-utbetalingene. Det er en vekjent erfaring i Norge, såvel som i andre land som har tilsvarende finansieringsordning. I løpet av de siste årene har Avregningsutvalget behandlet varianter av denne problemstillingen, f eks Flere episoder samme dag (Sak 13/4904), Episoder som overlapper (Sak 16/12822), Døgnopphold med permisjon (Sak 17/28390) og Valg av omsorgsnivå ved søvnutredning (Sak 15/1804). Samlet representerte disse enkeltsakene en betydelig saksmengde i 2018.

Flere opphold samme dag (13/4904)

Kontroll av registerdata fra Norsk pasientregister har påvist et omfang av pasienter som har vært til behandling flere ganger samme dag. Denne saken var til behandling første gang i 2013. Avregningsutvalget har sett at problemstillingen om flere opphold samme dag er omfattende. HelseDirektoratet ønsket at Avregningsutvalget i 2018 skulle foreta en bred vurdering av registreringspraksis ved flere legekontakter samme dag for samme pasient på tvers av institusjoner og pasientgrupper.

Ut fra denne anmodningen gjennomførte Avregningsutvalget en rekke analyser av nasjonal pasientstatistikk, og spesifikke analyser fra i alt ni offentlige sykehus og tre private sykehus. Analysene var rettet mot seks bredt sammensatte pasientgrupper som skilte seg vesentlig ut fra landsgjennomsnittet for antall legekontakter samme dag for samme pasient. Sykehusenes forklaringer på funnene ble innhentet, og det ble avdekket et sammensatt årsaksbilde. To sykehus viste til svikt i IKT-systemer. Andre sykehus oppga at de la til rette for å gjennomføre flere episoder samme dag for pasienter med lang reiseavstand til sykehuset, slik at pasientene skulle slippe å reise langt flere ganger.

Avregningsutvalget vurderte at legekontakter innenfor ulike spesialiteter samme dag kunne godkjennes som ulike konsultasjoner uten avregning. Flere kontakter samme dag innenfor en og samme spesialitet ville derimot føre til anbefaling om avkorting i utbetalingene.

Det ble anbefalt avregning for tre av de seks pasientgruppene som ble undersøkt, og det fikk betydning for tre helseforetak (OUS, Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal) og tre private sykehus (Aleris Drammen, Aleris Nestun og Medi3). Utvalget påviste også svikt i registreringene uten at avregning ble anbefalt ved ytterligere tre sykehus (Helse Fonna, Helse Førde og Helse Bergen). Anbefalt avregning i saken vil medføre en reduksjon i utbetalingene for Helse Sør-Øst på omkring NOK 8,5 mio., og en reduksjon for Helse Midt-Norge på omkring NOK 1,5 mio. Anbefalingene berørte de to øvrige helseregionene i liten grad.

Utvalget var samlet i sin vurdering om at oppsplitting av helhetlige tjenester ikke bør føre til en økning av de totale ISF-refusjonene. Videre påpekte utvalget at det er behov for forbedringer i regelverket, og utvalget ønsker å følge opp problemstillingen i 2019.

Døgnopphold med permisjon (17/28390)

Avregningsutvalget behandlet en sak som omhandlet permisjonspraksis ved nyresteinskirurgi i 2014, og utvalget behandlet saken på mer generell basis i 2017. Regelverket tilsier at episoder med helsehjelp som finner sted i løpet av en dag, som hovedregel skal rapporteres som poliklinisk kontakt.

Utvalget klarte ikke å innhente et tilstrekkelig saksunderlag til å konkludere omkring endringer i utbetalinger under avregningen for 2016, og utvalget ønsket selv å videreføre utredningene i 2018. I sin bestilling til Avregningsutvalget ønsket også Helsedirektoratet at problemstillingen igjen ble belyst i 2018, både av hensyn til mulig avregning, og av hensyn til videreutvikling av ISF-ordningen. Helsedirektoratet ønsket at Avregningsutvalget så nærmere på opphold der skillet mellom døgnopphold og dagopphold har størst betydning i ISF-sammenheng.

Med utgangspunkt i Helsedirektoratets anmodning, ble ISF-data fra opphold mellom 1-2 døgn ved flere sykehus analysert. Det ble hentet data fra ulike pasientgrupper.

Videre analyser belyste omfanget av problemstillingen i ulike helseregioner, ved ulike institusjonstyper, samt utbredelsen mellom ulike pasientgrupper. Forholdene ved sju helseforetak ble analysert nærmere, og helseforetakene ble deretter tilskrevet med utdypende spørsmål.

Sykehusene hadde ulike svar. Enkelte sykehus erkjente feilkoding, andre forklarte sine avvik med manglende kapasitet ved poliklinikker, koding "i god tro" og pasienters ønske om å sove hjemme, håp om kortere ventetider og administrative forhold.

Regelverket for Innsatsstyrt finansiering sier at helsehjelpsepisoder som finner sted i løpet av én dag uten at pasienten overnatter, skal som hovedregel rapporteres som polikliniske kontakter. 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.

Avregningsutvalget vurderte at sykehusene har ikke rettet seg etter regelverket. Utvalget påpekte også at ISF regelverket kan bli tydeligere på å skille mellom døgn/dag/poliklinikk for samme tilstand. Avregningsutvalget foretok en samlet vurdering av problemstillingen, inkludert en vurdering av grunnlag for avregning.

Avregningsutvalget oppfordrer Helsedirektoratet til å presisere ISF-regelverket rundt registrering av permisjoner.

De økonomiske konsekvenser av anbefalingene i saken var store for Helse Vest og Helse Sør-Øst. Øvrige helseregioner var lite berørt. I alt ble NOK 68,7 mio anbefalt avregnet, slik det framgår av tabell 9 under kapittel 4 Tekniske beregninger. Omfanget av saken tilsier at problemstillingen bør følges opp over tid.

Valg av omsorgsnivå ved søvnutredning (15/1804)

Avregningsutvalget vurderte pasientstatistikken omkring søvnutredninger i 2015, og fant den gang at et fåtall (3) sykehus la inn sine pasienter for slike utredninger i langt høyere grad enn de øvrige, som utredet og behandlet slike pasienter poliklinisk. Ved senere kontroll av pasientdata fra 2017 hadde to av tre sykehus lagt om sin praksis. Kun Sykehuset Innlandet opprettholdt praksisen, og utvalget anbefalte avregning for dette sykehuset på samme vis som i 2017.

Tema 2 Valg av medisinsk kode for hovedtilstand eller prosedyre

Avregningsutvalget vurderte i 2018 en ny sak og tre tidligere saker der feil hoveddiagnose var valgt. Slike feil fører ofte pasienten inn i feil DRG, og det fører til feil utbetalinger.

Valg av kode for hovedtilstand skal skje i samsvar med anbefalingene i den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10. Viktigste årsak, samt forbruk av ressurser under oppholdet har her vesentlig betydning for valg av hovedtilstand, innenfor et hierarki av regler.

Tilfeldige feil har tendens til å fordele seg jevnt mellom sykehusene, mens systematiske feil hopper seg opp lokalt, eller ved et mindre antall sykehus. Avregningsutvalget er spesielt opptatt av å avdekke systematiske feil ved koding og registrering.

Avregningsutvalget undersøkte kodingen av fire hovedtilstander i 2018. Utvalget anbefalte avregning av helseforetak for tre av de undersøkte hovedtilstandene. Disse tre kodene for hovedtilstand omtales i dette avsnittet.

Respirasjonssvikt (17/5573)

Avregningsutvalget gjennomgikk bruken av ICD-10 koden for *Respirasjonssvikt ikke klassifisert annet sted* (J96) første gang i 2014, og ett sykehus i Helse Sør-Øst ble avregnet både for 2013 og for 2014. Deretter korrigerste sykehuset sin praksis, og saken ble lukket. På bakgrunn av rutinemessig overvåkning av ISF-data for 2016 ble saken gjenopptatt. Denne gang ved fire sykehus i Helse Sør-Øst. Saken førte til ny avregning for 2016. Problemstillingen ble derfor også undersøkt under årets gjennomgang av ISF-data for 2017. Forbedringer i kodepraksis ble funnet, men avvikene var fortsatt store nok til at utvalget anbefalte avregning også for 2017.

Overforbruk av uspesifikke Z-koder (17/5575)

Z-kapittelet i ICD-10 inneholder en del uspesifikke koder som ikke skal brukes til å kategorisere hovedtilstand. Avregningsutvalget undersøkte i 2017 bruken av en kode (Z 95.X) valgt som hovedtilstand som angir at pasienten tidligere har fått operert inn implantater eller transplantater i hjerte eller blodkar. Samtidig var ulike hjertesykdommer (I10, , I25.1, I20.0) registrert som tilleggstilstander i samme episoder (Høyt blodtrykk, forkalkninger i hjertet og ustabil hjertekrampe). Denne kodepraksisen var i strid med veiledningen. Avregningsutvalget konkluderte i 2016 med at kodeveildningen trolig ikke hadde nådd ut til legene ved de berørte sykehusene. Gjennomgang av problemstillingen i 2018 viste at kodepraksis var korrigert i 2017, bortsett fra ved Sykehuset Vestfold, som ble anbefalt avregnet også for 2017.

Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide (17/5577)

Under Avregningsutvalgets gjennomgang i 2017 viste det seg at to sykehus i Helse Midt-Norge (Helse Møre og Romsdal, Helse Nord-Trøndelag) og Helse Nord (Nordlandssykehuset) hadde feilaktig registrert rutinemessig ultralyd av gravide som en mer omfattende undersøkelse som utføres ved høyrisiksvangerskap (veksthemming) og ved mistanke om misdannelser. Avregningsutvalgets oppfølgende kontroll av problemstillingen viste at to av sykehusene (Helse Møre og Romsdal og Nordlandssykehuset) hadde korrigert sin kodepraksis. Avregning ble anbefalt for det tredje sykehuset for 2017.

Tema 3 Nye metoder i diagnostikk og behandling uten medisinsk kode

Når fagmiljø utvikler nye metoder for undersøkelse og behandling skal metodens utførelse, effekter, bivirkninger/risikoforhold og bruksområder (indikasjoner) undersøkes og dokumenteres inntil fagmiljøet mener at det er godgjort at metoden kan gjøres allment tilgjengelig. Fagmiljøet kan deretter legge fram metoden for myndighetene med anmodning om å etablere en prosedyrekode, alternativt innlemme prosedyren innenfor en eksisterende kode.

Helsemyndighetene verifiserer dokumentasjonen gjennom litteraturstudier, eventuelt etter en gjennomgang.

Nye metoder tilordnes nye prosedyrekoder innenfor et etablert nordisk samarbeid der respektive helsemyndigheter deltar. Samtidig avklares betydningen av koden for gruppering i DRG-systemet. Denne oppgraderingen skjer en gang årlig.

Utvikling av nye metoder skjer i regi av lokal forskning og utvikling i Norge og i utlandet, og arbeidet utføres innenfor den finansiering som fagmiljøet har skaffet. Innen metoden er gitt en nasjonal kode, skal utprøvingen på pasienter ikke belaste ISF. Derfor er det helt avgjørende at miljøer som ønsker å ta i bruk nye metoder som mangler kode melder fra til Helsedirektoratet eller Direktoratet for e-helse. Avregningsutvalget mottar jevnlig saker der det stilles spørsmål om nye undersøkelser eller behandlinger hører innenfor ISF. I 2018 behandlet utvalget to slike saker.

Akupunktur ved kronisk smerte (17/5578)

På grunnlag av analyser av pasientdata fra 2016 ble det observert at et sykehus benyttet akupunktur langt hyppigere enn andre steder. Bruken av akupunktur var særlig knyttet til behandling for tilstand kodet som kronisk smerte (ICD-10: R52.2). Avregningsutvalget vurderte i 2017 at en vesentlig andel av disse behandlingene hørte inn under kategorien "utprøvende behandling" for et sammensatt klinisk bilde – særlig hetetokter hos pasienter behandlet for brystkreft, eventuelt kunne behandlingene høre inn som oppgave for fastlege / primærhelsetjenesten. Utvalget anbefalte i 2017 at hovedandelen av disse behandlingene ble avregnet. Under kontrollarbeidet i 2018 ble det klart at kodepraksis var endret, men ikke i tilstrekkelig grad til å unngå anbefaling om avrening også for 2017.

Ultralydbehandling av kreft i prostatata (18/11463)

På bakgrunn av en anmodning fra sektoren om mulig uriktig ISF-refusjon ved utprøvende behandling, opprettet Avregningsutvalget en sak for å undersøke forholdene nærmere.

Et sykehus hadde skaffet utstyr til utprøving av en ny metodikk basert på høyfrekvent ultralyd for å behandle enkelte ondartede svulster i prostata. Senere kjøpte sykehuset nytt utstyr innenfor ordinært driftsbudsjett, og anså behandlingen som etablert. Spørsmålet om korrekt prosedyrekode var imidlertid ikke avklart, og det var blitt benyttet en alternativ kode, som ikke ble støttet av kodeveileder ved Direktoratet for e-helse. Direktoratet for e-helse mottok en henvendelse om denne metoden fra respektive sykehus først våren 2018, og det ble umiddelbart iverksatt tiltak for å forberede etableringen av en ny prosedyrekode for metoden. Sykehuset hadde imidlertid allerede tatt det nye utstyret i bruk ved inngangen til 2017, uten at metoden var klarert mot prosedyrekodeverket. Avregningsutvalget innhentet sykehusets egen vurdering av hvorvidt den nye metoden var etablert eller ikke. Sykehuset avviste at behandlingen var omstridt,

men det ønsket å gjennomføre studier omkring behandlingen, og presiserte at bruken av det nye utstyret var å anse som behandling, ikke forskning.

Avregningsutvalget vurderte at behandling med nytt utstyr har vært en intern aktivitet ved sykehuset, men at behandlingene var feilkodet. Avregningsutvalget anbefalte at opphold ved sykehuset der denne behandlingen hadde vært utført, ble omkodet i samsvar med Direktoratet for e-helse sin anbefaling om koding av metoden for 2017, og avregnet deretter.

Ny behandling av hemoroider (HAL-RAR 18/1819)

På grunnlag av generelle analyser omkring endringer i nasjonal pasientstatistikk over tid, kom det fram en økning i registreringene av en bestemt metode for behandling av hemoroider ved fem større sykehus. Helsedirektoratet ønsket å avklare hvorvidt endringene hadde sammenheng med endret medisinsk praksis eller endringer i kodingspraksis. Avregningsutvalget henvendte seg til sykehusene for å innhente deres forklaringer på endringene.

I svarene fra sykehusene kom det fram at flere sykehus hadde tatt i bruk en ny behandlingsmetode (HAL-RAR: Hemorideligatur-Rectoanal repair) uten at det var etablert en ny kode for denne metoden. Av mangel på en gyldig kode begynte flere å registrere inngrepene etter råd fra en leverandør av medisinsk utstyr. Spørsmål om korrekt koding ble reist til Direktoratet for e-helse våren 2017. Det ble da klart at rådgivningen fra utstyrsfirmaet hadde vært feil. Direktoratet erkjente at en spesifikk kode for inngrepet manglet på det tidspunktet, og denne informasjonen ble etter hvert kjent i respektive fagmiljøer.

Saken bekrefter at den saksgang som gjelder for å revidere medisinske kodeverk ikke er godt nok kjent i alle fagmiljø.

Avregningsutvalget var overrasket over at sykehus hadde innhentet råd om koding fra utstyrsfirma istedenfor Direktoratet for e-helse. Utvalget anbefalte at feilregistrerte opphold ble korrigert og avregnet i henhold til den ISF-refusjonen som korrekt koding ville gitt.

Tema 4 ISF eller annen finansieringsordning

Regelverket for ISF setter grensene for hva slags helsehjelp som hører inn under ordningen. Ordningen representerer en mulighet til ekstra inntekter til helseforetakene. I grenselandet mot andre finansieringsordninger vil det kunne reises spørsmål om hvilken ordning som faktisk gjelder i det enkelte tilfelle. Dobbeltfinansiering skal unngås. En sak fra 2018 omtales nedenfor, som eksempel på hvilke spørsmål som må avklares ved slike grensetilfelle.

Finansiering av klinisk nevrofysiologiske undersøkelser og konsultasjoner (18/8615)

Avregningsutvalget mottok en henvendelse fra sektoren med spørsmål om lokal registreringspraksis ved et sykehus i Helse Vest var i henhold til ISF-reglene.

Nevrofysiologiske laboratorieundersøkelser finansieres via laboratorietakster fra Helfo utenfor ISF. Dersom det utføres en nevrologisk konsultasjon samme dag som undersøkelsen, vil dette i tillegg kunne utløse ISF-refusjon. Grenseoppgangen mellom en innledende samtale omkring undersøkelsen, og en nevrologisk konsultasjon er et spørsmål som bygger på det gjeldende faglige skjønn. ISF-regelverket sier at nevrofysiologiske takster ikke kan registreres ved en nevrologisk avdeling, fordi den er markert som ISF-avdeling.

Avregningsutvalget fikk belyst problemstillingen nærmere fra Norsk forening for klinisk nevrofysiologi, som har utarbeidet faglige retningslinjer på området. Utvalget henvendte seg også til to av landets universitetssykehus for å avklare forhold omkring innholdet i laboratorieundersøkelser og tidsforbruk, samt rutinene omkring konsultasjoner (ISF-finansiert) i forbindelse med slike undersøkelser. Svarene fra universitetssykehusene var nokså sammenfallende.

Avregningsutvalgets foreløpige vurdering gir grunnlag for en anbefaling i saken, men utvalget har behov for å arbeide videre med saken i 2019.

Helsedirektoratet har allerede startet et arbeid med å overføre finansieringen av nevrofysiologiske undersøkelser fra laboratorietakstfinansieringen til ISF. Fra 2018 er det innført en egen DRG for nevrofysiologisk undersøkelse, men foreløpig uten refusjon. Det er enighet om at det som oppfattes av pasienten som en samlet tjeneste bør rapporteres og finansieres samlet. Videre bør rapporteringen skje likt mellom helseforetakene.

Tema 5 Rehabilitering

Innføring av ISF innen rehabiliteringsområdet har ført til utfordringer over år. Tjenesteinnholdet har vist seg vanskelig å beskrive entydig og standardisert innenfor spesialisthelsetjenesten. Avregningsutvalget har behandlet ulike saker innenfor rehabiliteringsområdet gjennom mange år og utvalget har forsøkt å rydde i registreringspraksis og gi råd om forbedringer i regelverket. Blant ulike rehabiliteringstilak har opplæring en plass i tiltakskjeden. Utvalget behandlet dette temaet i 2018.

Gruppebasert opplæring, (17/11400)

Under avregningen for 2016 undersøkte Avregningsutvalget tjenesteinnhold og registreringer ved to kategorier av rehabilitering; *Kompleks rehabilitering* (DRG 462A) og *Vanlig rehabilitering* (DRG 462B), med utgangspunkt i pasientdata fra to sykehus i Helse Sør-Øst som hadde et høyere aktivitetsnivå på dette området sammenlignet med andre sykehus. På bakgrunn av dialog med sykehusene kunne Avregningsutvalget bekrefte at sykehusene hadde opprettet gode behandlingstilbud. Samtidig oppfattet utvalget at behandlingstilbudene i realiteten var gruppebehandling i grenseland til poliklinisk rehabilitering, og utvalget konkluderte med at tilbudet hører inn under *Grupperettet pasientopplæring* (DRG 9980) bestående av polikliniske kontakter. Avregningsutvalget oppfordret Helsedirektoratet til å presisere ISF-regelverket ytterligere for å oppnå ensartede registreringer ved sykehusene.

Avregningsutvalget fulgte opp utviklingen ved de to sykehusene under avregningen for 2017, og kunne slå fast at begge sykehus hadde forbedret sin kodepraksis dette året, men sykehusene hadde fortsatt svikt i kvaliteten på registreringene, og utvalget anbefalte avregning etter samme metode som for 2016. Anbefalingen innebar en samlet avregning på totalt NOK 13 mio for Helse Sør-Øst, mot NOK 15 mio for 2016.

3. VURDERINGER OG ANBEFALINGER

3.1 Saksomfang

Avregningsutvalget behandlet 17 ordinære saker i 2017. I 10 av sakene kom utvalget fram til en anbefaling om avregning av ABF 2017. Tabell 2 nedenfor viser en oversikt over sakene som ble behandlet og i hvilke saker det ble anbefalt avregning.

Tabell 2. Saker behandlet av Avregningsutvalget i 2018 og om det ble anbefalt avregning av ABF 2017.

Saksnr	Sakstittel	Avregning
18/1819	Kodepraksis ved behandling av hemoroider	Ja
18/1820	Bruk av prosedyrekodene Q*E35 og Q*E30	Nei
18/8615	Mulig dobbeltfinansiering av klinisk nevrofysiologi	Nei
18/11463	Kodepraksis ved HIFU behandling av prostatakraft	Ja
17/28390	Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner	Ja
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
17/5982	Kodepraksis for opphold i DRG 9300 <i>Poliklinisk konsultasjon vedr. symptomer i bryst</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	Nei
16/3873	Oppfølging av sak 15/1938 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N <i>Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år</i>	Nei
15/4628	Kodepraksis for opphold i DRG 8620 <i>Poliklinisk rehabilitering</i> og annen tilstand E66 <i>Fedme</i>	Nei
15/1804	Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger	Ja
13/4904	Flere registrerte episoder samme dag ved OUS	Ja

Fire av årets behandlede saker var nye problemstillinger i 2018. I tillegg til de nye sakene, ble noen gamle saker meldt inn på nytt med endret problemstilling. I to av sakene som ble meldt inn i 2018 ble det anbefalt avregning av ABF 2017. 13 av årets behandlede saker ble meldt inn tidligere år, i

åtte av oppfølgingssakene ble det anbefalt avregning. Det tyder på at det er viktig at Avregningsutvalget følger opp behandlede saker helt til kodepraksis er endret.

Alle årets behandlede saker ble meldt inn til Avregningsutvalget fra Helsedirektoratets avdeling Finansiering.

Avregningsutvalget anbefaler avregninger som medfører en reduksjon i utbetalinger i ABF 2017 på 104 millioner kroner. Anbefalingene får konsekvenser for refusjoner til alle regionale helseforetak, jf. tabell 3.

Tabell 3. Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av ABF 2017 etter pasientenes bostedsregion. Kroner.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Anbefalt avregning, kr
Sør-Øst	-65 687 919
Vest	-34 344 167
Midt-Norge	-2 441 064
Nord	-1 150 077
SUM	-103 623 227

3.2 Anbefalinger

Nedenfor presenteres Avregningsutvalgets vurderinger og anbefalinger i alle saker som ble behandlet i 2018.

18/1819 Kodepraksis ved behandling av hemoroider

Analyser av ABF-data viste at det var en vesentlig vekst i DRG 1490 *Større operasjoner på tynntarm & tykktarm, dagkirurgisk behandling* ved flere helseforetak. Oppholdene var registrert med K64 *Hemoroider og perianal venøs trombose* som hovedtilstand, samt prosedyrekodene JHB00 *Hemoroidektomi* eller JHB96 *Annet inngrep for hemoroider eller slimhinneprolaps*. Denne kombinasjonen av tilstander og prosedyrer ville gruppert til DRG 1580 *Enkle tarmoperasjoner & op på anus & fremlagt tarm, dagkir*. Årsaken til at oppholdene grupperes til DRG 1490 er bruk av prosedyrekoden JGA60 *Sutur av rectum*. Analyser av ABF-data for årsdata 2017 viste høy forekomst av JGA60 ved Vestre Viken HF, Helse Bergen HF, Universitetet i Nord-Norge HF, Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset i Telemark HF.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere relevansen av å bruke denne prosedyrekoden ved behandling av hemoroider ved de aktuelle helseforetakene.

Avregningsutvalget ønsket å vite mer om opphold gruppert til DRG 1490 og spesielt opphold registrert med tilstandskode K64 og prosedyrekode JGA60 ved helseforetakene som hadde avvikende kodepraksis. Følgende spørsmål ble stilt:

- Hvordan kan det forklares at andelen opphold som grupperes til DRG 1490 med prosedyrekode JGA60 har økt fra 2016 til 2017?
- Er behandlingen av hemoroider organisert på en annen måte enn andre helseforetak? Eller finnes det andre faktorer som kan forklare endringen i kodepraksis?
- Hva er begrunnelsen for valg av hovedtilstand K64 og prosedyrekode JGA60 for behandling av hemoroider?

Vestre Viken HF svarte at koden var benyttet i deler av 2017 ved behandling av hemoroider med metoden HAL/RAR, som er en metode som har blitt benyttet i større grad. Kodeverket har ikke hatt noen klar kode for denne metoden. Etter diskusjoner har det vært en vurdering i fagmiljøer i flere foretak, også formidlet via firmaet som leverer utstyr til prosedyrene, at kodene JHB96 og JGA60 var riktig å benytte ved inngrepene. Videre diskusjoner i løpet av 2017 tilsa imidlertid at riktig kode heller burde være JHB96 eventuelt med tillegg av ZXM00. Etter kontakt med kodehjelpen, gikk Vestre Viken over til dette som kode. Det ble gjort først et stykke ut på året, slik at en del inngrep er kodet med JGA60 i første og andre tertial (en del av dem er rettet, men først etter lukking av tertialet). Etter at den nye koden JHB50 kom i kodeverket for 2018, har Vestre Viken brukt den for dette inngrepet.

Sykehuset Telemark svarte at de har gjennomgått alle tilfellene hvor man har gjort en faglig vurdering av prosedyrekodebruk ved utførelse av hemoroidearterieligatur og rektoanal mukopeksi. De så at prosedyrekoden JGA 60 Sutur av rektum var registrert ved 16 tilfeller i 2017, hvorav 15/16 var utført før 06.06.17. Sykehuset Telemark svarte videre at når det gjelder endring av kodepraksis ved introduksjon av HAL/RAR metodikk, ble det etterlyst en mer differensiert koding i det gastrokirurgiske fagmiljøet nasjonalt, i februar 2017.

Det ble da sendt ut et svar fra utstyrsfirma med følgende forslag til bruk av prosedyrekoding, på bakgrunn av en moderne operasjonsmetode:

«JHB96 Annet inngrep for hemoroider eller slimhinneprolaps»

«JGA60 Sutur av rektum»

«ZXC40 Bruk av ultralyd som terapeutisk modalitet»

Dette svaret ble sendt ut til flere HF og det var derfor flere foretak som begynte å kode HAL/RAR på denne måten. På bakgrunn av dette svaret, tok fagmiljøene dette opp med koderådgivere, som igjen tok dette opp med Direktoratet for e-helse/ kodehjelpen.

Den 06.06.17 kom svaret fra kodehjelpen om at dette var feilkoding og skulle tas opp med utstyrsfirma, for å gjøres oppmerksom på rett koding for 2017, samt opprettelse av ny HAL/RAR kode i 2018. Rett koding for HAL/RAR i 2017 skulle således være:

K64*

JHB 96

ZXM 00

På bakgrunn av disse opplysningene, ble denne problemstillingen tatt opp på sykehuset Telemark, på kirurgisk morgenmøte den 26.06.17. Her ble det informert om at Direktoratet for e-helse hadde klare føringer om rett koding av dette inngrepet og at koden JGA 60 ikke skulle brukes ved HAL/RAR. Analyser av data viser endring i kodepraksis etter 26. juni 2017.

Sykehuset Vestfold HF svarte at endringen i koding avspeiler endring i behandlingsteknikk. Den nye HAL-RAR metoden for hemoroider erstatter både det mer kompliserte inngrepet Longo og simpel Milligan. Ved Sykehuset Vestfold HF har registreringspraksis for HAL-RAR vært kodet med JHB96 *Annet inngrep for hemoroider eller slimhinneprolaps* og JGA60 *Sutur av rectum frem til HAL-RAR* fikk ny kode, JHB50, i 2018.

Helse Bergen HF svarte at bruken av JGA60 i denne sammenhengen har vært feil. Rett bruk er JHB50 (Hemoroidearterieligatur (HAL)) gjerne i kombinasjon med ZXC40. Evt kan man legge til prosedyrekoden JHB96. Helse Bergen HF har hatt informasjon om kodepraksis fra andre sykehus/HF som har innført HAL-RAR metodikken. Analyser viser at sykehuset har lagt om rutinene slik at registrering av operasjonene blir i tråd med regelverket.

Universitetssykehuset Nord-Norge svarte at enklere hemoroider behandles på poliklinikk med strikkeligatur. Større hemoroider som ikke egner seg til strikkeligatur behandles kirurgisk. Ved UNN er det på grunn av arbeidsfordeling i hovedsak UNN Harstad som behandler hemoroider operativt. Svarbrevet fra UNN beskrev videre at hemoroider forårsakes av at slimhinnen i nedre endetarm presses ut ved endetarmsåpningen og fylles med blod fra de venøse kar. Dette plager pasientene med blødning fra endetarmen og ofte smerter. Tidligere ble disse pasientene operert med s.k. Milligan-Morgans operasjon, hvorved hemoroidene ble skåret ut. Prosedyren ble kodet med JHB00 Hemoroidectomi.

UNN svarte videre at det ble introdusert en ny metode for operativ behandling av hemoroider for et par år siden der man unngår å fjerne hemoroidene, men i stedet heiser slimhinnen opp i endetarmen med flere rekker av suturer. Samtidig ligeres 4-6 kar i endetarmen slik at blodforsyningen til vevet reduseres. Den nye metoden har flere fordeler.

Den nye metoden krever tildels fast utstyr da man må bruke et spesielt ultralydsapparat og samtidig engangsutstyr til hver pasient. Kostnadene til dette rettfærdiggjøres av redusert sykemelding og bedre behandlingsresultat. Ved koding av denne nye typen behandling fantes ikke separat kode for såkalt HAL-RAR (hemorhoidal arterial ligation - Recto-anal repair) Den koden som virket mest relevant var JHB96 *Annet inngrep for hemorhoider eller slimhinneprolaps* - HAL i tillegg til JGA 96 *Annen proctotomi eller lokalt inngrep på rectum for recto-anal repair* – RAR. De som har brukt denne koden har ikke vært informert om at dette ikke var lovlig da det nettopp står «lokalt inngrep på rectum» i en gruppe JGA = Lokale inngrep på rectum, som ikke gir inntrykk av at det er spørsmål om en større prosedyre. UNN HF svarte at de leger som koder for kirurgien har ikke vært informert om at det skulle være en urimelig høy kostandsvekt ved bruk av JGA 96. I kodeverket for 2018 har det kommet til en ny kode for HAL-RAR som UNN nå benytter.

Avregningsutvalget mente at det var godt og formulerte svar fra helseforetakene. Føringerne fra Direktoratet for e-helse er tydelige i hvordan oppholdene skal registreres. Utvalget er overrasket over at fagmiljøene valgte å følge føringerne fra et firma og utvalget ønsker å opplyse om det selvstendige ansvaret om å avklare korrekt medisinsk koding med Direktoratet for e-helse.

Anbefaling;

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

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

Denne saken ble først meldt inn i 2017. Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget 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*. Det ble også vist til at saken burde sees i sammenheng med tidligere sak 13/5150, som Helsedirektoratet la til grunn at utvalget også ville følge opp for 2016. Denne saken gjaldt kodene Q*E35 *Rekonstruksjon ved huddefekt (.....) etter kirurgi eller skade*, hvor Avregningsutvalget tidligere har konkludert med feil bruk av koden ved St. Olavs hospital og Teres Stokkan. Av Avregningsutvalgets årsrapport for 2017 framgår at «Avregningsutvalget mener at det ikke er åpenbart at dette er en avregningssak og ber Helsedirektoratet gjøre en ny vurdering før de eventuelt melder inn saken på nytt for ABF 2017». Det fremgår videre at utvalget anbefaler at det gjøres presiseringer i kodeveiledningen. Direktoratet ønsker at utvalget skal vurdere om nevnte koder benyttes i tilfeller hvor kodene Q*E10 *Eksisjon av hudlesjon* skulle vært benyttet. Dette er avgjørende for om oppholdet grupperes til DRG 2680 *Plastiske op på hud og underhud, dagkirurgisk behandling* eller 809J *Eksisjon eller destruksjon av hudlesjon*. Behovet for vurdering av kodepraksis på dette området ligger både i erfaringene og konklusjonene i sak 13/5150, i de utviklingstrekk som observeres og variasjonene mellom ulike HF. Analyser av ABF data for 2017 viste en kraftig vekst i DRG 2680 og en reduksjon i DRG 809J for 3 av de 4 helseregionene. Hvis denne endringen kan knyttes til en endret og eventuelt feil kodepraksis vil det være svært uheldig, og det var derfor behov for å få vurdert kodepraksis på dette området.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere kodepraksis knyttet til opphold gruppert til DRG 2680 ved Helse Bergen HF, Vestre Viken HF, Sørlandet sykehus HF, Aleris Helse Trondheim, Volvat Medisinske senter, Stokkan og St.Olavs Hospital.

Avregningsutvalget sendte brev til helseforetakene for å vite mer om opphold registrert med prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35 som grupperes til 2680 og stilte følgende spørsmål:

- Hvordan kan det forklares at andelen opphold som grupperes til DRG 2680 har økt ved de aktuelle sykehusene sammenlignet med andre helseforetak i egen region og landet for øvrig?
- Er behandlingen av kirurgisk fjerning av ondartet svulst i hud organisert på en annen måte enn i andre helseforetak? Eller finnes det andre faktorer som kan forklare at pasienter i disse opptaksområdene har en høyere andel opphold i DRG 2680?
- Hva er begrunnelse for økt bruk av kodene Q*E30 og Q*E35?

I svarene fra helseforetakene fremgikk det at kodeveiledning og kodeverk har vært uklart for denne problemstillinga. Endringen i kodeveiledningen kom før endringen i kodeverket for 2017. Avregningsutvalget vurderte at helseforetakene har fulgt kodeveiledningen og endret

behandlingsregime. Avregningsutvalget må akseptere økningen og at helseforetakene hadde kodet riktig.

Anbefaling: Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning i saken da endring i kodeveiledning kom før endringen i kodeverket for 2017.

Avregningsutvalget ønsker å gi tilbakemelding til Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse om bedre rutiner for publisering av kodeveiledning og kodeverk slik at de endres samtidig.

18/8615 Mulig dobbeltfinansiering av klinisk nevrofysiologi

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

Analyser av ABF-data viste at det kan være variasjon mellom ulike sykehus i hvordan dette er organisert og rapportert.

Saken initieres på bakgrunn av henvendelser fra sektoren om en registrerings- og rapporteringspraksis ved et helseforetak i Helse Vest som det stilles spørsmål til om er i tråd med finansieringsreglene. Henvendelsen beskrev at en pasients konsultasjon på én time, med samme lege, ble registrert som to kontakter i Helse Førde HF. En konsultasjon som ble rapportert til NPR (ISF) som ca. en halv times konsultasjon. Andre del av konsultasjonen registreres på en teknisk avdeling, med krav om takstfinansiering fra HELFO (eksempelvis takst 702f). Selv om det var en times samlet konsultasjon var det lagt inn 5 minutters teknisk pause mellom disse to registreringene. Opplysninger Avregningsutvalget har fått tilsier at dette var praksis frem til september 2016, ikke i 2017, men at praksisen er gjeninnført fra mars 2018. Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget om en vurdering av om dette er en konsultasjon på en time (med samme lege) eller om det skal registreres som to separate konsultasjoner.

ISF regelverket er slik at en kan utføre en nevrofysiologisk undersøkelse (som gir grunnlag for takst) samme dag som en har en konsultasjon f.eks. på nevrologisk avdeling (som gir ISF).

Helsedirektoratet har startet en prosess med tanke på å overføre finansiering av nevrofysiologiske tester fra labtakstfinansiering til ISF. Fra og med 2018 ble det opprettet en egen DRG for nevrofysiologisk undersøkelse for å foreløpig kunne samle disse oppholdene. Denne har ingen refusjon i DRG-systemet i 2018.

Utgangspunktet bør være at det som oppfattes av pasienten som en samlet tjeneste samme dag også bør rapporteres og finansieres samlet. Et annet hensyn er å se til lik rapporteringspraksis mellom helseforetak.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget om å analysere og vurdere kodepraksis opp mot ISF regelverket, også sammenlignet med andre enheter som gjør nevrofysiologiske undersøkelser.

Avregningsutvalget ønsket å trekke inn fagmiljøet for å få en bedre forståelse av faglige retningslinjer. Tom Eichele, styreleder i Norsk forening for klinisk nevrofysiologi, deltok på telefon i møtet 8. mai og bidro til å belyse faglige retningslinjer og rasjonelt begrunnede pasientforløp. Tom Eichele viste til foreningens faglige retningslinjer².

Avregningsutvalget ønsket å vite mer om registreringspraksis og sendte brev til Helse Førde med spørsmål om;

- Hva inneholder den ISF-finansierte polikliniske konsultasjonen som går ut over en vanlig nevrofysiologisk konsultasjon?
- Hva er begrunnelsen for at kodepraksisen har endret seg fra 2016 til 2017 og så tilbake igjen i 2018?

Helse Førde HF svarte at det må skilles mellom undersøkelser som blir gjort i samme seanse som legekonsultasjon og de som blir gjort som rene laboratorieundersøkelser (EEG og VER) uten at lege er tilstede. Aktuelle spørsmål om registreringspraksis i nevrofysiologisk avdeling gjelder kun det første, dvs EMG og NCV (dvs takst 702f). EMG/NCV blir alltid utført av lege som en del av konsultasjonen. Ved disse undersøkelsene blir det i praksis utført nevrofysiologisk laboratorieundersøkelse samtidig med klinisk nevrologisk konsultasjon, og disse er kodet som ISF.

Helse Førde svarte videre at en intern misforståelse gjorde at det i en periode ble registrert laboratoriekode (dvs 702f) i egen KNF-avdeling i tillegg til legekonsultasjonen, men at de har korrigert slik at registreringer har blitt i tråd med det som var intensjonen i forskriften og at de nå har et klart skille mellom hva som er en kontakt som skal registreres som nevrofysiologisk undersøkelse og hva som er en ordinær nevrologisk konsultasjon i tillegg.

Nevrofysiologiske takster kan ikke registreres på nevrologisk avdeling fordi den er markert som ISF avdeling. Avregningsutvalget sin anbefaling i sak 12/3641 var at disse takstene skal rapporteres fra en enhet som ikke inngår i ISF-ordningen. For å legge til rette for å rapportere korrekt opprettet Helse Førde avdeling KNF for registrering av takstene 702a-g.

Registrering av takstene 702a-g på nevrologisk poliklinikk vil føre til at i de tilfellene pasienten har en reell konsultasjon hos nevrolog og i tillegg får utført nevrofysiologisk undersøkelse blir konsultasjonen ekskludert fra ISF-ordningen. De nevrofysiologiske takstene finansieres via Helfo.

² <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-forening-for-klinisk-nevrofysiologi/metoder-prosedyrer/Retningslinjer-for-metoder-i-KNF---Elektronisk-versjon/Kapittel-14---KNF-takster-og-annen-virksomhetsregistrering/>

Helse Førde svarte at på avdeling nevrologisk poliklinikk har det vært rapportert takster for klinisk nevrofysiologi, og konsultasjonane kom ikke med i ISF-finansieringa i 2017. Dette ble endret i 2018.

For å ha et sammenligningsgrunnlag sendte Avregningsutvalget spørsmål til universitetssykehusene med spørsmål om;

Hva inngår i en vanlig EMG-undersøkelse, og hvor lang tid er det avsatt til en slik undersøkelse? Er det vanlig å ha separate konsultasjoner (ISF-konsultasjoner) samme dag i tillegg til EMG?

UNN HF svarte at de ved EMG undersøkelser setter opp én time per pasient som det tas takst for, undersøkelsene inngår ikke i ISF-ordningen. Det som gjøres av fokusert anamnese og målrettet klinisk testing, regnes som en del av EMG-konsultasjonen. UNN HF utreder, men har ikke behandlingsansvar. Helt unntaksvis settes pasienten opp på nevrologisk poliklinikk samme dag. Pasienten får da en separat time hos nevrolog.

St.Olavs hospital HF svarte at Lab-undersøkelsen er todelt. Først gjennomføres nevrografi og deretter EMG Nevrografi på 45-60 minutter. EMG (elektromyografi), 25-40 minutter nålregistrering som inkluderer orienterende klinisk kontroll på ca 5 minutter. Samlet tid for LAB-delen ved St.Olavs er beregnet til 90 minutter. Tiden kan variere noe avhengig av klinisk problemstilling.

Avregningsutvalget vurderte at svarene fra universitetssykehusene, retningslinjene fra fagforeningen og statistikken gir grunnlag for en anbefaling i saken. Avregningsutvalget vil derfor forfølge saken for 2018 med tanke på en avregning.

18/11563 Kodepraksis ved HIFU behandling av prostatakreft

Denne saken ble initiert på bakgrunn av en henvendelse fra sektoren vedrørende kodepraksis for behandling av prostatakreft med høyfrekvent ultralyd. En henvendelse fra sektoren beskrev at Urologisk avdeling ved Oslo Universitetssykehus HF (OUS) i lengre tid hadde benyttet uriktig prosedyrekode i forbindelse med forskningsbasert behandling av prostatakreft. Det var usikkerhet om prosedyrekoden KED 80 *Perkutan kryokirurgi på prostata* var urettmessig benyttet hos pasienter med prostatakreft som ble behandlet med såkalt High Intensity Focused Ultrasound (HIFU).

Koden KED 80 gjelder behandling med kryoablasjon, dvs en teknologi der kreftceller drepes av repetert nedfrysing og tining via nåler som er ført inn i svulsten via perineum. HIFU er basert på en helt annen teknologi der celledød induseres av varme som sendes gjennom rectumveggen som fokusert ultralyd. Evidensgrunnlaget for de to metodene er forskjellig. Bruk av HIFU er kontroversielt i fagmiljøene.

Det ble hevdet i henvendelsen at det i forbindelse med anskaffelse av utstyr til HIFU ved urologisk avdeling ved OUS HF var det presisert at utstyret skulle benyttes til forskning. Det er uavklart om det er riktig å belaste DRG systemet for kostnadene som er forbundet med denne forskningen.

I forbindelse med HIFU behandling gjøres ofte *transurethral reseksjon av prostata* (TURP). Dette gjøres for å forebygge vannlatingsproblemer etter HIFU. I henvendelsen ble det anført at dersom disse pasientene ikke skulle behandles med HIFU, ville det ikke blitt gjort TURP, og at det derfor vil være galt å belaste DRG systemet med koden for TURP som et alternativ til kode KED 80.

Analyser av ABF for 2017 viste totalt 59 opphold med prosedyrekode KED80 *Perkutan kryokirurgi på prostata*. Av disse er 53 rapportert fra Oslo universitetssykehus HF, de øvrige 6 fra Helse Bergen HF. Oppholdene ved OUS HF er gruppert til DRG 344, DRG 337 og DRG 336 og tilsvarer omlag 55 poeng totalt (ca. 1,2 millioner kroner i ISF-refusjon).

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere hvordan aktiviteten burde kodes iht prosedyrekoding og hvordan aktiviteten burde rapporteres til Norsk pasientregister. Et sentralt spørsmål vedrørende rapportering til NPR er hvorvidt aktiviteten var å anse som forskning/ utprøvende behandling. Behandlingsaktivitet som er del av et forskningsprogram skal merkes med debitorcode 22 *Forskningsprogram* og vil da ikke inngå i ISF, jfr. ISF regelverkets kap. 4.2. Opphold med debitorcode 22 ekskluderes fra ISF-grunnlaget, men vil kunne finnes i nasjonal statistikk.

For å få et fullstendig bilde av dagens kode- og rapporteringspraksis var det derfor nødvendig å gjøre analyser på all rapportert aktivitet. Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget primært om å vurdere forhold som hadde betydning for ISF-utbetalingen.

Avregningsutvalget sendte en henvendelse til Direktoratet for e-helse med spørsmål om det arbeides med nye prosedyrekoder for dette feltet. Direktoratet for e-helse svarte at dette er høyst relevant for årets koderevisjon. De ble oppmerksomme på spørsmålet om å opprette en kode for HIFU behandling av prostata i forløpet av et kodespørsmål som ble sendt til Direktoratet for e-helse i mars 2018. Innsender savnet da en mer presis kode av denne prosedyren, og oppga at de per i dag brukte KED80. Direktoratet for e-helse sitt svar på dette var at KED 80 ikke var riktig kode, men anbefalte i stedet KEW 98 *Annen transluminal endoskopisk operasjon på prostata*, samt legge til tilleggskoden ZXC 40 *Bruk av ultralyd som terapeutisk modalitet*. KEW98 er svært uspesifikk og heller ikke helt riktig siden prosedyren ikke utføres ved endoskopi. Direktoratet for e-helse så altså at HIFU-behandling av prostata ikke lot seg kode riktig med eksisterende kodeverk. Direktoratet for e-helse så derfor behov for en kode som dekket denne typen inngrep, og har hatt saken oppe i referansegruppen for kirurgi. Deres anbefaling var klar på å opprette en ny, men uspesifikk kode som skal kunne dekke ulike prosedyrer for fokal behandling i prostata. I tillegg til ny kode, KED96, så er koden tenkt benyttet sammen med ZXC40 *Bruk av ultralyd som terapeutisk modalitet*, for å beskrive HIFU. Rådet fra referansegruppen var å holde øye med volumtallet på den uspesifikke koden til neste år, og på nytt vurdere om det da er behov for en mer spesifikk kode for dette.

Direktoratet for e-helse svarte at referansegruppen for bildediagnostikk, bildeveiledet intervensjon og nukleærmedisin har gitt råd om å opprette en ny spesifikk kode for dette. Denne er vedtatt og formulert slik; LCO20G *Høyfrekvent ultralydbølgebehandling i prostata, MR-veiledet, med undertekst HIFU*.

Avregningsutvalget er gjort kjent med at utstyret som benyttes ved HIFU behandling av prostatakreft ble kjøpt inn til et forskningsprosjekt. Det ble sendt brev til OUS HF med spørsmål om hvilke tiltak OUS HF har gjort for å få etablert en prosedyrekode for denne behandlingen og om det finnes en prosedyrekode som fanger opp denne behandlingsformen i dag. Foreligger det en protokoll for forskning på denne behandlingsformen? Hvor mange pasienter inngår i forskning og hvor mange pasienter får dette som ordinære inngrep? Hva erstatter denne nye metoden, hva skulle den alternative behandlingen vært med hvilke prosedyrekoder? Har det skjedd noe organisatorisk ved OUS HF som påvirker denne endringen i registreringspraksis?

For å ha et sammenligningsgrunnlag sendte Avregningsutvalget brev til Helse Bergen HF med spørsmål om hvilken type behandling som var utført når prosedyrekoden KED80 ble benyttet ved Helse Bergen HF? Og i hvor stort omfang av behandling av HIFU var det i Helse Bergen HF? Hvor mange inngrep uavhengig av forskning gjennomføres og hvordan kodes det ved Helse Bergen HF?

I svarbrevet fra OUS HF (og tidligere Aker Universitetssykehus) svarte de at helseforetaket har siden 2006 hatt utstyr for høyfrekvent ultralydbehandling (HIFU) av prostata. Den gamle maskinen

ble kassert i 2016 og ny maskin ble innkjøpt og satt i drift fra våren 2017. Maskinen ble innkjøpt over ordinært investeringsbudsjett til pasientbehandling, hvor indikasjonen var todelt: behandling av små, lokaliserte kreftsvulster i prostata som alternativ til radikal prostatektomi, og til behandling av lokalisert tilbakefall etter radikal strålebehandling av prostatacancer («salvage»).

OUS svarte videre at det er riktig som det anføres i brevet at kunnskapsgrunnlaget for behandlingen er mangelfullt og vi har derfor ønsket å gjøre studier rundt behandlingen, så langt er en studie startet. At behandlingen skulle være omstridt, er ikke OUS oppfatning. Maskinen er den eneste i Norge og de har i mange år også fått henvist et lite antall pasienter fra andre helseregioner til denne behandlingen. OUS svarte at det var viktig å påpeke at indikasjonen for bruk primært er behandling, ikke forskning.

De svarte videre at OUS siden våren 2018 har hatt en dialog med direktoratet for e- om koding av behandlingen. Bruk av koden KED80 ble innført ved oppstart i 2006 fordi det ikke fantes en dekkende kode og fordi HIFU i likhet med kryobehandling er en fokal behandlingsform. Ved gjennomgang våren 2018 så de at koden KED80 ikke var den som passet best og har etter dialog med Direktoratet for e-helse kodet inngrepene fra og med 2018 med kodene KEW98 + ZXC40. TURP som tilleggsbehandling gjøres bare der pasienten har vannlatnings besvær med avløpshinder som selvstendig indikasjon for denne prosedyren.

Helse Bergen HF svarte at Helse Bergen HF ikke har utstyr for HIFU, men standard utstyr for kryoterapi av prostata. Prosedyrekoden KED80 benyttes utelukkende ved frysebehandling av prostata. I forbindelse med frysebehandlingen gjøres andre standard prosedyrer som cystoskopi, prostatabiopsi og blærekateterisering. Det er ikke forskning knyttet til HIFU ved Helse Bergen. Imidlertid er det forskning knyttet mot frysebehandling av prostata. De seks pasientene som det er referert til inngikk i en fase 1 studie med dendrittiske celler (stamcellebehandling) av hormonrefraktær prostatakraft. Studien er et samarbeidsprosjekt mellom Universitetene i Bergen og Oslo. Det rent pasientrettede foregår ved Helse Bergen, men fremstillingen og «oppgraderingen» av stamcellene gjøres ved laboratoriet ved DNR og tilbakeføres til pasienten i etterkant av frysebehandlingen av prostata ved Helse Bergen. De laboratoriemessige delen av prosjektet dekkes av eksterne forskningsmidler, men den kliniske behandlingen av prostata inngår i den ordinære behandlingen av disse pasientene.

Avregningsutvalget vurderte at behandling med nytt utstyr har vært en intern aktivitet ved OUS HF uten at andre har vært involvert. Det er helseforetakets ansvar å henvende seg til myndighetene for å få etablert en kode for behandlingen, nye behandlingsformer skal meldes inn.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at behandling som er utført med det nye utstyret regrupperes i tråd med rådgivningen fra Direktoratet for e-helse, KED80 *Perkutan kryokirurgi på prostata* erstattes med KEW98 *Annen transluminal endoskopisk operasjon på prostata* og ZXC40 *Bruk av ultralyd som terapeutisk modalitet*.

17/28390 Kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner

Avregningsutvalget har i løpet av de siste årene behandlet saker på bakgrunn av observasjon av høy andel døgnopphold ved enkelte HF/institusjoner og med indikasjoner på at pasientene i en stor andel av tilfellene hadde hatt permisjon og ikke overnattet ved sykehuset. Variasjon i bruk av permisjoner og i valg av omsorgsnivå førte til at Avregningsutvalget iverksatte en bredere gjennomgang av problemstillingen, med utgangspunkt i ABF-data for 2016. Avregningsutvalget vurderte at det ikke var grunnlag for avregning i 2017, men ønsket å følge opp saken i 2018.

Problemstillingen har også vært berørt i tidligere saker behandlet av Avregningsutvalget, for eksempel sak 15/1804 *Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger*, sak 15/1634 *Korte døgnopphold DRG 242C Spesifikke inflammatoriske ledd- og rygg sykdommer u/bk* og sak 14/4293 *DRG 323/323O Registreringspraksis for behandling av stein i urinveiene - med eller uten overnatting*.

I sin bestilling til Avregningsutvalget for 2018, ønsket Helsedirektoratet at Avregningsutvalget prioriterte denne saken, både fordi den var viktig for avregning av ABF-data for 2017, men også i forhold til videreutviklingen av ISF-ordningen. Overgang fra døgn til dagbehandling er en ønsket utvikling. Aktivitetsbasert finansiering kan påvirke denne utviklingen. Helsedirektoratet ønsket å samle kunnskap om eventuelle forskjeller i registreringspraksis som underlag for tolking av utviklingstrekk basert på rapporterte data.

Avregningsutvalget har i 2018 sett nærmere på bruken av permisjoner for pasienter med korte innleggelse, dvs. overnatting 1-2 døgn.

Regelverket for Innsatsstyrt finansiering sier at helsehjelpsepisoder som finner sted i løpet av én dag uten at pasienten overnatter, skal som hovedregel rapporteres som polikliniske kontakter (ISF regelverk 2017; kapittel 6.1). I tilfeller der helsehjelpen foregår over to eller flere dager, uten at pasienten overnatter i sykehusavdeling, skal behandlingsaktiviteten ikke rapporteres som ett sammenhengende avdelingsopphold med permisjon (ISF regelverk 2017; kapittel 5.15). Som et utgangspunkt for avregningsutvalgets vurdering av saken fikk utvalget iverksatt analyser for å belyse problemstillingens faglige og geografiske omfang, samt institusjonstype, med vekt på opphold med liggetid 1 døgn, 2 døgn og over 2 døgn.

Ved Diakonhjemmet sykehus og Betanien Hospital var opphold med like lang permisjonstid som liggetid planlagt ikke-kirurgisk behandling, hovedsakelig i HDG 8 *Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev*. Det var flest opphold i DRG 242C *Spesifikke inflammatoriske ledd- og rygg sykdommer u/bk*. Problemstillingen er sannsynligvis den samme som behandlet i sak 15/1634 *Korte døgnopphold DRG 242C Spesifikke inflammatoriske ledd- og rygg sykdommer u/bk*.

Ved Haraldsplass diakonale sykehus var opphold med like lang permisjonstid som liggetid i all hovedsak medisinske ø-hjelpsopphold. Oppholdene grupperte til ulike DRG-er. Vurdering av disse oppholdene vil være av stor interesse inn i Helsedirektoratets arbeid med videreutvikling av ISF-ordningen knyttet til medisinsk ø-hjelp.

Ved Helse Bergen var det et høyt antall og andel opphold med like lang permisjonstid som liggetid. Oppholdene grupperte til ulike DRG-er, både kirurgiske og ikke-kirurgiske. Det var både planlagte opphold og ø-hjelp. I HDG 1 *Sykdommer i nervesystemet* var det primært ikke-kirurgiske opphold som hadde like lang permisjonstid som liggetid. De fleste oppholdene var registrert som planlagt, men noen opphold var også registrert som ø-hjelp.

I HDG 5 *Sykdommer i sirkulasjonsorganene* var det i hovedsak planlagte opphold som hadde like lang permisjonstid som liggetid. Det var flest opphold i DRG 130/131 *Sykdommer i de perifere kar* og DRG 478/479 *Karkirurgisk operasjon ITAD*. Nesten alle oppholdene var registrert med hovedtilstand I70.2 *Aterosklerose i arterie i ekstremitet*.

I HDG 8 *Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev* var det flest medisinske ø-hjelpsopphold med like lang liggetid som permisjonstid. Det var også noen kirurgiske opphold og noen planlagte opphold.

I HDG 11 *Nyre- og urinveissykdommer* var det i hovedsak planlagte opphold, både i kirurgiske og ikke-kirurgiske DRG-er. Oppholdene var hovedsakelig ved Urologisk avdeling og må sees i sammenheng med tidligere behandlet sak 14/4293 *DRG 323/323O Registreringspraksis for behandling av stein i urinveiene - med eller uten overnatting*.

Ved OUS var det i hovedsak planlagte ikke-kirurgiske opphold som hadde like lang permisjonstid som liggetid. Cirka 30 % av oppholdene var gruppert til DRG 398 *Retikuloendoteliale & immunologiske sykd ITAD m/bk* registrert med hovedtilstandskode T860 *Avstøting av benmargstransplantat*. Dette er en pasientgruppe som kun behandles ved OUS og St. Olavs Hospital.

Også ved Sykehuset i Vestfold var det opphold med like lang permisjonstid som liggetid i flere HDG-er. Spesielt en DRG hadde et høyt antall opphold. Om lag 30 prosent av oppholdene var i DRG 184B *Øsofagitt, gastroenteritt & diverse 0-17 år u/bk*. Oppholdene var registrert som planlagt og hyppigste hovedtilstandskoder var K21.9 *Gastroøsofageal reflukssykdom uten øsofagitt*, K90.0 *Cøliaki* og R10.4 *Annen og uspesifisert smerte i buk og bekken*.

Ved Helse Stavanger var opphold med lik liggetid og permisjonstid fordelt på en rekke DRG-er og ingen områder skilte seg tydelig ut. Det var imidlertid et relativt høyt antall opphold registrert som ø-hjelp som grupperte til DRG 182/183/184A/184B *Øsofagitt, gastroenteritt & diverse*. Hyppigste

hovedtilstandskode var R10.4 *Annen og uspesifisert smerte i buk og bekken*. Helse Stavanger hadde som Helse Bergen et visst omfang av opphold i DRG 467 *Påvirkninger på helsetilstanden ITAD med hovedtilstandskode Z53.8 Tiltak ikke utført av andre spesifiserte årsaker*.

Helsedirektoratet ønsket at det i første omgang ble fokusert på opphold der skillet mellom døgnopphold og dagopphold/poliklinikk har størst betydning i ISF-sammenheng. Rehabilitering, det vil si opphold i DRG 462A og DRG 462B, ble av den grunn ekskludert.

Helseforetak og private sykehus/spesialistsentre med størst avvik i den nasjonale pasientstatistikken for ABF-data 2017 ble tilskrevet for å innhente fagmiljøenes mulige forklaringer på avvikene. Følgende spørsmål ble stilt:

1. Hva er sykehusets kriterier for å registrere permisjon for pasienter med døgnopphold?
2. Er registreringspraksis i tråd med ISF-regelverket, som det vises til ovenfor?

I sine svar kom det fram at noen av sykehusene erkjente feilkoding, andre pekte på problemer med manglende kapasitet på poliklinikker, koding i god tro, pasienters ønske om å overnatte hjemme, kortere ventetid for undersøkelser på inneliggende, merarbeid i PAS-system, og mindre byråkrati rundt betaling av egenandel ved reise enn om en skulle kodet flere dager/poliklinikk.

Avregningsutvalget diskuterte svarene fra sykehusene og vurderte at hovedtendensen er den samme, sykehusene har ikke rettet seg etter regelverket. Utvalget påpekte at ISF regelverk er svakt når en skiller mellom døgn/dag/poliklinikk for samme tilstand.

I den videre saksbehandlingen ble de utvalgte helseforetakene og hver pasientgruppe analysert og utredet hver for seg, før avregningsutvalget foretok en samlet vurdering av problemstillingen, inkludert en vurdering av grunnlag for avregning.

Avregningsutvalget vurderte det faglige innholdet i tjenestene ut fra svarene fra helseforetakene og anbefalte en avregning av korte innleggelser ved de helseforetak med høyest andel korte innleggelser med like lang permisjonstid. Dette var Betanien, Helse Bergen, Diakonhjemmet, Helse Stavanger, Sykehuset Vestfold, Oslo Universitetssykehus og Haraldsplass. Med korte innleggelser menes i denne sammenheng opphold hvor liggetiden er ett døgn, og permisjonen like lang.

Anbefaling:

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

Avregningsutvalget oppfordrer Helsedirektoratet å presisere ISF-regelverket rundt registrering av permisjoner.

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

Denne saken ble først behandlet i 2017. 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* var 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 oppfyller 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 Sykehuset Innlandet HF og Sykehuset i Vestfold HF om å redegjøre for pasientsammensetning og innholdet i pasienttilbudet. På bakgrunn av svarene mente Avregningsutvalget at det var gode behandlingstilbud ved begge helseforetakene. Likevel oppfattet Avregningsutvalget at dette var gruppebehandling i grenseland til poliklinisk rehabilitering. Det var imidlertid begrensede opplysninger i svarene fra sykehusene om at dette er poliklinisk rehabilitering. Avregningsutvalget konkluderte med at behandlingstilbudet ved de to helseforetakene hørte inn under DRG 9980 *Grupperettet pasientopplæring*.

Avregningsutvalget vurderte at finansieringsordningen rundt rehabilitering fortsatt kan forbedres, og at regelverket med fordel kunne ha vært mer presist og gitt bedre veiledning. Avregningsutvalgets oppdrag knyttes til forvaltning av gjeldende regelverk. I denne saken fulgte ikke kodingen disse reglene. Ifølge ISF-regelverket for 2016 gjelder rehabilitering som innlagt vanligvis rehabilitering etter akutt opphold i sykehus.

Analyser av ABF-data for 2017 viste at begge helseforetakene hadde forbedret sin kodepraksis, men andelen opphold i 462A og 462B var fortsatt høyere enn i resten av landet.

Avregningsutvalget anbefaler avregning for opphold som er feilkodet i 2017 etter samme metode som tidligere anbefalinger i saken.

Anbefaling:

I henhold til regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2017* anbefaler Avregningsutvalget at opphold i DRG 462A *Kompleks rehabilitering* og 462B *Vanlig rehabilitering* med tilstandskoder fra M60-M79 *Bløddevssykdommer* 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*.

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

Denne saken ble først behandlet i 2017. Saken 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 infeksjons årsak med organsvikt* og I10 *Essensiell (primær) hypertensjon*. En DRG-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 arbeides 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, laboratorievirksomhet, 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 åndedrettsorganene 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. Flåtten 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 2018 og at saken følges opp i 2019.

Anbefaling:

Avregningsutvalget har ikke hatt grunnlag til å komme med en anbefaling i saken i 2018. Saken følges opp i 2019.

Videre oppfølging:

Sekretariatet planlegger og organiserer arbeidet med dokumentkontroll i samarbeid med Direktoratet for e-helse og legger fram resultatene for Avregningsutvalget i løpet av våren 2019.

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

Denne saken ble først behandlet i 2017, analysene av ABF-data for 2016 viste 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*. Vanligste hovedtilstand var N64.5 *Andre tegn og symptomer i bryst*, og vanligste annen tilstand er C50.9 *Ondartet svulst i bryst, uspesifisert*. Helse Bergen HF hadde mange opphold gruppert til DRG 9300 med hovedtilstand N64.5 *Andre tegn og symptomer i bryst* sammenlignet med andre helseforetak.

Avregningsutvalget mente at det er forskjell på radiologiske undersøkelser og en klinisk undersøkelse og at rene radiologiske undersøkelser ikke skal gi ISF-refusjon. Avregningsutvalget anbefalte avregning av konsultasjoner registrert med takst 202 *Radiologisk undersøkelse og ultralydundersøkelse ved bilde dannende spesialavdeling, samt nukleærmedisinske biletundersøkelser* ved Brystdiagnostisk senter ved Helse Bergen HF for 2016.

Analysen av ABF-data for 2017 viste at det var en nedgang fra drøyt 3000 opphold med takst 202 i 2016, til 69 opphold i 2017 ved Helse Bergen HF. Analysene viste derimot at Sykehuset Telemark HF og Helse Møre og Romsdal HF har hatt en betydelig økning av antall opphold i DRG 9300. Med bakgrunn i analysene ble det sendt brev til de to helseforetakene med spørsmål om årsak til økningen i DRG 9300 fra 2016 til 2017, samt hvilke pasienter det var snakk om og hvilken behandling som gis.

Sykehuset Telemark HF svarte at dette er pasienter som kommer til poliklinisk kontroll etter behandling for sin sykdom/tilstand og som da er «friske». Disse kodes for 2017 med Z08/Z09 «Etterundersøkelse etter behandling for» som hovedtilstand. Deretter følger kode for det pasienten opererte for som annen tilstand (i DRG 9300 ofte en N-kode eller C-kode). Koder av aktuelle kontroller på ovennevnte måte, fører til DRG 9300 i stedet for annen DRG som for eksempel DRG 9230 *Poliklinisk konsultasjon vedr faktorer som har betydning for helsetilstanden/ Kontakt med helsetjenesten* eller 930A *Poliklinisk konsultasjon vedr ondartet svulst i bryst*.

Sykehuset Telemark HF svarte videre at legene har blitt flinkere til å kode sine etterkontroller korrekt, samt at et større volum av sykepleiekonsultasjonene (primært på avdeling for plastikkirurgi) havnet i DRG9300 for 2017. Helseforetakets egne analyser og antagelser var at denne volumøkningen er hentet fra for eksempel DRG9230.

Sykehuset Telemark HF svarte at de ved egne analyser luket ut konsultasjoner kodet med Z08/Z09 fra datagrunnlaget for 2017 og sto da igjen med en volumøkning i underkant av 700 konsultasjoner mellom årene 2016 og 2017. Disse pasientene var i hovedsak kodet med N6* *Lidelser i bryst (mamma)* eller D24 *Godartet svulst i bryst (mamma)*.

Sykehuset Telemark HF beskrev årsaken til volumøkningen av pasienter med N-kode eller D-kode ved avdeling for plastikkirurgi med en økning i antall pasienter som skal tilbake til kontroll som følge av den jevne satsing på brystrekonstruksjoner. Sykehuset har et prosjekt på brystrekonstruksjon som tilsier mange flere kontroller enn tidligere. Hver pasient vil her få ca 8 oppfølginger som følge av en forskningsprotokoll.

Ved avdeling for endomammakirurgi har Sykehuset Telemark HF lagt om noen av sine telefonkonsultasjoner til oppmøtetimer. Helseforetaket mente at dette genererte flere registrerte konsultasjoner – og dermed flere konsultasjoner i DRG9300. Dette er pasienter som kommer til vurderingskonsultasjon for tilstander i bryst som ikke omhandlet cancer mamma. I vurderingskonsultasjonen planlegges eventuelle videre tiltak. Det kan også være kontrollkonsultasjon(-er) etter gjennomført operasjon etter tilstander i mamma herunder kontroller etter kirurgi eller annen behandling for cancer mamma.

Helse Møre og Romsdal HF, Ålesund sjukehus svarte at økningen i DRG 9300 skyldtes endret retningslinje for koding av kreftkontroller. I 2016 ble brystkreft-kontrollene kun kodet med hoveddiagnose Z08.0 som er felles for alle former for kreft. Det medførte at alle brystkreft-kontrollene havnet i en stor felles gruppe med alle andre kreftformer DRG9230. Fra 2017 har sykehuset spesifisert kreftkontrollene med bidiagnose C50.9 *Ondartet svulst i bryst, uspesifisert* som gjør at de havner i riktig gruppe, dvs konsultasjoner vedrørende sykdommer i bryst. Sykehuset svarte at de følger nasjonale retningslinjer for utredning og kontroll av brystkreft og har ikke endret praksis fra 2016 til 2017. Totalt antall konsultasjoner ved bryst- og endokrinkirurgisk poliklinikk ved Ålesund sjukehus var 3 645 i 2016 og 3 769 i 2017.

Konsultasjonene ved Bryst Diagnostisk Senter utgjør i all hovedsak tre grupper:

- Pasienter som henvises fra primærhelsetjeneste for utredning av symptom i bryst.
- Utredning av pasienter fra hele fylket som er selektert i det offentlige mammografiscreeningprogrammet.
- Kontroller av brystkreftopererte i henhold til retningslinjer i nasjonalt handlingsprogram.

Sykehuset viste til at den første gruppen vil ha større volum sammenlignet med andre deler av landet der en stor del av utredning skjer utenom bryst-diagnostiske sentre bl.a. i privat regi. I Møre og Romsdal skjer så å si all utredning i offentlig regi.

Avregningsutvalget tok på ny kontakt med Sykehuset Telemark og viste til det første svarbrevet som beskrev et prosjekt som omhandler brystrekonstruksjon som fører til ekstra oppfølginger som følge av en forskningsprotokoll. Siden kontakter til forskning ikke finansieres gjennom ISF, ba utvalget sykehuset beskrive nærmere hvilken behandling som regnes som helsehjelp og hva som defineres som forskningsprotokoll. Sekretariatet spurte også Sykehuset Telemark HF om hvilke oppgaver sykepleierne har og hvordan dette kodes, samt hva som er begrunnelse for endring i koding for sykepleierkontakter fra 2016 til 2017.

Helse Telemark HF viste til ulike metoder for brystrekonstruksjon i etterkant av mastektomi. Foretaket utfører en studie hvor vi sammenligner resultater ved BRAVA (hud rundt mastektomiarret på forhånd blir behandlet med ekstern ekspansjon ved hjelp av vakumbehandling) vs DIEP-lapp (Deep Inferior Epigastric Perforator Flap) på pasienter med stråleskadet hud. Studien sammenligner altså to etablerte metoder. Alternativet for de fleste BRAVA-pasientene ville vært å bli operert med DIEP-lapp. BRAVA-metoden gjøres dagkirurgisk i motsetning til DIEP, som er inneliggende i en uke etter operasjon. BRAVA krever på den annen side flere polikliniske konsultasjoner. Etter at huden er utvidet med vakumbehandling, gjøres fettvevstransplantasjonen dagkirurgisk. Dette må gjøres i flere seanser over tid for at huden skal utvide seg. Mellom hver transplantasjon kommer pasienten til en poliklinisk time for å vurdere resultatet og om det er behov for videre fylling.

Sykehuset Telemark (STHF) viste til at sykepleiere ved Plastikkirurgisk seksjon, som en del av villet jobbglidning, utfører mange omfattende sårskift og gjør flere større og mindre vurderinger. Dette har gitt en bedre flyt i arbeidet og et bedre tilbud til pasientene. Lege jobber i team med sykepleier og superviserer. Sykepleierne som har disse konsultasjonene har spesialkompetanse. Sykepleiere ved Endo-mamma-kirurgisk seksjon utfører en rekke konsultasjoner som opprinnelig ble gjort av lege. Seksjonen har 3 spesialistsykepleiere (Kreftsykepleiere) med spisskompetanse innenfor mammacancer, med oppgaver som for eksempel:

- Kontroll etter mammacancer operasjon iht nasjonal handlingsprogram hos utvalgte pasienter.
- Seromtapping etter operasjon etter anvisning fra lege
- Intravenøs Bisfosfonat behandling (Zometa) iht nasjonal handlingsprogram etter ordinasjon fra lege og beslutning i MDT.

I tillegg fremhever STHF at koding av poliklinikk og dagkirurgi har hatt et særskilt fokus. I lang tid har det vært antatt ut fra virksomhetsanalyser at disse oppholdene ikke har vært korrekt kodet. Til dels har det manglet bidiagnoser, og i noen tilfeller har de ikke vært kodet i det hele tatt. Koderådgiverne har spesielt sin innsats mot de store poliklinikkene ved Plastikkirurgisk- og endomammakirurgisk seksjon for å øke kodekvaliteten. Økt fokus på koding ved poliklinikk har vært av vesentlig betydning for den aktuelle forskjellen i koding mellom 2016 og 2017.

Utvalget vurderer svaret fra Sykehuset Telemark HF dithen at det ikke regnes som et forskningsarbeid men heller som et internt kvalitetsarbeid hvor en sammenligner to etablerte behandlingsformer. Avregningsutvalget vurderer at dette dreier seg om kontakter som er diagnostisk og er i oppfølging.

For Helse Møre- og Romsdal, Sykehuset Ålesund så utvalget på nye analyser for hovedtilstander i DRG 9300. Tidligere hadde ikke sykehuset med ondartet klump i bryst. Svaret fra Ålesund forklarer

godt grunnen til økning i volum, og det vurderes som sykehuset har endret kodinga for å få denne mer riktig.

Anbefaling: Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning av opphold i DRG 9300 *Poliklinisk konsultasjon vedr. symptomer i bryst.*

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

Denne saken ble behandlet og anbefalt avregnet i 2017. Analyser av ABF-data for 2016 viste at 3 397 konsultasjoner grupperte 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.

Avregningsutvalget mente at det ikke er innenfor sitt mandat å vurdere hva som er adekvat behandling eller ikke, men ønsket her å påpeke unaturlig høy bruk av smertekoder ved Sykehuset i Vestfold. Dette er smertekoder på en etablert behandling som inngår i ISF. Anbefalingen fra utvalget skal ikke hindre nye og gode behandlingsmetoder, men utprøvende behandling skal finansieres på annet vis. Avregningsutvalget vurderte 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).

Analyser av ABF-data for 2017 viste en forbedring i kodepraksis gjennom 2017, men Avregningsutvalget opprettholder anbefalingen om avregning etter samme prinsipp og metode som tidligere år.

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

Denne saken ble først behandlet i 2017. Analyser av data for ABF-data 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 grupperer 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.

Avregningsutvalget mente at det var 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 mente at kodeveiledningen var klar på at det ved oppfølging av veksthemming skulle brukes O-koder og ikke prenataldiagnostikk, for eksempel O36.5 *Omsorg for og behandling av mor ved langsom fostervekst*. Avregningsutvalget anbefalte avregning for opphold i DRG 914Q med hovedtilstand Z36.3 og Z36.4 ved Helse Nord-Trøndelag HF, Nordlandssykehuset HF og Helse Møre og Romsdal HF.

Analyser av ABF-data for 2017 viste en forbedring i kodepraksis ved helseforetakene som ble fulgt opp i 2017. Helse Nord-Trøndelag HF har fortsatt høyere andel i DRG 914Q enn øvrige helseforetak og avregningsutvalget anbefaler avregning etter samme prinsipp og metode som året før. Saken følges opp også i 2019.

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.

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

Denne saken ble behandlet og avregnet i 2017. Analyser av ABF-data 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 skulle 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 **Annen 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 grupperte til DRG 144 ved Sykehuset Vestfold HF, Vestre Viken HF og Sykehuset Innlandet HF.

Avregningsutvalget vurderte at svarene fra helseforetakene var klare og mente at det var påfallende at kodeveiledningen ikke hadde nådd frem. Avregningsutvalget anbefalte avregning for opphold i DRG 144 med hovedtilstand Z95 *Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar* ned til et landsgjennomsnitt.

Analyser for ABF-data for 2017 viste at kodepraksis var vesentlig endret ved alle de tre helseforetakene gjennom året. Sykehuset Innlandet HF og Vestre Viken HF kan for 2017 tas ut av avregninga da de havner under landsgjennomsnittet. Sykehuset Vestfold HF har fortsatt høyere andel opphold med hovedtilstand Z95 i DRG 144. Avregningsutvalget opprettholder derfor anbefaling om avregning etter samme metode som året før.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler at opphold i DRG 144 med hovedtilstand Z95 *Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar* avregnes ned til landsgjennomsnittet ved Sykehuset Vestfold 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.

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

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

Anbefaling:

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

16/12822 Pasienter med episoder som overlapper i tid

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.

Dobbeltregistreringene skyldtes 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 hadde korrigert registreringer i pasientdata tilbake til 31.8.2016 og forventet 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 måtte avregnes på samme måte som tidligere år.

Analysene for 2017 viste 16 dobbeltregistrerte opphold. Dette tyder på at systemfeilen er rettet, men at det fortsatt skjer feilregistreringer hos OUS og legevakten i Oslo. Avregningsutvalget ba OUS om en forklaring på hva de 16 gjenværende oppholdene var.

OUS viste til at observasjonsposten på Legevakten har ca. 7000 pasienter innlagt hvert år hvorav ca. 1000 er innlagt fra Skadelegevakten. For å sikre at ingen av disse blir dobbeltregistrert utarbeider Allmennlegevakten hver dag en navneliste hvor alle pasientene er registrert med innleggende avdeling. Skadelegevakten sammenligner denne listen med vår egen rapport over innlagte pasienter og retter opp fortløpende hvis det foreligger feil.

Avdelingsoverlegen ved Skadelegevakten har gjennomgått listen på 16 navn med dobbeltregistrering i 2017. Alle pasientene er innlagt obs. posten fra Skadelegevakten og kvalifiserer til døgnopphold med ISF-finansiering. Når de i tillegg er registrert ved en annen helseinstitusjon samme døgn skyldes dette en feilregistrering. To pasienter er overført fra obs. posten til Diakonhjemmet. To pasienter er overført til KAD, Aker. De resterende 12 pasientene er overført til Allmennlegevakten eller har fått tilsyn av lege fra Allmennlegevakten. Medisinsk ansvarlig for obs. posten lover å kvalitetssikre at ingen av pasientene fra Skadelegevakten blir registrert med samtidig døgnopphold på Allmennlegevakten.

Avregningsutvalget observerte en forbedring i registrerings- og rapporteringspraksis i 2017 og saken avsluttes uten avregning.

Anbefaling: Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning i saken om pasienter med episoder som overlapper i tid.

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 viste at begge sykehusene har endret kodepraksis, men trolig ikke før litt utpå året. Avregningsutvalget berømmer dem for å ha endret praksis, men anbefalte likevel avregning også for oppholdene som var feilkodet i 2016.

Analyser av ABF-data for 2017 viste at kodepraksis var korrigert og saken avsluttes.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning for opphold i DRG 297 *Ernærings- & stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk*.

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 mer enn 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.

Analyser av ABF-data for 2017 viste en forbedring i kodepraksis, det anbefales ikke avregning i saken for 2017.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ingen avregning for 2018, da analyser av ABF-data for 2017 viste en forbedring i kodepraksis.

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

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

Helsedirektoratet 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 862O 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.

Analyser av ABF-data for 2017 viste at alle helseforetakene hadde forbedret kodepraksis, det anbefales ingen avregning.

Anbefaling:

Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning for opphold i DRG 862O *Poliklinisk rehabilitering* hvor E66 *Fedme* er registrert som annen tilstand.

15/1804 Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger

Denne saken ble først behandlet i 2015 og handlet om at antall opphold i DRG 520 Obstruktivt sovnapnesyndrom og DRG 803R Diagnostisk intervensjon ved sovnapne varierte mellom helseforetak i ABF-data for 2014. 44 prosent av oppholdene i DRG 520 var registrert med hovedtilstandskode G47.3 Sovnapne 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 har tidligere anbefalt for ABF-data for 2015 avregning av innleggelser registrert med prosedyrekode AAFX00 Polygrafi og hovedtilstandskode G47.3 Søvnapne eller R06.5 Munnpusting gruppert til DRG 520 Obstruktivt sovnapnesyndrom ved Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet, Helse Førde HF og en avdeling ved Oslo universitetssykehus HF.

Analyser av ABF-data for 2017 viste at flere av de tidligere avregnede helseforetakene har endret kodepraksis. Unntaket er Sykehuset Innlandet HF, som fortsatt legger inn pasientene og hvor Avregningsutvalget anbefaler en avregning.

Anbefaling:

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

13/4904 Flere registrerte episoder samme dag

Denne saken dreier seg om registreringspraksis knyttet til flere legekontakter samme dag. Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratet første gang i 2012 for ABF-data 2011. Avregningsutvalget anbefalte den gang avregning av Oslo universitetssykehus HF (OUS) på bakgrunn av feil registreringspraksis. Feilen var i stor grad knyttet til tekniske forhold ved det pasientadministrative systemet. Avregningsutvalget har senere fulgt opp saken årlig og har hvert år anbefalt avregning av OUS. Den tekniske feilen ved OUS skal nå være løst og Helsedirektoratet ønsker at Avregningsutvalget går mer detaljert inn i vurderinger av registreringspraksis knyttet til flere legekontakter samme dag for samme pasient. Det ser ut til at registreringspraksis varierer mellom HF, private ideelle institusjoner og private sykehus som RHF-ene har kjøpsavtale med. Helsedirektoratet ønsker en vurdering av hva dette skyldes.

I ABF-data for 2017 har OUS fortsatt størst andel legekontakter samme dag, mens St. Olavs hospital er på andreplass. Det er kun ved St. Olavs hospital at andelen legekontakter samme dag øker fra 2016 til 2017. Analyser av St. Olavs viser at avdelinger beskrevet som «preoperativ poliklinikk» har størst andel kontakter samme dag for samme pasient. Eksempel på registrering ved avd. «Nevrokirurgi preoperativ poliklinikk» viser at pasienter registreres med inntil tre påfølgende kontakter på 15 minutter hver. Alle kontaktene har samme hovedtilstandskode og grupperes til samme DRG.

Molde sjukehus ble avregnet for ISF 2013 på bakgrunn av feil registrering av ØNH-konsultasjoner. Avregningsutvalget anbefalte den gang avregning av ISF-refusjon for ØNH-konsultasjoner registrert på samme dag med samme tilstandskode, men ulik avdelingskode, ved Molde sjukehus. Analyser for 2017 tyder at denne kodepraksisen kan ha startet igjen.

I analysene av data for HF og private ideelle institusjoner har man også sett på omfanget av flere kontakter samme dag for samme pasient innenfor samme HDG. Stråleterapi og kjemoterapi er ekskludert fra analysene.

Av alle HDG-er var det flest legekontakter samme dag for samme pasient i HDG 2 *Øyesykdommer*. De fleste ved OUS hovedsakelig gruppert til DRG 802P *Annen poliklinisk utredning og behandling av øyetilstander med spesifiserte tiltak* og 802U *Poliklinisk behandling av AMD og makulaødem med lokal medikamentinjeksjon eller fotodynamisk metode*. Enten ved at det var registrert to opphold samme dag for samme pasient i DRG 802P eller at det er registrert et opphold i DRG 802P og et i DRG 802U. Øyeavdelingen skiller seg ut ved å være den avdelingen ved OUS med flest kontakter samme dag for samme pasient. Den står for rundt halvparten av OUS samlede kontakter registrert på samme dag som en annen for samme pasient.

Også ved Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal var det et relativt høyt omfang av flere legekontakter samme dag for samme pasient i HDG 2. Ved Helse Nord-Trøndelag var det de samme kombinasjonene som ved OUS, mens ved Helse Møre og Romsdal hadde kombinasjonene av opphold i DRG 802P og DRG 39Q *Unilaterale operasjoner på linsen, dagkirurgisk behandling høyest omfang.*

Også i HDG 5 *Sykdommer i sirkulasjonsorganene* hadde OUS det høyeste omfanget av flere opphold for samme pasient på samme dag. I de fleste tilfellene var begge oppholdene gruppert til DRG 905O *Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre kretsløpsykdommer.*

I HDG 6 *Sykdommer i fordøyelsesorganene* var det Diakonhjemmet sykehus som hadde den høyeste andelen med flere opphold for samme dag for samme pasient. I de fleste tilfellene var begge opphold gruppert til DRG 906O *Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre fordøyelsesykdommer.*

Også i HDG 8 *Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev* hadde Diakonhjemmet sykehus den høyeste andelen av flere opphold samme dag for samme pasient. Størst omfang i DRG 908B *Poliklinisk konsultasjon vedrørende artrose* og 908C *Poliklinisk konsultasjon vedrørende inflammatorisk leddsykdom.*

I HDG 14 *Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid* var det Helse Fonna HF som hadde den høyeste andelen opphold samme dag som annet opphold for samme pasient. Oppholdene var i all hovedsak gruppert til DRG 914O *Poliklinisk konsultasjon vedrørende svangerskap, fødsel og barseltid* og 914P *Obstetrisk diagnostisk tiltak, inkludert screening av gravide.* Oppholdene samme dag besto enten av et opphold i hver av DRG-ene eller to i samme DRG. Tilsvarende kombinasjoner var også observert ved St. Olavs Hospital og Helse Stavanger.

I HDG 30 *Sykdommer i bryst* var det i hovedsak to opphold i samme DRG for pasienter som hadde to opphold samme dag, for det meste i DRG 930A *Poliklinisk konsultasjon vedrørende ondartet svulst i bryst.* Dette gjelder for alle de tre HF-ene med høyest andel Helse Førde, Helse Bergen og Helse Møre og Romsdal. Ved Helse Bergen var det imidlertid også en del opphold i DRG 930O *Poliklinisk konsultasjon vedrørende sykdommer i bryst* i kombinasjon med DRG 261O *Mammaop ved godartede sykd ekskl biopsi/lokal eksisjon, dagkirurgisk behandling.*

I analysene av private sykehus var det tre sykehus som skilte seg ut: Aleris Helse AS avd Nesttun, Medi 3 AS og Aleris Helse AS avd Drammen. Ved Aleris Drammen var det få opphold, men de skilte seg ut ved at det var registrert to dagkirurgiske opphold på samme dag for samme pasient. I de fleste tilfellene var det to opphold i DRG 224O *Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderprotese, dagkirurgisk behandling,* og i noen tilfeller et opphold i DRG 224O og et i DRG 220O *Op på humerus & kne/legg/fot, dagkirurgisk behandling.* Ved Aleris Nesttun og Medi 3 var de to

oppholdene for samme pasient registrert som ett opphold i en konsultasjons-DRG og ett opphold i en dagkirurgisk DRG.

Sekretariatet sendte brev med spørsmål om kodepraksisen ved følgende HF:

- Alle HF som har størst andel flere legekontakter samme dag per HDG.
- Oslo universitetssykehus HF med særlig fokus på øyeavdelingen, men også spørsmål om hva som gjøres generelt for å få ned andelen legekontakter samme dag.
- St. Olavs hospital HF med spørsmål om praksisen ved preoperative poliklinikker og registrering av inntil tre påfølgende legekontakter av 15 minutter samme dag.
- Helse Møre og Romsdal HF med spørsmål om registreringspraksis for ØNH-konsultasjoner ved Molde sjukehus.
- Aleris Helse avd. Nesttun, Medi3 og Aleris Helse avd. Drammen med spørsmål om registreringspraksis for flere kontakter samme dag, samt om påliteligheten i registrering av tidspunkt.

Avregningsutvalget fikk utfyllende svar fra helseforetakene.

Oslo universitetssykehus HF pekte på logistikkhensyn/pasientsikkerhet ved å sette opp flere utredninger og behandlinger samme dag. Det er også utfordringer knyttet til registrering av flere legekontakter i sykehusets PAS system DIPS Classic i dag hvor det mangler funksjon for å slette planlagte konsultasjoner, etter at pasienten er ankomstregistrert.

Helse Nord-Trøndelag HF beskrev behandling for makulapasienter, samt behandlinger hos ortoptist, og viste også til praktiske hensyn og lang reisevei for enkelte pasienter. Et høyt antall legekonsultasjoner samme dag, begrunnes i pasientens beste og en organisering av tilbudet som gir effektiv bruk av sykehusets ressurser samtidig som det gir pasientene mulighet til å få ferdig utredning og behandling samme dag.

Helse Møre- og Romsdal HF pekte på pasientgruppe med metastaserende brystkreft med flere legekonsultasjoner samme dag. Disse pasientene har ofte svært lange forløp med et stort antall kontakter med sykehuset. Foretaket argumenterer for at dette er uttrykk for god pasientlogistikk og sparer pasienten for reiser. Pasienter som mottar adjuvant kjemoterapi får behandling med mange og potensielt farlige bivirkninger. Også her synes det å være stor grad av samordning ved at flere kontroller og undersøkelser forsøkes gjennomført på samme dag.

Helse Møre og Romsdal svarte at for dagsoppholdskonsultasjoner, spesielt knyttet til konsultasjoner ved ØNH og hørselssentralen, der lege hadde en høreprøve som grunnlag for å stille rett diagnose, så har lege beklageligvis blitt registrert som ressurs i PAS både ved poliklinikk (P01) og ved Høresentral (P03) når disse to enhetene hadde felles pasienter. De svarte at dette har berodd på misforståelser. Feilregistrering ved ØNH har ikke vært en praksis med økonomiske hensikter, praksisen har blitt endret både ved poliklinikken og ved Høresentralen. Helse Møre og

Romsdal har endret rutine slik at det registreres audiograf på høresentral hvis audiograf tar hørselsprøver; dette også selvfølgelig om pasient har legetime samme dag.

Diakonhjemmet svarte at mange av pasientene var pasienter innenfor preoperativ poliklinikk. Alle konsultasjonene var nødvendige for å klargjøre pasientene til operasjon, og de har ikke lagt opp pasientforløp med flere legekonsultasjoner på samme dag for å tjene mer penger. De svarte videre at praksisen er utelukkende tilpasset pasientens beste.

Helse Fonna svarte at de fleste pasientene i aktuelt utvalg, HDG14, var gravide med eller fare for diabetes. Av hensyn til pasientene er konsultasjonene koordinerte, og gjennomføres samme dag. Helse Fonna svarte videre at de fleste pasientene i HDG30 hadde hatt time hos onkolog før kur samme dag. Det har vært praksis å registrere disse som to konsultasjoner.

Helse Førde svarte at foretaket forsøker å samle undersøkelser og behandlinger samme dag for pasientene i HDG 30. Dette er i samsvar med rutine i Helse Førde for å dokumentere aktiviteten. Pasientene er i all hovedsak henvist fra kreftavdelinga, og sykehuset tilstreber å få tatt disse undersøkelsene de dagene pasienten likevel skal på kreft poliklinikk. Samordning av timer sparer pasientene for lange reiser og er også best i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Sogn og Fjordane har lange reise avstand og Helse Førde gir mest mulig for å koordinere timer for å effektivisere pasientforløp, til beste for HF'et og pasienten.

Helse Bergen svarte at ønsket om å drive en effektiv pasientbehandling innebærer at pasientene får gjennomført så mye som mulig av undersøkelser og behandling innen kortest mulig tid, for eksempel utredninger samme dag ved Bryst-endokrin kirurgisk ved Kreftavdelingen. God logistikk og rask gjennomføring er hovedtankene bak pakkeforløpene for kreft. Da må man legge til rette for ordninger som gjør at pasientene slipper å komme flere dager enn høyst nødvendig til utredning og ikke minst når de er i behandlingsfasen.

St Olavs Hospital svarte at begrunnelsen for at pasienter ved deres preoperative poliklinikker har inntil to legekonsultasjoner samme dag for samme pasient, bygger på en videreføring av St. Olavs hospital sin redegjørelse til Avregningsutvalget i 2013. Pasienten møter to helsepersonellgrupper i form av kirurgisk lege og anestesilog. Medisinsk personell oppfatter dette som to separate konsultasjoner. Dette med bakgrunn i at kirurgen foretar en selvstendig avgjørelse på om planlagt operasjon faktisk skal gjennomføres ut fra resultater på ulike undersøkelser. Under sykehusets vurdering av hvordan pasienten oppfatter dagens praksis som en eller flere konsultasjoner, vektlegger de at han/hun som pasient møter flere helsepersonellgrupper med ulik fagkompetanse. St. Olavs Hospital svarte at de har vært åpen om praksisen ved Nevrokirurgisk preoperativ poliklinikk og viste til tidligere sak i Avregningsutvalget i 2013. Selv om det var skillet mellom dagbehandling og poliklinikk som var hovedtema den gang, har tilbakemeldingene fra Helsedirektoratet også vært at det skal kodes slik at man ser hvilke helsepersonellgrupper det er

som håndterer pasienten. St. Olavs hospital svarte at de har forholdt seg til dette. St. Olavs argumenterer med at en endring i praksis hvor man går over til å regne alt preoperativt arbeid inn under en konsultasjon, vil på ingen måte reflektere de reelle kostnadene og tidsbruken ved å forberede en pasient for nevrokirurgisk operasjon. En slik endring ville derfor være et brudd med formålet med innsatsstyrt finansiering.

Aleris Nesttun svarte at alle pasienter får en konsultasjon ved ultralyd før ortopedisk inngrep. Det er reservert tid til dette samme dag. Oppholdene grupperes til samme DRG selv om pasienten hadde kommet på en annen dag. Disse pasientene konsulteres ikke andre dager i tillegg. Dette blir utført av praktiske hensyn til pasienten. I de få tilfellene pasienter henvises videre til Aleris Drammen er det fordi det er utført flere prosedyrer under et inngrep.

Medi3 Ålesund svarte at for pasienter med enkle og avklarte problemstillinger vil henvisning være tydelig nok til å avklare behov for enkle kirurgiske inngrep. Sykehistorien sammen med ny henvisning gjør at disse pasientene blir innkalt til vurdering og mulig behandling samme dag. Medi3 vurderer praksisen med operasjon samme dag som tids- og kostnadmessig effektiv for pasientene pga lang reisevei i tillegg til at praksisen er økonomisk både for pasientene og helseforetaket.

Avregningsutvalget diskuterte praksisen hos de forskjellige helseforetakene ut fra svarene utvalget har mottatt. Det var forskjellige forklaringer på hva den ulike registreringspraksisen skyldtes. OUS forklarte praksisen med feil i datasystem, andre begrunnet praksisen med hensiktsmessighet for pasienten og samfunnsøkonomien ved å tilby pasientene flere legekontakter samme dag for å slippe at pasienten må reise langt flere ganger.

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

Avregningsutvalget mente at en ytterligere gjennomgang av problemstillingen krever en journalrevisjon, som igjen krever et tydelig ISF-regelverk det kan kontrolleres mot. En journalrevisjon kan vurderes utført i 2019.

Saken følges opp også neste år.

Anbefaling:

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

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

For HDG3 Øre-nese-hals ble det bestemt en avregning av Molde sykehus ned til et landsgjennomsnitt hvor episodene til dette sykehuset er ekskludert.

HDG6 sykdommer i fordøyelsesorganer og HDG8 Sykdommer i muskel, skjelett og bindevev. Her ble Diakonhjemmet vurdert. Det bør komme en vurdering i regelverket i forhold til preoperative undersøkelser hvor flere leger er involvert en annen dag enn kirurgien. Dagens finansieringsordning er ikke tilpasset hvordan pasientforløpet er. Avregningsutvalget anbefaler at det ikke avregnes for opphold i HDG 6 og HDG 8 ved Diakonhjemmet i denne saken.

HDG14 Sykdommer under svangerskap, fødsel og barsel.

Her ble Helse Fonna HF vurdert. Oppfølging av gravide med diabetes skal være likt overalt. Det er ikke grunnlag for variasjon. Noen gjør mer enn andre. Retningslinjene for diabetes for gravide ble oppdatert i 2017. Praksisvariasjon så stor som over 100 prosent rimer ikke med fødselstall eller praksis. Avregningsutvalget vurderer at variasjonen er så stor at det kan være grunnlag for avregning, men siden det har vært to spesialiteter inne avregnes de ikke. Men utvalget påpeker at det kan se ut til at det er overraskende ulik variasjon i praksis. Registreringen burde vært mer lik ettersom det utføres i mange sykehus.

Preoperative poliklinikker ved St Olavs.

Utvalget vurderer utviklingen mot økt behandling i poliklinikk som ønsket, men at DRG-systemet er ikke en perfekt løsning for poliklinikk og dagbehandling. Regelverket bør oppdateres slik at det understøtter denne utviklingen. St.Olavs preoperativ poliklinikk, får samme samme vurdering som Diakonhjemmet.

HDG 30 Sykdommer i bryst.

Avregningsutvalget vurderte tilbakemeldingene fra Helse Møre og Romsdal, Helse Fonna, Helse Førde og Helse Bergen. Det er vanskelig for utvalget å vite hva som egentlig ligger bak helseforetakenes valg av organisering av arbeidet, og begrunnelsene for oppstyking av det som tidligere har vært den helhetlige tjenesten. Utvalget peker på presisering i regelverket som mulig tiltak. En kunne forventet mer entydige registreringer, ettersom disse tjenestene utføres ved mange sykehus. Helseforetakenes tilbakemeldinger hadde sammenfallende beskrivelser av tjenesteinnholdet omkring kur og kontroll av respons på kuren. Utvalget påpeker at

registreringene ved disse helseforetakene ikke var i henhold til regelverket. Avregningsutvalget ønsker å arbeide videre med denne problemstillingen i 2019.

Private sykehus

For de private sykehusene Aleris Drammen, Aleris Nesttun og Medi3 ble det anbefalt avregning ut fra samme prinsipp for alle tre hvor en godkjenner det tyngste oppholdet og tar bort den polikliniske konsultasjonen.

4. TEKNISKE BEREGNINGER

4.1 Aktivitetsbasert finansiering (ABF)

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

Utrekningene i dette kapitlet er basert på informasjon fra regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2017*³.

ISF-refusjon for 2017 beregnes etter følgende formel:

$$\sum \text{Korrigerede DRG-poeng} \times \text{enhetspris (42 753 kr)} \times \text{refusjonssats (50 \%)}$$

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

³ <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 2017. De tekniske beregningene er utarbeidet av sekretariatet og godkjent av Avregningsutvalget.

18/1819 Kodepraksis ved behandling av hemoroider

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

Tabell 4. Teknisk beregning i sak 18/1819 *Kodepraksis ved behandling av hemoroider*. Per helseforetak. ABF 2017.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Vestre Viken HF	39	35,061	8,814	-26,247	-561 069
Sykehuset Telemark HF	11	9,889	2,486	-7,403	-158 250
Sykehuset i Vestfold HF	93	83,607	21,018	-62,589	-1 337 934
Helse Bergen HF	59	53,041	13,334	-39,707	-848 797
UNN HF	30	26,97	6,780	-20,190	-431 592
SUM	232	208,568	52,432	-156,136	-3 337 641

Tabell 5. Teknisk beregning i sak 18/1819 *Kodepraksis ved behandling av hemoroider*. Per bostedsregion. ABF 2017.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	142	127,658	32,092	-95,566	-2 042 867
Helse Vest	59	53,041	13,334	-39,707	-848 797
Helse Midt-Norge	1	0,899	,226	-0,673	-14 386
Helse Nord	30	26,97	6,780	-20,190	-431 592
SUM	232	208,568	52,432	-156,136	-3 337 641

18/11463 Kodepraksis ved HIFU behandling av prostatakreft

Avregningsutvalget vurderte at behandling med nytt utstyr har vært en intern aktivitet ved OUS HF uten at andre har vært involvert. Det er helseforetakets ansvar å henvende seg til myndighetene for å få etablert en kode for behandlingen, nye behandlingsformer skal meldes inn. Avregningsutvalget anbefaler at behandling som er utført med det nye utstyret regruppes etter rådgivningen fra kodeverksmiljøet i Direktoratet for e-helse, KED80 erstattes med KEW98 og ZXC40. Avregningsutvalget anbefaler at opphold med prosedyrekode KED80 gis refusjon lik DRG 347 *Ondartede svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk* med vekt 1,120.

Tabell 6. Teknisk beregning i sak 18/1819 *Kodepraksis ved behandling av hemoroider*. Per helseforetak. ABF 2017.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
OUS HF	59	89,545	66,080	-23,465	-501 600
SUM	59	89,545	66,080	-23,465	-501 600

Tabell 7. Teknisk beregning i sak 18/1819 *Kodepraksis ved behandling av hemoroider*. Per bostedsregion. ABF 2017.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	45	57,012	50,400	-6,612	-141 341
Helse Vest	8	26,346	8,960	-17,386	-371 652
Helse Midt-Norge	1	1,191	1,120	-0,071	-1 518
Helse Nord	5	4,996	5,600	0,604	12 911
SUM	59	89,545	66,080	-23,465	-501 600

17/28390 Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner

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

Tabell 8. Teknisk beregning i sak 17/28390 *Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner*. Per helseforetak. ABF 2017.

Helseforetak	Totalt antall opphold	Antall avregnede opphold	Andel avregnede opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Dagkirurgi DRG-poeng	Dagmedisin DRG-poeng	Poliklinikk DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Betanien	654	232	35,47 %	180,153	3,185	69,75	0,336	73,271	-106,882	-2 284 763
Helse Bergen	22 443	1 507	6,71 %	1 358,321	187,460	339,45	19,776	546,686	-811,635	-17 349 916
Diakon-hjemmet	4513	254	5,63 %	216,625	1,365	77,81	0,144	79,319	-137,306	-2 935 122
Helse Stavanger	13 213	714	5,40 %	844,542	96,915	155,31	10,224	262,449	-582,093	-12 443 111
Sykehuset Vestfold	10 374	556	5,36 %	481,740	20,020	158,72	2,112	180,852	-300,888	-6 431 932
OUS	24 485	1 242	5,07 %	1 639,080	72,800	335,42	7,68	415,900	-1 223,180	-26 147 307
Haraldsplass	3 647	177	4,85 %	107,021	0,910	54,25	0,096	55,256	-51,765	-1 106 555
SUM	79 329	4 682		4 827,482	382,655	1 190,710	40,368	1 613,733	-3 213,749	-68 698 705

Tabell 9. Teknisk beregning i sak 17/28390 *Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner*. Per bostedsregion. ABF 2017.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Totalt antall opphold	Antall avregnede opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Antall opphold dagkirurgi	Antall opphold dagmedisin	Dagkirurgi DRG-poeng	Dagmedisin DRG-poeng	Poliklinikk DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Vest	38 887	2 430	2 389,139	626	1 804	284,83	559,24	30,048	874,118	-1 515,021	-32 385 846
Helse Midt-Norge	710	29	41,219	6	23	2,73	7,13	0,288	10,148	-31,071	-664 189
Helse Nord	585	21	23,157	5	16	2,275	4,96	0,24	7,475	-15,682	-335 226
Helse Sør-Øst	39 147	2 202	2 373,967	204	1 998	92,82	619,38	9,792	721,992	-1 651,975	-35 313 444
SUM	79 329	4 682	4 827,482	841	3 841	382,655	1 190,71	40,368	1 613,733	-3 213,749	-68 698 705

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 *Bløddevssykdommer* 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 10. Teknisk beregning i sak 17/11400 *Kodepraksis for opphold i DRG 462A*. Per helseforetak. ABF 2017.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset i Vestfold HF	263	308,523	18,410	-290,113	-6 201 601
Sykehuset Innlandet HF	254	352,114	17,780	-334,334	-7 146 891
SUM	517	660,637	36,190	-624,447	-13 348 491

Tabell 11. Teknisk beregning i sak 17/11400 *Kodepraksis for opphold i DRG 462A*. Per bostedsregion. ABF 2017.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	510	651,530	35,700	-615,830	-13 164 290
Helse Vest	4	5,724	,280	-5,444	-116 374
Helse Midt-Norge	1	0,521	,070	-0,451	-9 641
Helse Nord	2	2,862	,140	-2,722	-58 187
SUM	517	660,637	36,190	-624,447	-13 348 491

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 12. Teknisk beregning i sak 17/5578 *Bruk av tilstandskode R52.2 Annen kronisk smerte*. Per helseforetak. ABF 2017.

Helseforetak	Antall opphold	Godkjente opphold	Antall opphold som avregnes	Opprinnelige DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset i Vestfold HF	1 037	207,4	829,6	29,866	-29,866	-638 422
SUM	1 037	207,4	829,6	29,866	-29,866	-638 422

Tabell 13. Teknisk beregning i sak 17/5578 *Bruk av tilstandskode R52.2 Annen kronisk smerte*. Per bostedsregion. ABF 2017.

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	1 037	207,4	829,6	29,866	-29,866	-638 422
Helse Vest						
Helse Midt-Norge						
Helse Nord						
SUM	1 037	207,4	829,6	29,866	-29,866	-638 422

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.

Tabell 14. Teknisk beregning i sak 17/5577 *Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide*. Per helseforetak. ABF 2017.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Nord-Trøndelag HF	1 928	48,2	44,344	-3,856	-82 428
SUM	1 928	48,2	44,344	-3,856	-82 428

Tabell 15. Teknisk beregning i sak 17/5577 *Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide*. Per bostedsregion. ABF 2017.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	4	0,1	,092	-0,008	-171
Helse Vest	1	0,025	,023	-0,002	-43
Helse Midt-Norge	1 894	47,350	43,562	-3,788	-80 974
Helse Nord	29	0,725	,667	-0,058	- 1 240
SUM	1 928	48,2	44,344	-3,856	-82 428

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.

Den tekniske beregningen tar utgangspunkt i andelen opphold med hovedtilstandskode Z95.x i DRG 144 Sirkulasjonssykdommer ITAD m/bk. For landet uten Sykehuset i Vestfold HF, som anbefales avregnet, var 6,8 prosent av oppholdene i DRG 144 registrert med Z95.x som hovedtilstand. Metoden godkjenner et landsgjennomsnitt på 6,8 prosent i DRG 144 med tilstandskode Z95. 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 16. Teknisk beregning i sak 17/5575 *Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer*. Per helseforetak. ABF2017.

Helseforetak	Antall opphold	Godkjente opphold	Antall opphold som avregnes	Opprinnelige DRG-poeng	Ny vekt	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset i Vestfold HF	113	8	105	107,001	0,630	66,327	-40,674	-869 475
SUM	113	8	105	107,001	0,630	66,327	-40,674	-869 475

Tabell 17. Teknisk beregning i sak 17/5575 *Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer*. Per bostedsregion. ABF2017.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Godkjente opphold	Antall opphold som avregnes	Opprinnelige DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	112	104	104	106,054	65,740	-40,314	-861 781
Helse Vest	1	0,1	1	0,947	,587	-0,360	-7 694
Helse Midt-Norge							
Helse Nord							
SUM	113	8	105	107,001	66,327	-40,674	-869 475

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 korrigeret 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 18. Teknisk beregning i sak 17/5573 *Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt*. Per helseforetak. ABF2017.

Helseforetak	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Sykehuset i Vestfold HF	122	169,386	126,332	-41,671	-890 780
Oslo universitetssykehus HF	310	430,050	322,694	-107,356	-2 294 896
Innlandet HF	56	75,342	1,061	-13,711	-293 093
Vestre Viken HF	106	148,578	113,506	-35,072	-749 717
SUM	594	823,356	750,495	-197,816	-4 228 614

Tabell 19. Teknisk beregning i sak 17/5573 *Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt*. Per bostedsregion. ABF2017.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Bregnede DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, Kr
Helse Sør-Øst	512	709,950	544,947	-165,003	-3 527 187
Helse Vest	39	53,937	40,066	-13,871	-296 513
Helse Midt-Norge	21	23,043	144,764	-9,234	-197 391
Helse Nord	22	30,426	20,178	-9,708	-207 523
SUM	594	823,356	750,495	197,816	-4 228 614

15/1804 Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger

Avregningsutvalget anbefaler at innleggelser registrert med prosedyrekode AAFX00 *Polygrafi* og hovedtilstandskode G47.3 *Søvnapné* eller R06.5 *Munnpusting* gruppert til DRG 520 *Obstruktivt søvnapné syndrom* avregnes ved Sykehuset Innlandet 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 1,6 % opphold i DRG 520 og 98,4 % opphold i DRG 803R. Opprinnelig andel opphold i DRG 520 var 31,1 % ved Sykehuset Innlandet HF.

1,6 % av opphold i DRG 520 «godkjennes» og gis vekt 0,242. Øvrige opphold i DRG-en gis refusjon lik to konsultasjoner i DRG 803R med vekt 0,031. Anbefalt avregning er differansen mellom opprinnelig refusjon og godkjent refusjon.

Tabell 20. Teknisk beregning i sak 15/1804 *Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger*. Per helseforetak. ABF 2017.

Helseforetak	Opprinnelig DRG 520		Opprinnelig DRG 803R		Godkjent DRG 520		Godkjent DRG 803R		Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
	Antall opphold	Σ DRG-poeng	Antall opphold	Σ DRG-poeng	Antall opphold	Σ DRG-poeng	Antall opphold*	Σ DRG-poeng		
Sykehuset Innlandet	416	100,672	920	28,52	22	5,324	1 708	52,948	-70,920	-1 516 021
SUM	416	100,672	920	28,52	22	5,324	1 708	52,948	-70,920	-1 516 021

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

Tabell 21. Teknisk beregning i sak 15/1804 *Valg av omsorgsnivå ved søvnutredninger*. Per bostedsregion. ABF 2017.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Antall opphold	Andel opphold	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	414	0,995	-1 508 441
Helse Vest	1	0,0025	-3 790
Helse Midt-Norge	0	0	0
Helse Nord	1	0,0025	-3 790
SUM	416	1	-1 516 021

13/4904 Flere registrerte episoder samme dag

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

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

Tabell 22. Teknisk beregning i sak 13/4904 *Flere episoder samme dag ved Oslo universitetssykehus HF*. Per helseforetak. ABF 2017.

Helseforetak	Godkjente DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
OUS Samlet	666,513	1 048,583	-382,070	-8 167 323
Nord-Trøndelag	25,985	40,355	-14,370	-307 180
Møre- og Romsdal	206,344	223,878	-17,534	-374 816
Aleris Drammen	19,923	40,179	-20,256	-433 002
Medi 3 Ålesund	384,970	426,984	-42,014	-898 112
Aleris Nesttun	164,678	173,827	-9,149	-195 574
Sum	1468,413	1 953,806	-485,393	-10 376 007

Tabell 23. Teknisk beregning i sak 13/4904 *Flere episoder samme dag ved Oslo universitetssykehus HF*. Per bostedsregion. ABF 2017.

Pasientens bostedsregion, vasket mot DSF	Godkjente DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning, kr
Helse Sør-Øst	706,173	1 103,337	-397,164	-8 489 975
Helse Vest	200,402	215,066	-14,664	-313 459
Helse Midt	546,542	615,448	-68,906	-1 472 965
Helse Nord	15,295	19,955	-4,660	-99 608
Sum	1 468,412	1953,806	-485,394	-10 376 007

5. VEDLEGG: ANBEFALINGER FOR ABF 2000-2016

Tabell 24. Oversikt over saker hvor Avregningsutvalget har anbefalinger avregning av Aktivitetsbasert finansiering, fordelt på år og kapittel i kodeverkene ICD-10 og NCSP/NCMP

År	Saksnummer- og tittel	Beskrivelse	ICD-10/NCSP/NCMP
2000	Sak 05/01 - Oppsplitting av sykehusopphold ved overflytting til ny rehabiliteringspost	Utskrivnings- og registreringspraksis etter opprettelse av ny rehabiliteringsavdeling ved Telemark Sentralsjukehus. Pasientene, i hovedsak eldre, skrives inn og ut innen et kort tidsrom.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2002	Sak 03/03 - ISF-avregning for Helse Sør i forhold til behandling av pasienter med søvnapné ved Sørlandet sykehus HF Arendal	Pasienter som fikk utført inngrepene tonsillektomi/adenotomi (NCSP-koder EMB10-EMB30) ble i vesentlig høyere grad enn ved tilsvarende sykehus registrert med hoveddiagnose G47.3 <i>Søvnapné</i> .	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)</i>
	Sak 5/03 - DRG 4 <i>Påfylling baklofenpumper</i>	Feil bruk av prosedyrekoden ABD99 som kun skal brukes ved operative inngrep som implantering av baclofenpumpe. Koden ble feilaktig registrert ved hver påfylling av baclofen, noe som er å anse som poliklinisk behandling.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
	Sak 5/03 - DRG 8 Botoks-injeksjoner	Feil bruk av de uspesifikke prosedyrekodene ACB19 og ACW99 ved injeksjoner som ikke er operasjoner. Injeksjonene er å anse som poliklinisk behandling.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
	Sak 7/03 - Z03.x og Z04.x Depresiserende kodingspraksis	Observasjonskoder innen kap. XII (Z00-Z99) i ICD-10 settes ofte foran mer presise bidiagnosekoder	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	Sak 7/03 - Z08.x	Bruk av hoveddiagnose Z08.x er korrekt for de aktuelle pasientene, men feilaktig nullstilt takst (B43d) uten sammenheng med konsultasjonen for øvrig er benyttet. B43d er en dagkirurgisk takst. Mange opphold registrert med prosedyrekode HADxx	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2003	Sak 9/04 - Bruk av J22 <i>Uspesifisert akutt infeksjon i nedre luftveier</i>	Diagnosen J22 bør ikke benyttes for pasienter som har lungebetennelse (pneumoni J13-J18) som hovedtilstand.	<i>Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)</i>
2004	Sak 02/05 - Økning i DRG 380 <i>Abort uten kirurgiske inngrep og tilstander etter abort</i>	Relativt mange pasienter med to eller flere opphold gruppert til DRG 380, de fleste av dem med nullstilt takst B21a. Praksisen ved institusjonen skyldtes feilregistrering.	<i>Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)</i>

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

2007	Sak 08/2946 - Oppfølging av dagrehabilitering i DRG 462B	Journaldokumentasjonen var ikke i samsvar med kravene i ISF-regelverket for bruk av hoveddiagnosekode Z50.89.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	Sak 08/4416 - DRG 243 <i>Rygglidelser, traumatiske tilstander & symptomer i ryggen</i>	Stor vekst i dagopphold i DRG 243. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev (M50-M54)</i>
	Sak 08/4418 - DRG 271 <i>Kroniske sår i huden</i>	Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i hud og underhud (L00-L99)</i>
	Sak 08/4419 - DRG 179 <i>Inflammatoriske tarmsykdommer</i>	Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i fordøyelsessystemet (K00-K93)</i>
	Sak 08/6252 - Registrering og koding av laserbehandling	Oppfølging av sak 07/4920 Registrering og koding av laserbehandling behandlet i 2007 og sak 08/06 Sammenheng mellom takst og prosedyrekoder behandlet i 2006. Gjelder konsultasjoner kodet med takst B42e i kombinasjon med prosedyrekoder for laserkirurgi (QAA40). Den aktuelle taksten var utarbeidet for tradisjonell kirurgi.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
2008	Sak 09/3129 - DRG 13 <i>Multippel sklerose & cerebellar ataksi</i>	Stor vekst i dagopphold i DRG 13. Med unntak av første dag i en behandlingsserie burde oppholdene vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)</i>
	Sak 09/3130 – DRG 73 <i>Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år</i>	Stor vekst og volum i DRG 73. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i øre og ørebensknute (H60-H95); Svulster (C00-D48)</i>
	Sak 09/3759 – DRG 347 <i>Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk</i>	Vekst i antall dagopphold i DRG 347. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Svulster (C00-D48)</i>
	Sak 09/3931 – DRG 465 <i>Etterbehandling med ondartet sykdom som bidiagnose</i>	Stort volum i DRG 465.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>

2009	Sak 10/4474 - DRG 475 Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte	Koding av KOLS.	<i>Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99) Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, etc (Kapittel G)</i>
2010	11/776 - HDG 24 Signifikant multitraume	Koding av opphold i HDG 24 Signifikant multitraume og regler for bruk av tilstandskoder i kategoriblokk T00-T07.	<i>Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker (S00-T98)</i>
	11/2628 - Bruk av LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus	Bruk av NCSP-koden LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus. Denne koden representerer instrumentell fjerning av spiral, en prosedyre som bare utføres hvis vanlig fjerning ikke lykkes.	<i>Kvinnelige genitalia (Kapittel L)</i>
	11/2700 - DRG 39P Bilaterale operasjoner på linsen	Preoperative undersøkelser av begge øynene som ble kodet med NCSP-kode ZXA 10 Bilateral som indikerer tosidig prosedyre, selv om selve operasjonen var ensidig.	<i>Tilleggskoder 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 øyekirurgi som innleggelser	Feil valg av omsorgsnivå for øyekirurgi.	<i>Sykdommer i øyet og øyets omgivelser (H00-H59); Øyet og øyeregionen (Kapittel C)</i>
	13/3902 DRG 4590 Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling	Feil bruk av prosedyrekode QCD10 <i>Revisjon av brannskade på overekstremitet.</i>	<i>Hud (Kapittel Q)</i>

13/3904 DRG 4610 <i>Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling</i>	Feil bruk av prosedyrekode ACW99 Annen operasjon på perifer nerve.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi	Gjentagende bruk av GBB00 <i>Tracheostomi</i> og GBB03 <i>Perkutan tracheostomi</i> for samme pasient.	<i>Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, bronkier, lunger og mediastinum (Kapittel G)</i>
13/4163 DRG 4620 Poliklinisk rehabilitering	Uheldig bruk av koden Z50.9 <i>Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstilak.</i>	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
13/4395 – Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89	Uheldig kodepraksis for bruk av Z50.89 <i>Vanlig rehabilitering ved dagopphold.</i>	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
13/4901 – DRG 2660 <i>Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling</i>	Feil bruk av prosedyrekode ZZR00 <i>Hudlapp.</i>	<i>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 & underhud, dagkirurgi</i>	Feilaktig koding av lys- og laserbehandling av hud som kirurgiske operasjoner.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
13/8909 - Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed	Koding av korte døgnopphold i rehabilitering som ble vurdert å være gruppebasert opplæring.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
13/999 – Vekst i bruk av kode Z75.1	Sykehusopphold som inkluderer avdelingsopphold med Z75.1 <i>Person som venter på omsorg/passende tilbud annet sted</i> som hovedtilstandskode.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>

	13/6805 – Valg av omsorgsnivå for dagopphold - ulik praksis mellom HF	Feil valg av omsorgsnivå for dagopphold med samme tilstandskode.	
2013	14/4230 – DRG 390 <i>Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem</i>	Feil bruk av tilstandskoder i kategori P92 <i>Problemer med næringsinntak hos nyfødt.</i>	<i>Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (P00-P96)</i>
	14/4275 - DRG 87 <i>Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt</i>	Feil bruk av tilstandskode J96 <i>Respirasjonssvikt.</i>	<i>Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)</i>
	14/4293 - DRG 323/323O <i>Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL-behandling</i>	Feil valg av omsorgsnivå for opphold i DRG 323 registrert med prosedyrekodene KAT00 <i>Ekstrakorporal sjokkbølgelitetrips i nyrebekken ESWL</i> og KBT00 <i>Ekstrakorporal sjokkbølgelitetrips i ureter.</i>	<i>Urinorganer, mannlige genitalia og retroperitonealrommet (Kapittel K)</i>
	14/4779 - Andel opphold i medisinske par-DRG hvor E86 <i>Væsketap</i> er kodet som annen tilstand	Feil bruk av tilstandskode E86 <i>Væsketap.</i>	<i>Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)</i>
2014	15/1634 – Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C <i>Spesifikke inflammatoriske ledd- og rygg sykdommer u/bk</i>	Feil valg av omsorgsnivå. Hoveddelen av revmatologiske pasienter behandles nå poliklinisk, mens noen private ideelle institusjoner ennå ikke har lagt om praksis.	<i>Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev (M00-M99)</i>
	15/1793 – Kodepraksis for nyfødte – andel opphold i DRG 390 <i>Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem.</i>	Feil bruk av tilstandskoder P83.1 <i>Erythema toxicum neonatorum</i> og P03.4 <i>Foster og nyfødt påvirket av forløsning ved keisersnitt.</i> Dette er vanlige tilstander som normalt ikke krever ekstra ressurser. En tilstand skal ikke registreres dersom den ikke krever særskilt behandling, undersøkelse, vurdering eller har hatt betydning for øvrig behandling.	<i>Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (P00-P96)</i>
	15/1804 – Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger	Feil valg av omsorgsnivå. Søvnutredninger gjøres i hovedsak poliklinisk, men det kan gjøres unntak for pasienter med særskilt behov.	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99); Nervesystemet (Kapittel A)</i>
	15/1821 – Kodepraksis ved fødsel – Vekst i antall opphold i DRG 376 <i>Sykdommer etter forløsning og abort uten operasjon</i>	Mangelfull registrering av prosedyrekode TMA20 <i>Manuell fødselshjelp ved normal fødsel.</i>	<i>Mindre kirurgiske inngrep (Kapittel T)</i>

	15/1923 – Kodepraksis for opphold i DRG 4750 <i>Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling</i>	Feil bruk av prosedyrekode GXAV20 <i>Behandling med bifasisk positivt luftveistrykk</i> . For mange konsultasjoner var registrert med prosedyrekoden.	<i>Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, bronkier, lunge og mediastinum</i> (Kapittel G)
	15/1932 – Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 <i>Vaginal fødsel</i> – diagnoser med kompliserende egenskap	Feil bruk av tilstandskoder O72.0 <i>Blødning i tredje stadium</i> og O71.4 <i>Obstetrisk høy vaginalrift</i> .	<i>Svangerskap, fødsel og barseltid</i> (O00-O99)
	15/1938 – Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N <i>Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år</i>	Feil bruk av hovedtilstandskode fra A40 <i>Streptokokksepsis</i> og A41 <i>Annen sepsis</i> . Dette er koder for sepsis av ukjent årsak. Da må SIRS-kriteriene være oppfylt og en må ha en infeksjon med ukjent fokus/utgangspunkt. Hvis infeksjonens fokus er kjent skal koden for selve infeksjonen registreres som hovedtilstand.	<i>Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer</i> (A00-B99)
	15/1993 – Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 <i>Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet</i>	Feil bruk av hovedtilstandskode Z03.3 <i>Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet</i> . Z-koder skal kun brukes unntaksvis som hovedtilstandskode. Hvis det foreligger symptomer kan man velge en hovedtilstandskode fra kap. XVIII <i>Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted</i> (R00-R99).	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten</i> (Z00-Z99)
	15/4628 – Kodepraksis for opphold i DRG 826O <i>Poliklinisk rehabilitering</i> og annen tilstand E66 <i>Fedme</i>	Opphold i DRG 826O <i>Poliklinisk rehabilitering</i> registrert med annen tilstand E66 <i>Fedme</i> ble vurdert til å være behandling av fedme og ikke rehabilitering.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten</i> (Z00-Z99); <i>Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser</i> (E00-E90)
	15/6313 – Bruk av prosedyrekode AAG60 <i>Stereotaktisk intrakraniell radioterapi</i>	Feil bruk av prosedyrekode AAG50 <i>Stereotaktisk intrakraniell radioterapi</i> .	<i>Nervesystemet</i> (Kapittel A)
2015	16/12822 – Pasienter med episoder ved ulike sykehus som overlapper i tid	Feilregistrering. Døgnopphold registrert samtidig ved to rapporterende enheter	<i>Sykdommer i muskel skjelettsystemet og bindevev</i> (M00-M99)

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

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

AVREGNINGSUTVALGET

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

E-post: marte.kjelvik@helsedir.no
morten.stover@helsedir.no

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