

# Referat

---

Møte om: Avregningsutvalget  
Møteleder: Bjørn Buan  
Dato: 18.04.2024  
Referent: Adrian Tveit Lundemo, Hanne Lehn, Marit Pedersen

Til stede: **Utvalgsmedlemmer:**  
Bjørn Buan, Wender Figved, Arne Seternes, Anne  
Wenche Lindboe, Andreas Stensvold, Alf-Henrik  
Andreassen, Anette L. Eilertsen

**Helsedirektoratet og FHI:**

Observatør: Eira Enodd  
Sekretariat: Adrian Tveit Lundemo, Hanne Lehn,  
Marit Pedersen

Forfall: Ida Camilla Monn Birkhaug, Cecilie Bhandari  
Hartberg, Ambreen Tariq

**Referat fra møte i Avregningsutvalget 18.april 2024, kl. 09.00-15.00. Digitalt.**

**Godkjenning av møteinnkalling, sakliste og referat**

Møteinnkalling, referat og sakliste ble godkjent.

## 24/10226 462B Rehabilitering, enkel

*Fra møtet 2. februar:*

I kontrollen av aktivitetsdata for 2023 observeres det i DRG 462B Rehabilitering, enkel et høyt antall opphold per 1000 innbygger i opptaksområde til et helseforetak i Helse Midt-Norge sammenlignet med landsgjennomsnittet.

Definisjonen på rehabilitering som innlagt beskrives i ISF-regelverket kap 6.12.2 som «tverrfaglig, individuell rehabilitering som er døgnbehandling, men som i avslutningsfasen også kan være dagbehandling (enkel rehabilitering). Dette gjelder rehabilitering etter akutt opphold i sykehus. Aktuelle pasientgrupper er slagpasienter, pasienter med revmatisk lidelse (som leddgikt), amputasjonspasienter, pasienter som har hatt operasjoner på større ledd (hofte, lår, bekken), pasienter med brudd på lårhals, bekken eller hofte og multitraumepasienter. Andre typer pasienter som rehabiliteres tverrfaglig uten innleggelse i sykehus hører som hovedregel hjemme under poliklinisk rehabilitering.» Det observeres at flere av døgnoppholdene i 462B er kodet med tilstand for G20 Parkinson og G30 Multipel sklerose.

Til vurdering i Avregningsutvalget: Helsedirektoratet ber AU vurdere variasjon i DRG 462B og om aktiviteten oppfyller kravene til enkel rehabilitering. AU bes vurdere om eventuelle feil eller forskjeller i kodepraksis gir grunnlag for avkortning.

Vurdering:

Opptaksområdet i Helse Midt-Norge skiller seg ut med en høy rate for opphold i DRG 462B. Samtidig ser man et lavt omfang av tilsvarende aktivitet i et opptaksområde det er naturlig å sammenlikne med.

Utvalget har tidligere behandlet flere problemstillinger knyttet til rehabiliteringsområdet. ISF-regelverket har flere kriterier som stilles for at gitt helsehjelp faller inn under rehabilitering, enten det er snakk om kompleks eller enkel type. For å kunne undersøke disse forholdene nærmere ønsker utvalget at det gjøres analyser på tilstander (også antall tilstandskoder per pasient), liggetid, institusjon/avdeling, hvilket sted pasientene er kommet fra, utførende helsepersonell og demografiske variabler som alder og kjønn. Analysene bør se på innleggelser og kontakter før selve rehabiliteringsoppholdet, for å vurdere om det er snakk om rehabilitering i forlengelsen av et akuttforløp. Dessuten tall for hvordan aktuelle pasientgrupper (hovedtilstand G20 og G30) behandles ved andre sykehus med lite omfang i DRG 462B. Det er ønskelig å se hvordan volumet har utviklet seg de siste tre årene. Spesielt interessant vil det være å sammenlikne med andre helseforetak som har mye aktivitet i DRGen.

*Fra møtet 15 mars:*

Det ble presentert en rekke analyser. Ikke alle tall var klare, så gjenstående analyser blir presentert ved neste anledning. Utvalget fikk vurdere tall på volum per HF, avdeling, kjønn, alder, liggetid og andre diagnoser.

Det sees en markant økning de siste tre årene hos helseforetaket i Helse Midt-Norge i tillegg også for et helseforetak i Helse Sør-Øst. I førstnevnte ligger mesteparten av aktiviteten hos to behandlingssteder. Generelt står avdelinger for fysisk medisin for aktiviteten på nasjonalt nivå. Det

observeres noe mer aktivitet hos menn og eldre pasientgrupper, både nasjonalt og hos det aktuelle helseforetaket. De fleste opphold i DRGen har en liggetid på inntil 5 dager og dette har vært en jevn trend de siste tre årene. Den store økningen i opphold hos det aktuelle helseforetaket gjelder i all hovedsak eldre pasienter og opphold med inntil 5 dagers liggetid.

På nasjonalt nivå observeres det at følgetilstander etter hjerneinfarkt, hypertensjon og dysfagi er andre tilstander som går igjen de siste årene. Foretaket i Helse Midt-Norge skiller seg noe ut med Parkinsons sykdom (G20) og multippel sklerose (G35) som man finner lite av i andre helseforetak.

Er det funksjonsfordeling innad i regionen? Det observeres lite tilsvarende aktivitet ved de andre helseforetakene.

Viktig å avklare om det er snakk om rehabilitering etter akuttopphold (forløp), slik ISF regelverket krever for rehabilitering døgnopphold. Det kan variere om sykehusene koder grunnsykdom eller følgetilstander som grunnlag for rehabiliteringen.

Behov for nærmere gjennomgang av praksis og koding på rehabiliteringsfeltet. Vurdere et internt notat og egen omtale i årsrapporten. Dialog med de koordinerende enhetene for rehabilitering/habilitering.

Det trengs analyser av forløp, med fokus på tidligere akuttinnleggelse.

Brev går ut til det aktuelle helseforetaket og til forvaltningskontoret i Helse Midt-Norge. Bes om beskrivelse av pasientgruppen og tjenestetilbudet, valg av omsorgsnivå. Hvordan begrunner de selv omfanget og endringen? Det legges ved veiledningen fra ISF-regelverket.

*Fra møtet 18. april:*

Det ble presentert nye analyser på møtet. Et stort og et mindre helseforetak har flest gjennomsnittlig antall tilstandskoder registrert, henholdsvis 7,45 og 6,79. Helseforetaket i fokus er blant de som har færrest i snitt med 1,53. Hovedtilstandskoder er tatt ut av beregningen ettersom alle opphold har det.

Det ble presentert forløpstall som sier noe om hvilke opphold som er registrert før DRG 462B for de aktuelle pasientene. Både for det aktuelle helseforetaket og på nasjonalt nivå synes det å være flest planlagte opphold, men også en viss andel akutte opphold. Pasientene har tidligere stort sett vært i rehab-DRGer og polikliniske DRGer. Utvalget tar dette til orientering mens det avventes svar på brevene som har gått ut.

*Oppfølging:*

Det avventes svar fra helseforetaket i fokus samt koordinerende enheter i region og helseforetak.

## **24/5327 DRG 14A/B Spesifikke karsykdommer i hjernen mbk/ubk: Høy andel mbk**

*Fra møtet 2. februar:*

Som ledd i de systematiske kontrollene har Helsedirektoratet avdekket at et helseforetak i Helse Midt-Norge skiller seg ut med høy andel mbk i DRG-paret 14A/14B *Spesifikke karsykdommer i hjernen*.

Man finner at helseforetaket skiller seg ut med to uspesifikke koder. De har 57 av de 149 opphold som kodet med G819 *Uspesifisert hemiplegi* i DRG 14B. De har også 26 av de 56 oppholdene som er kodet med R410 *Uspesifisert desorientering* i DRG 14B.

*Til vurdering i Avregningsutvalget:*

*Helsedirektoratet ber AU vurdere kodepraksis for aktivitet i DRG 14A. Vi ber om AU sin vurdering av årsakene til variasjonen i andel i DRG-paret og om eventuelle feil og forskjeller i kodepraksis gir grunnlag for avkortning. AU bes spesielt vurdere om de uspesifikke kodene det aktuelle helseforetaket og eventuelt andre sykehus har benyttet i høy grad har relevans for oppholdet, og bør kvalifisere for DRG med kompliserende egenskap.*

*Vurdering:*

Utvalget merker seg at det er mye variasjon og uspesifikk koding i denne saken. Det er f. eks stor forskjell på større helseforetak her. I tillegg til det aktuelle helseforetaket har også to andre foretak høy andel mbk. Er det snakk om en annen organisert praksis eller en funksjonsfordeling? Det vil være naturlig å sammenlikne disse sykehusene. Det er også viktig å få innblikk i hvilke koder som er kompliserende i forholdet mellom DRG 14A og DRG 14B.

For videre saksbehandling trengs analyser på tilstander (herunder både hovedtilstand og andre tilstander med/uten kompliserende egenskaper) i begge DRGer. Det trengs også tall på avdelingstype, liggetid, alder, hvor pasienten har kommet fra og hastegrad.

*Fra møtet 18. april:*

Det ble presentert nye analyser i saken. Helseforetaket i fokus ligger lavere samlet sett ut ifra befolkningsperspektivet. De har likt omfang av gjestepasienter sammenlignet med lignende foretak, men en høyere andel opphold med kompliserende tilstander (DRG 14A mbk). De har mer hovedtilstand hjerneinfarkt og afasi/dysfasi i 14A enn hos sammenliknbare foretak. De har også vesentlig flere bitilstander enn andre blant enkelte tilstander, blant annet G81.9 *Uspesifisert hemiplegi* og R33 *Urinretensjon*.

Det ble også presentert en testgruppering for hvilke DRGer (kompliserende eller ikke) man får ved kombinasjonen I634 med en rekke bitilstander. Det aktuelle helseforetaket er alene om å bruke enkelte bitilstander. Prosedyrer er også undersøkt, men der observeres det ingen avvik eller lignende av spesiell betydning.

*Vurdering:*

Kanskje har helseforetaket fordelt funksjonen her mtp de andre helseforetakene i regionen. Dette ser ut til å være vanlige kompliserende forhold og sånn sett er det kanskje underlig at ikke flere ligger høyere på dette. I så fall kan det være snakk om underkoding hos flere helseforetak. Eventuelt

er helseforetaket mer bevisst på kodebruken her og tydeliggjør derfor gjennom registreringspraksis at det er komplekse pasienter. Hvordan gjøres det hos andre sammenliknbare foretak?

Brev må gå ut til helseforetaket der de bes gjøre rede for koding og begrunnelse for bitilstandene som er registrert. Har de funksjonsfordeling? Også brev til to referansesykehus for sammenlikning.

Brevet sendes til sirkulasjon i utvalget for kommentarer og innspill.

*Oppfølging:*

Brev til helseforetak.

|  |
|--|
| <b>24/10234 DRG 449/450 Forgiftning inkludert toksisk effekt av legemiddel &gt;17 m/bk/ubk</b> |
|--|

*Fra møtet 2. februar:*

Det observeres at et spesifikt helseforetak skiller seg ut med høyt volum i DRG 449 og høy andel mbk i DRG-paret.

De skiller seg ut ved at de koder opphold med diagnosekode F328 *Annen spesifisert depressiv episode* og F329 *Uspesifisert depressiv episode* i større utstrekning enn de øvrige helseforetakene.

*Til vurdering i Avregningsutvalget:*

*Helsedirektoratet ber AU vurdere kodepraksis for aktivitet i DRG 449. Vi ber om AU sin vurdering av årsakene til at et spesifikt helseforetak har så stort volum i DRGen og høy andel mbk i DRG-paret, og om eventuelle feil og forskjeller i kodepraksis gir grunnlag for avkortning. AU bes spesielt vurdere om de uspesifikke kodene det aktuelle helseforetaket har benyttet har relevans for ressursbehov i oppholdene.*

*Vurdering:*

Helseforetaket skiller seg ut her både på volum og diagnosekoding; er det snakk om ulik kodepraksis eller ulikt forløp? Det trengs analyser på tilstandskoder, ATC-koder, avdeling, liggetid, hastegrad og hvor sendes pasienten videre, både i DRG 449 og DRG 450. Det er nyttig å gjennomgå utviklingen over tid her for å se om kodingen er stabil. Hva ligger i ATC-kodene her? Er det selve forgiftningen eller hvilket legemiddel som ble administrert som del av behandlingen? Analysene bør også se nærmere på variasjon i bruk av F-koder som annen tilstand, da utvalget mener dette sjelden registreres på somatisk avdeling uten at psykiatrisk avdeling er involvert. Analysene bør fokusere på det aktuelle helseforetaket.

*Fra møtet 18. april:*

Det ble presentert nye analyser i saken. To helseforetak på Østlandet har de høyeste ratene i DRG-paret. Helseforetaket i fokus har høy andel m/bk, men raten totalt er rett over landssnittet. Litt høyere andel tidligere, men fortsatt betydelig høyt. Aktivitetsvolum per helseforetak har totalt sett økt over tid. Vanligste hovedtilstand i begge DRGer er T4n. Både nasjonalt og hos det aktuelle helseforetaket.

Det ble også presentert DRG-fordeling gitt hovedtilstand T4n; med unntak av de to er det også en del i DRG 980U og 451. Fortsatt er DRG 449 mest tydelig for helseforetaket i fokus.

Tilleggstilstandene viser at villet egenskade er vanligst for oppholdene samt akutt alkoholforgiftning (kompliserende til DRG 449). Finner også noen F-koder her, noe mer hos det aktuelle helseforetaket enn hos andre. Det er da snakk om depressive episoder.

ATC-kodene viser at legemidlene som går igjen er paracetamol og antipsykotika. Men det er litt små tall. Hos helseforetaket er de fleste opphold registrert hos akuttmedisinsk avdeling. Nesten alle pasienter legges inn fra hjemmet. De fleste skrives også ut igjen til hjemmet, litt høyere enn hos andre helseforetak).

Det er snakk om korte opphold (1-2 døgn), lengre liggetid i DRG 449 enn 450. Pasientene er voksne (30-50 år), litt høyere gjennomsnittsalder i DRG 449. Mindre forskjell i DRGene hos helseforetaket i fokus.

#### *Vurdering:*

Er det snakk om annen kodepraksis eller organisering av tjenestetilbud hos det aktuelle helseforetaket? Det synes å være litt mer innslag av fagfelt som psykisk helse. Har de kanskje et annet forløp enn hos andre?

Det kreves vurdering ved psykiatriske diagnoser, spørsmålet er om dette gjøres systematisk (vurdering av psykisk tilstand) i disse tilfellene.

Pasientgruppen er krevende p.g.a rusbruk og psykisk tilstand. Det krever mer kapasitet utover selve behandlingen av den toksiske effekten. Det er viktig for å forebygge re-innleggelser. Kanskje har helseforetaket mer samhandling på dette feltet?

Det må gå ut brev til sektoren med spørsmål om pasientforløp, beskrive pasientpopulasjon, beskrive tilbud, begrunnelse for valg av tilleggstilstander, særlig F-koder.

#### *Oppfølging:*

Brev til det aktuelle helseforetaket, samt andre referansesykehus.

## **24/10230 Nevropsykologisk undersøkelse**

#### *Fra møtet 2. februar:*

Aktivitetsdata fra NPR viser geografisk variasjon i omfanget av DRG 801U *Nevropsykologisk undersøkelse*. I opptaksområdet til et spesifikt helseforetak er det over tre ganger så mange opphold i DRG 801U som gjennomsnittet for hele landet, mens flere opptaksområder har et lavt antall opphold i DRGen. Den mest brukte prosedyrekoden er IAAK00 *Fullstendig nevropsykologisk utredning utført og tolket av spesialist i nevropsykologi*.

#### *Til vurdering i Avregningsutvalget:*

*Helsedirektoratet ber AU vurdere årsakene til den geografiske variasjonen i DRG 801U og om eventuelle feil eller forskjeller i kodepraksis gir grunnlag for avkortning.*

Utvalget diskuterte mulige forklaringer på den observerte variasjonen i DRGen. Er det snakk om regionale funksjoner på dette fagfeltet? Kanskje er det slik at de som ligger lavt ikke har dette tjenestetilbudet. I første omgang synes det mest fornuftig å fokusere på de områdene med rater som

ligger over det nasjonale snittet, særlig tre områder. Det trengs analyser på tilstander, prosedyrer, aldersfordeling, avdelingstype og antall kontakter per pasient. Analysene må se på utviklingen over tid.

*Fra møtet 15. mars:*

Det ble presentert analyser. Tre helseforetak skiller seg ut i ratetallene. Et har hatt stort volum de tre siste årene. Et annet har økt mye over de tre årene. Et tredje ligger høyt, men oppholdene har gått litt ned over tid.

Hovedtilstand i DRG 801U: Størst forekomst av R41.8 Andre og uspes symptomer og tegn med tilknytning til kognitive funksjoner og bevissthet. Også en del multippel sklerose (G35). To av foretakene har en høyere andel opphold registrert med symptomkoder (R). Vanligvis grupperer R41.8 til DRG 901O. Prosedyrekode IAAK00 styrer til 801U.

For annen tilstand ser man at undersøkelse for førerkort (Z02.4) er hyppigst brukt. Et helseforetak skiller seg ut med særlig stort omfang av denne koden. Ellers mange forskjellige bidiagnoser (stor variasjon).

Prosedyrer: Alle opphold har (per definisjon) registrert IAAK00, fullstendig nevropsykologisk undersøkelse. Det er også registrert en del andre koder for utredning og kartlegging. Antall kontakter per pasient: små forskjeller.

Alder: To helseforetak har i snitt litt eldre pasienter. Men stor variasjon nasjonalt, også mange barn og unge i DRG 801U.

Avdeling: Mye fysikalsk medisin og rehab pluss nevropsykologisk poliklinikk.

Vurdering: Det er vanskelig å vite hvordan man skal angripe saken. Det kan virke som manglende standardisering av kodepraksis er en problemstilling. Er det faktisk spesialister som har gjennomført utredningen?

Samtidig kan det være variasjon fordi mye kognitiv utredning også gjøres av ikke-spesialister (psykologer). Nevropsykologer er litt forskjellig fordelt over helseforetak, ulik tilgang til tjenesten. Det påpekes også at det er en del nevropsykologer blant avtalespesialister i psykisk helsevern. Mange utredninger gjøres også innen psykisk helsevern.

Hva slags tjenestetilbud er det egentlig snakk om? Hvilke pasienter retter det seg mot?

Bør også følge opp problemstilling knyttet til vurdering av vilkår for førerkort. Kontakter der dette er hovedformålet skal ikke inngå i ISF, jf. regelverket kap. 5.8.

I første omgang bør man undersøke aktiviteten hos avtalespesialistene. Vil bruk av avtalespesialister utjevne de geografiske forskjellene?

*Fra møtet 18. april:*

Det ble presentert nye analyser i saken slik som rater basert på datagrunnlag fra PHV (DRG TD70A/B) og avtalespesialister (bruk av takst 19). Det viser seg å være noenlunde likt omfang i somatikk og

PHV. Størst hos avtalespesialister. Det observeres geografisk variasjon og størst variasjon innad i PHV.

Et spesifikt område skiller seg ut hos avtalespesialistene, et annet i TD70A/B. Totalt sett skiller altså begge seg ut.

*Vurdering:*

Variasjonen er tydelig. Det totale aktivitetsbildet forandrer seg når også data fra PHV og AS inkluderes. Noe av forskjellen mellom PHV og somatikk kan skyldes organisatoriske forhold. Hvordan er det tenkt at denne tjenesten skal fordeles?

Utvalget mener det virker hensiktsmessig å sende brev til de aktuelle helseforetakene i saken. Arbeidsgruppa samarbeider om å utforme og ekspedere et brev, men først må det avklares fra Helsedirektoratet mtp sakens utvikling etter inklusjon av PHV og AS. Det bes om en avklaring på oppdraget.

I tillegg vurderes det om førerkortutredningene er feil, i så fall kan det være grunnlag for avregning.

*Oppfølging:*

Avklaring fra Helsedirektoratet. Brev ut avhenger av dette.

## **24/5326 Koding ved stell av stomi**

*Fra møtet 2. februar:*

Aktivitetsdata per 2. tertial 2023 viser et stort omfang av opphold i DRG 806P *Mindre gastrointestinal undersøkelse* i opptaksområdene til flere helseforetak på Østlandet sammenlignet med landsgjennomsnittet.

Helsedirektoratet har mottatt spørsmål om bruk av prosedyrekode JGGX10 *Utprøving og stell/vedlikehold av inkontinenshjelpemiddel ved stomikontroll*. Kode JGGX10 skal ikke benyttes ved kontroll av stomi. Kontroll av stomi skal gruppere til DRG 906O *Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre fordøyelsessykdommer*. Ved å registrere prosedyrekode JGGX10 vil aktivitet i stedet gruppere til DRG 806P.

*Til vurdering i Avregningsutvalget:*

*Helsedirektoratet ber AU vurdere bruk av kode JGGX10 og den geografiske variasjonen i DRG 806P. Utvalget bes vurdere om eventuelle feil eller forskjeller gir grunnlag for avkortning.*

Utvalget diskuterte hva som er vanlig praksis når det kommer til håndtering av stomier og hva som menes med stell av stomi i denne sammenhengen. Det vil gjerne være slik at utprøving av stomi gjøres en gang, mens vedlikehold gjøres oftere. Så blir spørsmålet om hvordan dette skal kodes riktig. Kode JGGX10 vurderes som noe tvetydig og det er derfor et mulighetsrom for at koden kan misforstås. Det kan gi et betydelig utslag med tanke på at det er en vanlig prosedyre. Utvalget tenker det er hensiktsmessig å undersøke pasientforløpene i denne sammenhengen, f. eks tid og forløp mellom gastrokirurgi og utprøving av stomi. I tillegg er det nyttig å få sammenliknet DRG 806P og DRG 906O for å se om aktiviteten i disse utjevner hverandre. Analysene må fokusere på tre helseforetak på Østlandet. Analysene bør også inneholde utvikling over tid.



*Fra møtet 15. mars:*

Saken ble påbegynt mot slutten av møtet, men det ble for lite tid for en fullstendig saksbehandling. Det gjøres derfor en større gjennomgang med saksbehandling i neste møte.

Det ble presentert analyser. Økende koding av tilstander (og prosedyrer) som grupperer til DRG 806F.

*Fra møtet 18. april:*

Saksgjennomgang fortsettes fra forrige møte. Det ble presentert analyser på forløp mellom gastrokirurgien og utprøving av stomi. I 2023 finnes halvparten av DRG 806P hos de aktuelle helseforetakene. Kombinasjonen Z43.3 og prosedyrekoden gir føring for om oppholdet går til DRG 806P eller 906O. Kombinert er det økende bruk hos flere helseforetak. Ratetallene viser vedvarende høyere rate hos tre helseforetak på Østlandet. Vekst på landsbasis synes å være drevet av et helseforetak i Helse Midt-Norge. Hovedtilstandene omhandler i stor grad funksjonelle forstyrrelser, ufrivillig avføring, men man finnes mest bruk av Z-koden. For DRG 906O er det til sammenlikning størst andel koder fra kapittel K.

Det er vekst i antall opphold med Z43.3 i begge DRGer. Det er en påfallende endring hos foretaket i Helse Midt-Norge i forholdet mellom DRGene.

Forløpsanalyse: DRG før siste opphold (806P + Z43.3) viser at det i hovedsak er snakk om opphold i DRG 906O og 906A, altså polikliniske konsultasjoner.

Vurdering:

Det synes å være en liten andel som kommer rett fra kirurgi. Utviklingen for helseforetaket i Helse Midt-Norge er interessant. Det er en liten forskjell i DRG-vektene. Det er nok ikke intuitivt for alle kodeansvarlig at prosedyrekode JGGX10 ikke skal kodes i disse bestemte tilfellene. Det er sånn sett forståelig at koden registreres mtp semantikken ('kontroll'). Hva er forskjellen på stell og kontroll i disse tilfellene? Er dette godt nok formidlet i kodeveilederen?

Det er for øvrig kjent at Direktoratet for e-helse i sin tid har svart ut henvendelser på dette.

Brev må gå ut til helseforetakene med spørsmål om hvilken kodepraksis de har lagt til seg og hvorfor det er store endringer. Utvalget ønsker samtidig at det rettes en henvendelse til kodemiljø (nå i HDIR) om en klargjøring av dette i forkant av utsending til helseforetakene.

*Oppfølging:*

Brev til de aktuelle HFene, men henvendelse til kodemiljø først for å ha en presisering.

## **24/10236 DRG XD90A Polikliniske konsultasjoner – Andre problemstillinger – Voksne**

*Fra møtet 2. februar:*

Analyser av aktivitetsdata fra NPR viser stor geografisk variasjon i DRG XD90A *Polikliniske konsultasjoner – Andre problemstillinger – voksne*. Opptaksområdet til et helseforetak på Østlandet skiller seg ut med over tre ganger så mange opphold per 1000 innbygger sammenlignet med landsgjennomsnittet. Også to andre opptaksområder har høye rater i DRG XD90A. Det kommer frem at foretaket på Østlandet skiller seg spesielt ut i diagnosene A000: *Kolera*, B171: *Akutt hepatitt C* og B379: *Uspesifisert candidainfeksjon*.

*Til vurdering i Avregningsutvalget:*

*Helsedirektoratet ber AU vurdere årsaken til det høye volumet i DRG XD90A i opptaksområdet til et helseforetak i Helse Sør-Øst og om dette skyldes kodepraksis eller annerledes behandlingstilbud. AU bes vurdere om årsaken til det høye volumet gir grunnlag for avkorting.*

DRG XD90A er en restkategori. Utvalget merker seg at man her har en DRG tilknyttet psykisk helsevern hvor man i hovedsak finner utpekte hoveddiagnoser som er somatiske. De fleste tilfellene gjelder virussykdommer. Det aktuelle helseforetaket skiller seg ut med en stor andel A000 *Kolera*. Det er ikke sannsynlig at volumet er reelt og det er heller ingen plausibel sammenheng at disse skal havne i en DRG tilknyttet psykisk helsevern heller. Er det en feil i sektorinndelingen her?

Det vurderes tidlig at dette kan være en systematisk feilkoding som kan ha en journalsystemteknisk årsak. Det er kjent at kode A000 har ligget som en slags default-verdi i enkelte fagsystemer. Det vil si at man har første bokstav (A) og første tallverdi (0) som gjør at den i en alfanumerisk sortering fort kan havne som hoveddiagnose om det ikke aktivt settes en kode og det ikke er lagt inn en restriksjon på bruken. Det har vært flere tilfeller av slik feilkoding og registrering av kolera i NPR-data. Det må naturligvis gjøres analyser på dette som en del av saksbehandlingen.

I tillegg må det gjøres analyser på tilstander, fagenhet, alder, utførende helsepersonell, hvor sendes pasienten, antall konsultasjoner per pasient i snitt. Analysene må vise utviklingen over tid.

*Fra møtet 15. mars:*

Ved nærmere undersøkelse av oppholdene i DRG XD90A forekommer det ingen tilfeller av registrert hovedtilstand A000 *Kolera*. De vanligste hovedtilstandene er R-koder samt koder for Alzheimers sykdom. Ettersom det nå er funnet andre hovedtilstander enn i analysene som danner grunnlag for saken må det gjøres en ekstra undersøkelse i datagrunnlagene. Det må avklares om det foreligger likt og entydig datagrunnlag hos Helsedirektoratet og FHI. Det bør vurderes om dette fortsatt er en sak for utvalget i forlengelsen av dette. Det ble opprinnelig bestilt flere analyser, men disse avvantes før man har avklart data- og saksgrunnlag.

*Fra møtet 18. april:*

Endelig datagrunnlag for saken viser at kolera-opp holdene er korrigert. Saken skal uansett fortsatt behandles med tanke på det høye oppholdsvolumet hos det aktuelle helseforetaket.

Det ble presentert flere analyser som sammenlikner 2022 med 2023 i saken. Det observeres totalt sett en økning i DRGen og en forholdsvis kraftig vekst hos det aktuelle helseforetaket fra 2022 til 2023. Det er mye variasjon i fordelingen, også når det kommer til endringene mellom årene. I tillegg skiller et annet foretak seg ut med en dobling av antall opphold i DRGen. Et annet foretak i Helse Sør-Øst har nest flest opphold etter helseforetaket i fokus blant de offentlige helseforetakene. Hos en spesifikk privat institusjon sees også svært mange opphold og enorm vekst fra 2022 til 2023.

Det er helt klart flest opphold registrert med R41.8 *Andre og uspesifiserte symptomer og tegn med tilknytning til kognitive funksjoner og bevissthet*. For 2023 nasjonalt utgjør dette rundt 27 prosent, hos det aktuelle helseforetaket i fokus er det oppe på rundt 63 prosent. For både 2022 og 2023 finner man i tillegg til andre R-koder enkelte tilstander fra G-kapittelet slik som Alzheimers og MS. Et foretak, som ligger nest høyest på opphold, koder i tillegg en del opphold med diettveiledning og fedme.

På prosedyresiden registreres det for 2023 nasjonalt nivå mest IBBA10 *Psykoterapi, individuell etterfulgt av IAAA10 Systematisk intervju om psykisk helse, bruk av legale/illegale rusmidler og*

*avhengighet*. Sistnevnte ligger også høyt hos aktuelt helseforetak, men flest opphold har OBAA00 *Mestringsorientert samtale*. Ved det nest største foretaket i denne sammenhengen er det mest psykoedukativ behandling, men i tillegg observeres det en viss mengde opphold hvor det er registrert WJAT50 *Kartlegging av kosthold og ernæringstilstand* samt WJAT55 *Veiledning om ernæring, kost og måltid*.

Vurdering:

Det er tydelig at DRGen har hatt en stor vekst i antall opphold. Det er ikke umiddelbart klart hva utviklingen skyldes. Utvalget merker seg at det er en litt forskjellig profil blant de to offentlige helseforetakene som ligger høyest. Som det framkommer i tilstands- og prosedyrekoding har et foretak en del opphold som går på livsstil (fedme). Det samme sees ikke hos foretaket i sakens fokus hvor det er mer innslag av demens. Det diskuteres hvorvidt kodingen man ser gjenspeiler sykdommer det settes søkelys på for tiden. Utvalget merker seg også den enorme veksten i antall opphold hos den private institusjonen. Det vurderes derfor som hensiktsmessig å tilskrive enhetene for å finne ut mer om aktiviteten. I tillegg er det ønskelig å undersøke ratetallene per opptaksområde.

*Oppfølging:*

Utsending av brev samt analyser på ratetall. Innhente informasjon om avtalen tilhørende den private institusjonen.

## **22/6942 DRG 466 Kodepraksis ved etterbehandling u/ondartet sykdom som bidiagnose**

Tidligere lukket sak som nå følges opp fra 2022. Det ble den gangen observert stor geografisk variasjon i DRG, særlig hos to helseforetak. Både i rater og opphold per HF.

Det var i all vesentlighet Z48.8 *Annen spesifisert etterbehandling etter operasjon* som var rapportert som hovedtilstandskode i oppholdene i DRG 466. Ved et av foretakene var det også en del Z48.9 *Uspesifisert behandling etter operasjon*.

Kodeveilederen kap 2.4 sier dette: "Hvis en sykdom ikke lenger er til stede etter behandling ved den første avdelingen, som ved artrose behandlet med leddprotese, eller det var en akutt sykdom som et brudd eller en blødning der primærbehandlingen ble avsluttet ved den første avdelingen, vil hovedtilstanden oftest være en type etterbehandling". Dersom en sykdom ikke er helbredet etter primærbehandling skal samme sykdom registreres som hovedtilstand også etter overflytting og DRG 466 vil da ikke være aktuell.

Det ble gjort analyser og sendt brev i saksbehandlingen for 2022. Svarene fra helseforetakene viste at kodeveiledningen tolkes ulikt. Det var ulik oppfatning av om hovedtilstand ved etterbehandling av f.eks. koronarsykdom skal kodes med hovedtilstand koronarsykdom, eller med en kode i Z48.

Avregningsutvalget hadde dialog med Direktoratet for ehelse særlig om bruk av Z48.8 *Annen spesifisert etterbehandling etter operasjon*. Daværende Direktoratet for e-helse så at veiledningen for bruk av koden ikke var så tydelig, og de ville tilstrebe å forbedre veiledningen. Når tilstanden som er behandlet fortsatt er til stede etter behandlingen, skal denne tilstanden også kodes som hovedtilstand i etterbehandlingen. Z48 kodes som hovedtilstand når den tilstanden som er behandlet er borte.

Utvalget konkluderte med at saken i stor grad handlet om ulik tolkning av kodeveiledning. En klargjøring i kodeveiledningen trengs. Ingen avregning ble anbefalt i saken.

*Fra møtet 18. april:*

Det ble presentert oppfølgende analyser på ratetall, volum per HF og hovedtilstander. Tallene viste utvikling over tid fra 2021 til 2023 ettersom saken ikke ble behandlet ved 2022-data. Det er fortsatt Z488 og Z489 som brukes klart mest som hovedtilstand. Det er fortsatt tydelig variasjon i ratetallene. Volum per HF viser at det er mange opphold og en generell økning ved bl.a flere helseforetak på Østlandet.

Vurdering:

Tolkningen av kodeveileder er viktig i saken. Utvalget merker seg at større sykehus ligger påfallende lavt på aktivitetsnivå og at det er varierende mønstre mellom de tre årene. Et spesifikt helseforetak har hatt mest tydelig økning mellom hvert år og utvalget beslutter at helseforetaket skal tilskrives og bes om å begrunne økningen. Det må samtidig vises til tidligere saksbehandling fra 2022 og kodeveileder på området.

*Oppfølging:*

Tilskrive aktuelt helseforetak.

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

Saken følges opp fra tidligere år. Tidligere analyser har vist at det var svært høye rater i DRG 34 for tre helseforetak. Det var snakk om høy andel m/bk kontra u/bk (DRG 35). Hovedtilstand har hovedsakelig dreiet seg om R-koder (fall, desorientering mm). Det har gått ut brev i saken og helseforetakene har beskrevet en eldre pasientgruppe, multimorbide og skrøpelige. Det har ikke vært snakk om noen organisatoriske forhold som tilsier høy andel i m/bk. Helseforetakene har selv påpekt at de kan tilstrebe mer spesifikk koding av hovedtilstand. I saksbehandlingen i 2022 ble det observert en nedgang i andel m/bk for et av foretakene, men ingen eller liten endring ved de to andre. Det ble ikke anbefalt avregning, men heller foreslått å vurdere om det trengs dokumentkontroll/journalgjennomgang. Det var ikke kapasitet til dokumentkontroll i 2023 da utvalgets saker om LAR og sårrevisjoner ble prioritert for dette den gangen. Oppfølgingsanalyser på 2022-data viste at det på nasjonalt nivå lå jevnt som i året før. Et foretak hadde en noe mindre andel i m/bk. To andre hadde derimot økt sin andel i DRG 34. Utvalget vurderte det slik at dette kanskje er en DRG hvor mye forskjellig kan havne. Det ble besluttet videre at de tre helseforetakene tilskrives en gang til for å forklare sin aktivitet med utgangspunkt DRG-forholdet mellom m/bk og u/bk. Ratetall for begge DRGer ble også presentert for utvalget. Et foretak lå fortsatt noe høyere enn de andre, men raten hadde gått ned i 2022. Ellers var tallene stabile fra fjoråret. Det var ikke kommet inn noen svar fra helseforetakene innen siste arbeidsmøte for 2023 var avholdt. Utvalget vurderte det dithen at på grunn av uspesifikk koding får man trolig ikke lukket denne saken uten at det gjennomføres en målrettet dokumentkontroll. Se Avregningsutvalgets tidligere årsrapporter for mer informasjon om saken.

Utvalget vurderer at det fortsatt bør anbefales dokumentkontroll for å komme videre i saken. Det sendes ut oversikt på aktivitetsvolumet for 2023 til utvalget og gjøres en avklaring om midler og kapasitet mellom FHI og Helsedirektoratet. Det undersøkes videre om Helsedirektoratet kan igangsette dokumentkontroll i saken.

*Fra møtet 18. april:*

Det ble gitt en kort orientering om status på saken. Avdeling finansiering i Helsedirektoratet ønsker et bestillingsgrunnlag som beskriver innretning på dokumentkontrollen og en beskrivelse av nytteverdi. En arbeidsgruppe i utvalget utarbeider dette og oversender til Helsedirektoratet.

*Oppfølging:*

Oversende et bestillingsgrunnlag for dokumentkontroll til Helsedirektoratet.

## **21/4749 Ambulante konsultasjoner og LAR-behandling**

Saken følges opp fra tidligere år. Saken har etter hvert blitt delt opp til å gjelde ambulante konsultasjoner og LAR-behandling.

Saksbehandlingen har fokusert mest på LAR-delen (DRG TD11A *Polikliniske konsultasjoner – opioidavhengighet*). Der har man tidligere observert økning i flere opptaksområder. Det gjelder opphold med tilstandskode Z50.30 *Oppmøte for utlevering av legemiddel i Legemiddel assistert rehabilitering (LAR), uten samtidig konsultasjon*.

Det har vært mistenkt varierende registreringspraksis og vist seg et behov for dokumentkontroll for å avdekke hva som faktisk gjøres av terapeutisk innhold i konsultasjonene der Z50.30 er registrert. Gjennomført dokumentkontroll viste at Sykehuset i Vestfold har forbilledlig registreringspraksis, mens hos Helse Bergen og Helse Stavanger har det vært ustrukturert og manglende.

Vurderingen fra årsrapport 2023 sier som følger:

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

*Fra møtet 18. april:*

Som del av rutinemessig oppfølging ble det presentert analyser på volum i DRGen og opphold med bitilstand Z50.30 *Oppmøte for utlevering av legemiddel i Legemiddel assistert rehabilitering (LAR), uten samtidig konsultasjon*. DRG-tallene viser at det på nasjonalt nivå er noe nedgang. Hos to av helseforetakene som ble kontrollert i fjor har også nedgang i forskjellig grad, mest synlig er det hos et av dem. Derimot øker et annet. Det sees generelt mye variasjon fra 2022 til 2023 for helseforetakene for øvrig. Mange har stor nedgang i TD11A, særlig hos to foretak.

For opphold med bitilstand Z50.30 er det også tydelig variasjon. Det er nedgang på nasjonalt nivå og alle tre helseforetak som ble kontrollert i fjor opplever en nedgang i antall opphold. Størst nedgang har et spesifikt foretak også her. Et annet som ikke ble kontrollert i fjor har en markant nedgang i antall opphold.

*Vurdering:*

Utvalget merker seg nedgangen i antall aktuelle opphold. Det diskuteres hvordan man best kan følge opp saken for i år. Et sentralt oppfølgingspunkt er å undersøke om det er gjort endringer i regelverk og veiledning med utgangspunkt i utvalgets anbefaling fra i fjor. Det kan også spekuleres hvorvidt det har skjedd en endring i pasientgrunnet her. Hva har for eksempel skjedd ved det ene foretaket som skiller seg ut?

Et konkret oppfølgingspunkt er å forhøre seg med rett fagmiljø i Helsedirektoratet om det har blitt igangsatt noen tiltak som følge av fjorårets kontroll. I tillegg synes det fornuftig å tilskrive helseforetakene for å følge opp problemstillingen. Det må spørres om hva den observerte endring skyldes. Er det endringer i praksis eller tilbud?

*Oppfølging:*

Brev til helseforetakene og dialog med Helsedirektoratet om konkret oppfølging av regelverk og veiledning på området.

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

Saken følges opp fra tidligere år. Omhandler komplikasjoner etter kirurgisk behandling, tidligere observert høy aktivitet hos et par foretak. Utvalget har tidligere kommet fram til at tallene er såpass små og pasientgruppen såpass heterogen at det har vært vanskelig å peke på klare mønstre i aktiviteten. Det er f. eks 43 ulike operasjonskoder som forutsettes for gruppering til DRG 217, fra enkel delhudstransplantasjon til omfattende reoperasjoner og mikrovaskulære prosedyrer.

Utført dokumentkontroll ga grunnlag for avregning, men kun basert på de faktiske episodene som er beskrevet i dokumentkontrollrapporten. Avregningsutvalget mente at det ikke forelå tilstrekkelig dokumentasjon til å foreta en større avregning som favnet alle 433 opphold. Tallene er for små til at det synes å fremkomme et mønster i feilkodingen, og volumet av feilkoding er ikke påfallende høyt. Avregningsutvalget anbefaler også Helsedirektoratet å vurdere en gjennomgang av hvilke kombinasjoner av diagnose- og prosedyrekoder som sorterer til DRG 217.

*Fra møtet 18. april:*

Det ble presentert ordinære oppfølgingsanalyser på aktivitetsvolum, tilstander og prosedyrer. Totalt sett ser man en økning i antall opphold fra 2022 til 2023, men det er i utgangspunktet små tall i denne DRGen. Av de HF som ble avregnet i fjor har tre hatt nedgang i antall opphold, fem har økt og ett har uendret volum. Mest tydelig økning sees hos tre foretak som ble avregnet i fjor. To foretak har begge gått tydelig ned.

Tall på tilstand og prosedyre viser at det er snakk om samme pasientgruppe som man har sett i tidligere år.

*Vurdering:*

Utvalget diskuterer hvordan man tenker det er best å følge opp saken for inneværende år. Det er snakk om lave tall, men den lille økningen noteres. Det diskuteres om helseforetakene har hatt tid til å

omstille seg og gå igjennom egen kodepraksis siden årsrapport ble publisert og avregningen ble gjort. Det er derfor aktuelt å følge opp saken neste år og undersøke utviklingen i volum for å se om det kan være en forsinket effekt av tiltakene som er gjort.

Enn så lenge kan man begynne med å henvende seg til sektoren, både bredt og litt mer tilpasset. Helseforetakene tilskrives og forespørres om kodepraksis og opphold er gjennomgått på grunnlag av dokumentkontrollen som ble utført i fjor. De må vurdere sin egen kodepraksis i lys av dette, da spesielt på prosedyresiden. I henvendelsene vises det til kontrollen som er gjort og det vedlegges en oversikt over utviklingen i antall opphold.

Wender kvalitetssikrer brevene som går ut i samarbeid med sekretariatet.

*Oppfølging:*

Sende ut brev til helseforetakene som ble avregnet i fjor, samt et til. I tillegg de som har en stor økning fra 2022 til 2023.

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

Saken følges opp fra tidligere år. Det har vært avregnet for flere år (flere HF involvert) samt tidligere utført dokumentkontroll.

Saken har omhandlet vurdering av kodepraksis ved kirurgisk fjerning av ondartet svulst i hud, med særlig henblikk på variasjon i helseforetakenes bruk av kodene Q\*E30 *Eksisjon av kirurgisk arr* og Q\*E35 *Rekonstruksjon ved huddefekt (...) etter kirurgi eller skade*. Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere om nevnte koder brukes i tilfeller der kodene Q\*E10 *Eksisjon av hudlesjon* skulle vært benyttet. Dette er avgjørende for om oppholdet grupperes til DRG 2680 *Plastiske operasjoner på hud og underhud, dagkirurgisk behandling* eller 809J *Eksisjon eller destruksjon av hudlesjon*.

*Fra møtet 18. april:*

Det ble presentert ordinære oppfølgingsanalyser på aktivitetsvolum og prosedyrer. For DRGene 2680 og 809J sees det totalt sett en økning fra 2022 til 2023, men det har blitt noe mindre andel i 2680. Opphold i DRG 2680 hvor aktuelle prosedyrekoder er brukt har totalt sett også gått ned, men det observeres en økning ved tre spesifikke helseforetak. Alle disse har tidligere blitt avregnet.

*Vurdering:*

Til tross for mindre andel i DRG 2680 og færre opphold med de aktuelle prosedyrekodene vurderes det fortsatt at det er sannsynlig at en del kirurgiske inngrep innen fagområdet går i for høyt vektet DRG. Det er viktig for utvalget at saken fortsatt følges opp og behandles grundig. Derfor bestemmes det at en egen arbeidsgruppe gjør videre analyser på aktiviteten hvor flere enkeltkoder undersøkes samtidig som det gjøres analyser på DRG 2660 *Hudtranspl og/eller revisjoner, dagkirurgisk behandling*. Slik vil man få et litt mer raffinert datagrunnlag å ta utgangspunkt i for videre saksbehandling og mulighet til å tilpasse teknisk beregning. I forlengelsen av analysene kan det ved behov gå ut brev til helseforetakene med spørsmål om aktiviteten.

*Oppfølging:*

Arbeidsgruppen gjør videre analyser. Brev sendes ut på grunnlag av analysene om det er behov.