

# Avregningsutvalgets årsrapport 2024

Arbeid med aktivitetsbasert  
finansiering 2023

---



# Innhold

Forord	4
Sammendrag	6
Om Avregningsutvalget	7
Mandat	8
Arbeidsform	8
Sammensetning	9
Hovedtrekk fra kontrollarbeidet 2024	10
Vurderinger og anbefalinger	14
Saksomfang	15
Anbefalinger	16
24/24409 Koding ved stell av stomi	17
24/14339 DRG 14A/B Spesifikke karsykdommer i hjernen mbk/ubk: Høy andel mbk	18
24/11699 Operasjon på håndledd/hånd i DRG 229 20	
24/10237 DRG 2700 Op på hud og underhud ITAD, dagkirurgisk behandling	21
24/10236 DRG XD90A Polikliniske konsultasjoner – Andre problemstillinger - voksne	22
24/10234 DRG 449/450 Forgiftning inkludert toksisk effekt av legemiddel >17 mbl/ubk	25
24/10232 Lokale intervensjoner i toraks	27
24/10230 Nevropsykologisk undersøkelse	30
24/10227 Sykdommer i HDG 21 ITAD u/bk	32
24/10226 DRG 462B Rehabilitering, enkel	34
23/7566 Operasjoner på kne	36
23/7563 Injeksjon av Botox i urinblære	37
22/6942 DRG 466 Kodepraksis ved etterbehandling u/ondartet sykdom som bidiagnose	38
21/4750 DRG 34 Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk	39
21/4749 Ambulante konsultasjoner og LAR-behandling	41
20/4286 DRG 217 Sårrev og hudtranspl eksl hånd pga traume/sykd i HDG 8	42
20/3956 DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade	43
18/1820 Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35	44
Tekniske beregninger	46

Aktivitetsbasert finansiering (ABF)		40
Tekniske beregninger av anbefalte avregninger		40
24/10237	DRG 2700 Op på hud og underhud ITAD, dagkirurgisk behandling	41
24/10230	Nevropsykologisk undersøkelse	41
24/10226	DRG 462B Rehabilitering, enkel	42
23/7563	Injeksjon av Botox i urinblære	42
21/4750	DRG 34 Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk	43
18/1820	Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35	44
Vedlegg		45
Vedlegg 1 - Oversikt over saker hvor Avregningsutvalget har anbefalt avregning av Aktivitetsbasert finansiering tidligere år, fordelt på år og kapittel i kodeverkene ICD-10 og NCSP/NCMP		46
Vedlegg 2 Dokumentkontrollrapport DRG 34 og 35		67

# Forord

I årsrapporten legger avregningsutvalget fram resultatene fra sin kontroll av medisinsk koding i pasientdata fra landets sykehus. De medisinske kodene inngår som vesentlig del av underlaget for den aktivitetsbaserte finansieringen av de regionale helseforetakene. Denne kontrollen er nødvendig for å hindre at feil eller mangler fører til at statlige midler havner på avveie mellom ulike helseforetak. Ønskede helsepolitiske prioriteringer og legitimiteten til denne finansieringsordningen hviler på at den medisinske kodingen holder høy kvalitet.

Den aktivitetsbaserte finansieringsordningen *Innsatsstyrt finansiering* (ISF) er velkjent fra flere tiår tilbake, men er fortsatt en komplisert løsning for mange. For kodeansvarlige leger skal oppgaven begrense seg til å kode korrekt. Virksomhetenes internkontroll, ledelse og opplæring må her sørge for at kompetanse og gode rutiner er på plass. Årets rapport viser at det fortsatt er nødvendig å forbedre kvaliteten på innrapporterte medisinske data fra sykehusene, men kontrollarbeidet viser også eksempler på god systematikk og høyt kunnskapsnivå ved flere sykehus.

Årsrapporten er en oppsummering for Helsedirektoratet. Like fullt retter den seg også mot ledere og kodingsansvarlige i spesialisthelsetjenesten til støtte for deres forbedringsarbeid. Avregningsutvalgets konklusjoner i enkeltsaker munner ut i en anbefaling om mulig avkorting eller endring i ISF-utbetalingen, der feil er påvist. Av og til kommer likevel Helsedirektoratet til en annen slutning enn utvalgets anbefalinger. Argumenter kan veies ulikt og må respekteres. I etterkant av utvalgets arbeid har Helsedirektoratet foretatt et par endringer for 2023. Disse går tydelig fram i rapporten.

Avregningsutvalgets arbeid er et ledd i å opprettholde kvalitet i medisinske driftsdata for mange formål. Både egenkontroll, ekstern kontroll og kvalitetsmåling av medisinsk koding vil forbli en nødvendig del sykehusenes daglige dokumentasjonsarbeid. Som del av den eksterne kontrollen avregningsutvalget står for, forventes det gode svar fra nivå 1 i sykehusene på utvalgets skriftlige henvendelser til sykehusene. De aller fleste svarer godt og uten unødig opphold, men ikke alle. Der må utvalget stramme opp i sitt videre arbeid. Rapporten viser at oversettelse av medisinske koder til den alternative SNOMED-nomenklaturen foreløpig ikke utgjør et tydelig framskritt for å forbedre kodekvaliteten. Nomenklaturen peker likevel framover mot løsninger som kan føre til mer automatisert koding.

Trondheim 25. november 2024

Bjørn Buan (leder)  
Alf Henrik Andreassen  
Ida Camilla Monn Birkhaug  
Anette Løken Eilertsen  
Wender Figved  
Cecilie Bhandari Hartberg  
Anne Wenche Lindboe  
Arne Seternes  
Andreas Stensvold  
Ambreen Tariq

Eira Enodd (observatør)  
Eivind Rossvoll (observatør)

Adrian Tveit Lundemo (sekretariat)  
Hanne Lehn (sekretariat)  
Marit Pedersen (sekretariat)

# Sammendrag

Avregningsutvalget behandlet 18 saker i 2024. Sakenes problemstilling var etterlevelse av riktig medisinsk koding, omsorgsnivå og registrering av andre viktige parametere i pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten i 2023. 16 saker er innen den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten og to saker er innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. En av de somatiske sakene inneholdt også i stor grad problemstillinger relatert til psykisk helsevern.

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

Summen av anbefalte avregninger var i overkant av 5,1 millioner kroner. Alle sakene som ble behandlet i 2024 ble meldt inn fra Helsedirektoratet. Ti saker var nye av året, mens åtte var oppfølging av saker fra tidligere år.

Tabell 1. Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av ABF for 2023 fordelt på pasientens bostedsregion.

Pasientens bostedsregion	Anbefalt avregning
Helse Sør-Øst RHF	- Kr 3 278 263
Helse Vest RHF	-Kr 354 200
Helse Midt-Norge RHF	-Kr 932 584
Helse Nord RHF	-Kr 573 783
<b>SUM</b>	<b>-Kr 5 138 830</b>

# **Om Avregningsutvalget**

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

### **Mandat**

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

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

### **Arbeidsform**

Avregningsutvalget arbeider uavhengig og foretar sine vurderinger på faglig grunnlag. Saksbehandlingen skjer hovedsakelig i arbeidsmøter, men slutføringen av noen saker kan skje på e-post. I 2024 hadde utvalget sju arbeidsmøter. Avregningsutvalgets anbefalinger følger en prinsipiell linje som legger føringer for dets behandling av lignende saker. Utvalget søker å oppnå intern konsensus bak sine råd.

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

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

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

Kontroll av registreringer i pasientdata er hjemlet i Norsk pasientregisterforskriften § 2-4 *Mottakers ansvar for kvalitetskontroll*.

Anbefalinger er offentlige og publiseres på nett:

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



## **Sammensetning**

Medlemmene oppnevnes av de regionale helseforetakene for en periode på tre år. I 2024 har Avregningsutvalget hatt følgende sammensetning:

Bjørn Buan (leder)	Kommuneoverlege i Surnadal
Alf Henrik Andreassen	Direktør Hudavdelingen, Revmatologisk avdeling og Yrkesmedisinsk avdeling, spesialist indremedisin og lungesykdommer, Helse Bergen HF
Ida Camilla Monn Birkhaug	Overlege indremedisin, leder for medisinske leger og medisinsk rådgiver i klinikken, Molde sykehus, Klinikk Sykehuset i Nordmøre og Romsdal, Helse Møre og Romsdal HF
Anette Løken Eilertsen	Overlege, PhD, spesialist i indremedisin og blodsykdommer, avdeling for blodsykdommer, Akershus universitetssykehus HF
Wender Figved	Klinikkleder og professor, spesialist i ortopedi, PhD, Oslo universitetssykehus HF
Cecilie Bhandari Hartberg	Fag- og kvalitetsleder, spesialist i psykiatri, PhD, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus HF
Anne Wenche Lindboe	Fagsjef og spesialist anestesi, Diakonhjemmet sykehus
Arne Seternes	Overlege og professor karkirurgi, PhD, St. Olavs hospital HF
Andreas Stensvold	Avdelingssjef kreftavdelingen, PhD, Sykehuset Østfold HF
Ambreen Tariq	Overlege, leder/medisinsk faglig ansvarlig koding, spesialist i indremedisin og geriatri, analyseavdelingen, Stavanger universitetssykehus HF

Observatør fra Avdeling finansiering i Helsedirektoratet:

Eira Enodd (rådgiver)

Eivind Rossvoll (rådgiver)

Sekretariat fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet:

Adrian Tveit Lundemo (seniorrådgiver, FHI)

Hanne Lehn (seniorrådgiver, HDIR til juli 2024)

Marit Pedersen (seniorrådgiver, HDIR til og med september 2024)

# Hovedtrekk fra kontrollarbeidet 2024

Denne delen av rapporten gir en kortfattet oversikt og innblikk i problemstillingene som var oppe til behandling i Avregningsutvalget i 2024. Den forutsetter liten eller ingen inngående kjennskap til faglige og tekniske begreper, og den skiller seg også fra det innledende sammendraget i rapporten, som legger vekt på kontrollarbeidets omfang og resultatene fra saksbehandlingen. Den fullstendige saksframstillingen av hver enkelt sak gis i rapportens kapittel Vurderinger og anbefalinger.

Utvalgets kontroll av pasientdata i 2024 tok utgangspunkt i årets bestilling fra Helsedirektoratet og oppfølging av saker fra tidligere år. Det kom ingen henvendelser fra fagmiljøer eller helseforetak om å analysere særskilte problemstillinger, slik det er anledning til. Helsedirektoratet ønsker ofte i sine bestillinger å finne forklaringer på geografisk variasjon i pasientdata, og om det kan skyldes svikt i medisinsk kodepraksis som kan føre til avregning i ISF-utbetalingene til de regionale helseforetakene. Slik geografisk variasjon i pasientstatistikk kan skyldes ulik grad av sykkelighet, ulikheter i tjenestetilbud og i organisering av tjenester, ulik medisinsk praksis og forskjeller i medisinsk koding og registreringer, inkludert tekniske forhold.

Innledningsvis trekkes det fram at det ble nødvendig å hente inn ekstern ekspertise til å gjennomføre en dokumentkontroll på en av sakene som ble behandlet i 2024. Direkte innsyn i et utvalg pasientjournaler gir et unikt innblikk i underlaget for de medisinske kodene som følger de enkelte pasienter.

Helsedirektoratet la fram ti nye saker for kontroll i 2024. Kategoriene omhandlet vesentlig somatiske tilstander og behandlinger, med unntak av en sak omkring psykisk helse. Om lag halvparten av sakene dreide seg om polikliniske tjenester og dagkirurgi, de øvrige om sykehusopphold. Videre var det en overvekt av problemstillinger knyttet til mindre kostnadskrevenne tjenester. De ti nye sakene omhandlet Koding ved stell av stomier, Hjerneslag, Operasjoner på håndledd, Operasjoner på hud og underhud, Forgiftninger og toksiske effekter av legemidler, Mindre inngrep på brysthule (toraks), Nevropsykologiske undersøkelser, Enkel spesialisert rehabilitering, Medisinske restkategorier i DRG-systemet (Sykdommer i hoveddiagnosekategori 21, ikke tildelt annen DRG), og Restkategorier innen poliklinisk voksenpsykiatri.

Som resultat av overvåkning av utviklingen av kodepraksis etter tidligere års kontrollarbeid, ble det funnet grunn til å følge opp problemstillinger innenfor Ortopedi, Botoxinjeksjoner innen urologi, Nevrologiske sykdommer, Sårbehandling og hudtransplantasjoner, Traumatisk hjerneskade, Rusbehandling, Fornytt sårbehandling og skadeoppfølging og Arrbehandlinger versus rekonstruksjoner på hud.

Seks kontrollsaker av i alt 18 behandlede saker i 2024 førte til anbefaling om avregning fra utvalget. Tre av de nye sakene ble anbefalt avregnet og tre av sakene fra tidligere år ble anbefalt avregnet. Det vises til hovedavsnittet om utvalgets vurderinger og anbefalinger for nærmere beskrivelse av sakene som ikke førte til anbefaling om avregning. Også i saker som ikke førte til anbefaling om avregning, fant utvalget likevel grunn til å gi flere råd om å iverksette forbedringer eller ytterligere oppfølging i Avregningsutvalget, eller i regi av Helsedirektoratet.

I løpet av de seneste årene har Avregningsutvalget i økende grad overlatt til Helsedirektoratet å foreta avregninger på tidligere avregningssaker. Utvalget har begrunnet denne endringen ved at sakene er identifisert, forklaringene på feil ved kodesettingen er tilstrekkelig opplyst, og metoden for å avregne er avklart. Denne endringen har bidratt til å redusere det totale anbefalte avregningsbeløpet. For 2024 kan det tilføyes at et lite antall saker ble anbefalt avregnet, og blant

disse var det overvekt av moderat forekommende og mindre ressurskrevende behandlinger. Utvalget har erfaring med at beløpene kan variere betydelig fra år til år.

## Avregnede nye saker i 2024

### Dagkirurgiske behandlinger for svulster i kinn

I pasientdata fra 2023 ble det funnet høye rater for dagkirurgiske behandlinger ved ondartede og godartede svulster. Den geografiske variasjonen fra opptaksområdet til Sykehuset Vestfold (SiV) skilte seg fra resten av landet. SiV utfører ikke plastikkirurgi. Det ble avdekket at prosedyrer var utført på *utsiden* av kinn, ikke fra *innsiden*. I dialog med sykehuset ble det klart at kodingen av prosedyrer var systematisk feil for denne behandlingen. Avregningsutvalget anbefalte avregning tilsvarende omfanget av feilkodingen.

### Nevropsykologiske undersøkelser

Analyser av pasientdata fra 2023 viste en betydelig høyere forekomst av nevropsykologiske undersøkelser i Helse Møre og Romsdal, Stavanger universitetssykehus og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) enn i resten av landet. I opptaksområdet til Helse Møre og Romsdal HF ble det påvist mer enn tre ganger så mange enn på landsbasis.

En høy andel av oppholdene ved UNN og Helse Stavanger inkluderte en problemstilling knyttet til vurdering av vilkår for førerkort. Kontakter der dette er hovedformålet skal ikke inngå i ISF, jf. regelverket. Disse to sykehusene erkjente feilkodingen da de ble kjent med saken.

Avregningsutvalget vurderte at forekomsten av nevropsykologiske undersøkelser i Helse Møre og Romsdal hadde andre årsaker enn førerkortundersøkelser, og her mente utvalget at det ikke var grunn til å avregne opphold.

Utvalget anbefalte at Helse Stavanger og UNN avregnes på tilfellene med førerkortvurderinger. Videre ble det gitt anbefaling til Helsedirektoratet å presisere reglene ved førerkortvurderinger og gjøre reglene kjent i sektoren.

### Rehabilitering, enkel

Avregningsutvalget har i en årrekke hatt saker knyttet til feilkoding ved spesialisert rehabilitering. I pasientdata fra Helse Møre og Romsdal i 2023 ble det påvist et uvanlig høyt ratetall (observasjoner per 1000 innbyggere) på «enkle» dagbehandlinger innen rehabilitering. Det gjaldt særlig pasienter med nevrologiske tilstander som multipel sklerose og Parkinsons sykdom. På landsbasis domineres gruppen «enkle dagbehandlinger» av tilstander som hjerneslag, leddgikt/revmatisk sykdom, amputasjoner og større operasjoner i hofter, lår og bekken, samt pasienter med multiple skader. Øvrige pasientgrupper rehabiliteres gjerne innenfor polikliniske tilbud. Helse Møre og Romsdal hadde de senere årene økt et tilbud som vesentlig ble benyttet av eldre menn, og som gjaldt opphold med inntil fem dagers liggetid i regi av gruppeopphold. Utvalget reiste spørsmål om tilbudet var å betrakte som poliklinisk rehabilitering. Det dreide seg vesentlig om planlagte opphold, ikke opphold i forlengelse av akutte sykehusopphold, slik regelverket tilsier.

Avregningsutvalget anbefalte avregning ned på nivået for poliklinisk rehabilitering.

## Avregnede saker 2024 fra tidligere år

### Injeksjon av Botox i urinblære

Botoxinjeksjoner anvendes ved behandling av overaktiv urinblære og lekkasjeproblematikk ved å redusere muskelspenningen i urinblære. Akershus universitetssykehus (Ahus) ble avregnet for 2022 etter at feil koding hadde gitt for høye refusjoner. Saken ble fulgt opp i 2024, og feilkodingen ved Ahus var blitt korrigert. Et moderat antall feilkoder ble imidlertid registrert ved andre sykehus i pasientdata for 2023. Det inkluderte to sykehus i Helse Sør-Øst, to sykehus i Helse Vest, og to sykehus i Helse Nord. Sykehusene ble avregnet svarende til omfanget av feilkodingen.

### Sykdommer i nervesystemet med komplikasjon

Saken ble fulgt opp etter utvalgets behandling av tidligere saker, inkludert 2021. Da var det påvist påfallende høy andel opphold med «betydelig komplikasjon» i kategorien sykdommer i nervesystemet, spesielt eldre og skrøpelige pasienter med flere samtidige sykdommer som var blitt innlagt etter fall, desorientering m.m. For 2021 var utvalget ikke i stand til å gi en velbegrunnet anbefaling om avregning. Saken ble fulgt opp i 2023, og et høyt antall opphold i kategorien «betydelig kompliserte» opphold flyttet seg til andre sykehus uten at det ble foretatt avregning for 2022.

Avregningsutvalget arbeidet videre med saken i 2024 og engasjerte LOGEX AS, som ekstern konsulent til å gjennomføre en dokumentkontroll ved Sykehuset i Vestfold (SiV) og Sykehuset Telemark (ST). Utvalget var lite, 30 opphold ved SiV og 15 opphold fra ST. Resultatene tydet på at det kunne være vanskelig å sette en diagnosekode der det ble framvist mange ulike symptomer. Det kunne peke i retning av tiltak for å styrke opplæring for å få til en mer enhetlig kodepraksis. Det ble påvist feil kodepraksis i et større omfang ved SiV enn ved ST.

Utvalget anbefalte at begge sykehus fikk avkortet ISF-refusjonen for DRG 34 ned til nivået for DRG 35, tilsvarende de funn som LOGEX AS hadde funnet. Endatil ble et antall opphold i DRG 35 gradert opp til nivået for DRG 34 for SiV. Utvalget anmodet Helsedirektoratet om å vurdere å slå sammen de to tilsvarende diagnoserelaterte gruppene DRG 34 og DRG 35 ut fra eksisterende kodepraksis, som nettopp skiller ved en «kompliserende tilstand». Det vises ellers til rapporten fra dokumentkontrollen i eget vedlegg.

Avregningsutvalget ønsket å arbeide videre med saken også i 2025.

### Prosedyrekode ved større og mindre sår i hud

Saken dreier seg om koding av kirurgisk behandling av større og mindre sår i hud. Saken har vært fulgt opp over flere år. I avregningen for 2021 ble fem behandlingssteder avregnet. Omfanget av feilkoding ved sykehusene har deretter blitt redusert, men også i 2022 var det betydelig variasjon mellom institusjonene. Det tilkom en økning i dagkirurgiske hudtransplantasjoner og oppfølgingskirurgi (revisjoner) som utvalget ikke klarte å finne en god forklaring på.

I 2024 ble det gjennomført en bred og inngående analyse av den medisinske kodingen, med vekt på kirurgiske prosedyrer. Her var hensikten å finne en mer presis avregningsmetodikk. Utvalget mener at den nye metodikken faktisk kan skille mer presist mellom enklere og mer krevende inngrep i avleverte pasientdata fra sykehusene. Utvalget mente imidlertid at det fortsatt er grunn til å anta at det kan forekomme en uønsket skjev fordeling og variasjon i registreringene fra sykehusene. Avregningsutvalget anbefalte at en rekke helseforetak skulle avregnes for 2023. Se eget avsnitt for hvilke helseforetak det gjelder og respektive beløp.

# Vurderinger og anbefalinger

## **Saksomfang**

Avregningsutvalget behandlet 18 saker i 2024. Ti av disse er nye saker for 2024. Åtte er oppfølging av saker fra tidligere år. Alle årets saker er meldt inn til Avregningsutvalget fra Avdeling finansiering i Helsedirektoratet.

Avregningsutvalget anbefalte at tre av de nye sakene skulle avregnes. Det gjaldt dagkirurgiske inngrep i hud, nevropsykologiske undersøkelser og enkel rehabilitering. Tre av oppfølgingssakene ble anbefalt avregnet. Det gjaldt botoxinjeksjoner i urinblære, sykdom i nervesystemet og bruk av prosedyrekodene Q\*E30 og Q\*E35. I flere av sakene som er fulgt opp fra tidligere år sees noe forbedring i registrerings/kodepraksis, men utvalget mener at det fortsatt er grunn til avregning i tre av disse.

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

Tabell 2: saker behandlet av Avregningsutvalget i 2024 med utfall av anbefaling.

<b>Saksnr</b>	<b>Sakstittel</b>	<b>Avregning</b>
<b>24/24409</b>	Koding ved stell av stomi	Nei
<b>24/14339</b>	DRG 14A/B Spesifikke karsykdommer i hjernen mbk/ubk: Høy andel mbk	Nei
<b>24/11699</b>	Operasjon på håndledd/hånd	Nei
<b>24/10237</b>	DRG 2700 Op på hud og underhud ITAD, dagkirurgisk behandling	Ja
<b>24/10236</b>	DRG XD90A Polikliniske konsultasjoner – Andre problemstillinger – Voksne	Nei
<b>24/10234</b>	DRG 449/450 Forgiftning inkludert toksisk effekt av legemiddel >17 m/bk/ubk	Nei
<b>24/10232</b>	Lokale intervensjoner i toraks	Nei
<b>24/10230</b>	Nevropsykologisk undersøkelse	Ja
<b>24/10227</b>	Sykdommer i HDG 21 ITAD u/bk	Nei
<b>24/10226</b>	DRG 462B Rehabilitering, enkel	Ja
<b>23/7566</b>	Operasjoner på kne	Nei
<b>23/7563</b>	Injeksjon av Botox i urinblære	Ja
<b>22/6942</b>	DRG 466 Kodepraksis ved etterbehandling u/ondartet sykdom som bidiagnose	Nei
<b>21/4750</b>	DRG 34 Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk	Ja
<b>21/4749</b>	Ambulante konsultasjoner og LAR-behandling	Nei
<b>20/4286</b>	DRG 217 Sårrev og hudtranspl eksl hånd p�ga traume/sykd i HDG 8	Nei
<b>20/3956</b>	DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade	Nei
<b>18/1820</b>	Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35	Ja

Avregningsutvalget anbefaler avregning som medfører reduksjon i utbetalinger i ABF 2023 på i overkant av 5,1 millioner kroner. Anbefalingene f r konsekvenser for refusjoner til alle regionale helseforetak og er fordelt som beskrevet i tabellen på neste side.

Tabell 3: Summer for anbefalt avregning tre siste år

Pasientens bostedsregion	Anbefalt avregning		
	2021	2022	2023
Helse Sør-Øst RHF	- Kr 22 221 113	- Kr 5 111 439	-kr 3 278 263
Helse Vest RHF	- Kr 8 317 633	- Kr 2 603 221	-kr 354 200
Helse Midt-Norge RHF	- Kr 6 689 012	- Kr 1 624 039	-kr 932 584
Helse Nord RHF	- Kr 9 908 606	- Kr 927 738	-kr 573 783
<b>SUM</b>	<b>- Kr 47 136 364</b>	<b>- Kr 10 266 438</b>	<b>-kr 5 138 830</b>

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

24/11699 Operasjon på håndledd:  
Anne-Wenche Lindboe

24/10226 DRG 462 Rehabilitering, enkel:  
Ida Camilla Monn Birkhaug, Anne-Wenche Lindboe

24/10227 Sykdommer i HDG 21 ITAD u/bk:  
Andreas Stensvold

24/10230 Nevropsykologisk undersøkelse:  
Ida Camilla Monn Birkhaug, Ambreen Tariq

24/5327 DRG 14A/B Spesifikke karsykdommer i hjernen mbk/ubk: Høy andel mbk:  
Ida Camilla Monn Birkhaug, Arne Seternes

20/4286 DRG 217 Sårrev og hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykd i HDG 8:  
Andreas Stensvold

### **Anbefalinger**

På de neste sidene presenteres Avregningsutvalgets vurderinger og anbefalinger i alle saker som ble behandlet i 2024.



## 24/24409 Koding ved stell av stomi

Aktivitetsdata per 2. tertial 2023 viste et stort omfang av opphold i DRG 806P *Mindre gastrointestinal undersøkelse* i opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Sykehuset i Vestfold HF 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 9060 *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 mente det var 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 9060 for å se om aktiviteten i disse utjevner hverandre. Analysene fokuserte på Akershus universitetssykehus, Sykehuset Innlandet og Sykehuset i Vestfold.

Det ble gjennomgått analyser på forløp mellom gastrokirurgien og utprøving av stomi. I 2023 finnes halvparten av DRG 806P hos de aktuelle helseforetakene. Kombinasjonen Z43.3 *Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av kolostomi* og prosedyrekoden gir føring for om oppholdet går til DRG 806P eller 9060. Kombinert er det økende bruk hos flere helseforetak. Ratetallene viste vedvarende høyere rate hos Akershus universitetssykehus, Sykehuset Innlandet og Sykehuset i Vestfold. Veksten på landsbasis synes å være drevet av Helse Møre og Romsdal. Hovedtilstandene omhandler i stor grad funksjonelle forstyrrelser og ufrivillig avføring, men man finner mest bruk av Z-kode. For DRG 9060 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 Helse Møre og Romsdal i forholdet mellom DRGene.

Forløpsanalyser viste at det i hovedsak var snakk om opphold i DRG 9060 og 906A, altså polikliniske konsultasjoner, i forkant av de aktuelle oppholdene.

Det synes å være en liten andel som kommer rett fra kirurgi. Utviklingen i Helse Møre og Romsdal er interessant. Det er en liten forskjell i DRG-vektene. Det er nok ikke intuitivt for alle klinikere/kodeansvarlige at prosedyrekode JGGX10 ikke skal kodes i disse bestemte tilfellene. Det er sånn sett forståelig at koden registreres med tanke på ordlyden 'kontroll'. Det er viktig å tydeliggjøre hva som er forskjellen på stell og kontroll i disse tilfellene og om dette er godt nok formidlet i kodeveilederen.

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

For å ta saken videre gikk det ut brev til helseforetakene med spørsmål om hvilken kodepraksis de har og hvorfor det er store endringer. Utvalget ønsket samtidig at det rettes en henvendelse til kodemiljø i Helsedirektoratet om en klargjøring av dette i forkant av utsending til helseforetakene.

Som del av saksbehandlingen ble det gjennomgått en avklaring fra avdeling kodeverk i Helsedirektoratet der det ble redegjort for hva som er korrekt koding på området. Korrekt koding er å benytte diagnosekode Z43 for ettersyn av kunstige åpninger. Helsedirektoratet skal presisere dette i framtidig oppdatering av kodeveiledningen. Det erkjennes at kodeveilederen kan oppfattes som noe uklar. Utvalget mener det er gitt en god forklaring fra kodeverksforvalter her. Det blir derfor feil å anbefale avregning ettersom veiledningen ikke er tilstrekkelig klar. Det kan gjerne orienteres om at det blir omlegging på området fra Helsedirektoratet. Det kan tas gjennom enten ISF-regelverket eller kodeverksavdeling.

Utover det ble saken vurdert som ferdigbehandlet.

### **Anbefaling**

Det anbefales ikke avregning og saken lukkes.

### **24/14339 DRG 14A/B Spesifikke karsykdommer i hjernen mbk/ubk: Høy andel mbk**

Som del av systematiske kontroller avdekket Helsedirektoratet at St. Olavs hospital HF skilte seg ut med høy andel mbk i DRG-paret 14A/14B *Spesifikke karsykdommer i hjernen*.

Man fant i tillegg at St. Olavs hospital skilte seg ut med to uspesifikke koder. St. Olavs hospital hadde 57 av de 149 opphold som kodet med G819 *Uspesifisert hemiplegi* i DRG 14B. De hadde 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 St. Olavs hospital HF og eventuelt andre sykehus har benyttet i høy grad har relevans for oppholdet, og bør kvalifisere for DRG med kompliserende egenskap.*

Utvalget merker seg at det er mye variasjon og uspesifikk koding i denne saken. Det er f. eks stor forskjell på Oslo universitetssykehus HF og St. Olavs HF her. I tillegg til St. Olavs hospital har også Lovisenberg Diakonale sykehus og Helse Møre- og Romsdal (Molde sykehus) høy andel m/bk. Det må undersøkes om dette er på grunn av en annen organisert praksis eller en funksjonsfordeling. Det vil være naturlig for saksbehandlingen 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 trengtes analyser på tilstander (herunder både hovedtilstand og andre tilstander med/uten kompliserende egenskaper) i begge DRGer. Det trengtes også tall på avdelingstype, liggetid, alder, hvor pasienten har kommet fra og hastegrad.

Analysene viste at St.Olavs hospital 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). St. Olavs hospital har mer hovedtilstand

hjerneinfarkt og afasi/dysfasi i 14A enn hos sammenliknbare foretak. St. Olavs hospital har vesentlig flere bitilstander enn andre blant enkelte tilstander, blant annet G81.9 *Uspesifisert hemiplegi* og R33 *Urinretensjon*.

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

Det ble vurdert om St. Olavs hospital har fordelt funksjonen her med tanke på de andre helseforetakene i Helse Midt-Norge. Det ser ut til å være vanlige kompliserende forhold og sånn sett er det kanskje uvanlig at ikke flere helseforetak ligger høyere på dette. I så fall kan det være snakk om underkoding hos flere helseforetak. Eventuelt er St. Olavs mer bevisst på kodebruken her og tydeliggjør derfor gjennom registreringspraksis at det er komplekse pasienter. Hvordan det gjøres hos sammenliknbare helseforetak som f.eks Helse Bergen og Universitetssykehuset i Nord-Norge kom opp i utredningsarbeidet.

Brev gikk ut til St. Olav hospital der de ble bedt gjøre rede for koding og begrunnelse for bitilstandene som er registrert. Har de funksjonsfordeling? Det ble sendt likelydende henvendelse til Helse Bergen og Universitetssykehuset i Nord-Norge for referanse.

Helse Bergen medgir i sitt svar at man kanskje er litt for dårlige på å registrere bidiagnoser og det kan tenkes at det er tilfeller av underkoding på området.

Utvalget tok det til orientering og sammenliknet det med svar fra St. Olavs hospital. Oppsummert antydes det fra St. Olavs hospital at andre foretak registrerer i mindre grad bidiagnoser. Fra Helse Bergen ble det som kjent antydning av underkoding i foretaket på dette området. St. Olavs hospital beskriver også rutinemessige og praktiske utfordringer i kodearbeidet. Universitetssykehuset i Nord-Norge besvarte ikke utvalgets forespørsel.

I tillegg ble ytterlige analyser på bidiagnoser gjennomgått. St. Olavs hospital har spesielt flere tilfeller av uspesifisert hemiplegi og urinretensjon samt noe mer forekomst av uspesifisert atrieflimmer, aterosklerotisk hjertesykdom og dysfasi/afasi. Gitt hovedtilstand hjerneinfarkt finner man mye uspesifisert hemiplegi og urinretensjon. Gitt hovedtilstand dysfasi/afasi er det bare St. Olavs hospital som bruker uspesifisert hemiplegi og akutt cystitt. De brukte også blant annet uspesifisert desorientering og uspesifisert epilepsi hyppigere enn andre.

St. Olavs hospital går igjennom hver kode og skriver at andre registrerer for lite bidiagnoser. Utvalget mener presisjon i kodepraksis er et viktig moment i saken. St. Olavs hospital har nok noe mer presisjon sammenlignet med andre og trolig mer riktig praksis på dette. Det har nok vært en del underkoding flere steder i sektoren. Det vil alltid være en mulighet for at man kan gå glipp av bidiagnoser på grunn av manglende løpende dokumentasjon og f.eks tester som ikke har blitt gjort.

St. Olavs hospital har gitt gode begrunnelser for sin kodepraksis og utvalget mener det kan være en tendens til underkoding i sektoren.

### **Anbefaling**

Utvalget vurderer det slikt at det sannsynligvis er noe underkoding på dette området i sektoren. Saken lukkes.

## 24/11699 Operasjon på håndledd/hånd i DRG 229

Analyser av aktivitetsdata for ISF 2023 viste geografisk variasjon i omfanget av opphold i DRG 229 *Op på håndledd/hånd u/bk eller sårrevisjon på overekstremitet*. I opptaksområdet til Sørlandet sykehus HF var det over tre ganger så mange opphold i DRG 229 som gjennomsnittet for hele landet. Det ble også observert høy rate i opptaksområdet til Diakonhjemmet Sykehus.

I DRG 2290 *Op på håndledd/ hånd ekskl større leddop, dagkirurgisk behandling* var det også geografisk variasjon mellom opptaksområdene, og særlig opptaksområdet til Sørlandet sykehus HF og Diakonhjemmet sykehus hadde færre opphold per 1000 innbygger sammenlignet med landsgjennomsnittet.

*Til vurdering i Avregningsutvalget:*

*Helsedirektoratet ber AU vurdere behandlings- og kodepraksis for aktivitet i DRG 229 og 2290. AU bes vurdere årsakene til variasjonen i omfang og om eventuelle feil og forskjeller i kodepraksis gir grunnlag for avkortning.*

Utvalget ble presentert ratetall på begge DRGer samt oppholdsfordeling per helseforetak i DRG 229. Tallene viste at Sørlandet sykehus og Diakonhjemmet sykehus skilte seg ut og utvalget ønsket nærmere dataanalyser skulle gjøres innledningsvis for å sammenlikne disse helseforetakene med kodepraksis i resten av landet. Valg av omsorgsnivå er sentralt, og det bør undersøkes om det er koder/kodekombinasjoner som kan forklare behov for innleggelse fremfor dagkirurgisk behandling. Det trengs derfor også tall på liggetid, tilstander, prosedyrer samt analyser av antall innleggelser og kontakter før/etter operasjon. Det var ønskelig å se utviklingen over tid på analysene.

Fra analysene ble det ikke observert noe klart funn, men det var uansett forskjeller på Sørlandet sykehus og Diakonhjemmet. Sørlandet sykehus hadde flere bruddtilstander, lite registrering av anestesi og ingen avvik i bitilstander. En litt annen pasientgruppe ble observert hos Diakonhjemmet; flere tilstander innen M-koder, eldre pasienter enn snitt i DRG 229, men også her lite registrert anestesi. I tillegg var det flere episoder per pasient.

Man så også flere innleggelser over tid hos begge som en vedvarende praksis der antallet lå over landsgjennomsnittet. Sørlandet sykehus hadde høyere ressursinnsats per innbygger (korrigert vekt) i snitt. Begge hadde noe kortere oppholdstid i snitt i DRG 229. Det kan se ut som pasientgruppen, ikke minst i alder og diagnosekoder, er litt avvikende hos Diakonhjemmet sykehus. Når det kom til hovedtilstander hadde Sørlandet sykehus høyere andel S62 *Brudd i håndledds- og håndregionen* og Diakonhjemmet sykehus høyere andel M-koder, f.eks brudd kontra artritt og artroser. På bitilstander var Sørlandet sykehus mer lik landet for øvrig, mens Diakonhjemmet sykehus skilte seg ut fra landssnittet. Av prosedyrer er det mer overlapp mellom helseforetakene og landet for øvrig og man så mye bruk av N-koder. Diakonhjemmet sykehus hadde flere andre opphold (pasientforløp) enn Sørlandet sykehus.

Saken dreier seg om det kirurgiske fagfeltet og om det er ulike tilbud eller ulik koding. Ortopedisk seksjon ved Diakonhjemmet sykehus har en særskilt funksjon og håndterer mye av revmakirurgien i Helse Sør-Øst. Analysene viser seg å stemme med dette. Det kan være ulike grunner til at det gjøres innlagt og ikke på dagbehandling. Sørlandet sykehus er mer likt andre ortopediske avdelinger i landet og burde ikke skille seg ut som de gjør i analysene. Felles for begge

helseforetak er at de koder mer døgn enn dagopphold. For prosedyrer ser man både større og små inngrep.

Det ble diskutert hvorfor det er innleggelser når det i stor grad gjelder tilstander i hånden. Ikke minst ettersom det så ut til å gjelde små inngrep. Å finne ut om det var gjestepasienter og hva som var reelt omsorgsnivå var viktig i denne saken.

Det ble forespurt om hvorfor Sørlandet Sykehus i større grad legger inn pasienter med brudd i hånden og de ble bedt om å gjøre rede for pasientene og om det er snakk om en funksjonsdeling. En henvendelse til Diakonhjemmet sykehus var ikke nødvendig da utvalget vurderte det slik at de behandlet en annen pasientgruppe.

Svar fra Sørlandet sykehus bekreftet høyere omfang av innleggelse og redegjorde for pasientgruppe og forløp samt organisering av tjenesten. Helseforetaket pekte på et nødvendig omfang av operasjoner på kveld og natt, og at dette resulterte i innleggelser og overnatting. Helseforetaket vil vurdere mulighet for omlegging til dagkirurgi.

Svaret som ble gitt vurderes som en grei redegjøring. Det virker ikke som det er noe systematisk feil i kodepraksisen. Det ser mest ut som et uttrykk for helseforetakets praktiske håndtering av tjenestetilbudet. Det må tillates en frihet til å organisere tjenesten noe ulikt. Utvalget synes den gitte forklaringen var tilfredsstillende for å konkludere i saken.

### **Anbefaling**

Forklaringen som ble gitt vurderes som tilfredsstillende. Det anbefales ingen avregning og saken lukkes.

## **24/10237 DRG 2700 Op på hud og underhud ITAD, dagkirurgisk behandling**

Utgangspunktet for saken var avvikende rater i DRG 2700 *Op på hud/underhud ITAD, dagkirurgisk behandling* ved opptaksområdet til Sykehuset i Vestfold HF. Det var ikke observert tilsvarende høy rate i opptaksområde i til Sykehuset i Vestfold HF i DRGene 268 *Plastiske op på hud og underhud*, 2680 *Plastiske operasjoner på hud og underhud, dagkirurgisk behandling* eller 270 *Op på hud og underhud ITAD u/bk*.

*Til vurdering i Avregningsutvalget:*

*Helsedirektoratet ber AU vurdere årsakene til den høye raten ved opptaksområdet til sykehuset i Vestfold i DRG 2700, og om eventuelle feil eller forskjeller i kodepraksis gir grunnlag for avkortning.*

Sykehuset i Vestfold kom i fokus i denne saken da de skilte seg tydelig ut. Det påpekes at helseforetaket ikke utfører plastikk-kirurgi. For å starte opp saksbehandlingen var det nødvendig med analyser på data over en tidsperiode, f.eks de siste tre år, for å undersøke om dette er en ny utvikling eller ikke. Både på ratetall og faktisk oppholdsfordeling per helseforetak. Det var også ønskelig å undersøke tall på tilstander og prosedyrer, samt fordeling på avdeling/institusjon. I tillegg analyser av antall innleggelser og kontakter før/etter operasjon for DRGene 268, 2680 og 270. Analysene skulle sammenligne Sykehuset i Vestfold med Vestre Viken og St. Olavs hospital.

Ratetall på DRG 2700 for årene 2021-2023 viste at Sykehuset i Vestfold har hatt vedvarende høy rate og en dreining mot dagkirurgi. Det har i hovedsak foregått ved avdeling ØNH hos Sykehuset i

Vestfold. Det er mye bruk av diagnosene C443 *Ondartet svulst i hud i annen eller uspesifisert del av ansikt* og D233 *Godartet svulst i hud på annen eller uspesifisert del av ansikt*.

Det sees tydelige funn i analysene. Sykehuset i Vestfold har en avvikende praksis med bruk av prosedyrekode EKB00 i DRG 2700 og D233. Til sammenlikning har St. Olavs hospital og Vestre Sykehuset i Vestfold er langt over landsgjennomsnittet for D233 i 2700 (høy) og 809J (lav). Bruk av prosedyrekodene EKB00 *Ekstirpasjon av lesjon i kinn* og QAE10 *Eksisjon av hudlesjon på hode eller hals* vil gruppere til forskjellige DRG-er med ulik vekt (2700 og 809J). Det må vurderes om det er prosedyrer i kinn (munnhulen) eller på kinn (ansiktshud). Det er en viktig forskjell med tanke om på f.eks tumor ligger i kinnet eller utenpå kinnet.

Det ble diskutert hvorvidt Sykehuset i Vestfold HF har en nasjonal funksjon på tumorer i kinn. Det ga grunnlag for å skrive brev med spørsmål om hva som faktisk gjøres, begrunnelse for kodevalg, hva slags pasienter det er, tilstand og valg av prosedyrekode. Det presiseres at kapittel E (i prosedyrekodeverket) heter tenner, kjeve og munn. Inngrep begrenset til hud og underhud tilhører kapittel Q. Om koden er brukt på hudlesjoner så er det feil å bruke koder fra kapittel E.

Sykehuset i Vestfold og St. Olavs hospital ble tilskrevet og spurt om å begrunne kodepraksis og avvikende bruk av prosedyrekode EKB00. I svar fra Sykehuset i Vestfold erkjennes det at prosedyrekoden er tolket feil i denne sammenhengen.

Med grunnlag i svaret og erkjennelsen av feil kodebruk konkluderte utvalget at Sykehuset i Vestfold avregnes. Aktuelle opphold med feilkoding hvor kode EKB00 er brukt skal erstattes med QAE10. Sykehuset i Vestfold sier de skal legge om kodingen som følge av saksbehandlingen.

### **Anbefaling**

Det anbefales avregning for Sykehuset i Vestfold.

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

Analysen av aktivitetsdata fra NPR viste stor geografisk variasjon i DRG XD90A *Polikliniske konsultasjoner – Andre problemstillinger – voksne*. Opptaksområdet til Sykehuset i Vestfold HF skiller seg ut med over tre ganger så mange opphold per 1000 innbygger sammenlignet med landsgjennomsnittet. Også opptaksområdet til St. Olavs hospital HF og Helgelandssykehuset HF har høye rater i DRG XD90A.

*Til vurdering i Avregningsutvalget:*

*Helsedirektoratet ber AU vurdere årsaken til det høye volumet i DRG XD90A i opptaksområdet til Sykehuset i Vestfold HF og om dette skyldes kodepraksis eller annerledes behandlingstilbud. AU bes vurdere om årsaken til det høye volumet gir grunnlag for avkortning.*

DRG XD90A er en restkategori. Utvalget merket 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. For å starte opp saksbehandlingen må det gjøres analyser på tilstander, fagenhet, alder, utførende helsepersonell, hvor sendes pasienten og antall konsultasjoner per pasient i snitt.

Det ble gjennomgått flere analyser som sammenlikner 2022 med 2023. Det observeres totalt sett en økning i DRGen og en forholdsvis kraftig vekst hos Sykehuset i Vestfold fra 2022 til 2023. Det er mye variasjon i fordelingen, også når det kommer til endringene mellom årene. I tillegg skiller St.

Olavs Hospital HF seg ut med en dobling av antall opphold i DRGen. Vestre Viken HF har nest flest opphold etter Sykehuset i Vestfold HF blant de offentlige helseforetakene. Hos private institusjoner har Unicare Coperio svært mange opphold og en stor 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, ved Sykehuset i Vestfold HF 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. Vestre Viken HF, som ligger nest høyest på opphold, koder i tillegg en del opphold med diettveiledning og fedme.

Av prosedyrer 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 Sykehuset i Vestfold HF, men flest opphold har OBAA00 *Mestringsorientert samtale*. Ved Vestre Viken 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*.

Utvalget mener 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 helseforetakene som ligger høyest. Som det framkommer i tilstands- og prosedyrekoding har Vestre Viken en del opphold som går på livsstil (fedme). Det samme sees ikke hos Sykehuset i Vestfold hvor det er mer innslag av demens. Det ble diskutert hvorvidt kodingen man ser gjenspeiler sykdommer det settes søkelys på for tiden. Det ble også diskutert om veksten ved St. Olavs hospital kan ha sammenheng med innføringen av SNOMED CT og Helseplattformen. Utvalget merker seg også den store veksten i antall opphold hos Unicare Coperio. Det ble derfor vurdert som hensiktsmessig å tilskrive Vestfold, Unicare Coperio og St. Olavs hospital for å finne ut mer om aktiviteten.

Unicare Coperio opplyste om at økning skyldes mer pasientaktivitet, men også endring i kodepraksis som følge av at enheten hadde skiftet journalsystemleverandør. Det kom fram at de har brukt kode Z50.4 *Psykoterapi, ikke klassifisert annet sted* som hovedtilstand (eget felt) i systemet for å kunne avlevere data til NPR samtidig som de har andre egne felt for primærdiagnose. Det opplyses videre om at de har funnet en måte å unngå Z-koden på og heller bruke primærdiagnoser innen psykisk helsevern. Z-kodebruken er derfor unødvendig.

Utvalget mener det er viktig at man finner ut av hvordan regelverket er på dette området. Samtidig må det gjøres en oppfølging på det tekniske, slik at aktiviteten kan innrapporteres med riktig koding. Det ser ut til at det brukes to begrep om hovedtilstand her ved registrering og innrapportering. Det er viktig at man har en dialog her for å samstemme begrepene og avklare om tilstandene kodes korrekt fra bunnen av. Det kan se ut til at økningen i DRGen egentlig er uttrykk for at mange opphold skal til andre DRGer hvis det hadde vært kodet annerledes.

Sekretariatet hadde dialog med enheten om hvordan kodingen er og hvordan den skal være. Det var fokus på å avklare hvilke pasienter og tilstander det er snakk om og hvilken behandling som gis og om kodepraksis er endret.

Det kom i løpet av saksbehandlingen ytterligere informasjon fra Unicare Coperio, St. Olavs hospital og et foreløpig svar fra Sykehuset i Vestfold. Unicare Coperio bekreftet at kode Z50.4 er brukt på grunnlag av en misforståelse og at rett kodepraksis skal være bruk av hoveddiagnose for aktuell tilstand (f.eks F84.5 *Aspergers syndrom* og F90.0 *Forstyrrelse av aktivitet eller oppmerksomhet*). Det

opplyses om at aktiviteten har økt generelt fra 2022 til 2023 med bakgrunn i en ny avtale med Helse Midt-Norge hvor det tas inn en større andel pasienter, både voksne og barn. Pasientene er i utredning og behandling for psykiske lidelser (blant annet angst, depresjon, ADHD, autisme) og behandlingen som gis er kognitiv adferdsterapi, ACT, psykoedukasjon, samtalerterapi osv.

Analysen på tilleggstilstand (som egentlig skulle vært hovedtilstanden i stedet for Z50.4) viste at forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet, uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse samt PTSD ligger høyt.

Sykehuset i Vestfold svarte at de har gått igjennom kode- og registreringspraksis i aktuell klinikk. Det vises til økt pasienttilstrømming og at det nok er svakheter og utydigheter i kodingen. Det må imidlertid gjøres en grundigere gjennomgang.

St. Olavs hospital svarte at økningen i volum trolig ikke skyldes et annerledes behandlingstilbud, men heller kodepraksis. Hovedhypotesen er at økningen har sammenheng med innføring av SNOMED CT og at dette har medført en endring i kodepraksis. Tidligere ble kode R45.8 *Andre spesifiserte symptomer og tegn med tilknytning til emosjonell tilstand* ofte brukt, f.eks ved ADHD, men at dette har endret seg med utgangspunkt i at man bruker SNOMED-betegnelsen "dårlig konsentrasjon" som medfører at koden blir R41.8. I utredningsfasen bruker mange behandlere den mest passende SNOMED-betegnelsen. Flere av disse kan være relevante samtidig som de er koblet til ulike ICD-10-koder. Dette kan medføre endring og variasjon spesielt med tanke på utredninger. Helseforetaket har bestilt en rapport fra Helseplattformen som skal ytterligere belyse valg av SNOMED-betegnelser og derav tilkoblet ICD-10-kode.

Utvalget vurderte at det var flere ting å ta tak i her. Utvalget undrer seg over at den store systematiske feilkodingen hos Unicare Coperio tydeligvis ikke har blitt fanget opp av Helse Midt-Norge som avtaleforvalter. Sykehuset i Vestfold vedgår svakheter i kodingen. Risikoen som følge av at det ligger en diskrepans i koblingen mellom SNOMED CT og ICD-10 har vært kjent i sektoren. Det ble tydelig at de lå an til avregning. Oppholdene hos Unicare Coperio måtte regrupperes for å kunne få et bilde av hvordan den egentlige DRG-fordelingen skulle vært gitt korrekt hoveddiagnosebruk. Det skulle vise seg at det ikke medførte særlig store endringer i DRG-fordelingen.

I et tilleggssvar fra Sykehuset i Vestfold peker helseforetaket på økt pasienttilstrømming, men opplyser også at det er mange tilfeller hvor utredningsdiagnose ikke blir endret til endelig diagnose i løpet av konsultasjonsforløpet og at det dermed blir et visst omfang av feilkoding på hovedtilstand. Mye av dette skyldes en automatisk kopiering av diagnoser i DIPS-systemet, men det er nå endret slik at det ikke skal utgjøre et problem lengre.

Det ble presentert utkast på tekniske beregninger for Sykehuset i Vestfold HF og Unicare Coperio. Utvalget kom fram til at begge avregnes ned til nasjonalt snitt. Metoden vurderes som forståelig og anvendelig i disse tilfellene.

### **Anbefaling**

Utvalget anbefaler at Sykehuset i Vestfold og Unicare Coperio avregnes.

*Merknad: Helsedirektoratet gikk ikke inn for avregning ved sluttbehandling av mottatt anbefaling.*



## 24/10234 DRG 449/450 Forgifting inkludert toksisk effekt av legemiddel >17 mbl/ubk

Det ble observert at Akershus universitetssykehus HF skilte seg ut med høyt volum i DRG 449 og høy andel mbk i DRG-paret.

Akershus universitetssykehus HF skilte 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 Akershus universitetssykehus HF 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 Akershus universitetssykehus HF har benyttet har relevans for ressursbehov i oppholdene.*

Akershus universitetssykehus HF skiller seg ut her både på volum og diagnosekoding. Det må belyses om det er snakk om ulik kodepraksis eller ulikt forløp. Det ble igangsatt analyser på tilstandskoder, ATC-koder, avdeling, liggetid, hastegrad og hvor sendes pasienten videre, både i DRG 449 og DRG 450. Utviklingen over tid er viktig 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? Det var også hensiktsmessig å 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 viste innledningsvis at Sykehuset i Vestfold og Sykehuset i Østfold har de høyeste ratene i DRG-paret. Akershus universitetssykehus har høy andel m/bk, men raten totalt er rett over landssnittet. Litt høyere andel i foregående år, men fortsatt betydelig høyt. Aktivitetsvolum per helseforetak har totalt sett økt over tid. Vanligste hovedtilstand i begge DRGer er T4n *Forgiftning med terapeutisk legemiddel eller biologisk substans*. Både nasjonalt og hos Akershus universitetssykehus. Det ble også presentert DRG-fordeling gitt hovedtilstand T4n; med unntak av de to DRGene i fokus er det også en del i DRG 980U og 451. Fortsatt er DRG 449 mest tydelig for Akershus universitetssykehus.

Tilleggstilstandene viser at villet egenskade er vanligst for oppholdene samt akutt alkoholforgiftning (kompliserende til DRG 449). Man finner også noen F-koder her, noe mer hos Akershus universitetssykehus. Det er da snakk om depressive episoder.

ATC-kodene viste at legemidlene som går igjen er paracetamol og antipsykotika. Men det er litt små tall. Hos Akershus universitetssykehus er de fleste opphold registrert ved akuttmedisinsk avdeling ved Nordbyhagen. Nesten alle pasienter legges inn fra hjemmet. De fleste skrives også ut igjen til hjemmet (litt høyere ved Akershus universitetssykehus enn hos andre). 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. Det er mindre forskjell i DRGene ved Akershus universitetssykehus.

Utvalget diskuterte om det er snakk om annen kodepraksis eller organisering av tjenestetilbud hos Akershus universitetssykehus. Det synes å være litt mer innslag av fagfelt som psykisk helse. Har Akershus universitetssykehus kanskje et annet forløp enn hos andre? Det kreves en egen vurdering ved psykiatriske diagnoser, spørsmålet er om dette gjøres systematisk, altså vurdering av psykisk

tilstand, i tilfellene hos Akershus universitetssykehus.

Akershus universitetssykehus har for øvrig Norges største akuttavdeling. Pasientgruppen er krevende på grunn av 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 Akershus universitetssykehus mer samhandling på dette feltet?

Kanskje kan det være et storby-fenomen. Sykehuset Østfold har også en tilsvarende pasientpopulasjon med tanke på lignende utfordringer som f. eks rusproblematikk.

For å ta saken videre mener utvalget det må gå ut brev til sektoren med spørsmål om pasientforløp, beskrive pasientpopulasjon, beskrive tilbud, begrunnelse for valg av tilleggstilstander.

Svar fra Akershus universitetssykehus, Helse Stavanger og Sykehuset Østfold ble presentert for utvalget. Akershus universitetssykehus opplyser at pasientene behandles for intoksikasjoner, og en del tilfeller er villet egenskade. Mange av pasientene har psykiatrisk komorbiditet som må hensyntas i behandlingen. Akuttmedisinsk avdeling har tett samarbeid med psykisk helsevern, bl.a. gjennom liaisonpsykiatrisk team, som registrerer F-koder.

Helse Stavanger og Sykehuset Østfold viser også til samarbeid med rus og psykiatri for å kartlegge psykisk helsetilstand. Sykehuset Østfold har i tillegg flere vedlegg til sitt svar, som beskriver pasientforløp og prosedyrer.

Utvalget mener det generelt er gitt utfyllende svar. Alle sykehusene innhenter psykiatrisk kompetanse i akuttmottakene når pasienter behandles for intoksikasjoner. De av pasientene som trenger videre oppfølging får tilbud om det, noe som kan gi mindre press på innleggelser ved akuttpsykiatrisk avdelinger.

Det er likevel litt uklart hvorfor Akershus universitetssykehus har større omfang av F-koder og om det er forskjeller i pasientgrunnet som tilsier dette. Det er noe uspesifikke F-koder som er brukt hos Akershus universitetssykehus, men det er heller ikke feil å gjøre det. Kan det til sammenlikning være snakk om underkoding andre steder?

Det er vanskelig å peke på noen klare mønstre. Det ble derfor vurdert om det var nødvendig med et nytt brev til Akershus universitetssykehus for å innhente flere detaljer om kodepraksis. Ettersom man ikke kan måle avviket med noen sikker form for standard syntes ikke dette nødvendig å gå videre med i saken.

Utvalget gjør en samlet vurdering av saken. Dessverre er det slik at F-kodene av og til er litt for innrammende og brede i hva de kan innebære og man får derfor ikke eksakte svar. Man ser en uønsket variasjon, men den kan ikke påstås å komme fra feilkoding. Akershus universitetssykehus skiller seg noe ut i bruk av F-kodene og det observeres lite overlapp i kodebruken med andre i sektoren. Det er et betydelig antall pasienter det dreier seg om ved Akershus universitetssykehus. Kodingen er trolig ikke ment for så korte observasjoner som det er snakk om her og det blir et spørsmål om det f.eks er riktig å bruke koder for depresjon da disse pasientene ikke er langliggere.

Det er avdekket et behov for mer standardisering av kodepraksis og veiledningen på området bør kunne utvikles videre av kodeverksforvalter. Det er vanskelig å slå fast noe konkret som kan gi grunnlag for avregning. Det er imidlertid viktig å signalisere at saken blir fulgt opp videre.

### **Anbefaling**

Det anbefales ikke avregning. Man ser avvikende kodevalg og en uønsket variasjon. Det

konkluderes med at det er et spesielt behov for standardisering og veiledning på kodepraksis. Saken følges videre neste år.

## 24/10232 Lokale intervensjoner i toraks

I DRG 804P *Lokale intervensjoner i toraks* ble det påvist stor geografisk variasjon i antall opphold per 2. tertial 2023. I opptaksområdene til Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF var det over tre ganger så mange opphold i 804P som gjennomsnittet for hele landet.

*Til vurdering i Avregningsutvalget:*

*Helsedirektoratet ber AU vurdere årsakene til den geografiske variasjonen i DRG 804P og om eventuelle forskjeller eller feil i kodepraksis gir grunnlag for avkortning.*

Ettersom dette er poliklinisk aktivitet, er det trolig ikke snakk om store inngrep i denne DRGen. Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF skiller seg ut. Det kan tenkes at de koder annerledes på dette fagfeltet. Kanskje gjør noen helseforetak tester og prøver i forkant av denne aktiviteten. Utvalget diskuterer om det her kan være snakk om tapping av pleuralvæske og lignende.

For videre saksbehandling trengtes det analyser på avdeling, henvisende instans, prosedyrer, tilstander og opphold før/etter den aktuelle kontakten. Analysene skulle også se nærmere på omfanget av aktuelle prosedyrer på inneliggende pasienter, særlig ved sykehus med lite aktivitet i DRG 804P.

Analysene viste at Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark har hatt høy aktivitet siste tre år, og en stor økning i 2022. De ligger fortsatt høyt, tross en nedgang i 2023. Ellers avviker aktiviteten med mye hovedtilstand J90 *Pleuraeffusjon ikke klassifisert annet sted*. Begge helseforetak har vesentlig mer enn resten av landet med denne tilstanden i DRG 804P. Ved andre helseforetak er J90 vanligere på døgn-DRG, blant annet DRG 85/86 *Pleuritis exudativa*. J90 er også hyppigst brukt som annen tilstand sammen med C34.9 *ondartet svulst i bronkie*.

DRG 804P bestemmes gruppert av hvilken prosedyrekode som er registrert. GAX30 *Torakocentese* er mest registrert på landsbasis (også Sykehuset i Vestfold), men hos Sykehuset Telemark dominerer GAD10K *Interkostal innlegging av pleuradren*. GAX30 er også registrert langt mer hos Sykehuset i Vestfold uavhengig av DRGer. Tilsvarende for Sykehuset Telemark når det kommer til GAD10K. Ikke overraskende er mesteparten av aktiviteten registrert på lungeavdeling. Det vises seg å være i snitt flere kontakter per pasient hos begge av de aktuelle helseforetakene.

Pasientforløpene viser at mange av pasientene ser ut til å være i kreftbehandling med mange opphold. De fleste andre opphold for pasientene er polikliniske, i snitt 16-17 andre opphold per pasient hvorav 2-3 innleggelser. De fleste andre opphold kommer etter kontakt i DRG 804P. Pasientene ved Sykehuset i Telemark har litt flere andre, mens det er mindre forskjell for Sykehuset i Vestfold.

Utvalget mener det kan se ut som det er økt bruk av poliklinikk. Det knytter seg i hovedsak til lungesykdom og ulike kreftformer/svulster som gir tendens til pleuravæske. Det er ganske homogent på de fleste sykehus, men de to aktuelle helseforetakene skiller seg ut. Avviket lar seg neppe forklare medisinsk. Det ser derfor ut som en litt annen praksis på kodingen. Det kan se ut

som de gjør hyppigere tappinger. Det blir et spørsmål om det er snakk om oppsplitting eller mer oppfølging og hva som er indikasjonen for de aktuelle prosedyrene.

For å finne ut mer ble brev sendt til Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark. De ble spurt om foretakene kjent med at de skiller seg ut og hvordan kan dette forklares. Det trengtes en beskrivelse av pasientforløpet, innhold og organisering av tjenestetilbudet og begrunnelse for valg av praksis.

Sykehuset i Vestfold HF opplyser å være organisert annerledes enn andre helseforetak på dette området. Det ga også en redegjørelse for prosedyreutføringen og medisinsk praksis.

Utvalget vurderer det dit hen at det er likt for alle at tilfellene øker på området, så argumentasjonen som gis forklarer ikke variasjonen til Sykehuset i Vestfold. Det burde altså i utgangspunktet være likt for alle helseforetakene. Men det begrunnes med flere polikliniske kontakter kontra innleggelser. Det var derfor ønskelig å undersøke aktivitetstallene på omsorgsnivå her. Det kan også være snakk om ulik kodekultur hos de forskjellige faggruppene.

I svar fra Sykehuset i Telemark begrunnes den høye raten med økende antall eldre som overlever sykdom. Det har ikke vært noen endringer i organisasjonen de siste årene som kan forklare tallene. Prosedyrene er ofte utført på eldre pasienter med hjertesvikt, pulmonal hypertensjon og kreft. De prøver å unngå unødvendige innleggelser. De viser til kodeveileder og reglene for multippel koding, der bakenforliggende årsak (f.eks. hjertesvikt I50.9) skal registreres som hovedtilstand, og symptomet som behandles (pleuraeffusjon, J91) settes som stjernekode.

Analyser viste at prosedyrekode GAX30 har de fleste tilfeller registrert på omsorgsnivå døgn, for GAD10K er nesten alle døgn. Sammenlignet med landsgjennomsnittet har Sykehuset Telemark større innslag av poliklinikk ved begge prosedyrer, og Sykehuset i Vestfold har høyere andel poliklinikk ved bruk av GAX30. Det ble også hensiktsmessig å supplere med radiologidata som innrapporteres til NPR for å se hvor mange av de radiologiske prosedyrene som utføres, både av radiolog og andre. I tillegg hvor mange av disse som har tilknytning til polikliniske kontakter. Disse viste lite bruk av GAX30 (Oslo universitetssykehus og Sykehuset Innlandet rapporterer mest). Men GAD10K rapporteres langt mer her enn i ordinær NPR-innsending. Sykehuset Østfold skilte seg mye ut her. Variasjonen i radiologidata ser ikke ut til å forklare avviket hos Sykehuset Telemark og Sykehuset i Vestfold.

Utvalget vurderer at det finnes flere måter å behandle dette på, avhengig av utstyr. De som skal tappes ofte har vanligvis "permanente" inneliggende dren. Det ble diskutert om det kan være mindre bruk av dren og mer ordinær tapping i Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark. Det er generelt varierende praksis hos forskjellige sykehus for hvem som utfører slike tappinger; radiologer eller lungeleger. Det ser ut til å være flere faggrupper involvert her.

Det ble diskutert om kodepraksisen er korrekt i saken. Det måtte avklares om beskrevet koding er i samsvar med gjeldende regelverk og veiledning. Kodepraksisen framstår som nokså bevisst, men det måtte undersøkes om der er riktig og hva alternativ koding vil være.

Det trengtes flere analyser hvor det undersøkes både hovedtilstand og andre tilstander og sammenliknes med andre sykehus av tilsvarende størrelse. Kodeverkforvalter i HDIR ble kontaktet for en redegjøring av kodepraksis på området.

I tillegg ble Helse Møre og Romsdal tilskrevet og spurt om prosedyrer og metode samt omsorgsnivå, men svar kom ikke innen saksbehandlingen var over.

Det ble presentert supplerende analyser og koderegler som beskrevet fra avdeling kodeverk i Helsedirektoratet. De to viktigste kodene for dette er GAX30 *Torakocentese* og GAA10 *Interkostal innlegging av pleuradren*. Dersom pleuradrenet legges inn ultralydveiledet brukes GAD10K *Interkostal innleggelse av pleuradren, ultralydveiledet*.

GAX30 *Torakocentese* skal brukes når drenasjen gjøres uten bildeveiledning via punksjon av hud, også dersom det legges inn et tynt kateter gjennom kanylen.

GAA10 *Interkostal innlegging av pleuradren* skal brukes når det legges en incisjon i huden og et tykkere dren legges inn ved hjelp av disseksjon og evt. trokar.

I tillegg finnes koden GAA15 *Innlegging av pleuradren med costareseksjon*, som brukes som angitt i teksten. Et nytt system som er tatt i bruk en del steder er det såkalte PleurX®, som er et tunnelert kateter som er beregnet for intermitterende drenasje som kan foretas hjemme hos pasienten. Dette kodes fra 2016 med GAX33 *Innlegging av tynt tunnelert kateter for pleuradrenasje*.

Angående pleuravæske, ascites eller perikardvæske ved cancer har man tidligere anbefalt å bruke kode C78.2 *Metastase i brysthinne ved malign pleuravæske*, der det er funn av kreftceller i væsken, og tilsvarende C78.6 *Metastase i retroperitoneum og bukhinne ved malign ascites*. Dette har medført usikkerhet om hvordan det skal kodes når det ikke er gjort cytologisk undersøkelse av væsken, siden væskeansamling kan oppstå av flere årsaker, f.eks. hindret lymfedrenasje eller hindret venøs tilbakestrømning. I ICD-11 ser man at den ordinære koden for ascites skal brukes for ascites av enhver årsak, også malignitet.

Man ser også at kodepraksis i Norge er varierende, og at R18 *Ascites* også brukes ved ascites av malign årsak. Avdeling kodeverk i Helsedirektoratet vil derfor forenkle kodingen på følgende måte:

R18 *Ascites* skal brukes også ved malignitetsrelatert ascites, uansett om det er påvist maligne celler i væsken eller ikke. Hvis det påvises metastaser i bukhinne eller retroperitonealt kodes også C78.6 *Metastase i retroperitoneum og bukhinne*.

Malignitetsrelatert pleuravæske kodes med en kombinasjon av koden for den aktuelle kreftsykdommen og J91\* *Pleuraeffusjon ved tilstander klassifisert annet sted*. Første kode (sverdkoden) skal være koden for svulsten som forårsaker dannelse av pleuravæske, enten primærtumor eller C78.2 *Metastase i brysthinne eller annen aktuell metastasekode*.

For malignitetsrelatert perikardvæske brukes den ordinære koden I31.3 *Perikardeffusjon (ikke-inflammatorisk)*, som tidligere.

Supplerende analysene viste hovedtilstander ved opphold med prosedyrekode GAX30, GAD10K og GDB16D *Nålebiopsi av lunge, CT-veiledet*. Sykehuset Telemark og Sykehuset i Vestfold har høye andeler på J-koder på de to første prosedyrene. For sistnevnte prosedyre ligger Sykehuset i Vestfold forholdsvis høyt i andel J-koder mens Sykehuset Telemark ligger forholdsvis høyt på symptomkoding, altså andel R-koder. Analysene viser også at det begge sykehus har få tilfeller av sverd- og stjernekode i DRG 804P. Sykehusene ligger også høyt i alternativ DRG som DRG 8770 *Andre polikliniske kontakter for gjennomføring av middels omfattende prosedyrer*. Gruppering til denne vil utgjøre 455 kr mindre i utbetaling per kontakt.

Utvalget mener kodereglene ser greie ut. Analysene viser en viss praksisforskjell på prosedyreområdet. Spørsmålet blir om det er feilkoding eller akseptabel praksisvariasjon. Det er mange koder å velge mellom. Mengden væske som skal tappes kan påvirke variasjonen. Virksomheten virker fornuftig innrettet med tanke på organisering av tjenesten og det virker som et godt poliklinisk tilbud.

Utvalget vurderer det dit hen at det er snakk om en akseptabel praksisvariasjon i denne saken. Det er ikke noe grunnlag for å avregne.

## **Anbefaling**

På bakgrunn av analysene og vurderingene er utvalget kommet fram til at praksisen ved sykehusene i Vestfold og Telemark er innenfor en akseptabel praksisvariasjon. Det anbefales ingen avregning.

## **24/10230 Nevropsykologisk undersøkelse**

Aktivitetsdata fra NPR viste geografisk variasjon i omfanget av DRG 801U *Nevropsykologisk undersøkelse*. I opptaksområde til Helse Møre og Romsdal HF var 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 innledningsvis mulige forklaringer på den observerte variasjonen i DRGen og om det er snakk om regionale funksjoner på dette fagfeltet. Kanskje er det slik at de som ligger lavt ikke har dette tjenestetilbudet. I første omgang ble det valgt å fokusere på de områdene med rater som ligger over det nasjonale snittet, særlig Helse Møre- og Romsdal, Universitetssykehuset i Nord-Norge og Helse Stavanger. For å belyse saken videre trengtes analyser på tilstander, prosedyrer, aldersfordeling, avdelingstype og antall kontakter per pasient. Analysene tok for seg utviklingen over tid.

Analysene viste at Helse Møre og Romsdal, Helse Stavanger, og Universitetssykehuset i Nord-Norge skilte seg ut i ratetallene. Helse Stavanger har hatt stort volum de tre siste årene. Helse Møre og Romsdal har økt mye over de tre årene. Universitetssykehuset i Nord-Norge ligger høyt, men oppholdene har gått litt ned over tid.

Hovedtilstandene i DRG 801U viste størst forekomst av R41.8 *Andre og uspesifiserte symptomer og tegn med tilknytning til kognitive funksjoner og bevissthet*. Også en del multippel sklerose (G35). Helse Stavanger og Helse Møre og Romsdal har en høyere andel opphold registrert med symptomkoder (R). Vanligvis grupperer R41.8 til DRG 9010 *Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nervesystemet*. Prosedyrekode IAAK00 styrer til 801U.

For annen tilstand ser man at undersøkelse for førerkort (Z02.4) er hyppigst brukt. Universitetssykehuset i Nord-Norge skiller seg ut med særlig stort omfang av denne koden. Ellers er det stor variasjon og forskjellige bidiagnoser.

Alle opphold har (per definisjon) registrert prosedyrekoden IAAK00, fullstendig nevropsykologisk undersøkelse. Det er også registrert en del andre koder for utredning og kartlegging.

Det er små forskjeller i antall kontakter per pasient. Helse Møre og Romsdal og Universitetssykehuset i Nord-Norge har i snitt litt eldre pasienter. Men det vises stor variasjon nasjonalt, og i tillegg mange barn og unge i DRG 801U. Avdelingsfordelingen viser at det er mye fysikalsk medisin og rehab pluss nevropsykologisk poliklinikk.

Det kan virke som manglende standardisering av kodepraksis er en problemstilling. Det må undersøkes om det faktisk er spesialister som har gjennomført utredningene. 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 finnes også

en del nevropsykologer blant avtalespesialister i psykisk helsevern. Mange utredninger gjøres også innen psykisk helsevern.

Som en del av saksbehandlingen måtte man 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. Det ble også nyttig å få undersøkt aktiviteten hos avtalespesialistene for å se om det utjevner de geografiske forskjellene.

Det ble gjort nye analyser i saken slik som rater basert på datagrunnlag fra PHV (DRG TD70A/B) og avtalespesialister (bruk av takst 19, nevropsykologisk utredning). Det viser seg å være noenlunde likt omfang i somatikk og psykisk helsevern, størst hos avtalespesialister. Det observeres geografisk variasjon og størst variasjon innad i psykisk helsevern. Lovisenberg diakonale sykehus skiller seg ut hos avtalespesialistene, Helse Fonna i DRG TD70A/B. Totalt sett skiller altså begge seg ut.

Utvalgets vurdering er at variasjonen er tydelig. Det totale aktivitetsbildet forandrer seg når også data fra psykisk helsevern og avtalespesialister inkluderes. Noe av forskjellen mellom psykisk helsevern og somatikk kan skyldes organisatoriske forhold. Utvalget mente videre at det var hensiktsmessig å sende brev til de aktuelle helseforetakene i saken. Helse Møre og Romsdal, Universitetssykehuset i Nord-Norge og Helse Stavanger er blant disse. I tillegg vurderes det at førerkortutredningene er feil.

Det kom svar fra Helse Møre og Romsdal og Helse Stavanger. I Molde ser det ut til å ha blitt opprettet en tjeneste hvor det tidligere har vært underkapasitet, som kan forklare økningen. Ved Molde utredes voksne pasienter med bl.a. MS, Parkinson og ME/CFS. Undersøkelsene inkluderer omfattende testing, spørreskjema, intervju m.m. og gjennomføres eller veiledes av spesialist (klinisk nevropsykolog). Det er uklart om og eventuelt i hvilket omfang det gjøres utredninger knyttet til helseattest for førerkort. Helse Stavanger har hatt en økning i aktiviteten grunnet økt bemanning og omlegging av tjenester og pasientforløp. Helse Stavanger erkjenner i sitt svar å ha feil bruk av prosedyrekode IAAK00 og opplyser om at de har igangsatt korrigerende av dette. Der utredningen pågår over flere dager, skal kode IAAK00 kun registreres én gang, når utredningen er ferdig, mens Helse Stavanger har brukt koden på alle kontakter. Det synes å være uklarheter i kodereglene på dette området. Det ser ellers ut til å være beskrevet et godt tilbud. Men det er viktig å følge opp problemstillingen vedrørende førerkortutredning. Det gikk derfor ut brev med oppfølgingsspørsmål til Helse Stavanger og Helse Møre og Romsdal.

Helse Stavanger HF redegjør for henvisningene som kun kommer fra legespesialister på sykehus der det mistenkes eller avdekkes kognitive utfall som følge av akutt sykdom eller tidligere ervervet hjerneskade. Førerkortvurderingene består av undersøkelse lege etter mottatt henvisning hvis det er snakk om funksjonsutfall på domener som fysisk funksjon, syn, epilepsi o.l. Hvis det er snakk om kognitive utfall gjøres kartlegging og deretter nevropsykologisk testing. Ved indikasjon tas det videre med Statsforvalteren.

Pasientene hos Universitetssykehuset i Nord-Norge kjennetegnes av tilfeller med hjerneorganisk sykdom/skade og mistanke om kognitive følger som henvises til nevropsykologisk undersøkelse. De kommer fra ulike enheter i Universitetssykehuset i Nord-Norge avhengig av sykdomsbildet; sengepost, kreftavdeling, hjertemedisinsk avdeling, poliklinisk rehabilitering, nevrologisk avdeling bl.a. Fastlege kan ikke henviser til førerkortvurdering, men det gjøres for pasienter som har vært innlagt enten noen måneder etter hjerneslag eller som en del av den nevropsykologiske undersøkelsen. Videre beskrives undersøkelsen hvor blant annet samtale, observasjon og testing inngår. Universitetssykehuset i Nord-Norge drifter også et nevropsykologisk laboratorium i tillegg til det som gjøres ved rehab-avdelingen. Kode IAAK00 brukes av nevropsykologer og psykologer i

spesialisering, kode IAAJ00 *Strukturert kartlegging/utredning av kognitive funksjoner* brukes ved avgrenset screening. Helseforetaket oppgir at det ikke gjøres unødvendige undersøkelser og at det ikke finnes avtalespesialister i nevropsykologi i Helse Nord.

Det kom ikke svar fra Helse Møre og Romsdal og Sørlandet sykehus innen saksbehandlingstiden.

Utvalget diskuterte videre om førerkortvurdering hører hjemme i ISF-ordningen og hvordan tilbudet skal organiseres. Hva har Helsedirektoratet bestemt om disse vurderingen og hvordan de skal finansieres? En attest er ikke nødvendigvis helsehjelp. Det er nødvendig at direktoratet følger opp og presiserer regelverket på området. Det er viktig at det derfor tydeliggjøres tilstrekkelig ettersom sektoren ser ut til å ha misforstått dette. Organiseringen av førerkortvurderinger må presiseres og det må gjøres klart at attester ikke skal være en del av ISF-ordningen. ISF-ordningen skal være knyttet til reell helsehjelp.

Det anbefales at Helse Stavanger og Universitetssykehuset i Nord-Norge avregnes på tilfellene med førerkortvurderinger.

### **Anbefaling**

Helse Stavanger og Universitetssykehuset i Nord-Norge avregnes på opphold hvor det er kodet førerkortvurdering. Det anbefales også en presisering rundt organiseringen av førerkortvurderinger. Det må gjøres klart at attester ikke skal være en del av ISF-ordningen og det må komme tydelig fram ettersom det ser ut til å ha blitt misforstått hos enkelte i sektoren.

## **24/10227 Sykdommer i HDG 21 ITAD u/bk**

Bakgrunnen for saken var stor geografisk variasjon i DRG 455 *Sykdommer i HDG 21 ITAD u/bk*. Det ble observert særlig høy rate i opptaksområde til Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Østfold HF. Hoveddiagnosegruppe 21 er 'skade, forgiftninger og toksiske effekter av medikamenter/andre stoffer, medikamentmisbruk og organiske sinnslidelser fremkalt av disse'.

*Til vurdering i Avregningsutvalget:*

*Helsedirektoratet ber AU vurdere årsaken til variasjonen i DRG 455 og om eventuelle feil eller forskjeller i kodepraksis gir grunnlag for avkortning.*

Utvalget diskuterte innledningsvis hva man kan vente å finne i denne pasientgruppen. DRG 455 er en restkategori for opphold der pasienten behandles for "skade, forgiftninger eller og toksiske effekter av medikamenter/andre stoffer, medikamentmisbruk og organiske sinnslidelser fremkalt av disse". Dette er et område som har egne spesifikke koderegler og ofte sverd og stjernekode. Utvalget mente det var et godt utgangspunkt for saksbehandlingen å innhente mer informasjon om grupperingskriteriene og hva slags aktivitet som inngår i DRG 455. Det måtte vurderes om det er snakk om akutt eller elektiv aktivitet og derfor trengtes det analyser på hastegrad og pasientforløp. Helst over de siste års aktivitet på området. Analysene fokuserte på Sykehuset i Østfold og Sykehuset i Vestfold, samt Sørlandet sykehus som også lå høyt.

Analysene viste ganske store endringer hos de tre aktuelle helseforetakene, men med noe fluktuerende over tid. Det ble også gått gjennom grupperingslogikk for DRG 455 som er en restkategori. Dersom det ikke er overstyrende prosedyrer vil de fleste S- og T-koder pluss noe Z- og N-koder gruppere hit.



Man ser at de fleste oppholdene i DRG 455 gjelder undersøkelse og observasjon. Over 44 % av oppholdene har hovedtilstand Z04.3 (undersøkelse og observasjon etter annen ulykke og hell). Særlig Sykehuset i Vestfold ser ut til å bruke denne koden mye mer enn andre sykehus.

Alle tre sykehus har en større andel opphold registrert som døgnbehandling, særlig Sørlandet Sykehus. Sykehuset i Vestfold har dessuten en høyere andel opphold registrert som dagbehandling. Ved Sørlandet sykehuset er Z33 Graviditet mest brukt som annen tilstand i DRG 455. Ved Sykehuset Østfold og Sykehuset i Vestfold er det vanligst med koder for langtidsbruk av legemidler (Z92).

Nesten alle opphold er registrert som akuttinnleggelse. Ellers ikke observert avvikende liggetid, mange korte opphold på rundt 1 døgn. Det er snakk om eldre pasienter hos Sykehuset Østfold og spesielt for Sykehuset i Vestfold. Til sammenlikning er det yngre pasienter hos Sørlandet sykehus. For Sykehuset i Vestfold er mange utskrevet til sykehjem. Avdelingene som går igjen er ortopedisk, kirurgisk og kvinneklinikk. Det er litt forskjellig type aktivitet hos de tre helseforetakene.

Analyser av pasientforløp viser at i snitt har pasientene 3-4 opphold i andre DRGer samme år. De fleste andre opphold er polikliniske. Det er omtrent like mange opphold før og etter DRG 455.

Utvalget merker seg at det er forskjell i omsorgsnivå og at det er mange observasjonspasienter. Man ser også både yngre og eldre og det er flere pasientkategorier som er inne i DRGen. Det ble diskutert hvorvidt det kunne funksjonsfordeling med tanke på forskjellen i kirurgisk og ortopedisk fordeling. Det ble erkjent stor heterogenitet i materialet og sektoren ble derfor tilskrevet.

Det gikk derfor ut brev til Sykehuset i Vestfold, Sykehuset i Østfold og Sørlandet sykehus. I tillegg ble det gjort supplerende analyser på tidsbruk (liggetid målt i antall timer) og forekomst av hovedtilstand S06.0 *Hjernerystelse* for å se om det er hodeskader inne i bildet.

Det kom svar der Sørlandet sykehus og Sykehuset i Vestfold redegjorde for sin praksis. Et vedlegg om hodeskader fra Sykehuset i Vestfold ble også forelagt. Det er tydelig at Sykehuset i Vestfold gjør noe på en annen måte, men det er ikke unikt for Vestfold at det er mange eldre. Kanskje kodes det forskjellig mellom overflyttinger ved Sykehuset i Vestfold og det tyder på ulik kodepraksis. Kriteriene for innleggelse kan variere litt. Det måtte undersøkes nærmere hva som faktisk gjøres i sektoren for å komme videre med saken.

Det syntes å være en påfallende stor forskjell mellom St.Olavs-området og andre sykehus på antall opphold med S06.0. Men hos St.Olavs hospital legges pasientene svært sjeldent inn som døgnopphold.

Det burde derfor vurderes praksis hos referansesykehus. Disse ble St. Olavs hospital, Helse Bergen, Akershus universitetssykehus som alle ble forespurt om retningslinjene de følger.

Akershus universitetssykehus opplyste om at det er primært ortopedisk avdeling som håndterer pasientene. Akutt og geriatrisk avdeling er også involvert i noen tilfeller. Pasientene legges inn til observasjon ved relevante risikofaktorer/komorbiditet. Det vises til skandinaviske retningslinjer og intern metodebok. Liggetiden er kort ifølge analysene.

Det ble i tillegg gjort nye analyser med ratetall på tre tilstandskoder – Z04.3 *Undersøkelse eller observasjon etter annen ulykke eller annet uhell*, S06.0 *Hjernerystelse* og S09.9 *Uspesifisert*

*hodeskade* - ved døgnopphold. St. Olavs hospital skiller seg mest ut ettersom de har lav forekomst av alle de tre kodene.

I lys av alle mottatte svar synes det som om noe av variasjonen i ratetall på døgnopphold kan forklares med både variasjon i avklarings- og innleggelsespraksis, og ikke minst muligheter til døgnobservasjon av pasienter med hodeskader i kommunal helsetjeneste, for eksempel KAD-plasser, der tilbudet varierer mellom kommuner.

Det ble diskutert at det er mange måter å kode hodeskader på. Dette kan påvirke DRG-grupperingen og kanskje forklare noe av variasjonen i DRG 455.

Den observerte geografiske ulikheten kan være påvirket av hvordan kommunehelsetjenestene er innrettet, for eksempel tilgang på KAD-plasser.

Det redegjøres for bruk av tilstandskoder, koding ved observasjon og vurdering av indikasjoner. Det er generelt gode svar som synliggjør at det er litt ulik praksis rundt omkring, selv om det ikke er prinsipielle forskjeller. Analyser på tilleggstilstand viser at det er mye Z-koder (graviditet, opplysning om langvarig bruk av legemiddel/antikoagulant) i tillegg til skadekoder. Utvalget vurderer det dit hen at det er noe uheldig at man ser ulik praksis og at det derfor er ønskelig med en presisering fra Helsedirektoratet for hva som er riktig koding og god praksis på dette området.

### **Anbefaling**

Helsedirektoratet anmodes om å komme med presiseringer på koding for disse pasientene.

### **24/10226 DRG 462B Rehabilitering, enkel**

I kontrollen av aktivitetsdata for 2023 ble det observert i DRG 462B *Rehabilitering, enkel* et høyt antall opphold per 1000 innbygger i opptaksområde til Helse Møre og Romsdal HF 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 akuttinnleggelse i sykehus. Aktuelle pasientgrupper er slagpasienter, pasienter med revmatisk lidelse (som leddgikt), amputasjonspasienter, pasienter som har hatt operasjoner på større ledd (hofta, 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 ble observert 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.*

Opptaksområdet for Helse Møre og Romsdal skilte seg ut med en høy rate for opphold i DRG 462B. Samtidig hadde opptaksområdet for St. Olavs et lavt omfang av tilsvarende aktivitet. 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 ønsket utvalget til å begynne med 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. Det ble også viktig å analysere innleggelser og kontakter før selve rehabiliteringsoppholdet for å kunne vurdere om det er snakk om rehabilitering i forlengelsen av et akuttforløp. Det var ønskelig å se hvordan volumet har utviklet seg de siste tre årene.

Utvalget gikk igjennom tall på volum per HF, avdeling, kjønn, alder, liggetid og andre diagnoser. Det sees en markant økning de siste tre årene hos Helse Møre og Romsdal i tillegg også for Sykehuset Innlandet. I Helse Møre og Romsdal ligger mesteparten av aktiviteten hos Aure og Ålesund. Generelt står avdelinger for fysikalsk medisin for aktiviteten på nasjonalt nivå. Det observeres noe mer aktivitet hos menn og eldre pasientgrupper, både nasjonalt og hos Helse Møre og Romsdal. 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 Helse Møre og Romsdal 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. Helse Møre og Romsdal 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 St. Olavs hospital.

Oslo universitetssykehus og Helgelandssykehuset har flest gjennomsnittlig antall tilstandskoder registrert, henholdsvis 7,45 og 6,79. Helse Møre og Romsdal er blant de helseforetakene som har færrest i snitt med 1,53. Det ble også i løpet av saksbehandlingstiden presentert forløpstall som sier noe om hvilke opphold som er registrert før DRG 462B for de aktuelle pasientene. Både for Helse Møre og Romsdal 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. I tillegg ble det seinere i saksbehandlingen presentert en oversikt over hvilke klinikker pasientene har vært innom på avdelingsoppholdsnivå i rehab-forløpet.

Det er et viktig punkt i saken å avklare om det er snakk om rehabilitering etter akuttopphold (forløp), slik ISF regelverket krever for rehabilitering døgnopphold for DRG 462B. Det kan variere om sykehusene koder grunn sykdom eller følgetilstander som grunnlag for rehabiliteringen.

Det gikk videre brev ut til Helse Møre og Romsdal der de ble bedt om beskrivelse av pasientgruppen og tjenestetilbudet samt valg av omsorgsnivå. Det ble etterspurt en begrunnelse for omfanget og endringen.

Svaret fra helseforetaket gikk igjennom pasientgruppe, tjenestetilbud og omsorgsnivå. Det opplyses om at det har vært noen endringer i fordelingen mellom Ålesund og Mork. Hos Ålesund er det pasienter med bl.a. ervervet hjerneskade, ryggmargsskade, multitraume osv. Tilbudet gis i form av døgnbaserte rehab-opphold, vurderings- og kontrollopphold. Det kodes kompleks og enkel rehab ut ifra antall faggrupper involvert.

Hos Aure rehab-senter er pasienter med bl. a. Parkinson og MS og tilbudet gis som gruppeopphold (5-døgns). Økningen i DRGen forklares med at senteret på Aure fra 2023 inngår i ISF-ordningen, mens det tidligere var rammefinansiert. Aure koder kun enkel rehab og det forklarer den store økningen.

Utvalget tok svaret til etterretning og det ble diskutert hvorvidt aktiviteten er kodet riktig. Burde det egentlig vært poliklinisk? Det var i utgangspunktet ikke svart på dette direkte. Er det innleggelser et annet sted enn Aure? Ifølge ISF regelverket skal innleggelser for rehabilitering skje etter

akutt opphold i sykehus. Brevet beskrev ikke tilstrekkelig forløpet så det var nødvendig med noen oppfølgingsspørsmål om hvor pasientene kommer fra i forløpet. Er det akutt eller planlagt innleggelse (henvisning)? Er det tilsvarende forløp for Parkinsons og MS?

Svar på oppfølgingsspørsmål til Helse Møre og Romsdal kom. Helseforetaket hadde også lagt ved skjemaer for pasientflyt som beskriver forløpet. I svaret kom det fram at pasientene kommer fra hjemmet, sengepost sykehus og sykehjem før de legges inn for rehabilitering. Det er snakk om planlagte innleggelser, ikke akutte. Ut ifra opplysningene som framkom i gitt svar ble det bestemt at helseforetaket avregnes. Opphold med koder for Parkinson og MS i DRG 462B avregnes ned til poliklinisk vekt. Aktiviteten passer ikke inn i DRG 462B etter kriteriene for rehab etter akutt innleggelse.

Helse Møre og Romsdal blir avregnet på opphold med Parkinson og MS.

### **Anbefaling**

Det anbefales avregning for Helse Møre og Romsdal HF.

*Merknad: Helsedirektoratet valgte å justere teknisk beregning til avregning mot DRG 462C Rehabilitering, annen.*

### **23/7566 Operasjoner på kne**

Saken følges opp fra i fjor. Bakgrunnen for denne saken var avvikende rater i fire DRGer i hoveddiagnosegruppe 8: Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev. Det ble observert avvikende rater i DRG 222 *Operasjoner på kneledd ekskl proteseoperasjon u/bk*. Det var særlig høy rate i opptaksområdet til Helse Førde per 2. tertial 2022. DRG 221 *Operasjoner på kneledd m/bk* er en liten DRG med langt færre opphold, men også her er det stor geografisk variasjon. Opptaksområdet til Helgelandssykehuset hadde størst avvikende rate fra landsgjennomsnittet etterfulgt av Helse Førde. Også i DRG 2220 *Annen behandling på kne eller legg, dagkirurgisk behandling* ble det observert stor geografisk variasjon. Her har Helse Førde over tre ganger så mange opphold per 1000 innbygger som gjennomsnittet for hele landet per 2. tertial 2022. Det var også høy rate i opptaksområdet til Helse Møre og Romsdal. I tillegg til de tre nevnte DRGene ble det også observert geografisk variasjon i DRG 249 *Komplik/følgetilst/etterbehandling av tilstander i HDG 8*. I opptaksområdet til Helse Førde var det over fire ganger så mange opphold i DRG 249 per 1000 innbygger som gjennomsnittet for hele landet.

Saksbehandlingen gikk stort sett i korrespondanse med sektoren det det ble gitt greie redegjørelser fra Helse Bergen og Helse Nord-Trøndelag. Det er kjent at hos enkelte institusjoner kan det være mye operasjoner på dette fagområdet. Det er ikke alltid lett å dimensjonere behovet. Utvalget vurderte det slik at det er påvist at det er variasjon i medisinsk praksis, men at det er fortsatt noe uklarhet rundt kodingen. Man kom den gang fram til at det mest sannsynlig ikke er fornuftig med dokumentkontroll da det ikke er så mange måter man kan kode feil på i dette området.

Helse Førde så ut til å ha en praksis innrettet mot å operere mer enn andre. Det dreide seg trolig om medisinsk praksis og det ble derfor konkludert med at det er forskjeller i tilbudet og at Førde opererer langt mer enn øvrig fagmiljø. Dette er en lokal variasjon som man ikke har grunnlag til å vurdere avregning på.

Anbefaling fra i fjor var at utvalget konkluderer med at observerte forskjeller stammer fra forskjellig praksis og saken ble lukket for året. Se Avregningsutvalgets årsrapport for 2023 for mer informasjon om saken.

Som del av ordinær oppfølging i 2024 ble det presentert analyser på ratetall og volum per HF. Helse Førde har gått noe ned i enkelte DRGer. Samtidig har Universitetssykehuset i Nord-Norge og Helse Nord-Trøndelag økt i enkelte DRGer. Noe har kanskje endret seg hos Helse Førde ettersom de ikke har økt, men heller gått noe ned i enkelte DRGer. Spørsmålet er om det har blitt gjort endringer i praksis, både medisinsk og for kodingen.

Det ble sendt oppfølgingsbrev til Helse Førde hvor det ble spurt om det er endring i praksis og bedt om en kommentar til avvikende statistikk generelt. Vurdering fra 2023 fulgte med. Det ble også sendt brev til Universitetssykehuset i Nord-Norge og Helse Nord-Trøndelag som har økt i enkelte DRGer.

Det kom svar fra Helse Førde hvor pasientgruppene for hver DRG ble beskrevet. Helseforetaket erkjenner at de skiller seg ut i de fire DRGene. Det er et ærlig svar som gir uttrykk for at for at det er et stort aktivitetsvolum der de jobber for å redusere operasjonsratene i DRGene. Det innebærer endret praksis blant kirurgene, organisatoriske endringer med tverrfaglig poliklinikk, oppstart av artroseskole og mer fokus på konservativ behandling. Det er et pågående arbeid med å redusere uønsket variasjon som koordineres assisterende fagdirektør i Helse Vest. En del av den kliniske aktiviteten har allerede minsket.

Man har tidligere ikke kunnet avdekke noe galt med selve kodingen. Vurderingen av volumet blir derimot en annen problemstilling. Det mottatte svaret er godt og det ser ut som om helseforetaket er på rett veg og har et bevisst forhold til egen klinisk aktivitet og utviklingen i den. Saken anses som ferdig og lukkes uten avregning.

### **Anbefaling**

Saken anses som ferdig og lukket. Det anbefales ingen avregning.

### **23/7563 Injeksjon av Botox i urinblære**

Saken følges opp fra i fjor. Analysene av aktivitetsdata viste da et omfang av opphold i DRG 7160 *Terapeutisk endoskopi av urinveiene* kodet med KCW98 *Annen transluminal endoskopisk operasjon på urinblære* og kode ACGX90 *Lokal injeksjon av nevrotoksisk og/eller 3AX01 Behandling med legemiddel M03AX01*.

Prosedyrekode KCW98 *Annen transluminal endoskopisk operasjon på urinblære* skal ikke brukes ved injeksjon av Botox i urinblære via cystoskop. Når KCW98 registreres sammen med ACGX90 og 3AX01 vil oppholdene grupperes til 7160 i stedet for 7180 *Endoskopi av nedre urinveier*. Dette gir ikke riktig beskrivelse av aktiviteten og beregning ISF-poeng for aktiviteten blir dermed feil. Det ble sendt ut brev til aktuelle helseforetak som erkjente at det nå var snakk om gjenstående feilkoding, til tross for tidligere avregning for 2021-data. På bakgrunn av dette ble det anbefalt avregning også for 2022. Se Avregningsutvalgets årsrapport for 2023 for mer informasjon om saken.

Totalt volum av feilkodede opphold har endret seg betydelig fra 2022 til 2023, fra 251 opphold til 50. Mange helseforetak med tidligere feilkodede opphold har nå ingen tilfeller av dette. De 50 oppholdene for 2023 anbefales avregnet. Det innebærer avkortning for følgende helseforetak;

Vestre Viken, Helse Fonna, Helse Førde, Nordlandssykehuset, Helgelandssykehuset og Sørlandet sykehus. Utvalget noterer seg god forbedring i kodepraksis.

### **Anbefaling**

Det anbefales avregning på resterende feilkodede opphold hos Vestre Viken, Helse Fonna, Helse Førde, Nordlandssykehuset, Helgelandssykehuset og Sørlandet sykehus. Saken anses ellers som ferdigstilt.

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

Denne saken var tidligere lukket og fra 2022, men ble i år fulgt opp igjen. Det ble den gangen observert stor geografisk variasjon i DRG 466 *Kodepraksis ved etterbehandling u/ondartet sykdom som bidiagnose*, særlig hos Helse Nord-Trøndelag og Helgelandssykehuset. Det gjaldt både i rater og opphold per helseforetak. Det var i all vesentlighet Z48.8 *Annen spesifisert etterbehandling etter operasjon* som var rapportert som hovedtilstandskode i oppholdene i DRG 466. Ved Helse Nord-Trøndelag 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 e-helse 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. Det var behov for en klargjøring i kodeveiledningen og ingen avregning ble anbefalt i saken. Se Avregningsutvalgets årsrapport fra 2022 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Som del av ordinær oppfølging ble det presentert oppfølgende analyser på ratetall, volum per HF og hovedtilstander. Tallene viste utvikling over tid fra 2021 til 2023 ettersom saken ikke ble behandlet for 2022-data. Det er fortsatt Z488 og Z489 som brukes klart mest som hovedtilstand. Det er fortsatt tydelig variasjon i ratetallene. Volum per HF viste at det er mange opphold og en generell økning ved bl.a Sykehuset Innlandet, Sykehuset Østfold, Sørlandet sykehus og Sykehuset Telemark.

Tolkningen av kodeveileder har fortsatt vært viktig i saken.

Utvalget merker seg at universitetssykehusene ligger påfallende lavt på aktivitetsnivå og at det er varierende mønstre mellom de tre årene. Sykehuset Telemark har hatt mest tydelig økning mellom hvert år og utvalget besluttet at helseforetaket skulle tilskrives og bes om å begrunne økningen. Det ble samtidig vist til tidligere saksbehandling fra 2022 og kodeveileder på området.

Sykehuset Telemark ga en redegjørelse hvor det ble informert om at økningen i volum har sammenheng med at de har blitt flinkere til å kode dette. Regelverk og kodeveiledning følges. Etter nærmere diskusjon vurderte utvalget dette til å være en god redegjørelse og at det viser en god faglig utvikling. Saken ble ferdigbehandlet og lukket.

### **Anbefaling**

Saken vurderes som ferdigbehandlet og lukkes. Det blir ingen avregning.

### **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 *Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk* for Vestre Viken, St. Olavs og Sykehuset i Østfold. Det var snakk om høy andel m/bk kontra u/bk (DRG 35). Hovedtilstand har hovedsakelig dreiet seg om R-koder (fall, desorientering mm). Det har gått ut brev i saken og helseforetakene har beskrevet en eldre pasientgruppe, multimorbide og skrøpelige. Det har ikke vært snakk om noen organisatoriske forhold som tilsier høy andel i m/bk. Helseforetakene har selv påpekt at de kan tilstrebe mer spesifikk koding av hovedtilstand. I saksbehandlingen i 2022 ble det observert en nedgang i andel m/bk for Sykehuset Østfold, men ingen eller liten endring ved St. Olavs hospital og Vestre Viken. 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. Vestre Viken hadde en noe mindre andel i m/bk. Sykehuset Østfold og St. Olavs hospital 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. Vestre Viken 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 ble presentert ytterligere analyser på DRG 34 for å bekrefte at aktivitetstendensen er den samme som ved tidligere år. Det er fortsatt kodene R29.6 *Falltendens, ikke klassifisert annet sted* og R29.8 *Andre og uspesifiserte symptomer og tegn med tilknytning til nervesystemet og muskel-skjelettsystemet* som er mest registrert som hovedtilstand i tillegg til andre uspesifikke tilstandskoder. Omtrentlig 70 % av oppholdene i DRGen har liggetid mellom 0-4 dager. Størstedelen av pasientene er eldre i DRGen, mens det er mer jevnt fordelt i DRG 35.

Det ble underveis i saksbehandlingen presentert et forslag på innretning av dokumentkontrollen basert på dialog med LOGEX som skal utføre kontrollen. På grunn av begrenset tid og kapasitet ble det foreslått at man i første omgang undersøker to relevante helseforetak der det plukkes ut et bestemt antall opphold per HF og DRGene 34 og 35. Dette vil være nyttig for å forstå problemstillingen og som referanse for eventuelt videre oppfølging.

Det ble foreslått at Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark undersøkes med følgende antall opphold:

Sykehuset i Vestfold: 30 opphold i DRG 34 og 30 opphold i DRG 35

Sykehuset Telemark: 15 opphold i DRG 34 og 30 opphold i DRG 35

Dette er begrunnet i tilnærmet likt tjenestetilbud hos helseforetakene samt lik aldersmessig fordeling i befolkning. Det er store volum i antall opphold ved begge foretak samtidig som de fordeler seg litt ulikt i m/bk. Forslaget ble godkjent og videre arbeid med uttrekk og tilrettelegging for kontrollen fortsatte.

Etter gjennomført kontroll presenterte sitt arbeid fra helseforetakene. Det ble redegjort godt for arbeidet med gjennomgang av kodingen som er gjort hos foretakene samt presentert resultater av revideringen med bl. a endringer i DRG-vekt. De aller fleste oppholdene var reviderbare. Revideringen medførte totalt følgende endring i DRG-vekt:

DRG 34

Sykehuset Telemark -1,881

Sykehuset i Vestfold -6,369

DRG 35

Sykehuset Telemark -0,079

Sykehuset i Vestfold +2,366

Det er tydelig at Sykehuset i Vestfold skiller seg ut med betydelig større endring i begge DRGer. Det kan tyde på at foretakene har sine foretrukne koder og at det er forskjellige kodevaner mellom de to. Utvalget diskuterte funnene og mente det var tydelige funn og observert diskrepans på tross for at det er et mindre utvalg opphold som har vært til kontroll. Forskjellene viser at det er et litt vanskelig felt å kode riktig på og at det trolig ikke handler om ulikt tilbud hos de to foretakene. Funnene reflekterer den kliniske hverdagen hvor det ofte er mange symptomer som det er vanskelig å sette en konkret diagnose på. Det kan derfor også være vanskelig å lære opp helsepersonell til å gjøre dette likt.

Utvalget vurderer videre at det er viktig å tilbakemelde til Helsedirektoratet at feilomfanget må antas å være stort og at det bør vurderes om det er mer hensiktsmessig å ha en samlet DRG-gruppe kontra to grupper. Utvalget anbefaler at helseforetakene avregnes i henhold til funnene i dokumentkontrollrapporten. Det vurderes videre at omfanget hos Sykehuset i Vestfold er såpass stort at funnene kan anses som representative for alle opphold foretaket i har i DRG 34. Utvalget hadde en lengre diskusjon om det burde avregnes for alle disse oppholdene og det ble framlagt flere fornuftige argumenter både for og imot en slik anbefaling. Det ble gitt uttrykk for flere ulike meninger hvor det er krevende å finne en konsensusbasert beslutning. Etter mye diskusjon og noe tvil oppnår utvalget konsensus på å anbefale avregning for alle opphold i DRG 34 hos Sykehuset i Vestfold. Det ble ikke meldt dissens, men utvalget er enig innbyrdes at det var en krevende konklusjon å lande på.

### **Anbefaling**

Det anbefales avregning for Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark. Saken må også følges opp neste år.



## 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, deriblant Helse Stavanger HF, Helse Fonna HF og St. Olavs hospital HF. De høyeste ratene har vært i opptaksområdene til Sykehuset Vestfold HF, Helse Stavanger HF, Helse Fonna HF og Helse Bergen HF. 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.*

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 viste at det på nasjonalt nivå er noe nedgang. Hos to av helseforetakene som ble kontrollert i fjor har det også vært nedgang i forskjellig grad, mest synlig er det hos Helse Stavanger HF. Derimot øker Helse Bergen HF. Det sees generelt mye variasjon fra 2022 til 2023 for helseforetakene for øvrig. Mange har stor nedgang i DRG TD11A, særlig Helse Stavanger og St. Olavs hospital.

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 Helse Stavanger HF også her. St. Olavs Hospital HF ble ikke kontrollert i fjor, men de har en markant nedgang i antall opphold.

Utvalget merker seg nedgangen i antall aktuelle opphold. Det ble til å begynne med diskutert 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 diskuteres hvorvidt det har skjedd en endring i pasientgrunlaget her.

Et konkret oppfølgingspunkt ble å tilskrive de kontrollerte helseforetakene for å følge opp problemstillingen. Det ble spurt om hva den observerte nedgangen skyldes og om det er endringer i praksis eller tilbud.

Alle de tre foretakene opplyste at de har gjort seg kjent med både dokumentkontrollrapport og Avregningsutvalgets årsrapport. Sykehuset i Vestfold mener nedgangen i eget volum er innenfor marginene for naturlig variasjon og sier det ikke er gjort endringer i kodepraksis. Helse Stavanger opplever det som krevende og komplekst å lykkes med rett koding av opphold og pasientkontakter ved LAR-utdelingspoliklinikk. Det brukes mye tid på å få dette til å bli riktig. Det etterspørres derfor en tydeligere veiledning på koding og dokumentasjonskrav for denne pasientgruppen. Helse Bergen støtter også Avregningsutvalgets vurdering av at det er behov for Helsedirektoratet utarbeider en nasjonal veileder for hvordan helsehjelp til LAR-pasienter skal registreres og kodes. Dette trengs for at tjenestene skal kunne oppleve nødvendig forutsigbarhet og forutberegnelighet i fortolkningen av regelverket. Helsedirektoratet må da beskrive og normere innholdet i pasientkontaktene som kodes som henholdsvis 'konsultativt innhold/konsultasjon' og 'legemiddelutlevering'. Det er viktig at det tas utgangspunkt i den kliniske virkeligheten og at det er god representasjon fra både fagpersonell og brukere i utarbeidelsen.

Utvalget noterte seg at sektoren har gjort seg kjent med saks materialet og at sektoren støtter anbefalingen om at det må arbeides videre med å bedre veiledning og regelverk på området. Utvalget kan altså holde fast ved dette. Saken følges opp videre neste år.

### **Anbefaling**

Utvalget holder fast ved at det er et tydelig behov for bedre veiledning. Det anbefales ingen avregning. Saken må følges opp neste år.

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

Saken følges opp fra tidligere år. Saken har omhandlet komplikasjoner etter kirurgisk behandling og tidligere observert høy aktivitet hos St. Olavs hospital og Vestre Viken. 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 *Sårrev og hudtranspl eksl hånd pga traume/sykd i HDG 8*, 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 var for små til at det synes å fremkomme et mønster i feilkodingen, og volumet av feilkoding er ikke påfallende høyt. Avregningsutvalget anbefalte også Helsedirektoratet å vurdere en gjennomgang av hvilke kombinasjoner av diagnose- og prosedyrekoder som sorterer til DRG 217. Se Avregningsutvalgets tidligere årsrapporter for mer informasjon om saken.

Det ble for 2024 gjennomgått 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 helseforetakene 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 Sykehuset Østfold, etterfulgt av Oslo universitetssykehus og Vestre Viken som ble avregnet i fjor. St. Olavs Hospital og Sykehuset Innlandet 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.

Basert på dette diskuterte utvalget hvordan man tenkte det var best å følge opp saken for inneværende år. Det er snakk om lave tall, men den lille økningen noteres. Det ble diskutert 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 også 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 begynte arbeidet med å henvende seg til sektoren, både bredt og litt mer tilpasset. Helseforetakene ble tilskrevet og forespurt 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 ble det vist til kontrollen som er gjort og det vedlagt en oversikt over utviklingen i antall opphold. Det ble sendt ut brev til helseforetakene som ble avregnet i fjor, samt Sykehuset Østfold, som har en stor økning fra 2022 til 2023.

Svar kom fra Sykehuset Innlandet, Oslo universitetssykehus, Universitetssykehuset i Nord-Norge og Sykehuset i Vestfold. Foretakene ga gode svar og gir uttrykk for at de har gått gjennom koderegler, eventuell feilbruk av koder og at de er kjent med Avregningsutvalgets konklusjoner fra fjorårets journalrevisjoner. Utvalget finner ikke grunnlag for avregning ut fra svarene som er gitt. Det er bra at helseforetakene gjør interne oppfølginger og går igjennom sin kodepraksis på området.

Det ble videre presentert analyser på medianverdier liggetid samt prosedyrer på nasjonalt nivå for å kunne si noe om spredningen i DRGen. Med grunnlag i dette og tidligere saksmateriell ble det vurdert hvordan man skal forholde seg til saken videre. Det syntes å være svake holdepunkter for noen avregning. Variasjonen man ser aksepteres, men det vurderes om DRG 217 kanskje er for vid og om den kan differensieres noe. Det gis like mye for en pasient som har ligget få døgn som det gis for en pasient som har ligget mange døgn. Det kan tenkes at f.eks de store sykehusene har tanker og innspill på hvordan DRGen eventuelt kan differensieres. Fortsatt antydes det underkoding på denne typen aktivitet; mange har nok flere opphold enn det som er registrert.

Siden saken ble behandlet for første gang i 2020 har utvalget sett en variasjon i aktivitetstallene som det har vært krevende å avdekke tydelige funn i. Det har over tid blitt gjort mange sammenliknende analyser og vært både bred og til dels detaljert korrespondanse med sektoren. Utvalget har sett en vedvarende problemstilling hvor pasientgruppen viser seg å være såpass heterogen og tallene samtidig så lave at det er utfordrende å utlede klare mønstre i aktiviteten. DRGen samler mye og omfatter en stor liste med grupperbare diagnose- og prosedyrekoder. Samtidig ser man ingen tegn til overkoding, heller det motsatte. Dokumentkontroll på aktiviteten har vist at det ikke er påfallende mye feilkoding og det varierer mellom helseforetakene. Utvalgets anbefaling er at Helsedirektoratet utreder om det er mulig å differensiere DRGen basert på liggetid og antall relevante reoperasjoner. Om det ikke endres i DRG-logikken må man nok akseptere variasjonen som observeres i aktiviteten.

Se for øvrig Avregningsutvalgets foregående årsrapporter for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

### **Anbefaling**

Det anbefales ikke avregning. Helsedirektoratet anbefales å differensiere DRGen basert på datagrunnlaget med fokus på liggetid og antall relevante reoperasjoner.

## **20/3956 DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade**

Saken ble fulgt opp fra tidligere år og har blitt avregnet flere ganger tidligere. Saken gjelder feil bruk av kode S06.01 *Hjernerystelse med åpent sår*. Denne koden beskriver i den engelske ICD-10-utgaven hjernerystelse med åpne intrakranielle skader. Riktig kode skulle være S06.0

*Hjernerystelse*. På bakgrunn av at den norske teksten på koden S06.01 kunne misforstås, endret Direktoratet for e-helse teksten til *Hjernerystelse med åpen intrakraniell skade*. Avregningsutvalget vurderte tidligere at koden S06.01 ikke vil være sannsynlig kode i noen tilfeller. Dersom det er pasienter som har hjernerystelse med intrakraniell skade, vil den intrakranielle skaden antakeligvis være det som skal kodes som hovedtilstand, og eventuelt hjernerystelse som annen tilstand. Hjernerystelse med samtidig sår i hodet som krever behandling, kan kodes som S06.0 (hjernerystelse) kombinert med S01.x (åpent sår i hode). Saken ble fulgt opp på ordinært vis i 2023.

Oppfølgende analyser på 2022-data viste at den tidligere observerte nedgangen i feilkoding i stor grad har fortsatt. Samtidig viste det seg at Akershus universitetssykehus hadde snudd og økt igjen fra å ha nesten ikke noen opphold i 2021-data. En lignende økende trend fant man hos Oslo universitetssykehus. Begge helseforetak ble tilskrevet og forespurt om de kunne gjøre en kvalitetssikring av sin koding på dette området for å se om det har skjedd en feil.

Akershus universitetssykehus svarte da at de hadde gjennomgått sine aktuelle tall og så at tilfellene hvor det er kodet S06.01 kan omkodes til S06.0. Kodingen ble derfor korrigert. Utvalget bestemte seg for at alle de 38 oppholdene som fortsatt var kodet S06.01 i DRG 27 *Alvorlig traumatisk hjerneskade* skulle avregnes ved å regruppere hovedtilstand til S06.0. Se Avregningsutvalgets tidligere årsrapporter for mer informasjon om saken.

Oppfølgende analyser på 2023-data ble presentert for utvalget. Det er vesentlig forbedring i kodingen og lite gjenstående bruk av koden. Utvalget vurderer derfor saken som ferdigbehandlet og lukket. Det er kun snakk om tre opphold med feilkoding og det anbefaltes derfor ingen avregning.

### **Anbefaling**

Saken anses som ferdigbehandlet og lukket. Det anbefales ingen avregning.

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

Saken ble fulgt opp fra tidligere år. Det har vært avregnet for flere år (flere helseforetak og private institusjoner 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*.

Utvalget 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 Sykehuset Østfold, Sørlandet Sykehus og St. Olavs hospital. Alle disse ble avregnet i fjor.

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 ble det tidlig bestemt 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 ville 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 kunne det ved behov gå ut brev til helseforetakene med spørsmål om aktiviteten, men dette ble ikke vurdert som nødvendig til slutt.

Arbeidsgruppen gjorde rede for arbeidet med saken i løpet av saksbehandlingstiden. Forholdet mellom de aktuelle DRGene ble belyst og videre ble det undersøkt en rekke prosedyrer samt fagfordelingen i aktiviteten. Gruppen gjorde også analyser og vurderinger på følgende prosedyrekoder:

- ZZA00 *Delhudstransplantat, evt. andre i ZZAxx Fritt hudtransplantat*
- ZXSxx *Bruk av lapper og vevsekspander til forskyvning og utvidelse av vev*
- ZSX05 *Sekundær operasjon pga lokalt residiv*
- ZSX10 *Sekundær operasjon med utvidet reseksjon med frie render*
- ZSX10 *Sekundær operasjon med utvidet reseksjon pga manglende frie render*
- ZSX92 *Lukking av blotvevsdefekt i flere lag med plastikkirurgisk teknikk*

I tillegg til analysene og vurderingene ble LOGEX kontaktet for faglig bistand ettersom de tidligere har gjort dokumentkontroll på denne aktiviteten. Utvalget tok dette til orientering og det ble blant annet foreslått at man kunne prøve å regruppere opphold som en simulering for å se hvilke utslag man får når prosedyresammensetningen endrer seg.

Et forslag til avregningsmetode ble til slutt presentert for utvalget. Arbeidsgruppen foreslo å avregne basert på DRG-rater. Alle helseforetak over snittet avregnes ut ifra sin prosentvise overskridelse over ukorrigert landsgjennomsnitt. Opphold med tilleggskoder ZZ (prosedyre) ble ekskludert. Videre ble det selektert på opphold med ICD-10-koder C43 *Malignt melanom i hud*, C44 *Andre ondartede svulster i hud*, D03 *Melanoma in situ*, D04 *Carcinoma in situ i hud* og prosedyrekoder Q\*E10, Q\*E30, Q\*E35. Korrigering gjøres på opprinnelig poengsum for opphold i DRG 2680. Utvalget vurderte metoden som nyttig og som en videreutvikling av tidligere avregningsmetodikk. Utvalget mener det også må antas at det fortsatt er skeivfordeling og variasjon i antall opphold på dette feltet.

Saken har vært behandlet i Avregningsutvalget siden 2018 og har i årene som har gått medført mye analysearbeid og korrespondanse med sektoren. Siden det ble utført dokumentkontroll og det ble avdekket at det er vesentlig feilkoding på dette området har utvalget i flere år avregnet flere helseforetak og private institusjoner. Kodepraksis har endret seg både til det bedre og verre hos enkelte og på tvers av sektoren. Utvalget har fulgt utviklingen og har opprettholdt avregning for å sende et signal om at kodepraksisen må forbedres og at forbedringen må være vedvarende. Samtidig har utvalget tilstrebet å nyansere og utvikle sin avregningsmetodikk i saken. Hensikten med dette har vært å være mer presis på hva som avregnes og differensiere mer på oppholdene som er sortert til de aktuelle DRGene. Det fokuseres på kombinasjonen av prosedyrekoder og tilstandskoder og å ta høyde for variasjonen som er på tvers av enhetene ved å forholde seg til et nasjonalt snitt.

### **Anbefaling**

En rekke helseforetak og private institusjoner avregnes. Se teknisk beregning for detaljer.

# Tekniske beregninger

## **Aktivitetsbasert finansiering (ABF)**

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

Alle saker der avregningsutvalget har anbefalt avregning for 2023 er innen somatisk spesialisthelsetjeneste.

Utrekningene i dette kapittelet er basert på informasjon fra regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2023*<sup>1</sup>.

ISF-refusjon for somatisk spesialisthelsetjeneste 2023 beregnes etter følgende formel:

$\Sigma \text{Korrigerde DRG-poeng} \times \text{enhetspris (50 252 kr)} \times \text{refusjonssats (50 prosent)}$

For psykisk helsevern er enhetsprisen 3 527 kr

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

## **Tekniske beregninger av anbefalte avregninger**

I dette kapittelet beskrives metoder for tekniske beregninger i de sakene hvor Avregningsutvalget har anbefalt avregning av ABF 2023. De tekniske beregningene er utarbeidet av sekretariatet og godkjent av Avregningsutvalget.

---

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

**24/10237 DRG 2700 Op på hud og underhud ITAD, dagkirurgisk behandling**

Sykehuset i Vestfold avregnes. Opphold med feil bruk av prosedyrekode EKB00 ved hovedtilstand D23.3. Riktig prosedyre skal være QAE10.

Helseforetak	Antall opphold	Vekt DRG 2700	Vekt DRG 809J	Differanse vekt	Differanse poeng	Anbefalt avregning
Sykehuset i Vestfold	82	0,212	0,085	-0,127	-10,414 -kr	209 330,00

**24/10230 Nevropsykologisk undersøkelse**

Helse Stavanger og UNN avregnes på opphold hvor det er utført førerkortutredning i DRG 801U. Disse regnes som attester og vurderes ikke som del av ISF-ordningen. Det vil si opphold hvor ICD-10-kode er Z02.4 og/eller prosedyrekode WMAC00. Dette tilsvarer totalt 88 opphold fordelt likt på begge helseforetak. Helseforetakene trekkes fra vekten de fikk for disse oppholdene.

Helseforetak	Antall opphold til avregning	Opprinnelig vekt	Trekkes	Differanse poeng	Anbefalt avregning
Helse Stavanger	44	7,92	-7,92	-7,92 -kr	159 198,34
UNN	44	7,92	-7,92	-7,92 -kr	159 198,34
<b>SUM</b>	<b>88</b>	<b>15,84</b>	<b>-15,84</b>	<b>-15,84 -kr</b>	<b>318 396,67</b>



**24/10226 DRG 462B Rehabilitering, enkel**

Avregner opphold hos Helse Møre og Romsdal i DRG 462B hvor annen tilstand er lik G20 (Parkinsons) og/eller G35 (MS). Dette gjelder 123 opphold. Avregnes ned til DRG 462C.

Helseforetak	Antall opphold til avregning	Opprinnelig vekt	Oppr. grunnvekt	Ny vekt per opphold	Godkjente poeng	Differanse poeng	Anbefalt avregning
Helse Møre og Romsdal	123	72,16	0,12	0,42	51,66	-20,5 -kr	412 066,40

**23/7563 Injeksjon av Botox i urinblære**

Avregner alle helseforetak med gjenstående feilkoding (KCW98 + ACGX90 og/eller M03AX01) i DRG 7160, det tilsvarer 50 opphold. Avregnes ned til DRG 7180 Endoskopi av nedre urinveier, ny vekt per opphold = 0,042.

Helseforetak	Antall opphold til avregning	Opprinnelig vekt	Oppr. grunnvekt	Ny vekt per opphold	Godkjente poeng	Differanse poeng	Anbefalt avregning
Vestre Viken HF	8	2,432	0,304	0,042	0,336	-2,096 -kr	42 131,28
Helse Førde HF	10	3,04	0,304	0,042	0,42	-2,62 -kr	52 664,10
Nordlandssykehuset HF	28	8,512	0,304	0,042	1,176	-7,336 -kr	147 459,47
Øvrige HF*	4	1,216	0,304	0,042	0,168	-1,048 -kr	21 065,64
<b>SUM</b>	<b>50</b>	<b>15,2</b>	<b>0,304</b>	<b>0,042</b>	<b>2,1</b>	<b>-13,1 -kr</b>	<b>263 320,48</b>

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

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

Sykehuset Telemark HF og Sykehuset i Vestfold HF avregnes som følge av dokumentkontroll med regruppering. Endring i poeng og DRG-sortering for SiV i DRG 34 vurderes å være av en såpass størrelse at endringen er representativt for alle opphold helseforetaket har i DRG 34. SiVs poengendring ganges derfor opp med 11 ettersom 11 % er andelen av alle opphold for Vestfold i DRG 34. Ellers avregnes andre opphold i DRG 34 (Telemark) og oppholdene i DRG 35 (begge HF) i tråd med påvist endring i DRG-poeng. Kontrollerte opphold i SiV for DRG 35 får flere poeng etter regruppering. Disse inngår ikke i avregningen, men vises for ordens skyld her.

DRG 34	Kontrollerte opphold (reviderbare)	Opprinnelige poeng, alle opphold	Nettvekt opphold	Endring i poeng etter kontroll	Samlet reduksjon	Godkjente poeng	Diff. poeng	Anbefalt avregning
Telemark	14	22,71	21,496	-1,881	1,881	19,615	-1,881	-kr 37 809,60
Vestfold (kun reviderte)	26	36,42	36,42	-6,369	6,369	30,051	-6,369	-kr 128 022,00

DRG 34	Alle opphold i DRG 34	Opprinnelige poeng, alle opphold i DRG	Endring i poeng etter kontroll	Endring i poeng for alle opphold	Samlet reduksjon	Godkjente poeng	Diff. poeng	Anbefalt avregning
Vestfold (full avregning)	239	290,146	-6,369	-70,059	70,059	220,087	-70,059	-kr 1 408 241,95

DRG 35	Kontrollerte opphold (reviderbare)	Opprinnelige poeng, alle opphold	Nettvekt opphold	Endring i poeng etter kontroll	Samlet reduksjon	Godkjente poeng	Diff. poeng	Anbefalt avregning
Telemark	30	22,23	22,23	-0,079	0,079	22,151	-0,079	-kr 1 587,96
Vestfold	29	22,23	21,489	2,366	N/A	23,855	2,366	kr 47 558,49

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

Avregningsutvalget anbefaler at aktuelle helseforetak avregnes i henhold til deres prosentvise overskridelse over ukorrigert landsgjennomsnitt. Avregning gjelder DRG 2680. Landsgjennomsnitt er beregnet med utgangspunkt i forholdet DRG 2660+ 2680 mot DRG 809J. Opphold med tilleggskoder ZZ (prosedyre) er ekskludert. Videre selektert på opphold med ICD-10-koder C43, C44, D03, D04 og prosedyrekoder Q\*E10, Q\*E30, Q\*E35. Prosentvis reduksjon er avvik fra ukorrigert landsgjennomsnitt. Korrigering gjøres på opprinnelig tildelt vekt.

Helseforetak	Opphold i DRG 2680	Opprinnelig vekt	Prosentvis reduksjon	Fratrekk	Fratrekk poeng	Differanse poeng	Anbefalt avregning
St. Olavs Hospital HF	253	78,683	0,17 %	0,001	0,13	-0,13	-kr 2 688,71
Vestre Viken HF	447	139,017	20,69 %	0,288	28,76	-28,76	-kr 578 151,62
Aleris Frogner	13	4,043	35,51 %	0,014	1,44	-1,44	-kr 28 858,10
Aleris Helse AS avd Kristiansand	10	3,11	6,42 %	0,002	0,20	-0,20	-kr 4 013,37
Aleris Majorstuen	20	6,22	11,67 %	0,007	0,73	-0,73	-kr 14 590,65
Volvat Medisinske senter Nord og Midt-Norge AS avd Stokkan	112	34,832	29,37 %	0,102	10,23	-10,23	-kr 205 634,37
Akerhus Universitetssykehus HF	89	27,679	34,83 %	0,096	9,64	-9,64	-kr 193 783,69
Helse Bergen HF	89	27,679	44,98 %	0,125	12,45	-12,45	-kr 250 255,25
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	178	55,358	11,84 %	0,066	6,55	-6,55	-kr 131 748,43
Oslo Universitetssykehus HF	514	159,854	33,53 %	0,536	53,60	-53,60	-kr 1 077 383,71
Øvrige virksomheter*	1	0,311	15,51 %	0,000	0,05	-0,05	-kr 969,58
<b>SUM</b>	<b>1725</b>	<b>536,475</b>	<b>N/A</b>	<b>N/A</b>	<b>123,73</b>	<b>-123,73</b>	<b>-kr 2 488 077,46</b>

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

# Vedlegg

Vedlegg 1 – Anbefalinger for avregning av ABF for 2000-2024

Vedlegg 2 – Dokumentkontrollrapport DRG 34 og 35

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

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

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

	Sak 03/05 - Søvnobservasjon ved Omniasykehuset	Bruk av nærliggende hotell ved søvnutredninger. Hotellet var ikke godkjent i ISF-ordningen. Saken gjelder opphold gruppert til DRG 35 med hoveddiagnose G47.3 <i>Søvnapné</i> .	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)</i>
2005	Sak 08/06 - Sammenheng mellom prosedyre- og takstkoder (laserkirurgi)	Gjelder konsultasjoner kodet med takst B42e i kombinasjon med prosedyrekoder for laserkirurgi (QAA40). Den aktuelle taksten var utarbeidet for tradisjonell kirurgi.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
	Sak 11/06 - DRG 346 <i>Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer m/bk</i>	Stor vekst i antall opphold ved institusjon i Helse Vest. Seriebehandling – i snitt ti kurer over to dager. Dette er ikke i overensstemmelse med utbredt klinisk praksis.	<i>Svulster (C00-D48);  Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	Sak 13/06 - Fordeling av opphold i DRG 467 <i>Påvirkninger i helsetilstanden ITAD</i>	Gjelder følgende hoveddiagnosekoder: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Z00.6 Undersøkelse av kontrollperson i klinisk forskningsprogram: forskningsfinansierte opphold ble ikke merket i institusjonens pasientadministrative system</li> <li>- Z51.3 Blodoverføring: det er feil kodepraksis å bruke denne koden for å registrere pasienter som mottar blodoverføring.</li> <li>- Z51.8 Annet spesifisert behandlingstiltak: bruk av koden er ikke i samsvar med veiledning i ICD-10. Oppholdene er gruppeundervisning og skal registreres som poliklinikk med takst A99.</li> </ul>	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>

2006	Sak 07/2438 - DRG 297 <i>Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD &gt; 17 år u/bk</i>	Hoveddiagnose E66.8 <i>Annen spesifisert fedme</i> , ingen bidiagnoser. Behandlingen var et gruppetilbud som ikke skal finansieres gjennom ISF.	<i>Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)</i>
	Sak 07/2440 - DRG 172 <i>Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene</i>	Stor vekst og volum i institusjon i Helse Vest. Seriebehandling. Sammenheng med sak 11/06.	<i>Svulster (C00-D48)</i>
	Sak 07/2819 - Journalgjennomgang DRG 462B Rehabilitering, vanlig	Journaldokumentasjonen var ikke i samsvar med kravene i ISF-regelverket for bruk av hoveddiagnosekode Z50.89.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2007	Sak 08/2946 - Oppfølging av dagrehabilitering i DRG 462B	Journaldokumentasjonen var ikke i samsvar med kravene i ISF-regelverket for bruk av hoveddiagnosekode Z50.89.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	Sak 08/4416 - DRG 243 <i>Ryggglidelser, traumatiske tilstander &amp; symptomer i ryggen</i>	Stor vekst i dagopphold i DRG 243. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev (M50-M54)</i>



	Sak 08/4418 - DRG 271 <i>Kroniske sår i huden</i>	Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i hud og underhud (L00-L99)</i>
	Sak 08/4419 - DRG 179 <i>Inflammatoriske tarmsykdommer</i>	Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i fordøyelsessystemet (K00-K93)</i>
	Sak 08/6252 - Registrering og koding av laserbehandling	Oppfølging av sak 07/4920 Registrering og koding av laserbehandling behandlet i 2007 og sak 08/06 Sammenheng mellom takst og prosedyrekoder behandlet i 2006. Gjelder konsultasjoner kodet med takst B42e i kombinasjon med prosedyrekoder for laserkirurgi (QAA40). Den aktuelle taksten var utarbeidet for tradisjonell kirurgi.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
2008	Sak 09/3129 - DRG 13 <i>Multipel sklerose &amp; cerebellar ataksi</i>	Stor vekst i dagopphold i DRG 13. Med unntak av første dag i en behandlingsserie burde oppholdene vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)</i>

	Sak 09/3130 – DRG 73 <i>Sykdommer i øre, nese, hals ITAD &gt; 17 år</i>	Stor vekst og volum i DRG 73. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i øre og ørebensknute (H60-H95); Svulster (C00-D48)</i>
	Sak 09/3759 – DRG 347 <i>Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk</i>	Vekst i antall dagopphold i DRG 347. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Svulster (C00-D48)</i>
	Sak 09/3931 – DRG 465 <i>Etterbehandling med ondartet sykdom som bidiagnose</i>	Stort volum i DRG 465.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2009	Sak 10/4474 - DRG 475 <i>Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte</i>	Koding av KOLS.	<i>Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)</i>  <i>Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, etc (Kapittel G)</i>

2010	11/776 - HDG 24 Signifikant multitraume	Koding av opphold i HDG 24 Signifikant multitraume og regler for bruk av tilstandskoder i kategoriblokk T00-T07.	<i>Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker (S00-T98)</i>
	11/2628 - Bruk av LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus	Bruk av NCSP-koden LCA 20 Fjerning av fremmedlegeme fra uterus. Denne koden representerer instrumentell fjerning av spiral, en prosedyre som bare utføres hvis vanlig fjerning ikke lykkes.	<i>Kvinnelige genitalia (Kapittel L)</i>
	11/2700 - DRG 39P Bilaterale operasjoner på linsen	Preoperative undersøkelser av begge øynene som ble kodet med NCSP-kode ZXA 10 Bilateral som indikerer tosidig prosedyre, selv om selve operasjonen var ensidig.	<i>Tilleggs-koder til alle øvrige kapitler (Kapittel Z)</i>
	11/2832 - DRG 2680 Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi	Feilaktig koding av lys- og laserbehandling av hud som kirurgiske operasjoner.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>

	11/3420 - DRG 814S Medikamentell svangerskapsavbrytelse	Feil bruk av NCMP-koden MAGM00 Medikamentell svangerskapsavbrytelse. Koden var brukt flere ganger per abort.	<i>Fødselshjelp og prosedyrer under svangerskap (Kapittel M)</i>
	11/3421 - DRG 4770 Uvanlige kombinasjoner av tilstands- og prosedyrekoder	Feil bruk av prosedyrekoden ACW99 Annen operasjon på perifer nerve.	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
2011	12/3157 - Bruk av hovedtilstandskode Z76.8	Feil koding av ledsager og bruka v Z76.8 som samlekode i stedet for mer presise koder, gruppeomvisning og oppretting av journalnotat.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
	12/3204 - DRG 2660 Hudtransplantasjoner og/eller revisjoner, dagkirurgi	Feil bruk av prosedyrekode ZZR 00 Hudlapp.	<i>Tilleggskoder (Kapittel Z)</i>
	12/3641 - Klinisk nevrofysiologi og bruk av takst 702a-g	Nevrofysiologiske laboratorieundersøkelser skal ikke inngå i ISF-ordningen.	Takstkoder

12/3884 - Fedme og hovedtilstandskode Z50.9	Feil hoved- og bitilstandskode ved behandling av pasienter med syklig overvekt.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99); Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)</i>
12/4791 - Dagopphold i DRG 462B – Rehabilitering, vanlig	Uheldig kodepraksis for bruk av Z50.89 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, kjeve, munn og pharynx (Kapittel E)</i>
	13/3833 Opphold i DRG DD02 og koding av øyekirurgi som innleggelser	Feil valg av omsorgsnivå for øyekirurgi.	<i>Sykdommer i øyet og øyets omgivelser (H00-H59);  Øyet og øyeregionen (Kapittel C)</i>
	13/3902 DRG 4590 Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling	Feil bruk av prosedyrekode QCD10 <i>Revisjon av brannskade på overekstremitet.</i>	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
	13/3904 DRG 4610 <i>Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling</i>	Feil bruk av prosedyrekode ACW99 <i>Annen operasjon på perifer nerve.</i>	<i>Nervesystemet (Kapittel A)</i>
	13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi	Gjentagende bruk av GBB00 <i>Tracheostomi</i> og GBB03 <i>Perkutan tracheostomi</i> for samme pasient.	<i>Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, bronkier, lunger og mediastinum (Kapittel G)</i>

13/4163 DRG 4620 Poliklinisk rehabilitering	Uheldig bruk av koden Z50.9 <i>Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstilak.</i>	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
13/4395 – Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89	Uheldig kodepraksis for bruk av Z50.89 <i>Vanlig rehabilitering ved dagopphold.</i>	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
13/4901 – DRG 2660 <i>Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling</i>	Feil bruk av prosedyrekode ZZR00 <i>Hudlapp.</i>	<i>Tilleggs-koder (Kapittel Z)</i>
13/4904 – Flere registrerte episoder samme dag	Registrering av for mange polikliniske konsultasjoner for samme pasient på samme dag. Oppfølging av sak 12/5893.	
13/4906 – Oppfølging av sak 12/3157 Bruk av hovedtilstandskode Z76.8	Feil koding av ledsager og bruk av Z76.8 som samlekode i stedet for mer presise koder, gruppeomvisning og oppretting av journalnotat.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
13/5150 - DRG 2680 <i>Plastisk operasjon på hud &amp; underhud, dagkirurgi</i>	Feilaktig koding av lys- og laserbehandling av hud som kirurgiske operasjoner.	<i>Hud (Kapittel Q)</i>

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



	14/4779 - Andel opphold i medisinske par-DRG hvor E86 <i>Væsketap</i> er kodet som annen tilstand	Feil bruk av tilstandskode E86 <i>Væsketap</i> .	<i>Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)</i>
2014	15/1634 – Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C <i>Spesifikke inflammatoriske ledd- og ryggsykdommer u/bk</i>	Feil valg av omsorgsnivå. Hoveddelen av revmatologiske pasienter behandles nå poliklinisk, mens noen private ideelle institusjoner ennå ikke har lagt om praksis.	<i>Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev (M00-M99)</i>
	15/1793 – Kodepraksis for nyfødte – andel opphold i DRG 390 <i>Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem.</i>	Feil bruk av tilstandskoder P83.1 <i>Erythema toxicum neonatorum</i> og P03.4 <i>Foster og nyfødt påvirket av forløsning ved keisersnitt</i> . Dette er vanlige tilstander som normalt ikke krever ekstra ressurser. En tilstand skal ikke registreres dersom den ikke krever særskilt behandling, undersøkelse, vurdering eller har hatt betydning for øvrig behandling.	<i>Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (P00-P96)</i>
	15/1804 – Valg av omsorgsnivå for søvnutredninger	Feil valg av omsorgsnivå. Søvnutredninger gjøres i hovedsak poliklinisk, men det kan gjøres unntak for pasienter med særskilt behov.	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99);  Nervesystemet (Kapittel A)</i>

15/1821 – Kodepraksis ved fødsel – Vekst i antall opphold i DRG 376 Sykdommer etter forløsning og abort uten operasjon	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 Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling	Feil bruk av prosedyrekode GXAV20 <i>Behandling med bifasisk positivt luftveistrykk.</i> For mange konsultasjoner var registrert med prosedyrekoden.	<i>Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, bronkier, lunge og mediastinum (Kapittel G)</i>
15/1932 – Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 <i>Vaginal fødsel</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 (O00-O99)</i>
15/1938 – Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N <i>Sepsis ved sykdommer i HDG 18 &gt; 17 år</i>	Feil bruk av hovedtilstandskode fra A40 <i>Streptokokksepsis</i> og A41 <i>Annen sepsis.</i> Dette er koder for sepsis av ukjent årsak. Da må SIRS-kriteriene være oppfylt og en må ha en infeksjon med ukjent fokus/utgangspunkt. Hvis infeksjonens fokus er kjent skal koden for selve infeksjonen registreres som hovedtilstand.	<i>Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer (A00-B99)</i>

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

2015	16/12822 – Pasienter med episoder ved ulike sykehus som overlapper i tid	Feilregistrering. Døgnopphold registrert samtidig ved to rapporterende enheter	<i>Sykdommer i muskel skjelettsystemet og bindevev (M00-M99)</i>
	16/8216 – Vurdering av kodepraksis ved «kodepar» med ulik grupperingsegenskap	Ulik praksis i bruk av prosedyrekoder som inneholder par (eller tripletter) av lignende koder der minst én kode i hvert par grupperer til en kirurgisk DRG	<i>Prosederekoder i «kodepar» med ulike grupperingsegenskaper</i>
	16/7664 – Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 4610 <i>Operasjoner på pasienter i HDG 23, dagkirurgisk behandling</i>	Feil bruk av Z48.0 <i>Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av operasjonsbandasjer/suturer.</i>	<i>Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av operasjonsbandasjer/suturer (Z48.0)</i>
	16/7356 – Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 297 <i>Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD &gt; 17 år u/bk</i>	Feil bruk av hovedtilstand E66 <i>Fedme</i> og annen tilstand G47.3 <i>Søvnapné</i>	<i>Fedme (E66) Søvnapné (G47.3)</i>
	16/3873 – Oppfølging av sak 15/1938 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N <i>Sepsis ved sykdommer i HDG 18 &gt; 17 år</i>	Feil bruk av hovedtilstandskode fra A40 <i>Streptokokksepsis</i> og A41 <i>Annen sepsis</i> . Dette er koder for sepsis av ukjent årsak. Da må SIRS-kriteriene være oppfylt og en må ha en infeksjon med ukjent fokus/utgangspunkt. Hvis infeksjonens fokus er kjent skal koden for selve infeksjonen registreres som hovedtilstand.	<i>Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer (A00-B99)</i>

	16/3870 Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 <i>Vaginal fødsel – diagnoser med kompliserende egenskap</i>	Ulik bruk av tilstandskodene O72.0 <i>Blødning i tredje stadium</i> O71.4 <i>Obstetrisk høy vaginalrift</i> O72.1 <i>Annen umiddelbar blødning etter fødsel</i>	<i>Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)</i>
	16/3860 – Kodepraksis for nyfødte – ulik bruk av tilstandskoder	Ulik bruk av tilstandskodene R01.1 <i>Bilyd og andre hjertelyder – Uspesifisert bilyd</i> , Q65 <i>Medfødte deformiteter i hofte (coxa)</i> , P59.8 <i>Gulsott hos nyfødt som følge av andre spesifiserte årsaker</i> , P05.0 <i>Lett i forhold til svangerskapslengde</i> , P05.1 <i>Liten i forhold til svangerskapslengde.</i>	<i>Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (P00-P96)</i>
2017	17/11400 – Kodepraksis for opphold i DRG 462A <i>Kompleks rehabilitering</i>	Ulik bruk av tilstandskoder fra kapittel M60-M79 <i>Bløddevssykdommer for rehabilitering</i>	<i>Bløddevssykdommer (M60-M79)</i>
	17/5982 – Kodepraksis for opphold i DRG 930 <i>Poliklinisk konsultasjon vedr. symptomer i bryst</i>	Feilregistrering av radiologiske undersøkelser.	<i>Andre tilstander i bryst (mamma) (N60 – N64)</i>
	17/5578 – Bruk av tilstandskode R52.2 <i>Annen kronisk smerte</i>	Ulik bruk av hovedtilstand R52.2 <i>Annen kronisk smerte i kombinasjon med prosedyrekode WDAL15 Akupunktur.</i>	<i>Generelle symptomer og tegn (R50-R69)</i>

	17/5577 – Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide	Ulik bruk av hovedtilstandene Z36.3 <i>Prenatal diagnostikk med henblikk på misdannelser ved hjelp av ultralyd og andre fysiske undersøkelsesmetoder</i> og Z36.4 <i>Prenatal diagnostikk med henblikk på veksthemming hos foster ved hjelp av ultralyd og andre fysiske undersøkelsesmetoder.</i>	<i>Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med reproduksjonsspørsmål (Z30-Z39)</i>
	17/5575 – Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer	Ulik bruk av Z95 <i>Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar.</i>	<i>Opplysninger om potensiell helserisiko i familiens og egen sykehistorie, og opplysninger om visse forhold som har betydning for helsetilstanden (Z80-Z99)</i>
	17/5573 – Bruk av hovedtilstandskode J96 <i>Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted</i>	Feilregistrering av J96 <i>Respirasjonssvikt &amp; lungeødem ekskl ved hjertesvikt</i> som hovedtilstand.	<i>Andre sykdommer i åndedrettssystemet (J95-J99)</i>
2018	18/1820 – Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35	Feil bruk av prosedyrekoder Q*E30 og Q*E35.	<i>Proseddyrekoder Q*E30, Q*E35</i>

	18/1819 – Kodepraksis ved behandling av hemoroider	Relevans av bruk av JGA60 <i>Sutur av rectum</i> ved behandling av hemoroider.	<i>Prosedyrekode</i>
	18/11463 – Kodepraksis ved HIFU behandling av prostatakraft	Bruk av prosedyrekode KED80 <i>Perkutan kryokirurgi på prostata</i> .	<i>Prosedyrekode</i>
2019	19/27629 – Behandling av pasienter med fedme i DRG 297	Feil valg av omsorgsnivå for korte opphold for pasienter med E66 Fedme	<i>Fedme (ICD-10-kode E66)</i>
	19/2881 – Spørsmål om utredning av hjertesykdom i DRG 15 og DRG 1250	Feil valg av omsorgsnivå for korte opphold for pasienter som er til diagnostisk perkutan hjerteprosedyre	<i>Ulike perkutane hjerteprosedyrer</i>
	19/2886 – Kodepraksis ved behandling av sykdom i nyrer og urinveier	Feil valg av hovedtilstandskode og omsorgsnivå for pasienter som får fjernet blærekateter	<i>Ettersyn av anen kunstig åpning for urinvei (ICD-10-kode Z43.6 og Urinretensjon (ICD-10-kode R33)</i>
2020	20/3956 – DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade	Feil valg av hovedtilstand for pasienter med hjernerystelse og sår i hodebunn	<i>Hjernerystelse med åpen intrakraniell skade (ICD-10-kode S06.01)</i>

	20/4286 DRG 217 Sårrev og hudtranspl eksl hånd pga traume/sykd i HDG 8	Feil valg av hovedtilstander og prosedyrekoder	<i>Flere tilstandskoder og prosedyrekoder</i>
	20/3958 – DRG442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk	Bruk av komplikasjonskoder og følgetilstandskoder	<i>Flere tilstandskoder og prosedyrekoder</i>
2021	21/4750 – DRG 34 Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk	Feil valg av hovedtilstander og prosedyrekoder	<i>Flere tilstandskoder og prosedyrekoder</i>
	21/4753 - Bruk av Z03-koder	Feil valg av hovedtilstand ved testing for covid-19 for ansatte og pasienter	<i>Medisinsk observasjon og vurdering der mistanke om sykdommer og tilstander blir avkreftet (ICD-10, kap Z03)</i>
2023	23/7563 – Injeksjon av Botox	Feil bruk og kombineringsprosedyrekoder, feil tolkning av kode	<i>KCW98 i kombinasjon med ACGX90 og/eller M03Ax01</i>
2024	24/10237 – DRG 2700 Op på hud og underhud ITAD, dagkirurgisk behandling	Feil bruk av prosedyrekode EKB00 ved hovedtilstand D23.3	<i>Prosedyrekode EKB00 og ICD- 10-kode D23.3</i>
	24/10230 – Nevropsykologisk undersøkelse	Flere opphold registrert med førerkortvurdering, inngår ikke i ISF	<i>ICD-10-kode Z02.4, prosedyrekode WMAC00</i>



---

24/10226 – DRG 462B Rehabilitering,  
enkel

Flere opphold registrert med Parkinson og MS, opphold som ikke  
inngår i enkel rehabilitering

*ICD-10-kode G20 og G35*

---

**Vedlegg 2 Dokumentkontrollrapport DRG 34 og 35**



# **RAPPORT**

## **Dokumentkontroll**

### **DRG 34 og 35**

## RAPPORT

Dokumentkontroll DRG 34 og 35

**Versjon:** 1  
**Dato:** 2024-08-26  
**Oppdragsgiver:** Folkehelseinstituttet, avd. registerkvalitet  
**Oppdragsgivers ref.:** Adrian Tveit Lundemo  
**Antall sider:** 25  
**Antall vedlegg:** 8  
**Utarbeidet av:** Tor Øystein Seierstad  
Nora Falla Larsen  
Markus Pietschmann

**Nydalen 26.08.2024**



Tor Øystein Seierstad

Medisinsk direktør

LOGEX AS

## Innhold

Del 1 Oppdrag og avklaringer .....	4
1.1 Oppdrag .....	4
Bakgrunn for dokumentkontrollen .....	4
1.2 Utvalg .....	5
1.3 Avklaringer og metode .....	7
1.3.1 Begrepsavklaringer og oppholdskonstruksjon .....	7
1.3.2 Metode .....	7
Del 2 Resultater .....	9
2.1 Begrepsforklaring tabeller på episodenivå .....	9
2.2 Tabellarisk fremstilling av resultat mht. endring i DRG-poeng på episodenivå .....	10
2.3 Resultater DRG 34 Sykehuset Telemark HF .....	11
2.3.1 DRG 34 STHF endringer på episodenivå .....	11
2.3.2 DRG 34 Sykehuset Telemark endringer på oppholds nivå .....	12
2.4 Resultater DRG 35 Sykehuset Telemark .....	13
2.4.1 DRG 35 Endringer på episodenivå STHF .....	13
2.4.2 DRG 35 STHF endringer på oppholds nivå .....	14
2.5 Resultater DRG 34 Sykehuset i Vestfold HF .....	15
2.5.1 DRG 34 Endringer på episodenivå – SIV .....	15
2.5.2 DRG 34 SIV endringer på oppholds nivå .....	16
2.6 Resultater DRG 35 Sykehuset i Vestfold HF .....	17
2.6.1 DRG 35 Endringer på episodenivå – SIV .....	17
2.6.2 DRG 35 SIV endringer på oppholds nivå .....	18
2.7 Bruk av R-koder som kode for hovedtilstand .....	19
2.8 Hva bidrar til endring av DRG i denne dokumentkontrollen .....	21
Del 3 Kommentarer .....	22
3.1 Valg av hovedtilstand .....	22
3.2 Årsaker til endring av DRG .....	22
3.3 Endring i andel DRG 34 .....	23
3.4 Oppsummering og vurderinger .....	24

## Del 1 Oppdrag og avklaringer

### 1.1 Oppdrag

I hht. avrop på rammeavtale 22-01291 Dokumentkontroll av pasientjournal, Folkehelseinstituttet, avd. Registerkvalitet gyldig fra 03.07.2024 er oppdraget kort beskrevet som følger:

*Dokumentkontrollen gjennomføres som en målrettet undersøkelse av utvalgte opphold i DRG 34 og DRG 35 hos utvalgte helseforetak.*

*Målet med undersøkelsen er å kunne si noe om kodekvaliteten ved oppholdene, samt å eventuelt avregne opphold som er feilkodet. Det skal gjøres en vurdering av om registrerte koder (tilstandskoder og prosedyrekoder) er riktig og ved feilkoding må det gis en vurdering av hvilke koder som skulle vært registrert.*

*Dokumentkontrollen er ment å skulle belyse variasjon som eventuelle forskjeller og tendenser/mønstre i kodepraksis hos helseforetakene, også innad i hvert foretak.*

*Bistanden skal utføres hos*

- Sykehuset i Vestfold HF
- Sykehuset Telemark HF

#### Bakgrunn for dokumentkontrollen

Avregningsutvalgets sak 21/4750 DRG 34 Sykdommer i nervesystemet har over tid vært behandlet i utvalget gjennom analyser, brevkorrespondanse med sektoren og faglige diskusjoner. Utgangspunktet er en over tid observert forskjell mellom foretakene, samt ved flere foretak også en økning, i andelen opphold i DRG 34 Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk vs. DRG 35 Sykdommer i nervesystemet ITAD u/bk.

Følgende koder står for over halvparten av hovedtilstandene i DRG 34:

- R29.6 Falltendens ikke klassifisert annet sted
- R29.8 Andre og uspesifiserte symptomer og tegn med tilknytning til nervesystemet og muskel-skjelettsystemet
- R41.8 Andre og uspesifiserte symptomer og tegn med tilknytning til kognitive funksjoner og bevissthet
- R41.0 uspesifisert desorientering

Årsaker til økt andel DRG 34 vs. DRG 35 og den uspesifikke kodingen viser seg vanskelig å belyse tilstrekkelig ved hjelp av konvensjonelle midler som analyser, korrespondanse med sektor osv. Dokumentkontroll i saken er vurdert å være nødvendig for å kunne vurdere den observerte forskjellen og økningen i aktiviteten grundigere for å komme nærmere en konklusjon i saken

## 1.2 Utvalg

Basert på tall fra NPR for 2023 ser andel DRG 34 av antall opphold i DRG 34/34 fordelt på foretak/sykehus slik ut:

Tabell 1 Andel opphold i DRG 34 av totalt antall opphold DRG 34/35 i 2023

Helseforetak	2023		
	Antall opphold DRG 34/35	Antall DRG34	Andel DRG 34
Sunnaas sykehus HF	0	0	0,0 %
Stiftelsen Betanien Hospital Skien	4	0	0,0 %
Revmatismesykehuset AS	0	0	0,0 %
Oslo kommunale legevakt (Helse Sør-Øst RHF)	32	6	18,8 %
Sykehuset Telemark HF	388	94	24,2 %
Oslo universitetssykehus HF	1175	312	26,6 %
Helse Fonna HF	205	56	27,3 %
Helgelandssykehuset HF	91	26	28,6 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	272	83	30,5 %
Helse Førde HF	113	36	31,9 %
Helse Bergen HF	728	237	32,6 %
Sørlandet sykehus HF	381	126	33,1 %
Finnmarkssykehuset HF	103	37	35,9 %
Sykehuset Østfold HF	396	145	36,6 %
Nordlandssykehuset HF	248	95	38,3 %
Helse Møre og Romsdal HF	440	170	38,6 %
Sykehuset Innlandet HF	469	193	41,2 %
Helse Stavanger HF	326	140	42,9 %
Helse Nord-Trøndelag HF	146	73	50,0 %
Haraldsplass diakonale sykehus AS (Helse Vest RHF)	97	50	51,5 %
Sykehuset i Vestfold HF	461	239	51,8 %
Vestre Viken HF	1036	550	53,1 %
Akershus universitetssykehus HF	785	434	55,3 %
Diakonhjemmet sykehus (Helse Sør-Øst RHF)	73	41	56,2 %
St. Olavs Hospital HF	569	338	59,4 %
Lovisenberg diakonale sykehus (Helse Sør-Øst RHF)	102	81	79,4 %
<b>Total</b>	<b>8640</b>	<b>3562</b>	<b>41,2 %</b>

På bakgrunn av de observerte forskjellene i andel opphold gruppert til DRG 34 av antall opphold i DRG 34/35 ved hhv. Sykehuset i Vestfold HF (51,8 %) og Sykehuset Telemark HF (24,2 %) ble det i første omgang besluttet å gjøre en dokumentkontroll ved hhv. Sykehuset i Vestfold (SIV) og Sykehuset Telemark (STHF).

Valg av foretak er begrunnet i et tilnærmet likt tjenestetilbud, samt lik aldersmessig fordeling i befolkningen. Videre er det ved begge foretak store volum i antall opphold samtidig som en observerer en forskjell i andel opphold i DRG 34 vs. DRG 35 som vist i tabell 2.

Dokumentkontrollens primære formål var å avdekke hvorvidt de observerte forskjellen i andel DRG 34 evt. skyldes hhv. over-/underkodning og/eller en forskjell i pasientpopulasjon ved de to foretakene mtp. konsekvens for gruppering til hhv. DRG 34 og DRG 35

Tabell 2 Opphold til dokumentkontroll fordelt på foretak og DRG 34/35

Helseforetak	DRG 34	DRG 35
Sykehuset i Telemark	15	30
Sykehuset i Vestfold	30	30
<b>Totalt</b>	<b>45</b>	<b>60</b>

Begrunnelse for at det ble trukket ut et ulikt antall opphold i DRG 34 ved de to foretakene var en antakelse av at lavt antall opphold i DRG 34 vs. DRG 35 ved STHF primært indikerte en underkodning av opphold gruppert til DRG 35 og i mindre grad en underkodning av opphold gruppert til DRG 34. I ettertid kan en se at det ville vært ønskelig med et likt antall opphold i de to DRG-ene også ved STHF for enklere å kunne vise evt. endring i andel opphold i DRG 34 av totalt antall opphold i DRG 34 og 35 etter gjennomført dokumentkontroll.

På bakgrunn av de valgte kriterier med utgangspunkt i innrapporterte opphold til NPR i 2023 gjennomførte NRP avd. for registerkvalitet et randomisert uttrekk av 105 opphold bestående av 137 episoder til dokumentkontroll. Antall episoder fordeler seg slik:

Tabell 3 Totalt antall episoder til dokumentkontroll fordelt på foretak og DRG 34/35

Helseforetak	DRG 34	DRG 35
Sykehuset i Telemark	23	31
Sykehuset i Vestfold	43	40
<b>Totalt</b>	<b>66</b>	<b>71</b>



### 1.3 Avklaringer og metode

Revisorer ved denne dokumentkontrollen har vært:

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

#### 1.3.1 Begrepsavklaringer og oppholdskonstruksjon

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

*En episode* kan være et enkelt avdelingsopphold (innlagt), en poliklinisk kontakt, eller et oppmøte.

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

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

#### 1.3.2 Metode

Uttrekk av opphold til revisjon er gjennomført av avd. registerkvalitet, FHI

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

Til grunn for dokumentkontrollen legges de norske retningslinjer for medisinsk koding ved hjelp av diagnosekodeverket ICD-10 og prosedyrekodeverkene NCMP, NCRP og NCSP slik de forelå på tidspunkt for de utvalgte avdelingsoppholdene (2023).

Revisors operasjonalisering av dokumentasjonskravet basert på norske retningslinjene oppsummeres slik:

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

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

To revisorer har i perioden 4. til 11. juli gjennomført en dokumentkontroll ved de to utvalgte foretakene med følgende fokus:

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

## Del 2 Resultater

Det er for hvert foretak utarbeidet et vedlegg på episodenivå for hhv. dokumentkontroll av opphold i DRG 35 og DRG 34. Av disse fremkommer detaljert revisjonsresultat for hver enkelt episode og en kort kommentar fra revisor med begrunnelse for evt. endringer som er gjort i kodingen av oppholdet.

### 2.1 Begrepsforklaring tabeller på episodenivå

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

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

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



**DRG:** **Diagnose-Relatert-Gruppe.** Enhver episode grupperes til en av rundt 982 Diagnose-Relaterte-Grupper (2023 Somatikk, Psykisk helsevern og Rus). Basert på administrativ koding av (omsorgsnivå, hastegrad) og de tilstands- og prosedyrekoder som er rapportert i tilknytning til en episode, grupperes episoden til en DRG ved hjelp av grupperingsprogrammet Norsk Pasient Klassifikasjon (NPK) ofte omtalt som «grupper`n»

**HDG:** **Hoved-Diagnose-Gruppe.** De 982 Diagnose-Relaterte-Gruppene fordeles på til sammen 25 Hoved-Diagnose-Grupper. En Hoved-Diagnose-Gruppe omfatter typisk tilstander knyttet til et organsystem eller tilstander knyttet til f.eks. svangerskap/fødsel/barseltid, Perinatalperioden, Infeksjonssykdommer, Brannskader, Mentale lidelser

## 2.2 Tabellarisk fremstilling av resultat mht. endring i DRG-poeng på episodenivå

I de tabellariske fremstillingene på episodenivå vil en kunne se at antall episoder som endrer DRG ikke alltid samsvarer med antall episoder som endrer DRG-vekt.

Dette skyldes at vår modell er basert på en regel som benyttes av foretakene ved opphold som omfatter flere episoder. Denne regelen innebærer at *oppholdets DRG-verdi* distribueres etter en 30-70 regel. 30 % av oppholdets DRG-verdi går til den episoden som vinner oppholdet og styrer DRG for oppholdet jf. aggregeringsreglene. De resterende 70 % distribueres ut på alle episodene som inngår i oppholdet basert på den enkelte episodes varighet.

Jf. aggregeringsreglene for opphold med flere episoder er det den episoden med den høyeste DRG-verdien som vinner oppholdet. Det betyr at når det «vinnende» oppholdet endrer DRG vil DRG verdien for de enkelte episodene som inngår i oppholdet også endres jf. 30-70 regelen. Dette selv om DRG for den enkelte episode som inngår i oppholdet ikke endres. Summen av endring i DRG-poeng på episodenivå vil imidlertid være den samme som endring i DRG-poeng på oppholds nivå

## 2.3 Resultater DRG 34 Sykehuset Telemark HF

**Utvalg:** 15 opphold 23 episoder

### 2.3.1 DRG 34 STHF endringer på episodenivå

**Ikke reviderbare episoder: 1**

Tabell 4 Resultater DRG 34 Sykehuset Telemark 22 episoder

Hovedtilstand	Antall	Totalt	Andel
Episoder med ny hovedtilstand	5	22	23 %
Stjernekode (*) lagt til hovedtilstand	0	22	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 3. tegnsnivå	0	22	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 4. og 5. tegns nivå	0	22	0 %
Annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Annen tilstand ikke dokumentert - kode slettet	10	63	16 %
Annen tilstand dokumentert - kode lagt til	8	60	13 %
Stjernekode (*) lagt til annen tilstand	0	63	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 3. tegns nivå	0	63	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 4. og 5. tegns nivå	0	63	0 %
Bytte hovedtilstand annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Hovedtilstand omgjort til annen tilstand	1	22	5 %
Annen tilstand omgjort til hovedtilstand	2	63	3 %
Prosedyrer	Antall	Totalt	Andel
Prosedyre ikke dokumentert - kode slettet	8	41	20 %
Prosedyre dokumentert - kode lagt til	8	41	20 %
Prosedyre dokumentert, men feil klassifisert	1	41	2 %
Duplikat prosedyrekode slettet	0	41	0 %
HDG/DRG	Antall	Totalt	Andel
Episoder med endret HDG	-	-	-
Episoder med endret DRG	4	22	18 %
Endret fra komplisert til ukomplisert innen samme DRG-par	0	22	0 %
Endret fra ukomplisert til komplisert innen samme DRG-par	0	22	0 %
Endring i DRG poeng	Antall	Endring DRG poeng	Andel
Episoder med endret DRG-vekt	5	-1,881	-9 %
Episoder med redusert DRG-vekt	5	-1,881	-9 %
Episoder med økt DRG-vekt	0	0,000	0 %

For detaljerte revisjonsresultat med kommentarer for den enkelte episode se VEDLEGG A

### 2.3.2 DRG 34 Sykehuset Telemark endringer på oppholds nivå

**Opprinnelig antall opphold i utvalget: 15**

**Ikke reviderbare opphold: 1**

*Tabell 5 DRG 34 Sykehuset Telemark – Oppsummerte endringer DRG 14 opphold*

<b>Etter revisjon</b>	<b>Antall</b>
Opphold uendret DRG 34	10
Oppholde endret fra DRG 34 til DRG 35	2
Opphold endret fra DRG 34 til annen DRG	2
<b>Totalt</b>	<b>14</b>

**Endring i DRG-poeng: -1,881**

For detaljerte resultat se VEDLEGG B

## 2.4 Resultater DRG 35 Sykehuset Telemark

**Utvalg:** 30 opphold 31 episoder

### 2.4.1 DRG 35 Endringer på episodenivå STHF

**Ikke reviderbare episoder:** ingen

Tabell 6 Resultater DRG 35 Sykehuset Telemark 31 episoder

Hovedtilstand	Antall	Totalt	Andel
Episoder med ny hovedtilstand	8	31	26 %
Stjernekode (*) lagt til hovedtilstand	0	31	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 3. tegnsnivå	2	31	6 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 4. og 5. tegns nivå	1	31	3 %
Annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Annen tilstand ikke dokumentert - kode slettet	4	11	36 %
Annen tilstand dokumentert - kode lagt til	11	19	58 %
Stjernekode (*) lagt til annen tilstand	0	11	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 3. tegns nivå	0	11	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 4. og 5. tegns nivå	0	11	0 %
Bytte hovedtilstand annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Hovedtilstand omgjort til annen tilstand	1	31	3 %
Annen tilstand omgjort til hovedtilstand	0	11	0 %
Prosedyrer	Antall	Totalt	Andel
Prosedyre ikke dokumentert - kode slettet	3	20	15 %
Prosedyre dokumentert - kode lagt til	14	31	45 %
Prosedyre dokumentert, men feil klassifisert	1	20	5 %
Duplikat prosedyrekode slettet	0	20	0 %
HDG/DRG	Antall	Totalt	Andel
Episoder med endret HDG			
Episoder med endret DRG	2	31	6 %
Endret fra komplisert til ukomplisert innen samme DRG-par	0	31	0 %
Endret fra ukomplisert til komplisert innen samme DRG-par	0	31	0 %
Endring i DRG poeng	Antall	Endring DRG poeng	Andel
Episoder med endret DRG-vekt	2	-0,079	0 %
Episoder med redusert DRG-vekt	1	-0,085	0 %
Episoder med økt DRG-vekt	1	0,006	0 %

For detaljerte revisjonsresultat med kommentarer for den enkelte episode se VEDLEGG C

#### 2.4.2 DRG 35 STHF endringer på oppholds nivå

**Opprinnelig antall opphold i utvalget: 30**

**Ikke reviderbare opphold: 0**

*Tabell 7 DRG 35 Sykehuset Telemark – Oppsummerte endringer DRG 30 opphold*

<b>Etter revisjon</b>	<b>Antall</b>
Opphold uendret DRG 35	28
Oppholde endret fra DRG 35 til DRG 34	0
Opphold endret fra DRG 35 til annen DRG	2
<b>Totalt</b>	<b>30</b>

**Samlet reduksjon i DRG-poeng: -0,079**

For detaljerte resultat se VEDLEGG D



## 2.5 Resultater DRG 34 Sykehuset i Vestfold HF

**Utvalg:** 30 opphold 43 episoder

### 2.5.1 DRG 34 Endringer på episodenivå – SIV

**Ikke reviderbare episoder: 4**

Tabell 8 Resultater DRG 34 Sykehuset i Vestfold HF

Hovedtilstand	Antall	Totalt	Andel
Episoder med ny hovedtilstand	26	39	67 %
Stjernekode (*) lagt til hovedtilstand	0	39	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 3. tegnsnivå	2	39	5 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 4. og 5. tegns nivå	0	39	0 %
Annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Annen tilstand ikke dokumentert - kode slettet	30	84	36 %
Annen tilstand dokumentert - kode lagt til	33	92	36 %
Stjernekode (*) lagt til annen tilstand	0	84	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 3. tegns nivå	1	84	1 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 4. og 5. tegns nivå	0	84	0 %
Bytte hovedtilstand annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Hovedtilstand omgjort til annen tilstand	10	39	26 %
Annen tilstand omgjort til hovedtilstand	5	84	6 %
Prosedyrer	Antall	Totalt	Andel
Prosedyre ikke dokumentert - kode slettet	10	58	17 %
Prosedyre dokumentert - kode lagt til	13	61	21 %
Prosedyre dokumentert, men feil klassifisert	2	58	3 %
Duplikat prosedyrekode slettet	0	58	0 %
HDG/DRG	Antall	Totalt	Andel
Episoder med endret HDG			
Episoder med endret DRG	27	39	69 %
Endret fra komplisert til ukomplisert innen samme DRG-par	0	39	0 %
Endret fra ukomplisert til komplisert innen samme DRG-par	0	39	0 %
Endring i DRG poeng	Antall	Endring DRG poeng	Andel
Episoder med endret DRG-vekt	25	-6,422*	-22 %
Episoder med redusert DRG-vekt	24	-7,439	-22 %
Episoder med økt DRG-vekt	1	0,389	1 %

\*Grunnet teknikaliteter knyttet til grunnlagsfilen for denne tabellen er det en liten diskrepans mellom sum endret DRG-vekt på episodenivå og sum endret DRG-vekt på oppholds nivå slik det fremkommer av tabell 9. Det er sum endring DRG-vekt på oppholds nivå som er det riktige tallet

For detaljerte revisjonsresultat med kommentarer for den enkelte episode se VEDLEGG E

## 2.5.2 DRG 34 SIV endringer på oppholds nivå

**Opprinnelig antall opphold i utvalget: 30**

**Ikke reviderbare opphold: 4**

*Tabell 9 DRG 34 SIV – Oppsummerte endringer DRG 26 opphold*

<b>Etter revisjon</b>	<b>Antall</b>
Opphold uendret DRG 34	9
Oppholde endret fra DRG 34 til DRG 35	3
Opphold endret fra DRG 34 til annen DRG	14
<b>Totalt</b>	<b>26</b>

**Endring i DRG-poeng: - 6,369**

For detaljerte resultat se VEDLEGG F

## 2.6 Resultater DRG 35 Sykehuset i Vestfold HF

**Utvalg:** 30 opphold 40 episoder

### 2.6.1 DRG 35 Endringer på episodenivå – SIV

**Ikke reviderbare episoder:** 1 (episoden ikke lagt inn i arbeidsgruppe av foretaket)

Tabell 10 Resultater DRG 35 Sykehuset i Vestfold HF

Hovedtilstand	Antall	Totalt	Andel
Episoder med ny hovedtilstand	14	39	36 %
Stjernekode (*) lagt til hovedtilstand	0	39	0 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 3. tegnsnivå	4	39	10 %
Feil klassifikasjon av hovedtilstand på 4. og 5. tegns nivå	1	39	3 %
Annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Annen tilstand ikke dokumentert - kode slettet	3	16	19 %
Annen tilstand dokumentert - kode lagt til	20	36	56 %
Stjernekode (*) lagt til annen tilstand	0	16	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 3. tegns nivå	0	16	0 %
Feil klassifikasjon av annen tilstand på 4. og 5. tegns nivå	0	16	0 %
Bytte hovedtilstand annen tilstand	Antall	Totalt	Andel
Hovedtilstand omgjort til annen tilstand	4	39	10 %
Annen tilstand omgjort til hovedtilstand	1	16	6 %
Prosedyrer	Antall	Totalt	Andel
Prosedyre ikke dokumentert - kode slettet	3	30	10 %
Prosedyre dokumentert - kode lagt til	9	36	25 %
Prosedyre dokumentert, men feil klassifisert	0	30	0 %
Duplikat prosedyrekode slettet	0	30	0 %
HDG/DRG	Antall	Totalt	Andel
Episoder med endret HDG			
Episoder med endret DRG	13	39	33 %
Endret fra komplisert til ukomplisert innen samme DRG-par	0	39	0 %
Endret fra ukomplisert til komplisert innen samme DRG-par	0	39	0 %
Endring i DRG poeng	Antall	Endring DRG poeng	Andel
Episoder med endret DRG-vekt	11	2,365	11 %
Episoder med redusert DRG-vekt	3	-0,395	-2 %
Episoder med økt DRG-vekt	8	2,760	13 %

For detaljerte revisjonsresultat med kommentarer for den enkelte episode se VEDLEGG G

## 2.6.2 DRG 35 SIV endringer på oppholds nivå

**Opprinnelig antall opphold i utvalget: 30**

**Ikke reviderbare opphold: 1** (pga 1 episode ikke lagt inn i arbeidsgruppen av foretaket)

*Tabell 11 DRG 35 Sykehuset i Vestfold – Oppsummerte endringer DRG 29 opphold*

<b>Etter revisjon</b>	<b>Antall</b>
Opphold uendret DRG 35	21
Oppholde endret fra DRG 35 til DRG 34	1
Opphold endret fra DRG 35 til annen DRG	7
<b>Totalt</b>	<b>29</b>

**Endring i DRG-poeng: +2,366**

For detaljerte resultat se VEDLEGG H

## 2.7 Bruk av R-koder som kode for hovedtilstand

I oppdragsdokumentet til denne dokumentkontroll fremkommer det at over halvparten av hovedtilstandene for opphold gruppert til DRG 34 for landet som helhet i 2023 utgjøres av diagnosekodene:

- R29.6 Falltendens ikke klassifisert annet sted
- R29.8 Annet eller uspesifisert symptom eller tegn med tilknytning til nervesystemet eller muskel-skjelettsystemet
- R41.0 Uspesifisert desorientering
- R41.8 Annet eller uspesifisert symptom eller tegn med tilknytning til kognitiv funksjon eller bevissthet

I de påfølgende tabellene har vi laget en oversikt per utvalg på episodenivå. Her angir vi hvor mange av disse fire R-kodene, samt episoder rapportert med andre R-koder, som har fått en primært mer spesifikk R-kode, eller kode fra annet kapittel i ICD-10, som kode for hovedtilstand

Tabell 12 DRG 34 STHF Hovedtilstand – Endring i HT for 14 episoder rapportert med R-kode

Opprinnelig kode HT	Antall	Endret til	
		«mer spesifikk» R-kode	Annen kode
R29.6	1	-	-
R29.8	8	4	-
R41.0	-	-	-
R41.8	1	1	-
Andre R-koder	4	-	-
<b>TOTALT</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>-</b>

1 av 3 opprinnelig rapporterte R-koder endres til annen R-kode  
 Ingen opprinnelige rapporterte R-koder endres til annen kode (ikke R-kode)

Tabell 13 DRG 35 STHF Hovedtilstand – Endring i HT for 26 episoder rapportert med R-kode

Opprinnelig kode HT	Antall	Endret til	
		R-kode	Annen kode
R29.6	1	1	-
R29.8	13	5	-
R41.0	1	-	-
R41.8	3	1	-
Andre R-koder	8	2	-
<b>TOTALT</b>	<b>26</b>	<b>9</b>	<b>-</b>

Drøyt 1 av 3 opprinnelig rapporterte R-koder endres til annen R-kode  
 Ingen opprinnelige rapporterte R-koder endres til annen kode (ikke R-kode)

Tabell 14 DRG 34 SIV Hovedtilstand – Endring i HT for 30 episoder rapportert med R-kode

Opprinnelig kode HT	Antall	Endret til	
		R-kode	Annen kode
R29.6	18	4	9*
R29.8	4	2	2
R41.0	1	-	-
R41.8	2	1	1
Andre R-koder	5	4	-
<b>TOTALT</b>	<b>30</b>	<b>11</b>	<b>12</b>

\*I de fleste tilfellene foreligger det en manifest skade (kontusjon, brudd, sår) som kan kodes med en S-kode fra Kpt. XIX Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker

Knapt 1 av 3 opprinnelig rapporterte R-koder endres til annen R-kode  
 Drøyt 1 av 3 opprinnelige rapporterte R-koder endres til annen kode (ikke R-kode)

Tabell 15 DRG 35 SIV Hovedtilstand – Endring i HT for 28 episoder rapportert med R-kode

Opprinnelig kode HT	Antall	Endret til	
		R-kode	Annen kode
R29.6	-	-	-
R29.8	10	7	-
R41.0	3	-	-
R41.8	3	1	-
Andre R-koder	12	6	3
<b>TOTALT</b>	<b>28</b>	<b>14</b>	<b>3</b>

1 av 2 opprinnelig rapporterte R-koder endres til annen R-kode  
 Drøyt 1 av 10 opprinnelige rapporterte R-koder endres til annen kode (ikke R-kode)

Som tabellene over viser er særlig kodene R29.6 *Falltendens ikke klassifisert annet sted* og R29.8 *Annet eller uspesifisert symptom eller tegn med tilknytning til nervesystemet eller muskel-skjelettsystemet* benyttet som kode for hovedtilstand. For opphold gruppert til DRG 34 og 35 er det en påfallende forskjell foretakene imellom mht. bruken de to kodene som kode for hovedtilstand som vist i tabell under. Dette kan indikerer at det foreligger en viss tradisjon ved det enkelte foretak mht. til hvilken R-kode som er den «foretrukne» ved koding av hovedtilstand for episoder som grupperes til DRG 34. Dette uten at revisor kan se noen nevneverdig forskjell i dokumentasjonen ved de to foretakene knyttet til disse episodene.

Tabell 16 Bruk av R92.6 og R92.8 som kode for hovedtilstand ved episoder som opprinnelig ble gruppert til DRG 34 og 35

Foretak	Utvalg	Antall episoder totalt	Episoder rapportert med hovedtilstand			
			R29.6		R29.8	
			Antall	Andel	Antall	Andel
STHF	DRG 34	23	1	4 %	9	39 %
STHF	DRG 35	31	1	3 %	13	42 %
SIV HF	DRG 34	43	21	49 %	4	9 %
SIV HF	DRG 35	40	0	0 %	10	25 %

## 2.8 Hva bidrar til endring av DRG

Det er tre forhold som alene eller sammen kan bidra til endring av en episodes DRG:

- Endring i valg av eller koding av hovedtilstand
- Endring i valg av eller koding av andre tilstander
- Endring i valg av eller koding av prosedyrer

Når det gjelder grupperingslogikken knyttet til DRG 34 og 35 har rapportering av prosedyrer ingen innvirkning på grupperingen av oppholdet

Der et opphold består av flere episoder vil endring av kodingen i en eller flere episoder kunne medføre at oppholdet endrer DRG.

I denne dokumentkontrollen ser vi, alle episoder under ett, at endring av den enkelte episodes DRG, med unntak av to episoder, skyldes endring av valg og/eller kode for hovedtilstand.

I de to episodene der sletting av annen tilstand alene medfører endring i episodens DRG så dreier dette seg om en somatisk tilstand.

## Del 3 Kommentarer

### 3.1 Valg av hovedtilstand

Generelt gjelder det at episoder som grupperes til DRG 34 og 35 typisk er pasienter som primært innkommer som øyeblikkelig hjelp med flere og til dels diffuse symptomer, og hvor innleggelsen er begrunnet med mistanke om nevrologisk lidelse. Det kan være akutt oppståtte symptomer med mistanke om f.eks. hjerneslag, eller symptomer som gradvis har tilkommet og/eller forsterket seg over tid. Ofte påvises det ingen manifest nevrologisk lidelse ifm. oppholdet og akutt oppståtte symptomer klinger gjerne av under oppholdet.

Ved et mangslungent symptombilde er det utfordrende for kliniker å velge hvilket av symptomene pasienten fremviser under oppholdet som kvalifiserer for valg av hovedtilstand i tråd med de ordinære kodereglene:

*Hovedtilstanden er den tilstanden som helsehjelpen hovedsakelig er gitt for under oppholdet eller konsultasjonen, bedømt ved slutten av oppholdet eller konsultasjonen. Hvis mer enn én tilstand kan være aktuell, velges den som har krevd mest behandlingsressurser medisinsk sett.<sup>1</sup>*

Når mange symptomer (tilstander) alle fremstår som «like viktige» for den helsehjelpen som er gitt er det en nær umulig oppgave for kliniker å velge hvilket av symptomene som kvalifiserer for valg av hovedtilstand.

Løsningen mht. koding av hovedtilstand er i disse tilfellene å benytte en mer uspesifikk «samlekode» for hovedtilstand, f.eks. *R29.8 Annet eller uspesifisert symptom eller tegn med tilknytning til nervesystemet eller muskel-skjelettsystemet*, og rapportere de enkelte symptomene som har hatt betydning for helsehjelpen som annen tilstand. Det er derfor ikke uventet at episoder som grupperes til DRG 34 og 35 ofte vil ha denne type mer eller mindre uspesifikke «samlekoder» som kode for hovedtilstand.

Dokumentkontrollen viser imidlertid at selv om hovedtilstand i mange tilfeller er rimelig godt dokumentert i journalnotater og/eller epikrise, rapporteres hovedtilstand likefullt med en mer eller mindre uspesifikk kode, typisk fra *ICD-10 Kpt. XVIII (R00-R99) Symptomer og tegn med tilknytning til sirkulasjons- og åndedrettssystemet*.

### 3.2 Årsaker til endring av DRG

Dokumentkontrollen avdekker tre primære forhold som bidrar til endringene i DRG:

- Det er utfordrende å velge hovedtilstand der pasienten innlegges som følge av et sammensatt og til dels diffust symptombilde, uten at noen av symptomene fremstår viktigere enn andre mht. gjennomføring av helsehjelpen under oppholdet.
- Manglende samsvar mellom dokumentasjon og rapportering mht. valg av både hovedtilstand og andre tilstander
- Manglende kunnskap om eller etterlevelse av retningslinjene for koding av en tilstand.

---

<sup>1</sup> Kodeveiledningen 2024 pkt. 2.2



Samlede antall opphold i DRG 34 og 35 som endrer DRG ved de 2 foretakene etter revisjon er som følger:

- 6 av 44 (14 %) opphold ved Sykehuset i Telemark
- 25 av 55 (45 %) opphold ved sykehuset i Vestfold.

Endringene i DRG skyldes, med unntak av 2 opphold ved Sykehuset Telemark, endringer i valg av eller koding av hovedtilstand

### 3.3 Endring i andel DRG 34

Samlet gir dokumentkontrollen følgende endringer i antall opphold gruppert til DRG 34 og 35:

Tabell 17 Endring i antall opphold gruppert til DRG 34 og 35

Foretak	DRG 34			DRG 35		
	Ant. før	Ant. til annen DRG	Andel endret DRG	Ant. før	Ant. til annen DRG	Andel endret DRG
SIV HF	26	17	65 %	29	8	28 %
STHF	14	4	29 %	30	2	7 %

#### Sykehuset Telemark – Endring i andel DRG 34

Opprinnelig antall opphold trukket for dokumentkontroll ved STHF var hhv. 15 opphold i DRG 34 og 30 opphold i DRG 35. 1 opphold i DRG 34 lot seg ikke revidere. Da antall opphold i hhv. DRG 34 og DRG 35 ikke er det samme, lar det seg ikke gjøre å beregne en endring i andel DRG 34 på bakgrunn av dokumentkontrollen. Basert på tall fra NPR (tabell 1 i denne rapporten) var andelen DRG 34 av totalt antall opphold gruppert til DRG 34/35 24,2 %

#### Sykehuset i Vestfold - Endring i andel DRG 34

Opprinnelig antall opphold trukket ut for dokumentkontroll ved SIV var hhv. 30 opphold i DRG 34 og 30 opphold i DRG 35. 4 opphold i DRG 34 og 1 opphold i DRG 35 lot seg ikke revidere. Endring i andel DRG 34 av totalt antall opphold i DRG 34 og 35 etter dokumentkontroll ser slik ut:

Tabell 18 SIV Endring i andel DRG 34 før og etter dokumentkontroll av 55 opphold

	DRG 34	Sum DRG 34 + 35	Andel DRG 34
Før revisjon	26	55	47 %
Etter revisjon	10	34	29 %

### 3.4 Oppsummering og vurderinger

Opphold valgt ut for dokumentkontroll ved de to foretakene utgjør samlet for DRG 34 og 35 i 2023 hhv. :

- 45 av 388 (12 %) opphold i DRG 34 og 35 ved Sykehuset Telemark
- 60 av 461 (13 %) opphold i DRG 34 og 35 ved Sykehuset i Vestfold

Med et begrenset antall opphold i hvert av utvalgene må funnene gjort i denne dokumentkontrollen tolkes med en viss grad av forsiktighet. Resultatene gir imidlertid en relativt tydelig indikasjon på at den store spredningen i andel DRG 34 for DRG-paret 34/35 mellom de to reviderte foretakene, slik de fremkommer i NPR, vanskelig kan begrunnes i en ulik pasientpopulasjon ved de to foretakene imellom. Primært synes det å være valg av hovedtilstand og/eller kodingen av denne som forklarer den observerte forskjellen i andel DRG 34 mellom de to foretakene.

Grupperingslogikken knyttet til DRG-paret 34 og 35 er enkelt forklart slik:

- Det er definert 244 ICD-10 koder som når rapportert som hovedtilstand styrer et opphold til **DRG 35 Sykdommer i nervesystemet ITAD u/bk**
- For at et opphold skal grupperes til **DRG 34 Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk** gjelder at oppholdet må være kodet med en av de samme hovedtilstandene som styrer til DRG 35, kombinert med rapportering av en eller flere av 939 definerte ICD-10 koder som annen tilstand.

Dokumentkontrollen viser at det primært er utfordringer knyttet til den medisinske kodingen som forklarer forskjellene i observert andel DRG 34 av DRG34/35 mellom de to foretakene.

Dokumentkontrollen gir en indikasjon på at dette særlig dreier seg om

- Utfordringene ved å velge riktig hovedtilstand for oppholdet hos pasienter med mange diffuse symptomer.
- Manglende etterlevelse av de gjeldende koderegler (inkl. krav til dokumentasjon) for rapportering av en episode.

Opphold gruppert til DRG 34 og 35 er i utgangspunktet den samme pasientpopulasjonen; «*Sykdommer i nervesystemet ITAD (ikke tildelt annen DRG)*». Dette er som grupperingslogikken viser en inhomogen gruppe der 239 ulike hovedtilstander styrer oppholdet til DRG-paret 34/35. Stor inhomogenitet bidrar til at det er til dels store variasjoner i ressursbruk knyttet til helsehjelpen under det enkelte oppholdet. Dette er delvis løst ved å splitte pasientpopulasjonen i to grupper; *DRG 34 Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk* og *DRG 35 Sykdommer i nervesystemet ITAD u/bk*. Splitten er basert på rapportering av en eller flere av totalt 939 andre tilstander som presumptivt påvirker gjennomføringen av helsehjelpen og bidrar til økt ressursbruk.

Finansieringen av pasientpopulasjonen med «*Sykdommer i nervesystemet ITAD (ikke tildelt annen DRG)*» på nasjonalt nivå utgjøres av summen av DRG-poeng for samtlige opphold i DRG 34 og 35 innrapportert fra foretakene. Litt enkelt forklart kan dette sees som «en felles pott» avsatt til finansiering av oppholdene. Et foretak med en høy andel opphold i DRG 34, riktig eller feil, får en større del av potten enn foretak med en lavere andel.

Utfordringene knyttet til kodekvaliteten ved helseforetakene er påvist både i eksterne (Riksrevisjonen 2006 og 2016) og interne dokumentkontroller. Bedret kodekvalitet har vært og er et fokus i helseforetakene. Det gjenstår imidlertid et godt stykke arbeid for å nå målet om en tilfredsstillende kodekvalitet. Overført på funnene i denne dokumentkontrollen, er det lite trolig at en på kort sikt vil oppnå en bedret kodekvalitet, og dermed en riktigere andel DRG 34 for opphold gruppert til DRG 34 /35 foretakene imellom.

I et finansieringsmessig øyemed vil en mulig løsning for å utligne en urettmessig fordeling av midlene knyttet til pasientpopulasjonen med «*Sykdommer i nervesystemet ITAD (ikke tildelt annen DRG)*», være å oppheve splitten av oppholdene i de med og de uten kompliserende andre tilstander, og samle alle i en felles DRG. Ressursbruken knyttet til det enkelte opphold målt ved kostnad per pasient vil være uendret, og gjenspeiles i den beregnede kostandsvekten for en samlet DRG.

Midlene RHFene mottar for behandling av denne pasientpopulasjonen vil følgelig bli den samme.

RHFene beslutter selv hvorledes de vil fordele disse midlene videre ned på foretaksnivå

Ved å samle alle oppholdene i en felles DRG vil en unngå at forskjeller i den medisinske koding bidrar til ulik finansiering av opphold knyttet til pasientpopulasjonen med «*Sykdommer i nervesystemet ITAD (ikke tildelt annen DRG)*».

## Avregningsutvalgets årsrapport 2024

### Utgitt

25. november 2024

### Utgitt av

Helsedirektoratet

### Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

### Besøksadresse

Vitaminveien 4, Oslo

**Telefon** 47 47 20 20

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)