

Avregningsutvalgets årsrapport 2022

Arbeid med aktivitetsbasert
finansiering 2021



Innhold

Forord	3
Sammendrag	5
Om avregningsutvalget	6
Mandat	7
Arbeidsform	7
Sammensetning	8
Hovedtrekk i arbeidet 2022	9
Vurderinger og anbefalinger	13
Saksomfang	14
Anbefalinger	15
22/6938 DRG 980H ØH-relaterte muskel- og skjelettilstander uten overnatting	16
22/6941 DRG 701O Kodepraksis ved poliklinisk endoskopi av øvre luftveier	19
22/6942 DRG 466 Kodepraksis ved etterbehandling u/ondartet sykdom som bidiagnose	22
21/4749 Ambulante konsultasjoner LAR-behandling	25
21/4753 Bruk av Z03-koder	29
21/4750 DRG 34 Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk	31
20/4286 DRG 217 Sårrev og hudtranspl eksl hånd pga traume/sykd i HDG 8	33
20/3958 DRG 442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk	35
20/3956 DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade	37
19/2881 Utredning av hjertesykdom i DRG 125 og DRG 125O	39
19/27629 Behandling av pasienter med fedme i DRG 297	41
18/1820 Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35	43
17/5573 Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted	46
17/28390 Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner	49
17/11400 Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering	51
13/4904 Flere registrerte episoder samme dag	53

Tekniske beregninger	54
Aktivitetsbasert finansiering (ABF)	55
Tekniske beregninger av anbefalte avregninger	55
20/3956 DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade	56
19/27629 Behandling av pasienter med fedme i DRG 297	58
18/1820 Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35	59
17/5573 Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted	61
17/28390 Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner	63
17/11400 Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering	66
Vedlegg	68
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	69

Forord

Avregningsutvalget legger herved fram resultatene fra sitt arbeid i 2022. Utvalget har kontrollert de medisinske registreringene som er underlaget for de aktivitetsbaserte refusjonene til landets sykehus gruppert gjennom Diagnoserelaterte grupper. De aktivitetsbaserte refusjonene utgjør en vesentlig andel av inntektsgrunnlaget for sykehusene.

Feil i de medisinske registreringene fører til at refusjonene havner på avveie mellom sykehus og helseregioner. Lik praktisering av registrering av medisinske opplysninger er nødvendig for korrekt og tilsiktet inntektsfordeling, og avregningsutvalgets kontrollarbeid ansees som nødvendig for å opprettholde legitimitet til den aktivitetsbaserte finansieringsløsningen. Over tid har utvalget registrert at feil blir varig korrigert. Det bidrar til å øke kvaliteten på registerdata, og dermed verdien av gjenbruk av innsamlede medisinske registreringer.

Kontrollarbeidet tar utgangspunkt i årlige uttrekk fra Norsk pasientregister. Sammenligninger og analyser av kodepraksis mellom sykehus og over tid hjelper utvalget med å vurdere årsaker til forskjeller og endringer i de aktivitetsbaserte refusjonene. Koronapandemien påvirket sykehusene og statens finansiering av sykehusene også i 2021. Avregningsutvalget har søkt å ta hensyn til denne situasjonen i sine analyser og vurderinger. Rapporten viser eksempel på koronarelaterte feilregistreringer.

Utvalget har arbeidet seg fram mot konsensus om sine konklusjoner og anbefalinger i 2022. Siden medlemmene er rekruttert fra sykehusene, er habilitetsvurderinger en løpende problemstilling i alle saker.

Avregningsutvalget behandler nyoppståtte problemstillinger og følger opp saker fra tidligere år, for å avklare hvorvidt feilregistreringer er blitt varig korrigert, eller om utbetalingene fortsatt skal korrigeres. Ordningen med aktivitetsbasert finansiering (ABF) forvaltes av Helsedirektoratet. Avregningsutvalget gir sine anbefalinger om endringer i refusjonene til sin oppdragsgiver. Rapporten viser hvordan dette skjer, bl.a gjennom innledende dialog, observatørplassering og anbefalinger med tekniske beregninger. Utvalget gir dessuten enkelte anbefalinger om endringer omkring koding og innretning av DRG-gruppering.

Årsrapporten henvender seg til ulike målgrupper i spesialisthelsetjenesten, fra kliniske fagmiljø, helseadministratorer og til sentral helseforvaltning. Utvalget har søkt å framstille arbeidet slik at det skal være forståelig for målgruppene, trass i terminologi og medisinske vurderinger. Rapporten skal dessuten dokumentere saksbehandlingen på en etterrettelig måte. Det er leserne som avgjør om vi lykkes i vår framstilling, og vi inviterer til å gi tilbakemeldinger med forslag til forbedringer.

Utvalget vil rette en takk til velvillig bistand i regelfortolkning fra Direktoratet for e-helse i enkeltsaker i året som gikk. Videre rettes det en stor takk til erfarne og kunnskapsrike eksterne bidragsyttere under et fagseminar som ble avholdt for medlemmene i løpet av året som gikk.

Trondheim, 2.desember 2022

Bjørn Buan (leder)
Alf Henrik Andreassen
Tove Bjerkreim
Wender Figved
Erlend Hangaard
Anne Wenche Lindboe
Suzana Rosic
Erik Rødevand
Arne Seternes
Lisa Steffensen
Andreas Stensvold
Halfdan Aass

Eira Enodd (observatør)

Adrian Tveit Lundemo (sekretariat)
Bente Urfjell (sekretariat)

Sammendrag

Avregningsutvalget behandlet 16 saker i 2022. Sakenes problemstilling var etterlevelse av riktig medisinsk koding, omsorgsnivå og registrering av andre viktige parametere i pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten i 2021. 15 saker er innen den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten og en sak innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

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 47 millioner kroner. Alle sakene som ble behandlet i 2022 ble meldt inn fra Helsedirektoratet. 3 saker var nye av året, mens 13 var oppfølging av saker fra tidligere år.

Tabell 1. Avregningsutvalgets anbefaling om avregning av ABF for 2021 fordelt på pasientens bostedsregion.

Pasientens bostedsregion	Anbefalt avregning
Helse Sør-Øst RHF	- Kr 22 221 113
Helse Vest RHF	-Kr 8 317 633
Helse Midt-Norge RHF	-Kr 6 689 012
Helse Nord RHF	-Kr 9 908 606
SUM	-Kr 47 136 364

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 2022 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 3.1 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 ved Avdeling helseregistre. 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 2022 har Avregningsutvalget hatt følgende sammensetning:

Bjørn Buan (leder)	Kommuneoverlege i Surnadal
Alf Henrik Andreassen	Avdelingsdirektør Hudavdelingen og Revmatologisk avdeling, spesialist indremedisin og lungesykdommer, Helse Bergen HF
Tove Bjerkreim	Overlege anestesi, Helse Stavanger HF (til september 2022)
Wender Figved	Avdelingssjef og spesialist i ortopedi, PhD, Bærum sykehus, Vestre Viken HF
Erlend Hangaard	Avdelingsleder og spesialist psykiatri, Oslo universitetssykehus HF
Anne Wenche Lindboe	Fagsjef og spesialist anestesi, Diakonhjemmet sykehus
Suzana Rosic	Overlege gynekologi, Kirkenes sykehus, Finnmarksykehuset HF
Erik Rødevand	Overlege revmatologi, St. Olavs hospital HF (til juni 2022)
Arne Seternes	Overlege karkirurgi, PhD, St. Olavs hospital HF
Lisa Steffensen	Overlege og seksjonsoverlege bryst- og endokrinkirurgi, Nordlandssykehuset HF
Andreas Stensvold	Avdelingssjef kreftavdelingen, PhD, Sykehuset Østfold HF
Halfdan Aass	Medisinsk direktør, dr. med, Vestre Viken HF (til mai 2022)

Observatør fra Avdeling finansiering i Helsedirektoratet:

Eira Enodd (rådgiver)

Sekretariat fra Avdeling helseregistre i Helsedirektoratet:

Adrian Tveit Lundemo (seniorrådgiver) og Bente Urfjell (seniorrådgiver)

Hovedtrekk i arbeidet 2022

Denne delen av rapporten gir en kortfattet, tematisk og faglig inndelt oversikt over problemstillingene som var oppe til behandling i avregningsutvalget i 2022. Det innledende sammendraget i rapporten la vekt på kontrollarbeidets omfang og resultatene fra saksbehandlingen. Den fullstendige saksframstillingen av hver enkelt sak gis i rapportens kapittel Vurderinger og anbefalinger.

Ut over anbefalinger om avregning av foregående års ABF-refusjoner, har utvalget også gitt konkrete anbefalinger som peker på framtidig oppfølging av saker, og på mulige forbedringer i ABF-løsningens regelverk og tilhørende IT-løsning/DRG-gruppering. Det omtales i kapitlet Vurderinger og anbefalinger.

Sakene som ble behandlet i 2022 og førte til avregning kan deles inn i tre hovedtema:

- Feil i valg av hovedtilstand ved ikke-kirurgisk helsehjelp
- Feilkoding ved kirurgi
- Feil tolkning av regelverket for Aktivitetsbasert finansiering

Seksten saker, tre nye

Avregningsutvalget behandlet i alt 16 saker i 2022. Kun tre av sakene var nye problemstillinger for utvalget. Kan hende kan begrensningen i sakstilfang forklares ved prioriteringer i Helsedirektoratet under koronapandemien. Erfaringer over tid har vist at det er nødvendig å kontrollere sakene over flere år for å lykkes med varige forbedringer. Dessuten mottar utvalget enkelte saker med fornyet og spisset problemstilling opptil flere ganger, ettersom mer omfattende problemstillinger avdekkes i den enkelte sak.

Tematisk inndeling og problemstillinger

Avregningsutvalget undersøkte kvaliteten i de medisinske registreringene fra opphold knyttet til ti medisinske spesialiteter, både kirurgiske og ikke-kirurgiske disipliner i 2022. Denne bredden i saksomfang er søkt ivaretatt gjennom rekrutteringen til utvalget.

Følgende problemstillinger ble behandlet i 2022 (saksnummer i parentes):

- *Kodepraksis ved øyeblikkelig hjelp uten overnatting for enkelte muskel- og skjelettilstander (22/6938)*
- *Kodepraksis ved endoskopisk undersøkelse i øvre luftveier (22/6941)*
- *Kodepraksis ved etterbehandling unntatt ved kreft (20/6942)*
- *Kodepraksis ved legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (21/4749)*
- *Kodepraksis ved uklare tilstander og kontaktårsaker (21/4753)*
- *Kodepraksis ved nervesykdommer med komplikasjoner (21/4750)*
- *Kodepraksis ved plastikkirurgisk sårbehandling og hudtransplantasjoner unntatt hånd og skader (20/4286)*
- *Kodepraksis ved operasjoner etter skade med komplikasjoner (20/3958)*
- *Kodepraksis ved alvorlig ervervet hjerneskade (20/3956)*
- *Valg av omsorgsnivå ved utredning av hjertesykdom med angina pectoris mm. (19/2881)*
- *Valg av omsorgsnivå for behandling av fedme (19/27629)*
- *Kodepraksis ved kirurgisk behandling av tidligere arr og huddefekter fra kirurgi, alternativt kirurgisk fjerning av et stykke hud (18/1820)*

- *Kodepraksis ved respirasjonssvikt (17/5573)*
- *Registreringspraksis ved permisjoner under kortvarige sykehusopphold (17/28390)*

Seks av sakene førte til anbefaling om avkortning av refusjonene. Den økonomiske betydningen er beskrevet i kapitlet Tekniske beregninger av anbefalte avregninger. De øvrige ti sakene ble behandlet uten avregning. Påvist variasjon i forbruk av tjenester over tid og mellom geografiske områder kan ha andre årsaker enn feil ved registreringer, som for eksempel naturlig variasjon over tid i forbruk av sykehustjenester eller endringer i organisering og omfang av tjenestetilbud. Som nevnt nedenfor, kan begrensninger i tilgjengelig verifikasjonsmetode også hatt betydning for utfallet i et par saker.

Kun tre av sakene var nye for utvalget. Ingen av disse sakene ble anbefalt avregnet. De øvrige sakene hadde vært behandlet i utvalget tidligere år. Bortsett fra en sak om feil registrering av flere episoder samme dag fra 2013, hadde de øvrige sakene vært oppe til behandling fra og med 2017.

Sakene var dominert av problemstillinger ved registreringer innenfor somatisk helsetjeneste. Kun en av sakene omhandlet psykisk helse og rus, mer spesifikt om registreringspraksis ved ambulant LAR-behandling (Legemiddelassistert rehabilitering hos rusmiddelavhengige). Etter langvarig kartlegging og analyse var utvalget ikke i stand til å avgjøre hvorvidt ett eller flere av helseforetakene burde avregnes uten en dokumentkontroll. Denne lot seg ikke gjennomføre i dette året. Utvalget vurderer at en slik gjennomgang vil gi nyttig innsyn i både organisering av tjenestetilbud, innhold i tjenestene og bredden i registreringspraksis.

I 2022 omhandlet elleve saker spørsmål om feil ved medisinsk koding. Det ble funnet flere feil ved registrering av tilstander enn ved behandlinger og undersøkelser/prosedyrer. I ett tilfelle handlet problemstillingen for eksempel om feilkoding knyttet til registrering av generelle kontaktårsaker (bruk av ICD-10 kode Z-03 for Medisinsk observasjon og vurdering ved mistanke om sykdommer og tilstander). Det er et tema som utvalget har behandlet flere ganger gjennom årene. Hvis mistanke om sykdom/tilstand ikke kan bekreftes, skal de dominerende symptomer og organsystem i regelen registreres. Endringer i databehandlingen i Norsk pasientregister eliminerer heretter den økonomiske betydningen ved feil bruk av denne koden.

I fem saker var det stilt spørsmål ved mulige feil i administrative registreringer, som feil valg av omsorgsnivå (innleggelse, dagbehandling/ dagkirurgi eller poliklinikk) eller feil i henhold til spesifikke krav til administrative registreringer (flere kontakter samme dag, permisjonsregler).

Under kapitlet om tekniske beregninger går det fram at feil praktisering av permisjonsregler sto for det desidert største økonomiske avviket i statistikkåret 2021. Om lag to tredjedeler av det totale avregningsbeløpet var begrunnet i denne ene saken. Etter seks års behandling fant utvalget grunn til en mer skjerpet innstilling om avkortning i denne saken, i et forsøk på å bidra til bedre etterlevelse av gjeldende regler for permisjoner.

Under årets gjennomgang ble det klart at ekstern kodefaglig bistand ville være både ønskelig og nødvendig. Ekspertise fra Direktoratet for e-helse la fram for utvalget en nyttig oversikt over gjeldende koderegler for respirasjonssvikt med bakgrunn i en rekke endringer de seneste 15 årene. Hovedregelen for klassifisering av hovedtilstand er å velge kode for årsak framfor manifestasjon, slik WHO har anbefalt. Men her finnes unntak. De ble hensyntatt under årets saksbehandling.

Geografisk fordeling og utvikling over tid

Antall saker og omfang av avregningsbeløp fordeler seg noenlunde likt på hver av helseregionene over noen år, når vi korrigerer for folketallet. Den årlige avregning er likevel et tydelig signal til helseforetakene om behov for forbedring.

En gjennomgang av avregningsutvalgets saksomfang over flere år vil vise at saksfelt varierer over hele tjenestespekteret, slik at alle kliniske spesialiteter i spesialisthelsetjenesten har vært kontrollert opptil flere ganger gjennom årenes løp. Som del av kontrollarbeidet føres dialog med sykehusene. Slik styrkes kompetansen både i utvalget og i sykehusene. Det er dessuten god grunn til å anta at den trening som dagens og tidligere utvalgsmedlemmer opparbeider, tilfører respektive enheter og fagmiljø ekstra kompetanse.

Etter hvert som feilkoding korrigeres, ser det likevel ut til at nye feil oppstår. Graden av kompleksitet i sakene som kommer opp til behandling varierer fra år til år, men det kan se ut til at antall krevende og kompliserte saker i større grad preger utvalgsarbeidet de senere årene enn tidligere. Det påvirker utvalgets kapasitet, målt i antall saker per år. Utvalget har imidlertid god tilgang til ekstern ekspertise, dersom intern kompetanse er utilstrekkelig.

Det vises ellers til tidligere årsrapporter på Helsedirektoratets nettsider for mer detaljert gjennomgang av utviklingen over tid.

Vurderinger og anbefalinger

Saksomfang

Avregningsutvalget behandlet 16 saker i 2022. Tre av disse er nye saker for 2021. Tretten er oppfølging av saker fra tidligere år. Alle årets saker er meldt inn til Avregningsutvalget fra Avdeling finansiering i Helsedirektoratet.

Saksbehandlingen i Avregningsutvalget har ikke ført til at det anbefales avregning i noen av de nye sakene. 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 seks av dem.

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

Tabell 2: saker behandlet av Avregningsutvalget i 2022 med utfall av anbefaling.

Saksnr	Sakstittel	Avregning
22/6938	DRG 980H ØH-relaterte muskel- og skjelettilstander uten overnatting	Nei
22/6941	DRG 7010 Kodepraksis ved poliklinisk endoskopi av øvre luftveier	Nei
22/6942	DRG 466 Kodepraksis ved etterbehandling u/ondartet sykdom som bidiagnose	Nei
21/4749	Ambulante konsultasjoner og LAR-behandling	Nei
21/4753	Bruk av Z03-koder	Nei
21/4750	DRG 34 Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk	Nei
20/4286	DRG 217 Sårrev og hudtranspl eksl hånd pga traume/sykd i HDG 8	Nei
20/3958	DRG 442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk	Nei
20/3956	DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade	Ja
19/2881	Utredning av hjertesykdom i DRG 125 og DRG 1250	Nei
19/27629	Behandling av pasienter med fedme i DRG 297	Ja
18/1820	Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35	Ja
17/5573	Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted	Ja
17/28390	Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner	Ja
17/11400	Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering	Ja
13/4904	Flere registrerte episoder samme dag	Nei

Avregningsutvalget anbefaler avregning som medfører reduksjon i utbetalinger i ABF 2021 på i overkant av 47 millioner kroner. Anbefalingene får 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		
	2019	2020	2021
Helse Sør-Øst RHF	- Kr 36 113 572	- Kr 43 203 197	- Kr 22 221 113
Helse Vest RHF	- Kr 7 183 906	-Kr 10 872 020	- Kr 8 317 633
Helse Midt-Norge RHF	- Kr 2 092 641	-Kr 4 528 129	- Kr 6 689 012
Helse Nord RHF	- Kr 10 587 254	-Kr 12 620 845	- Kr 9 908 606
SUM	- Kr 55 977 372	-Kr 71 224 191	- Kr 47 136 364

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.

22/6941 Kodepraksis ved poliklinisk endoskopi av øvre luftveier:

Halfdan Aass

21/4749 Ambulante konsultasjoner og LAR-behandling:

Tove Bjerkreim

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

Halfdan Aass, Arne Seternes og Andreas Stensvold

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

Halfdan Aass, Wender Figved og Arne Seternes

20/3958 DRG 442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk:

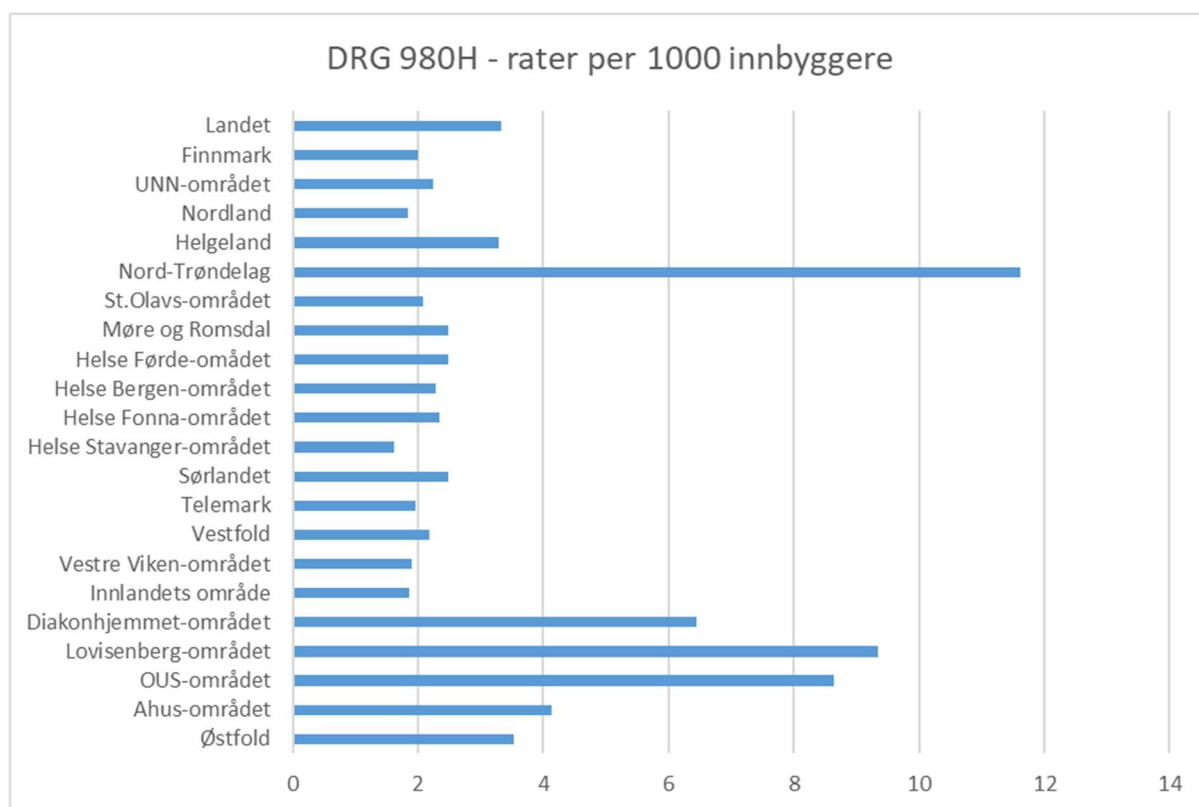
Halfdan Aass

Anbefalinger

På de neste sidene presenteres Avregningsutvalgets vurderinger og anbefalinger i alle saker som ble behandlet i 2022.

22/6938 DRG 980H ØH-relaterte muskel- og skjelettilstander uten overnatting

Saken er ny i 2022. I analyser av ABF-data for 2021 ble det observert en stor geografisk variasjon i omfanget av opphold i DRG 980H ØH-relaterte muskel- og skjelettilstander uten overnatting. I opptaksområdet til Sykehuset i Nord-Trøndelag er det over tre ganger så mange opphold i DRG 980H per 1000 innbygger (7,1) som gjennomsnittet for hele landet (2,2) per 2. tertial 2021. Det er også høye rater i opptaksområdene til Oslo universitetssykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus hvor samtlige overstiger det dobbelte av gjennomsnittet for hele landet. Over halvparten av oppholdene i 980H er registrert med M796 Smerte i ekstremitet som hovedtilstand. Kun en liten andel av oppholdene er registrert med prosedyrekoder.



Helsedirektoratet ba AU vurdere kodepraksis for aktivitet i DRG 980H. AU bes vurdere årsakene til variasjonen i omfang og om eventuelle forskjeller eller mangler i kodepraksis gir grunnlag for avkortning.

Opphold som grupperer til 980 DRG-ene er opphold av lengre varighet og oppholdene er høyere vektet enn de tilsvarende respektive polikliniske DRG-er. Hensikten er å få til en poliklinisk akutt utredning som hindrer innleggelse, jfr 8.18 side 88 i ISF-regelverket for 2021. Det ble observert at ikke bare helseforetakene med høy rate i 980H har stort omfang av opphold med M796 som hovedtilstand. Det er stor variasjonen i bruk av koden mellom helseforetakene generelt.

Det er krav om at innmåte-hastegrad skal være akutt. Det er flere diagnoser som grupperer til DRG 980H etter gitte kriterier.

For å hente inn ytterligere informasjonsgrunnlag ble det også sendt ut brev til Helse Nord-Trøndelag, OUS, Lovisenberg og Diakonhjemmet hvor det ble bedt om å redegjøre følgende:

- Hvilke pasientgrupper dreier det seg om og hva er pasientforløpet i denne DRGen?
- Hvilke avdelinger/enheter er det snakk om? Kan dere utarbeide en oversikt over bruk av kodene per klinikk, avdeling og seksjon?
- Hva er begrunnelsen for kodebruken?
- Kan dere, etter beste evne, redegjøre for tidsbruken/oppholdstiden for disse akuttpasientene?

Alle de tilskrevne helseforetakene svarte på henvendelsen.

Lovisenberg opplyser at det dreier seg i all hovedsak om pasienter som kommer inn med spørsmål om DVT (dyp venetrombose) og hvor dette avkreftes. Man konkluderer med og dokumenterer i journal at det er myalgi eller muskulære smerter. De ser at i noen tilfeller burde det vært benyttet en R-kode (symptom kode) fremfor M79. Dette fordi det ikke er beskrevet i journalen at dette handler om myalgi eller andre typer muskelsmerter. Hovedtyngden av disse pasientene er pasienter som kun er i medisinsk akuttmottak mellom en og sju timer. De reiser hjem etter at man har avkrefte sykdom. De er oftest ikke rapportert med prosedyrekoder siden prosedyrene som blir gjort er radiologiske og ikke rapporteres til NPR gjennom oppholdene på akuttmottaket.

Helse Nord-Trøndelag svarer at de har for stor bruk av ICD-10-koden M79. Den ligger litt for godt tilgjengelig i deres systemer. Dette vil de endre på. I mange tilfeller burde de brukt R-kode i stedet.

Diakonhjemmet sier at de fleste pasientene i deres opptaksområde ble behandlet ved OUS, derfor har de få opphold i denne DRGen selv. Dette dreier seg om pasienter henvist fra fastleger og legevakt med spørsmål om sykdom/skader som kan kreve innleggelse. Diakonhjemmet sykehus er effektive i utredningen og prioriterer å avklare den medisinske og kirurgiske tilstanden raskt slik at unødige innleggelser unngås. For mange av disse pasientene viser diagnosen at de har en mindre alvorlig tilstand enn det de var henvist for. Pasienten mottar således en rask utredning som avklarer tilstanden og unngår unødvendig ressursbruk. Dette gjelder særlig bruddmistanke eller andre smertesymptomer i ekstremitetene (eksempelvis spørsmål om DVT). De kommer inn i akuttmottaket, skrives inn, utredes, «frikjennes» og skrives ut igjen.

Diakonhjemmet tilstreber polikliniske løp fremfor innleggelse, altså en høy andel av poliklinikk. M791 *Myalgi* og M796 *Smerte i ekstremitet* er hyppig brukte diagnoser på pasientene som gjennomgår effektiv og rask utredning av potensielt alvorlig tilstand, men hvor utredningen ikke avdekker alvorlig sykdom.

For OUS var det i hovedsak snakk om pasienter som kommer til skadelegevakten under ortopedisk klinikk og resterende til akuttmottaket i medisinsk klinikk og det er ofte snakk om mistanke om dyp venetrombose. Det er lange konsultasjoner der pasienter triageres, det gjøres radiologisk undersøkelse og tas prøver. Det er ofte snakk om sammensatte problemstillinger. Alle pasienter med smertetilstander uten skade som ikke har en sikker annen diagnose (f.eks. tendinose, artrose) registreres med M79.6 *Smerte i ekstremitet*.

For å få et bedre bilde på utviklingen i data over tid ble det presentert analyser fra data for 2018, 2019, 2020 og 2. tertial 2021 på bruk av tilstandskode M79.6 *Smerte i ekstremitet* i tillegg til rapportert tidsbruk på konsultasjoner samt fordeling av DRG 980H og tilstandskode M79.6 for helseforetakene i 2. tertial 2021. Dette er lange konsultasjoner, men det er litt vanskelig å si hva som er "legetid" og hva som er venting på undersøkelser.

Utvalget vurderte videre om de geografiske forskjellene i DRG 980H er et uttrykk for ulike kjennskap til/oppfatninger om hvordan man skal kode opphold hvor mistanke om DVT avkrefte. Utvalget kom derfor fram til at det bør sendes en henvendelse til Direktoratet for e-helse med spørsmål om hva som er riktig koding ved tilfeller der DVT avkrefte.

De svarte med henvisning til kodeveilederen kapittel 22.6 *Avkrefte mistanke om sykdom*. Oppsummert skal man som kode for hovedtilstand velge passende kode for det tegnet eller symptomet som gjør at pasienten har søkt helsehjelp. Det er en faglig vurdering hvilket symptom dette er, og det vil altså være en individuell klinisk avgjørelse for hver pasient.

Når det gjelder DVT, kan dette gi flere ulike symptomer som smerte, hevelse og evt. også rødhet i hud (oftest i leggen). Det kan altså være flere aktuelle koder for hovedtilstand, hvor M79.6 kan være en av dem – men det er altså opp til behandler å avgjøre hvilken som har vært viktigst ved den aktuelle kontakten. Man legger så til Z03 som kode for annen tilstand.

Det ser ut til at det gis gode faglige grunner til å bruke en uspesifikk kode og ut fra svarene som er kommet i saken fra både helseforetakene og Direktoratet for e-helse ser ikke Avregningsutvalget noen vesentlig svikt i kodepraksis. Uspesifikk kode er brukt rett i situasjoner der det mistenkes DVT eller noe innen muskel/skjelett. Uspesifikk kode gir høyere refusjon enn en spesifikk kode. Dette kan det kompenseres for med å f.eks. tilføre at det skal være rapportert en UL-veiledet prosedyre med den uspesifikke koden for at oppholdet skal grupperes til DRG med høyere refusjon.

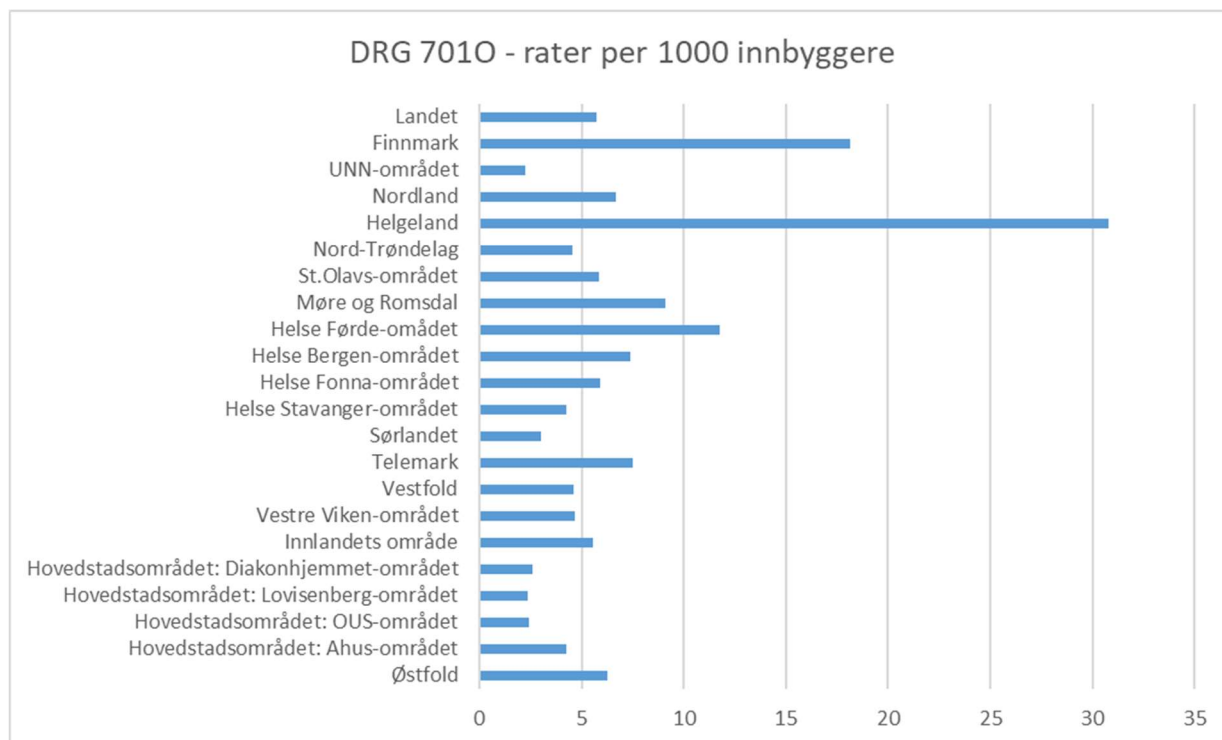
Bakgrunnen for DRG 980H er ønsket om å unngå innleggelse. DRGen er høyt vektet, noe som ofte innebærer at det er gjort mye. Det er ikke sikkert i disse tilfellene, og i tillegg synes det ikke i data om det er gjort røntgenundersøkelser. Utvalget kommer fram til at det er hensiktsmessig å utarbeide en henvendelse til DRG-fagmiljøet i Helsedirektoratet med forslag til endring i grupperingslogikk basert på interne vurderinger i utvalget. Det er ønskelig at pasientgruppen skal være noenlunde ressursmessig homogen og fremheve betydningen av prosedyrekoder.

Anbefaling

Saken ble avsluttet uten anbefaling om avregning. Det ble heller sendt en henvendelse til Helsedirektoratet med innspill til eventuell endring i logikk for DRG 980H.

22/6941 DRG 7010 Kodepraksis ved poliklinisk endoskopi av øvre luftveier

Saken er ny for 2022. Det ble observert geografisk variasjon i omfanget av DRG 7010 *Poliklinisk endoskopi av øvre luftveier* per 2. tertial 2021. I opptaksområdene til Helgelandssykehuset og Helse Finnmark er det over tre ganger så mange opphold i DRG 7010 per 1000 innbygger som gjennomsnittet for hele landet. Det er en høy forekomst av bruk av prosedyrekode DUH02 *Rhinofaryngoskopi*. Prosedyrekoden grupperer til DRG 7010.



Det er en betydelig variasjon i både omfang av opphold i DRG 7010 og bruk av prosedyrekode DUH02 mellom helseforetakene. Ved Helgelandssykehuset, som også har avvikende rate i DRG 7010, er tilnærmet 95 prosent av oppholdene i DRG 7010 registrert aktuell prosedyrekode. Vestre Viken og Sykehuset i Telemark har brukt prosedyrekoden i over 80 prosent av tilfellene.

Bruk av koden DUH02 forutsetter en undersøkelse utført med transluminal endoskopi. Koden skal ikke benyttes hvis det kun benyttes nesospekulum. Det er ikke noen prosedyrekode dersom kun nesospekulum benyttes.

Helsedirektoratet ber AU vurdere årsaken til den geografiske variasjonen i DRG 7010, og om rapportering av kode DUH02 i tilknytning til poliklinisk endoskopi av øvre luftveier følger samme kriterier på tvers av helseforetak. Dersom dette ikke er tilfellet, bes AU vurdere om det er grunnlag for avkortning.

Saken ble vurdert som aktuell å behandle i Avregningsutvalget. Det finnes ingen kode for undersøkelse med nesospekulum. Utvalget diskuterte om kode DUH02 er brukt kun når det er benyttet rhinofaryngoskopi eller er den også brukt feil når det kun er benyttet nesospekulum? Finnes det prosedyrekoder for mer avanserte prosedyrer enn rhinofaryngoskopi som brukes på andre sykehus? Er det en omlegging fra bruk av nesospekulum til rhinofaryngoskopi generelt?

Det ble aktuelt å sende brev til fagdirektør i Helse Nord RHF med spørsmål om hvilken prosedyre som er utført sammenliknet med det som er registrert. Det må beskrives hvilke pasienter tilbudet retter seg mot og om det eventuelt er en funksjonsfordeling i Helse Nord RHF som kan forklare forskjellene. Brevet sendes til Helse Nord siden det er svært ulik registreringspraksis på UNN og ved Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset.

Det ble spurt om følgende:

1. Kan dere redegjøre for hvilke pasientgrupper som får utført denne prosedyren og ved hvilke avdelinger gjøres dette?
2. Vi ønsker også å vite hvordan prosedyren DUH02 utføres:
 - a. Hva er kriteriene for å utføre prosedyrekoden DUH02?
 - b. Hvilke hjelpemidler / utstyr brukes?
 - c. Benyttes endoskop eller brukes det kun nesespekulum?
 - d. Hvem utfører selve undersøkelsen (legespesialist, lege, sykepleier?)
3. Funksjonsfordeling:
 - a. Har alle HF i Helse Nord egen ØNH avdeling / ØNH spesialist/ lege?
 - b. Er det funksjonsfordeling mellom HF mtp hvilke medisinske tilstander som behandles hvor innenfor ØNH-fagfeltet?

Ulike data-analyser ble forelagt utvalget, slik som bruk av DRG 7010 i 2019, 2020 og 2021, for å belyse utviklingen i tid. Det er totalt en nedgang i opphold som grupperer til denne DRGen, men det er variasjon mellom helseforetakene. Det ble også analysert fordeling på hvilke avdelinger som rapporterer prosedyrekoden DUH02 ved helseforetakene. For det meste er det ulike ØNH-avdelinger. Fordeling på kjønn og alder til pasienter der prosedyrekoden DUH02 er rapportert viser at det er en liten overvekt menn og at de fleste pasientene er i midtre aldersgrupper. Det er mange ulike tilstandskoder som er rapportert på opphold som grupperer til DRG 710. Koder i J-kapittelet går igjen.

Analysene viste også at det var behov for å tilskrive Helse Møre og Romsdal og Helse Førde med de samme spørsmål som er rettet til Helse Nord.

Finnmarkssykehuset HF svarte at det er standard å bruke endoskop nå og at nesespekulum brukes nesten ikke lenger. Helse Førde opplyste om at de bruker ikke nesospekulum, kun endoskop. Svar fra Helgelandssykehuset og Helse Møre og Romsdal bekrefter at bruk av endoskopi stort sett har erstattet bruk av nesospekulum, og at de mener at de bruker koden for endoskopi riktig. Møre og Romsdal kommenterer ulik tilgang til avtalespesialister innen ØNH som mulig forklaring på forskjell i rater.

Det diskuteres om endoskopi har blitt så vanlig at enkelte helseforetak ikke koder det lenger og at det er derfor man ser en variasjon i bruken av koden. Utvalget tenker det er viktig å undersøke hvilket bidrag avtalespesialistene kan ha for ØNH. Det kan være snakk om variasjon i forbruk i ratetall. Man kjenner til at det er mest bruk av avtalespesialister på Østlandet. Siden data fra avtalespesialister ikke grupperes til DRG må det undersøkes tilfeller hvor prosedyrekode DUH02 er brukt ved akutte kontakter.

Analysen på samlede ratetall for bruk av prosedyrekode DUH02 med bidrag både fra avtalespesialister og sykehus ble derfor lagt frem. Det viser seg at det er veldig ulikt bidrag fra

avtalespesialister i landet. Der det er mange avtalespesialister i faget er sykehusene mindre belastet og omvendt.

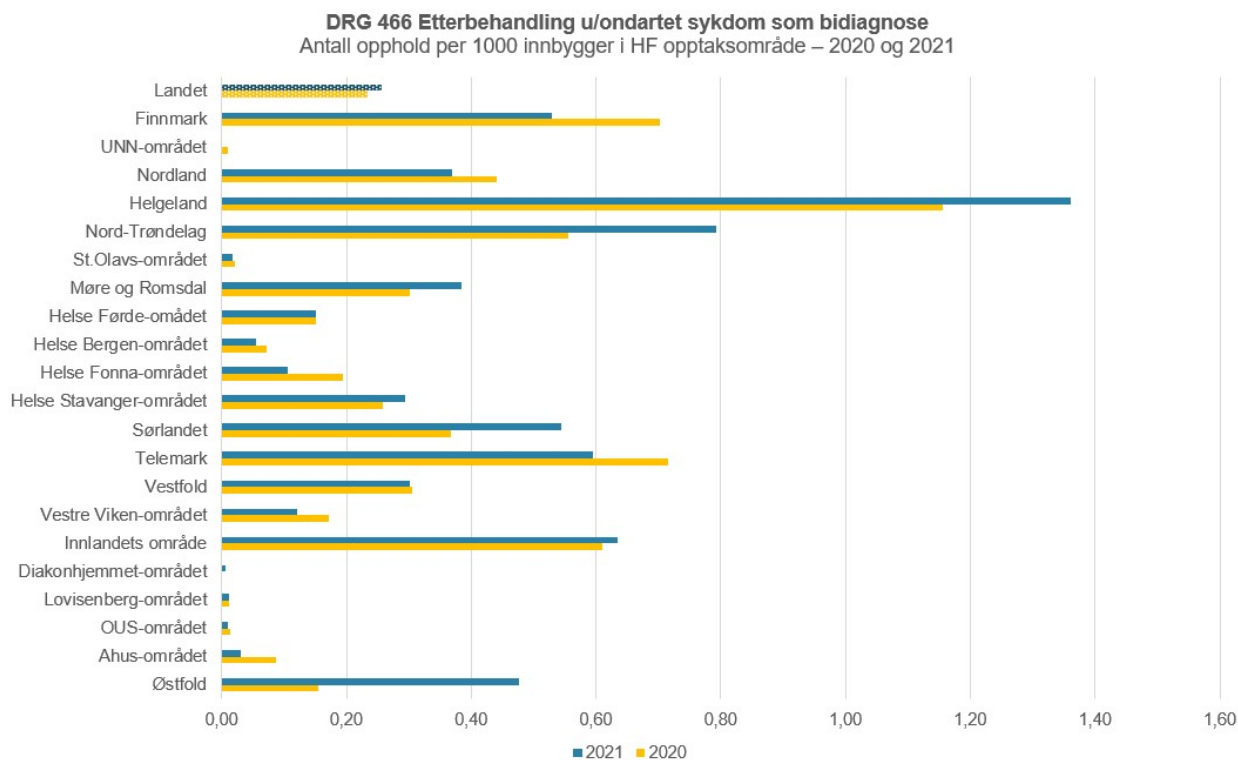
Utvalget synes at helseforetakene svarer godt for seg og ganske likt. Ingen bruker DUH02 ved bruk av spekulum og endoskopi har erstattet spekulum. Dette viser en endring i klinisk praksis hvor endoskop er tilgjengelig flere steder og man har fått tilgang til standardisert utstyr. Det er altså den medisinske utviklingen og det anbefales ingen råd om endringer.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefalte at ingen skal avregnes i saken, og saken lukkes uten videre anføringer.

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

I analyse av ABF-data for 2021 sees geografisk variasjon i rater i DRG 466 etterbehandling u/ondartet svulst som bidiagnose. Det er særlig høye rater i opptaksområdene til Helse Nord-Trøndelag HF og Helgelandssykehuset HF. Variasjonen sees igjen i antall opphold gruppert til DRG 466 hos de ulike helseforetakene.



Det er i all vesentlighet Z48.8 Annen spesifisert etterbehandling etter operasjon som er rapportert som hovedtilstandskode i oppholdene i DRG 466. Ved Helse Nord-Trøndelag sees 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.

Helsedirektoratet ber AU vurdere årsaker til den observerte geografiske variasjonen i DRG 466. AU bes vurdere om eventuelle feil eller forskjeller i registreringspraksis gir grunnlag for avkortning.

Avregningsutvalgets vurderinger

Det er naturlig at det er mer av denne DRGen ved små sykehus enn ved store. Analyser av data viser at det er snakk om pasienter som overføres til lokalsykehus etter større operasjoner ved andre sykehus. Mye av dette er hjerte/kar-kirurgi som kun utføres på de store sykehusene.

For oppholdene som grupperer til DRG 466 er en kode innen Z48 *Kontakt med helsetjenesten for annen etterbehandling etter kirurgi* som oftest brukt som hoveddiagnose.

Variasjonen som sees mellom ulike lokalsykehus, kan ha sammenheng med at det er brukt etterbehandlingsdiagnosen eller sykdomsdiagnosen som hovedtilstand. Det er en stor variasjon i liggetid på oppholdene fra ulike sykehus. Det kan hende at oppholdene med lang liggetid burde vært kodet med de komplikasjoner de eventuelt har hatt.

Helgelandssykehuset HF og Helse Nord-Trøndelag HF ble tilskrevet med spørsmål om det er noen funksjonsfordeling som kan forklare forskjellene i rater, hvilke pasientgrupper de har i DRG 466, hvilken etterbehandling pasientene gis og hvor de legges inn fra.

Svar fra Helse Nord-Trøndelag:

- Opphold som grupperes i DRG 466 er opphold hvor pasienten kommer fra et annet sykehus etter behandling for akutt eller planlagt kirurgi. På grunn av dårlig kvalitet på registrering ved ankomst sykehuset er det dessverre ikke så enkelt å lese dette ut fra rapporterte aktivitetsdata. Her må vi ta en runde med opplæring i eget sykehus, slik at registreringen blir ensartet og riktig.
- I vårt område er det St. Olavs hospital som utfører ACB, klaffekirurgi og behandling av akutt koronarsykdom, og pasienten blir deretter overflyttet til lokalsykehus for etterbehandling, rutinemessig oppfølging. Dvs. de fleste av disse pasientene kommer fra St. Olavs hospital, noen få av dem (gjelder pasienter ved Sykehuset Namsos) er innlagt ved Sykehuset Levanger før de tilbakeføres til Sykehuset Namsos, dette gjelder kun 5 pasienter. En slik pasientflyt er i henhold til medisinsk prosedyre og funksjonsfordeling.
- Halvparten av dem har fått utført coronar kirurgi med innsetting av hjerteklaff, bypasstransplantat og annen angioplastikk. De andre har fått utført stor kirurgi, ortopedi og gynekologi som ifølge funksjonsfordelingen i Helse Midt-Norge skal utføres ved St. Olavs hospital.
- Det blir utført rutinemessig oppfølging som innebærer oppfølging av sår, sårstell og ultralyd/røntgenundersøkelser. Pasienten får informasjon om videre behandling og rehabiliteringstiltak. Så lenge pasienten fremstår som komplikasjonsfri, så kodes disse oppholdene ut fra beskrivelsene i Kodeveiledningen, se nærmere beskrivelse i neste avsnitt.
- Vi koder disse oppholdene slik det er beskrevet i Kodeveiledning 2021, kapittel 2.4, 11.4.4 og 22.18. I alle disse kapitlene er det beskrevet at når pasient er overflyttet til annen institusjon etter akutt eller planlagt behandling for koronarsykdom, er det ikke selve tilstanden som er behandlet ved forrige sykehus som er hovedtilstand, men det er f.eks. ukomplisert etterbehandling som gjøres på lokalsykehuset, og ifølge koderegelverket skal man da bruke Z48 som hovedtilstand. Det samme er beskrevet når det gjelder oppfølging etter annen kirurgi, her er som regel sykdom ikke lengre til stede etter behandling ved det første sykehuset, og hovedtilstand velges da etter hvilken etterbehandling som er gitt.

Svar fra Helgelandssykehuset HF:

- Overført fra UNN og Nordlandssykehuset for opphold lokalt før utskriving.
- Her er pasientene ofte blitt utskrevet tidlig fra modersykehuset og videre behandling har skjedd i vårt sykehus og poliklinisk, ofte tverrfaglig med andre avdelinger, fastleger og rehabiliteringsinstitusjoner. I sykehuset har det for eksempel dreid seg om opplæring i stomistell, overvåkning av ernæring og tarmfunksjon, behandling av infeksjoner, og postoperativ opptrening og rehabilitering.
- «Overforbruk» av Z48.8 - I de tilfeller vi oppfatter at koden har vært feilbrukt i utvalget som er kontrollert, har det ikke vært brukt en tilstrekkelig omfattende hovedtilstand, det vil si at behandlingen har vært mer omfattende enn «kontakt med helsetjenesten i forbindelse med spesielle tiltak og behandlingsopplegg» som Z40-Z54-kodene gjelder. Her har pasientene for eksempel hatt komplikasjoner som postoperative infeksjoner i sår, urinveier, abscesser, drenasje, eller for eksempel komorbide tilstander som hjerte/kar/lungesykdom, psykiske tilstander, eller behov for ny utredning og behandling.
- Vår tolkning nå er at vi ikke skal benytte denne koden ved for eksempel komplikasjoner eller ved andre tilstander som oppstår etter den primære behandlingen, men kun den spesifikke etterbehandlingen knyttet til selve primærbehandlingen de har fått ved andre sykehus. Vi vil gjerne ha tilbakemelding på om dette er korrekt forståelse av koden, også basert på eksemplene nevnt i de to foregående avsnittene knyttet til der vi oppfatter koden er brukt riktig og feil.
- Vi setter pris på at vår feilbruk av koden er blitt fanget opp, og vi skal innskjerpe riktig bruk for fremtiden.

Svarene fra helseforetakene viser at kodeveiledningen tolkes ulikt. Det er ulik oppfatning av om hovedtilstand ved etterbehandling av f.eks. koronarsykdom skal kodes med hovedtilstand koronarsykdom, eller med en kode i Z48. Avregningsutvalget har hatt dialog med Direktoratet for e-helse særlig om bruk av Z48.8 *Annen spesifisert etterbehandling etter operasjon*. Direktoratet for e-helse ser at veiledningen for bruk av koden ikke er så tydelig, og de vil 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.

Anbefaling

Utvalget konkluderer med at saken i stor grad handler om ulik tolkning av kodeveiledning. En klargjøring i kodeveiledningen trengs. Ingen avregning anbefales i saken.

21/4749 Ambulante konsultasjoner LAR-behandling

Helsedirektoratet har fått mange spørsmål om regelverket for ambulante konsultasjoner i psykisk helsevern og TSB, og mistenker at det har vært forskjeller i rapporteringspraksis. Ambulante konsultasjoner utløser et poengtillegg som gjør det særlig relevant å se på dette i kontrollarbeidet.

I 2020 ble regelverket for ambulante konsultasjoner forenklet og tydeliggjort. Ambulante konsultasjoner blir nå definert som kontakter med Sted for aktivitet = 4 (Hjemme hos pasienten) eller 5 (Annet ambulans sted utenfor spesialisthelsetjenesten). Unntak gjelder for enkelte DRG-er. Også med de nye reglene er det en betydelig variasjon i aktivitetsdata. Nærmere analyser har avdekket en tosidig problemstilling, der også rapportering av LAR-behandling kommer inn.

Aktivitetsdata fra NPR viser geografisk variasjon i omfanget av ambulante konsultasjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Helsedirektoratet ba avregningsutvalget vurdere kodepraksis for LAR-behandling, og særlig bruken kode Z50.30 ved noen helseforetak. Utvalget ble også bedt om å vurdere årsakene til variasjonen i omfang og den sterke veksten i ambulante konsultasjoner ved flere helseforetak. Er det feil eller forskjeller i registreringspraksis som gir grunnlag for avkortning?

Helsedirektoratet er kjent med at utlevering av LAR-legemiddel i sykehusene har vært redusert på grunn av covid-19, og at ruspasienter i større grad har blitt oppsøkt ambulant. Det kan også være større ustabilitet i pasientgruppen enn normalt, som kan ha krevd tettere oppfølging. Dette må det tas høyde for i vurderingene.

I denne saken ser avregningsutvalget at to ulike problemstillinger bør sees nærmere på. Den ene er registreringspraksis for utdeling av LAR-medikament. Det er ulik praksis mellom helseforetakene for hvem som håndterer utdeling av LAR-medikamenter. For noen helseforetak er utdeling delegert til apotek, mens for andre er det helseforetakenes egne avdelinger som deler ut medikament. Det er også variasjon i om utdelingen av medikament inngår i ordinære polikliniske konsultasjoner eller ikke.

Den andre problemstillingen som må undersøkes videre er hvorvidt kommunale bidrag i FACT-team registreres og rapporteres fra spesialisthelsetjenestens systemer eller ikke. Det er kun helsehjelp som ytes av spesialisthelsetjenesten som skal rapporteres til NPR.

Utvalget ble ikke i stand til å konkludere i saken for ABF 2020. Saken er derfor fulgt videre i 2022.

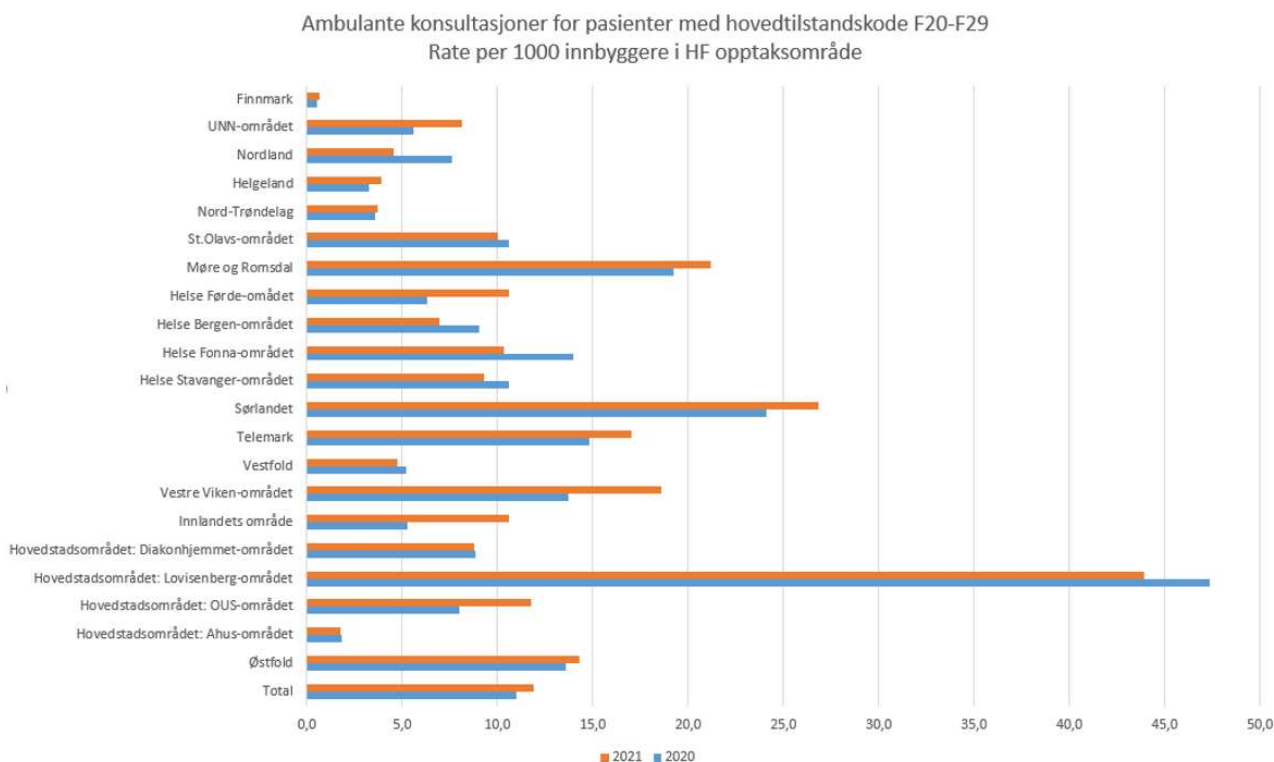
Oppfølging i 2022

I avregningsutvalgets arbeid i 2022 ble saken delt i to problemstillinger:

- Ambulante konsultasjoner for pasienter med psykose
- Utdeling av LAR-medikament

Ambulante konsultasjoner for pasienter med psykose

Oversikter over rater for ambulante konsultasjoner for pasienter med psykose i helseforetakenes opptaksområde for 2020 og 2021 viste høye rater i opptaksområdene til Lovisenberg diakonale sykehus, Sykehuset Sørlandet HF og Helse Møre og Romsdal HF. Antall konsultasjoner totalt og andel ambulante konsultasjoner for denne pasientgruppen ved de tre helseforetakene var også høye.



Basert på sammenlikning mellom antall opphold og rater ble de tre helseforetakene bedt om å svare på følgende:

- Hva mener dere kan være årsaken til så høy rate ambulante konsultasjoner i deres opptaksområde?
- Hva inngår i den ambulante helsehjelpen disse pasientene får ved deres helseforetak?
- Dersom denne aktiviteten er knyttet til ACT eller FACT-team, hvordan dokumenteres og registreres helsehjelp utført av kommunalt ansatte i teamet?

Svarene som kom fra helseforetakene, viser ulik praksis for FACT-team. Det skisseres to varianter av bidrag fra kommunen;

1. Ansatt i kommunen
2. Ansatt i spesialisthelsetjenesten, men noe av lønnen dekkes av kommunen.

Ulik innretning gir en mulig skjevfordeling av midler i landet. Når kommunalt bidrag gjøres ved at kommunalt ansatt midlertidig ansettes i helseforetaket, vil kommunen spare penger og helseforetaket vil få økt ISF-refusjon på grunn av høyere aktivitet.

Det er ønsket tettere samhandling mellom tjenestenivåene, men det er ikke lagt føringer for hvordan dokumentasjonen og utvekslingen av informasjon skal foregå. Det kan være et behov for felles dokumentasjon som også fører til at kommunalt ansatte registrerer i helseforetakets system.

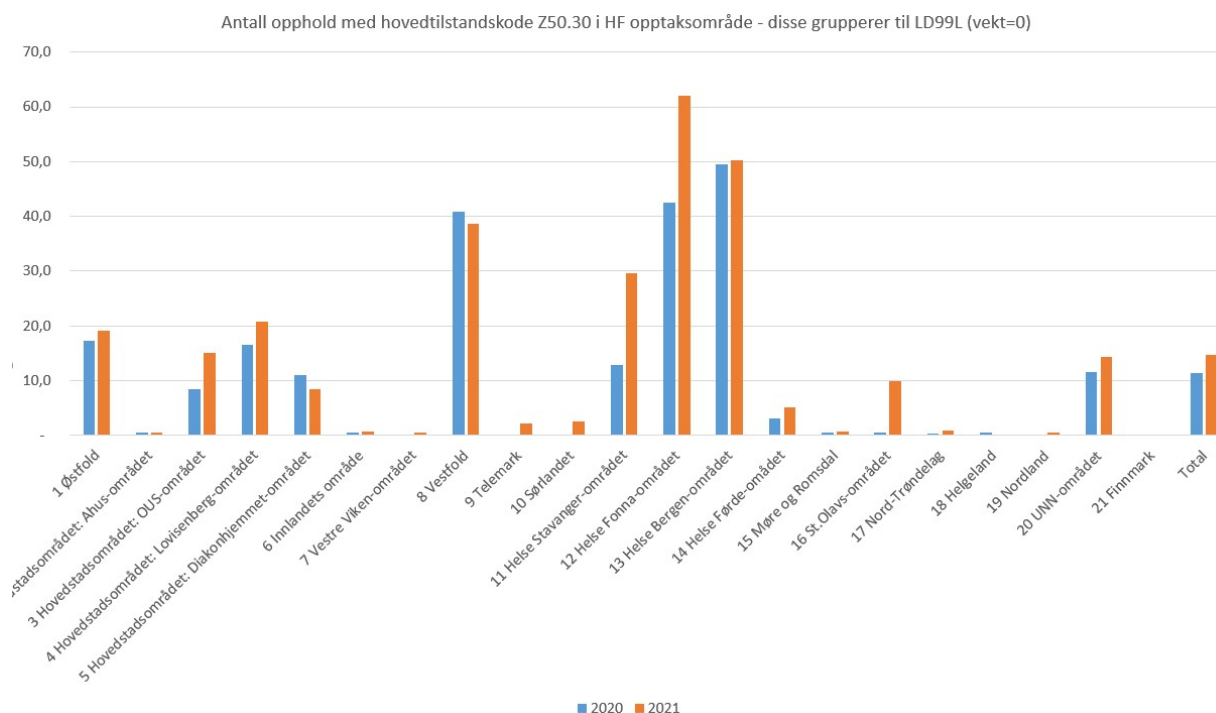
Det er en del uklarheter om hvordan FACT-team skal være, og det har ført til ulik praksis. Det er tiltenkt at bidrag fra kommunen skal være basert på ansatte i kommunen, og deres bidrag skal dokumenteres gjennom kommunens systemer, ikke i helseforetakenes systemer.

Ut fra data for ABF 2021 er det ikke mulig å skille ut om det er bidrag fra kommunalt ansatte med i rapporteringen. Avregningsutvalget anbefaler derfor ingen avregning nå, men vil følge saken videre.

Utdeling av LAR-medikament

Rater for antall opphold med hovedtilstandskode Z50.30 *Oppmøte for utlevering av legemiddel i Legemiddel assistert rehabilitering (LAR), uten samtidig konsultasjon* i helseforetakenes opptaksområde for 2020 og 2021 viser en økning i flere opptaksområder, deriblant Helse Stavanger HF, Helse Fonna HF og St. Olavs hospital HF. De høyeste ratene sees i opptaksområdene til Sykehuset Vestfold HF, Helse Stavanger HF, Helse Fonna HF og Helse Bergen HF.

Når Z50.30 brukes som hovedtilstand for et opphold, vil oppholdet grupperes til DRG TD99L *Poliklinisk oppmøte for utlevering eller administrasjon av LAR-legemiddel*. TD99L gir ingen refusjon. Polikliniske konsultasjoner for opioidavhengighet der kode Z50.30 ikke er med, eller er rapportert som annen tilstand, vil grupperes til DRG TD11A *Polikliniske konsultasjoner - Opioidavhengighet – Voksne*. TD11A gir refusjon.



Samtidig som vi ser en økt bruk av Z50.30 som hovedtilstand fra 2020 til 2021, sees det også stor reduksjon av Z50.30 til annen tilstand.

Ut fra de observerte høye ratene er fire helseforetak tilskrevet med følgende spørsmål:

- Hva tror dere er årsaken til at det rapporteres et høyt antall konsultasjoner for pasienter med opioidavhengighet fra deres helseforetak sammenliknet med andre helseforetak?
- Hvordan organiseres og registreres utdeling av LAR-medikament i deres helseforetak?
- Hva gjøres av helsehjelp i de konsultasjonene som er rapportert med Z30.50 som annen tilstand?

Helseforetakene melder tilbake om at de tilstreber registreringspraksis der Z50.30 kodes som hovedtilstand når utdeling av LAR-medikament er eneste aktivitet. Når de bruker Z50.30 som annen tilstand, er det ved konsultasjoner der det også er terapeutisk innhold. Noen av helseforetakene sier at det noen ganger ikke gjøres i tråd med dette, men de jobber for å ensrette registreringspraksisen.

Avregningsutvalget mener at det trengs en journalgjennomgang for å avdekke hva som gjøres av terapeutisk innhold i konsultasjonene der Z50.30 er rapportert som annen tilstand. Det ble ikke gjort i 2022, men det kan bli aktuelt i påfølgende år.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler ikke avregning for verken ambulante konsultasjoner for psykosepasienter eller for utdeling av LAR-medikament i 2022. Utvalget vil følge saken videre og vurdere journalgjennomgang særlig for å se nærmere på registreringspraksis rundt utdeling av LAR-medikament senere.

21/4753 Bruk av Z03-koder

Saken følges opp fra 2021. Det ble da observert et høyt antall opphold med kode Z03 *Medisinsk observasjon og vurdering der mistanke om sykdommer og tilstander blir avkreftet registrert som hovedtilstand*. De fleste oppholdene er polikliniske kontakter. Den vanligste DRG oppholdene grupperes til, er 9230 *Poliklinisk konsultasjon vedr faktorer som har betydning for helsetilstanden/kontakt med helsetjenesten*.

Z03.8 per HF - polikliniske opphold	2020		2021		Endring
	Antall	Andel	Antall	Andel	
St. Olavs Hospital HF	431	2,1	3	0,1	-428
Vestre Viken HF	458	2,2	43	1,7	-415
Lovisenberg diakonale sykehus	17	0,1	10	0,4	-7
Stiftelsen Betanien Hospital Skien	310	1,5	142	5,7	-168
Diakonhjemmet sykehus	20	0,1	0	0,0	-20
Akershus universitetssykehus HF	706	3,4	52	2,1	-654
Sykehuset Innlandet HF	715	3,5	138	5,6	-577
Sykehuset Østfold HF	70	0,3	0	0,0	-70
Helse Stavanger HF	196	1,0	1	0,0	-195
Helse Fonna HF	471	2,3	221	8,9	-250
Helse Bergen HF	1127	5,5	5	0,2	-1122
Helse Førde HF	106	0,5	0	0,0	-106
Helse Nord-Trøndelag HF	128	0,6	111	4,5	-17
Finnmarkssykehuset HF	402	1,9	4	0,2	-398
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	20	0,1	3	0,1	-17
Nordlandssykehuset HF	219	1,1	30	1,2	-189
Helgelandssykehuset HF	44	0,2	0	0,0	-44
Sørlandet sykehus HF	459	2,2	405	16,3	-54
Sykehuset i Vestfold HF	3792	18,4	18	0,7	-3774
Sykehuset Telemark HF	650	3,2	2	0,1	-648
Haraldsplass diakonale sykehus AS	7	0,0	3	0,1	-4
Revmatismesykehuset AS	809	3,9	0	0,0	-809
Martina Hansens Hospital HF	83	0,4	7	0,3	-76
Oslo universitetssykehus HF	8367	40,6	588	23,7	-7779
Helse Møre og Romsdal HF	687	3,3	335	13,5	-352
Privat Vest HF	332	1,6	341	13,7	9
Private sykehus	1	0,0	22	0,9	21
Landet	20627	100,0	2484	100,0	-18143

Avregningsutvalget ble videre bedt om å vurdere årsaken til den store variasjon i bruk av Z03-koder. Utvalget ble videre bedt om å vurdere om eventuelle feil eller forskjeller i registreringspraksis gir grunnlag for avkortning.

Utvalget slår fast at Z03 skal i utgangspunktet ikke anvendes som kode for hovedtilstand. Dette er formulert i kodeveiledningen kapittel 24.1.16: *"Disse kodene brukes som kode for annen tilstand for mistenkte diagnoser som er blitt utelukket etter undersøkelse uten at noen annen tilstand er funnet. Symptomet eller funnet som ledet til undersøkelsen kodes i så fall som hovedtilstand"*.

For mange klinikere kan Z-koder oppfattes som en god beskrivelse av den kliniske situasjonen. Det vil ikke alltid være like klart hvilke konkrete tilstandskoder som er mest passende å bruke. Selv om Z03 ikke skal brukes som hovedtilstand vil oppholdene uansett utløse refusjon.

Fire helseforetak har skilt seg ut ved å ha de største andelene av den totale aktiviteten med koden Z03. Disse er Akershus universitetssykehus HF (Ahus), Helse Bergen HF, Oslo universitetssykehus HF (OUS) og Sykehuset i Vestfold HF.

Spesielt tydelig er den høye forekomsten av koden Z03 ved OUS. Firetegnskoden Z03.8 *Observasjon ved mistanke om annen spesifisert sykdom og tilstand* hadde høy forekomst ved helseforetakene OUS og Sykehuset i Vestfold HF. Kodepraksis ser ellers ut til å variere mellom helseforetakene. Infeksjons- og hjertemedisinske avdelinger står for mange av kontaktene.

Videre analyser viste at en overvekt av kontaktene fant sted i mars måned. Det ble observert dobbelt så mange opphold med Z03 i mars som i hver enkelt av de andre månedene. Det kunne derfor antas at koden kan ha blitt brukt i forbindelse med Covid-19-håndtering.

For å finne ut mer om bakgrunnen for kodebruken ble det sendt ut brev med følgende spørsmål:

- Hva slags type pasienter er kodet med de ulike Z03.x-kodene?
- Hvilken type helsehjelp ble gitt og hva er et typisk behandlingsforløp for disse?
- Spesielt ber vi om redegjørelse for Z03.8 med opplysninger om hvilke andre spesifiserte sykdommer/tilstander det har vært mistanke om.
- Hva er begrunnelsen for valg av Z-koder hos disse pasientene?

Brevene gikk ut til OUS, Helse Bergen HF, Ahus og Sykehuset i Vestfold HF.

Det kom utdypende og detaljerte svar fra alle helseforetak. Det kommer blant annet frem fra svarene at Z-kodene har blitt brukt i tilfeller der det er henvist om mistanke om sykdom, men ikke gjort funn. Kode har også blitt brukt for testing av ansatte og polikliniske pasienter for covid-19. Ellers kommer det også fram at det kan være vanskelig å finne koder som er mer beskrivende for den kliniske situasjonen. Brevene gir uttrykk for uklar kodeveileder. Samtidig signaliserer helseforetakene at en del av kodepraksisen skal legges om.

På bakgrunn av svarene fra helseforetakene var det nødvendig å innhente vurdering fra kodeforvalter. De ulike problemstillingene ble derfor tatt opp med Direktoratet for e-helse. Direktoratet for e-helse mener at Z03 som hovedtilstandskoder ikke er beskrivende nok, og fastholder at de kun skal brukes som tilleggskoder. Avregningsutvalget påpeker at det bør bli tydeligere i kodeveiledningen hvordan kodene i Z-kapittelet skal brukes. Det bør også informeres i mulige kanaler og møter om koderegler for Z-kapittelet.

Det ble konkludert med at kun OUS og Sykehuset i Vestfold avregnes da det viser seg at det er feil rapportering av episoder som gjelder testing for covid-19 av ansatte (Sykehuset i Vestfold HF) og polikliniske pasienter (OUS) ved disse.

Fra og med behandling av årsdata for 2021 vil Helsedirektoratet ekskludere koder som kun kan være koder for tilleggstilstander i de tilfellene der de er brukt som første hovedtilstandskode. Det vil si at de ikke vil inngå i beregningen av ABF. Z03-koder kan kun brukes som tilleggskoder.

Oppfølging og anbefaling i 2022

Oppfølgende analyser for 2021-data ble lagt fram og de viser en markant nedgang i bruk av Z03-koder for første hovedtilstand. Fra 3. tertial 2021 vil koden som nevnt bli fjernet hvis den er brukt feil.

Saken lukkes ettersom koden ikke lenger godtas som hovedtilstand.

I datagrunnlag for 2020 ble det observert avvikende rater for aktivitet i DRG 34 *Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk* for Vestre Viken HF, St.Olavs hospital HF og Sykehuset Østfold HF.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere årsaker til variasjonen i DRG 34. Utvalget ble også bedt om å vurdere om eventuelle feil eller forskjeller i registreringspraksis gir grunnlag for avkortning.

Helseforetakene ble tilskrevet i 2021 med spørsmål om hvilke pasientgrupper som har opphold som grupperer til DRG 34, og om det er organisatoriske forhold som tilsier at helseforetakene skal ha høy andel m/bk.

Helseforetakene gjorde rede for at det var snakk om pasienter som var til utredning med sammensatte og diffuse symptomer. De var i all vesentlighet knyttet til geriatri og hjerneslag. Pasientene var multimorbide og skrøpelige eldre.

Helseforetakene meddelte at de kunne tilstrebe mer spesifikk koding av hovedtilstand der det var mulig. Ingen av helseforetakene pekte på organisatoriske forhold som skulle tilsa at de skulle ha flere pasienter som havnet i en DRG med kompliserende faktorer.

Avregningsutvalget mente at helseforetakene svarte godt for sin praksis, men det forklarte ikke at helseforetakene skulle ha andre rater enn resten av landet. Det ble ikke anbefalt avregning, og det ble konkludert med at en eventuell avregning måtte baseres på en journalgjennomgang der dokumentasjon i journal ble sammenholdt med hvilke koder som var satt.

Oppfølging i 2022

Oppfølging av opphold i DRG 34 ved de tre helseforetakene for data fra 2021 viser at det er en nedgang i andel m/bk ved Sykehuset Østfold HF. Det sees ingen eller liten endring ved St. Olavs hospital HF og Vestre Viken HF.

	2020		2021	
	Antall opphold i DRG 34 og 35	Andel i DRG 34 (m/bk)	Antall opphold i DRG 34 og 35	Andel i DRG 34 (m/bk)
Landet	8339	40 %	8617	39 %
Diakonhjemmet sykehus	58	69 %	81	64 %
Lovisenberg diakonale sykehus	87	64 %	79	58 %
Vestre Viken HF	1185	57 %	1196	55 %
Haraldsplass diakonale sykehus AS	67	33 %	67	52 %
St. Olavs hospital HF	633	58 %	640	52 %
Akershus universitetssykehus HF	777	49 %	829	49 %
Helse Stavanger HF	329	32 %	317	46 %
Helse Nord-Trøndelag HF	173	34 %	163	43 %
Helse Møre og Romsdal HF	343	41 %	405	41 %
Finnmarksykehuset HF	80	28 %	69	41 %
Sykehuset Østfold HF	401	55 %	365	40 %
Nordlandssykehuset HF	232	39 %	254	39 %
Sykehuset i Vestfold HF	398	47 %	413	39 %
Sykehuset Innlandet HF	397	38 %	415	36 %
Helselandssykehuset HF	92	37 %	83	35 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	253	33 %	288	33 %
Sørlandet sykehus HF	308	32 %	337	31 %
Helse Bergen HF	815	28 %	812	28 %
Oslo universitetssykehus HF	1026	24 %	1119	26 %
Helse Fonna HF	258	26 %	223	23 %
Sykehuset Telemark HF	291	18 %	343	22 %
Helse Førde HF	116	28 %	98	19 %
Andre	20	15 %	21	0 %

Det ser ikke ut til at de endringene St. Olavs hospital HF og Vestre Viken HF skisserte at de ville gjøre i tilsvar fra 2020, er fulgt opp.

Avregningsutvalget har ikke gjennomført en dokumentkontroll i saken i 2022, og vil derfor ikke anbefale en avregning. Saken vil følges videre for å se om helseforetakene følger opp registreringspraksis.

Anbefaling

Det anbefales ikke avregning i denne saken. Saken følges opp neste år med vurdering av om det skal gjøres en dokumentgjennomgang.

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

Saken ble meldt inn i 2020. Bakgrunnen var at analyser viste høy aktivitet i DRG 217 hos henholdsvis St. Olavs hospital HF og Vestre Viken HF. Begge foretak hadde høye ratetall (antall opphold per 10 000 innbyggere). Aktivitetsvolumet var i seg selv lite, men DRG 217 har høy vekt og på bakgrunn av dette var det viktig å undersøke årsaker til variasjonen. Rapporterte hovedtilstander viste at oppholdene i stor grad gjaldt komplikasjoner etter kirurgisk behandling.

Utvalget har tidligere kommet fram til at tallene i dette tilfellet var såpass små og pasientgruppen såpass heterogen at det var vanskelig å peke på klare mønster i aktiviteten. Det kan også skyldes naturlig variasjon. Det har vært diskutert behov for å få gjennomført en journalgjennomgang for å vite mer hva som ligger bak registrerte data.

Det har således ikke vært godt nok informasjonsgrunnlag for avregning. På grunn av stor variasjon i data har Avregningsutvalget og Helsedirektoratet fortsatt å følge opp saken siden. Variasjon hos helseforetakene kan skyldes uklarhet rundt bruken av operasjonskodene. Mer inngående analyser på blant annet prosedyrekoder og liggetid ble gjort, men det har fortsatt vist seg vanskelig å forstå variasjonen i data uten journalgjennomgang.

Oppfølging i 2022

Analyser på volumtall og ratetall for 2020 og 2021 ble presentert. Det er noe nedgang i antall opphold i DRG 217 fra 2020 til 2021, blant annet hos Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital. Noe økning observeres blant annet hos Sørlandet sykehus og Universitetssykehuset i Nord-Norge.

DRG 217 - Per HF	Antall opphold		Endring
	2020	2021	
St. Olavs Hospital HF	63	50	-13
Vestre Viken HF	44	47	3
Diakonhjemmet sykehus	4	4	0
Lovisenberg diakonale sykehus	0	1	1
Akershus universitetssykehus HF	43	36	-7
Sykehuset Innlandet HF	21	21	0
Sykehuset Østfold HF	24	30	6
Helse Stavanger HF	35	18	-17
Helse Fonna HF	4	0	-4
Helse Bergen HF	58	48	-10
Helse Førde HF	0	5	5
Helse Nord-Trøndelag HF	38	29	-9
Finnmarkssykehuset HF	1	1	0
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	13	19	6
Nordlandssykehuset HF	5	4	-1
Helgelandssykehuset HF	8	10	2
Sørlandet sykehus HF	12	16	4
Sykehuset i Vestfold HF	7	5	-2
Sykehuset Telemark HF	1	3	2
Martina Hansens Hospital HF	3	1	-2
Oslo universitetssykehus HF	63	42	-21
Helse Møre og Romsdal HF	18	13	-5
Landet	465	403	-62

Utvalget vurderer igjen at det vil være nødvendig med en journalgjennomgang for å få bedre forståelse for disse pasientgruppene og oppholdene. Dette vil gjøre utvalget i bedre stand til å vurdere om det er fornuftig f.eks. å anbefale en endring i logikken for DRGen. Det ble diskutert hvilke kriterier man skal ha som utgangspunkt for gjennomgangen, antall opphold og hvilke helseforetak som er aktuelle.

Under arbeidet med klargjøring og forberedning av data-utvalg ble det klart at journalgjennomgangen ville komme til å bli større og mer omfattende enn først antatt og derfor kreve mer tid og kapasitet. På tidspunktet dette ble klart var det ikke tilstrekkelig gjenstående tid igjen av årets saksbehandling for å kunne få gjennomført journalgjennomgangsarbeidet.

20/3958 DRG 442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk

Denne saken ble første gang behandlet og foreslått avregnet i 2020. I 2021 fikk avregningsutvalget utført en journalgjennomgang for å belyse registreringspraksisen for opphold som grupperer til DRG 442 *Operasjoner etter skade ITAD m/bk* bedre. Dette førte til en anbefalt avregning også for 2020. Avregningsutvalget vil følge denne saken videre også for data for 2021.

Aktiviteten i DRG 442 *Operasjoner etter skade ITAD m/bk* gjelder i hovedsak operasjoner for komplikasjoner etter medisinske eller kirurgiske inngrep, med vanligste hovedtilstand fra ICD-10-kapittel T81-T88. Det er også en del opphold der sår eller andre skader (S-kode) er registrert som hovedtilstand. Vestre Viken HF har særlig høy andel opphold med S-kode som hovedtilstand. DRG 443 er korresponderende DRG u/bk, det er prosedyrekoder som styrer om et opphold havner i DRG 442 eller DRG 443. Ut fra dette er det ikke avgjørende om man bruker hovedtilstand T81-T88 eller en gitt S-kode for gruppering til DRG 442/443. Men tilstandskoden kan styre om oppholdet grupperer til en av de to nevnte DRGene eller ikke.

Vestre Viken HF hadde påfallende mange opphold i DRG 442 med kort liggetid både i 2019. For ABF 2019 anbefalte avregningsutvalget avregning av opphold i DRG 442 ved Vestre Viken HF med hovedtilstandskode T02x, T92x eller T93x. Hovedtilstandskode ble byttet ut med en kode som var satt for annen tilstand ut fra anbefaling fra utvalget.

I data for 2020 var det et synkende, men fortsatt høyt antall opphold i DRG 442 ved Vestre Viken HF. Det var også en høy andel m/bk. Vestre Viken HF hadde høyere andel opphold i DRG 442 der det var rapportert kode for følgetilstand som hovedtilstandskode enn det data fra resten av landet viste.

For å få bedre innsikt i dokumentasjonen av de rapporterte data, ble det bestilt journalgjennomgang av alle opphold i 2020 som var gruppert til DRG 442 og som hadde liggetid på 10 døgn eller mindre ved Vestre Viken HF.

Journalgjennomgangen viser at det var feil valgt hovedtilstandskode eller feil klassifisert hovedtilstandskode i 74% av de reviderte episodene. Feilene var relatert til feil bruk av koder for følgetilstander og komplikasjoner og feil bruk av samlekode. Det manglet i mange tilfeller også dokumentasjon i journal for de tilstandskodene som var registrert.

68% av de kirurgiske prosedyrene som var registrert var riktig satt etter dokumentasjon i journal. Der det var registrert feil prosedyrekoder, var det oftest relatert til prosedyrekoder for reoperasjon og åpen eksplorasjon av bløtdeler.

Ved ny gruppering av oppholdene etter revisjonen i 2020 var det kun 15% av oppholdene som fortsatt grupperte til DRG 442. De andre oppholdene ble fordelt på mange ulike DRGer, og summen av ISF-poeng ble mer enn halvert.

Oppfølging i 2022

Analyse av data fra 2021 viser at det er en liten nedgang i både DRG 442 og DRG 443 i landet som helhet. Ved Vestre Viken HF sees en stor reduksjon til DRG 442 og en liten økning i DRG 443. Det er ingen av oppholdene i DRG 442 som er rapportert med T93 som hovedtilstand. Dette indikerer at Vestre Viken HF har endret registreringspraksis og nå rapporterer etter koderegler. Det er heller ingen andre helseforetak som utpeker seg så mye at det blir aktuelt å undersøke nøyere med journalgjennomgang der.

	2020			2021		
	DRG 442 (m/bk)	DRG 443 (u/bk)	andel m/bk	DRG 442 (m/bk)	DRG 443 (u/bk)	andel m/bk
Total	849	276	75 %	784	238	77 %
Diakonhjemmet sykehus	2	5	29 %	5	0	100 %
Haraldsplass diakonale sykehus AS	6	1	86 %	11	0	100 %
Finnmarkssykehuset HF	9	2	82 %	9	1	90 %
Akershus universitetssykehus HF	56	11	84 %	61	7	90 %
Helse Nord-Trøndelag HF	14	6	70 %	29	4	88 %
Helse Stavanger HF	79	12	87 %	57	9	86 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	87	18	83 %	65	11	86 %
St. Olavs Hospital HF	64	23	74 %	100	18	85 %
Sykehuset Østfold HF	42	18	70 %	37	9	80 %
Helse Bergen HF	128	25	84 %	110	27	80 %
Sykehuset i Vestfold HF	37	3	93 %	28	8	78 %
Oslo universitetssykehus HF	88	68	56 %	114	39	75 %
Helse Fonna HF	17	6	74 %	11	4	73 %
Helse Førde HF	6	5	55 %	5	2	71 %
Sykehuset Telemark HF	19	4	83 %	13	6	68 %
Nordlandssykehuset HF	16	9	64 %	14	7	67 %
Sørlandet sykehus HF	28	11	72 %	23	12	66 %
Sykehuset Innlandet HF	36	8	82 %	29	18	62 %
Martina Hansens Hospital HF	0	0		3	2	60 %
Vestre Viken HF	79	18	81 %	34	25	58 %
Helse Møre og Romsdal HF	26	17	60 %	21	16	57 %
Helgelandssykehuset HF	8	4	67 %	4	10	29 %
Lovisenberg diakonale sykehus	2	2	50 %	1	3	25 %

Anbefaling

Avregningsutvalget ser ikke lenger at det er grunnlag for avregning i saken. Utvalget vil følge med på videre utvikling av opphold som grupperer til disse DRGene også i kommende år.

20/3956 DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade

Denne saken ble første gang behandlet i avregningsutvalget i 2020. Problemstillingen var den gangen høy rate med DRG 27 *Alvorlig traumatisk hjerneskade* ved Vestre Viken HF. Det ble gjennom arbeidet i 2020 avdekket at dette skyldes feil bruk av kode S06.01 *Hjernerystelse med åpent sår*. Denne koden beskriver i den engelske utgaven hjernerystelse med åpne intrakranielle skader. Vestre Viken HF ble derfor avregnet for ABF 2019 ved at opphold i DRG 27 med hovedtilstandskode S06.01 ble gruppert igjen med S06.0 *Hjernerystelse* ble satt som hovedtilstand.

På bakgrunn av at den norske teksten på koden S06.01 kunne misforstås, har Direktoratet for e-helse endret teksten til *Hjernerystelse med åpen intrakraniell skade*.

I 2020 var bruken av S06.01 i DRG 27 borte i Vestre Viken HF, men det var flere andre helseforetak som har opphold i DRG 27 som har hovedtilstandskode S06.01.

Avregningsutvalget vurderte 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).

På bakgrunn av dette anbefalte avregningsutvalget at alle opphold i DRG 27 med hovedtilstandskode S06.01 ble avregnet til ny gruppering med hovedtilstandskode S06.0. Oppholdene ble gruppert etter dette til DRG 31 *Hjernerystelse > 17 år m/bk*, DRG 32 *Hjernerystelse > 17 år u/bk* eller DRG 33 *Hjernerystelse 0-17 år*.

I avregningsutvalgets årsrapport for 2020 ble det sagt at avregningsutvalget kan anbefale avregning av helseforetak som ikke er tilskrevet i saker der det har vært gjort avregninger tidligere. I denne saken ble alle helseforetak med opphold i DRG 27 med hovedtilstandskode S06.01 anbefalt avregnet.

Oppfølging i 2022

Analyser av data for ABF 2021 viser at det er en ytterligere reduksjon i bruken av S06.01 i DRG 27. Antall opphold på landsbasis er redusert fra 318 i 2020 til 44 i 2021. Helse Bergen HF og Helse Fonna HF utpeker seg som de med flest opphold i 2021. Avregningsutvalget anbefaler fortsatt avregning av alle opphold med hovedtilstandskode S06.01 i DRG 27 etter samme metode som tidligere.

DRG 27 og hovedtilstandskode S06.01	2020	2021
Total	318	44
St. Olavs Hospital HF	12	1
Vestre Viken HF	1	0
Diakonhjemmet sykehus	5	0
Akershus universitetssykehus HF	24	3
Sykehuset Innlandet HF	25	1
Sykehuset Østfold HF	1	0
Helse Fonna HF	30	7
Helse Bergen HF	115	26
Helse Førde HF	13	1
Helse Nord-Trøndelag HF	8	0
Finnmarkssykehuset HF	1	1
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	13	0
Nordlandssykehuset HF	12	0
Sørlandet sykehus HF	3	0
Sykehuset i Vestfold HF	20	1
Sykehuset Telemark HF	1	0
Oslo universitetssykehus HF	19	2
Helse Møre og Romsdal HF	15	1

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler avregning av alle opphold i DRG 27 ved alle helseforetak der hovedtilstandskode er S06.01. Hovedtilstandskoden erstattes med S06.0, og det gjøres en regrupping av oppholdene.

19/2881 Utredning av hjertesykdom i DRG 125 og DRG 1250

Saken ble først behandlet og avregnet i 2019. Bakgrunnen for saken var analyser av ABF-data for 2018 som viste at Helse Nord RHF hadde høye rater (opphold per 1000 innbyggere) i DRG 125 Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre u/kompliserende hjertelidelse og samtidig lave rater for korresponderende utredning uten innleggelse, gruppert til DRG 1250 Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre, dagmedisinsk behandling. Helsedirektoratet ønsket en vurdering fra Avregningsutvalget om mulige årsaker til den store variasjonen i forekomst av DRG 125. Analyser og flere runder med brevkorrespondanse viste at Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN) skilte seg ut fra resten av landet. Deres organisering av helsetilbudet la opp til overnatting selv om det ikke vurderes som nødvendig ved andre sykehus. UNN syntes å definere pasienter som "komplekse" før undersøkelse, noe som medfører innleggelse. Her ble det vurdert at praksis ved UNN er forskjellig sammenlignet med andre helseforetak da de aktuelle pasientene ellers i landet ble behandlet som dagmedisinske pasienter. UNN ble derfor avregnet.

Saken ble fulgt opp i 2020, og data for 2019 viste at UNN ikke hadde endret kodepraksis, og at det fortsatt var uforholdsmessig mange opphold i DRG 125. Det kan derfor virke som om organiseringen av behandlingen var som før. Etter gjennomgang av omfanget besluttet Avregningsutvalget at UNN fortsatt skulle avregnes i 2020.

Oppfølgende analyser ble i 2021 gjort på 2020-data. De viser at UNN totalt sett hadde en del færre opphold i 2020 og hadde en større del av oppholdene i dagmedisin DRG 1250. Det var færre opphold i begge DRGer på nasjonalt nivå. Det var altså en forbedring ved UNN, men ikke helt på nivå med landssnittet ennå. Opphold ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF i DRG 125 Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre u/kompliserende hjertelidelse med liggetid lik ett døgn, ble avregnet ned til landsgjennomsnittet og gitt refusjon likt opphold i DRG 1250 Diagnostisk perkutan hjerteprosedyre, dagmedisinsk behandling.

Oppfølging i 2022

Oversikt over antall opphold i DRG 125 differensiert på liggetid og DRG 1250 ble lagt fram. Det observeres noe nedgang i volum hos UNN samlet sett for DRG 125 og DRG 1250. Stor nedgang i DRG 125, deriblant opphold med liggetid= 1. Flere opphold er flyttet over i dagmedisin, altså en økning i DRG 1250.

Utvalget merker seg den gode forbedringen og mener videre at dette viser en omlegging av registreringen. Det anerkjennes at slike omlegginger tar tid. UNN ble tilskrevet med informasjon om observert endring og at det ikke vil anbefales avregning i år. Men saken vil følges videre for å se om forbedringen fortsetter.

Helseforetak	DRG 125 liggetid=1	
	2020	2021
St. Olavs Hospital HF	97	108
Akershus universitetssykehus HF	71	395
Helse Stavanger HF	18	16
Helse Bergen HF	68	60
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	225	150
Nordlandssykehuset HF	18	47
Sørlandet sykehus HF	114	138
Oslo universitetssykehus HF	339	393
Helse Møre og Romsdal HF	2	0
Private sykehus	326	0
Total	1278	1307

Anbefaling

Saken lukkes slik den er og det er ikke grunnlag for avregning i år. Følges opp i kommende år.

19/27629 Behandling av pasienter med fedme i DRG 297

Saken ble først behandlet og avregnet i 2019. Bakgrunnen for saken var analyser av beregningsgrunnlaget for ISF 2018 viste at Nordlandssykehuset HF hadde flere opphold i DRG 297 *Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD >17 år u/bk*, sammenlignet med andre sykehus. De fleste oppholdene var registrert med hovedtilstand E66.x *Fedme*.

De fleste oppholdene i DRG 297 ved Nordlandssykehuset HF var rapportert fra Regionalt senter for sykkelig overvekt i Bodø (RSSO). De fleste oppholdene gjaldt pasienter som var bosatt i Nordlandssykehusets eget opptaksområde. I tillegg kom en del pasienter fra områdene til de andre sykehusene i Helse Nord RHF.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget vurdere om Nordlandssykehusets høye andel opphold i DRG 297 skyldtes feilaktig koding.

Funn i analyser og svar på brevkorrespondanse ga Avregningsutvalget grunnlag til å vurdere behandlingstilbudet. Helseforetaket legger inn pasienter i tilfeller der Avregningsutvalget mener tilbudet for fedmepasienter kunne blitt gitt som poliklinisk behandling, eventuelt som dagbehandling. Dette gjelder mer spesifikt utredning for pasientene med kirurgiske forløp. Flere konsultasjoner gis under intensive utredningsdager, og helseforetaket velger å legge inn pasientene blant annet på grunn av motivasjonshensyn og gruppetilhørighet. Avregningsutvalgets vurdering var at det er ikke medisinsk grunnlag for innleggelse på grunn av dette.

Saken ble fulgt opp i 2020. Analyser på ABF-data 2019 viste at Nordlandssykehuset HF fortsatt kodet mange slike opphold som heldøgn, men at det hadde blitt færre opphold fra året før. Organiseringen av tilbudet på kirurgiske forløp hadde tilsynelatende ikke endret seg. Avregningsutvalget vurderte at aktuelle opphold fortsatt skulle avregnes i 2020 etter samme prinsipp som tidligere.

Analyser på data fra 2020 viste en forbedring av registreringspraksis ved Nordlandssykehuset. Til tross for dette så man at det fortsatt var avvikende registreringspraksis hos helseforetaket sammenliknet med landet ellers og det ble ny avregning.

Oppfølging i 2022

Tall for 2021 ble lagt fram, og det sees noe økning i antall aktuelle opphold i DRG 297 ved Nordlandssykehuset HF.

Helseforetak	2020		2021		Endring 2020 -2021
	Antall opphold	Hvorav liggetid=1 og E66	Antall opphold	Hvorav liggetid=1 og E66	
St. Olavs Hospital HF	73	19	79	8	-11
Vestre Viken HF	126	2	139	1	-1
Lovisenberg diakonale sykehus	44	0	46	0	0
Diakonhjemmet sykehus	69	0	68	0	0
Akershus universitetssykehus HF	156	0	143	1	1
Sykehuset Innlandet HF	115	1	128	0	-1
Sykehuset Østfold HF	94	1	96	1	0
Helse Stavanger HF	94	0	127	1	1
Helse Fonna HF	85	2	106	0	-2
Helse Bergen HF	124	3	129	3	0
Helse Førde HF	68	1	64	1	0
Helse Nord-Trøndelag HF	47	1	32	4	3
Finnmarkssykehuset HF	41	1	54	0	-1
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	73	1	68	2	1
Nordlandssykehuset HF	96	27	107	31	4
Helgelandssykehuset HF	46	0	44	0	0
Sørlandet sykehus HF	86	1	89	0	-1
Sykehuset i Vestfold HF	38	0	78	0	0
Sykehuset Telemark HF	55	0	49	0	0
Haraldsplass diakonale sykehus AS	75	0	60	0	0
Oslo kommunale legevakt	17	0	21	0	0
Oslo universitetssykehus HF	97	7	102	10	3
Helse Møre og Romsdal HF	59	4	86	4	0
Total	1778	71	1915	67	-4

Avregningsutvalgt konkluderer med at det opprettholdes å anbefale avregning også for 2021. Nordlandssykehuset HF tilskrives og gjøres oppmerksom på at de følges opp og fortsatt ikke har kommet i mål. Saken regnes som avklart fra utvalgets side og Helsedirektoratet overtar saken for videre oppfølging framover.

Anbefaling

Avregne Nordlandssykehuset HF etter tidligere avregningsmetodikk og oversende saken for videre oppfølging til Helsedirektoratet.

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

Saken ble meldt inn i 2017, først behandlet i 2018 og fulgt opp siden. Saken førte til avregning i 2020 og 2021. Den 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*.

I behandlingen av saken har det blitt utført analyser og brevkorrespondanser med berørte sykehus. Over tid har flere helseforetak endret kodepraksis i henhold til endringer i kodeveiledning. Hos Sykehuset i Østfold HF har det vært uforholdsmessig mange aktuelle opphold i DRG 2680 og på bakgrunn av pågående dataanalyser har det derfor vært behov for ytterligere korrespondanse med helseforetaket som del av saksbehandlingen. I 2019 uttrykte svaret tvil om korrekt koding i denne saken. Helseforetaket beskrev sviktende tilgang til relevant informasjon utenfor egen organisasjon, eksempelvis kodeveiledning ved rekonstruksjonsinngrep etter hudkreft. Avregningsutvalget oppfatter at prosedyrekodeverket er tilstrekkelig entydig.

På grunn av utilstrekkelig informasjonsgrunnlag ble det i 2020 gjennomført dokumentkontroll hos Sykehuset Østfold HF. Kontrollens viktigste funn var at hele 36 av 50 opphold endret DRG som følge av revisorenes vurderinger og at kun 49% av prosedyrene var korrekt valgt og riktig klassifisert. 31 av 94 kirurgiske prosedyrer opprinnelig rapportert var dokumentert, men feil klassifisert. Totalt medførte dokumentkontrollen en reduksjon på -1,597 ISF-poeng. Dette utgjør en reduksjon på 16 prosent av den samlede verdien de 50 oppholdene opprinnelig hadde før revisors vurderinger som følge av gjennomført dokumentkontroll. Det vises til Avregningsutvalgets årsrapport for 2019 og 2020 for mer informasjon om tidligere saksbehandling.

Saken ble fulgt opp i 2021 med nye analyser for 2020-data. Tall viste at aktuelle opphold hadde avtatt betraktelig hos Sykehuset i Østfold HF. Sørlandet sykehus HF hadde omtrent doblet sin andel DRG 2680. Det gjaldt også OUS, men totalt antall opphold hadde der gått ned.

Sørlandet Sykehus HF ble tilskrevet med spørsmål om bakgrunnen for det økte volumet, om bruk av kodene Q*E30 og Q*E35 og om behandling som kirurgisk fjerning av ondartet svulst er organisert på en annen måte enn hos andre helseforetak. Sørlandet sykehus HF mente å ha kodet etter riktig klinisk praksis og ønsket utvikling, men Avregningsutvalget fant ikke tilstrekkelig dokumentasjon i svaret på dette og anbefalte derfor avregning.

Oppfølging i 2022

Saken har i 2022 blitt fulgt opp på ordinært vis med analyser på antall og andeler opphold i helseforetakene i DRG 2680 og 809J for 2020 og 2021. Det har også blitt undersøkt ratetall over tid. Avregnede Sørlandet sykehus ligger forholdsvis likt mellom årene totalt, men har "flyttet" opphold fra DRG 2680 til DRG 809J.

Tall på opphold med prosedyrekoder QxE30 og QxE35 i DRG 2680 i 2020 og 2021 viser at Sørlandet sykehus har en merkbar nedgang i antall slike opphold fra 2020 til 2021. St.Olavs hospital sin minskende tendens fra 2020 bekreftes i 2021-data. Sykehuset Østfold har en stor reduksjon av begge prosedyrekoder, og i 2021 har de ingen QxE35. Sørlandet sykehus har en reduksjon i begge prosedyrekoder.

DRG 2680 Helseforetak	Total QXE30-35	
	2020	2021
St. Olavs Hospital HF	370	287
Vestre Viken HF	188	132
Akershus universitetssykehus HF	114	133
Sykehuset Innlandet HF	99	62
Sykehuset Østfold HF	80	30
Helse Stavanger HF	38	20
Helse Fonna HF	53	43
Helse Bergen HF	27	34
Helse Førde HF	31	17
Helse Nord-Trøndelag HF	21	26
Finnmarkssykehuset HF	10	24
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	56	87
Nordlandssykehuset HF	34	24
Helgelandssykehuset HF	24	34
Sørlandet sykehus HF	284	200
Sykehuset i Vestfold HF	31	13
Sykehuset Telemark HF	69	47
Haraldsplass diakonale sykehus AS	19	15
Martina Hansens Hospital HF	1	0
Oslo universitetssykehus HF	618	291
Helse Møre og Romsdal HF	89	65
Private		
Medi 3 AS	49	34
Aleris Helse AS Trondheim	193	64
Aleris Helse AS Oslo	3	3
Aleris Helse AS avd Nesttun	0	3
Aleris Helse AS avd Kristiansand	1	0
Volvat Medisinske senter Nord og Midt-Norge AS avd Stokkan	273	281
Haugesund san.forenings revmatismesykehus	1	0
Privathospitalet Fana Medisinske senter AS	0	1
Aleris sykehus Colosseum Stavanger	0	1
Aleris Helse AS Tromsø	0	9
Total	2776	1980

Det er i tillegg lagt fram analyser på antall opphold med prosedyrekode ZSX93 *Lukking av bløtvevsdefekt i flere lag med plastikkirurgisk teknikk* totalt og i DRG 2680 for de to årene. Ingen opphold i DRG 809J hadde denne prosedyrekoden.

Det er fortsatt slik at kodeveiledningen oppleves som forståelig på dette feltet. Men utvalget mener at DRG-logikken burde ta høyde for at det skal være rekonstruksjon, og ikke bare en prosedyrekode ekstra som fører til gruppering i DRG 2680.

Som del av oppfølgingen ble brev sendt til flere helseforetak:

- St.Olavs Hospital HF
- Vestre Viken HF
- Akershus universitetssykehus HF
- Sykehuset Innlandet HF
- Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
- Sørlandet Sykehus HF
- Oslo Universitetssykehus HF
- Helse Møre og Romsdal HF
- Aleris Helse AS – Trondheim
- Volvat Medisinske senter Nord og Midt-Norge AS avd. Stokkan

Det ble spurt om organiseringen av behandlingen, begrunnelse for økt bruk av aktuelle prosedyrekode og redegjørelse for opphold i DRG 2680.

Svarbrevene gir ikke noen ytterligere avklaring i saken, men det ser ut til at reeksisjoner kodes feil. Generelt begrunnes kodebruken med et bedre kosmetisk ønsket resultat og høy alder i befolkningen som krever flere inngrep.

Utvalget har også diskutert hvilken rolle tilleggsprosedyre kode ZSX92 *Lukking av bløtvevsdefekt i flere lag med plastikkirurgisk teknikk* skal ha i regruppering og refusjon. Det er tydelig at det er en del feilbruk av prosedyrekode QxE30 og QxE35. Refusjon for DRG 809J er lav, noe som kan føre til at det blir feilkodet. Det kan tenkes at koden som kunne blitt brukt, altså prosedyrekode Q*E10 vurderes lavt refundert.

Det kan være ønskelig å vurdere endring av DRG-logikk for slike behandlinger, slik at ABF-refusjonen ikke kun styres av hovedprosedyrekode, men heller overstyres av valgt plastikkirurgisk teknikk. Dessuten kan ulike plastikkirurgiske teknikker differensiere ytterligere. Det synes urimelig at prosedyrekoden ZSX92 skal endre oppholdet fra 809J til DRG 2680. En snarlig gjennomgang og endring av DRG-logikk med tilhørende refusjon for slike behandlinger kan være nødvendig for hindre framtidig lokal overkoding og feil ABF-refusjoner.

Anbefaling

Det foreslås justering i DRG-grupperingslogikken for 2680. Avregningsmetodikk blir som i fjor. Det regnes ut et nytt snitt hvor de som ligger høyest er ekskludert, og helseforetak over snittet avregnes ut fra en godkjent rate. Følgende enheter avregnes: Sørlandet sykehus HF, St. Olavs hospital HF, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, Volvat Stokkan og Aleris Trondheim.

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

Saken ble behandlet første gang av Avregningsutvalget i 2014. Avregningsutvalget har anbefalt avregning i saken i flere år, og kodepraksisen har vekslet mellom bedring og forverring. Problemstillingen i denne saken er feil bruk av kode J96 *Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted* som hovedtilstand.

Avregningsutvalget mente at det i henhold til gjeldende kodeverk ikke hadde blitt kodet riktig hoveddiagnose for opphold i DRG 87 *Respirasjonssvikt & lungeødem ekskl ved hjertesvikt* hos en rekke sykehus. Kode J96 skal vanligvis ikke brukes som hovedtilstand hvis man kjenner årsaken til respirasjonssvikten, slik som for eksempel kols, pneumoni, lungekreft eller andre sykdommer.

Helsedirektoratet ba Avregningsutvalget om å videre følge opp saken i 2020 med en utvidet problemstilling. Det innebar at feil bruk av hovedtilstand J96 har blitt undersøkt i flere DRGer utover DRG 87.

Etter flere analyser og vurderinger har utvalget valgt å fokusere i tillegg på DRG 475A *Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte* og DRG 475B *Sykdommer i åndedretsorganer med PEEP support* ettersom disse DRGene inneholdt størst volum av feilkodede inneliggende opphold.

For alle tre DRGer har det blitt vurdert at opphold med andre tilstand i M- og G-kapittelet ekskluderes i avregningsgrunnlaget. For saksbehandlingen i 2021 har i tillegg opphold med tilstander i Q-kapittelet også blitt tatt ut av avregningsgrunnlaget. Dette er gjerne medfødte tilstander som etter diskusjon i utvalget er vurdert til at kan ha innvirkning på respirasjonen.

Oppfølging i 2022

Det kan fortsatt være grunnlag for avregning i denne saken. Det må sikres at den tilstandskoden som velges fra annen tilstand er en kode som kan være hovedtilstand. De oppholdene som etter en omkodning havner i DRG 470, må få en liten minimumsrefusjon.

Tall for hele 2020 og 2021 ble lagt fram. Det sees en nedgang i antall opphold på landsbasis både i DRG 87, 475A og 475B. Vestre Viken har særlig stor nedgang i alle tre DRGer, og også Diakonhjemmet, OUS og Vestfold har markant nedgang i noen av DRGene. I tillegg har man undersøkt nærmere kodingen i et underutvalg av aktuelle opphold.

Kodeveiledningen er endret for J96 gjennom årene. Utvalget så behov for å ta med kodeverksmiljøet i Direktoratet for e-helse inn i et møte for å gjennomgå i detalj når J96 kan brukes som hovedtilstand eller ikke. I møtet ble det diskutert kodespørsmål og presentert endringshistorikk. Oppsummert har utviklingen vært slik:

- 2006: Respirasjonssvikt er en del av sykdomsbildet ved KOLS og skal aldri kodes i tillegg. Respirasjonssvikt ved andre tilstander nevnes ikke.
- 2012: Respirasjonssvikt pga. KOLS tillates som annen tilstand ved KOLS som hovedtilstand, for å gi tilleggsinformasjon

- 2015: Mer generelt: Respirasjonssvikt kan kodes som hovedtilstand bare hvis årsaken er ukjent. Det kan kodes som annen tilstand for å gi tilleggsinformasjon dersom kriteriene for «andre tilstander» er oppfylt.
- 2016: En tilstand som er et symptom på eller manifestasjon av en bakenforliggende tilstand kan bare bli hovedtilstand dersom det ikke er gitt noen helsehjelp for bakenforliggende tilstand.
- 2018: Eksemplifisering av forrige punkt ved ALS/respirasjonssvikt
- 2022: Presisering av at «helsehjelp» kan være både behandling, undersøkelse og *vurdering*

Det foreligger ikke noen planlagte endringer i koderegler for J96.

Som del av saksbehandlingen i inneværende år ble det også sendt ut brev på nytt til en rekke helseforetak der det ble bedt om å redegjøre for helseforetakenes gjeldende og generelle kodepraksis på området. Ut fra svarene ser det ut til at helseforetakene har forstått gjeldende regelverk og at det har blitt iverksatt tiltak for å bedre kodepraksis der det har vært usikkerhet.

Utvalget vurderer det slikt at i noen tilfeller er J96 eneste koden man kan sette, for eksempel når man kjenner ikke til bakenforliggende årsak til respirasjonssvikten. Da er det rett at den står alene som hovedtilstand uten tilleggstilstander. Avregningsmetode må ivareta slike tilfeller. Regrupperingsmetoden som er brukt til nå har ikke tilstrekkelig gjort det og medført at noen opphold har havnet i uspesifikk DRG 470. Man observerer også at antallet opphold med feilkoding har gått ned med tiden, men det er viktig å presisere at alvorlig feilkoding fortsatt forekommer.

Tekniske beregninger basert på regruppering og gjennomsnittsvæker ble forelagt utvalget til slutt og det endte med anbefaling om å avregne opphold i DRG 475A.

Helseforetak	2020		2021		Endring	
	J96	DRG 87	J96	DRG 87	J96	DRG 87
St. Olavs Hospital HF	6	20	10	16	4	-4
Vestre Viken HF	39	67	12	35	-27	-32
Lovisenberg diakonale sykehus	22	37	21	30	-1	-7
Diakonhjemmet sykehus	14	26	2	14	-12	-12
Akershus universitetssykehus HF	13	35	6	28	-7	-7
Sykehuset Innlandet HF	17	23	10	24	-7	1
Sykehuset Østfold HF	24	34	26	37	2	3
Helse Stavanger HF	4	21	0	20	-4	-1
Helse Fonna HF	15	23	11	19	-4	-4
Helse Bergen HF	4	19	3	23	-1	4
Helse Førde HF	3	5	4	12	1	7
Helse Nord-Trøndelag HF	4	11	3	7	-1	-4
Finnmarkssykehuset HF	9	15	11	17	2	2
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	5	12	10	22	5	10
Nordlandssykehuset HF	17	39	14	29	-3	-10
Helgelandssykehuset HF	8	9	6	10	-2	1
Sørlandet sykehus HF	30	49	21	55	-9	6
Sykehuset i Vestfold HF	42	55	32	48	-10	-7
Sykehuset Telemark HF	8	12	6	17	-2	5
Haraldsplass diakonale sykehus AS	5	8	3	8	-2	0
Oslo universitetssykehus HF	101	222	74	198	-27	-24
Helse Møre og Romsdal HF	18	34	16	35	-2	1
Private sykehus	0	0	1	1	1	1
Total	408	776	302	705	-106	-71

Helseforetak	2020		2021		Endring	
	J96	DRG 475a	J96	DRG 475a	J96	DRG 475a
St. Olavs Hospital HF	5	60	1	55	-4	-5
Vestre Viken HF	49	139	20	134	-29	-5
Lovisenberg diakonale sykehus	3	19	3	34	0	15
Diakonhjemmet sykehus	5	31	0	32	-5	1
Akershus universitetssykehus HF	4	151	6	240	2	89
Sykehuset Innlandet HF	5	78	6	80	1	2
Sykehuset Østfold HF	13	69	6	62	-7	-7
Helse Stavanger HF	0	71	0	83	0	12
Helse Fonna HF	1	20	5	33	4	13
Helse Bergen HF	2	41	3	52	1	11
Helse Førde HF	4	11	2	16	-2	5
Helse Nord-Trøndelag HF	4	37	2	24	-2	-13
Finnmarkssykehuset HF	7	18	7	13	0	-5
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	2	46	0	51	-2	5
Nordlandssykehuset HF	4	25	1	34	-3	9
Helgelandssykehuset HF	1	13	2	20	1	7
Sørlandet sykehus HF	9	77	6	47	-3	-30
Sykehuset i Vestfold HF	15	51	10	41	-5	-10
Sykehuset Telemark HF	5	49	3	44	-2	-5
Haraldsplass diakonale sykehus AS	0	7	1	11	1	4
Oslo universitetssykehus HF	6	101	1	139	-5	38
Helse Møre og Romsdal HF	3	44	2	52	-1	8
Total	147	1158	87	1297	-60	139

Helseforetak	2020		2021		Endring	
	J96	DRG 475b	J96	DRG 475b	J96	DRG 475b
St. Olavs Hospital HF	4	215	6	370	2	155
Vestre Viken HF	68	533	24	616	-44	83
Lovisenberg diakonale sykehus	34	151	45	169	11	18
Diakonhjemmet sykehus	12	126	1	148	-11	22
Akershus universitetssykehus HF	12	715	6	936	-6	221
Sykehuset Innlandet HF	7	329	3	495	-4	166
Sykehuset Østfold HF	19	391	15	526	-4	135
Helse Stavanger HF	1	304	0	347	-1	43
Helse Fonna HF	10	143	7	207	-3	64
Helse Bergen HF	15	669	12	791	-3	122
Helse Førde HF	2	94	5	102	3	8
Helse Nord-Trøndelag HF	4	132	9	219	5	87
Finnmarkssykehuset HF	8	91	11	99	3	8
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	12	194	3	192	-9	-2
Nordlandssykehuset HF	7	124	7	187	0	63
Helgelandssykehuset HF	5	85	1	84	-4	-1
Sørlandet sykehus HF	26	301	32	386	6	85
Sykehuset i Vestfold HF	59	406	31	392	-28	-14
Sykehuset Telemark HF	11	267	10	331	-1	64
Haraldsplass diakonale sykehus AS	5	106	3	138	-2	32
Oslo universitetssykehus HF	23	268	9	287	-14	19
Helse Møre og Romsdal HF	23	222	18	313	-5	91
Private sykehus	0	1	0	0	0	-1
Total	367	5867	258	7335	-109	1468

Anbefaling

Utvalget anbefaler at aktuelle opphold i DRG 475A avregnes der 10 prosent av oppholdene godkjennes. Dette innebærer følgende helseforetak: Vestre Viken HF, Helse Fonna HF, Helse Førde HF, Finnmarkssykehuset HF, Sørlandet sykehus HF, Sykehuset i Vestfold HF.

17/28390 Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner

Avregningsutvalget har i løpet av de siste årene behandlet en sak på bakgrunn av observasjon av en god del korte opphold hvor pasienten har hatt permisjonstid lik liggetid. Det betyr at pasienten ikke har overnattet ved sykehuset.

I tilfeller der helsehjelpen foregår over to eller flere dager, uten at pasienten overnatter i sykehusavdeling, skal behandlingsaktiviteten ikke rapporteres som ett sammenhengende avdelingsopphold med permisjon (ISF regelverk 202; kapittel 5.14).

For data for ABF for 2020 anbefalte avregningsutvalget avregning av alle opphold med liggetid 1, 2 eller 3 døgn og lik permisjonstid som liggetid. Dette var en endring fra årene før der kun opphold med liggetid=1 døgn ble behandlet.

I sin bestilling til Avregningsutvalget for 2018, ønsket Helsedirektoratet at Avregningsutvalget prioriterte denne saken, og vurderte beregningsmåten som er brukt i tidligere avregninger. Etter dette er det bedt om videre oppfølging av saken.

Utvalgets vurderinger

Analyse av data viser en fortsettende positiv trend fra foregående år med at andelen opphold med liggetid=permisjonstid av alle opphold med liggetid 1, 2 eller 3 døgn går ned. Likevel sees et visst omfang av denne helt klare registreringsfeilen med å ha innleggelse der det er permisjon i hele innleggelsestiden.

Liggetid (døgn)	2019		2020		2021	
	Antall opphold	Andel permisjon lik liggetid	Antall opphold	Andel permisjon lik liggetid	Antall opphold	Andel permisjon lik liggetid
1 døgn	260363	1,5%	239507	1,1%	261190	0,9%
2 døgn	159581	0,5%	155001	0,4%	163799	0,3%
3 døgn	116335	0,5%	106194	0,4%	111675	0,3%

Denne saken er behandlet over flere år, og det er kjent at opphold der permisjonstid er like lang som liggetiden ikke skal rapporteres som innleggelser. Avregningsutvalget anbefaler derfor at for ABF 2021 skal opphold avregnes på samme måte som for 2020. Alle opphold med liggetid på 1, 2 eller 3 døgn, og med lik liggetid og permisjonstid, avregnes. Opphold der vekten ville blitt lik om det er registrert innleggelse eller dagopphold holdes utenfor avregningen. Rehabilitering, det vil si opphold i DRG 462A og DRG 462B, skal også holdes utenfor slik det er gjort tidligere. Den anbefalte avregningen vil omfatte flere helseforetak og institusjoner i alle regioner.

For opphold med ett liggedøgn vil opphold med dagkirurgi gis ISF-poeng tilsvarende en gjennomsnittsvekt for dagkirurgi pluss poliklinikk. Opphold uten dagkirurgi avregnes som to dagopphold med gjennomsnittsvekt dagmedisin.

For opphold med to liggedøgn vil opphold med dagkirurgi gis ISF-poeng tilsvarende en gjennomsnittsvekt for dagkirurgi pluss to for poliklinikk. Opphold uten dagkirurgi avregnes som tre dagopphold med gjennomsnittsvekt dagmedisin.

For opphold med tre liggedøgn vil opphold med dagkirurgi gis ISF-poeng tilsvarende en gjennomsnittsvekt for dagkirurgi pluss tre for poliklinikk. Opphold uten dagkirurgi avregnes som fire dagopphold med gjennomsnittsvekt dagmedisin.

Avregningsutvalget har fulgt denne saken over mange år har observert forbedringer i registreringspraksis de seneste årene. Men det er fortsatt feilregistreringer på omsorgsnivå for disse oppholdene. Avregningsutvalget regner seg ferdig med den medisinske vurderingen og sender over saken til videre oppfølging og eventuell avregning i Helsedirektoratet i påfølgende år.

Anbefaling

Avregningsutvalget anbefaler en avregning av alle innleggelser på ett, to eller tre døgn og med lik liggetid og permisjonstid. Dette gjelder for alle helseforetak og institusjoner som har rapportert slike opphold.

Saken sendes til Helsedirektoratet for videre oppfølging senere år.

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

Saken ble meldt inn i 2017 og avregnet hvert år siden. Flere helseforetak har vært involvert over tid. Bakgrunnen for saken var at det ble observert høyt volum av opphold i DRG 462A *Kompleks rehabilitering* og DRG 462B *Vanlig rehabilitering*. Først hos Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset i Innlandet HF, men seinere også hos flere andre helseforetak. Det har vært snakk om pasienter med revmatisme og fibromyalgi som vanligvis ikke er aktuelle for rehabiliteringsinnleggelse vurdert ut fra ISF-regelverk, altså feil valg av omsorgsnivå hvor det har vært innleggelse der oppholdene kunne vært polikliniske.

Avregningsutvalget ble av Helsedirektoratet bedt om å vurdere hvilken type aktivitet som inngår i DRG 462A og DRG 462B, og videre vurdere om aktiviteten oppfyller kravene til rehabilitering slik det står formulert i ISF-regelverkets kapittel 6.12.

Utviklingen over tid har vist at kodepraksis hos helseforetakene har både forbedret og forverret seg. Avregningsmetodikken har også endret seg med tiden, der man har gått fra regruppering av opphold til å justere refusjon ned til refusjon lik DRG 462C *Rehabilitering*. Det har tidligere kommet klager på beregningsmetoden som er benyttet i 2021.

Oppfølging i 2022

Det ble presentert tall for antall opphold per helseforetak i DRG 462A og 462B for 2020 og 2021. Det sees en nedgang i antall opphold på nasjonalt nivå, og spesielt hos Sunnaas og Nordlandssykehuset som tidligere har blitt avregnet i flere runder.

Helseforetak	2020			2021			Endring fra 2020 - 2021		
	462A	462B	Total	462A	462B	Total	462A	462B	Endring totaler
Sunnaas sykehus HF	20	1	21	8	1	9	-12	0	-12
St. Olavs Hospital HF	2	0	2	6	0	6	4	0	4
Vestre Viken HF	0	1	1	0	0	0	0	-1	-1
Stiftelsen Betanien Hospital Skien	0	7	7	0	0	0	0	-7	-7
Diakonhjemmet sykehus	20	0	20	18	0	18	-2	0	-2
Akershus universitetssykehus HF	0	12	12	3	3	6	3	-9	-6
Sykehuset Innlandet HF	3	5	8	7	0	7	4	-5	-1
Helse Stavanger HF	3	0	3	1	0	1	-2	0	-2
Helse Fonna HF	0	0	0	1	1	2	1	1	2
Helse Bergen HF	8	3	11	2	4	6	-6	1	-5
Helse Førde HF	1	2	3	0	0	0	-1	-2	-3
Helse Nord-Trøndelag HF	0	2	2	0	1	1	0	-1	-1
Finnmarkssykehuset HF	0	2	2	0	0	0	0	-2	-2
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	0	2	2	0	5	5	0	3	3
Nordlandssykehuset HF	69	1	70	18	0	18	-51	-1	-52
Helgelandssykehuset HF	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sørlandet sykehus HF	4	2	6	3	2	5	-1	0	-1
Sykehuset i Vestfold HF	25	1	26	16	4	20	-9	3	-6
Sykehuset Telemark HF	0	0	0	0	3	3	0	3	3
Revmatismesykehuset AS	0	11	11	0	7	7	0	-4	-4
Helse Møre og Romsdal HF	3	3	6	7	5	12	4	2	6
Privat Vest HF	9	1	10	7	6	13	-2	5	3
Private sykehus	4	1	5	10	1	11	6	0	6
Total	171	57	228	107	43	150	-64	-14	-78

Som del av årets oppfølging har det blitt utarbeidet et notat på saksgang og avregningsmetodikken. Notatet ble oversendt avdeling finansiering i Helsedirektoratet der det også ble bedt om en klargjøring for oppdraget i 2022. Avdelingen deltok videre i møtet med utvalget der det ble presentert regelverk, endringer og utvikling for DRG på rehabilitering. Det erkjennes at regelverket er komplisert og at det kan være noe avvik i samsvar med hvordan rehabilitering ytes i dag i spesialisthelsetjenesten, og hvordan grupperingen er lagt opp. Det er uttrykt ønske om mer differensiert regelverk, spesielt å hensynta funksjonsnivå, men dette har man ikke gode data på.

Derfor brukes mål på tverrfaglighet og telling av kategorier av utførende helsepersonell. Det opplyses til orientering om at avdeling velferdsteknologi og rehabilitering i Helsedirektoratet skal starte et prosjekt for å etablere verktøy for funksjonsmåling innen rehabilitering.

Det er ingen endringer i Avregningsutvalgets oppdrag i saken sammenliknet med hva som er gjort tidligere, men avregningsmetodikken som har blitt benyttet tidligere vurderes til å være litt for lite treffsikker.

Det ble utarbeidet alternative tekniske avregninger der man ser på ulike beregningsmetoder:

- Som tidligere
- Begrense til de som har kun bidiagnose M60-M79 - til 462C
- Differensiere på terskelverdi på godkjente opphold; 5 og 10 opphold

Analyser i ABF-data 2021 viser at det kun er 25 opphold av totalt 150 der det bare er registrert M6-M7 som annen tilstand (eventuelt i tillegg en Z-kode).

Etter en nærmere vurdering vil utvalget overlate til Helsedirektoratet å gjøre vurderinger av mer tjenesteorienterte og forløpsbaserte finansieringsordninger for rehabilitering. Utvalget er blitt kjent med at direktoratet arbeider videre med dette området. Det er enighet om at man skal avregne helseforetak som har over 10 opphold samlet i begge DRGer.

Anbefaling

Helseforetak med over 10 aktuelle opphold (andre tilstander kodet M6-M7) i begge DRGer avregnes ned til refusjon lik DRG 462C. Disse er Diakonhjemmet, Nordlandssykehuset HF, Sykehuset i Vestfold HF, Helse Møre og Romsdal HF, Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus og LHL Gardermoen.

13/4904 Flere registrerte episoder samme dag

Denne saken dreier seg om registreringspraksis knyttet til flere legekontakter samme dag. Saken ble meldt inn fra Helsedirektoratet første gang i 2012 for ABF-data 2011. Avregningsutvalget anbefalte den gang avregning av Oslo universitetssykehus HF (OUS) på bakgrunn av feil registreringspraksis. Feilen var i stor grad knyttet til tekniske forhold ved det pasientadministrative systemet. Avregningsutvalget har senere fulgt opp saken årlig og har hvert år anbefalt avregning av OUS. Helsedirektoratet ønsket i 2018 at Avregningsutvalget skulle gå mer detaljert inn i vurderinger av registreringspraksis knyttet til flere legekontakter samme dag for samme pasient. Analyser tydet på at registreringspraksis varierer mellom HF, private ideelle institusjoner og private sykehus som RHF-ene har kjøpsavtale med.

For 2018 kommuniserte Avregningsutvalget med flere sykehus om denne saken. Avregningsutvalget vurderte hver problemstilling for seg i de ulike hoveddiagnosegruppene, helseforetak for helseforetak, med det utgangspunkt at legekontakter innenfor ulike spesialiteter for samme pasient kan godkjennes som ulike konsultasjoner, men hvis legekontaktene er innenfor samme spesialitet bør det være én og samme konsultasjon, og utvalget anbefalte avregning for disse oppholdene. Avregningsutvalget mente at det som tidligere har vært en helhetlig tjeneste nå ser ut til å stykkes opp, og at de store praksisvariasjonene skyldes uklarheter i regelverket.

I 2019 ble det sett en reduksjon i antall tilfeller av flere episoder for samme pasient samme dag, og det ble kun gjort avregning for OUS, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF i HDG 2 *Øyesykdommer*, for OUS i HDG 5 *Sykdommer i sirkulasjonsorganene*, og Medi3 Ålesund uavhengig av HDG. I 2020 var det en ytterligere reduksjon og avregningsutvalget anbefalte kun en avregning for HDG5 for OUS og for Medi3 Ålesund uavhengig av HDG.

I ISF-beregningsregler for 2021 gis det kun uttelling for en episode per dag per pasient. Det er noen unntak fra dette, blant annet for dagkirurgi. Dette er beskrevet i ISF-regelverket. På bakgrunn av dette ble saken ikke behandlet i avregningsutvalget i 2022 siden ISF-beregningen nå ivaretar problemstillingen.

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 2021 er innen somatisk spesialisthelsetjeneste.

Utrekningene i dette kapittelet er basert på informasjon fra regelverket *Innsatsstyrt finansiering 2021*¹.

ISF-refusjon for somatisk spesialisthelsetjeneste 2020 beregnes etter følgende formel:

$\Sigma \text{Korrigerde DRG-poeng} \times \text{enhetspris (46 719 kr)} \times \text{refusjonssats (50 prosent)}$

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 2021. De tekniske beregningene er utarbeidet av sekretariatet og godkjent av Avregningsutvalget.

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

20/3956 DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade

Avregningsutvalget anbefaler avregning av alle opphold i DRG 27 ved alle helseforetak der hovedtilstandskode er satt til S06.01. Hovedtilstandskoden skal erstattes med S06.0.

Pasientens bostedsregion	Opprinnelig gruppering		Etter regruppering						Sum godkjente ISF-poeng	Differanse ISF-poeng	Anbefalt avregning
	DRG 27		DRG 31		DRG 32		DRG 33				
	Antall opphold	ISF- poeng	Antall opphold	ISF- poeng	Antall opphold	ISF- poeng	Antall opphold	ISF- poeng			
Helse Vest	33	39,402	19	10,716	5	2,130	9	3,258	16,104	-23,298	-kr 544 229,63
Helse Midt-Norge	2	2,388			2	0,852			0,852	-1,536	-kr 35 880,19
Helse Nord	2	2,388			2	0,852			0,852	-1,536	-kr 35 880,19
Helse Sør-Øst	7	8,358	2	1,128	5	2,130			3,258	-5,100	-kr 119 133,45
Totalt	44	52,536	21	11,844	14	5,964	9	3,258	21,066	-31,470	-kr 735 123,47

Helseforetak	Opprinnelig gruppering		Etter regruppering						Sum godkjente ISF-poeng	Differanse ISF-poeng	Anbefalt avregning
	DRG 27		DRG 31		DRG 32		DRG 33				
	Antall opphold	ISF-poeng	Antall opphold	ISF-poeng	Antall opphold	ISF-poeng	Antall opphold	ISF-poeng			
St. Olavs Hospital HF	1	1,194			1	0,426			0,426	-0,768	-kr 17 940,10
Akershus universitetssykehus HF	3	3,582			3	1,278			1,278	-2,304	-kr 53 820,29
Sykehuset Innlandet HF	1	1,194	1	0,564					0,564	-0,630	-kr 14 716,49
Helse Fonna HF	7	8,358	2	1,128	2	0,852	3	1,086	3,066	-5,292	-kr 123 618,47
Helse Bergen HF	26	31,044	17	9,588	4	1,704	5	1,810	13,102	-17,942	-kr 419 116,15
Helse Førde HF	1	1,194					1	0,362	0,362	-0,832	-kr 19 435,10
Finnmarkssykehuset HF	1	1,194			1	0,426			0,426	-0,768	-kr 17 940,10
Sykehuset i Vestfold HF	1	1,194			1	0,426			0,426	-0,768	-kr 17 940,10
Oslo universitetssykehus HF	2	2,388	1	0,564	1	0,426			0,990	-1,398	-kr 32 656,58
Helse Møre og Romsdal HF	1	1,194	0	0,000	1	0,426			0,426	-0,768	-kr 17 940,10
Totalt	44	52,536	21	11,844	14	5,964	9	3,258	21,066	-31,470	-kr 735 123,47

19/27629 Behandling av pasienter med fedme i DRG 297

Avregningsutvalgets anbefaling er at opphold med E66 i DRG297 og kort liggetid=1 skal avregnes hos Nordlandssykehuset HF. Disse gis refusjon lik to polikliniske kontakter i DRG 910C *Poliklinisk konsultasjon vedr fedme og overvekt*.

Helseforetak	Totalt antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Poeng Polikliniske kontakter	Differanse poeng	Anbefalt avregning
Nordlandssykehuset HF	31	22,010	1,984	-20,026	- kr 467 797,35

Pasientens bostedsregion	Totalt antall opphold	Opprinnelige DRG-poeng	Poeng Polikliniske kontakter	Differanse poeng	Anbefalt avregning
Helse Nord RHF	31	22,010	1,984	-20,026	-kr 467 797,35

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

Avregningsutvalget anbefaler at følgende helseforetak og institusjoner avregnes Sørlandet sykehus HF, St. Olavs Hospital HF, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, Volvat Stokkan og Aleris Trondheim.

Gjelder antall opphold i DRG 2680 hvor prosedyrekode innenfor QXE30 og QXE35 er registrert.

Godkjenner opphold ut ifra gjennomsnittsrate på aktuelle opphold ut fra befolkningsstørrelse (Sørlandet, Nord-Trøndelag og St. Olavs eksl. fordi de er uteliggere).

Ny DRG-sum = vekt DRG 809J x antall overkodede opphold, overkodede opphold er antall over godkjente opphold.

Helseforetak	Antall opphold i DRG 2680 med prosedyrekode	Sum opprinnelige DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng	Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning
Sørlandet sykehus HF	188	60,536	7,65	-52,88	-kr 1 235 297,08
St. Olavs Hospital HF	298	95,956	16,34	-79,62	-kr 1 859 789,95
UNN HF	94	30,268	2,75	-27,52	-kr 642 760,00
Volvat Stokkan	256	82,432	12,73	-69,70	-kr 1 628 250,59
Aleris Trondheim	61	19,642	5,25	-14,40	-kr 336 283,36
Totalt	897	269,192	44,72	-52,88	-kr 5 702 380,98

Pasientens bostedsregion	Antall opphold i DRG 268O med prosedyrekode	Sum opprinnelige DRG-poeng	Beregnete DRG-poeng	Andel av beregnede poeng	Anbefalt avregning
HV	1	0,322	0,086	0,11 %	-kr 6 357,17
HMN	599	192,878	51,514	66,78 %	-kr 3 807 944,49
HN	99	31,878	8,514	11,04 %	-kr 629 359,77
HSØ	198	63,756	17,028	22,07 %	-kr 1 258 719,55
Totalt	897	288,834	77,142	100,00 %	-kr 5 702 380,98

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

Avregningsutvalget anbefaler at opphold med J96 *Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted* i DRG 475A avregnes. Det blir avregning for alle sykehus der over 10 prosent av opphold er kodet med hovedtilstand J96. 10 prosent av oppholdene godkjennes. Opphold med opprinnelig rapportering av andre tilstander (ikke hovedtilstand) i M-, G- og Q-kapittelet er ekskludert.

Opphold i DRG475a Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte registrert med J96 Respirasjonssvikt avregnes.

Oppholdene avregnes ved å ta gjennomsnittlig vekt av alle opphold med prosedyrekode GXAV01 Respiratorbehandling INA hvor alder >1 år, liggetid >0 og følgende DRGer er ekskludert; DRG 483, 482, 475A og 475B

Opphold med opprinnelig bitilstand i M- og G-kapittelet er ekskludert. Dette gjelder også Q-tilstander.

Gjennomsnittlig vekt = 4,18

Pasientens bostedsregion	Antall opphold	Opprinnelige poeng	Bregnede poeng for alle med J96	Andel av beregnede poeng	Anbefalt avregning	
Helse Vest	7	58,044	29,3	14 %	-kr	597 875,19
Helse Nord	7	58,044	29,3	14 %	-kr	597 875,19
Helse Sør-Øst	36	300,402	150,5	72 %	-kr	3 074 786,69
Totalt	50	416,49	209,0	100 %	-kr	4 270 537,07

Helseforetak	Ant. opph.	Ant. godkj. opph. med J96	Ant. opph. som avregnes	Oppr. poeng	Godkjente poeng med J96	Beregnede poeng	Beregnede poeng for de som avregnes	Beregnede poeng totalt	Differanse	Anbefalt avregning
Vestre Viken HF	20	2	18	165,84	16,584	83,6	75,2	91,8	-74,016	-kr 1 728 976,75
Helse Fonna HF	5	1	4	41,46	8,292	20,9	16,7	25,0	-16,448	-kr 384 217,06
Helse Førde HF	2	0	2	16,584	0	8,4	8,4	8,4	-8,224	-kr 192 108,53
Finnmarkssykehuset HF	7	1	6	58,044	8,292	29,3	25,1	33,4	-24,672	-kr 576 325,58
Sørlandet sykehus HF	6	1	5	51,642	8,292	25,1	20,9	29,2	-22,450	-kr 524 420,78
Sykehuset i Vestfold HF	10	1	9	82,92	8,292	41,8	37,6	45,9	-37,008	-kr 864 488,38
Totalt	50	5	45	416,49	41,46	209,0	183,9	233,7	-182,818	-kr 4 270 537,07

17/28390 Vurdering av kodepraksis ved døgnopphold med permisjoner

Avregningsutvalget anbefaler avregning av alle opphold der innleggelser er på 1, 2 eller 3 døgn og det er rapportert like lang permisjonstid som liggetid.

For opphold med liggetid=1:

Opphold med dagkirurgi avregnes som gjennomsnittsvekt for dagkirurgi pluss poliklinikk. Opphold uten dagkirurgi avregnes som to dagopphold med gjennomsnittsvekt dagmedisin. Opphold der vektene for innlagte og dagkirurgi er like, samt opphold i rehabilitering (DRG 462A og DRG 462B), tas ut av beregningen.

Gjennomsnittsvekt dagkirurgi 0,441

Gjennomsnittsvekt dagmedisin 0,212

Gjennomsnittsvekt poliklinisk konsultasjon 0,047

Pasientens bostedsregion	Liggetid=permisjonstid =1 døgn		Liggetid=permisjonstid =2 døgn		Liggetid=permisjonstid =3 døgn		Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning totalt, kr
	Opprinnelige DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng	Opprinnelige DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng	Opprinnelige DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng		
Helse Vest RHF	454,101	207,776	91,423	56,2	53,82	41,602	-293,766	-kr 6 862 226,88
Helse Midt-Norge RHF	106,563	49,4	26,963	15,193	20,233	14,416	-74,750	-kr 1 746 122,63
Helse Nord RHF	463,013	202,864	123,676	72,493	102,326	76,138	-337,520	-kr 7 884 298,44
Helse Sør-Øst RHF	1036,341	444,48	217,244	139,243	128,655	91,734	-706,783	-kr 16 510 097,49
Totalt	2060,018	904,52	459,306	283,129	305,034	223,89	-1412,819	-kr 33 002 745,43

Helseforetak/institusjon	Liggetid=permisjonstid=1 døgn		Liggetid=permisjonstid=2 døgn		Liggetid=permisjonstid=3 døgn		Differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning totalt, kr
	Opprinnelige DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng	Opprinnelige DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng	Opprinnelige DRG-poeng	Godkjente DRG-poeng		
Sunnaas Sykehus HF	0,42	0,424					0,004	kr 93,44
St.Olavs hospital	56,07	26,376	14,646	7,127	16,521	11,024	-42,710	-kr 997 684,25
Vestre Viken HF	54,406	23,832	8,221	6,259	6,503	4,822	-34,217	-kr 799 292,01
Lovisenberg Diakonale sykehus AS	28,587	16,112	9,663	8,268	8,025	7,632	-14,263	-kr 333 176,55
Betanien hospital	3,881	1,824					-2,057	-kr 48 050,49
Diakonhjemmet sykehus	39,139	18,36	7,036	3,816	10,716	8,48	-26,235	-kr 612 836,48
Akerhus Universitetssykehus HF	163,661	64,096	30,447	20,786	22,979	17,542	-114,663	-kr 2 678 470,35
Sykehuset Innlandet HF	231,498	107,704	34,539	21,523	21,513	15,846	-142,477	-kr 3 328 191,48
Sykehuset Østfold HF	57,333	22,496	23,25	11,448	2,812	1,43	-48,021	-kr 1 121 746,55
Helse Stavanger HF	78,967	37,336	20,468	10,075	11,588	8,214	-55,398	-kr 1 294 069,58
Helse Fonna HF	235,175	117,032	51,947	33,405	33,358	25,756	-144,287	-kr 3 370 472,18
Helse Bergen HF	77,709	25,232	6,809	4,452	2,907	0,848	-56,893	-kr 1 328 992,03
Helse Førde HF	36,27	17,872	9,253	5,724	4,652	4,24	-22,339	-kr 521 827,87
Helse Nord-Trøndelag HF	14,194	7,208	2,509	1,908	1,619	1,696	-7,510	-kr 175 429,85
Finnmarkssykehuset HF	28,055	14,84	12,804	6,895	2,956	2,544	-19,536	-kr 456 351,19
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	308,418	126,072	88,317	49,9	82,733	59,178	-244,318	-kr 5 707 146,32
Nordlandssykehuset HF	89,282	42,488	15,813	12,518	12,376	10,176	-52,289	-kr 1 221 444,90
Helgelandssykehuset HF	30,041	16,008	8,537	4,452	5,320	5,088	-18,350	-kr 428 646,83
Sørlandet sykehus HF	65,394	30,488	10,832	6,895	2,847	3,392	-38,298	-kr 894 622,13

Sykehuset i Vestfold HF	27,806	11,576	3,199	1,908	1,282	0,848	-17,955	-kr	419 419,82
Sykehuset i Telemark HF	92,029	41,28	36,885	23,532	15,079	9,062	-70,119	-kr	1 637 944,78
Haraldsplass diakonale sykehus AS	15,281	8,48	2,946	2,544	0,494	0,848	-6,849	-kr	159 989,22
Revmatismesykehuset AS	1,059	0,424	1,059	0,636			-1,058	-kr	24 714,35
Oslo Universitetssykehus HF	297,194	114,6	54,423	34,707	35,840	22,68	-215,470	-kr	5 033 271,47
Helse Møre og Romsdal HF	28,149	12,36	5,703	4,351	2,093	1,696	-17,538	-kr	409 678,91
Rehabilitering Vest AS					0,821	0,848	0,027	kr	630,71
Totalt	2060,018	904,52	459,306	283,129	305,034	223,89	-1412,819	-kr	33 002 745,43

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

Avregningsutvalget anbefaler avregning til DRG 462C for alle sykehus med over 10 opphold sammenlagt for DRG 462A og 462B. Dette er Diakonhjemmet, Ahus, Nordlandssykehuset, Sykehuset i Vestfold, Helse Møre og Romsdal, Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus og LHL Gardermoen. Inneliggende opphold i DRG 462A og 462B med andre tilstander 'M6' eller 'M7' muskelsmerte avregnes, tilsvarende 208 opphold til refusjon lik DRG 462C.

Helseforetak	Opprinnelige DRG-poeng					Sum oppr. DRG-poeng DRG 462A/B	Antall opphold som avregnes	Nye DRG-poeng	differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning
	Antall opphold i DRG 462A	DRG-poeng i DRG 462A	Antall opphold i DRG 462B	DRG-poeng i DRG 462B	Totalt antall opphold i DRG 462A/B					
Diakonhjemmet sykehus (Helse Sør-Øst RHF)	18	31,22	0	0,000	18	31,220	18	0,420	7,560	-kr 552 685,77
Nordlandssykehuset HF	18	14,22	0	0,000	18	14,220	18	0,420	7,560	-kr 155 574,27
Sykehuset i Vestfold HF	16	26,72	4	2,98	20	29,700	20	0,420	8,400	-kr 497 557,35
Helse Møre og Romsdal HF	7	41,13	5	7,8	12	48,930	12	0,420	5,040	-kr 1 025 248,46
Haugesund san.forenings revmatismesykehus	7	12,25	6	4,22	13	16,470	13	0,420	5,460	-kr 257 188,10
LHL Gardermoen	10	24,2	1	0,52	11	24,720	11	0,420	4,620	-kr 469 525,95
Totalt	76	149,740	16	15,520	92	165,260	92	0,420	38,640	-kr 2 957 779,89

Pasientens bostedsregion	Opprinnelige DRG-poeng						Antall opphold som avregnes	Nye DRG-poeng	differanse DRG-poeng	Anbefalt avregning
	Antall opphold i DRG 462A	DRG-poeng i DRG 462A	Antall opphold i DRG 462B	DRG-poeng i DRG 462B	Totalt antall opphold i DRG 462A/B	Sum oppr. DRG-poeng DRG 462A/B				
Helse Sør-Øst	37	68,01	5	3,5	42	71,51	42	0,42	17,64	-kr 1 258 376,27
Helse Vest	8	14,8	6	4,22	14	19,02	14	0,42	5,88	-kr 306 943,83
Helse Midt-Norge	9	45,13	5	7,8	14	52,93	14	0,42	5,88	-kr 1 099 064,48
Helse Nord	22	21,8	0	0	22	21,8	22	0,42	9,24	-kr 293 395,32
Totalt	76	149,74	16	15,52	92	165,26	92	0,42	38,64	-kr 2 957 779,89

Vedlegg

Vedlegg 1 – Anbefalinger for avregning av ABF for 2000-2021

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

År	Saksnummer- og tittel	Beskrivelse	ICD-10/NCSP/NCMP
2000	Sak 05/01 - Oppsplitting av sykehusopphold ved overflytting til ny rehabiliteringspost	Utskrivnings- og registreringspraksis etter opprettelse av ny rehabiliteringsavdeling ved Telemark Sentralsjukehus. Pasientene, i hovedsak eldre, skrives inn og ut innen et kort tidsrom.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2002	Sak 03/03 - ISF-avregning for Helse Sør i forhold til behandling av pasienter med søvnapné ved Sørlandet sykehus HF Arendal	Pasienter som fikk utført inngrepene tonsillektomi/adenotomi (NCSP-koder EMB10-EMB30) ble i vesentlig høyere grad enn ved tilsvarende sykehus registrert med hoveddiagnose G47.3 <i>Søvnapné</i> .	<i>Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)</i>
	Sak 5/03 - DRG 4 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"> - Z00.6 Undersøkelse av kontrollperson i klinisk forskningsprogram: forskningsfinansierte opphold ble ikke merket i institusjonens pasientadministrative system - Z51.3 Blodoverføring: det er feil kodepraksis å bruke denne koden for å registrere pasienter som mottar blodoverføring. - Z51.8 Annet spesifisert behandlingstiltak: bruk av koden er ikke i samsvar med veiledning i ICD-10. Oppholdene er gruppeundervisning og skal registreres som poliklinikk med takst A99. 	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>

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

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

	Sak 09/3130 – DRG 73 <i>Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år</i>	Stor vekst og volum i DRG 73. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Sykdommer i øre og ørebensknute (H60-H95); Svulster (C00-D48)</i>
	Sak 09/3759 – DRG 347 <i>Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk</i>	Vekst i antall dagopphold i DRG 347. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	<i>Svulster (C00-D48)</i>
	Sak 09/3931 – DRG 465 Etterbehandling med ondartet sykdom som bidiagnose	Stort volum i DRG 465.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
2009	Sak 10/4474 - DRG 475 <i>Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte</i>	Koding av KOLS.	<i>Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)</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>Tilleggs-koder (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 <i>Vanlig rehabilitering</i> ved dagopphold.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
12/5616 - Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed	Koding av korte døgnopphold i rehabilitering som ble vurdert å være gruppebasert opplæring.	<i>Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)</i>
12/5893 Flere registrerte episoder samme dag	Registrering av for mange polikliniske konsultasjoner for samme pasient samme dag.	
12/1515 Feilregistreringer ved Vestre Viken HF, Drammen sykehus	Feilkoding av omsorgsnivå.	

2012	13/3827 Tannkirurgi og bruk av prosedyrekode ECW99	Feil bruk av ECW99 <i>Annen operasjon på gingiva eller processus alveolaris.</i>	<i>Tenner, kjever, munn og pharynx (Kapittel E)</i>
	13/3833 Opphold i DRG DD02 og koding av øyekirurgi som innleggelser	Feil valg av omsorgsnivå for øyekirurgi.	<i>Sykdommer i øyet og øyets omgivelser (H00-H59); Øyet og øyeregionen (Kapittel C)</i>
	13/3902 DRG 4590 Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling	Feil bruk av prosedyrekode QCD10 <i>Revisjon av brannskade på overekstremitet.</i>	<i>Hud (Kapittel Q)</i>
	13/3904 DRG 4610 <i>Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling</i>	Feil bruk av prosedyrekode ACW99 <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 & 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 sjokkbølgetrips i nyrebekken ESWL</i> og KBT00 <i>Ekstrakorporal sjokkbølgetrips 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 <i>Sykdommer etter forløsning og abort uten operasjon</i>	Mangelfull registrering av prosedyrekode TMA20 <i>Manuell fødselshjelp ved normal fødsel.</i>	<i>Mindre kirurgiske inngrep (Kapittel T)</i>
15/1923 – Kodepraksis for opphold i DRG 4750 <i>Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling</i>	Feil bruk av prosedyrekode GXAV20 <i>Behandling med bifasisk positivt luftveistrykk.</i> For mange konsultasjoner var registrert med prosedyrekoden.	<i>Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, bronkier, lunge og mediastinum (Kapittel G)</i>
15/1932 – Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 <i>Vaginal fødsel – diagnoser med kompliserende egenskap</i>	Feil bruk av tilstandskoder O72.0 <i>Blødning i tredje stadium</i> og O71.4 <i>Obstetrisk høy vaginalrift.</i>	<i>Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)</i>
15/1938 – Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N <i>Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 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>Prosedyrekode i «kodepar» med ulike grupperingsegenskaper</i>
	16/7664 – Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 4610 <i>Operasjoner på pasienter i HDG 23, dagkirurgisk behandling</i>	Feil bruk av Z48.0 <i>Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av operasjonsbandasjer/suturer.</i>	<i>Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av operasjonsbandasjer/suturer (Z48.0)</i>
	16/7356 – Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 297 <i>Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk</i>	Feil bruk av hovedtilstand E66 <i>Fedme</i> og annen tilstand G47.3 <i>Søvnapné</i>	<i>Fedme (E66) Søvnapné (G47.3)</i>
	16/3873 – Oppfølging av sak 15/1938 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N <i>Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år</i>	Feil bruk av hovedtilstandskode fra A40 <i>Streptokokksepsis</i> og A41 <i>Annen sepsis</i> . Dette er koder for sepsis av ukjent årsak. Da må SIRS-kriteriene være oppfylt og en må ha en infeksjon med ukjent fokus/utgangspunkt. Hvis infeksjonens fokus er kjent skal koden for selve infeksjonen registreres som hovedtilstand.	<i>Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer (A00-B99)</i>

	16/3870 Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 <i>Vaginal fødsel – diagnoser med kompliserende egenskap</i>	Ulik bruk av tilstandskodene O72.0 <i>Blødning i tredje stadium</i> O71.4 <i>Obstetrisk høy vaginalrift</i> O72.1 <i>Annen umiddelbar blødning etter fødsel</i>	<i>Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)</i>
	16/3860 – Kodepraksis for nyfødte – ulik bruk av tilstandskoder	Ulik bruk av tilstandskodene R01.1 <i>Bilyd og andre hjertelyder – Uspesifisert bilyd</i> , Q65 <i>Medfødte deformiteter i hofta (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</i> for rehabilitering	<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> i kombinasjon med prosedyrekode WDAL15 <i>Akupunktur.</i>	<i>Generelle symptomer og tegn (R50-R69)</i>

	17/5577 – Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide	Ulik bruk av hovedtilstandene Z36.3 <i>Prenatal diagnostikk med henblikk på misdannelser ved hjelp av ultralyd og andre fysiske undersøkelsesmetoder</i> og Z36.4 <i>Prenatal diagnostikk med henblikk på veksthemming hos foster ved hjelp av ultralyd og andre fysiske undersøkelsesmetoder.</i>	<i>Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med reproduksjonsspørsmål (Z30-Z39)</i>
	17/5575 – Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer	Ulik bruk av Z95 <i>Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar.</i>	<i>Opplysninger om potensiell helserisiko i familiens og egen sykehistorie, og opplysninger om visse forhold som har betydning for helsetilstanden (Z80-Z99)</i>
	17/5573 – Bruk av hovedtilstandskode J96 <i>Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted</i>	Feilregistrering av J96 <i>Respirasjonssvikt & lungeødem ekskl ved hjertesvikt</i> som hovedtilstand.	<i>Andre sykdommer i åndedrettssystemet (J95-J99)</i>
2018	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>
	20/3958 – DRG442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk	Bruk av komplikasjonskoder og følgetilstandskoder	<i>Flere tilstandskoder og prosedyrekoder</i>

2021	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>
------	-----------------------------	--	--

Avregningsutvalgets årsrapport 2022

Utgitt

2. desember 2022

Utgitt av

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130

Oslo

Besøksadresse

Universitetsgata 2, Oslo

Telefon 810 20 050

Faks 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no