

Avregningsutvalgets årsrapport 2025: Arbeid med aktivitetsbasert finansiering 2024

Først publisert: 12. november 2025

Siste faglige endring: 12. november 2025

Innhold

1. Forord	3
2. Om Avregningsutvalget	4
3. Sammendrag	6
4. Bestillingen fra oppdragsgiver og oppfølgingssaker	8
5. Analyser og vurderinger	12
6. Oppfølgingssaker kommende år	29
7. Metode for avregning	30
8. Vedlegg	42

Forord

Avregningsutvalget gis årlige oppdrag fra Helsedirektoratet for å kontrollere kvaliteten på medisinske registreringer i pasientdata som sykehusene har rapportert inn til Norsk pasientregister. Ordningen med Innsatsstyrt finansiering innebærer en direkte sammenheng mellom de rapporterte medisinske data og den aktivitetsbaserte andelen av utbetalingene til de regionale helseforetakene, og som i sin tur medfinansierer en betydelig andel av sykehusenes aktivitet. Også private virksomheter kan finansieres gjennom denne ordningen når vilkårene er til stede.

Oppdraget fra Helsedirektoratet spenner over alle kliniske spesialiteter. Det innebærer kontrolloppgaver som kan berøre alle landets helseforetak. Denne ordningen har nå foregått uavbrutt i tju fem år siden 2001. Resultatene fra kontrollarbeidet har vært dokumentert i utvalgets årlige innstillinger til oppdragsgiver, som underlag for statens sluttoppgjør for foregående års aktivitet. I utvalgets årsrapporter finnes en samlet oppsummering av utvalgets arbeid, med formål å dele erfaringer gjennom en transparent saksbehandling, og anbefalinger som kan bidra til forbedringer i sykehus, så vel som på systemnivå.

Utvalget har en uavhengig sammensetning, men dets forankring gjennom bestilling og sekretariat kan forstås slik at kontrolloppgavene inngår i forvaltningens internkontroll og kvalitetsutvikling. Det gjenspeiles i utvalgsarbeidets langsiktige preg, der tidligere avvik, feil og mangler ved medisinsk koding og rapportering blir fulgt opp, inntil kvaliteten på rapporterte data har oppnådd et tilfredsstillende nivå. Det kommer fram stadig nye problemstillinger som utvalget må gripe fatt i, for å unngå at brist i datakvalitet medfører at statlige refusjoner havner på avveie og dermed utilsiktet ressurstildeling mellom pasientgrupper og regioner.

Gjennomgangen av pasientdata følger reglene for koding og klassifikasjon som hører kodeverkene til. I de tilfelle feil og mangler i dokumentasjon påvises, vil endringer i refusjonene foretas i tråd med ISF regelverket. Innen konklusjoner trekkes, skal sykehusene være gitt mulighet til å forklare sine valg bak den helsehjelp som er gitt, og den dokumentasjon som er produsert. For å finne fram til løsninger der avvik er påvist, må avregningsutvalget av og til enes om et faglig skjønn for å kunne trekke konklusjoner som balanserer eksisterende regelverk mot Stortingets intensjoner med finansieringsordningen og de faktiske sider som framkommer i dialogen med sykehusene. Den samlede erfaring som utvalget kan trekke på, er fundamentet for dette faglige skjønn som skal legitimere utvalgets konklusjoner overfor fagmiljøene og helseforvaltningen.

Leseren vil finne kunne finne eksempel på hvordan skjønn utøves, og at det i enkelte tilfelle kan oppdages rom for forbedringer i metodikken for tekniske beregninger. Det er det samlede utvalgets håp at foretak og helseforvaltning oppfatter utvalgets konklusjoner som rimelige.

Trondheim, 12. oktober 2025

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 Innsatsstyrt finansiering (ISF). 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 2025 hadde utvalget åtte 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

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

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

[Anbefalinger er offentlige og publiseres på nett.](#)

Sammensetning

Medlemmene oppnevnes av de regionale helseforetakene for en periode på tre år. I 2025 har Avregningsutvalget hatt følgende sammensetning:

Tabell Avregningsutvalget 2025

Navn	Rolle

Bjørn Buan (leder)	Kommuneoverlege i Surnadal
Alf Henrik Andreassen	Direktør Hudavdeling, Revmatologisk avdeling og Yrkesmedisinsk avdeling. Spesialist i indremedisin og lungesykdommer. Helse Bergen HF.
Ida Camilla Monn Birkehaug (t.o.m. 12. juni 2025)	Overlege indremedisin, leder for medisinske leger og medisinsk rådgiver, Molde Sykehus klinikk Nordmøre og Romsdal. Helse Møre og Romsdal HF.
Per Johan Lans (f.o.m. 11. august 2025)	Overlege i anestesilogi, seksjonsleder anestesileger. Sykehuset Nordmøre og Romsdal, Helse Møre og Romsdal HF.
Anette Løken Eilertsen	Overlege PhD, spesialist i indremedisin og blodsykdommer, avdeling for blodsykdommer, Akershus Universitetssykehus HF.
Wender Figved	Professor og klinikkleder, spesialist i ortopedi, PhD. Oslo Universitetssykehus HF.
Cecilie Bhandari Hartberg	Spesialist i psykiatri, PhD, Klinikk psykisk helse og avhengighet, nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern. Oslo Universitetssykehus HF,
Anne Wenche Lindboe	Fagsjef, spesialist i samfunnsmedisin og anestesi. Diakonhjemmets sykehus.
Arne Seternes	Overlege og professor, karkirurgi, St. Olavs Hospital HF.
Andreas Stensvold	Avdelingssjef kreftavdeling, PhD, Sykehuset i Østfold HF
Ambreen Tariq	Overlege, leder/medisinsk faglig ansvarlig koding, spesialist i indremedisin og geriatri, analyseavdelingen, Stavanger Universitetssykehuset HF

Observatør fra Avdeling finansiering i Helsedirektoratet:

- Eira Enodd (rådgiver)
- Eivind Rossvoll (rådgiver)

Sekretariat fra Helsedirektoratet (HDIR) og Folkehelseinstituttet (FHI):

- Marit Pedersen (spesialrådgiver, HDIR)
- Frode Grøtheim (rådgiver, HDIR)
- Adrian Tveit Lundemo (seniorrådgiver, FHI)

Sammendrag

Avregningsutvalget for Innsatsstyrt Finansiering (ISF) behandlet i 2025 seks nye saker og åtte oppfølgingssaker fra tidligere år.

De nye sakene var hentet fra spesialitetene nevrokirurgi, gastrokirurgi, plastikkirurgi, hematologi, nevropsykologi og barne- og ungdomspsykiatri.

Oppfølgingssakene gjaldt problemstillinger omkring valg av korrekte medisinske koder, spørsmål om valg av omsorgsnivå innen disiplinene medisinsk rehabilitering (2 saker), og saker i grenselandet mellom indremedisin og psykiatri (medikamentforgiftninger), nevrologi (hjerneslag), klinisk nevropsykologi, dagkirurgisk urologi og plastikkirurgi.

Alle de seks nye sakene som utvalget behandlet i 2025 førte til anbefaling om avregning i en eller flere helseregioner. I tre av de i alt åtte oppfølgingssakene førte saksbehandlingen til anbefaling om avregning også for 2024. Størrelsen på avregningsbeløpet for 2024 varierte mellom (ca) NOK 200 000 og NOK 4,100 000. Samlet sett viser resultatet fra saksbehandlingen at mistanke om feilkoding og feilregistreringer ble bekreftet i alle de nye sakene, og at de korrigerende tiltak som sykehusene hadde iverksatt etter tidligere avregning, ikke hadde vært tilstrekkelig til å oppnå et tilfredsstillende nivå på registreringene i alle oppfølgingssakene.

De nye sakene som ble anbefalt avregnet beskrives stikkordsmessig her. I [kapittel 5](#) gis det vurderinger og konklusjoner med fokus på de konkrete avvikene og anbefalt endring i kodepraksis. Mer informasjon om de tre oppfølgingssakene som også ble avregnet finnes i kapitlene 4, 5, 6 og 7.

Utvalget anbefalte en avregning for 2024 på 14,9 mill. kr. [Kapittel 7](#) – Metode for avregning – gir en beløpsmessig fordeling både på helseregioner og saker. Kapittel 7 gir også en teknisk beskrivelse av metoden som ble lagt til grunn for den anbefalte avregningen.

Stikkord om de nye sakene som ble avregnet for 2024

Saksnr 25/3262. DRG 4 Operasjon på kolumna (rygggrad) /spinalkanal /ryggmarg /nerverøtter

Avregningsutvalget fikk i oppdrag å avklare høy forbruksrate av en nevrologisk tilstand i spinalkanalen ved St Olavs hospital. I dialog med sykehuset ble det pekt på tekniske utfordringer med kvalitetssikring av koding på grunn av Helseplattformen, og at pasientgrunnlaget (tilstandene) neppe avvek betydelig fra sammenlignbare sykehus. Sykehuset tilføyde at ny kontrollrutine ble iverksatt umiddelbart. Utvalget anbefalte at oppholdene som var feilkodet ble avregnet i samsvar med korrekte koder.

25/3263. DRG 193 Operasjon på galleveier foruten kolecystektomi m/bk

Høye forbruksrater av åpen kirurgi på gallegangene kombinert med endoskopiske galleoperasjoner var påvist ved to sykehus i ulike helseregioner. Analyser av pasientdata og dialog med sykehusene avdekket feil bruk av prosedyrekode. Analysene viste samtidig tilsvarende feilkoding i ytterligere to sykehus som involverte en tredje helseregion.

3 Saksnr 25/3265. DRG 265 Hudtranspl. og/eller revisjon, eksl. sår /cellulitt m/bk

Ved et sykehus i Helse Sør-Øst var det påvist høy forbruksrate av hudtransplantasjoner ved krefttilstander i hud. Klinisk praksis og kodepraksis ble sammenlignet med et tilsvarende sykehus i samme helseregion. Her kom det fram forskjeller i valg av omsorgsnivå som innebar en annen innleggelsespraksis enn ved andre sykehus, og som ga feil grunnlag for utbetalinger via ISF. Praksis ved andre sykehus ble vurdert som standard behandling og omsorgsnivå i dette tilfellet.

4 Saksnr. 25/3266 DRG 403/404 – Lymfom og ikke-akutt leukemi

Ved to sykehus i Helse Sør-Øst var det påvist en markant høyere andel kompliserte opphold for pasienter med lymfom og ikke akutte leukemier.

Analyser og dialog med sykehusene dokumenterte at sykehusene hadde en avvikende og feil kodepraksis knyttet til behandling av kreft med spredning. Avregning av utbetalingene via ISF ble anbefalt på grunnlag av dette. Videre ble det anbefalt å arbeide videre med å korrigere og forbedre nasjonal kodepraksis for opphold grunnet kreft med spredning.

5 Saksnr. 25/3267 DRG TD70A(B) – Nevropsykologisk undersøkelse

Ved to sykehus i ulike helseregioner var det observert høye forbruksrater av nevropsykologisk undersøkelse. Samtidig var konsultasjonstiden ved slike undersøkelsers kortere enn ved andre sykehus. Under analysen kom det fram at også et tredje sykehus ved en tredje helseregion hadde høye ratetall.

Avregningsutvalget vurderte at det ved de to (opprinnelige) sykehusene var kodet i strid med kodeveiledningen for nevropsykologiske undersøkelser. Utbetalingene via ISF ble anbefalt avregnet på grunnlag av dette

6 Saksnr. 25/3268 DRG TD72B – Observasjonstiltak i skole og barnehage

Analyser av pasientdata hadde avdekket at observasjonstiltak rettet mot barn ved tre sykehusområder i to ulike helseregioner kunne være i strid med regelverket, som forbeholdt en bestemt observasjonstype til undersøkelser *utenfor* institusjon. Etter dialog med sykehusene ble det avklart at utvalget anbefalte avregning med nedjustering av ISF-refusjonen for de tre helseregionene.

Bestillingen fra oppdragsgiver og oppfølgingssaker

Oppdragsgiver, som er avdeling for finansiering i Helsedirektoratet, sendte 29. januar 2025 et notat til Avregningsutvalget for ISF sitt sekretariat, med bestilling av saker til vurdering for 2024.

Bestillingen fra oppdragsgiver bestod av 6 nye saker, samt oppfølging av 4 saker fra tidligere år. Tabell 4.1 nedenfor oppsummerer årets bestilling. Tabell 4.1 angir hvilke DRG-er som er berørt, og hvilke foretaksområder som skiller seg ut med avvikende forekomst av de berørte DRG-ene.

Tabell 4.1: Saker til vurdering for Avregningsutvalget – bestilt for beregningsåret 2024

Ny/Oppfølging	DRG	Foretaksområder og observerte avvik
Ny	DRG 4 – Op. på kolomna /ryggmarg/nerverøtter.	Befolkningen i områdene til St. Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag har tre ganger så mange opphold i DRG 4 som landsgjennomsnittet. St. Olavs Hospital skiller seg ut med bruk av prosedyrekoden M54.16 (Radikulopati i lumbalregionen) som hovedtilstand.
Ny	DRG 193 – Op. på galleveier foruten kun kolecystektomi m/bk.	Befolkningen i områdene til Helse Nord-Trøndelag og Sykehuset Innlandet har henholdsvis 6,8 og 4,5 ganger høyere forekomst av DRG 193. Foretakene skiller seg også ut ved bruk av prosedyrekode JKE00 (transduodenal papillotomi)
Ny	DRG 265 – Hudtransplant. og/ eller revisjoner, ekskl. sår/cellulitt m/bk.	Befolkningen i området til Sykehuset i Østfold har 4,2 ganger flere opphold i DRG 265.
Ny	DRG 403/404 – Lymfom og ikke-akutt leukemi.	Sykehuset i Vestfold HF og Vestre Viken HF har en høyere andel opphold i DRG 403 (m/bk) i DRG-paret 403 (m/bk) og 404 (u/bk). Sykehuset i Vestfold har lavere oppholdstid (4,5 døgn) i DRG 403 sammenlignet med øvrige HF (7,9 døgn) I tillegg har befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset i Vestfold høyere forekomst av opphold i DRG 403.
		Befolkningen i Vestre Viken og i opptaksområdet til Helse Fonna har

Ny	DRG TD70A – Nevropsykologisk undersøkelse	henholdsvis 3 og 8,8 ganger så mange opphold i DRG TD70A. Det er prosedyrekode IAAK00 som leder inn i denne DRG-en.
Ny	DRG TD72B – observasjonstiltak i skole og barnehage	AHUS, OUS, Finnmarkssykehuset og Helse Møre og Romsdal har et større omfang av opphold i denne DRG-ene hvor observasjonen er registrert som "på egen helseinstitusjon". I tillegg observeres samme pasient flere ganger på samme dag.
Oppfølg.	DRG 462B – Rehabilitering, enkel	Avregnet for 2023. Fortsatt høyere forekomst i området til Helse Møre og Romsdal HF.
Oppfølg.	DRG 34 – sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk.	Avregnet i fjor. Helgelandssykehuset har økende andel av DRG 34 i DRG-paret 34 (m/bk)/35 (u/bk), og St Olavs Hospital HF har om lag 20 prosentpoeng høyere andel i DRG 34 sammenlignet med øvrige foretak.
Oppfølg.	DRG-par 449 og 450, forgiftning inkl. toksisk effekt av legemiddel	Akershus Universitetssykehus HF skiller seg ut med høy andel i DRG 449 (m/bk).
Oppfølg.	DRG TD 11A – poliklinisk konsultasjon, opioidavhengighet	Befolkningen i opptaksområdet til Helse Bergen har 3 ganger så mange opphold i denne DRG-en sammenlignet med landsgjennomsnittet. Skille mellom konsultasjon og utlevering av LAR.

Avregningsutvalget for ISF følger i tillegg opp øvrige saker som tidligere har blitt behandlet og anbefalt avregnet. Formålet er å følge med på om avvik i kodepraksis eller behandlingspraksis, som har vært grunnlag for avregning, justeres til mer riktig praksis. For dette årets arbeid gjaldt det sakene oppsummert i tabell 4.2 nedenfor:

Tabell 4.2: Oppfølgingssaker for Avregningsutvalget 2024 ut over bestilling fra oppdragsgiver

Saksnr.	DRG	Foretak og problemstilling
24/10237	DRG 2700 – Op. på hud og underhud ITAD, dagkirurgisk behandling	Sykehuset i Vestfold HF, høy rate DRG 2700. Tydelig funn – avvikende og feil bruk av prosedyrekode EKB00, skulle vært kodet QAE10. Erkjent feilkode, og avregnet for 2023. Følge opp med hensyn til justering av kodepraksis, og eventuell ytterligere avregning. UTSETTES TIL PASIENTDATA FRA 2025 FORELIGGER
24/10236		Sykehuset i Vestfold HF og den private tilbyderen Unicare Coperio avvek med høy forekomst av denne DRG-en. Analyse og dialog avdekte at Unicare feilaktig hadde rapportert en defaultverdi som hoveddiagnose. Sykehuset i Vestfold informerte om stor pasienttilstrømning kombinert med svakheter i

	DRG XD90A – pol.kons. andre problemstillinger.	koding. Utvalget innstilte på avregning med utgangspunkt i feilkoding ved disse to enhetene. Helsedirektoratet gikk derimot ikke inn for avregning.
24/10230	DRG 801U – Nevropsykologisk undersøkelse	Stor geografisk variasjon i omfanget. Helse Møre- og Romsdal ble pekt på fra oppdragsgiver. Avvikende forekomst av prosedyrekode IAAK00 var identifisert. Flere foretak ble trukket inn i saken via analyser i utvalget. Avvikende praksis knyttet til koding av førerkortvurderinger ved Stavanger Universitetssykehus og Universitetssykehuset i Nord-Norge førte til avregning. Saken følges opp med hensyn til justering av kodepraksis, og eventuell ytterligere avregning.
23/7563	Injeksjon av botox i urinblære	Dette er en oppfølgingssak fra tidligere år. Det har over lengre tid vært identifisert opphold i DRG 716O Terapeutisk endoskopi av urinveiene med feilkoding. Feilkodingen var bruk av prosedyrekodene KCW98, ACGX90 og/eller M03AX0
18/1820	DRG 268O og bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35	Bakgrunnen var høyere omfang av opphold gruppert til DRG 268O, herunder registrering av de nevnte prosedyrekodene. Oppdragsgiver ba om vurdering av disse kodene opp mot alternativ prosedyrekode Q*E10, som vil lede oppholdet inn i DRG 809J. Analyser og dokumentkontroll avdekket feil bruk av de nevnte prosedyrekodene. Saken har vært fulgt opp i årene etter. For 2023 ble det anbefalt avregning på bakgrunn av avvikende registrering ved en rekke helseforetak og private institusjoner. Saken følges opp for 2024 med tanke på om kodepraksis endres i henhold til intensjonen, og eventuell ytterligere avregning.

Avregningsutvalget har behandlet 14 saker i 2025. Tabell 4.3 nedenfor lister opp de 14 sakene, med informasjon om saksnummer og hvem som har vært inhabile i saksbehandlingen. Sekretariatet har hatt ansvar for analyser og tilrettelegging for saksbehandling, og hver sak har hatt en faglig arbeidsgruppe fra utvalgsmedlemmene. Alle sakene er diskutert i plenum gjennom utvalgsmøtene.

Tabell 4.3: Saksliste 2025 Avregningsutvalget for ISF. Saksnummer, sakens navn og inhabile i saksbehandlingen.

Oppfølging (*)/ Ny 2025	Saksnr.	Saksnavn	Inhabile
Ny	25/3262	Operasjon på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter (DRG 4)	Arne Seternes
Ny	25/3263	Op. på galleveier forutenolecystektomi m/bk (DRG 193)	
Ny	25/3265	Hudtranspl og/eller revisjon, eks sår/cellulitt m/bk (DRG 265)	Andreas Stensvold
Ny	25/3266	Lymfom og ikke-akutt leukemi (DRG 403 og 404)	
Ny	25/3267	Nevropsykologisk undersøkelse (TD 70A)	
Ny	25/3268	Observasjon av pasient i nærmiljø (TD72B)	Cecilie B. Hartberg, Wender Figved
Oppfølging (*)	24/10226	462 Rehabilitering, enkel	Ida C. Monn Birkehaug
Oppfølging (*)	24/10234	DRG 449/450 Forgiftning inkludert toksisk effekt av legemiddel >17 m/bk/ubk	
Oppfølging (*)	24/19011	DRG TD 11A – poliklinisk konsultasjon, opioidavhengighet	

Oppfølging	24/10236	DRG XD90A Polikliniske konsultasjoner – Andre problemstillinger – Voksne	
Oppfølging	24/10230	Nevropsykologisk undersøkelse	Ida C. Monn Birehaug, Ambreen Tariq
Oppfølging	23/7563	Injeksjon av botox i urinblære	
Oppfølging	21/4750	DRG 34 Sykd. i nervestystem ITAD m/bk	
Oppfølging	18/1820	Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35	

Analysar og vurderingar

5.1 Saksnr 25/3262. DRG 4 Operasjon på kolumna /spinalkanal /ryggmarg /nerverøtter

Bakgrunn og problemstilling

Oppdragsgiver påpekte avvikende høy rate for opphold i DRG 4 for befolkningen bosatt i opptaksområdene til St. Olavs Hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF. Oppdraget for Avregningsutvalget var å vurdere behandlings- og kodepraksis for aktivitet i DRG 4, herunder vurdere årsak til avvik – samt om avvik gir grunnlag for avkorting av utbetalingen via ISF i 2024.

Analyse og kontakt med helseforetak

Gjennomgang av pasientdata viste at avvikende høy forekomst av opphold i DRG 4 var relatert til St. Olavs Hospital HF, avdeling for nevrokirurgi. I den videre analysen ble det tatt utgangspunkt i prosedyrekoder, gitt DRG 4. Formålet var å avdekke hva som skjedde med pasientgruppen. Hyppige prosedyrekoder i bruk ved St. Olavs Hospital HF, gitt DRG 4, var følgende NCSP-koder: ABC16 – mikrokir. ekstirpasjon av lumb. skiveprolaps, ABC21 – fremre decomp. i cerv.kol. med disektomi og intercorp. fiksjonssonsimplantat, ABC36 – decomp. av nerverøtter i lumb. kolumna og ABC56, – decomp. av spinalk. og nerverøt. i lumbalkolumna.

Med utgangspunkt i de nevnte prosedyrene ble tilhørende tilstandskoder sammenlignet mellom St. Olavs Hospital og sammenlignbare helseforetak. Gjennom denne sammenligningen kom det fram at St. Olavs Hospital HF hadde en avvikende bruk av *tilstandskode M54.16* – Radikulopati i lumbalregionen sammen med de nevnte prosedyrekodene. Ved sammenlignbare helseforetak var tilstandskodene M48.0/M48.06 – spinal stenose/lumbal, M50.1 – lidelse i cerv.sk.m.radikulopati, og M51.1 – lidelse i lumb.skive. m.lm.sk. m. radikulopati, ofte observert sammen med de gitte prosedyrekodene.

Testgruppering viste at bruk av tilstandskode M54.16 (St. Olavs Hospital HF) sammen med de gitte prosedyrekodene leder inn i DRG 4. Bruk av tilstandskodene M48.0, M48.06, M50.1 og M51.1 sammen med de gitte tilstandskodene leder inn i DRG-ene 215C – operasjon på kolumna eks. spondylese u/bk og DRG 214C – operasjon på kolumna eks. spondylese m/bk. DRG 4 hadde basisvekt 3,655 i 2024, som var høyere enn basisvekten for DRG 214C (2,218) og DRG 215C (1,432).

Utvalget valgte på bakgrunn av disse analysene å tilskrive St. Olavs Hospital HF. Utvalget stilte spørsmål om bl.a. kjennetegn ved pasientene kodet med tilstandskode M54.16, bakgrunn for avvik, og eventuelle tiltak for kvalitetssikring av koding. I svaret fra St. Olavs Hospital HF ble det pekt på tekniske utfordringer med kvalitetssikring av koding på grunn av Helseplattformen, og at pasientgrunnlaget (tilstandene) neppe avvek betydelig fra sammenlignbare sykehus. I tillegg orienterte St. Olavs om at ny kontrollrutine umiddelbart ble iverksatt.

Vurdering

På bakgrunn av informasjonen som hadde kommet fram i saken vurderte utvalget at det er sannsynlig at ISF-refusjoner har blitt utbetalt på feil grunnlag. Videre vurderte utvalget at det i denne saken kunne være hensiktsmessig å be om at St. Olavs Hospital HF selv gikk gjennom den aktuelle gruppen av opphold med avvikende tilstandskoding, med formål å angi korrekte tilstandskoder for de aktuelle tilstandskodene.

St. Olavs Hospital tilbakerapporterte en oversikt over opphold med feil hovedtilstandskode M54.16, hvor hovedtilstandskodene var korrigert til riktige koder. Utvalget vil understreke at St. Olavs Hospital har samarbeidet forbilledlig, raskt og presist i denne saken.

Konklusjon

St. Olavs Hospital ga en oversikt over opphold feilaktig kodet med tilstandskode M54.16, og tilhørende riktige tilstandskoder, for driftsårene 2023 og 2024. Utvalget tolker at mandatet for avregning gjaldt driftsåret 2024.

Utvalget anbefaler i denne saken avregning til de regionale helseforetakene på 3 754 855 kroner, knyttet til driftsåret 2024. Avregningen knyttes til 111 opphold ved St. Olavs hospital feilkodet med hovedtilstandskode M54.16 - Radikulopati i lumbalregionen. Feilen skyldtes tekniske utfordringer med kvalitetssikring på grunn av Helseplattformen. St. Olavs Hospital ga oversikt over korrekte tilstandskoder, som igjen ga grunnlag for regrupping til riktig DRG, og dermed riktig grunnlag for utbetaling av ISF. Se kapittel 7 for nærmere informasjon om avregningen, samt fordeling på regionale helseforetak.

5.2 Saksnr 25/3263. DRG 193 Operasjon på galleveier foruten kolecystektomi m/bk.

Bakgrunn og problemstilling

Oppdragsgiver pekte på avvikende høy rate for opphold i DRG 193 for befolkningen bosatt i opptaksområdene til Sykehuset Innlandet HF og Helse Nord-Trøndelag HF. I tillegg hadde oppdragsgiver avdekt avvikende bruk av prosedyrekodene JKE00 – Transduodenal papillotomi, samt JUK02 – endoskopi av gallegang, for de to nevnte helseforetakene. Avregningsutvalget ble bedt om å vurdere behandlings- og kodepraksis for aktivitet i DRG 193, herunder vurdere årsak til avvik – samt om avvik gir grunnlag for avkorting av utbetalingen via ISF i 2024.

Analyse og kontakt med helseforetak

Avvikende høy rate for DRG 193 for befolkningen på Innlandet og i Nord-Trøndelag knyttes til registrering ved Sykehuset Innlandet HF og ved Helse Nord-Trøndelag HF.

Analysearbeidet tok utgangspunkt i å finne hvilke tilstander pasientene ved Sykehuset i Innlandet HF og Helse Nord-Trøndelag HF hadde, når prosedyrene JKE00 og JUK02 var i bruk. Pasientene med disse to prosedyrekodene, gitt DRG 193, ved de to aktuelle helseforetakene, hadde hovedtilstander i ICD-10-hovedgruppe K80–K87 (forstyrrelser i galleblære), med hovedtyngde på gallesten, akutt pankreatitt og andre sykdommer i galleblæren.

Med utgangspunkt i de identifiserte tilstandskodene (K80–K87) ble de undersøkt hvilke DRG-er og prosedyrekoder som var i bruk ved øvrige helseforetak. Analysen viste at hyppige DRG-er ved øvrige helseforetak, gitt disse tilstandskodene var DRG 493 (endoskopisk eller laparoskopisk kolecyst. u/eksplor. av gallegang m/bk), DRG 494 (samme som 493 u/bk), DRG 207 (sykd. i galleveier eks. ondartede m/bk), DRG 208 (samme som 207 u/bk).

Videre ble også hyppige prosedyrekoder gitt de identifiserte tilstandskodene (K80–K87) undersøkt. Her viste analysen at ved øvrige foretak var prosedyrekodene JKA21 – laparoskopisk kolecystektomi, og JKE02 – transduodenal endoskopisk incisjon av gallegangssostium hyppig i bruk ved disse tilstandskodene. Dette leder inn i DRG 493 m/bk. Bruk av prosedyrekoden JUK02 lender inn i DRG 207 m/bk.

Testgruppering viste at bruk av prosedyrekoden JKE00, sammen med hovedtilstand i ICD-10-hovedgruppe K80–K87 leder inn i DRG 193. Bruk av prosedyrekode JKE02, sammen med de nevnte hovedtilstandskodene leder inn i DRG 493. Bruk av prosedyrekode JUK02, og de nevnte tilstandskodene, leder inn i DRG 207.

Vurderinger

Utvalget vurderte prosedyrekode JKE00 – Transduodenal papillotomi – som uvanlig praksis, fordi dette er en åpen kirurgisk metode for tilstander som i dag vanligvis behandles endoskopisk. Utvalget ba sekretariatet om en fullstendig oversikt over bruken av prosedyrekode JKE00, fordelt på helseforetak, for de siste årene. Denne oversikten viste at Nordlandssykehuset HF og Sykehuset i Vestfold HF, i tillegg til Sykehuset Innlandet HF og Helse Nord-Trøndelag HF, hadde en avvikende høy bruk av prosedyrekode JKE00.

På bakgrunn av analyser og oversikter besluttet utvalget at alle de 4 helseforetakene med avvikende høy bruk av prosedyrekode JKE00 skulle tilskrives. Helseforetakene ble bedt om å gjøre rede for hvilke fagmiljøer som benytter koden, kjennetegn ved pasientene, avvikende bruk av koding og tiltak for å kvalitetssikre kodingen. Tre av fire helseforetak svarte raskt at avviket skyldtes feilkoding ved uhell, og at riktig prosedyrekode i disse tilfellene skal være JKE02 (endoskopisk prosedyre). Tiltak for kvalitetssikring settes i verk. Et helseforetak (Sykehuset i Vestfold HF) svarte i første runde at prosedyrekodene er uklare, men medgikk at de aktuelle prosedyrene var gjort endoskopisk.

Avregningsutvalget konkluderte på bakgrunn av analyser og dialog med helseforetakene at det var påvist feil bruk av prosedyrekoder, og dermed at ISF-utbetalinger hadde blitt gjort på feil grunnlag.

Konklusjon

Utvalget anbefaler avregning på 4 098 730 kroner i denne saken. Grunnlaget for den anbefalte avregningen, er å erstatte prosedyrekode JKE00 (Transduodenal papillotomi) som leder inn i DRG 193 (Operasjon på Galleveier m/bk foruten kolecystektomi), med prosedyrekode JKE02 (transduodenal endoskopisk incisjon av gallangangsostium) som leder inn i DRG 493 (endoskopisk eller laparoskopisk kolecyst. u/eksplor. av gallegang m/bk) for de identifiserte oppholdene ved de fire aktuelle foretakene. Årsaken er at prosedyrekode JKE00 kun skal benyttes ved åpen kirurgi. Alle de identifiserte inngrepene var bekreftet utført endoskopisk, hvor prosedyrekode JKE02 skal benyttes. Se kapittel 7 for nærmere beskrivelse av metode for avregning, samt fordeling på regionale helseforetak.

5.3 Saksnr 25/3265. DRG 265 Hudtranspl. og/eller revisjon, ekskl. sår /cellulitt m/bk.

Bakgrunn og problemstilling

Oppdragsgiver har identifisert avvikende høy rate for opphold i DRG 265 for befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset i Østfold HF. Avregningsutvalget ble bedt om å vurdere behandlings- og kodepraksis, herunder vurdere årsaker til eventuell variasjon, samt vurdere om eventuelle avvik gir grunnlag for avkorting av utbetalinger via ISF.

Analyse og kontakt med helseforetak

Høyere rate av DRG 265 for befolkningen i opptaksområdet til Sykehuset i Østfold HF relateres til registreringer på Sykehuset i Østfold.

Gjennomgang av hovedtilstandskoder gitt DRG 265 viste at tilstander i ICD10 hovedgruppe C43 og C44 – Malignt melanom og Ondartede svulster i hud var dominerende tilstander, både ved Sykehuset i Østfold HF og ved øvrige helseforetak.

I den videre analysen ble det tatt utgangspunkt i å se DRG 265 sammen med DRG 266 (samme som DRG 265 u/bk) og DRG 266O (samme som DRG 265 og 266, men utført dagkirurgisk). Analysen viste at de fleste pasientene med de gitte tilstandene behandles dagkirurgisk, men Sykehuset i Østfold utpekte seg ved at en høyere andel av pasientene behandles ved innleggelser. Ved Sykehuset i Østfold ble 22 prosent av behandlingen utført ved innleggelse, mens for foretakene samlet utføres 6 prosent av behandlingen ved innleggelse.

Sammenligning av oppholdstid viste at median oppholdstid for DRG 265 var 1 døgn ved Sykehuset i Østfold HF (gj.snitt 2,5 døgn), mens median oppholdstid ved øvrige helseforetak var 2 døgn (gj. snitt 5 døgn).

Utvalget besluttet på grunnlag av analysene at Sykehuset Østfold HF skulle kontaktes, med formål å redegjøre for lavere grad av dagkirurgi, kjennetegn ved pasientgruppen, og om vurdering av behandlingspraksis er igangsatt. Kvalitetssjef ved Sykehuset i Østfold svarte ut følgende:

- Pasientene er ofte eldre, benytter blodfortynnende med risiko for postoperativ blødning og har ofte tilleggstilstander. Å sende slike pasienter hjem etter dagkirurgi vil være uforsvarlig. Muligens behandler sykehuset i Østfold eldre og sykere pasienter enn andre foretak.
- Det er ingen planer å endre behandlingspraksis.

På bakgrunn av forelagt analyse, samt tilbakemeldingen fra Sykehuset i Østfold, ønsket utvalget følgende tilleggsinformasjon:

- Vurdering av kriterier for innleggelse av denne pasientgruppen fra et relevant sammenligningssykehus. Utvalget pekte på Vestre Viken HF som relevant på grunn av beliggenhet, størrelse og et omfang av denne pasientgruppen.
- Analyse av andel dagkirurgi og oppholdstid i DRG 265 fordelt på relevante aldersgrupper, for Sykehuset Østfold HF og relevante sammenligningsforetak.
- Ekstra sjekk av tilstandskodingen for denne pasientgruppen ved Sykehuset i Østfold HF.

Vestre Viken HF redegjorde for kjennetegn ved pasienter hvor omsorgsnivå innleggelse kan bli valgt. De peker på generell helsestatus, og nevner f.eks. spesifikt infeksjonsstatus, blødningsstatus og evne til egenoppfølging. Vestre Viken skriver også at alder i seg selv ikke nødvendigvis er et kriterium.

I tilleggssanalysene, med aldersfordelte oversikter, valgte vi å sammenligne data for denne pasientgruppen fra Sykehuset i Østfold HF med tilsvarende gruppe ved Vestre Viken HF og Sykehuset i Telemark HF. Aldersgruppene som ble betraktet var 0-50 år, 51-75 år og 76 år og eldre. Analysene viste følgende:

- For DRG 265 var omfanget av innleggelser ved sykehuset i Østfold HF stabilt gjennom årene 2022, 2023 og 2024, mens det var fallende ved de øvrige to helseforetakene.
- Median oppholdstid for innlagte i DRG 265 ved Sykehuset i Østfold var 1 døgn for alle aldersgrupper i 2023 og 2024. Det samme gjaldt for Vestre Viken HF, mens Sykehuset i Telemark derimot hadde lengre oppholdstid for DRG 265 (median på 7 døgn i 2024).
- For DRG 266 (u/bk) var også omfanget av innleggelser stabilt ved Sykehuset i Østfold HF de siste årene, mens det var en fallende tendens ved de to øvrige helseforetakene.
- Median oppholdstid i DRG 266 er 1 døgn ved alle tre foretak, og for alle aldersgrupper.
- Andelen behandlet dagkirurgisk (DRG 266O) var i 2024 lavere ved Sykehuset i Østfold HF (83 prosent), sammenligner med Vestre Viken HF (96 prosent) og Sykehuset i Telemark HF (90 prosent).
- Gjennom årene 2022, 2023 og 2024 hadde andelen behandlet dagkirurgisk økt ved alle de tre helseforetakene, når pasientgruppen betraktes samlet for alle aldersgrupper.

- For de eldste over 76 år var andelen behandlet dagkirurgisk på 96 prosent ved Vestre Viken HF, det vil si den var på samme nivå som for de yngre aldersgruppene. Ved Sykehuset i Østfold HF og ved Sykehuset i Telemark HF så vi at andelen som behandles dagkirurgisk var lavere for de eldste over 76 år, sammenlignet med de yngre aldersgruppene.

Sjekk av tilstandskoding viste at koding av hovedtilstander gitt DRG 265 var sammenfallende mellom Sykehuset i Østfold og øvrige foretak. Sjekk av bitilstander gitt DRG 265 i 2024 viste:

- Den hyppigst registrert bidiagnosen for de 73 innleggelsene ved Sykehuset i Østfold var I48.9 – uspesifisert atrieflimmer og atrieflutter, hvor den var registrert 26 ganger. For de øvrige helseforetakene var den hyppigst registrerte bidiagnosen I10.0 - Essensiell hypertensjon, som var registrert 41 ganger ved de øvrige 193 innleggelsene.
- Ved 4 av 73 innleggelser ved Sykehuset i Østfold HF var bitilstand T81.0 – blødning eller hematoma som komplikasjon til kirurgisk prosedyre – registrert.
- Ved 33 av 193 innleggelser ved øvrige foretak var bitilstand Z92.1 – langtidsbruk av antikoagulanter registrert. For de 73 innleggelsene ved Sykehuset i Østfold var dette registrert ved 1 innleggelse.

Vurdering

På bakgrunn av foreliggende informasjon anbefaler utvalget at utbetalinger via ISF avregnes. Avregningen begrunnes med avvikende behandlingspraksis for denne pasientgruppen ved Sykehuset i Østfold HF, sammenlignet med øvrige helseforetak. Avvikende behandlingspraksis er høyere grad av innleggelser for denne pasientgruppen, uten at utvalget kan se at det er kjennetegn ved pasientgruppen som skulle tilsi det.

Konklusjon

Utvalget anbefaler avregning. Avregningen tar utgangspunkt i at gjennomsnittlig andel dagkirurgi ved øvrige helseforetak legges til grunn som standard behandlingspraksis. Det vil si at opphold fra innleggelser i DRG 265 (og 266) flyttes til DRG 266O, til et nivå hvor fordelingen av opphold i disse DRG-ene ved Sykehuset i Østfold HF tilsvarer fordelingen ved øvrige foretak. Den anbefalte avregningen beløper seg til 2 203 194 kroner. Se kapittel 7 for en nærmere beskrivelse av metode for avregning, samt fordeling på regionale helseforetak.

5.4 Saksnr. 25/3266 DRG 403/404 – Lymfom og ikke-akutt leukemi

Bakgrunn og problemstilling

DRG-paret 403/404 er forbeholdt innleggelser med lymfom og ikke-akutt leukemi som hovedtilstand. DRG 403 er for kompliserte opphold, og hadde i 2024 en basisvekt på 2,249 poeng, mens DRG 404 ga 1,288 poeng. På landsbasis ble 64 prosent av oppholdene kategorisert som kompliserte, men hos Sykehuset i Vestfold og Vestre Viken var andelen henholdsvis 87 og 81 prosent. Sykehuset i Vestfold hadde også en vesentlig lavere liggetid i DRG 403 enn landsgjennomsnittet. Oppdragsgiver har bedt utvalget om å vurdere kodepraksisen hos de to foretakene i DRG 403, finne årsakene til variasjon i andel kompliserte opphold, og hvorvidt det er grunnlag for avregning.

Analyse og kontakt med helseforetak

Sammenligning av forbruksrater i DRG-paret på tvers av opptaksområder, viste at befolkningen i Vestfold hadde landets nest høyeste rate i DRG 403, mens Vestre Viken-området var tett på gjennomsnittet. Gjennomgang av aktiviteten de siste tre årene, bekreftet av de to foretakene over tid har hatt en høy andel kompliserte opphold, mens OUS og St. Olavs for eksempel har hatt en andel nær 50 prosent. Totalt var 52

prosent av innleggelser i DRG-paret akutte, men det var svært stor variasjon mellom foretakene. Hos Sykehuset i Vestfold og Vestre Viken var henholdsvis 84 og 88 prosent av oppholdene akutte, sammenlignet med 13 prosent hos OUS. Akutte opphold var i større grad kompliserte (76 prosent) enn planlagte innleggelser (49 prosent). Den korte liggetiden hos Sykehuset i Vestfold reflekterte at kun 8 prosent av oppholdene var 10 eller flere dager, sammenlignet med 27 prosent hos andre helseforetak.

De fire vanligste hovedtilstandene i DRG-paret var ikke-follikulært lymfom (C83, 29 prosent), myelomatose og ondartede plasmasykdommer (C90, 24 prosent), metastase og uspesifisert ondartet svulst i lymfeknuter (C77, 9 prosent) og myelodysplastisk syndrom (D46, 8 prosent). Forbruksrater viste at det var store geografiske forskjeller i DRG 403-opphold etter ulike hovedtilstander. Størst var forskjellene for opphold med tilstandskode C77 som hovedtilstand, hvor landsgjennomsnittet var 7 opphold per 100 000 innbyggere, mens Vestfold hadde 27, Helse Bergen-området 17 og Vestre Viken-området 10. Avsnitt 9.1.3 i kodeveilederen sier at hvis «helsehjelpen ved en kontakt kun er rettet mot metastaser skal hovedtilstanden være metastasene i den lokalisasjon som er viktigst for kontakten», men er helsehjelpen rettet «både mot primærtumor og metastaser, skal primærtumor være hovedtilstand». I utvalget ble det kommentert at pasientene sjelden kun vil bli behandlet for metastasene, og at nivået på C77-innleggelser hos Vestfold derfor indikerte feilkoding.

For at et opphold skal klassifiseres som komplisert, krever det at oppholdet er registrert med en kompliserende bitilstand. Samlet var 81 prosent av oppholdene i DRG-paret kodet med en bitilstand, men hos Sykehuset i Vestfold var andelen svært høy – 99 prosent. Hos Vestre Viken var andelen med bitilstand 92 prosent, mens den hos OUS og St. Olavs var henholdsvis 71 og 72 prosent. De kompliserende bitilstandene som ble benyttet oftere hos Sykehuset i Vestfold inkluderte blant annet sekundær trombocytopeni (D69.5), underernæring (E46/E46.00) og uspesifisert kronisk nyresykdom (N18.9).

Vestre Viken ble i første omgang spurt om hvilke pasienter som havner i DRG 403, og om hvorfor de hadde en høy andel kompliserte opphold. I sitt svar skrev foretaket at innleggelser hos pasientgruppen «som regel er forbundet med en komplikasjon eller sidetilstand eller dens behandling», og at det «sjelden er behov for innleggelse akutt eller elektivt med mindre det eksisterer en slik komplikasjon». Foretaket mente selv å ha kodet i henhold til kodereglene, og andelen kompliserte opphold var nokså lik på tvers av foretakets fire sykehus. I et oppfølgingsbrev ble foretaket spurt om de vurderte kodingen for pasienter i DRG 403 med C77 som hovedtilstand å være i henhold til avsnitt 9.1.3 i kodeveilederen. Foretaket svarte at de fleste av oppholdene hadde vært ved Bærum sykehus, hvor seksjonsoverlegen hadde gjennomgått kodingen, og funnet at tilstandskode C77 feilaktig hadde blitt benyttet som hovedtilstand i 24 av 28 tilfeller.

I første brev fra Sykehuset i Vestfold fikk utvalget en redegjørelse fra seksjonsoverlegen ved hematologisk seksjon. Om kort liggetid, står det at pasientene «overflyttes til lokale helsehus dersom snarlig utskrivelse ikke lar seg gjennomføre». Tilstandskode C77 ble ikke benyttet ved seksjon for blodsykdommer, hverken som hoved- eller bidiagnose. I forhold til bitilstander står det: «Sekundær trombocytopeni (trc < 145) ses hos mange av disse pasientene, som følge av sykdom og behandling. Trombocytopenien kompliserer utredningen og behandlingen, særlig ved verdier under 70.» I et oppfølgingsbrev ba utvalget om en redegjørelse også fra onkologisk avdeling, særlig om oppholdene kodet med C77 som hovedtilstand. I svaret sto det: «Ved opphold som kodes med C77.x som hovedtilstand, kjennetegnes disse pasientene enten ved at primærtumor er fjernet, og/eller at vesentlig tumorbyrde eller dominerende symptomer utgjøres av lymfeknutemetastaser. [...] Ved pasienter med flere relevante tilstander vil den mest ressurskrevende føres som hovedtilstand.»

Vurderinger

Utvalget anbefaler at både aktivitet hos Vestre Viken og Sykehuset i Vestfold avregnes for feil bruk av metastaser (C77) som hovedtilstand, men det vurderes ikke som tilstrekkelig dokumentert at det bør avregnes for andre forhold. Det er avdekket stor variasjon i koding av bitilstander, men det vil være nødvendig med en dokumentkontroll for å avgjøre hvorvidt det skyldes høyere kodekvalitet eller overkoding av ikke-behandlingsrelevante tilstander. For Sykehuset i Vestfold vil det for eksempel være særlig relevant å se på om sekundær trombocytopeni kun er kodet i tilfeller hvor det er hensyntatt i behandlingen.

Sykehuset i Vestfold har forklart at «hos pasienter med flere relevante tilstander vil den mest ressurskrevende føres som hovedtilstand». Utvalget rådførte seg med Øystein Hebnes i avdeling for kodeverk, som bekreftet at det er retningslinjene beskrevet i kodeveilederen, avsnitt 9.1.3, som er bestemmende for når tilstandskode C77 skal kodes som hovedtilstand. I strid med retningslinjene, er helsehjelp rettet både mot metastaser og primærtumor blitt kodet med C77 som hovedtilstand når metastasene var mer ressurskrevende. Typisk vil det medføre høyere refusjon enn om primærtumor kodes som hovedtilstand. Feilkodingen har vært isolert til onkologisk seksjon, og var ikke til stede ved hematologisk seksjon. Dette kan ha sammenheng med ulik kodetradisjon blant onkologer og hematologer. Et forslag til metode for avregning er beskrevet i kapittel 7.

Diagnostikk og behandling av kreft er i rask utvikling. Klassiske metoder som morfologisk vurdering utgjør fortsatt grunnpilaren i diagnostikken, men suppleres i økende grad med avanserte teknikker som cytogenetiske analyser, molekylærpatologiske metoder (FISH, PCR, Next Generation Sequencing) og massespektrometri. I tillegg benyttes radiologiske og nukleærmedisinske undersøkelser (CT, MR, PET-CT) rutinemessig for vurdering av sykdomsutbredelse.

Behandlingen har blitt betydelig mer kompleks. Mange pasienter tilbys kombinasjoner av kirurgi, kjemoterapi, immunterapi og strålebehandling. Særlig immunterapi har hatt en omfattende utvikling de siste ti årene, og tilbys nå i økende grad som persontilpasset behandling basert på pasientens spesifikke krefttype og molekylære profil. De nye behandlingsformene medfører også nye bivirkninger og komplikasjoner, som for eksempel cytokinfrigjøringsyndrom, knyttet til administrasjon av legemidler.

Avregningsutvalget har i årets vurderinger avdekket at enkelte helseforetak benytter kodekombinasjoner som gir høyere økonomisk uttelling enn det pasientenes tilstand/opphold i utgangspunktet er berettiget. Dette kan skyldes at dagens kodeverk ikke i tilstrekkelig grad reflekterer det omfattende og spesialiserte arbeidet som hematologiske avdelinger og kreftavdelinger utfører. Sett i lys av den medisinske utviklingen og de identifiserte tendensene, anbefaler utvalget en bred revisjon av kodingen for kreftrelaterte opphold. Målet er å sikre at kodeverket i større grad gjenspeiler faktisk ressursbruk, faglig innsats og kompleksiteten i moderne kreftbehandling.

Konklusjon

Når helsehjelp rettes både mot metastaser og primærtumor, skal primærtumor være hovedtilstand, selv om behandling av metastasene er mer ressurskrevende. Feilkoding med lymfeknutemetastaser (C77) som hovedtilstand i DRG 403 er identifisert hos Sykehuset i Vestfold og Vestre Viken, og utvalget anbefaler at Helse Sør-Øst avregnes med 822 948 kr. Diagnostikk og behandling av kreft har blitt betydelig mer kompleks, og dette reflekteres ikke tilstrekkelig i dagens kodeverk. Utvalget anbefaler derfor en bred revisjon av kodingen for kreftrelaterte opphold.

5.5 Saksnr. 25/3267 DRG TD70A(B) – Nevropsykologisk undersøkelse

Bakgrunn og problemstilling

I DRG TD70A (nevropsykologisk undersøkelse voksne) observerte oppdragsgiver vesentlig høyere forbruksrater hos Helse Fonna og Vestre Viken HF sammenlignet med resten av landet. Opphold i denne DRG-en som er kodet med prosedyren IAAK00 (fullstendig nevropsykologisk utredning utført og tolket av spesialist i nevropsykologi), har høyere vekt enn ordinære polikliniske konsultasjoner, og lik vekt som DRG TD71A (annen omfattende testing og kartlegging med bruk av standardiserte verktøy hos voksne). I kodeveilederen for 2025 ble det presisert at koder for fullstendige nevropsykologiske utredninger kun skal registreres én gang per utredning. 97 prosent av pasientene ved andre foretak hadde kun hadde ett opphold i

DRG-en, men det var vanlig med flere opphold hos Vestre Viken og Helse Fonna sine pasienter. Begge de to foretakene hadde også gjennomsnittlig kortere konsultasjoner enn hos de andre foretakene. Utvalget er bedt om å vurdere kodepraksisen, og undersøke årsakene til at de to foretakene har høyere forbruksrater enn resten av landet.

Analyse og kontakt med helseforetak

I analysene ble det sett litt bredere enn kun DRG TD70A, og i stedet fokusert på prosedyrekoden IAAK00, ettersom det er prosedyren som er bestemmende for om et opphold grupperes til DRG-en. I tillegg til de to nevnte foretakene, er det også ved Helgelandssykehuset observert et stort omfang av prosedyren. De kodet den imidlertid ofte samtidig som IEAA00-prosedyren (strukturert poliklinisk dagtilbud, hovedsakelig diagnostisk formål), slik at oppholdene ble gruppert til DRG 801A/B (diagnostiske, strukturerte polikliniske dagtilbud for psykiske og rusrelaterte lidelser). Felles for de tre foretakene var at alle hadde egne nevropsykologiske seksjoner/avdelinger, i motsetning til de fleste andre foretak.

Hos Vestre Viken ble det observert et standardforløp med tre opphold innen 1–2 uker, hvor den første konsultasjonen var 60 minutter med psykolog (anamneseopptak), og de to siste 120 minutter hos ergoterapeut (testopptak). I svar til utvalget opplyste Vestre Viken om at tilbudet er organisert som et nevropsykologisk områdeteam med seks årsverk: fire nevropsykologer og to testteknikere. Utredningene skjer i et samarbeid mellom en nevropsykolog og en testtekniker. Områdeteamet har benyttet IAAK00 tre ganger per utredning, uten å være klar over at det strider med retningslinjene. At testteknikere har gjennomført testopptak, har man vurdert å være i tråd med følgende punkt i kodeveilederen: «Hvilket fagfelt man arbeider innenfor er ikke bestemmende for hvilke typer koder en har lov til å anvende. Det betyr at alle grupper av helsepersonell kan benytte alle koder uavhengig av hvilket kapittel koden hentes fra, så lenge koden så presist som mulig beskriver det som er utført.» Det ble også vist til Veileder i klinisk nevropsykologi, hvor det står følgende: «Nevropsykologer vil i noen tilfeller benytte seg av en testtekniker. Dette er regulert i Helsepersonelloven § 5 [...] Psykologen er faglig ansvarlig for det utredningsarbeidet som utføres. Ved bruk av psykometrisk hjelpepersonell / testtekniker skal psykologen alltid ha selvstendig kontakt med den aktuelle pasienten. [...] Psykologen bør gjennomføre deler av utredningen selv og skal ha observert pasientens testatferd direkte»

Utvalget hadde dialog med Helse Fonna over to brev. Foretaket opplyser å ha organisert stort sett alle nevropsykologiske ressurser i en spesialisert poliklinikk. Per mars 2025 har man listet følgende årsverk: tre nevropsykologer, én psykologspesialist i gerontopsykologi, to psykologer under spesialisering i nevropsykologi og tre testteknikere. Et typisk forløp beskrives som «anamnese, to dagers testing på ca. fire timer hver, innhenting av komparentopplysninger og tilbakemelding.» Foretaket erkjenner at det «kan ha brukt IAAK00 hyppigere enn en snever tolkning av kodeverket [for] 2025 tilsier», men mener at det ikke har hatt økonomiske konsekvenser, og peker på at definisjonen av «fullstendig utredning» etter deres oppfatning har vært uklart operasjonalisert. Om hvorfor man har en høy forbruksrate, pekes det blant annet på at samarbeid mellom testteknikere og psykologer gir «god kapasitetsutnyttelse og effektiv drift, som medfører at vi produserer et høyt antall utredninger». Videre er det forklart at et «godt tilbud med kort ventetid øker også henvisningsfrekvensen. Erfaringer fra tiden før denne organiseringen, samt fra andre regioner, viser at lang ventetid og generelt dårlig tilgang stopper henvisninger.» I det 2. brevet ble det understreket at kun psykologer tar anamnese, vurderer testresultat, skriver rapport og gir tilbakemeldinger. Psykologene under spesialisering legger ukentlig frem sine saker, får veiledning og drøfter de med spesialist i nevropsykologi. Noen pasienter gjennomgår flere fullstendige nevropsykologiske utredninger i løpet av et år, og da er det typisk mistanke om rask neurodegenerasjon.

Pasientene hos Helgelandssykehuset hadde med få unntak kun ett opphold med IAAK00-prosedyren, men det ble likevel sendt et brev med spørsmål om hvordan prosedyren benyttes. Totalt hadde avdelingen ca. ni årsverk: fem spesialister i nevropsykologi, to psykologer under spesialisering i nevropsykologi og to testteknikere. IAAK00-prosedyren benyttes av spesialister i nevropsykologi, men også når «psykolog i spesialisering har veiledet praksis av spesialist». Man skriver at organiseringen med en egen nevropsykologisk enhet har «vært vellykket og sikret et svært stabilt, kompetent og rekrutteringssterkt fagmiljø». Man nevner også

at foretaket har mottatt forespørsler fra større foretak utenfor regionen om sin organisering, med stor kapasitet og spesialistdekning, mens andre foretak har hatt rekrutteringsvansker.

Vurderinger

Hos alle de tre foretakene mener utvalget at det er beskrevet gode tilbud, som sikrer utredninger av høy kvalitet. At Vestre Viken har mange opphold i DRG TD70A, skyldes ikke mange pasienter, men flere IAAK00-registreringer per utredning. Helse Fonna og Helgelandssykehuset hadde flest pasienter per innbygger med nevropsykologiske undersøkelser, men utvalgets vurdering er at det skyldes organisering og prioritering. Egne nevropsykologiske enheter har bidratt til sterke fagmiljøer og større evne til å tiltrekke seg nødvendig kompetanse. Det er også slik at når en ser psykisk helsevern, somatikk og avtalespesialister under ett, blir de geografiske forskjellene betydelig mindre.

Helse Fonna har løftet at «fullstendig utredning» i kodebeskrivelsen har vært uklart operasjonalisert, og det ble først presisert i kodeveilederen for 2025 at prosedyren kun skal registreres én gang per utredning (når den er ferdig). Likevel er utvalgets vurdering at kodebeskrivelsen er tilstrekkelig tydelig, til at foretak ikke burde benyttet prosedyren på korte opphold som åpenbart ikke kan anses som «fullstendige» nevropsykologiske utredninger. Derfor anbefaler utvalget at Vestre Viken og Helse Fonna avregnes i de tilfellene hvor de har brukt prosedyrekoden flere ganger per utredning. Selv om det noen ganger vil være behov for at en pasient gjennomgår flere utredninger i løpet av et år, er det utvalgets vurdering at det kun bør skje unntaksvis, når det foreligger særlig grunner. Detaljene for avregning er beskrevet i kapittel 7, men det er lagt til grunn at opphold på minst 75 minutter med IAAK00-prosedyre også kunne vært kodet med IEAA20-prosedyren for omfattende testing/kartlegging.

I kodebeskrivelsen står det at utredningen skal være «utført og tolket av spesialist i nevropsykologi». Ved alle de tre nevropsykologiske enhetene er testopptak delvis blitt utført av testteknikere, og både Helse Fonna og Helgelandssykehuset hadde psykologer under spesialisering i nevropsykologi som gjennomførte utredninger under veiledning av spesialist i nevropsykologi. Arbeidsdelingen beskrevet mellom testteknikere og spesialister i nevropsykologi anses i hovedsak å være i henhold til Veileder i klinisk nevropsykologi, og utvalget anbefaler derfor ikke å avregne opphold registrert utført av annet helsepersonell enn psykolog. Forklaringene på hvordan veiledning av psykologer under spesialisering foregår vurderes også som tilstrekkelig.

Konklusjon

Prosedyrekoden for fullstendige nevropsykologiske utredninger (IAAK00) skal kun kodes én gang per utredning – når den er ferdig. Vestre Viken og Helse Fonna har benyttet prosedyren flere ganger per utredning, og utvalget anbefaler at denne aktiviteten avregnes med til sammen 233 715 kroner. Når et opphold ikke er det siste i en nevropsykologisk utredning, bør det i stedet kodes med IAAJ00 og/eller IEAA20.

5.6 Saksnr. 25/3268 DRG TD72B – Observasjonstiltak i skole og barnehage

Bakgrunn og problemstilling

Oppdragsgiver har observert motstridende koding i DRG TD72B. Alle opphold i DRG-en er kodet med prosedyrekoden OADC00: «Observasjon av pasientens funksjonsevne i sitt nærmiljø (hjem, barnehage, skole) og/eller miljøfaktorer». Til tross for at DRG-en er ment for pasientobservasjoner utenfor institusjon, ble likevel 13 prosent av oppholdene i 2024 kodet som utført «På egen helseinstitusjon». DRG-en er også unntatt aggregering, og ved noen foretak er det observert en høy forekomst av flere tellende ISF-opphold samme dag. Oppdragsgiver ber om at denne kodepraksisen vurderes av utvalget, og at man undersøker hva som menes med siste ledd i kodebeskrivelsen («og/eller miljøfaktorer»).

Analyse og kontakt med helseforetak/andre

For å avklare betydningen av kodeteksten til OADC00, ble det tidlig avholdt et møte med avdeling for kodeverk i Helsedirektoratet. Det ble understreket at prosedyren ikke skal benyttes ved observasjon i sykehus. Når det står «og/eller miljøfaktorer», er det med tanke på hvordan pasientens funksjon påvirkes av miljøet og kontekst – fremstår for eksempel barnet annerledes utenfor sykehus? I prinsippet kunne frasen «og/eller miljøfaktorer» vært fjernet fra kodeteksten.

De innledende analysene av pasientdata viste at befolkningen i Finnmark og OUS-området hadde flest opphold i DRG TD72B kodet «På egen helseinstitusjon» per innbygger – deretter Helgeland, Helse Førde-området og Ahus-området. I snitt hadde pasientene i DRG-en 0,15 ekstra tellende ISF-opphold samme dag som et TD72B-opphold. Flest ekstra opphold hadde Ahus sine pasienter registrert «På egen helseinstitusjon». 21 prosent av disse pasientene hadde to ekstra ISF-opphold samme dag, noe som var svært uvanlig ved andre foretak.

Basert på analysene ble det prioritert å sende brev med spørsmål til tre foretak: OUS, Ahus og Finnmarkssykehuset. Alle tre ble spurt om hvorfor en høy andel av oppholdene ble kodet som utført «På egen helseinstitusjon». I tillegg ble Ahus bedt å forklare hvorfor mange av deres pasienter hadde flere tellende ISF-opphold samme dag.

OUS sin tilbakemelding var at prosedyrekoden feilaktig hadde blitt benyttet på lekeobservasjoner ved egen helseinstitusjon. I løpet av 2024 ble foretaket gjort oppmerksom på at prosedyren kun skal benyttes ved observasjoner utenfor institusjon, og etablerte «en ny kontroll i systemet for å påse at koden kun brukes når sted for aktivitet er ambulant». I innsendingen for 1. og 2. tertial hadde OUS et betydelig omfang av feilregistrering, men som følge av den nye rutinen, var feilene fra 1. og 2. tertial korrigert i den siste innsendingen. For ISF-utbetalingene er det imidlertid de første innrapporteringene som er lagt til grunn (jmfør «lukkerregelen») – ikke den korrigerte.

Finnmarkssykehuset skrev i sitt første svar at bakgrunnen for feilregistreringen var at man for tre år siden tok i bruk funksjonen «lokal aktivitet» i DIPS. Funksjonen gir «På egen helseinstitusjon» som default for aktivitetssted, og ved feilregistreringer er ikke dette blitt korrigert av behandler. I videre dialog beskrev foretaket tiltak og rutiner for å forhindre fremtidig feilregistrering, og data fra 1. tertial for 2025 viste at registreringspraksisen var endret.

I likhet med Finnmarkssykehuset skrev Ahus i sitt innledende svar at aktivitetsstedet var blitt feilregistrert som følge av ikke-korrigerede defaultverdier i DIPS Classic. Det ble gjort fem stikkprøver av polikliniske notat, og alle disse observasjonene ble utført i skole eller barnehage. Det ble imidlertid ikke forklart hvorfor Ahus hadde en høy forekomst av flere tellende ISF-opphold samme dag, og dette ble derfor tema for et oppfølgingsbrev.

To poliklinikker i BUP hos Ahus skrev svar. BUP Øvre Romerike erkjente feil kodepraksis, og skrev at prosedyren i god tro er blitt benyttet ved observasjonstiltak på klinikken. Flere tellende ISF-opphold samme dag var vanligst ved autismeutredninger, hvor pasienten gjerne gjennomgikk en ADOS-test (TD71B), samt kartleggingsintervju med foreldre og observasjonslunsj (3Di, TD72B). De fem andre poliklinikkene stilte seg bak et felles svar fra BUP Nordre Follo. Også de har oppdaget feil bruk av TD72B. Det var da snakk om observasjonstiltak i institusjon, som nå i stedet kodes med IEAA20-prosedyren, slik at oppholdene går til DRG TD71B. Likevel understreker de at OADC00-prosedyren er brukt riktig for mange opphold, og at det da er aktivitetssted som er feilregistrert.

Vurderinger

OUS, Ahus og Finnmarkssykehuset har alle erkjent feilkoding. For aktiviteten hos OUS og Ahus har det ført til høy ISF-refusjon, og Helse Sør-Øst bør derfor avregnes. For aktiviteten ved Finnmarkssykehuset var det

argumenter både for og imot avregning. Etter foretakets forklaring er det aktivitetsstedet som er feilkodet, slik at ISF-utbetalingene har vært av riktig størrelse. Det er beskrevet gode rutiner for å unngå fremtidig feilkoding, og dette er reflektert i data for 1. tertial 2025. Utvalget savner imidlertid en tilfredsstillende beskrivelse av hvilke kontroller som er gjort for å konkludere med at kun aktivitetsstedet er feilkodet i 2024-data, og anbefaler derfor at også Helse Nord avregnes. Den valgte avregningsmetoden er beskrevet nærmere i kapittel 7.

Når både Ahus og Finnmarkssykehuset peker på at ikke-korrigerede defaultverdier i DIPS har ført til feilregistrering av aktivitetssted er det bekymringsverdig. Det sår særlig tvil om validiteten til «sted for aktivitet»-variabelen, som kan gi et galt bilde på omfanget av ambulant aktivitet. I lys av at OUS og Ahus har kodet OADC00-prosedyren ved observasjoner i institusjon, anbefaler utvalget at kodebeskrivelsen bør gjøres mer entydig.

Konklusjon

OADC00-prosedyren skal kun benyttes ved observasjoner av barn utenfor institusjon, men aktivitetsstedet er for en del av aktiviteten i DRG TD72B kodet «På egen helseinstitusjon». Det er avdekket at dette i noen grad skyldes feilkoding av aktivitetssted, som følge av ikke-korrigerede defaultverdier i DIPS. OUS og Ahus har imidlertid erkjent bruk av OADC00-prosedyren ved observasjoner i institusjon, og utvalget anbefaler derfor at Helse Sør-Øst avregnes. Finnmarkssykehuset peker kun på feilkoding av aktivitetssted, men utvalget anbefaler likevel at Helse Nord avregnes fordi dette ikke er tilstrekkelig dokumentert.

5.7 24/10226. DRG 462B Rehabilitering, enkel.

Bakgrunn og problemstilling

Saken er en oppfølgingssak fra i fjor. Helse Møre og Romsdal HF ble da avregnet med bakgrunn i observert høye rater i DRG 462B *Rehabilitering, enkel*. For driftsåret 2024 er forekomsten av opphold som grupperes til DRG 462B fortsatt høy ved Helse Møre og Romsdal HF. Helsedirektoratet har bedt Avregningsutvalget om å følge opp saken.

Analyse og redegjørelse fra helseforetaket

Analyser og dialog med Helse Møre og Romsdal HF har vist endret organisering av rehabiliteringsaktiviteten, men forekomsten av opphold som grupperes til DRG 462B ser nokså lik ut fra 2023 til 2024. Det er fortsatt mange opphold kodet med tilstandene Parkinsons og MS, og forekomsten har økt noe fra forrige år. Dette er aktivitet som ikke inngår i enkel rehabilitering. Utvalget konkluderer med at kodepraksis ikke har blitt endret i nevneverdig grad i 2024 med bakgrunn i tidligere avregning. Det framkommer ikke i redegjørelser fra helseforetaket at det er gjort noen endringer

Vurdering og konklusjon

Utvalget anbefaler å innstille til avregning også for driftsåret 2024. Det benyttes samme metode for avregning i 2024 som Helsedirektoratet la til grunn for 2023. Det innebærer at feilkodede opphold gis refusjon lik DRG 462C *Rehabilitering, annen*.

Utvalget anbefaler avregning på opphold kodet med Parkinsons og MS hos Helse Møre og Romsdal HF. Oppholdene gis refusjon lik DRG 462C.

5.8 Saksnr 24/10234 DRG 449/450 Forgiftning inkludert toksisk effekt av legemiddel >17 m/bk/ubk.

Bakgrunn og problemstilling

Saken er en oppfølgingssak fra i fjor. Problemstillingen var høy andel m/bk ved Akershus universitetssykehus HF, herunder avvikende høyere koding av F-diagnoser ved akuttinnleggelser/observasjonspost. Det ble ikke funnet grunnlag for avregning i for driftsåret 2023, men saken ble besluttet videre fulgt opp i 2025 på grunnlag av pasientdata fra 2024.

Analyser og konklusjon

Analyser indikerer et lavere omfang av bidiagnoser som leder inn i DRG 449 (m/bk) ved Akershus universitetssykehus HF for 2024. Helseforetaket har volumnedgang i begge DRG-er. Typen tilstander og ATC-koder er mye av de samme som året før. Utvalget diskuterte om det skulle stilles spørsmål om hvilke endringer Akershus universitetssykehus HF hadde gjort, med tanke på kodepraksis knyttet til den aktuelle pasientgruppa. Konklusjonen ble å avvente kontakt, begrunnet med at tallene kan fluktuere og det er ønskelig å se om den observerte endringen framstår som mer varig før det eventuelt stilles spørsmål om endring.

Saken følges opp i neste års saksbehandling.

5.9 Saksnr. 24/19011 DRG TD 11A Polikliniske konsultasjoner, opioidavhengighet.

Bakgrunn og problemstilling

Saken er en oppfølgingssak fra tidligere år (saksnr. 21/4729). Bakgrunnen er variasjon blant helseforetakene i omfanget av opphold kodet med utdeling av LAR-medikament som annen tilstand dvs. bruk av kode Z50.30 *Kontakt med helsetjenesten for legemiddelassistert rehabilitering (LAR), uten samtidig konsultasjon*. 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.

Det har vært tvil rundt hvorvidt opphold kodet med Z50.30 som annen tilstand har hatt konsultativt og terapeutisk innhold eller ikke.

Det har tidligere vært gjennomført journalgjennomgang hos Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF og Sykehuset i Vestfold HF. Gjennomgangen viste at det er forskjeller i forståelsen av regelverk og veiledning og at det derfor var et behov for presiseringer. Utvalget har tidligere konkludert med at det ikke er grunnlag for avregning. Etter anbefaling fra Avregningsutvalget har ISF-regelverket blitt oppdatert med følgende presisering:

"Polikliniske kontakter med utlevering eller observert inntak av LAR-legemiddel som hovedformål skal rapporteres slik at disse kontaktene kan hovedsakelig holdes adskilt fra kontakter med konsultativt innhold.

Dette gjelder også når det gjennomføres samtale som naturlig inngår ved utlevering av LAR medikament, som spørsmål om livsførsel, sidemisbruk og somatisk helse. Hovedtilstand for kontaktene skal være Z50.30, i tråd med spesifikke kodingsregler gitt av Direktoratet for e-helse."

Presiseringen finnes under punkt 7.3.1 i ISF-regelverk for 2024, og tilsvarende under punkt 6.3.1 i ISF-regelverk for 2025.

Analyse og redegjørelse fra helseforetakene

Analysen viste at i tillegg til Helse Bergen HF hadde Helse Stavanger HF, Akershus Universitetssykehus HF, Nordlandssykehuset HF og Sykehuset i Vestfold HF tilsynelatende avvikende høy forekomst av volum i DRG TD11A kodet med annen tilstand Z50.30. Disse foretakene ble derfor tilskrevet og bedt om å redegjøre for endring i volum og sine retningslinjer i henhold til nytt regelverk. Innenfor tidsfristen for svar var det kun Nordlandssykehuset HF som redegjorde for økt aktivitet i DRG TD11A på grunn av opprettelsen av OpiNord. Det var allikevel uklart om presiseringen i ISF-regelverket var praktisert.

Helse Stavanger redegjorde for bakgrunnen til høyt volum av ISF-opphold i DRG TD 11A, med annen tilstand Z50.30 (utdeling av LAR-medikament). I brev datert 14. august 2025 redegjør Helse Stavanger for at poliklinisk konsultasjon med konsultativt innhold kan skje samme dag som pasienten får utdelt LAR-medikament – men understreker at det er 2 ulike episoder samme dag. Aggregeringsreglene i ISF gjør at LAR-utdelingen blir aggregert inn i konsultasjonen, og framstår som en bitilstandskode. Det vil si at grunnlaget for ISF-refusjon er en gyldig konsultasjon med konsultativt innhold, men LAR-utdelingen blir heftet på som tillegg på grunn av aggregeringsreglene. Helse Bergen HF redegjør også i brev (etter frist for tilbakemelding) om samme forhold for disse oppholdene.

Sykehuset i Vestfold HF har ikke gitt tilbakemelding i saken.

Vurderinger og konklusjon

På bakgrunn av tilbakemeldingene fra helseforetakene vurderer utvalget at det ikke grunnlag for avregning av de identifiserte oppholdene i DRG TD11A med kode Z50.30 (Utdeling av LAR-medikament) som bidiagnose. Regelverket til ISF påpeker at utdeling av LAR-medikament skal holdes atskilt fra kontakter med konsultativt innhold. På bakgrunn av påpekingen i regelverket vil utvalget stille spørsmål om episoder med utdeling av LAR-medikamenter bør tas ut av aggregeringen til ISF-opphold.

Utvalget stilte etter hvert spørsmål om oppdraget var tolket for smalt i denne saken. Det vil si at varierende omfang av opphold i DRG TD11A, uavhengig av bitilstand Z50.30, er en relevant problemstilling. Helse Bergen HF vil i så fall ha et avvikende høyt omfang av disse konsultasjonene. Konferering med oppdragsgiver bekreftet at denne videre tolkningen av oppdraget er relevant. Denne innfallsvinkelen kom opp sent i arbeidsperioden, og utvalget har ikke fått analysert og vurdert saken ut fra dette utgangspunktet innenfor årets arbeid. Utvalget anbefaler at saken belyses på dette bredere grunnlaget i neste års arbeid.

5.10 Saksnr. 25/19555 DRG 34 – sykd. i nervesys. ITAD m/bk.

Bakgrunn og problemstilling

Saken er en oppfølgingssak fra tidligere år. Oppdragsgiver har identifisert avvikende rater i DRG 34 *Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk* hos flere helseforetak. Avregningsutvalget ble bedt om å 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. I årets saksbehandling har det vært observert fortsatt høy andel opphold i DRG 34 relatert til DRG 35 hos St. Olavs hospital HF.

Analyse og redegjørelse fra helseforetaket

Analyser viste at det er en viss variasjon i forholdet mellom DRG-ene på tvers av helseforetakene og at volumet totalt sett har gått samlet ned. St. Olavs Hospital HF ligger et stykke over landsnittet i kompliserende DRG og ble derfor tilskrevet for å kunne belyse økningen. Tilstandskodingen er ellers lik som foregående år.

Det har tidligere vært utført dokumentkontroll hos Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF i saken, men utvalget konkluderte med at det er vanskelig å generalisere funnene som ble gjort for andre helseforetak som ikke er kontrollert.

Etter gjennomgang av svarbrevet med redegjørelse fra St. Olavs Hospital HF, kom følgende momenter fram i utvalgets diskusjon:

- God redegjørelse fra St. Olavs Hospital, tyder på fylldig koding av tilstander og prosedyrer knyttet til pasientgruppen.
- Utvalget antar at pasientgruppen ved St. Olavs ikke er annerledes enn ved andre tilsvarende sykehus.
- St. Olavs kan antas å ha en god organisering av tjenestene i slagenheten, herunder vektlegging av tidlig intervensjon ved mistanke om slag/blodpropp/infarkt.
- Dokumentkontroll/journalgjennomgang kreves for å undersøke om St. Olavs har brukt ressurser i tråd med hva som kommer fram i rapporterte pasientdata.

Konklusjon

På bakgrunn av forelagt informasjon vurderer utvalget at det ikke er grunnlag for å anbefale avregning i denne saken.

5.11 Saksnr. 25/3266 DRG XD 90 A – polikliniske konsultasjoner – andre problemstillinger.

Bakgrunn og problemstilling

Saken er en oppfølgingssak fra i fjor (saksnr. 24/10236). Bakgrunnen er stor geografisk variasjon i DRG XD90A *Polikliniske konsultasjoner – Andre problemstillinger – voksne*. Spesielt synlig var dette i opptaksområdet til Sykehuset i Vestfold HF som skilte seg ut med over tre ganger så mange opphold per 1000 innbygger sammenlignet med landsgjennomsnittet.

Analyse av pasientdata og redegjørelse fra foretaket

Oppfølgende analyser viste at det fortsatt er mye variasjon i denne DRG-en, samtidig er tilstandskodingen lik året før. Utvalget merker seg at Sykehuset i Vestfold HF har hatt en tydelig nedgang i antall opphold, men at de fortsatt ligger høyt. St. Olavs hospital HF gjør det samme og har i tillegg økt sitt omfang. Den private tilbyderer Unicare Coperio, som også var i fokus i fjorårets saksbehandling, har økt mye. Enheten har derfor blitt fulgt opp i årets saksbehandling.

I fjor ble Unicare Coperio, som har avtale med Helse Midt-Norge RHF, tilskrevet med spørsmål om å redegjøre for uvanlig høyt antall opphold (polikliniske konsultasjoner) som ble gruppert til DRG XD90A. I fjor kom det fram at bakgrunnen for den uvanlige høye forekomsten av opphold i DRG XD90A var Unicare Coperio konsekvent hadde rapport pasientdata med en feil hoveddiagnose. Kodingen var ikke tilsiktet, men et resultat av en default-innstilling i journalsystemet hvor kode Z50.4 *Kontakt med helsetjenesten for rehabilitering ved psykoterapi ikke klassifisert annet sted*.

Vurdering

Avregningsutvalget anbefalte avregning basert på feilrapporteringen fra Unicare i fjor. Helsedirektoratet valgte å ikke foreta avregning i saken, med begrunnelse at det ikke hadde noen økonomisk konsekvens. Det ble forventet at feilen skulle rettes opp.

Ettersom omfanget av opphold gruppert til DRG XD90A fortsatt var uvanlig høyt ved Unicare Coperio ble det vurdert at det ikke har vært noen endring i registreringspraksis, til tross for tilbakemelding og dialog. Redegjørelsen fra enheten gir inntrykk av at det ikke har blitt gjort noe for å endre feilkodingen og følge opp aktiviteten.

Konklusjon

Unicare Coperios avtale med Helse Midt-Norge RHF ble avsluttet i fjor. Utvalget diskuterte manglende kontroll fra RHF-et som bestiller og avtaleforvalter, og muligheter for avregning basert på avvikende koding hos tilbyder. Utvalget konkluderte i denne saken med at det bør gå et brev til Helse Midt-Norge RHF, hvor manglende kontroll knyttet til pasientdata fra Unicare Coperio påpekes.

5.12 Saksnr. 24/10230 DRG 801U – Nevropsykologisk undersøkelse

Bakgrunn og problemstilling

Dette var en oppfølgingssak fra fjoråret, hvor oppdragsgiver hadde observert betydelig geografisk variasjon i DRG 801U. Utvalget anbefalte å avregne førerkortvurderinger i DRG-en hos Helse Stavanger og UNN, og at regelverket omkring førerkortvurderinger og attester burde presiseres ytterligere. Som et ledd i en forenkling, er det i etterkant blitt bestemt at unntaksbestemmelsen om at «rene» førerkortvurdering ikke skal inngå i ISF-grunnlaget, fjernes fra 2025.

Analyse av pasientdata

Både i 2023 og 2024 var andelen av opphold i DRG-en med førerkortvurderinger 9 prosent. Selv om både Helse Stavanger og UNN ble avregnet på førerkortvurdering, viste data at antall førerkortvurdering økte hos begge. Foruten disse to foretakene, var det flest førerkortvurderinger hos Lovisenberg, Helse Bergen og Helse Fonna. Utvalgets hensikt var opprinnelig å sende ut brev til de aktuelle foretakene, men som følge av regelendringen fra 2025 ble det ikke prioritert. Videre analyser viste at den gjennomsnittlige varigheten på opphold med førerkortvurdering var noe lenger enn de øvrige – ca. en halvtime ekstra. Hos Helse Stavanger var den gjennomsnittlige varigheten på førerkortvurderingene 4,6 timer og hos UNN 3,6 timer.

I gjennomsnitt hadde pasientene 1,26 opphold i DRG 801U i 2024, og pasientene hos Helse Fonna og St. Olavs hadde flest (henholdsvis 1,71 og 1,70). Det ble imidlertid ikke skrevet brev til foretakene, ettersom kontaktvolumet var moderat, og problemstillingen ble prioritert utforsket i psykisk helsevern.

Vurderinger

Sett i lys av regelendringen for 2025 ved førerkortvurderinger, ble det ikke vurdert som hensiktsmessig å utforske eventuell feilkoding etter 2024-regelverket ytterligere. Saken bør i det videre sees i lys av funnene for søster-DRG-ene i psykisk helsevern (TD70A/B), beskrevet under saksnr. 25/3267. Trolig kunne foretak også blitt avregnet i DRG 801U fordi de har benyttet IAAK00-prosedyren flere ganger i løpet av en utredning. Som følge av at det ikke har vært noen dialog med for eksempel Helse Fonna eller St. Olavs om dette, har utvalget imidlertid ikke valgt å gå inn for en slik avregning for 2024

Konklusjon

Det anbefales ikke avregning i saken, men oppfølging til neste år av foretak hvor pasientene har flere IAAK00-registreringer per utredning.

5.13 Saksnr. 23/7563 Injeksjon av Botox i urinblære.

Bakgrunn og problemstilling

Saken er en oppfølgingssak fra tidligere år. Det har over lengre tid vært identifisert opphold i DRG 716O *Terapeutisk endoskopi av urinveiene* med feilkoding. Feilkodingen var bruk av prosedyrekodene KCW98, ACGX90 og/eller M03AX01. Det har vært avregning i saken flere år. I fjor ble 50 opphold avkortet ned til DRG 718O *Endoskopi av nedre urinveier*.

Analyse av pasientdata og vurdering

Oversikt basert på pasientdata for 2024 viste 34 opphold med den identifiserte feilkodingen, fordelt på 23 fra Vestre Viken HF og 11 fra Nordlandssykehuset. Volumet har gått sakte nedover siden saken først ble behandlet i 2023. Avregningsutvalget anbefaler at disse 34 oppholdene fra 2024 avkortes på samme etter samme prinsipp som for 2023.

Konklusjon

Utvalget anbefaler avregning på resterende opphold med feilkoding for Vestre Viken HF og Nordlandssykehuset HF.

5.14 Saksnr 18/1820 Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35.

Bakgrunn og problemstilling

Saken er en oppfølgingssak fra tidligere år. Flere helseforetak og private institusjoner har blitt avregnet. Det har også vært gjennomført dokumentkontroll i saken. Det har vært fokus på 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. * angir lokalisering, eksempelvis D for underekstremitet (QEDE30 Eksisjon av kirurgisk arr på underekstremitet).

Analyse av pasientdata og vurdering

Analysen av DRG 266, 268O og 809J viser at det fortsatt er en del variasjon mellom helseforetakene og at andelen opphold som havner i de høyere vektete DRG-ene 266 og 268O har økt. Det vurderes at det fortsatt forekommer en overkoding av prosedyrer som grupperer opphold til DRG med høyere vekt.

Med bakgrunn i utviklingen fra forrige og foregående år ble det anbefalt å fortsatt avregne i saken. Det benyttes samme beregningsmetodikk som foregående år og metodikken vurderes som godt innrettet for å avregne på slike opphold. Det innebærer at aktuelle helseforetak avregnes på opphold i DRG 268O i henhold til sin prosentvise overskridelse av landsgjennomsnittet. Landsgjennomsnittet er beregnet med utgangspunkt i forholdet DRG 266 + DRG 268O mot DRG 809J. Opphold med gitte ICD-10-koder og prosedyrekoder inngår. Opphold med tilleggsprosedyrekoder (ZZ) er ekskludert. Se teknisk beregning i [kapittel 7](#) for mer informasjon.

Konklusjon

Utvalget anbefaler avregning for alle helseforetak og institusjoner som overskrider nasjonalt snitt.

Oppfølgingssaker kommende år

Avregningsutvalget følger opp saker hvor det har blitt anbefalt avregning, og også hvis oppdragsgiver bestiller oppfølging, uavhengig av om det har blitt anbefalt avregning eller ikke.

De seks sakene som var nye i 2025, og som har blitt anbefalt avregnet, følges kommende år.

Avregningsutvalget følger også opp saker som har vært anbefalt avregnet i 2025, eller tidligere år, basert på identifiserte avvik. Dette gjelder 5 saker. Sakene følges opp med formål å påse at identifiserte avvik i kode- eller behandlingspraksis lukkes. Disse sakene er merket "Oppfølging fra tidligere år" i tabell 6.1 nedenfor.

I tillegg til sakene listet opp i tabell 6.1 anbefaler utvalget at saksnr. 24/ 19011, polikliniske konsultasjoner ved opioidavhengighet, som ikke ble anbefalt avregnet i 2025, følges opp i 2026. Bakgrunnen for dette er at utvalget mener at saken bør analyseres på et bredere grunnlag enn hva som lå til grunn for analyse og vurdering i 2025. Se også omtale i avsnitt 5.9.

Oppdragsgiver kan bestille oppfølging av saker ut over de som presenteres i tabell 6.1 nedenfor.

Tabell 6.1: Oversikt over oppfølgingssaker for 2026.

Saksnr.	Saksnavn	Sakstype
25/3262	Operasjon på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter (DRG 4)	Ny i 2025
25/3263	Op. på galleveier foruten kolecystektomi m/bk (DRG 193)	Ny i 2025
25/3265	Hudtranspl og/eller revisjon, eks sår/cellulitt m/bk (DRG 265)	Ny i 2025
25/3266	Lymfom og ikke-akutt leukemi (DRG 403 og 404)	Ny i 2025
25/3267	Nevropsykologisk undersøkelse (TD 70A)	Ny i 2025
25/3268	Observasjon av pasient i nærmiljø (TD72B)	Ny i 2025
18/1820	Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35	Oppfølging fra tidligere år
23/7563	Injeksjon av Botox i urinblære	Oppfølging fra tidligere år
24/10226	462 Rehabilitering, enkel	Oppfølging fra tidligere år
24/10234	DRG 449/450 Forgiftning inkl. Toksisk effekt av legemiddel >17	Oppfølging fra tidligere år
24/10237	DRG 2700 Op på hud og underhud ITAD, dagkirurgisk behandling	Oppfølging fra tidligere år

Metode for avregning

7.1 Oppsummering

For driftsåret 2024 anbefaler Avregningsutalget avkorting av ISF i 9 saker – se tabell 7.1 nedenfor. Avregningen beløper seg totalt til 14 904 620 kroner. Det metodiske grunnlaget for avregning i hver enkelt sak presenteres i dette kapitlet.

Utbetalingene via finansieringsordningen ISF går til pasientens bostedsregion. Det vil si at det er bostedsregionen som avkortes når utvalget anbefaler avregning. Avvik i kode- eller behandlingspraksis kan bunne i avvik ved helseforetak som ikke er i pasientens bostedsregion.

I somatisk sektor var enhetsprisen per DRG-poeng 52 248 kroner i 2024, og refusjonsandelen var 40 prosent. For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling var enhetsprisen per DRG poeng 3 675 kroner i 2024, og refusjonsandelen er 100 prosent.

Tabell 7.1: Anbefalt avregning for året 2024, fordelt på saksnummer og helseregion. Kroner.

Sakstype (*)	Saksnr.*	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Mangler komm. Nr.	SUM
Ny	25/3262	464 589	78 372	2 796 522	368 913	46 459	3 754 855
Ny	25/3263	2 079 366	37 242	1 353 140	628 982		4 098 730
Ny	25/3265	2 203 194					2 203 194
Ny	25/3266	822 947					822 947
Ny	25_3267	104 105	129 610				233 715
Ny	25_3268	480 646	1 918		10 408		492 972
Oppf.	18_1820	1 889 576	179 046	471 595	230 202		2 770 419
Oppf.	24_10226			328 117			328 117
Oppf.	23_7563	135 072			64 599		199 671
SUM		8 179 495	426 188	4 949 374	1 303 104	46 459	14 904 620

(*) Oppfølging gitt i bestilling fra oppdragsgiver

(**) Se nedenfor for saksnavn og omtale

7.2 Saksnr. 25/3262 DRG 4 – Op. på kolumna /ryggmarg/nerverøtter.

Bakgrunnen for avregningen var identifisert feil rapportering av tilstandskoder fra St. Olavs Hospital HF – se også del 5 tidligere i rapporten. Grunnlaget for avregning er oversikt fra St. Olavs hvor riktige tilstands- og prosedyrekoder ble oversendt. Dette gjaldt 111 sykehusopphold i 2024. Tabell 7.2 nedenfor oppsummerer grunnlaget for avregning i saksnr. 25/3262, og tabell 7.3 viser grunnlaget fordelt på pasientens bostedsregion.

Tabell 7.2: Grunnlag for avregning, utbetalt og korrigert grunnlag for ISF 2024

Rapportert grunnlag DRG	Antall opphold (A)	DRG basisvekt (B)	Sum poeng (C=A*B)	Utbetaling (D =C* 52 248 kr *0,4)
4 Op. på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter	96	3,655	350,88	7 333 111
40 Op på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter, dagkirurgisk be	14	0,904	12,656	264 500
1E Annen kraniotomi unntatt ved traume	1	4,636	4,636	96 889
1; SUM faktisk utbetaling	111		368,172	7 694 500
Korrigert grunnlag DRG				
215C Op. på kolomna eks. spondylodse u/bk	68	1,432	97,376	2 035 080
214C Op. på kolomna eks. spondylodse m/bk	26	2,128	55,328	1 156 311
215O Op. på kolomna, dagkir.beh.	13	1,432	18,616	389 060
214B Fremre el.bakre sponylodese m/bk	1	5,051	5,051	105 562
40 Op.på kolomna/spinalkanal/ryggmarg/nerverrøtter, dagkit.beh.	1	0,904	0,904	18 893
442 Operasjon etter skade ITAD m/bk	2	5,616	11,232	234 740
2; SUM korrigert utbetaling	111		188,507	3 939 645
Avregning =1-2 (Faktisk - korrigert utbetaling)			179,665	3 754 855

Tabell 7.3: Avregning fordelt på bostedsregioner. Sum antall opphold og poenggrunnlag ISF

Bostedsregion	Antall opphold	Basispoeng utbetalt (A)	Basispoeng korrigert (B)	Differanse C=A-B	Avregning D =C* 52 248 kr *0,4
Helse Midt-Norge RHF	86	279,549	145,739	133,81	2 796 522
Helse Nord RHF	12	41,108	23,456	17,652	368 913
Helse Sør-Øst RHF	10	36,55	14,32	22,23	464 589
Helse Vest RHF	2	7,31	3,56	3,75	78 372
Mangler kommunenr.*	1	3,655	1,432	2,223	46 459

SUM	111	368,172	188,507		3 754 855
------------	-----	---------	---------	--	-----------

(*) Får ikke relatert til bostedsregion og utgår dermed fra avregning.

7.3 Saksnr. 25/3263 DRG 193 – Op. på galleveier foruten kun kolecystektomi m/bk.

Grunnlaget for avregning i denne saken var feil bruk av prosedyrekode JKE00 (transduodenal papillotomi), som skal brukes ved åpen kirurgi. Denne koden har vært i bruk ved endoskopiske inngrep. Riktig prosedyrekode skulle være JKE02 (transduodenal endoskopisk incisjon av gallegangsstium). Analyser og saksbehandling avdekte at 4 helseforetak hadde en avvikende registrering av prosedyrekode JKE00. Helseforetakene dette gjaldt var Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset i Vestfold HF, Nordlandssykehuset HF og Helse Nord-Trøndelag HF. Alle foretakene medgikk at inngrepene var utført endoskopisk, og at riktig prosedyrekode skal være JKE02.

Grunnlaget for avregning er identifisering av prosedyrekode JKE00 ved de aktuelle helseforetakene har, med tilhørende DRG og basispoeng for ISF. Datagrunnlaget regruppes ved å erstatte prosedyrekode JKE00 med JKE02. Tabell 7.4 nedenfor viser grunnlaget for avregning fordelt på helseforetak, og tabell 7.5 viser avregningen fordelt på pasientens bostedsregion.

Tabell 7.4: Grunnlag for avregning fordelt på helseforetak. Avregning = Utbetalte poeng – Korrigerte poeng * 52 248 kr * 0,4.

Foretak	Antall opphold	Faktisk utbetalt			Korrigert utbetaling			Avregning	
		DRG JKE00	Basis-vekt	Sum poeng	DRG JKE02	Basis-vekt	Sum poeng	Diff. poeng	Beløp (kr.)
S.huset. Innl. HF	57	193	3,516	200,4	493	2,229	127,1	73,4	1 533 144
	23	194	1,68	38,6	494	1,185	27,3	11,4	237 937
S.huset. Vestfold HF	8	193	3,516	28,1	493	2,229	17,8	10,3	215 178
	9	194	1,68	15,1	494	1,185	10,7	4,5	93 106
Nord.l.shuset. HF	13	193	3,516	45,7	493	2,229	29,0	16,7	349 665
	28	194	1,68	47,0	494	1,185	33,2	13,9	289 663
Helse N.tr.lag. HF	39	193	3,516	137,1	493	2,229	86,9	50,2	1 048 994
	32	194	1,68	53,8	494	1,185	37,9	15,8	331 043
SUM	209			565,9			369,8	196,1	4 098 730

Tabell 7.5: Avregning fordelt på pasientens bostedsregion

--	--	--	--	--

Bostedsregion	Antall opphold	Faktisk utbetalt			Korrigert utbetaling			Avregning	
		DRG JKE00	Basis-vekt	Sum poeng	DRG JKE02	Basis-vekt	Sum poeng	Diff. poeng	Beløp (kr.)
Helse Sør-Øst RHF	65	193	3,516	228,5	493	2,229	144,885	83,7	1 748 323
	32	194	1,68	53,8	494	1,185	37,92	15,8	331 043
Helse Vest RHF	1	193	3,516	3,5	493	2,229	2,229	1,3	26 897
	1	194	1,68	1,7	494	1,185	1,185	0,5	10 345
Helse Midt-Norge RHF	38	193	3,516	133,6	493	2,229	84,702	48,9	1 022 096
	32	194	1,68	53,8	494	1,185	37,92	15,8	331 043
Helse Nord RHF	13	193	3,516	45,7	493	2,229	28,977	16,7	349 665
	27	194	1,68	45,4	494	1,185	31,995	13,4	279 318
SUM	209			565,9			369,8	196,1	4 098 730

7.4 Saksnr. 25/3265 DRG 265 – Hudtransplantasjon og/eller revisjon, ekskl. sår/cellulitt m/bk.

Avregningen i denne saken tar utgangspunkt i påvist avvikende høyere andel behandling i form av innleggelser for denne pasientgruppen ved Sykehuset i Østfold HF, og tilsvarende lavere andel behandling i form av dagkirugi (DK). Videre sees fordelingen av opphold i DRG-ene 265, 266 og 266O i sammen. Metoden for avregning baseres på å anvende nasjonal fordeling mellom innlagt og dagkirurgisk behandling for denne pasientgruppen på pasientgrunnlaget ved Sykehuset i Østfold HF i 2024. Se tabellene 7.6 og 7.7 nedenfor.

Tabell 7.6: Antall opphold i DRG-ene 265, 266 og 266O, samt andel dagkirurgi (DK) i DRG 266O, 2024.

DRG	265	266	266O (DK)	Sum	Andel DK
Alle foretak	266	332	10370	10968	0,945
Sykehuset i Østfold HF	73	66	623	762	0,818
Alle foretak uten Sykehuset i Østfold	193	266	9747	10206	0,955

Tabell 7.6 viser at den gjennomsnittlige andelen dagkirurgisk behandling av denne pasientgruppen er 95,5 prosent på nasjonalt nivå, når tallene fra Sykehuset i Østfold holdes utenom. Hvis vi legger nasjonalt gjennomsnitt til grunn for forventet omfang av dagkirurgisk behandling av denne pasientgruppen ved Sykehuset

i Østfold i 2024, så er det forventet at 728 opphold av totalt 762 kunne vært utført dagkirurgisk. Det vil si at det kan forventes at for 105 opphold (728 – 623) kunne pasienten fått et dagkirurgisk behandlingstilbud i stedet for behandling ved innleggelse. Analyser av oppholdstid for de aktuelle innleggelsene ved Sykehuset i Østfold støtter denne antakelsen, fordi median oppholdstid for den innlagte behandlingen er 1 overnatting.

I den anbefalte avregningen basert på avvikende praksis ved Sykehuset Østfold omgjort til praksis for landet for øvrige (se tabell 7.7), legges følgende til grunn:

- Andel dagkirurgi ved Sykehuset i Østfold HF forutsettes lik gjennomsnittlig andel for øvrige helseforetak. Det vil si at andelen settes til 95,5 prosent. Det medfører at 105 opphold skal flyttes fra innlagt til dagkirurgisk behandling.
- For de 105 oppholdene har vi valgt å flytte halvparten fra DRG 265 og den andre halvparten fra DRG 266. 52,5 opphold fra hver av de innlagte DRG-ene flyttes til dagkirurgisk DRG.
- DRG 266 og 266O er en del av dagkirurgiløsninga. Det vil si at basisvekta som er grunnlag for ISF er harmonisert, og denne endringen har ingen økonomisk effekt.
- De berørte oppholdene fra Sykehuset i Østfold HF gjelder pasienter bosatt i region Sør-Øst.

Tabell 7.7 Grunnlag for avregning

Grunnlag avregning	Ant. opphold: (A)	Basisvekt utbetalt: (B)	Sum poeng utbetalt: (C = A*B)	Korr. basisvekt 266O: (D)	Sum korr. poeng: (E = A*D)	Differanse poeng: (F = C-E)	Avregning (kr): G = E * 52 248 *0,4
Fra DRG 265 til 266O	52,5	2,286	120,015	0,278	14,595	105,42	2 203 194
Dra DRG 266 til 266O	52,5	0,278	14,595	0,278	14,595	0	0
SUM Totalt	105		134,6		29,2	105,4	2 203 194

7.5 Saksnr. 25/3267 DRG 403/404 – lymfom og ikke-akutt leukemi

Gjennom dialog med Vestre Viken og Sykehuset i Vestfold er det avdekket overdreven koding av metastaser (C77 Metastase og uspesifisert ondartet svulst i lymfeknute) som hovedtilstand i DRG 403. Avsnitt 9.1.3 i kodeveilederen presiserer at primærtumor, ikke metastaser, skal være hovedtilstand når helsehjelp er rettet både mot primærtumor og metastaser. Utvalget anbefaler at de to foretakene avregnes for denne kodepraksisen.

Avregningsmetoden som foreslås for Sykehuset i Vestfold er at for gitt hastegrad, skal innleggelser med C77 og en primærtumorkode, ha samme andel innleggelser i DRG 403 hos Sykehuset i Vestfold som ved andre sykehus. Helse Bergen ble ekskludert fra referansegruppen, ettersom deres rate med C77-opphold i DRG 403 ble vurdert som urimelig høy.

Som et eksempel hadde Sykehuset i Vestfold 50 akutte døgnopphold med C77 og C34 (ondartet svulst i bronkie og lunge) blant tilstandskodene, og hvor en av dem var hovedtilstand. 14/50 opphold var i DRG 403. Ved øvrige foretak (foruten Helse Bergen) var det 430 tilsvarende døgnopphold, hvorav 21 var i DRG 403. Avregningsmetoden legger til grunn samme DRG 403-andel hos Sykehuset i Vestfold som hos de øvrige, noe som betyr at antall DRG 403-opphold nedjusteres fra 14 til 2,44. Dersom primærtumor (C34) i stedet ble kodet

som hovedtilstand, ville oppholdene blitt gruppert til DRG 82, som gir 1,531 basispoeng. Det betyr at 11,56 opphold avkortes hver med 0,718 poeng. Dette er oppsummert i tabell 7.8. Ideelt burde det vært en kolonne for primærtumor, men av hensyn til anonymisering, er den erstattet av en kolonne for den alternative DRG-en oppholdet ville blitt gruppert til om primærtumor var hovedtilstand. Alle pasientene hadde bosted i Sør-Øst, og hele avregningen på 543 938 går til Helse Sør-Øst RHF.

Tabell 7.8. Grunnlag for avregning fra Sykehuset i Vestfold: Alternativ DRG oppholdet i DRG 403 ville blitt gruppert til, dersom primærtumor i stedet for metastaser ble kodet som hovedtilstand.

Hastegrad	Alternativ DRG		Opphold i DRG 403		Avregning	
	DRG	Basis-vekt	Faktiske	Forventet	Diff. poeng	Beløp i kr.
Akutt	64	2,765	0	0,205	0,106	2 211
	82	1,531	14	2,442	8,299	173 437
	172	1,667	13	1,812	6,511	136 079
	203	1,426	0	0,031	-0,025	-529
	272	2,123	4	1,973	0,255	5 337
	274	1,679	5	0,536	2,544	5 3174
	318	1,526	5	1,082	2,833	59 200
	346	1,517	4	0,825	2,324	48 566
	366	1,517	0	0,264	-0,194	-4 046
	414	1,151	1	0,247	0,827	17 289
Planlagt	82	1,531	0	0,135	-0,097	-2 028
	172	1,667	1	0,221	0,453	9 470
	239	1,579	0	0,200	-0,134	-2 800
	272	2,123	0	0,126	-0,016	-333
	274	1,679	1	0,009	0,565	11 803
	318	1,526	3	0,348	1,917	40 068
	346	1,517	0	0,117	-0,085	-1 785
	366	1,517	0	0,077	-0,056	-1 177
SUM			51	10,652	26,027	543 938

Vestre Viken har erkjent at 24 opphold i DRG 403 hos Bærum sykehus er feilkodet med C77 som hovedtilstand. Utvalget hadde imidlertid ikke informasjon om nøyaktig hvilke opphold som skulle avregnes til hvilken DRG. Det ble derfor utarbeidet en avregning delvis under samme premiss som hos Sykehuset i Vestfold. 23 opphold i DRG 403 med C77 som hovedtilstand og en primærtumorkode ble identifisert. Gjennomsnittlig vekt for oppholdene dersom primærtumor i stedet var hovedtilstand ble funnet å være 1,693 poeng. Dette ble lagt til grunn å være representativt for de 24 feilkodede oppholdene, og ga en total avregning på 279 010 kr. Alle pasientene sognet til Helse Sør-Øst RHF.

Tabell 7.9. Grunnlag for avregning fra Vestre Viken. Opphold i DRG 403 feilkodet med C77 som hovedtilstand, basert på 23 representative opphold.

Primærtumor	Antall opphold	Ny DRG	Ny vekt
C34	5	82	1,531

C15, C20	5	172	1,667
Cxx	1	203	1,667
C43	4	272	2,123
C50	4	274	1,679
C61	4	346	1,517
Vektet gjennomsnitt			1,693
Avregning = $24 * (2,249 - 1,692739) * 52\,248 \text{ kr} * 0.4 = 279\,010 \text{ kr}$			

7.6 Saksnr. 25/3267 DRG TD70A(B) – Nevropsykologisk undersøkelse

Vestre Viken og Helse Fonna har i strid med retningslinjene brukt prosedyrekoden for fullstendige nevropsykologiske utredninger, IAAK00, flere ganger per utredning. Kodeveilederen for 2025 presiserer at «koder for utredninger kun skal registreres én gang per utredning, når denne er ferdig».

Utvalgets forslag til avregning innebærer at IAAK00-prosedyren strykes for alle opphold i en utredning, bortsett fra det siste. Som regel vil det medføre at kun den siste IAAK00-prosedyren hos pasienten blir stående, men unntaksvis vil pasienter gjennomgå flere fullstendige nevropsykologiske undersøkelser i et år. For å hensynta dette, regnes en utredning som ny, dersom det har gått minst 90 dager siden forrige opphold ved nevropsykologisk seksjon/avdeling. Når en IAAK00-prosedyre strykes, legges det til grunn at den kan erstattes med IEAA20-prosedyren når et opphold er minst 75 minutter. Det vil medføre at oppholdet grupperes til DRG TD71A(B), som har lik vekt som DRG TD70A(B). Dette vurderes å være i tråd med IEAA20-prosedyren sin hensikt, som i henhold til ISF-regelverket for 2024 «er å finansiere mer omfattende testing i løpet av en dag, relatert til mer omfattende ressursbruk».

Avregningsmetoden medfører 28,5 færre DRG-poeng for Vestre Viken, og 35,1 færre poeng hos Helse Fonna – slik illustrert i tabell 7.9. Vestre Viken sitt nevropsykologiske områdeteam er et tilbud rettet mot voksne, og 181/182 avregnede opphold er derfor for DRG TD70A. Helse Fonna sin nevropsykologiske poliklinikk er derimot et tilbud både for barn og voksne, og derfor avregnes også 51 TD70B-opphold. Avregning etter bostedregion er presentert i tabell 7.11. Helse Sør-Øst RHF avregnes 104 105 kr og Helse Vest RHF 129 037 kr.

Tabell 7.10: Grunnlag for avregning fordelt på helseforetak. Avregning = Utbetalte poeng – Korrigerte poeng * 3 675 kr.

Foretak	Antall opphold	Faktisk utbetalt			Korrigert utbetaling			Avregning	
		DRG	Basis-vekt	Sum poeng	DRG	Basis-vekt	Sum poeng	Diff. poeng	Beløp i kr.
Vestre Viken	181	TD70A	0,319	57,739	Pol. kons.	0,163	29,503	28,236	103 767
	1	TD70B	0,522	0,522	Pol. kons.	0,274	0,274	0,248	911
Helse Fonna	144	TD70A	0,319	45,936	Pol. kons.	0,163	23,472	22,464	82 555
	51	TD70B	0,522	26,622	Pol. kons.	0,274	13,974	12,648	46 481

SUM	377		1,682	130,819			67,223	63,596	233 715
------------	-----	--	-------	---------	--	--	--------	--------	------------

Tabell 7.11. Avregning fordelt på pasientens bostedsregion.

Foretak	Antall opphold	Faktisk utbetalt			Korrigert utbetaling			Avregning	
		DRG	Basis-vekt	Sum poeng	DRG	Basis-vekt	Sum poeng	Diff. poeng	Beløp i kr.
Helse Sør-Øst RHF	180	TD70A	0,319	57,42	Pol. kons.	0,163	29,34	28,08	103 194
	1	TD70B	0,522	0,522	Pol. kons.	0,274	0,274	0,248	911
Helse Vest RHF	145	TD70A	0,319	46,255	Pol. kons.	0,163	23,635	22,62	83 129
	51	TD70B	0,522	26,622	Pol. kons.	0,274	13,974	12,648	46 481
SUM	377		1,682	130,819			67,223	63,596	233 715

7.7 Saksnr. 25/3268 DRG TD72B – Observasjonstiltak i skole og barnehage

Ahus, OUS og Finnmarkssykehuset ble i denne saken besluttet avregnet, som følge av motstridende koding ved bruk av OADC00-prosedyren: «Observasjon av pasientens funksjonsevne i sitt nærmiljø (hjem, barnehage, skole) og/eller miljøfaktorer». Prosedyren er forbeholdt observasjoner utenfor institusjon, men foretakene har likevel kodet mange av oppholdene i TD72B som utført «På egen helseinstitusjon».

Utvalgets forslag til avregningsmetode er at OADC00-prosedyren strykes, og erstattes med IEAA20-prosedyren når oppholdet er minst 75 minutter. Da går oppholdet til DRG TD71B, som har lik vekt som TD72B. Denne metoden ble først utarbeidet for Ahus med utgangspunkt i svar fra poliklinikkene. BUP Nordre Follo skrev at aktiviteten i egne lokaler i DRG TD72B, i stedet burde vært i DRG TD71B. Hos Øvre Romerike gjaldt mange av de feilkodede oppholdene autismedutredninger ved semistrukturerte diagnostiske intervjuer (3Di), hvor også IEAA20-prosedyren ble vurdert som riktig prosedyre gitt tilstrekkelig tidsbruk. Denne tilnærmingen ble besluttet å være rimelig også for OUS og Finnmarkssykehuset. De fleste oppholdene hos OUS var under 75 minutter, men dette sikret lik behandling som Ahus. Finnmarkssykehuset sin forklaring var at prosedyren er brukt riktig, og at aktivitetsstedet er feilregistrert. Ettersom de fleste av oppholdene deres er minst 75 minutter, innebærer forslaget lik ISF-refusjon for det meste av aktiviteten.

Avregningsmetoden medførte tre scenarier for avregning:

1. Er oppholdet under 75 minutter, grupperes det til en ordinær poliklinisk konsultasjon, som har lavere vekt enn DRG TD72B.
2. DRG TD72B er unntatt aggregering, og når OADC00-prosedyren utgår, medfører det at opphold strykes når pasienten har flere tellende ISF-opphold samme dag. Hvis pasienten for eksempel har et TD71B- og TD72B-opphold samme dag, er det i tabellen kategorisert som et tilfelle hvor TD72B strykes.

3. Hvis pasienten er registrert med en ordinær poliklinisk konsultasjon og et TD72B-opphold samme dag, strykes den ordinære polikliniske konsultasjonen, hvis samlet varighet på oppholdet etter aggregering er minst 75 minutter.

Tabell 7.11 viser beregningen på foretaksnivå, og tabell 7.13 avregningen på bostedsregion. Med få unntak ble pasientene behandlet på et foretak i sin egen bostedsregion. Total avregning for Helse Sør-Øst RHF er på 480 646 kr, for Helse Nord RHF på 10 408 kr og 1 918 kr for Helse Vest RHF.

Tabell 7.12: Grunnlag for avregning fordelt på helseforetak. Avregning = Utbetalte poeng – Korrigerte poeng * 3 675 kr.

	Foretak	Antall opphold	Faktisk utbetalt		Korrigert utbetaling		Avregning	
			Basis-vekt	Sum poeng	Basis-vekt	Sum poeng	Diff. poeng	Beløp i kr.
1) TD72B-opphold gjøres til poliklinisk konsultasjon	Ahus	81	0,522	42,282	0,274	22,194	20,088	73 823
	OUS	251	0,522	131,022	0,274	68,774	62,248	228 761
	Finnmarkssykehuset	7	0,522	3,654	0,274	1,918	1,736	6 380
2) TD72B-opphold strykes	Ahus	65	0,522	33,93	0	0	33,93	124 693
	OUS	1	0,522	0,522	0	0	0,522	1 918
3) Poliklinisk konsultasjon strykes	Ahus	45	0,274	12,33	0	0	12,33	45 313
	OUS	8	0,274	2,192	0	0	2,192	8 056
	Finnmarkssykehuset	4	0,274	1,096	0	0	1,096	4 028
	SUM	462		227,028			134,142	492 972

Tabell 7.13. Avregning fordelt på pasientens bostedsregion.

	Bostedsregion	Antall opphold	Faktisk utbetalt		Korrigert utbetaling		Avregning	
			Basis-vekt	Sum poeng	Basis-vekt	Sum poeng	Diff. poeng	Beløp i kr.
1) TD72B-opphold gjøres til poliklinisk konsultasjon	Helse Sør-Øst RHF	332	0,522	173,304	0,274	90,968	82,336	302 585
	Helse Nord RHF	7	0,522	3,654	0,274	1,918	1,736	6 380
2) TD72B-opphold	Helse Sør-Øst RHF	65	0,522	33,93	0	0	33,93	124 693

strykes	Helse Vest RHF	1	0,522	0,522	0	0	0,522	1 918
3) Poliklinisk konsultasjon strykes	Helse Sør-Øst RHF	53	0,274	14,522	0	0	14,522	53 368
	Helse Nord RHF	4	0,274	1,096	0	0	1,096	4 028
4) Totalt	Helse Sør-Øst RHF	450		221,756		90,968	130,788	480 646
	Helse Vest RHF	1		0,522		0	0,522	1 918
	Helse Nord RHF	11		4,75		1,918	2,832	10 408

7.8 Saksnr. 24/10226 DRG 462B Rehabilitering, enkel.

Avregningen tar utgangspunkt i at opphold kodet med Parkinsons og MS ikke er aktivitet som skal inngå i enkel rehabilitering. Oppholdene gis refusjon lik DRG 462C *Rehabilitering, annen*.

Tabell 7.14: Grunnlag for avregning fordelt på helseforetak.

Helseforetak	Antall opphold	Faktisk utbetalt		Korrigert utbetaling		Avregning	
		Basisvekt	Sum poeng	Basisvekt	Sum poeng	Diff. poeng	Beløp i kr
Helse Møre og Romsdal	130	0,12	70,3	0,42	54,6	-15,7	-328 117
SUM	130	0,12	70,3	0,42	54,6	-15,7	-328 117

Tabell 7.15: Avregning fordelt på bostedsregion

Pasientens bostedsregion	Antall opphold	Faktisk utbetalt		Korrigert utbetaling		Avregning	
		Basisvekt	Sum poeng	Basisvekt	Sum poeng	Diff. poeng	Beløp i kr
Helse Midt-Norge	130	0,12	70,3	0,42	54,6	-15,7	328 117
SUM	130	0,12	70,3	0,42	54,6	-15,7	328 117

7.9 Saksnr. 23/7563 Injeksjon av Botox i urinblære.

Avregningen i denne saken tar utgangspunkt i påvist feilkoding ved injeksjon av Botox i urinblære. Feilkodingen er bruk og kombinasjon av prosedyrekodene KCW98 *Annen transluminal endoskopisk operasjon på urinblære*

+ ACGX90 Lokal injeksjon av nevrotoksisk substans og/eller M03AX01 i DRG 716O *Terapeutisk endoskopi av urinveiene*. Disse oppholdene gis refusjon lik DRG 718O *Endoskopi av nedre urinveier*.

Tabell 7.16: Grunnlag for avregning fordelt på helseforetak.

Helseforetak	Antall opphold	Faktisk utbetalt		Korrigert utbetaling		Avregning	
		Basisvekt	Sum poeng	Basisvekt	Sum poeng	Diff. poeng	Beløp i kr
Vestre Viken HF	23	0,323	7,429	0,042	0,966	-6,463	135 072
Nordlandssykehuset HF	11	0,323	3,553	0,042	0,462	-3,091	64 599
SUM	34	0,323	10,982	0,042	1,428	-9,554	199 671

Tabell 7.17: Avregning fordelt på bostedsregion.

Pasientens bostedsregion	Antall opphold	Faktisk utbetalt		Korrigert utbetaling		Avregning	
		Basisvekt	Sum poeng	Basisvekt	Sum poeng	Diff. Poeng	Beløp i kr
Helse Nord	11	0,323	3,553	0,042	0,462	-3,091	64 599
Helse Sør-Øst	23	0,323	7,429	0,042	0,966	-6,463	135 072
SUM	34	0,323	10,982	0,042	1,428	-9,554	199 671

7.10 Saksnr. 18/1820 Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35.

Avregningen tar utgangspunkt i at det avregnes på opphold i DRG 268O i henhold til sin prosentvise overskridelse av landsgjennomsnittet. Dette landsgjennomsnittet er beregnet på grunnlag av forholdet mellom DRG 266 + DRG 268O og DRG 809J (DRG 266 + DRG 268O/ DRG 266 + DRG 268O + DRG 809J).

Videre er utvalget selektert på opphold med gitte ICD-10-koder og prosedyrekoder:

C43-44 *Malignt melanom og andre ondartede svulster i hud*

D03 *Melanoma in situ (preinvasivt melanom)*

D04 *Carcinoma in situ (preinvasivt karsinom) i hud*

Q*E10 *Eksisjon av hudlesjon*

Q*E30 *Eksisjon av kirurgisk arr*

Q*E35 *Rekonstruksjon ved huddefekt*

Opphold med prosedyrekode Q*G31 - forsinket hudlukning etter utført kirurgisk prosedyre – er tatt ut av grunnlaget for avregning. Opphold med tilleggsprosedyrekoder ZZ *Transplantater, lapper og vevseksplantere* er ekskludert fra snittberegningen.

Det trekkes en prosentvis reduksjon bestemt av avvik over landsgjennomsnittet.

Tabell 7.18: Grunnlag for avregning fordelt på helseforetak.

Helseforetak	Opphold DRG 268O	Sum poeng	Reduksjon i %	Reduksjon poeng	Diff. poeng	Beløp i kr
St. Olavs Hospital HF	239	73,851	15,00 %	11,07765	-11,08	231 514
Vestre Viken HF	518	160,062	22,00 %	35,21364	-35,21	735 937
Akershus universitetssykehus HF	107	33,063	29 %	9,58827	-9,59	200 387
Helse Bergen HF	108	33,372	48 %	16,01856	-16,02	334 775
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	141	43,569	12 %	5,22828	-5,23	109 267
Oslo universitetssykehus HF	554	171,186	30 %	51,36	-51,36	1 073 295
Volvat Stokkan	66	20,394	20 %	4,0788	-4,08	85 244
SUM	1733	535,497	-	132,56	-132,56	2 770 419

Tabell 7.19: Avregning fordelt på bostedsregion.

Pasientens bostedsregion	Opphold DRG 268O	Sum poeng	Andel av opprinnelige poeng	Beløp i kr
Helse Vest	112	34,608	6,46 %	179 046
Helse Midt-Norge	295	91,155	17,02 %	471 595
Helse Nord	144	44,496	8,31 %	230 202
Helse Sør-Øst	1182	365,238	68,21 %	1 889 576
SUM	1733	535,497	100,00 %	2 770 419

Vedlegg

Oversikt over saker hvor Avregningsutvalget har anbefalt avregning av Innsatsstyrt 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.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
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 Søvnapné.	Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)
	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.	Nervesystemet (Kapittel A)
	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.	Nervesystemet (Kapittel A)
	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	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
	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	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
2003	Sak 9/04 - Bruk av J22 Uspesifisert akutt infeksjon i nedre luftveier	Diagnosen J22 bør ikke benyttes for pasienter som har lungebetennelse (pneumoni J13-J18) som hovedtilstand.	Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)
2004	Sak 02/05 - Økning i DRG 380 Abort uten kirurgiske inngrep og tilstander etter abort	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.	Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)
	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 Søvnapné.	Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)
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.	Hud (Kapittel Q)
	Sak 11/06 - DRG 346 Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer m/bk	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.	Svulster (C00-D48); Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
		Gjelder følgende hoveddiagnosekoder: • Z00.6 Undersøkelse av kontrollperson i klinisk forskningsprogram: forskningsfinansierte opphold ble ikke merket i institusjonens pasientadministrative system	

	Sak 13/06 - Fordeling av opphold i DRG 467 Påvirkninger i helsetilstanden ITAD	• 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.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
2006	Sak 07/2438 - DRG 297 Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk	Hoveddiagnose E66.8 Annen spesifisert fedme, ingen bidiagnoser. Behandlingen var et gruppetilbud som ikke skal finansieres gjennom ISF.	Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)
	Sak 07/2440 - DRG 172 Ondartede sykdommer i fordøyelsesorganene	Stor vekst og volum i institusjon i Helse Vest. Seriebehandling. Sammenheng med sak 11/06.	Svulster (C00-D48)
	Sak 07/2819 - Journalgjennomgang DRG 462B Rehabilitering, vanlig	Journaldokumentasjonen var ikke i samsvar med kravene i ISF-regelverket for bruk av hoveddiagnosekode Z50.89.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
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.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
	Sak 08/4416 - DRG 243 Ryggglidelser, traumatiske tilstander & symptomer i ryggen	Stor vekst i dagopphold i DRG 243. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev (M50-M54)
	Sak 08/4418 - DRG 271 Kroniske sår i huden	Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Sykdommer i hud og underhud (L00-L99)
	Sak 08/4419 - DRG 179 Inflammatoriske tarmsykdommer	Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Sykdommer i fordøyelsessystemet (K00-K93)
		Oppfølging av sak 07/4920 Registrering og koding av laserbehandling behandlet i	

	Sak 08/6252 - Registrering og koding av laserbehandling	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.	Hud (Kapittel Q)
2008	Sak 09/3129 - DRG 13 Multippel sklerose & cerebellar ataksi	Stor vekst i dagopphold i DRG 13. Med unntak av første dag i en behandlingsserie burde oppholdene vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Sykdommer i nervesystemet (G00-G99)
	Sak 09/3130 – DRG 73 Sykdommer i øre, nese, hals ITAD > 17 år	Stor vekst og volum i DRG 73. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Sykdommer i øre og ørebensknute (H60-H95); Svulster (C00-D48)
	Sak 09/3759 – DRG 347 Ondartet svulst i mannlige kjønnsorganer u/bk	Vekst i antall dagopphold i DRG 347. Oppholdene burde vært registrert som polikliniske konsultasjoner.	Svulster (C00-D48)
	Sak 09/3931 – DRG 465 Etterbehandling med ondartet sykdom som bidiagnose	Stort volum i DRG 465.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
2009	Sak 10/4474 - DRG 475 Sykdommer i åndedrettssystemet med ventilasjonsstøtte	Koding av KOLS.	Sykdommer i ånde-drettssystemet (J00-J99) Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, etc (Kapittel G)
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.	Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker (S00-T98)
	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.	Kvinnelige genitalia (Kapittel L)

	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.	Tilleggs-koder til alle øvrige kapitler (Kapittel Z)
	11/2832 - DRG 268O Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi	Feilaktig koding av lys- og laserbehandling av hud som kirurgiske operasjoner.	Hud (Kapittel Q)
	11/3420 - DRG 814S Medikamentell svangerskapsavbrytelse	Feil bruk av NCMP-koden MAGM00 Medikamentell svangerskapsavbrytelse. Koden var brukt flere ganger per abort.	Fødselshjelp og prosedyrer under svangerskap (Kapittel M)
	11/3421 - DRG 477O Uvanlige kombinasjoner av tilstands- og prosedyrekoder	Feil bruk av prosedyrekoden ACW99 Annen operasjon på perifer nerve.	Nervesystemet (Kapittel A)
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.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
	12/3204 - DRG 266O Hudtransplantasjoner og/eller revisjoner, dagkirurgi	Feil bruk av prosedyrekode ZZR 00 Hudlapp.	Tilleggs-koder (Kapittel Z)
	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.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99); Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)
	12/4791 - Dagopphold i DRG 462B – Rehabilitering, vanlig	Uheldig kodepraksis for bruk av Z50.89 Vanlig rehabilitering ved dagopphold.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
	12/5616 - Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed	Koding av korte døgnopphold i rehabilitering som ble vurdert å være gruppebasert opplæring.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
		Registrering av for mange polikliniske konsultasjoner	

	12/5893 Flere registrerte episoder samme dag	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 Annen operasjon på gingiva eller processus alveolaris.	Tenner, kjeve, munn og pharynx (Kapittel E)
	13/3833 Opphold i DRG DD02 og koding av øyekirugi som innleggelser	Feil valg av omsorgsnivå for øyekirugi.	Sykdommer i øyet og øyets omgivelser (H00-H59); Øyet og øyeregionen (Kapittel C)
	13/3902 DRG 459O Mindre omfattende forbrenninger med revisjon/annen op, dagkirurgisk behandling	Feil bruk av prosedyrekode QCD10 Revisjon av brannskade på overekstremitet.	Hud (Kapittel Q)
	13/3904 DRG 461O Operasjoner på pasienter m/diagnose i HDG 23, dagkirurgisk behandling	Feil bruk av prosedyrekode ACW99 Annen operasjon på perifer nerve.	Nervesystemet (Kapittel A)
	13/3905 DRG 482 og 483 Tracheostomi	Gjentagende bruk av GBB00 Tracheostomi og GBB03 Perkutan tracheostomi for samme pasient.	Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, bronkier, lunger og mediastinum (Kapittel G)
	13/4163 DRG 462O Poliklinisk rehabilitering	Uheldig bruk av koden Z50.9 Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstilak.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
	13/4395 – Polikliniske konsultasjoner registrert med hovedtilstandskode Z50.89	Uheldig kodepraksis for bruk av Z50.89 Vanlig rehabilitering ved dagopphold.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
	13/4901 – DRG 266O Hudtranspl og/eller revisjoner, ekskl sår/cellulitt, dagkirurgisk behandling	Feil bruk av prosedyrekode ZZR00 Hudlapp.	Tilleggs-koder (Kapittel Z)
	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.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
	13/5150 - DRG 268O Plastisk operasjon på hud & underhud, dagkirurgi	Feilaktig koding av lys- og laserbehandling av hud som kirurgiske operasjoner.	Hud (Kapittel Q)

	13/8909 - Kodepraksis ved SiV Klinikk FysMed	Koding av korte døgnopphold i rehabilitering som ble vurdert å være gruppebasert opplæring.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
	13/999 – Vekst i bruk av kode Z75.1	Sykehusopphold som inkluderer avdelingsopphold med Z75.1 Person som venter på omsorg/passende tilbud annet sted som hovedtilstandskode.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)
	13/6805 – Valg av omsorgsnivå for dagopphold - ulik praksis mellom HF	Feil valg av omsorgsnivå for dagopphold med samme tilstandskode.	
2013	14/4230 – DRG 390 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem	Feil bruk av tilstandskoder i kategori P92 Problemer med næringsinntak hos nyfødt.	Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (P00-P96)
	14/4275 - DRG 87 Respirasjonssvikt og lungeødem ekskl ved hjertesvikt	Feil bruk av tilstandskode J96 Respirasjonssvikt.	Sykdommer i åndedrettssystemet (J00-J99)
	14/4293 - DRG 323/323O Stein i urinveiene m/bk og/eller ESWL-behandling	Feil valg av omsorgsnivå for opphold i DRG 323 registrert med prosedyrekodene KAT00 Ekstrakorporal sjokkbølgelitotripsi i nyrebekken ESWL og KBT00 Ekstrakorporal sjokkbølgelitotripsi i ureter.	Urinorganer, mannlige genitalia og retroperitonealrommet (Kapittel K)
	14/4779 - Andel opphold i medisinske par-DRG hvor E86 Væsketap er kodet som annen tilstand	Feil bruk av tilstandskode E86 Væsketap.	Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)
2014	15/1634 – Kodepraksis for korte opphold i DRG 242C Spesifikke inflammatoriske ledd- og rygg sykdommer u/bk	Feil valg av omsorgsnivå. Hoveddelen av revmatologiske pasienter behandles nå poliklinisk, mens noen private ideelle institusjoner ennå ikke har lagt om praksis.	Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev (M00-M99)
	15/1793 – Kodepraksis for nyfødte – andel opphold i DRG 390 Nyfødt, fødselsvekt minst 2500 g, med annet signifikant problem.	Feil bruk av tilstandskoder P83.1 Erythema toxicum neonatorum og P03.4 Foster og nyfødt påvirket av forløsning ved keisersnitt. 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	Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (P00-P96)

		betydning for øvrig behandling.	
	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.	Sykdommer i nervesystemet (G00-G99); Nervesystemet (Kapittel A)
	15/1821 – Kodepraksis ved fødsel – Vekst i antall opphold i DRG 376 Sykdommer etter forløsning og abort uten operasjon	Mangelfull registrering av prosedyrekode TMA20 Manuell fødselshjelp ved normal fødsel.	Mindre kirurgiske inngrep (Kapittel T)
	15/1923 – Kodepraksis for opphold i DRG 475O Sykdommer i åndedretsorganer med ventilasjonsstøtte, dagmedisinsk behandling	Feil bruk av prosedyrekode GXAV20 Behandling med bifasisk positivt luftveistrykk. For mange konsultasjoner var registrert med prosedyrekoden.	Brystvegg, pleura, diafragma, trachea, bronkier, lunge og mediastinum (Kapittel G)
	15/1932 – Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 Vaginal fødsel – diagnoser med kompliserende egenskap	Feil bruk av tilstandskoder O72.0 Blødning i tredje stadium og O71.4 Obstetrisk høy vaginalrift.	Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)
	15/1938 – Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år	Feil bruk av hovedtilstandskode fra A40 Streptokokksepsis og A41 Annen sepsis. 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.	Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer (A00-B99)
	15/1993 – Bruk av hovedtilstandskode Z03.3 Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet	Feil bruk av hovedtilstandskode Z03.3 Observasjon ved mistanke om forstyrrelser i nervesystemet. Z-koder skal kun brukes unntaksvis som hovedtilstandskode. Hvis det foreligger symptomer kan man velge en hovedtilstandskode fra kap. XVIII Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted (R00-R99).	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99)

	15/4628 – Kodepraksis for opphold i DRG 826O Poliklinisk rehabilitering og annen tilstand E66 Fedme	Opphold i DRG 826O Poliklinisk rehabilitering registrert med annen tilstand E66 Fedme ble vurdert til å være behandling av fedme og ikke rehabilitering.	Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten (Z00-Z99); Endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser (E00-E90)
	15/6313 – Bruk av prosedyrekode AAG60 Stereotaktisk intrakraniell radioterapi	Feil bruk av prosedyrekode AAG50 Stereotaktisk intrakraniell radioterapi.	Nervesystemet (Kapittel A)
2015	16/12822 – Pasienter med episoder ved ulike sykehus som overlapper i tid	Feilregistrering. Døgnoophold registrert samtidig ved to rapporterende enheter	Sykdommer i muskel skjelettsystemet og bindevev (M00-M99)
	16/8216 – Vurdering av kodepraksis ved «kodepar» med ulik grupperingsegenskap	Ulik praksis i bruk av prosedyrekoder som inneholder par (eller tripletter) av lignende koder der minst én kode i hvert par grupperer til en kirurgisk DRG	Prosedyrekode i «kodepar» med ulike grupperingsegenskaper
	16/7664 – Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 461O Operasjoner på pasienter i HDG 23, dagkirurgisk behandling	Feil bruk av Z48.0 Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av operasjonsbandasjer/suturer.	Kontakt med helsetjenesten for ettersyn av operasjonsbandasjer/suturer (Z48.0)
	16/7356 – Vurdering av kodepraksis for opphold i DRG 297 Ernærings- og stoffskiftesykdommer ITAD > 17 år u/bk	Feil bruk av hovedtilstand E66 Fedme og annen tilstand G47.3 Søvnapné	Fedme (E66) Søvnapné (G47.3)
	16/3873 – Oppfølging av sak 15/1938 Kodepraksis for opphold gruppert til DRG 416N Sepsis ved sykdommer i HDG 18 > 17 år	Feil bruk av hovedtilstandskode fra A40 Streptokokksepsis og A41 Annen sepsis. 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.	Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer (A00-B99)
	16/3870 Kodepraksis for opphold i DRG 372/373 Vaginal fødsel – diagnoser med kompliserende egenskap	Ulik bruk av tilstandskodene O72.0 Blødning i tredje stadium O71.4 Obstetrisk høy vaginalrift O72.1 Annen umiddelbar blødning etter fødsel	Svangerskap, fødsel og barseltid (O00-O99)
		Ulik bruk av tilstandskodene R01.1 Bilyd og andre	

	16/3860 – Kodepraksis for nyfødte – ulik bruk av tilstandskoder	hjertelyder – Uspesifisert bilyd, Q65 Medfødte deformiteter i hofte (coxa), P59.8 Gulsott hos nyfødt som følge av andre spesifiserte årsaker, P05.0 Lett i forhold til svangerskapslengde, P05.1 Liten i forhold til svangerskapslengde.	Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden (P00-P96)
2017	17/11400 – Kodepraksis for opphold i DRG 462A Kompleks rehabilitering	Ulik bruk av tilstandskoder fra kapittel M60-M79 Bløddevssykdommer for rehabilitering	Bløddevssykdommer (M60-M79)
	17/5982 – Kodepraksis for opphold i DRG 93O Poliklinisk konsultasjon vedr. symptomer i bryst	Feilregistrering av radiologiske undersøkelser.	Andre tilstander i bryst (mamma) (N60 – N64)
	17/5578 – Bruk av tilstandskode R52.2 Annen kronisk smerte	Ulik bruk av hovedtilstand R52.2 Annen kronisk smerte i kombinasjon med prosedyrekode WDAL15 Akupunktur.	Generelle symptomer og tegn (R50-R69)
	17/5577 – Valg av hovedtilstand for undersøkelser av gravide	Ulik bruk av hovedtilstandene Z36.3 Prenatal diagnostikk med henblikk på misdannelser ved hjelp av ultralyd og andre fysiske undersøkelsesmetoder og Z36.4 Prenatal diagnostikk med henblikk på veksthemming hos foster ved hjelp av ultralyd og andre fysiske undersøkelsesmetoder.	Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med reproduksjonsspørsmål (Z30-Z39)
	17/5575 – Bruk av Z-koder som hovedtilstand ved sirkulasjonssykdommer	Ulik bruk av Z95 Status med implantater og transplantater i hjerte og blodkar.	Opplysninger om potensiell helserisiko i familiens og egen sykehistorie, og opplysninger om visse forhold som har betydning for helsetilstanden (Z80-Z99)
	17/5573 – Bruk av hovedtilstandskode J96 Respirasjonssvikt, ikke klassifisert annet sted	Feilregistrering av J96 Respirasjonssvikt & lungeødem ekskl ved hjertesvikt som hovedtilstand.	Andre sykdommer i åndedrettssystemet (J95-J99)
2018	18/1820 – Bruk av prosedyrekodene Q*E30 og Q*E35	Feil bruk av prosedyrekoder Q*E30 og Q*E35.	Proseddyrekoder Q*E30, Q*E35

	18/1819 – Kodepraksis ved behandling av hemoroider	Relevans av bruk av JGA60 Sutur av rectum ved behandling av hemoroider.	Prosedyrekode
	18/11463 – Kodepraksis ved HIFU behandling av prostatakreft	Bruk av prosedyrekode KED80 Perkutan kryokirurgi på prostata.	Prosedyrekode
2019	19/27629 – Behandling av pasienter med fedme i DRG 297	Feil valg av omsorgsnivå for korte opphold for pasienter med E66 Fedme	Fedme (ICD-10-kode E66)
	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	Ulike perkutane hjerteprosedyrer
	19/2886 – Kodepraksis ved behandling av sykdom i nyre og urinveier	Feil valg av hovedtilstandskode og omsorgsnivå for pasienter som får fjernet blærekateter	Ettersyn av anen kunstig åpning for urinvei (ICD-10-kode Z43.6 og Urinretensjon (ICD-10-kode R33)
2020	20/3956 – DRG 27 Alvorlig traumatisk hjerneskade	Feil valg av hovedtilstand for pasienter med hjernerystelse og sår i hodebunn	Hjernerystelse med åpen intrakraniell skade (ICD-10-kode S06.01)
	20/4286 DRG 217 Sårrev og hudtranspl ekskl hånd pga traume/sykd i HDG 8	Feil valg av hovedtilstander og prosedyrekode	Flere tilstandskoder og prosedyrekode
	20/3958 – DRG442 Operasjoner etter skade ITAD m/bk	Bruk av komplikasjonskoder og følgetilstandskoder	Flere tilstandskoder og prosedyrekode
2021	21/4750 – DRG 34 Sykdommer i nervesystemet ITAD m/bk	Feil valg av hovedtilstander og prosedyrekode	Flere tilstandskoder og prosedyrekode
	21/4753 - Bruk av Z03-koder	Feil valg av hovedtilstand ved testing for covid-19 for ansatte og pasienter	Medisinsk observasjon og vurdering der mistanke om sykdommer og tilstander blir avkreftet (ICD-10, kap Z03)
2023	23/7563 – Injeksjon av Botox	Feil bruk og kombineringsprosedyrekode, feil tolkning av kode	KCW98 i kombinasjon med ACGX90 og/eller M03Ax01
2024	24/10237 – DRG 2700 Op på hud og underhud ITAD, dagkirurgisk behandling	Feil bruk av prosedyrekode EKB00 ved hovedtilstand D23.3	Prosedyrekode EKB00 og ICD-10-kode D23.3
	24/10230 – Nevropsykologisk undersøkelse	Flere opphold registrert med førerkortvurdering, inngår ikke i ISF	ICD-10-kode Z02.4, prosedyrekode WMAC00
	24/10226 – DRG 462B Rehabilitering, enkel	Flere opphold registrert med Parkinson og MS, opphold som ikke inngår i enkel rehabilitering	ICD-10-kode G20 og G35
2025		Feil bruk/rapportering av hovedtilstandskode M54.16 – Radikulopati i	ICD-10 kode M54.16

25/3262 – DRG 4 Op. på kolumna/spinalkanal/ryggmarg/nerverøtter	lumbalregionen, som feilaktig ledet inn i DRG 4.	
25/3263 – DRG 193 Op. på galleveier forutenolecystektomi m/bk.	Feil bruk av prosedyrekode JKE00 (transduodenal papillotomi). Prosedyrekode JKE00 brukes av åpen kirurgi. Inngrepene var utørt ved endoskopi, og da skal prosedyrekode JKE02 (transduodenal endoskopisk incisjon av gallegangsostium) som leder inn i DRG 193 benyttes.	Prosedyrekode NCSP JKE00
25/3265 – DRG 265 Hudtranspl. og/eller revisjon, ekskl. sår/cellulitt m/bk.	Avvikende behandlingspraksis ved høyere grad av innleggelser, når DRG-ene 265/266 og 266O sees sammen.	ICD-10 hovedgruppe C43 og C44 – Malignt melanom og ondartede svulster i hud. 25
25/3266 – DRG 403/404 – Lymfom og ikke-akutt leukemi	Feil bruk av ICD-10 kode C77 (lymfeknutemetastaser) som hovedtilstand. Når helsehjelpen rettes mot behandling av både primærtumor og metastaser skal primærtumor være hovedtilstand.	ICD-10 hovedtilstandskode C77
25/3267 – DRG TD 70A – Nevropsykologisk undersøkelse	Prosedyrekoden IAAK00 – fullstendig nevropsykologisk undersøkelse – skal kodes kun en gang per utredning (når den er ferdig). Foretak som har benyttet denne koden flere ganger per utredning avregnes. Når et opphold ikke er det siste i en nevropsykologisk utredning, bør det i stedet kodes med IAAJ00 og/eller IEAA20.	Prosedyrekodene IAAK00, IAAJ00, IEAA20
25/3268 – DRG TD 72B – Observasjonstiltak i skole og barnehage	Bruk av prosedyrekoden OADC00 – observasjon av barn utenfor institusjon – samtidig som sted for observasjon er angitt som "på egen helseinstitusjon".	Prosedyrekoden OADC00

