



UiT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Handelshøgskolen

Medisinsk koding av sykehusopphold på Oslo universitetssykehus HF, Ullevål

En undersøkelse av kvaliteten på kodingen og hvordan problemet med ukorrekt koding kan bedres

—

Lene Cecilie Mathisen

Thor Mathisen

Masteroppgave i erfaringsbasert master i strategisk ledelse og økonomi – november 2015



FORORD

Medisinsk koding av sykehusopphold utgjør grunnlaget for om lag halvparten av sykehusenes inntjening. Kodingen utgjør også et grunnlag for medisinsk statistikk og kunnskapsdata om sykehusenes drift. I tillegg kan kodematerialet ligge til grunn for fremtidsplaner og visjoner både på sentralt og på lokalt nivå.

De som står for kodingen; alle utskrivende leger, er med det blitt delegert et stort ansvar. Både leger og forskere, økonomer og politikere burde være opptatte av at den medisinske kodingen er så korrekt som mulig. Men korrekt, er nettopp hva tidligere regionale og nasjonale revisjoner har konkludert med at kodingen ikke har vært. Ved Oslo universitetssykehus HF arbeider det rundt 2300 leger. Kurs, kodetrening og veiledning er tiltak som skal sikre at alle disse behersker medisinsk kodesetting.

Da vi startet arbeidet med denne oppgaven, hadde vi til hensikt å undersøke hvor godt Ullevål sykehus hadde lyktes med tiltakene som skulle sikre god kompetanse innen medisinsk koding. Vi ville etterse sykehusopphold og finne ut om de var kodet riktig. Vi vil her få takke vår veileder Gunnar Ottesen, førstelektor ved Handelshøyskolen UiT, som i en tilbakemelding betimelig stilte spørsmålet:

Hvorfor er kodekvaliteten lav?

Vi bestemte oss derfor for å analysere våre data med tanke på å få belyst også det spørsmålet. Ville det ut fra datagrunnlaget være mulig å si noe om hvor i prosessen det hyppigst går galt? Særlig interessant er det at vi ikke kan se at tidligere undersøkelser har kartlagt dette.

Vi vil også få takke Arnt-Ole Ree, fagsjef for klinisk IKT i Helse Sør-Øst RHF, som sa seg villig til å være vår mentor. Han er en sentral person i fagmiljøet og har kommet med gode innspill og gitt oss mye dokumentasjon.

Oslo, november 2015

Lene Cecilie Mathisen

Thor Mathisen

SAMMENDRAG

Innsatsstyrt finansiering (ISF) har siden 1997 vært implementert i inntjeningsmodellen i det norske helsevesenet. Dette innebærer at hvert helseforetak får en del av sin inntjening på bakgrunn av koder helsepersonell registrerer ved avslutningen av hvert sykehusopphold. Koder om hoveddiagnose for sykehusoppholdet, samt eventuelle bidiagnoser og utførte prosedyrer ligger bak beregningen av de ressursene helseforetaket har brukt under oppholdet.

En rekke regionale og nasjonale revisjoner har vist en stabil andel feilkoding på 30 - 40 %, ved alle landets sykehus siden ISF ble innført. Rapporten “Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis”, en internrevisjon i de regionale helseforetakene i 2011, konkluderte bl.a. med: *“Det er gjennomgående ikke etablert tilstrekkelig intern styring og kontroll for å oppnå rimelig sikkerhet for korrekt koding.”* I etterkant av rapporten ble det i Helse Sør-Øst RHF foreslått å utvikle en rekke tiltak for å bedre kvaliteten på den medisinske kodingen. I OUS ble det i 2012, på ledermøte, vedtatt konkrete opplærings- og undervisningsopplegg for helsepersonell, med det mål at den medisinske kodingen skulle bli bedre.

I vår oppgave tok vi sikte på å undersøke kvaliteten på kodingen ved Ullevål sykehus, ved å gjennomgå journalene etter 72 sykehusopphold ved 3 ulike overvåkningsavsnitt, 2 uker i 2014. De opprinnelig satte kodene ble sammenliknet med koder bestemt ut fra den informasjonen teksten i journalene ga om sykehusoppholdene.

Vi ville med dette måle **kvaliteten** på kodingen. I tillegg ville vi fastslå **hvor** feilkoding oppstår, og ut i fra det vurdere **hvorfor** feilkoding finner sted.

Resultatet av undersøkelsen viste at feilkoding skjedde i samme størrelsesorden som tidligere revisjoner har vist. Av de 72 sykehusoppholdene fikk 51 endringer i en eller flere av kodegruppene: hoveddiagnose, bidiagnoser, prosedyrekoder.

Endringene førte til at 25 av sykehusoppholdene, nær 35 %, forandret DRG-gruppe, og dermed genererte en annen ISF (figur 5). Samtlige sykehusopphold, så nær som ett, fikk DRG som genererte høyere ISF. I sum betydde det at sykehuset gikk glipp av 750 483 kroner.

Blant de sykehusoppholdene hvor behandlingen fant sted i regi av én sykehusavdeling var 25 % av oppholdene kodet til feil DRG/ISF. Blant sykehusoppholdene hvor to eller flere

sykehusavdelinger hadde vært involvert i behandlingen, var nær 69 % av oppholdene kodet til feil DRG/ISF.

I oppgaven konkluderer vi med at kvaliteten på den medisinske kodingen aldri vil bli tilfredsstillende med dagens praksis, hvor utskrivende lege bestemmer sykehusoppholdets koder samtidig med utferdigelsen av epikrisen. Til det er faktorene av usikkerhet og tilfeldigheter for mange, og sykehusledelsens mulighet for kontroll og korreksjon for ressurskrevende. Kodingen bør skje etter avsluttet sykehusopphold, av et dedikert kodepersonale, som koder ut i fra journaltekst.

Nøkkelord

1. Kodekvalitet
2. Innsatsstyrt finansiering
3. Medisinsk koding
4. Pasientjournaler
5. Hoveddiagnose

Abstract

Activity based financing (ISF) has been integrated in the finance model of the Norwegian health system since 1997. This means that some of the profit for each regional hospital is based on codes registered by health care workers at the end of every hospitalization. The coding related to the main diagnosis, or any subsequent secondary diagnosis and administered procedures, is the framework on which the calculations regarding the resources the hospital has used during the treatment of each patient, are based.

Research carried out both locally and nationally, has shown a consistent pattern of incorrect coding of between 30-40 %, in all hospitals since ISF was introduced. Re-evaluations carried out at regional hospitals in 2011 concluded with the following: “generally, adequate internal guidance and controls, to assure reliable and correct coding has not been established”. Helse Sør-Øst RHF (the south east health region) took the initiative to develop countermeasures to improve the quality of the medical coding after the release of these re-evaluations. After a management meeting at Oslo University Hospital (OUS) in 2012, specific training and educational plans for health care workers were implemented to ensure improvements to the accuracy of the medical codings.

It was also decided to investigate the quality of the codes at Ullevål Hospital (one of four hospitals in OUS), by thoroughly examining the journals from 72 hospitalizations at 3 different observation units during 2 weeks in 2014. The original codings from these 72 hospitalizations were compared to codes obtained from the information taken from the medical journals.

Our goal was to measure the **quality** of the coding. Additionally we hoped to pinpoint **where** the incorrect coding occurred, and from this determine **why** incorrect coding took place.

The research revealed that the level of incorrect coding was consistent with previous findings. In 51 of the 72 hospitalizations new codes were used in the description of main diagnosis, secondary diagnosis and /or administered procedures. These changes resulted in 25 of the 72 hospitalizations, close to 35 %, receiving a different ISF. Of these, all except one, had a higher ISF. This resulted in the hospital missing out on 750 483 kroner in funding.

Among hospitalizations where treatment was given by one hospital/department the level of incorrect coding reached 25 %. In cases where two or more hospitals/departments were responsible for treatment, 69 % of the hospitalizations turned out to be incorrectly coded.

The study concluded that the levels of uncertainty and coincidence are too great to provide satisfactory coding results with today's practice, where a single doctor decides the hospitalizations codes, as well as completing the files, and discharging the patient. This is due to checks that would be able to discover and correct mistakes being too onerous and time consuming for administrators to accept. The study therefore recommended that the coding be carried out by dedicated staff who set the codes based on the patient's journal, after every hospitalization.

Innhold

FORORD	ii
SAMMENDRAG	iii
Nøkkelord	iv
Abstract	v
1 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn og problemstilling	1
2 REFERANSERAMME OG TEORI	4
2.1 Innsatsstyrt finansiering, ISF	4
2.2 Norsk pasientregister	9
2.3 Kodekvaliteten i Norge.....	11
2.4 Hvem koder?	13
2.5 Årsaker til feilkoding	13
2.6 Konsekvenser av feilkoding	16
2.7 Medisinsk koding internasjonalt	16
2.8 Tiltak for å bedre kodekvaliteten i Norge.	19
3 METODE.....	20
3.1 Utvalg	20
3.2 Design.....	21
3.3 Statistiske metoder	21
4 RESULTATER	22
4.1 Kodekvaliteten.....	22
4.1.1 Endringer i hoveddiagnose, bidiagnoser og prosedyrekoder	22
4.1.2 Endring i DRG.....	24
4.2 Endring i ISF.....	25
4.3 Hvor feilkoding oppstår.....	26
4.3.1 Feilkoding og sammenhengen med antall avdelinger.....	28
4.3.2 Enavdelingsopphold	29
4.3.3 Fleravdelingsopphold	32
4.3.4 Innleggelsesmåte.....	33
5 DISKUSJON.....	35
5.1 Kodekvaliteten	35
5.1.1 Er datagrunnlaget for vår gjennomgang representativt?	35
5.1.2 Er gjennomgangen av behandlingsoppholdene riktig utført?	37

5.2	Endring i ISF	40
5.3	Hvor feilkoding oppstår	42
5.3.1	Enavdelingsoppholdene	43
5.3.2	Fleravdelingsoppholdene	44
5.3.3	Inadekvat toveis kontrollspor	45
5.4	Hvordan kan OUS, Ullevål, bedre sin medisinske kodekvalitet?	46
5.4.1	Hvem bør kode?	49
5.5	Konklusjon	53
KILDER		55
VEDLEGG 1		57
<u>VEDLEGG 2</u>		72

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn og problemstilling

Innsatsstyrt finansiering (ISF) har siden 1997 vært implementert i inntjeningsmodellen i det norske helsevesenet. ISF innebærer at helseforetakene får en del av sin inntjening på bakgrunn av koder som utskrivende lege registrerer ved avslutningen av hvert sykehusopphold. Koden for hoveddiagnosen for sykehusoppholdet, samt eventuelle bidiagnoser og utførte prosedyrer, ligger bak beregningen av refusjonen helseforetaket får for det enkelte sykehusoppholdet.

Forfatterne av denne rapporten har begge bakgrunn fra helsevesenet og har med selvsyn erfart praksisen med at medisinsk koding av sykehusopphold er delegert til den utskrivende legen. Denne kan være den legen som har behandlet pasienten under hele oppholdet, som har full oversikt over alt som har funnet sted, som har en genuin interesse for at de medisinske kodene skal være så korrekte som mulig, som har opparbeidet seg en hensiktsmessig erfaring med riktig kodesetting, og ikke minst, som har god tid til å kode korrekt.

Eller det kan være en annen lege...

Vi har undret oss over hvorfor Norge er et av få land som opprettholder denne praksisen med at utskrivende lege registrerer medisinske koder, noe som medfører at alle helseforetakenes leger må beherske kodesettingen tilstrekkelig godt for at kvaliteten på den skal være god nok. En rekke tidligere undersøkelser viser alle at kvaliteten på den medisinske kodingen i Norge er svært dårlig til tross for at helseforetakene bruker store ressurser på tiltak for å bedre kodekvaliteten gjennom kurs og opplæringstiltak. Samtidig har vi ikke funnet noen tidligere undersøkelser som prøver å finne årsaker til den dårlige kodekvaliteten, med sikte på å forbedre denne.

Vi har derfor funnet det interessant å se nærmere på følgende hovedproblemstilling som vil være relevant for samtlige sykehus i Norge:

Hva skal til for å bedre den medisinske kodekvaliteten ved sykehusopphold i Norge?

Det ville vært et altfor omfattende arbeid å svare på problemstillingen i sin fulle bredde innenfor rammen av denne rapporten. Vi fant det derfor nødvendig å avgrense oppgaven ved å analysere et mindre antall journaler ved Oslo universitetssykehus HF, Ullevål, i løpet av en tidsavgrenset periode. Formålet var å

- Fastslå kvaliteten på de medisinske kodene i sykehusoppholdene
- Undersøke om grunnlaget for ISF-refusjonen var korrekt
- Kartlegge hvilke sykehusopphold som hyppigst ble feilkodet, og om mulig hvorfor

Tidligere revisjoner har kun tatt for seg behandlingsopphold i regi av én fagavdeling, såkalte enavdelingsopphold. Opphold hvor flere fagavdelinger har vært involvert i behandlingen (fleravdelingsopphold) er ekskludert. I vår gjennomgang vil vi ta for oss både enavdelings- og fleravdelingsopphold.

Konkret ble problemstillingen som rapporten belyser dermed:

Hvordan kan Oslo universitetssykehus HF, Ullevål, bedre sin medisinske kodekvalitet?

Med forkunnskapen vi hadde om kvaliteten medisinsk koding, da vi begynte arbeidet med oppgaven, formulerte vi en hypotese:

Med den nåværende praksisen for medisinsk koding vil det ikke være mulig å oppnå en kvalitet som er tilfredsstillende.

Vi finner det påfallende at det ikke noe sted, hverken av helsemyndigheter, helseforetak eller lokale sykehus, finnes formulert et mål for hva som er tilfredsstillende kodekvalitet. Dette til tross for den ressurskrevende innsatsen som gjøres når det gjelder opplæring og oppfølging av legenes kodepraksis.

Rapportens videre struktur for å belyse problemstillingen er slik:

- Kapittel 2 beskriver bakgrunnen for dagens system for medisinsk koding av sykehusopphold. Det gis en oversikt over tidligere undersøkelser som viser at kodekvaliteten i Norge er lav.
- Kapittel 3 beskriver metoden vi har anvendt for å innhente empiri til å belyse problemstillingen.
- Kapittel 4 presenterer resultatene av våre funn og dokumenterer dagen kodekvalitet for rapportens utvalg av journaler.
- Kapittel 5 drøfter resultatene og mulige tiltak for å bedre kodekvaliteten.
- Til slutt gir rapporten en oppsummerende konklusjon knyttet til våre funn, samt peker på behov for ytterligere forskning på området.

2 REFERANSERAMME OG TEORI

2.1 Innsatsstyrt finansiering, ISF

I 1997 gikk man fra det tradisjonelle rammefinansieringssystemet av helsevesenet, til innsatsstyrt finansiering, ISF (Helsedirektoratet, 2013). Over statsbudsjettet bevilges årlig midlene til de regionale helseforetakene. I praksis er finansieringen todelt. Den er fordelt på en fast inntekt kalt basisbevilgningen, og den variable inntekten ISF. I 2014 utgjorde basisbevilgningen om lag 50 prosent, og den aktivitetsbaserte bevilgningen om lag 50 prosent for den somatiske spesialisthelsetjenesten.

Basisbevilgningen beregnes blant annet ut fra faktorer som antall innbyggere og alderssammensetning i helseforetakets region. Bevilgningen er uavhengig av helseforetakets tjenesteproduksjon.

ISF er et tilskudd som overføres på bakgrunn av foretakets reelle aktivitet, der hver enkelt pasients helsetilstand og eventuelle utførte prosedyrer er avgjørende for summen. Til grunn for beregningen av ISF-refusjonen ligger DRG-systemet (Helsedirektoratet, 2013)

Diagnoserelaterte grupper, DRG, er et pasientklassifiseringssystem som brukes til å gruppere pasientene etter sykehusopphold i somatiske institusjoner i grupper som er medisinsk og ressursmessig relativt homogene og sammenliknbare. I 2014 var det 864 ulike DRG-grupper. Grupperingen bygger på 2 forhold: diagnose/symptom og behandling/prosedyrer.

Pasientens sykdommer og symptomer klassifiseres innenfor "Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer", siste utgave nummer 10, forkortet til ICD-10 (Helsedirektoratet, 2014a).

ICD-10 ble utgitt i 1990 av WHO, og Helsedirektoratet gjør årlige norske tilpasninger. ICD-10 inneholder om lag 10 000 diagnosekoder. Medisinsk sett finnes det imidlertid betydelig flere enn 10 000 diagnoser og symptomer. Det betyr at det i klassifikasjonen grupperes flere tilstander til samme kode. En pasient kan ha flere diagnoser, og får da flere ICD-10 koder ordnet i en hoveddiagnose og en eller flere bidiagnoser.

Medisinsk behandling i form av diagnostiske og terapeutiske tiltak klassifiseres etter prosedyrer og undersøkelser i henhold til to ulike kodeverk. Disse er NOMESKO's klassifikasjon av kirurgiske prosedyrer (NCSP) og Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrer (NCMP). Begge utgis samlet i ett oppslagsverk av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2014b). Ny og oppdatert versjon utgis i januar hvert år. Oppslagsverket inneholder om lag 2500 koder for ulike prosedyrer. En pasient kan gjennomgå mange prosedyrer i løpet av sykehusoppholdet, og får da flere behandlingskoder.

Kombinasjonen av diagnosekodene og prosedyrekodene gir DRG-gruppen som oppholdet ressursmessig hører inn under. Hver enkelt pasients kontakt med et helseforetak grupperes til en DRG. Pasientens diagnosekoder og behandlingskoder registreres i helseforetakets pasientadministrative datasystem, som så beregner pasientkontaktens DRG ved hjelp av softwareprogram som tilgjengeliggjøres via Helsedirektoratet.

DRG beregnes for hvert enkelt avdelingsopphold pasienten har i løpet av sykehusoppholdet. Pasientens sykehusopphold kan enten bestå av et enavdelingsopphold eller fleravdelingsopphold. Ved et fleravdelingsopphold velges avdelingsoppholdet med høyest DRG som refusjonsgrunnlag for sykehusoppholdet (Helsedirektoratet, 2013).

DRG bærer både medisinsk og økonomisk informasjon, og uttrykker via en kostnadsvekt, den relative ressursbruken for pasientgruppen i forhold til gjennomsnittet for alle pasienter (Helsedirektoratet, 2013). Jo høyere vekt, desto flere DRG-poeng og høyere refusjon for pasientoppholdet. I Norge beregnes kostnadsvektene årlig med utgangspunkt i tilrettelagte data for pasienter og regnskap fra et utvalg av sykehus. For 2014 inngår 15 helseforetak i datagrunnlaget. Ordningen med DRG gjør det mulig å sammenlikne ressursbruken innad i sykehus, og mellom forskjellige sykehus, selv om de behandlede pasientene er helt ulike. I 2014 var enhetsprisen per DRG-poeng 40 772 kroner.

For å konkretisere dette systemet vil vi beskrive to eksempler med henholdsvis et enavdelings- og et fleravdelingsopphold (tabell 1).

Eksempel på enavdelingsopphold

En mann faller og brekker hoften. Han legges inn på ortopedisk avdeling, opereres og skrives ut etter noen dager. Pasienten er inneliggende på ortopedisk avdeling gjennom hele oppholdet,

til tross for at han fysisk er innom både akuttmottaket, operasjonsavdelingen og postoperativ avdeling. Ortopedisk avdeling koder for hoftebrudd, fall og innsetting av hofteprotese. Oppholdet er fremstilt skjematisk med medisinsk koding i tabell 1.

Tabell 1: Tabellen viser et eksempel på et enavdelingsopphold med tilhørende koding.

Avdeling (har kodeansvar)	Kronologisk rekkefølge på hendelser	Post (der pasienten fysisk oppholder seg)	Diagnoser (ICD-10)	Prosedyrer (NCSP/NCMP)
Ortopedisk avdeling	1. Innleggelse	Mottak	Hoftebrudd (S72.1) Fall (W0n)	
	2. Overflytning til operasjonsavdelingen. Operasjon med innsetting av hofteprotese	Operasjonsavdelingen	Hoftebrudd (S72.1)	Innsetting av hofteprotese (NFB 11)
	3. Etter operasjon ligger pasienten en periode til overvåkning på postoperativ avdeling	Postoperativ	Hoftebrudd (S72.1)	
	4. Overflyttes deretter til sengeposten. Blir der noen dager før han kan utskrives	Ortopedisk sengepost	Hoftebrudd (S72.1)	

Medisinsk koding av dette oppholdet ville blitt:

Kodeansvarlig avdeling: Ortopedisk avdeling	
Hoveddiagnose:	Hoftebrudd, S72.1
Bidiagnose:	Fall, W0n
Prosedyre:	Innsetting av hofteprotese, NFB11
Dette ville gitt	
DRG	209E (innsetting av hofteleddsprotese uten kompliserende bidiagnoser)
Vekt	3,079
Refusjon	kr 63 831

Eksempel på fleravdelingsopphold

Dersom den samme pasienten skulle ha pådratt seg et postoperativt hjerteinfarkt dagen etter operasjonen, ville han kanskje blitt overflyttet fra ortopedisk avdeling til hjerteavdelingen. Sykehusoppholdet kunne da blitt som vist i tabell 2.

Tabell 2: Tabellen viser et eksempel på et fleravdelingsopphold med tilhørende koding.

Avdeling (har kodeansvar)	Kronologisk rekkefølge på hendelser	Post (der pasienten fysisk oppholder seg)	Diagnoser (ICD-10)	Prosedyrer (NCSP/NCMP)
Ortopedisk avdeling	1. Innleggelse	Mottak	Hoftebrudd (S72.1) Fall (W0n)	
	2. Overflytning til operasjonsavdelingen. Operasjon med innsetting av en hofteprotese	Operasjonsavdelingen	Hoftebrudd (S72.1)	Innsetting av hofteprotese (NFB 11)
	3. Etter operasjon ligger pasienten en periode til overvåkning på postoperativ avdeling	Postoperativ	Hoftebrudd (S72.1)	
	4. Overflyttes til sengeposten. Får hjerteinfarkt dagen etter operasjonen	Ortopedisk sengepost	Hoftebrudd (S72.1)	
Hjerte- medisinsk avdeling	5. Overflyttes til hjerteovervåkingen	Hjerteovervåkingen	Akutt infarkt (I21.9)	
	6. Overflyttes fra hjerteovervåkingen til hjertemedisinsk avdeling	Hjertemedisinsk avdeling	Akutt infarkt (I21.9)	

Medisinsk koding av dette oppholdet ville blitt:

Kodeansvarlig avdeling 1: Ortopedisk avdeling

Hoveddiagnose: Hoftebrudd, S72.1
Bidiagnose: Hjerteinfarkt, I21.9
Fall, W0n
Prosedyre: Innsetting av hofteprotese, NFB11

Dette ville gitt

DRG 209D (innsetting av hofteleddsprotese med kompliserende bidiagnoser)
Vekt 3,637
Refusjon kr 75 399

Kodeansvarlig avdeling 2: Hjertemedisinsk avdeling

Hoveddiagnose: Hjerteinfarkt, I21.9
Bidiagnose: Hoftebrudd, S72.1
Fall, W0n

Dette ville gitt

DRG 122 (sirkulasjonssykdom med akutt infarkt mm)
Vekt 0,695

Sykehusoppholdet består her av to separate avdelingsopphold. I følge regelverket, skal det mest ressurskrevende oppholdet velges som sykehusopphold (Helsedirektoratet, 2013).

Sykehusoppholdet rapporteres til Norsk pasientregister.

Siden pasienten fikk hjerteinfarkt mens han var inneliggende på ortopedisk avdeling, ville det være korrekt å legge dette til som en bidiagnose under det avdelingsoppholdet. Under oppholdet på medisinsk avdeling ville man fremdeles måttet ta hensyn til pasientens hoftebrudd og nye hofteprotese. Det ville derfor ikke vært noe i veien for å legge til S72.1 (hoftebrudd) som bidiagnose. Vi ser at det mest ressurskrevende avdelingsoppholdet i dette eksempelet ville blitt oppholdet på ortopedisk avdeling. Helseforetaket skulle hatt 75 399 kroner i refusjon.

For at refusjonen for hver enkelt pasient skal bli korrekt i henhold til retningslinjene, avhenger dette altså av en rekke faktorer:

- Alle relevante diagnoser må få en ICD-10 kode
- ICD-10 koden må være korrekt
- Det må velges rett hoveddiagnose
- Relevante prosedyrer må få en NCMP/NCSP-kode
- NCMP/NCSP-koden må være korrekt
- Ulike avdelingsopphold under samme sykehusopphold må vektas opp mot hverandre, slik at rett opphold rapporteres til Norsk pasientregister
- Helseforetakets grupperingsprogram må kunne gruppere sammensetningen av ICD-10 og NCMP/NCSP-koder korrekt

2.2 Norsk pasientregister

Helseforetakene rapporterer sykehusoppholdene til Norsk pasientregister. Rapportene danner grunnlaget for refusjonsutbetalingene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. Norsk pasientregister er et nasjonalt helseregister, underlagt helsedirektoratet, med opplysninger om alle som behandles i spesialisthelsetjenesten. På nettsidene deres kan man lese at formålet blant annet er «å gi grunnlag for administrasjon, styring og finansiering av spesialisthelsetjenesten» (Lovdata, 2015). Håndtering av ISF-refusjon er derfor ikke den eneste oppgaven til registeret. Det skal også «bidra til medisinsk forskning, herunder forskning som kan gi viten om helsetjenester, behandlingseffekter, diagnoser, og sykdommens årsaker, utbredelse og forløp og forebyggende tiltak». Registerdata som årlig rapporteres til Norsk pasientregister er i henhold til registerets vedtekter (Lovdata, 2015) offentlig tilgjengelig. Registeret tilrettelegger derfor statistikk på forespørsel. Forskere, stat, kommuner og andre aktører kan få dette tilgjengeliggjort uten at det kreves forhåndsgodkjenning fra andre instanser. Både Statistisk sentralbyrå og Folkehelseinstituttet benytter data fra registeret i flere av sine faste publikasjoner. Siden 2008 er data til registeret rapportert på fødselsnummer, noe som innebærer at data kan kobles med andre sentrale registre med personidentifikasjon.

Norsk pasientregister har et pågående prosjekt med fokus på å oppgradere og videreutvikle seg, slik at de kan gi klinisk relevante tilbakemeldinger til de ulike fagmiljøene i spesialisthelsetjenesten. Hensikten er at dette kan gi grunnlag for *«å følge, sammenlikne, kvalitetssikre og videreutvikle tjenestene som tilbys, og gi informasjon om datakvaliteten»*. (Helsedirektoratet, 2015a). Under et faglig DRG-møte i høst informerte Gunhild Rognstad fra Helsedirektoratet om at de klinisk relevante tilbakemeldingene fra Norsk pasientregister er et ønske fra kliniske miljøer. Det ønskes tilbakemeldinger på blant annet diagnoser, prosedyrer og behandlingskomplikasjoner (Rognstad, 2015). Hun poengterte blant annet at *«korrekt medisinsk koding er en nødvendig forutsetning for god dokumentasjon og rapportering»*. Feilkilder i registeret var registeret og for 2014 ble det funnet:

- 51 387 forekomster av ugyldige koder
- 70 242 ikke-ICD-10-koder for hovedtilstander

Hun understrekte at det ikke burde være mulig å sende inn sykehusopphold til registeret med ugyldige koder. Brukerne burde også få en advarsel dersom det ble registrert åpenbare feil.

Den høye forekomsten av feilregistreringer kan tyde på at registeret har utfordringer. Det kan virke som om Norsk pasientregister hverken har et robust system, eller en godt fungerende toveiskommunikasjon, for å sikre at det som sendes inn er gyldig og at alle relevante opplysninger faktisk kommer med. Det er også betimelig å stille seg spørsmålet om helseforetakene har et god nok system for å sikre at de ikke innrapporterer åpenbare feildata.

Folkehelseinstituttet gjorde i 2012 en kobling av data om tuberkulose mellom Norsk pasientregister og Meldingssystem for smittsomme sykdommer, MSIS (Folkehelseinstituttet, 2013). Alle norske laboratorier har meldeplikt til MSIS når de påviser tuberkulose i en pasientprøve. Alle apotek er også forpliktet til å melde all utlevering av tuberkulosemedikamenter. Instituttet har derfor god oversikt over personer som har fått påvist tuberkulose og som henter ut medikamenter mot dette. I datakoblingen fant Folkehelseinstituttet at kun 43 % av pasientene som var meldt til MSIS med tuberkulose, kunne gjenfinnes i data fra Norsk pasientregister. I tillegg til å konkluderte med at registeret var uegnet som purregning for tuberkulose i MSIS, fant de ved journalgjennomgang at i de tilfellene pasientene var kodet, hadde legene ofte brukt feil ICD-10-koder. I etterkant av

disse funnene besluttet Helsedirektoratet å innføre nok en ny ICD-10 kode for tuberkulose (Z22.30) – i tillegg til de over 70 som allerede fantes i kodeverket.

I en lederartikkel i Tidsskrift for Norsk legeforening påpekte Cecilie Alfsen at Norsk pasientregister er «*et register der det ikke telles, men fortolkes*» (Alfsen, 2010). Hun poengterte at de innrapporterte data er basert på legenes fortolkning av et sykdomsforløp. De baserer seg på «*at legene tolker sykdomsforløpet objektivt og klarer å oversette dette til koder*». På bakgrunn av en artikkel i det samme tidsskriftet hvor det påpekes en elendig kodepraksis når det gjelder koding av akutte forgiftningsdødsfall konstanterer hun videre at «*Pasientregisteret må anses som et lærebokseksempel i mulig skjevfordelte data*».

Artikkelen hun viste til, tok for seg sykehusenes kodepraksis ved akutte forgiftningsdødsfall (Muan, et al., 2010). De innhentet data fra registeret for alle pasientene som var kodet med en forgiftningsstilstand enten som hoveddiagnose eller som bidiagnose i perioden 1999 – 2005 ved 6 ulike sykehus. Av de 225 journalene som ble revidert på bakgrunn av registerdata, fant de at kun 26 % av pasientene hadde fått akutt forgiftning som hoveddiagnose. Det korrekte skulle vært 80 %. For 20 % av oppholdene led pasientene ikke av forgiftninger i det hele tatt. Forfatterne konkludert forsiktig med at «*kodingen virker tilfeldig*».

2.3 Kodekvaliteten i Norge

Det er utført en rekke undersøkelser av kvaliteten på legenes koding fra 2001 og utover. Undersøkelsene viser at legene koder feil i en svært stor del av tilfellene. Feilprosenten har holdt seg stabil over tid.

I 2001-2002 gjennomførte Riksrevisjonen en forvaltningsrevisjon av innsatsstyrt finansiering i somatiske sykehus (Riksrevisjonen, 2002). Hensikten var blant annet å kontrollere kvaliteten på de medisinske registreringene. Helsedirektoratets kompetansesenter for IT i helse og omsorgssektoren, KITH, gjennomførte en journalgjennomgang av tre utvalgte pasientgrupper ved tre sykehus: keisersnitt med og uten “betydelige” komplikasjoner, obstruktiv lungesykdom og hjerteinfarkt – til sammen 336 journaler. Pasienttuttrekket ble gjort fra opphold innsendt til Norsk pasientregister. Resultatene viste at 33 prosent av

pasientoppholdene hadde feil hoveddiagnose, mens 18 prosent endret DRG. For de som endret DRG var variasjonen fra 7 prosent hos keisersnitt, som ved ukomplisert forløp er relativt standardisert, til 32 prosent ved lungesyke. Differensen i beregnede DRG-poeng var på 2,5 prosent, og sykehusene hadde tapt inntekter på feilkodingen. Rapporten konkluderte med at kvaliteten på de medisinske registreringene i sykehusene ikke er tilfredsstillende.

I 2003 gjennomgikk SINTEF Unimed og KITH, på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementets Avregningsutvalg, 500 pasientopphold ved 5 ulike norske sykehus (SINTEF Unimed, 2003). Datauttrekket ble gjort fra Norsk pasientregister. De fant at det var en stor diskrepans med tanke på sammenfall mellom journalopplysninger og innrapporterte data. I hele 42 % av tilfellene var hoveddiagnosen kodet feil, noe som bidro til at 33 % av oppholdene var gruppert til feil DRG. I rapporten ble det vektlagt et det så ut til å være et behov for å bedre kodingskvaliteten ved sykehusene.

I 2005 gjennomgikk SINTEF 1335 journaler ved 14 norske somatiske sykehus med tanke på å undersøke sammenhengen mellom journalinformasjon og koding, og i hvilken grad slike gjennomganger kan anvendes for å si noe om statens utbetalinger gjennom ISF-ordningen (SINTEF Helse, 2005). Datauttrekket ble gjort fra Norsk pasientregister. Rapporten viste nok en gang at det var dårlig samsvar mellom journaldokumentasjon og kodene som ble innrapportert til Norsk pasientregister. I 37 % av pasientoppholdene var hoveddiagnosen feilkodet. 26 % av oppholdene ble gruppert til ny DRG etter journalgjennomgangen. Det var store forskjeller mellom sykehusene med tanke på endringen dette medførte i ISF-korreksjon. Fra nedgang på 6,6 DRG til en økning på 1,6 DRG per 100 journal per sykehus.

I 2006 la Riksrevisjonen, i samarbeid med Statens helsetilsyn, frem en koderevisjon av de regionale helseforetakenes koder for 2003 (Riksrevisjonen, 2006). Revisjonen ble gjentatt for 2008-kodene i en rapport i 2009 (Riksrevisjonen, 2009). I 2008 ble 1000 opphold ved 10 ulike helseforetak gjennomgått. Hoveddiagnosen var feilkodet i 36 % av tilfellene, mot 38 % i 2003. 25 % av oppholdene var gruppert til feil DRG.

Hoveddiagnosen har avgjørende betydning for DRG-grupperingen. Når det kodes feil i så stor andel av tilfellene, vil det som tidligere nevnt få betydning både for den medisinske pasientstatistikken og for sykehusenes inntekt. Både i rapportene til SINTEF og i rapportene til Riksrevisjonen, ble det bemerket at mange av pasientjournalene inneholdt så lite

informasjon, eller informasjon av så dårlig kvalitet, at det var umulig å vurdere riktigheten av kodingen.

Alle de ovennevnte revisjonene ble utført på enavdelingsopphold. Fleravdelingsopphold ble ekskludert. Pasientdata ble i utgangspunktet innhentet fra Norsk pasientregister, og journalene ble deretter gjennomgått ved de ulike sykehusene.

2.4 Hvem koder?

I Norge har det tradisjonelt vært den enkelte lege som har ansvaret for å utføre koding av diagnoser og prosedyrer på sine pasienter. Det er ingen regler, lover eller forskrifter som tilsier at det må være leger som gjør dette. I andre land kan for eksempel helsesekretærer ha en mye mer aktiv rolle i dette arbeidet.

Internrevisjonen i de regionale helseforetakene har kartlagt at det er en etablert praksis ved samtlige helseforetak at diagnoser og gjennomførte prosedyrer kodes i forbindelse med utskriving av pasienten (Internrevisjonene i de regionale helseforetakene, 2011). Som hovedregel er det turnuskandidater og andre underordnede leger som har ansvaret for å diktere epikrisene og de tilhørende medisinske kodene. Dette kan ofte være leger som i mindre grad har vært delaktig i behandlingen av den aktuelle pasienten.

2.5 Årsaker til feilkoding

Etter initiativ fra Helsedirektoratet presenterte Internrevisjonen i de fire helseregionene i oktober 2011 en felles revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetak med somatisk virksomhet (Internrevisjonene i de regionale helseforetakene, 2011). Hensikten med revisjonen var å avklare hvorvidt det var etablert god internstyring og kontroll som sikkerhet for korrekt koding. Initiativet til revisjonen synes å ha vært økonomisk motivert, og i rapportens kapittel 1.1 «Bakgrunn for revisjonen» heter det:

«Dette revisjonsprosjektet er kommet i stand etter initiativ fra Helsedirektoratet. Direktoratets begrunnelse for å anmode om en gjennomgang av kodepraksis i helseregionene, har blant annet vært risikoen for at kodingen kan bli påvirket av økonomiske betraktninger, og at det kan finne sted kodeendringer som er i strid med regelverket». I begrunnelsen heter det også at Helsedirektoratet har hørt gjentatte påstander om at helsepersonell er blitt presset til å kode ”økonomisk gunstig selv om dette er i strid med medisinsk korrekt koding».

Revisjonen innhentet data gjennom en nasjonal elektronisk spørreundersøkelse av utvalgte personer i alle landets helseforetak med somatisk virksomhet, i tillegg til dybdeintervjuer og gjennomgang av dokumentasjon fra 9 utvalgte helseforetak. Det ble ikke gjennomført kontroll av journalmateriale i revisjonen. Det kunne dermed ikke konkluderes med om rutiner og regelverk faktisk ble etterlevd.

Rapportens to hovedkonklusjoner er at risikoen for feilkoding med tanke på økonomisk vinning var lav, og at det gjennomgående ikke var etablert tilstrekkelig intern styring og kontroll for å oppnå rimelig sikkerhet for korrekt koding.

Videre oppfattes manglende kunnskap hos kodesetterne som den største risikoen for feilkoding i foretakene. Dette samtidig med at en stor andel av kodesetterne opplever opplæringen som utilstrekkelig, og at de mangler tid til kodingen i arbeidshverdagen. Kort oppsummert kan årsakene til feilkoding være mange:

- Manglende kompetanse (legene får ikke tilstrekkelig opplæring i regelverket)
- Manglende motivasjon hos legen
- Svært komplisert regelverk
- Tidspress (det tar tid å finne riktige koder)
- Noen finner at enkelte koder ikke følger "normal" logikk (f.eks. hva gjelder navn og klassifisering)
- Klassifiseringen er ikke direkte relatert til den medisinske behandlingen
- Samme pasient kodes flere ganger, av ulike leger, under ett opphold. Det kan gi mange klassifiseringsvarianter av samme tilstand
- Prøvesvar som kan gi endring av diagnose kommer av og til etter at kodingen er ferdig utført

- Manglende oppfølging av den enkelte leges kodekvalitet
- Mangelfull journaldokumentasjon
- Uoversiktlig journaldokumentasjon

Regelverket er som nevnt komplekst. Forhold som for legen kan virke bagatellmessig medisinsk sett, kan imidlertid ha store økonomiske konsekvenser. For å illustrere dette har vi hentet et utdrag fra Helsedirektoratets hefte om innsatsstyrt finansiering (Helsedirektoratet, 2013). Viser på gruppen «Svulster i nyrer & urinveier» listet opp som DRG uten og med kompliserende bidiagnose (u/bk og m/bk). Ut for hver DRG følger vektningen. I tabell 3 er det vist hvordan vektningen endrer seg når oppholdet havner i en DRG med kompliserende bidiagnoser.

Tabell 3: Eksempel på vektendring av hoveddiagnose ved, og uten, tillegg av kompliserende diagnoser.

INNSATSSTYRT FINANSIERING 2014

DRG	HDG	DRG-navn	Vekt	Trim-pkt	Type	KMF
317	11	Nyre/uretrop & større bløttop ekspl onda	1,166	13	K	Nei
317C	11	Diagnosebehandling, de medisinske behandling	0,792	9	M	Ja
318	11	Svulster i nyrer & urinveier m/bk	1,462	18	M	Ja
319	11	Svulster i nyrer & urinveier u/bk	0,792	9	M	Ja

Diagnosegruppen «Svulster i nyrer & urinveier» med kompliserende bidiagnose, får DRG-koden 318. Den vektet dobbelt så tungt som DRG-koden 319, som er den samme diagnosegruppen uten kompliserende bidiagnoser. En pasient som behandles for svulst i en nyre gir DRG 319. Refusjonsbeløpet utgjør 32 291 kroner. Dersom pasienten under oppholdet pådrar seg en banal urinveisinfeksjon som tablettbehandles en dag eller to, havner imidlertid oppholdet i DRG 318 og gir 59 608 kroner i refusjonsgrunnlag.

Et annet eksempel på en kompliserende bidiagnose er atrieflimmer (flimmer i hjertets forkammer). Det kan være en kronisk tilstand hos en pasient som er inne til et behandlingsopphold for en annen lidelse. Atrieflimmer er en tilstand som pasienter med riktig oppfølging og medisinerer gjerne lever godt med. Ved for eksempel kirurgi krever tilstanden

imidlertid økt oppmerksomhet fra anestesipersonalet. Behandlingsoppholdet er da mer ressurskrevende, og bidiagnosen er med på å vekke til en tyngre DRG.

2.6 Konsekvenser av feilkoding

En stor grad av feilkoding kan medføre at helseforetakenes refusjonsgrunnlag ikke blir korrekt. Feilkoding vil også forringe kvaliteten på helseaktivitetsstatistikken, noe som igjen kan gi feil grunnlag ved planlegging, styring og evaluering av helsetjenestene både på lokalt og nasjonalt nivå. Det blir også vanskelig å benytte statistikken i medisinsk forskning.

2.7 Medisinsk koding internasjonalt

Det er ulike rutiner for hvilke yrkesgrupper som har ansvaret for den medisinske kodingen i forskjellige land. Helse Sør-Øst RHF laget i 2013 (Helse Sør-Øst, 2013) en rapport med følgende oppsummering (tabell 4):

Tabell 4: Oversikt over hvem som koder sykehusopphold, og resultat av kvalitetsmålinger, i skandinaviske land og noen andre sammenlignbare land.

Land	Leger	Sertifiserte kodere	Kvalitetsmåling
Norge	X		64 %
Danmark	X		65 % - 85 %
Sverige	X		75 %
Finland	X		Ukjent
Tyskland	X (under 18 %)	X	89 %
England		X	89 %
USA		X	95 - 99 %
Canada		X	89 %
Australia		X	> 90 %
Island	X		Antatt lav

Som tabellen viser, baserer man seg på to ulike system internasjonalt.

1. Legene har ansvaret for den medisinske kodingen
2. Sertifiserte kodere har ansvaret for den medisinske kodingen

Av tabellen fremgår det at det i de Nordiske landene tradisjonelt har vært leger som har hatt ansvaret for den medisinske kodingen. Danmark er det landet hvor praksisen er mest lik Norge. Det innebærer at kodene som oftest dikteres i forbindelse med epikriseskrivingen og at det er utskrivende lege som stort sett har ansvaret for at de riktige kodene settes. Den danske Rigsrevisjonen mener at det er så store feil i kodingen at datakvaliteten må forbedres (Rigsrevisjonen, 2011). De mener det må utarbeides bedre retningslinjer og mål for kvaliteten av registreringene. Det diskuteres ikke hvorvidt andre yrkesgrupper skal avlaste legene med kodeansvaret.

I Sverige kan hvert enkelt sykehus selv avgjøre hvordan de organiserer kodingen. Noen steder gjøres det av leger, mens andre har delegert dette til sekretærene med kompetanse i medisinsk koding. Kodekvaliteten er varierende mellom sykehusene. I en artikkel i det svenske legetidsskriftet ble det konkludert med at utdanning av legesekretærer lønner seg ved at det sikrer bedre kvalitet på kodingen (Serdén, Lindqvist, & Rosén, 2005). Sverige har de siste årene satset på utdanning av egne kodere, og det er en generell enighet om at koding bør utføres av utdannede kodeeksperter.

Av tabellen fremgår det at de landene som baserer den medisinske kodingen på sertifiserte kodere, har betydelig høyere kodekvalitet enn de som baserer seg på at legene koder. Tyskland, England og Canada ligger like i underkant av 90 % korrekt koding, mens USA og Australia ligger over 90 %. Tabellen viser videre at det er yrkesgruppen som koder som avgjør kodekvaliteten, og ikke hvorvidt helsesystemet er offentlig finansiert eller ei.

I England har profesjonelle sertifiserte kodere ansvaret for å sette korrekte koder på bakgrunn av problemstillingene som legene har satt. National Health Service, NHS, krever at alle kodere har fullført kurs om klinisk koding. Kodekvaliteten er gjennomgående god (89 %). Før 2007 var kvaliteten mer variabel, noe som fremgår i rapporten om kvaliteten på medisinsk koding og ISF-refusjoner som SINTEF la frem i 2005 på oppdrag fra Helse- og

omsorgsdepartementet (SINTEF Helse, 2005). Der brukes Storbritannia som eksempel på hvordan kodekvaliteten kan variere mellom institusjoner. NHS hadde da publisert koderevisjoner som viser at mens et sykehus bare satte riktige hoveddiagnoser ved 65 % av 83 pasientutskrivninger med ICD-10-koder fra kapittel I60-I64, hjerneslag, oppviste et annet sykehus å gi 95 % av 112 ortopediske pasienter riktig hoveddiagnose. Hva gjaldt bidiagnoser og prosedyrekoder ved de to sykehusene, var riktigheten av disse i en størrelsesorden som korrelerte med riktigheten av hoveddiagnosene. For ordens skyld skal det nevnes at sammenlikninger av forskjellige fagfelt som hjerneslag og ortopedi ikke er helt uten problematikk. Kodekvaliteten fikk imidlertid et løft til dagens nivå i 2007 da NHS innførte «Payment by results» som kan minne om den norske innsatsstyrte finansieringen (Department of Health Payment by Results team, 2012).

Australia regnes som verdensledende innen medisinsk klassifikasjon. Kodingen gjennomføres av profesjonelle kodere, Health Information Managers. Det er mulig å ta en bachelorgrad ved 3 ulike universitet i Health Information Management. Det er ingen leger som koder siden de anses som kostbare, samt har en tendens til å kode på bakgrunn av medisinsk kunnskap fremfor journaldokumentasjon. Feilkoding ligger på om lag 5 % (Helse Sør-Øst, 2013).

I USA har det vært fokus på kvaliteten på medisinsk dokumentasjon i over 80 år. Det er egne medisinske kodere som koder. Over 85 000 er kvalifiserte kodere utdannet gjennom The American Health Information Management Association. Det tilbys alt fra 1 års utdanning til bachelorgrad (4 år). Det kreves re-sertifisering hvert 2. år. Det er mange instanser som er involvert i at kodekvaliteten er god. Blant annet anbefaler Office of Inspector General (har revisjonsansvar) at institusjonene har et kvalitetskrav på 95 % korrekt koding (Helse Sør-Øst, 2013).

I Canada er det profesjonelle kodere med 2-3 års utdanning som har ansvaret for å kode diagnosene som er satt av legene. Koderne er statsansatte uten økonomisk binding til sykehuset de arbeider ved. Kodekvaliteten er høy med gjennomgående > 89 % korrekt koding (Canadian Institute for Health Information, 2012).

En av oppgavens forfattere har ved hospitering både på sykehus i USA (Mt Sinai i New York) og Storbritannia (Addenbrookes i Cambridge), med selvsyn sett at journalprogram kan tilrettelegges slik at diagnosekodingen forenkles. Legene og øvrig helsepersonell fører

fortløpende opp nye problemstillinger i et eget område av pasientjournalen. Begge sykehusene bruker det samme journalprogrammet, Epic® (Epic Systems Corporation, Verona, Wisconsin, United States). Programmet benytter ordlyden problemstilling fremfor diagnose. De fleste relevante problemstillinger ble etter det man observerte registrert i tilnærmet sanntid. Sertifiserte kodere satt deretter en relevant ICD-10-kode på alle problemstillingene (som jo er diagnoser). Vi vil anta at mange norske leger ikke er bevisste på at ulike medisinske problemstillinger faktisk er diagnoser, og følgelig skal kodes. Dette kan for eksempel være pasienter som blir påført skade i ruspåvirket tilstand, har væske på lungene eller har forstyrrelser i saltbalansen. Problemstillingene er diagnoser og skal kodes.

2.8 Tiltak for å bedre kodekvaliteten i Norge.

De siste årene har både Oslo Universitetssykehus HF (OUS), Helse Sør-Øst RHF og Helsedirektoratet iverksatt tiltak for å bedre legenes kodekvalitet. Tiltakene innebærer at det er laget en sykehusovergripende prosedyre på OUS (nivå 1- prosedyre), sykehuset har ansatt koderådgivere som skal veilede legene i koding og avdelingene har utnevnt egne kodeansvarlige leger. I tillegg finnes et eget e-læringsprogram som er utviklet av helseregionen. I samarbeid med firmaet Nirvaco avholdes det også et nasjonalt grunnkurs i medisinsk klassifikasjon for leger. Om lag 400 leger har totalt deltatt på kurset, hvorav 85 har vært fra OUS. Antallet leger som har gjennomført e-læringsprogrammet er svært lavt. Helse Sør-Øst RHF har publisert informasjon om kun 71 leger i helseregionen har tatt kurset (Helse Sør-Øst, 2013). Det har ikke vært mulig å oppdrive antallet leger som har tatt kurset per 2015.

Til tross for at Norge ligger svært dårlig an sammenlignet med andre land når det gjelder kodekvalitet, har hverken Helse Sør-Øst RHF eller OUS noen planer om å endre det nåværende systemet der legene er ansvarlige for den medisinske kodingen. De har heller ingen formulerte mål på hvor godt de ønsker at systemet skal fungere. Det er ingen krav til hvilken kodekvalitet som ønskes.

3 METODE

3.1 Utvalg

Journalgjennomgangen ble gjennomført som en empirisk undersøkelse på OUS, Ullevål. Materialet som dannet grunnlaget for undersøkelsen ble hentet fra et utvalg i det elektroniske pasientjournalssystemet, det pasientadministrative systemet, samt informasjonen som OUS rapporterer til Norsk pasientregister, og som hadde dannet grunnlaget for sykehusets refusjon.

Primært skulle det undersøkes et utvalg på 100 pasientopphold, da dette var i samme størrelsesorden som SINTEF og Riksrevisjonen hadde gjennomgått i revisjonene nevnt i oppgavens **punkt 2.3 om kodekvaliteten** i Norge. Feilkoding i hoveddiagnoser, bidiagnoser og prosedyrekoder ble registrert. DRG-score med tilhørende refusjonsbeløp ble beregnet for hvert pasientopphold. DRG-dataene ble så sammenlignet med opplysningene som var rapportert fra OUS til Norsk pasientregister.

Journalgjennomgangene ble foretatt etter at helseforetaket hadde rapportert sykehusoppholdene til Norsk pasientregister. På den måten sikret man at alle oppholdene var ferdig kodet. Oppholdene ble valgt fortløpende fra en liste generert av journalssystemet DocuLive® (Siemens) av alle pasientene som var utskrevet fra 3 ulike overvåkingsavsnitt på OUS, Ullevål, over en tidsperiode på 14 dager. Listen ble generert ved en spørring inn i journalssystemet der periodens start og perioden slutt ble spesifisert for avsluttede opphold på de tre ulike enhetene. Det ble valgt en 14-dagersperiode hvor sykehuset hadde normal aktivitet. Listen bestod av flere hundre pasientopphold. Pasientoppholdene ble gjennomgått i tidsrekkefølge, og utvalget inneholdt både medisinske og kirurgiske problemstillinger, samt enavdelings- og fleravdelingsopphold. Ved at materialet er hentet fra overvåkingsenheter, får man et variert pasientgrunnlag. Mange avdelinger på Ullevål er høyspesialiserte, og det er en fare for at materialet kunne blitt ytterligere ensartet og skjevfordelt ved å hente ut pasientdata avdelingsvis. Man velger å ikke oppgi søkeperioden for å ivareta pasientenes anonymitet.

OUS har ca 14 000 døgnopphold per måned. Omlag 2 000 av disse representerer fødsler og nyfødte. Disse ble, i tillegg til dialysepasienter, holdt utenfor gjennomgangen på grunn av sitt svært standardiserte forløp.

Til veiledning i gjennomgangen ble den nasjonale kodeveilederen utgitt av Helsedirektoratet benyttet (Helsedirektoratet, 2014b).

Journalgjennomganger er tidkrevende, og det viste seg at man fikk for liten tid til å gå gjennom 100 pasientopphold. Tidsbegrensningen bestod i at gjennomgangen måtte starte etter at OUS hadde sendt data til Norsk pasientregister og før journaltilgangen rutinemessig ble stengt for innsyn etter at pasienten var utskrevet. I alt ble det utført en fullstendig gjennomgang av 72 journaler.

Journalgjennomgangen ble utført av en av oppgavens forfattere som har god kjennskap til de relevante IT-systemene på OUS i egenskap av å ha kodeansvar. Journaldata for ferdigbehandlede, ferdig kodede og utskrevne sykehuspasienter ble gjennomgått med tanke på om hoveddiagnoser, bidiagnoser og behandlingsprosedyrer var kodet korrekt. Videre ble det undersøkt om oppholdet var gruppert til korrekt DRG og hvor stor økonomisk konsekvens en eventuell feilgruppering utgjorde for helseforetaket. Ved en eventuell usikkerhet rundt kodesettingen, ville det være mulig å konsultere en av sykehusets koderådgivere.

3.2 Design

Problemstillingen er beskrivende, og vil kun gi et bilde av situasjonen i den tidsperioden som velges. Designet er som for en tverrsnittstudie (prevalensstudie) (Jacobsen, 2013). Studien vil gi et innblikk i kodekvaliteten for de pasientoppholdene som velges ut, og den kan antyde et estimat på korrekt refusjonsgrunnlag fra Norsk pasientregister for den valgte undersøkelsesperioden.

3.3 Statistiske metoder

I oppgaven er det kun benyttet prosentregning som statistisk metode. Vanlige avrundingsregler er fulgt.

4 RESULTATER

Formålet med undersøkelsen var å:

- Fastslå kvaliteten på de medisinske kodene på Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
- Undersøke om grunnlaget for ISF var korrekt
- Kartlegge hvilke sykehusopphold som hyppigst ble feilkodet, og om mulig hvorfor

Dette for å få svar på problemstillingen:

Hvordan kan Oslo universitetssykehus HF, Ullevål, bedre sin medisinske kodekvalitet?

For at resultatene skal fremstå oversiktlige, vil vi presentere dem under overskrifter som tar opp igjen formålet med undersøkelsen. Disse samme overskriftene vil vi igjen følge i diskusjonen i kapittel 5.

Alt datamaterialet i undersøkelsen foreligger som vedlegg 1. Vedlegg 2 er en forklarende nøkkel til vedlegg 1.

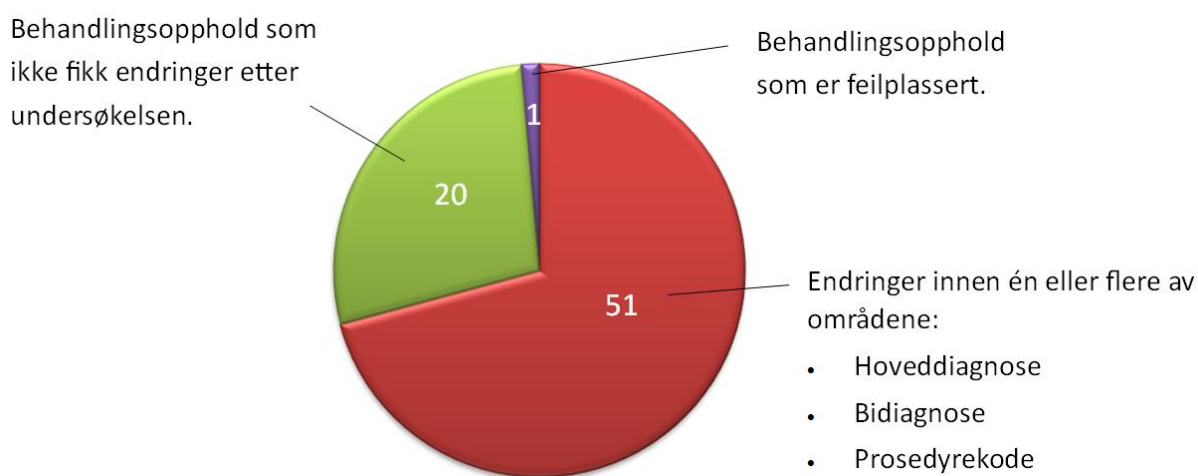
4.1 Kodekvaliteten

4.1.1 Endringer i hoveddiagnose, bidiagnoser og prosedyrekoder

Dataene viser at av de 72 behandlingsoppholdene, skulle det hos 51 (71 %) opphold vært én eller flere endringer innenfor hoveddiagnose, bidiagnose og/eller prosedyrekoder. 20 (29 %) behandlingsopphold var korrekt kodet og ble stående uforandret etter undersøkelsen (figur 1).

Ett opphold, nummer 33, ser det ikke ut til ble rapportert til Norsk pasientregister. Det er av oss beskrevet som feilplassert. Dette oppholdet finnes ikke i oversikten over opphold som ble

rapportert til Norsk pasientregister. Det er høyst usikkert om oppholdet er gruppert til en DRG eller har generert ISF-refusjon. Oppholdet er imidlertid eksisterende i sykehusets elektroniske journalsystem. Ved gjennomgang av pasientens journal er oppholdet og behandlingen godt dokumentert. Den medisinske kodingen er også lagt inn i det pasientadministrative systemet. Alt tyder altså på at behandlingsoppholdet har funnet sted, men at det er usikkert om det har blitt rapportert til Norsk pasientregister. Da det ikke er mulig å fremskaffe opplysninger om rapporteringen av oppholdet, velger vi å la det stå uforandret. Pasientoppholdet blir med i det videre tallmaterialet.



Figur 1: Antall behandlingsopphold hvor undersøkelsen forårsaket endringer, hvor endringer ikke fant sted, og hvor oppholdet var feil/ikke-eksisterende.

I de 51 behandlingsoppholdene (71 %) som fikk endringer under undersøkelsen, fordelte endringene seg slik:

15	fikk endring av hoveddiagnose
47	fikk endring av bidiagnose(r)
11	fikk endring av prosedyrekode(r)

For hvert opphold kunne det dreie seg om flere endringer. Endringene av bidiagnoser og prosedyrekoder gikk utelukkende på at koder skulle vært lagt til.

4.1.2 Endring i DRG

DRG skulle vært endret for 25 av sykehusoppholdene (35 %) som følge av endringene i kodene for hoveddiagnose, bidiagnose(r) og/eller prosedyre(r).

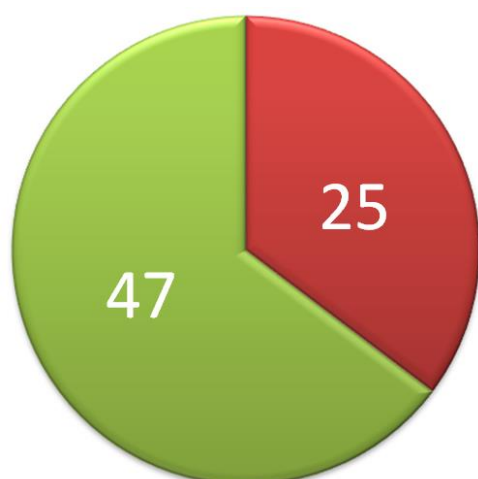
12 av de 15 sykehusoppholdene som fikk endret hoveddiagnose fikk også endret DRG. Av disse 12 fikk 11 økt ISF, mens ett opphold fikk redusert ISF. Dette ene sykehusoppholdet er pasient nr 53. ISF ble her endret fra 21 788 kroner til 10 967 kroner. I de 3 gjenværende behandlingsoppholdene (pasient nr 38, 44 og 57) ble ikke DRG endret, og følgelig heller ikke ISF-refusjonen.

13 sykehusopphold fikk endret DRG som følge av endringene i bidiagnoser og/eller prosedyrekoder. Opphold nr 4 fikk endret DRG uten at hoveddiagnosen ble endret. Oppholdet har hoveddiagnose C160 (kreft i spiserøret) og hadde opprinnelig ikke fått registrert noen bidiagnoser. Dette endret seg ved gjennomgangen, da flere kompliserende bidiagnoser ble lagt til. Oppholdet skulle hatt en økning i ISF-refusjon med 83 297 kroner.

Hoveddiagnosen i et sykehusopphold er viktig for DRG, liksom bidiagnoser og koder for ressurskrevende prosedyrer er det. I journalgjennomgangen vil bidiagnosene gjerne endres ved endret hoveddiagnose. Dette, om ikke annet fordi tidligere hoveddiagnose ofte går over til å bli en bidiagnose.

4.2 Endring i ISF

Undersøkelsen viser at 25 av de 72 sykehusoppholdene (35 %) skulle hatt en annen ISF-refusjon (figur 2).

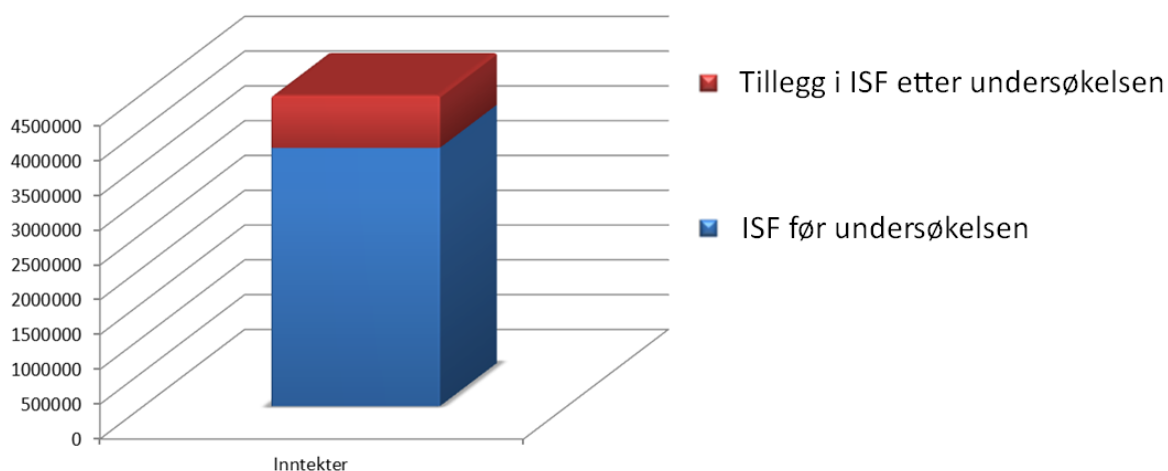


72 behandlingsopphold:

- 25 fikk endret DRG og dermed ISF
- 47 fikk uforandret DRG

Figur 2: Antall behandlingsopphold som ga hhv uforandret og forandret ISF etter undersøkelsen.

Alle endringene i ISF, så nær som én, førte til større utbetalinger. Sykehusets ISF-beregnete inntekt på de 72 sykehusoppholdene var 3 713 290 kroner. Journalgjennomgangens endringer ville gitt et tillegg på 750 483 kroner (20 %) (figur 3).



Figur 3: Summen av oppholdenes ISF-refusjon før undersøkelsen, og summert tillegg av ISF-refusjon etter undersøkelsen.

Det feilplasserte oppholdet til pasient nr 33 ble etter det vi kan se ikke rapportert til Norsk pasientregister. Det genererte derfor kanskje ikke ISF-refusjon. Dette oppholdet er et av de 47 oppholdene som ble stående uforandret.

4.3 Hvor feilkoding oppstår

Ved gjennomgang av rådata oppdaget vi at kodekvaliteten var forskjellig for enavdelings- og fleravdelingsopphold (figur 4).

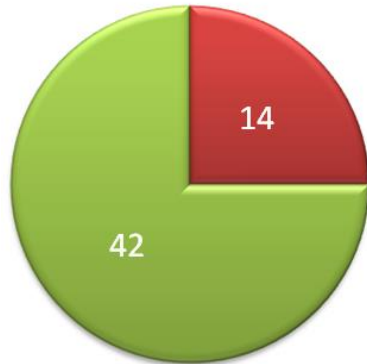
Fordelingen av feilkoding, som endret DRG og ISF-refusjon, mellom enavdelingsopphold og fleravdelingsopphold, fordelte seg slik:

Enavdelingsopphold

Av 56 opphold

14 (25 %) endret DRG og ISF

42 (75 %) forble uforandret

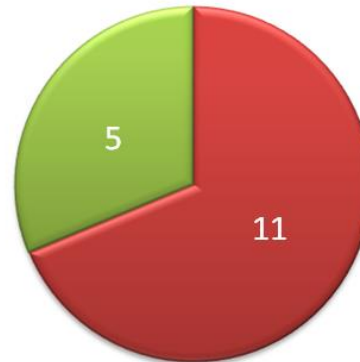


Fleravdelingsopphold

Av 16 opphold

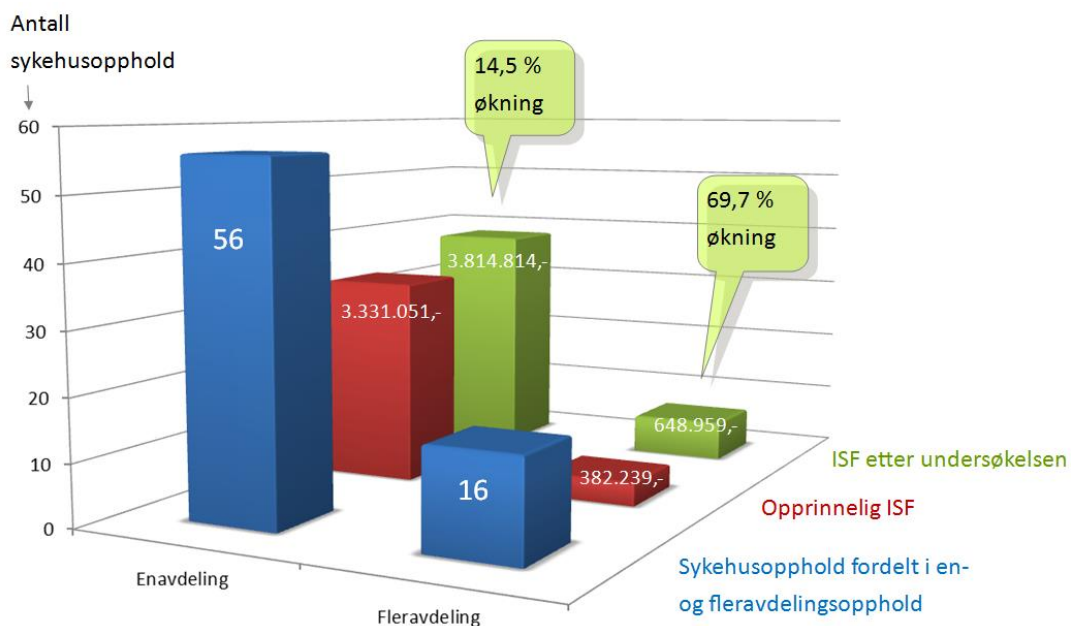
11 (69 %) endret DRG og ISF

5 (31 %) forble uforandret



Figur 4: Endret og uendret DRG grupperinger og ISF-refusjon ved enavdelings- og fleravdelingsopphold etter undersøkelsen.

Når vi fordeler sykehusoppholdene i enavdelings- og fleravdelingsopphold, og ser på generert ISF-refusjon før og etter gjennomgangen, ser resultatet ut som i figuren nedenfor (figur 5).



Figur 5: Sykehusopphold fordelt i enavdelings- og fleravdelingsopphold, med hver gruppes genererte ISF-refusjon før og etter gjennomgangen.

I figur 5 er de 72 sykehusoppholdene fordelt på enavdelings- og fleravdelingsopphold. De 56 enavdelingsoppholdene genererte opprinnelig 3 331 051 kroner i ISF-refusjon.

Gjennomgangen viste at 14 (25 %) av oppholdene var feilkodet. Ved korrekt koding skulle enavdelingsoppholdene generert 3 814 814 kroner. Det representerer en økning på 15 %.

De 16 fleravdelingsoppholdene genererte opprinnelig 382 239 kroner i ISF. Gjennomgangen tydet på at 11 (69 %) av oppholdene var feilkodet. Med gjennomgangens nye koding ville fleravdelingsoppholdene generert 648 959 kroner. Det er en økning på nesten 70 %. I tabell 5 gis en oversikt over refusjonsendringene. Tabellen viser det samme som figur 5.

Tabell 5: Tabellen viser en oversikt over opprinnelig refusjon, ny refusjon og endringen i kroner og prosent for henholdsvis enavdelings- og fleravdelingsopphold, samt alle oppholdene samlet.

	Opprinnelig refusjon (kr)	Ny refusjon (kr)	Endring (kr)	Endring (%)
Enavdelingsopphold	3 331 051	3 814 814	483 763	(15 %)
Fleravdelingsopphold	382 239	648 959	266 720	(70 %)
Totalt	3 713 290	4 463 773	750 483	(20 %)

4.3.1 Feilkoding og sammenhengen med antall avdelinger

Tidligere revisjoner har utelukkende tatt for seg enavdelingsopphold. Vi kan derfor ikke se at andre har antydnet at sykehusopphold ser ut til å feilkodes i større grad når mer enn én sykehusavdeling er involvert i behandlingen. Et spørsmål blir da om graden av feilkoding øker med antallet involverte avdelinger.

Vårt datamateriale er alt for lite til at vi kan trekke noen konklusjon rundt dette. 15 av de 16 fleravdelingsoppholdene var 2-avdelingsopphold. Ett fleravdelingsopphold var et 4-avdelingsopphold (pasient nr 22). Dette oppholdet var galt kodet, i likhet med samtlige av de 15 2-avdelingsoppholdene. Det var altså kodefeil i alle fleravdelingsoppholdene. Feilene ville ført til at 11 opphold hadde blitt gruppert til en ny DRG. Alle fleravdelingsoppholdene var øyeblikkelig-hjelpsinnleggelser.

Da forskjellen i feilkodingsgraden er så stor mellom enavdelingsopphold og fleravdelingsopphold, er det hensiktsmessig å se på resultatene fra disse gruppene hver for seg.

4.3.2 Enavdelingsopphold

I tabell 6 er alle enavdelingsoppholdene fremstilt. Oppholdene er listet opp ovenfra og ned etter økende grad av ukorrekt koding.

Oppholdene som var korrekt kodet finnes fortløpende i den øverste brede raden (pasient nr 1 til 71).

I raden nedenfor finnes enavdelingsoppholdene som var ukorrekt kodet med hensyn til en eller flere bidiagnoser (pasient nr 2 til 72). I neste rad er to opphold plassert (pasientene 12 og 36). Her forelå feil i kodingen av både bidiagnose og prosedyre. Raden nedenfor angir to opphold (pasientene 30 og 40) hvor det forelå feil i kodingen av hoveddiagnose og bidiagnose.

I raden med pasientene fra nr 6 til og med 62 er oppholdene med feilkoding som hadde ført til ny DRG-gruppering, og dermed ny ISF-refusjon plassert. Korrekt ISF-refusjon er ført inn i egen kolonne.

I den nederste raden finnes pasientopphold nr 33 som er et feilplassert opphold omtalt under kapittel **4.3 endring i ISF** og som blir diskutert i kapittel **5.3.3 Inadekvat toveis kontrollspor**.

Tabell 6: Samlet fremstilling av enavdelingsoppholdene. Oversikten viser korrekt og ukorrekt koding i forhold til hoveddiagnose, bidiagnoser, prosedyrekoder og hva eventuell korrekt ISF-refusjon ville utgjort etter gjennomgangen.

Pas. nr.	Opprinnelig ISF	ISF etter undersøkelse	Ukorrekt ISF	Ukorrekt Hoveddiagnose	Ukorrekt / manglende Bidiagnose	Ukorrekt / manglende prosedyrekode
1 5 14 16 19 20 26 31 34 46 49 50 54 55 56 58 59 61 69 71	112.714,- 15.962,- 81.503,- 32.923,- 11.396,- 10.540,- 14.596,- 8.644,- 22.486,- 111.002,- 43.504,- 15.962,- 88.853,- 62.400,- 65.075,- 33.522,- 98.908,- 33.522,- 16.813,- 107.324,-					
2 11 13 17 18 21 25 28 29 35 37 41 47 48 60 65 72	152.487,- 88.740,- 640.222,- 8.684,- 47.744,- 11.681,- 59.996,- 44.176,- 89.474,- 775,- 11.681,- 92.063,- 65.215,- 51.658,- 112.424,- 35.802,- 156.664,-				X X X X X X X X X X X X X X X X X	
12 36	49.579,- 32.699,-				X X	X X
30 44	46.113,- 105.864,-			X X	X X	
6 7 8 43 64 9 4 40 3 23 42 51 45 62	12.925,- 12.925,- 12.925,- 65.215,- 50.874,- 10.743,- 69.190,- 43.381,- 14.127,- 0,- 12.925,- 92.063,- 21.222,- 21.146,-	24.728,- 24.728,- 24.728,- 105.864,- 88.853,- 47.112,- 152.487,- 112.714,- 52.086,- 39.610,- 24.728,- 92.267,- 88.740,- 44.779,-	X X X X X X X X X X X X X X	X X X X X X X X X X X X X X	X X X X X X X X X X X X X X	X X X X X X X X X X X X X X
33	0,-	0,-	feilplassert / uklart forløp			

Vi vil kommentere de to oppholdene som genererte høyest ISF-refusjon:

Opphold 13: Komatøs pasient som innlegges nevrokirurgisk avdeling med intrakraniell blødning. Oppholdet er ressurskrevende med nevrokirurgi, respiratorbehandling og følgekompplikasjoner som pneumoni. Inngrepet tracheostomi (åpning av luftrøret gjennom huden på halsen for intubasjon og ventilering på respirator), med prosedyrekode GBB03, er styrende for DRG.

Tracheostomi utføres stort sett bare på pasienter hvor det forventes et langvarig og komplisert intensivopphold. DRG-vektingen på 31 405 (kr 640 222) avspeiler at dette antas å være svært ressurskrevende opphold. Prosedyrekoden GBB03 gir altså alene en ISF-refusjon på 640 222 kroner. Det samme gjelder prosedyrekoden GBB00, som er den samme prosedyren, men utført på en noe annerledes måte. Da inngrepet tracheostomi GBB03 alltid vil være styrende for DRG, får det ingen konsekvens at en bidiagnose blir tilføyd i undersøkelsen, uavhengig om bidiagnosen var kompliserende eller ukompliserende.

På 2 av de 3 undersøkte enhetene på Ullevål ble det i 2014 gjennomført 34 slike prosedyrer totalt. Disse enhetene behandlet i alt 4 100 pasienter i løpet av den samme perioden. På den 3. avdelingen er ingen av de to prosedyrene registrert utført.

Mens det ved enhetene i 2014 ble utført én tracheostomi pr 121 sykehusopphold, er det i vårt datagrunnlag én tracheostomi pr 72 sykehusopphold. Med sine 640 222 kroner utgjorde forøvrig refusjonen fra sykehusopphold nummer 13 over 17 % av den beregnede ISF-refusjonen for de 72 oppholdene. Dersom tracheostomi ikke hadde blitt utført, hadde oppholdet havnet i DRG 1D med vekt 3,998 og en refusjon på 81 503 kroner.

Opphold 72: Behandlingsoppholdet var det av de 72 oppholdene som genererte nest mest ISF-refusjon med sine 156 664 kroner. Pasienten har under det 11 dager lange oppholdet fått operativt fjernet kreft i spiserøret. Postoperativt ble pasienten behandlet for urinveisinfeksjon. Pasienten hadde tidligere gjennomgått et hjerteinfarkt. Oppholdet var feilkodet, men bidiagnosen tilføyd i undersøkelsen medførte ingen endring i DRG, da oppholdet allerede hadde en kompliserende bidiagnose registrert.

4.3.3 Fleravdelingsopphold

I tabell 7 er samtlige fleravdelingsopphold fremstilt etter samme modell som i tabellen for enavdelingsopphold.

I de 4 øverste radene er til sammen 5 opphold (pasient 67 til og med 38). Disse oppholdene var feilkodet uten at graden av feilkoding ville ført til endret DRG og ISF-refusjon.

Oppholdene i den nederste raden (pasient 27 til og med 22) var alle feilkodet slik at gjennomgangens nye koder ville gitt en ny DRG-gruppering og dermed ny ISF-refusjon. Korrekt ISF-refusjon er ført inn i egen kolonne. Vår vurdering av graden av feilkoding gjenspeiles i plasseringen av oppholdet i tabellen. Opphold med større grad av feilkoding er plassert lengre ned i tabellen enn opphold med mindre grad av feilkoding.

Tabell 7: Samlet fremstilling av fleravdelingsoppholdene. Oversikten viser korrekt og ukorrekt koding i forhold til hoveddiagnose, bidiagnoser, prosedyrekoder og hva eventuell korrekt ISF-refusjon ville utgjort etter gjennomgangen.

Pas. nr.	Opprinnelig ISF	ISF etter undersøkelse	Ukorrekt ISF	Ukorrekt Hoveddiagnose	Ukorrekt / manglende Bidiagnose	Ukorrekt / manglende prosedyrekode
67	12.439,-				X	
68	27.406,-				X	
39	26.461,-				X	X
57	60.369,-			X		
38	26.461,-			X	X	
27	65.215,-	105.864,-	X		X	
32	0,-	15.126,-	X		X	
53	21.788,-	10.967,-	X		X	
66	15.714,-	22.742,-	X		X	
70	24.774,-	42.685,-	X			X
63	14.885,-	97.116,-	X		X	X
10	61.563,-	88.740,-	X	X	X	
15	7.930,-	24.810,-	X	X	X	
24	8.672,-	24.728,-	X	X	X	
52	8.562,-	23.385,-	X	X	X	
22	0,-	39.610,-	X	X		X

Fleravdelingsoppholdene nummer 22 og 32 skiller seg ut fordi de opprinnelig ikke genererte ISF-refusjon i det hele tatt. Oppholdene er kodet feil, men vi har ikke lyktes i å få en forklaring på hvorfor de ikke genererte refusjon.

Opphold 22: Pasienten har en rekke sykdommer og besvær, og har hyppig kontakt med helsevesenet. Av kroniske lidelser kan nevnes: dialysekrevene nyresvikt, hjertearytmi og utposning på aorta. Den aktuelle kontakten er grunnet generelle infeksjonstegn og smerter i mageregionen. Pasienten har permanent dialysekateter som er en synlig lokalisasjon for infeksjon. Etter 9 ressurskrevende døgn på OUS skrives pasienten ut.

Hoveddiagnosen for sykehusoppholdet er blodforgiftning forårsaket av bakterien staphylococcus aureus med ICD-10 koden A41.0.

Ved innleggelsen trodde man at pasientens symptomer skyldtes den sprukne hovedpulsåren, og kodet for det. Da diagnosen ble avkreftet, ble den imidlertid ikke slettet i det pasientadministrative systemet. Den ble dermed stående som hoveddiagnose. Selv om hoveddiagnosen var feil, har oppholdet havnet i en DRG som skulle ha generert noe ISF-refusjon. Imidlertid er det oppført kr 0 i datagrunnlaget til Norsk pasientregister.

Opphold 32: En liknende problemstilling som ved opphold 22 er også tilfelle for opphold 32. Der gjelder innleggelsen hjerte problemer, og oppholdet havner i korrekt DRG. Til Norsk pasientregister står imidlertid oppholdet oppført med kr 0.

Begge disse oppholdene ble fulgt i det pasientadministrative systemet over en periode på flere måneder, uten at feilen ble korrigert. Det så tilsynelatende ut til å foreligge en svikt i systemet, men vi klarte ikke å bringe på det rene hva feilen gikk ut på.

4.3.4 Innleggelsesmåte

Alle pasientinnleggelser er kategorisert som enten elektive (planlagte) eller øyeblikkelig hjelp (ikke-planlagte). Av de 72 sykehusoppholdene var 45 (63 %) øyeblikkelig hjelp (ø-hjelp).

Ved journalgjennomgangen var det ingen ting å utsette på kodingen i 9 av disse oppholdene. De resterende 36 var imidlertid feilkodet. Dette representerer 80 % av ø-hjelpsoppholdene i materialet (tabell 8). Alle fleravdelingsoppholdene var ø-hjelpsopphold, og alle inneholdt kodingsfeil.

Av de 26 elektive innleggelsene fant vi 11 opphold uten kodingsfeil. De resterende 17 (65 %) inneholdt feil (tabell 8).

Tabell 8: Tabellen viser antallet ø-hjelpsinnleggelser og elektive innleggelser som var henholdsvis feilkodet og riktig kodet.

	Ø-hjelpsinnleggelse Antall opphold	Elektiv innleggelse Antall opphold	Totalt antall opphold
Feilkodet	36 (80 %)	15 (56 %)	51 (71 %)
Riktig kodet	9 (20 %)	12 (44 %)	21 (29 %)
Totalt antall opphold	45	27	72

5 DISKUSJON

Vi finner i vår journalgjennomgang en kodekvalitet som viser 21 % feilbestemte hoveddiagnoser og 35 % feil i DRG-gruppering. Dette er ikke ulikt hva tidligere revisjoner har vist. For helseforetaket utgjorde dette et inntektstap på 750 483 kroner.

Basert på resultatene av vår journalgjennomgang ser hypotesen om at *det ikke kan forventes en bedre kvalitet på den medisinske kodingen med det nåværende systemet som praktiseres* dessverre ut til å stemme godt. Vår diskusjon tar utgangspunkt i overskriftene i kapittel 4:

- Kodekvaliteten
- Endring i ISF
- Hvor feilkoding oppstår

5.1 Kodekvaliteten

Diskusjonen rundt resultatet av kodekvaliteten i vår undersøkelse har vi satt opp med utgangspunkt i følgende spørsmål:

- Er datagrunnlaget for vår gjennomgang representativt for kodingen av behandlingsopphold på Oslo universitetssykehus HF, Ullevål?
- Er journalgjennomgangen av oppholdene riktig utført?
- Er datamaterialet representativt?

5.1.1 Er datagrunnlaget for vår gjennomgang representativt?

Datagrunnlaget i undersøkelsen er lite og det kan derfor ikke trekkes konklusjoner om hvordan kodingen utføres på Ullevål eller helseforetaket generelt. Imidlertid er det flere forhold som bidrar til at materialet kan vise seg å være relativt robust til tross for størrelsen.

- Utvalget av sykehusopphold er hentet fra 3 overvåkningsavsnitt på Ullevål i en tilfeldig valgt periode på 14 dager. Perioden er utenfor høytider og ferieavvikling.

- Pasientene på overvåkningsavsnittene er svært varierte. Noen kommer inn som ø-hjelp, andre er planlagte innleggelser. De lider av både medisinske og kirurgiske problemstillinger. Noen blir operert, mens andre bare blir observert. Det kan være korte opphold for svært enkle problemstillinger eller lange opphold for komplekse intensivpasienter. Mange er også innom flere avdelinger i løpet av sitt sykehusopphold. Det er flere leger fra mange ulike spesialiteter som utfører den medisinske kodingen.
- Journalgjennomgangen ble gjennomført etter at oppholdene var sent til Norsk pasientregister for refusjon.
- Graden av feil i hoveddiagnoser og DRG-gruppering er i størrelsesorden rimelig lik graden av feil i tidligere gjennomførte revisjoner.

Vi har altså undersøkt 72 sykehusopphold på Ullevål. I 2014 var det på hele OUS (Ullevål sykehus, Aker sykehus, Rikshospitalet og Radiumhospitalet) 104 390 sykehusopphold.

Blant de 72 sykehusoppholdene finnes et opphold hvor det ble utført en percutan tracheostomi, prosedyrekode GBB03 (pasient nummer 13). Som tidligere nevnt overstyrer denne prosedyrekoden alle diagnosekoder. DRG blir automatisk 483, med tilhørende vekt 31,405. I 2014 ga dette en refusjon på kr 640 222 kroner.

Beregnet ISF-refusjon for de 72 sykehusoppholdene i undersøkelsen var 3 713 290 kroner. Med sine 640 222 kroner utgjør refusjonen fra sykehusopphold nummer 13 over 17 % av dette beløpet.

Mens det ved enhetene i 2014 ble utført én tracheostomi pr 121 sykehusopphold, er det i vårt datagrunnlag én percutan tracheostomi blant 72 sykehusopphold. Pasient 13 trekker resultatet i en retning som underestimerer feilene vi har funnet.

Omfanget av feilkodingen som undersøkelsen avdekker lar seg sammenligne med resultatene fra tidligere revisjoner ved forskjellige helseforetak, oppført i kapitlet **2.3 Kodekvaliteten i Norge**. I tabell 9 er resultatene fra tidligere revisjoner og vår undersøkelse satt opp skjematisk med prosentvis feil i hoveddiagnose og DRG.

Tabell 9: Parameterne; antall reviderte sykehusopphold, feil hoveddiagnose og feil DRG fra masteroppgavens gjennomgang, satt under de samme parameterne fra tidligere revisjoner.

Revisjoner	Antall reviderte sykehusopphold	Feil hoveddiagnose	Feil DRG
Riksrevisjonen, 2002	336	33 %	18 %
SINTEF, 2003	500	42 %	33 %
SINTEF, 2005	1335	37 %	25,5 %
Riksrevisjonen, 2009	1000	36,2 %	24,5 %
Master UiT, 2015	72	21 %	35 %
De 56 enavdelingsoppholdene isolert		14 %	25 %
De 16 fleravdelingsoppholdene isolert		44 %	69 %

Vår gjennomgang viser en noe lavere andel av feil hoveddiagnoser, og en noe høyere andel av feil DRG-gruppering. Til tross for det begrensede datagrunnlaget 72 opphold gir, ser vi en tydelig trend som sammenfaller med resultatene fra tidligere revisjoner. Et viktig moment er at tidligere revisjoner kun har sett på enavdelingsopphold. Når vi trekker fra de 16 fleravdelingsoppholdene i vår undersøkelse, og kun ser på tallene for de 56 enavdelingsoppholdene, var 14 % kodet med gal hoveddiagnose og 25 % kodet til gal DRG. Kodingen av hoveddiagnoser var således i større grad korrekt enn hva tidligere revisjoner konkluderte med.

Vi har ingen holdepunkter for at de 72 behandlingsoppholdene i vår gjennomgang ikke er representative for kodepraksisen ved Oslo universitetssykehus HF, Ullevål.

5.1.2 Er gjennomgangen av behandlingsoppholdene riktig utført?

Som nevnt var masteroppgavens hypotese at kvaliteten på den medisinske kodingen ikke blir

god nok med det nåværende systemet. Det til tross for alle forbedrende tiltak som helseforetaket setter inn. Det kan ikke utelukkes at hypotesen har påvirket vår journalgjennomgang.

Den av oppgavens forfattere som har utført journalgjennomgangen har imidlertid svært god innsikt i medisinsk diagnostisering og medisinsk koding. Forfatteren er spesialist i anesthesiologi og har i mange år vært kodeansvarlig lege på en stor sykehusenhet. Hun har gjennomført helseforetakets kurs i medisinsk koding, tatt e-læringskurset til Helse Sør-Øst/Helsedirektoratet, deltatt på nasjonale møter om medisinsk koding, deltatt på tidligere interne koderevisjoner på OUS, medvirket i utarbeidelsen av en ny organisering av kodesettingen i det pasientadministrative systemet ved OUS, vært medvirkende til at OUS har omdefinert hva som er en kodeansvarlig avdeling og deltatt i en rekke utredningsgrupper i regi av Helsedirektoratet og Nasjonal IKT innenfor standardisering og medisinsk koding. Forfatteren mener seg kompetent til oppgaven.

Det var på forhånd bestemt at ved en eventuell usikkerhet rundt kodesettingen, skulle en av sykehusets koderådgivere konsulteres. Det viste seg imidlertid at journaldokumentasjonen stort sett var så god at det var relativt enkelt å vurdere hvordan oppholdene burde vært kodet. Det ble derfor ikke behov for å konsultere koderådgivere. Som et eksempel kan følgende nevnes:

Pasientopphold nr 52 var en innleggelse med mistanke om en pussansamling (abscess) i endetarmen. Oppholdet ble initialt kodet som dette med koden K60.0. I operasjonsbeskrivelsen kan det leses at det ikke var tegn til abscess. Det forelå derimot en fissur - noe det innlimte utdrag av operasjonsnotatet beskriver:

narkose, da det ikke var mulig å undersøke ellers. Man fant en analfissur kl 6. Ingen tegn til perianal abscess, hemorroider eller annen patologi. Det ble satt Botox-injeksjoner kl 3 og kl

Fissuren kodes korrekt som K61.0. Imidlertid ble ikke K60.0 fjernet. Den ble stående som en kompliserende bidiagnose og medførte at oppholdet havnet i feil DRG. Dette er for øvrig det eneste tilfelle vi fant hvor OUS hadde mottatt for høy refusjon.

Et annet eksempel er pasient nr 63. Pasienten er registrert som lett dement med ICD-10-koden F06.7 (lett organisk kognitiv lidelse) som bidiagnose. Journaldokumentasjonen sier imidlertid noe helt annet.

Bakgrunn/indikasjon: Denne meget åndsfriske gamle kvinnen er hjemmeboende og selvhjulpen til daglig. Hun falt i går og innkommer med nakkesmerter. Ingen nevrologiske utfall. CT viser densfraktur type 2 i god stilling. Ut i fra alder og hennes totalsituasjon anbefaler vi operativ behandling og vi har informert henne om tilstanden, inngrepet samt

Den samme pasienten mangler bidiagnosene radiusfraktur (brudd i håndledd), bekkenfraktur samt hyponatremi og hypokloremi (forstyrrelser i saltbalansen). Disse diagnosene er også godt dokumentert i journalen, men er utelatt som koder i det pasientadministrative systemet.

Aktuelle:

Fallskade ■■■, påvist Dens fraktur som ble operert igår. Ingen utfall.
Radius fraktur ve side, foreløbig gipset - skal få ortopædene her til å se på gipsen.
Bekken fraktur, stabil, ingen indikasjon for operasjon.

Ved innkomst hyponatremisk med Se Na 125, chloride 90. Informasjon om diarrhe

Som veiledning i gjennomgangen ble den nasjonale kodeveilederen utgitt av Helsedirektoratet benyttet (Helsedirektoratet, 2014b). Det kan ikke utelukkes at andre kodere ville gjort andre vurderinger.

Vi fant at 4 av de 72 behandlingsoppholdene ikke genererte ISF-refusjon. Dette utgjør en relativt stor andel av oppholdene (5,5 %). For helseforetaket kan dette representere et inntektstap som kanskje ikke er blitt oppdaget og korrigert. Det er vanskelig å tolke dette som annet enn fravær av en reell internkontroll. Internkontrollen sjekker normalt oppholdene som har havnet i en DRG som ikke gir en økonomisk refusjon (DRG 477). Dette er gjerne pasientopphold hvor det ikke er lagt inn koder i det pasientadministrative systemet. Det sendes pasientlister til sykehusets kodeveiledere, som så igjen videresender disse til de respektive kodeansvarlige på sykehusavdelingene. Meningen er at de kodeansvarlige deretter skal kontrollere og kode oppholdene.

For å fange opp alle pasientopphold, forutsettes det at DRG-listene som gjennomgås av internkontrollen faktisk inneholder alle pasientoppholdene. I tidligere revisjoner er sykehusoppholdene i sin helhet trukket ut fra data i Norsk pasientregister (Riksrevisjonen, 2002) (SINTEF Unimed, 2003) (SINTEF Helse, 2005) (Riksrevisjonen, 2009). Registeret representerer endepunktet for databehandlingen av sykehusoppholdene. I vår journalgjennomgang har vi tatt utgangspunkt i den andre enden, der hvor primærregistreringen av sykehusoppholdet finner sted – fra oppholdslistene generert av journalsystemet. Vi finner altså en diskrepans mellom listen over pasientoppholdene i pasientjournalen og pasientoppholdene som overføres til DRG-grupperingen i det pasientadministrative systemet (som vidererapporterer til Norsk pasientregister). I revisjonene til SINTEF og Riksrevisjonen ville det ikke vært mulig å påvise en eventuell mangel på overføring til pasientregisteret. De eneste som tidligere har påpekt at et sykehusopphold ikke er gjenfunnet hos Norsk pasientregister er Helsetilsynet. De bemerker dette i en rapport fra 2004 (Helsetilsynet, 2004).

På mistanke om et mulig straffbart forhold gjorde de en målrettet gjennomgang av blant annet 100 journaler på Øre-nese-halsavdelingen ved Arendal sykehus i 2002. De påviste mangler ved diagnosesettingen i 16 % av journalene. I tillegg bemerket de at et av sykehusoppholdene ikke kunne gjenfinnes hos Norsk pasientregister.

Vi mener at gjennomgangen av behandlingsoppholdene er riktig utført.

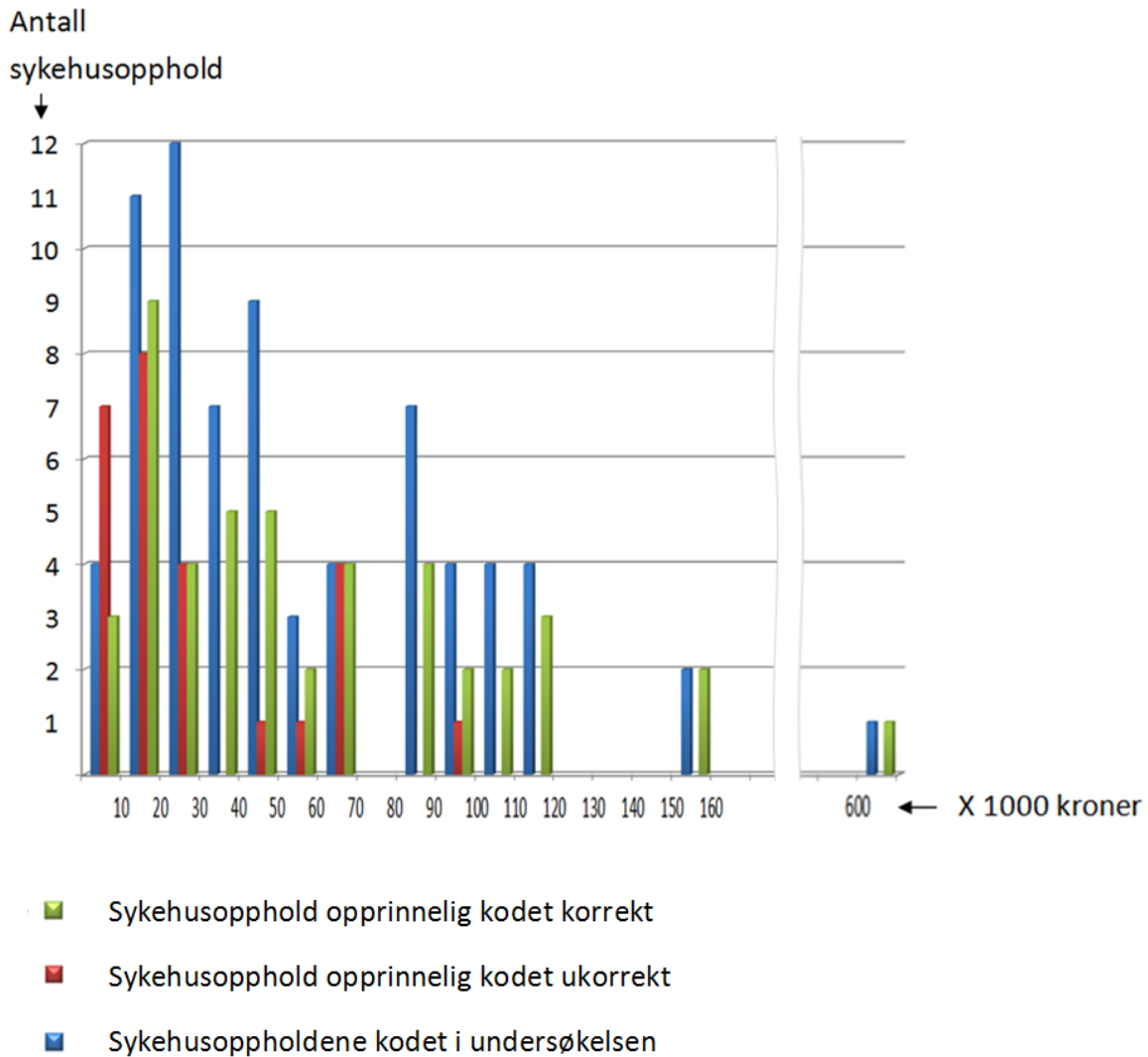
5.2 Endring i ISF

Gjennomgangen viste at sykehuset tapte 750 483 kroner i ISF-refusjon på feilkodingen av de 72 sykehusoppholdene i gjennomgangen. Vi merker oss at kun ett opphold var kodet til en uriktig for høy ISF-refusjon. Dette var pasient nr 52, et fleravdelingsopphold som var kodet til å utgjøre 21 788 kroner i refusjon. Det riktige beløpet skulle vært 10 976 kroner.

I vår gjennomgang kan vi ikke finne noe som gir mistanke om at sykehusopphold blir kreativt kodet for at helseforetaket skal tilegne seg en økonomisk gevinst. Dette er helt i tråd med hva tidligere revisjoner har vist.

I figur 6 er de 72 sykehusoppholdene fordelt etter størrelsen på ISF-refusjonen, etter hvor de plasserte seg innenfor bolker á 10 000 kroner. De blå søylene er den korrekte plasseringen av oppholdene etter undersøkelsen. De røde søylene representerer opphold som opprinnelig var kodet ukorrekt, og den størrelsesorden på ISF-refusjon de dermed fikk. De grønne søylene er opphold som var kodet korrekt.

Figur 6 visualiserer hvordan sykehusets feilkoding medfører at oppholdene samlet sett genererer urettmessig lav ISF. Med de blå søylene som «fasit» sees hvordan de grønne søylene er kortet ned til fordel for de røde. Antallet opphold (grønn + rød) er det samme som de korrekte (blå). Bare under de første 2 bolkene, ISF-størrelse fra 0 tom 20 000 kroner, viser de røde søylene at hele 15 opphold urettmessig er blitt plassert. Disse oppholdene skulle vært fordelt lengre til høyre i figuren, og således hevet de grønne søylene der.



Figur 6: Sykehusopphold fordelt i bolker á 10.000,- kroner etter ISF-størrelse slik oppholdene var kodet, både korrekt og ukorrekt, og slik de ble kodet i undersøkelsen.

5.3 Hvor feilkoding oppstår

Feilkoding som medfører at sykehusoppholdene får ny DRG finner sted i nær 69 % av fleravdelingsoppholdene (11 av 16 opphold), mot 25 % av enavdelingsoppholdene (14 av 56 opphold). Dette er betydelig til tross for lite datamateriale, og vi ønsket å finne ut av årsakssammenhengene.

5.3.1 Enavdelingsoppholdene

Tabell 6 gir umiddelbart en mistanke om hvorfor feilkodingsgraden er slik den er blant enavdelingsoppholdene. Vi kan dele tabellen i 3 nær like store deler (figur 7)

- Oppholdene som var riktig kodet
- Oppholdene som var feil kodet, men hvor feilene ikke ga utslag på ISF
- Oppholdene som var feil kodet, og hvor feilkodingen ga utslag på ISF

Pos. nr.	Opprinnelig ISF	ISF etter undersøkelse	Ukorrekt ISF	Ukorrekt Hoveddiagnose	Ukorrekt / manglende Bidiagnose	Ukorrekt / manglende prosedyrekode
1	112.714,					
5	13.962,					
14	81.503,					
16	32.923,					
19	11.396,					
20	10.546,					
26	14.596,					
31	9.644,					
34	22.466,					
46	111.002,					
49	43.504,					
50	15.962,					
54	88.853,					
55	82.400,					
56	65.075,					
58	33.522,					
59	98.308,					
61	33.522,					
69	16.813,					
71	107.228,					
7	152.427,				x	
11	88.742,				x	
13	640.222,				x	
17	8.686,				x	
18	47.744,				x	
21	11.683,				x	
25	59.999,				x	
28	44.176,				x	
29	89.474,				x	
35	775,				x	
37	11.683,				x	
41	92.383,				x	
47	65.215,				x	
48	51.858,				x	
60	112.424,				x	
65	35.802,				x	
72	156.664,				x	
12	49.579,					x
36	32.699,					x
30	46.113,				x	
44	105.864,				x	
6	12.923,	24.728,	x		x	
7	12.923,	24.728,	x		x	
8	12.923,	24.728,	x		x	
43	65.215,	105.864,	x		x	
64	50.874,	88.853,	x		x	
9	10.743,	47.112,	x		x	x
4	69.198,	152.427,	x		x	x
40	43.383,	112.714,	x		x	x
3	14.127,	52.086,	x	x		
23	0,	39.610,	x	x		
42	12.923,	24.728,	x	x		
51	92.063,	92.267,	x	x		
45	21.222,	88.742,	x	x		x
62	21.146,	44.779,	x	x		x
33	0,	0,	feilplassert / uklart forløp			

Korrekt kodet

Ukorrekt kodet - korrekt ISF

Ukorrekt kodet - ukorrekt ISF

Figur 7: Data fra tabell 6, alle enavdelingsoppholdene, fremstilt som 3 grupper. Korrekt kodet (grønn), ukorrekt kodet uten endring i ISF-refusjon (gul) og ukorrekt kodete opphold med endring i ISF-refusjonen (rød).

Resultatene kan gi mistanke om at det er tilfeldigheter som rår. I det midterste feltet er det tydelig at bidiagnosene som var ukorrekt kodet, var ukompliserende (kompliserende og ukompliserende bidiagnoser er forklart i kapittel 2.5 Årsaker til feilkoding). Vi ser også at utelatte prosedyrekoder kan unngå å ha effekt på ISF-refusjonen, liksom også endret hoveddiagnose kan det. At endring av hoveddiagnose ikke endrer DRG-gruppe, forekommer imidlertid mindre hyppig.

I det nederste feltet har feilkodingen fått konsekvenser for ISF-refusjonen. I oppholdene som fikk nye koder for bidiagnoser, var det kompliserende bidiagnoser som opprinnelig var utelatt. Det samme gjelder for det ene oppholdet hvor en prosedyrekode var utelatt (pasient nr 9). Her endret prosedyrekoden ISF-refusjonen fra 10 743 kroner til 47 112 kroner.

De nederste oppholdene (med unntak av pasient 33) fikk nye hoveddiagnoser etter gjennomgangen. Dette ville ført til en av ISF-refusjonen.

Den tydelige tredelingen av tabellen viser at det hovedsakelig er blant bidiagnoser og prosedyrer at det kodes feil. Dette kan bero på alt fra misforståelser og kunnskapsmangel, til tidspress og slurv. Konsekvensene av feilkodingen er, som vi ser, tilfeldig. Sett fra et ISF-perspektiv, går det galt nesten like ofte som det går bra.

5.3.2 Fleravdelingsoppholdene

Tabell 7 viser først og fremst det iøynefallende at **ingen** av fleravdelingsoppholdene var korrekt kodet.

Hovedårsaken til at det foreligger mer feilkoding her enn hos enavdelingsoppholdene kan være at flere personer involveres i kodesettingen. Hver avdeling setter egne medisinske koder for oppholdet på sin avdeling. For en pasient som flyttes mellom ulike avdelinger vil det være flere personer som skal angi koder. Når flere involveres, gir det rom for at flere ulike klassifiseringsvarianter benyttes for samme diagnose.

Et eksempel som tydeliggjør dette er pasient nummer 56 hvor demens kodes på 4 ulike måter. Pasienten er dement og bor på sykehjem. Der faller hun og får en hjerneblødning som etter hvert må opereres. Pasienten blir først innlagt på slagenheten på geriatriisk avdeling for det man tror er et hjerneslag. Der påvises det imidlertid at hun har en hjerneblødning og hun overflyttes til neurokirurgisk avdeling for operasjon. Etter operasjonen blir hun liggende i 5 døgn på postoperativ avdeling. Begge avdelingene, geriatriisk og neurokirurgisk, med sine underenheter, skal kode oppholdet. Neurokirurgisk avdeling koder hennes demens som F03 (uspesifisert demens) og F06.7 (lett organisk kognitiv lidelse). Geriatriisk avdeling bruker

koden F00.2 (demens ved Alzheimer, atypisk eller blandet), mens akuttmottaket bruker koden G30.8 (annen spesifisert Alzheimers sykdom). I innkomstjournalen er det dokumentert at det foreligger en blandingsdemens. Se innlimt utdrag:

Tidligere sykdommer:

Blandingsdemens. Atrieflimmer behandlet med Xarelto. Hypertensjon. Per trochanter femurfractur venstre side ~~2012~~, operert med glideskrue og plate.

Pasienten er tidligere utredet for dette og koden F00.2 er den korrekte. Det er forøvrig 98 medisinske koder for ulike typer demens, så muligheten for at avdelingene koder dette ulikt er absolutt tilstede. De som koder, ser ikke hva andre enheter og avdelinger har kodet, da dette er informasjon som aktivt må søkes opp i andre skjermbilder.

I det aktuelle sykehusoppholdet var det en bidiagnose som var kodet på flere ulike måter, og dette fikk ikke betydning for DRG gruppen som pasienten havnet i. Dersom det hadde vært hoveddiagnosen som ble endret på samme måte, er det en mye større mulighet for at oppholdet hadde blitt gruppert til en annen DRG.

5.3.3 Inadekvat toveis kontrollspor

Pasient nummer 33 er tilsynelatende riktig journalført i pasientsystemet, mens oppholdet ikke er blitt gruppert til en DRG. En mulig forklaring på dette kan være at det foreligger en programvarefeil. Alternativt kan det ha skjedd en registreringsfeil som ikke er synlig for brukeren. I alle ordinære regnskapsprogram gjelder prinsippet om toveis kontrollspor. Dette betyr at det skal være mulig å gå fra den enkelte transaksjon til sluttresultatet og fra sluttresultatet og tilbake til de underliggende transaksjonene. Det samme prinsippet bør gjelde ved økonomisk avregning av spesialisthelsetjenester mellom sykehusene som leverandør og staten som oppdragsgiver.

Vi har ikke informasjon om en slik kontroll finner sted. I helsedirektoratets publikasjon Innsatsstyrt finansiering 2014 (Helsedirektoratet, 2013) er det beskrevet at pasientregisteret

hvert tertial skal kontrollere og rapportere tilbake til sykehusene for å kvalitetssikre datagrunnlaget. Hva denne tilbakerapporteringen består i er ikke beskrevet. Tre ganger per år rapporterer helseforetakene inn sykehusoppholdene for de 4 siste månedene til registeret. Det fremgår av nettsiden til Norsk pasientregister at innsendingen kan gjøres på to måter – enten i en rekommandert sending, eller elektronisk (Norsk pasientregister, 2015). Det varierer hvilken metode helseforetakene benytter. Norsk pasientregister er et sentralt nasjonalt helseregister og ikke et ordinært regnskapsprogram. I registerets forskrift foreligger det ingen opplysninger som kan tolkes i retning av at det eksisterer et toveis kontrollspor som er i bruk. Tvert i mot så heter det i forskriftens paragraf 2-3 at *«avsender er pålagt å foreta en kvalitetskontroll av de data som rapporteres og å påse at dataene som gis til Norsk pasientregister er komplette»*. Forskriften forøvrig konsentreres stort sett rundt ivaretagelsen av personvernet (Lovdata, 2015).

5.4 Hvordan kan OUS, Ullevål, bedre sin medisinske kodekvalitet?

I en styresak i 2011, i etterkant av den nasjonale internrevisjonen av medisinsk kodepraksis i helseforetakene i 2011 (Internrevisjonene i de regionale helseforetakene, 2011) besluttet Helse Sør-Øst RHF 6 tiltak for å bedre kvaliteten på kodingen i regionen (Helse Sør-Øst, 2011):

1. Videreføring av en tverrfaglig sammensatt ressursgruppe for kodingskvalitet i RHF
2. Styrking av opplæring og oppfølging av medisinsk koding generelt
3. Oppdatering og videreutvikling av e-læringsprogrammet i medisinsk koding i samarbeid med helseforetakene og Helsedirektoratet.
4. Omlegging av arbeidsflyt i kodingsprosessen i tråd med forslagene i revisjonsrapporten.
5. Etablere et prosjekt for utvikling av IKT-basert prosesstøtte for medisinsk koding
6. Helse Sør-Øst RHF vil ta initiativ til at kodingen i større grad utføres av godt kvalifiserte kodere

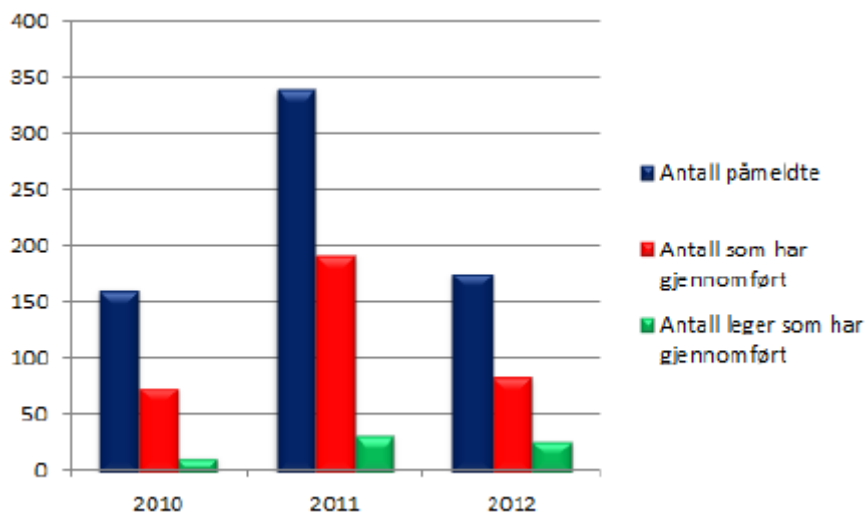
På nettsidene til Helse Sør-Øst kan man lese at det i 2012 ble utført en utredning om tiltak som kan sikre at medisinsk koding utføres av godt kvalifiserte kodere i form av en kartlegging av hvordan medisinsk koding utføres i utvalgte land (Helse Sør-Øst, 2013). Dette er

kartleggingen som vi blant annet har omtalt under punkt **2.7 Medisinsk koding internasjonalt**. Helse Sør-Øst RHF mener videre at

«det er mye som taler for at medisinsk koding bør profesjonaliseres og effektiviseres».

De 6 punktene ovenfor kan virke lovende. Tatt i betraktning at vår lille undersøkelse på ingen måte antyder noen effekt av arbeidet til en eventuell ressursgruppe, at Helse Sør-Øst RHF sitt initiativ til at godt kvalifiserte kodere i større grad skal kode ikke synes å vises, at nettsiden har vært uendret i flere år, samt at linken til e-læringskurset det henvises til nå er inaktiv, er det imidlertid ikke noe som tyder på en snarlig endring.

Når det gjelder punkt 3 vedrørende e-læringsprogrammet så har det riktignok blitt nasjonalt og driftes nå av Helsedirektoratet. Det er imidlertid vanskelig å finne fram til, og man må i praksis vite at det finnes for å kunne lokalisere det. Som tidligere nevnt har det ikke latt seg gjøre å få oppdaterte tall fra Helsedirektoratet med tanke på hvor mange leger som har gjennomført programmet. Fra en rapport utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF om medisinsk koding (Helse Sør-Øst, 2013) har vi hentet denne figuren (figur 8)



Figur 8. Oversikt over antall påmeldte og gjennomførelse av e-læringskurset.

Det opplyses i rapporten at det i 2011 var 5 439 legene som var tilknyttet klinisk virksomhet ved somatiske avdelinger i Helse Sør-Øst RHF. I perioden 2010 til 2012 hadde totalt 678

personer meldt seg på e-læringskurset, mens kun 350 hadde gjennomført. Av de 350 var 71 leger. Noen av disse har tatt kurset flere ganger.

Det sier seg selv at dersom Helse Sør-Øst RHF skal iverksette punkt 2 vedrørende en styrkning av opplæring og oppfølging av medisinsk kodingen generelt, så foreligger det en enorm utfordring. Grunnopplæring av nær 5 500 leger, med stadig turnover og nye årlige kodeoppdateringer, vil være svært ambisiøst. Basert på tidligere erfaring, så er det heller intet som tyder på at intensjoner om å lære opp leger generelt i medisinsk koding vil være vellykket.

Når det gjelder punkt 4 vedrørende omlegging av arbeidsflyt i kodingsprosessen, så ble det tatt et initiativ av daværende adm dir og viseadm dir i Helse Sør-Øst RHF Bente Mikkelsen og Steinar Marthinsen overfor Helsedirektoratet. De foreslo en ny mal for diagnosebeskrivelser i epikriser, der «ICD-10 koder ble fjernet til fordel for presise tekstlige kliniske diagnosebeskrivelser» (Mikkelsen & Marthinsen, 2012).

Når det gjelder punkt 5 vedrørende IKT-basert prosesstøtte, ble det i 2012 gjennomført et forprosjekt for utvikling av en nasjonal kodingsmodul. Forprosjektet var et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Helse Sør-Øst RHF. En av denne oppgavens forfattere var medlem i prosjektets referansegruppe. Det ble skrevet en rapport (Helsedirektoratet, 2012).

Når det gjelder punkt 6, så er det utarbeidet et dokument med kartlegging av medisinsk koding i Norge og noen utvalgte land (Helse Sør-Øst, 2013).

Til tross for en tilsynelatende endringsvilje, samt en rekke utredninger og tiltak, virker det ikke som om hverken OUS, det regionale helseforetaket eller Helsedirektoratet evner å ta steget videre. Vi kan ikke se at det i det hele tatt er blitt foretatt noen endringer som har hatt effekt på dagens kodepraksis.

Basert på vår undersøkelse, med sine begrensninger, ser vi en tendens til at feilkodingen øker når sykehusoppholdet går fra å være et enavdelingsopphold til å bli et fleravdelingsopphold. Norsk pasientregister definerer en avdeling som «*den enhet som har det administrative linjeansvaret for pasientbehandlingen*» (Norsk pasientregister, 2015). Dette er en relativt «åpen» definisjon, og det er svært forskjellig hvordan de ulike helseforetakene organiserer

sine avdelinger. Noen steder er dette vidtfavnende overordnede enheter (f.eks ortopedisk avdeling), mens det hos andre er brutt langt ned på subspecialistnivå (avdeling for ankelkirurgi).

Dersom OUS omdefinerer sine avdelingsnivå til å være store overordnede enheter, for eksempel hele klinikker, eller endrer til å rapportere på sykehusopphold fremfor avdeling, så vil antallet fleravdelingsopphold reduseres og den medisinske kodingen kan kanskje umiddelbart bedres. På bakgrunn av vårt tallmateriale kan vi ikke vurdere hvor stor effekt dette eventuelt vil ha. Imidlertid indikerer 16 fleravdelingsopphold blant de 72 oppholdene at det kan ligge et betydelig potensiale i en slik omdefinering.

5.4.1 Hvem bør kode?

Som vi nå har påpekt en rekke ganger er kodekvaliteten i Norge svært dårlig. Ikke på noe tidspunkt siden ISF-ordningen ble innført i 1997 har den medisinske kodingen vært tilfredsstillende.

Hverken helsemyndighetene sentralt eller helseforetakene lokalt, har formulert konkrete mål for kodingskvalitet. Kvaliteten måles da heller ikke. Fagsjef i klinisk IKT i Helse Sør-Øst RHF, Arnt Ole Ree, har påpekt at kvaliteten bør være avhengig av formålet med kodingen.

Dersom formålet primært er helsestatistikk og aktivitetsmåling, har feilkoding betydelig større konsekvenser enn når formålet kun er finansielt.

Siden ISF for tiden utgjør 50 % av helseregionenes finansiering, er det kanskje godt nok med 70-80 % korrekt koding. En bedre koding vil kun medføre at DRG-vektene endres, slik at totalfinansieringen av helsevesenet til enhver tid er innenfor budsjetttrammene. Resultatene fra de tidligere nevnte koderevisjonene, kan tyde på at variasjonen i kodingen i stor grad rammer tilfeldig. Det er aldri påvist noen stor forekomst av systematisk feilkoding for økonomisk gevinst. Dersom vi antar at dette er riktig, kan den økonomiske fordelingen totalt sett være god nok med dagens system. Det vil si at den medisinske kodepraksisen sannsynligvis kan fortsette som den er nå.

Dersom formålet er statistikk til forskning, kobling av ulike registre, aktivitetsmål for helsehjelp fra nasjonalt plan og helt ned til enhetsnivå etc, er situasjonen en helt annen. Da bør kodingen være så nær 100 % korrekt som det er mulig å få den. Det er interessant å lese i ISF 2014 side 24 der det presiseres at

«Medisinsk koding av aktivitet som inngår i grunnlaget for beregning av innsatsstyrt finansiering skal finne sted i tråd med gjeldende nasjonal kodeveiledning fra Helsedirektoratet» (Helsedirektoratet, 2013).

I følge Arnt Ole Ree, kan ikke det bety annet enn at kodingen skal være korrekt, det vil si så nær 100 % som mulig (privat meddelelse). Han poengterer videre at dersom kodingen skal utføres av noen som er godt kvalifiserte, må kodingsarbeidet overføres til andre enn legene (Ree, 2015). Etter at vi har utført journalgjennomgangen og sett hvor mye feilkoding som finner sted, må vi si oss fullstendig enige i dette. Legene har vist gjennom en årrekke at de bør holde seg til det de kan best, nemlig å diagnostisere. Den medisinske kodingen må andre utføre.

Flere ganger årlig arrangerer DRGforum møter for personer, institusjoner og firmaer som er interesserte i å arbeide med medisinsk koding. Til møtene kommer ivrige og interesserte merkantilt ansatte fra hele landet. Kun en håndfull leger møter. Det ikke noe som tyder på at det vil være et problem å rekruttere merkantilt personale til å utføre den medisinske kodingen.

ISF-regelverket er komplisert og dokumentene med koderegler er svært omfattende. Regelverket anses dessuten nærmest som «ferskvare» i det det årlig kan være omfattende oppdateringer og endringer. For en lege som ikke har sitt daglige fokus på kodereglene, kan det være svært utfordrende å ha oversikt. Helsedirektoratet har en nettside med kontinuerlig oppdaterte kodeverk (Helsedirektoratet, 2015b). Nettsiden er god, men komplisert.

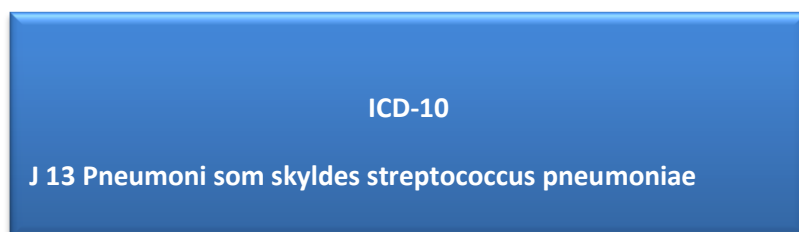
Siden det over tid sannsynligvis kun vil være en marginal økonomisk gevinst ved å kode bedre, er det ingen grunn til å tro at helseforetakene selv ønsker å ta kostnaden ved å forbedre kodingen. Sannsynligvis kan man ikke komme videre før et overordnet organ som Helsedirektoratet gir konkrete føringer om endring.

Et sykehus har imidlertid tatt et lite steg i retning av å la utdannede kodere stå for den

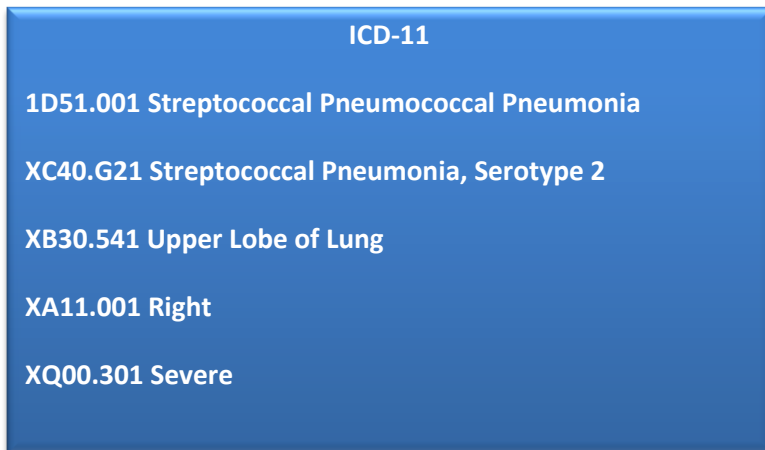
medisinske kodingen. På Sykehuset Telemark HF, har det over 8 mnd i 2015 pågått et pilotprosjekt der all kodingen på seksjon for plastikkirurgi er gjort av utdannede kodere. Hensikten til prosjektet har vært å måle effekten av at kodekonsulenter i større grad koder. Prosjektet er nylig avsluttet og av resultatene som hittil har blitt presentert går det fram at kodingen nå er betydelig mer spesifikk enn tidligere (Angell, 2015). Helse Sør-Øst RHF har gjort en journalrevisjon av prosjektet, og de har ikke kunnet påvise noen feil i ICD-10-kodingen. En erfaring Sykehuset Telemark har gjort er at dersom koderne skulle kunne oversette de medisinske diagnosene i journalen korrekt, måtte legene bli mer presise i hvordan de formulerte diagnosene. Det ble nødvendig å bevisstgjøre legene dette, samt lage egne maler for dokumentasjon i pasientjournalen.

Begge oppgavens forfattere har selv erfart at det ikke er uvanlig at legene unnlater å føre inn pasientenes faktiske diagnoser i journalen. En lege kan for eksempel beskrive at en pasient har produktiv hoste, er tungpusten, vise til fortetninger på lungerøntgenbildene, samt starte med antibiotikabehandling, uten å nevne at pasienten faktisk har lungebetennelse. Dersom journalformuleringene er vage, blir det svært vanskelig for en utdannet koder å kode korrekt. Som nevnt under punkt **2.7 Medisinsk koding internasjonalt**, har en av oppgavens forfattere selv observert både i USA og i Storbritannia at det amerikanske journalsystemet Epic® ser ut til å ha tatt høyde for at leger er tilbakeholdene med å formulere diagnoser. Journalsystemet har fokus på at det medisinske personellet skal føre opp eventuelle nye aktuelle problemstillinger fremfor diagnoser.

En løsning på kodeproblemet kan tvinge seg fram i forbindelse med at Verdens helseorganisasjon oppdaterer til kodeverket ICD-11 i 2018. Kodeverket baserer seg på en mer kompleks oppbygning av hvordan en medisinsk tilstand skal beskrives. Som eksempel kan nevnes en pasient som behandles for en alvorlig lungebetennelse i høyre lunge. Betennelsen forårsakes av bakterien streptokokkus pneumonia. For å klassifisere dette i dag i ICD-10 benyttes koden:



I ICD-11 skal dette kodes slik (Steinum, 2014):



Innføringen av ICD-11 krever omfattende endringer i det pasientadministrative systemet samt at DRG-logikken må restruktureres. Kodingen vil både bli mer tidkrevende og mer kunnskapskrevende, og dermed også mer ressurskrevende.

Ved et enkelt usystematisk søk i betaversjonen av ICD-11 på WHO's nettsider fant vi forøvrig 137 koder for ulike typer demens (jfr 98 som vi fant fram til i ICD-10). De 137 utgjorde basiskodene, altså før kodetillegg av symptomer, alvorlighetsgrad, behandling etc.

Vi håper at Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene også ser at overgangen til ICD-11 er en god anledning til å gjøre endringer i dagens kodepraksis. Det er imidlertid ikke langt frem til 2018, så det haster med å sette opp en handlingsplaner for dette.

5.5 Konklusjon

- I undersøkelsen fastslo vi kvaliteten på de medisinske kodene i sykehusoppholdene:

Konklusjonen er at vi ikke kan se at kvaliteten på medisinsk koding ved Oslo universitetssykehus HF, Ullevål, var annerledes enn den kvaliteten regionale og nasjonale revisjoner har vist at har vært gjeldene i Norge, og som har vært vurdert som for dårlig.

- Vi undersøkte om grunnlaget for ISF var korrekt:

I undersøkelsen tapte OUS 750 483 kroner på feilkodingen. Kun ett opphold var kodet til urettmessig høy ISF. Vi har følgelig ingen holdepunkter for at det ligger økonomiske motiv bak feilkodingen.

- Vi kartla hvilke sykehusopphold som hyppigst ble feilkodet:

Feilkodingen i undersøkelsen bærer preg av tilfeldigheter. Blant sykehusoppholdene var det langt vanligere at diagnoser var utelatt, enn at oppholdene var kodet korrekt. I oppholdene hvor mer enn én sykehusavdeling var involvert i behandlingen, eskalerte feilkodingen fullstendig. Ingen av disse oppholdene var kodet korrekt, og 69 % av dem var kodet til å generere feil ISF-refusjon.

Oppbygningen av sykehusavdelinger som egne administrative enheter kan ha påvirket den medisinske kodingen av fleravdelingsoppholdene. Vi opplever at hver avdeling har kodet ut i fra sin behandlingsinnsats, hvorpå helheten i oppholdet er gått tapt. At det blant fleravdelingsoppholdene var nær like vanlig at hoveddiagnosen var galt satt, som at den var korrekt satt, mener vi illustrerer dette.

For eventuell videre forskning, kunne det vært interessant å vite nøyaktig hva kodende leger tenker i prosessen. En slik undersøkelse kunne vært gjennomført ved at sykehusopphold ble fulgt, og legene intervjuet underveis. Vi mener imidlertid at det ikke er hensiktsmessig å fortsette å forsøke å løfte kodekompetansen blant alle legene, men heller tilrettelegge systemet slik at kompleksiteten ikke er så stor, og mulighetene for feil så mange.

- Belysning av hvordan Oslo universitetssykehus HF, Ullevål, kan bedre sin medisinske kodekvalitet:

Kodesystemet er komplekst og vi er av den oppfatning at kurs og treningstiltak for alle sykehusleger, innenfor grensen av hva som er rimelig i forhold til ressurser og tid, ikke vil bedre kodekvaliteten.

For at kvaliteten på kodingen skal bedres, ser vi et tiltak som kan settes inn relativt umiddelbart:

Koding på avdelingsnivå utgår til fordel for koding på sykehusoppholdsnivå. Med det forventer vi ikke at kodekvaliteten på enavdelingsoppholdene vil endre seg. Graden av feil i kodingen av fleravdelingsoppholdene derimot bør synke til samme nivå som for feilkodingen i enavdelingsoppholdene. Dette vil utgjøre en forbedring, men selvfølgelig ikke være godt nok. Dette er for øvrig en løsning som vi mener også bør vurderes på nasjonalt plan.

For at kvaliteten på den medisinske kodingen skal bli akseptabel, foreslår vi at kodeordningen legges om:

Sykehusoppholdene bør kodes etter utskrivning, av profesjonelle kodere, som setter koder basert på informasjonen i pasientjournalene. I vår undersøkelse fant vi at samtlige medisinske journaler var godt nok skrevet, og at det ikke oppstod vesentlige uklarheter i forbindelse med å kode oppholdene ut i fra dem. Koding ved profesjonelle kodere gjøres i mange land, og ordningen er forsøkt ut på avdeling for plastikkirurgi ved Sykehuset Telemark HF med godt resultat.

Dette er en løsning som vi mener også bør vurderes på et nasjonalt plan.

KILDER

- Alfsen, C. (2010, 16;130). Tenk på et tall. *Tidsskr Nor Legeforen*, s. 1594.
- Angell, S. A. (2015). *Koding av leger eller kodere*. DRGforum, konferanse vår 2015.
- Canadian Institute for Health Information. (2012). *CIHI Data Quality Study of the 2009-2010 Discharge Abstract Database*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information, Standards and Data Submission.
- Department of Health Payment by Results team. (2012). *A simple guide to Payment by Results*. Leeds: Department of Health.
- Folkehelseinstituttet. (2013). *Tuberkulose i Norge 2012 - med behandlingsresultater for 2011. Rapport om kvalitetssikring av tuberkulosedata*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Helse Sør-Øst. (2011). Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene - resultat og oppfølging. *Styresak 081-2011* (ss. 1-13). Hamar: Helse Sør-Øst, Website: http://www.helse-sorost.no/omoss/_styret_/Documents/Styrem%C3%B8ter/2011/11%20November/081-2011%20Saksframlegg%20-%20Nasjonal%20internrevisjon%20av%20medisinsk%20kodepraksis%20i%20HFene%20-%20resultat%20og%20oppf.pdf.
- Helse Sør-Øst. (2013). *Medisinsk koding. Tiltak som kan sikre at medisinsk koding utføres av godt kvalifiserte kodere. Kartlegging av opplegg for medisinsk koding i utvalgte land. Opplæring av kodere, gjennomføring av koding og oppnådde resultater*. Helse Sør-Øst.
- Helsedirektoratet. (2012). *Funksjonelle og tekniske krav til IT-støtte i medisinsk koding - rapport fra forprosjekt nasjonal kodingsmodul*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). *Innsatsstyrt finansiering 2014, IS-2162*. Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling finansiering og DRG.
- Helsedirektoratet. (2014). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2014, IS-2164*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Kodeveiledning 2014. Samlet kodeveiledning for bruk i spesialisthelsetjenesten ved medisinsk koding*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *NCMP og NCSP: Klassifikasjon av helsefaglige prosedyrer 2014, IS-2163*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015, 11). [www.finnkode.helsedirektoratet.no](http://finnkode.helsedirektoratet.no). Hentet fra <https://finnkode.helsedirektoratet.no/#|icd10|ICD10SysDel|-1|flow>
- Helsedirektoratet. (2015, 11). www.helsedirektoratet.no. Hentet fra Prosjekter i NPR: <https://helsedirektoratet.no/norsk-pasientregister-npr/prosjekter-i-npr/klinisk-relevant-tilbakemelding-fra-npr>

- Helsetilsynet. (2004). *Tilsyn med kodepraksis*. Helsetilsynet.
- Internrevisjonene i de regionale helseforetakene. (2011). *Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis. Hovedrapport*. Internrevisjonen i de regionale helseforetakene.
- Jacobsen, D. I. (2013). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. 2 utgave*. Høyskoleforlaget.
- Lovdata. (2015, 11 01). www.lovdata.no. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2007-12-07-1389>
- Mikkelsen, B., & Marthinsen, S. (2012, 02 03). Bedre kvalitet i medisinsk koding: Forslag til ny mal for diagnosebeskrivelser i epikriser. *Brev til Helsedirektoratet*. Helse Sør-Øst RHF.
- Muan, B., Heyerdahl, F., Lindås, R., Prestmo, A., Skjønsberg, H., & Berg, K. (2010, 130:). Kodepraksis ved forgiftningsdødsfall. *Tidsskr Nor Legeforen*, ss. 1601-5.
- Norsk pasientregister. (2015). www.helsedirektoratet.no. Hentet fra Registrere og rapportere data, NPR-melding, rapporteringsformat: <https://helsedirektoratet.no/norsk-pasientregister-npr/registrere-og-rapportere-data>
- Ree, A. O. (2015). *Hvem skal kode - standardisering av koding*. DRGforum, konferansen vår 2015.
- Rigsrevisionen. (2011). *Beretning til Statsrevisorene om DRG-systemet*. København: Rigsrevisionen.
- Riksrevisjonen. (2002). *Riksrevisjonens undersøkelse av innsatsstyrt finansiering i somatiske sykehus. Dokument nr 3:6*. Riksrevisjonen.
- Riksrevisjonen. (2006). *Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene. Dokument nr 3:7*. Oslo: Riksrevisjonen.
- Riksrevisjonen. (2009). *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2008. Dokument 3:2 (2009-2010)*. Oslo: Riksrevisjonen.
- Rognstad, G. (2015, 11). www.drgforum.no. Hentet fra <http://www.drgforum.no/sites/default/files/DRG-forum%206-11-2015%20-%20Kodingskvalitet%20PDF.pdf>
- Serdén, L., Lindqvist, R., & Rosén, M. (2005, 20;102). Välutbildade läkarsekreterare lönar sig. *Läkartidningen*, ss. 1530-1537.
- SINTEF Helse. (2005). *Kvalitet på medisinsk koding og ISF-refusjoner. I hvilken grad er journalgjennomgang et nyttig verktøy?* Trondheim: SINTEF.
- SINTEF Unimed. (2003). *Er det samnfall mellom journalopplysninger og innrapporterte data? En studie av 500 pasientopphold ved norske somatiske sykehus i 2001*. Trondheim: SINTEF.
- Steinum, O. (2014, Mai 12-13). *On the structure and content of ICD-11 and some implications for future casemix systems*. 6th Nordic Casemix Conference, NordDRG in the future, Tallinn.

VEDLEGG 1

Vedlegg 1 vil være best lesbart elektronisk. Pasientenes oppholdsinformasjon er anonymisert.

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedyrkoder	MPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer	Ø-kj	
Esavdelingsopp hold	1	22jan12:10:16	16feb12:2:12:10	Seksjon for øvre abdominalkirurg		154B Andre operasjoner på episerer, mage	55 290	C154, J183, K310, J981, B368, T818, Y838, J90, D62, N300, B362	ABU10, GAB10, GAB10, GXAV10, GXDE00, JCC11, PXAA00, PYGC00, TJD00, TKC20, UGC12, XAA00, XZEM00	DRG	154B	154B	Nei	Nei	Nei	Nei	Elektiv
Innlagt opphold/dagkir.		22jan12:10:16	25jan12:07:00	Seksjon for øvre abdominalkirurg (1)	Tverrfaglig kirurg. lettpost, (109734)		0	C154, K310, J981, B368, T818, Y838, J90, D62, N300, B362		Vekt	5,529	5,529					
Innlagt opphold/dagkir.		25jan12:07:00	16feb12:2:12:10	Seksjon for øvre abdominalkirurg (1)	Gastrokirurgisk seangepost 1 (109733)		0	C154, K310, J981, B368, T818, Y838, J90, D62, N300, B362		Kr	112.714	112.714					
Sabkkoontakt		25jan12:08:53	25jan12:19:56	Seksjon for øvre abdominalkirurg (1)	Gastrokir. operasjonsekst, (109735)		0	C154, K310, J981, B368, T818, Y838, J90, D62, N300, B362	JCC11, GAB10, ZXD10, ZXE50								
Poliklinikk		25jan12:11:30	25jan12:11:30	Lengemed avd (109387)	Lengemedisisk poliklinikk (109381)		0	J189	UGC12								
Sabkkoontakt		25jan12:20:05	03feb12:2:15:25	Seksjon for øvre abdominalkirurg (1)	Postoperativ UL (109778)		0	C154, K310, J981, B368, T818, Y838, J90, D62, N300, B362	PXAA00, TKC20, GXAV10, PYGC00, ABGC10, TJD00, WJAT00								
Sabkkoontakt		30jan12:11:00	30jan12:12:05	Seksjon for øvre abdominalkirurg (1)	Eak oak og abdominal UL (109330)		0	C154, K310, J981, B368, T818, Y838, J90, D62, N300	GAA10, ZXD00, ZXE10, ZXM00								
Esavdelingsopp hold	2	01feb12:2:14:40	16feb12:2:08:27	Seksjon for øvre abdominalkirurg		154A Sterre operasjoner på episerer, mag	74 800	C162, N300, B362	JAH01, JDD00, ZXD10, ZXE20	DRG	154A	154A	Nei	Nei	Maagler 3: T83.5, Y04.6, Nci C61	Elektiv	
Innlagt opphold/dagkir.		01feb12:2:14:40	02feb12:2:07:00	Seksjon for øvre abdominalkirurg (1)	Tverrfaglig kirurg. lettpost, (109734)		0	C162, N300, B362		Vekt	7,48	7,48					
Innlagt opphold/dagkir.		02feb12:2:07:00	12feb12:2:15:18	Seksjon for øvre abdominalkirurg (1)	Gastrokirurgisk seangepost 1 (109733)		0	C162, N300, B362		Kr	152.487	152.487					
Sabkkoontakt		02feb12:2:08:00	02feb12:2:14:00	Seksjon for øvre abdominalkirurg (1)	Gastrokir. operasjonsekst, (109735)		0	C162, N300, B362	JAH01, ZXD10, ZXE20, JDD00								
Sabkkoontakt		02feb12:2:14:05	02feb12:2:21:50	Seksjon for øvre abdominalkirurg (1)	Postoperativ UL (109778)		0	C162, N300, B362					Kommentar	Innlagt i NiceF: C16.2 (ca ventr), N30.0 (cyclo), B36.2 (c-oll), T83.5 + T84.6 (kateterrelatert UVI), C61 (ca prost)			
Innlagt opphold/dagkir.		12feb12:2:13:18	16feb12:2:08:27	Seksjon for øvre abdominalkirurg (1)	Tverrfaglig kirurg. lettpost, (109734)		0	C162, N300, B362									
Esavdelingsopp hold	3	31jan12:11:15	11feb12:12:52	Seksjon for øvre abdominalkirurg		182 Øsofagitt, gastroenteritt & diverse	0,6330	K223, C153, J158, B361, B368, R650, E46, Z850, Z434, R633	GXAV10, PXAA00, PYGC00, TJD00, TJF00, TKC20, UJD02, WJAT00	DRG	182	79	Ja	Ja	Maagler 2	OK	Ja
Innlagt opphold/dagkir.		31jan12:11:15	31jan12:15:49	Seksjon for øvre abdominalkirurg (1)	Akuttmeattak US (109775)		0	K223, J158, B361, B368, R650, E46, Z850, Z434		Vekt	0,693	2,555			Feil K22.3 (øsofagesperri) . M5 innlagt pgs pasemom (115.0)	Det Maagler 2 bidragssmer. Akuttmeattak (F10.2) og skadelig tobakkstobakkensyndrom (F17.3).	
Innlagt opphold/dagkir.		31jan12:15:49	11feb12:12:52	Seksjon for øvre abdominalkirurg (1)	Gastrokirurgisk seangepost 1 (109733)		0	K223, J158, B361, B368, R650, E46, Z850, Z434		Kr	14.127	52.086	37.959 økning				
Sabkkoontakt		02feb12:2:05:40	05feb12:2:13:10	Seksjon for øvre abdominalkirurg (1)	Postoperativ UL (109778)		0	K223, J158, B361, B368, R650, E46, Z850, Z434	PXAA00, TKC20, GXAV10, PYGC00, TJD00, WJAT00								
Poliklinikk		08feb12:2:13:37	08feb12:2:13:37	Gastromed avd (109727)	Gastromedisisk poliklinikk (109729)		0	C159									
Poliklinikk		09feb12:2:12:30	09feb12:2:14:28	Gastromed avd (109727)	Gastromedisisk poliklinikk (109729)		0	C159, R633	UJD02, TJF00								
Esavdelingsopp hold	4	28jan12:2:21:21	17feb12:03:02	Seksjon for øvre abdominalkirurg		155A Sterre operasjoner på episerer, mag	33 340	C160	GAB10, JCC00, ZXD10, ZXE50	DRG	155A	154A	Ja	Nei	Maagler	Maagler 1	Nei
Innlagt opphold/dagkir.		28jan12:2:21:21	01feb12:2:07:20	Seksjon for øvre abdominalkirurg (1)	Tverrfaglig kirurg. lettpost, (109734)		0	C160		Vekt	3,394	7,48			Hypofosfatem i E81.8, Postoperativ respirasjonsstøtt til J95.2, atelektaser J96.1	Thoraxdrenea GAA10	
Innlagt opphold/dagkir.		01feb12:2:07:20	10feb12:2:15:30	Seksjon for øvre abdominalkirurg (1)	Gastrokirurgisk seangepost 1 (109733)		0	C160		Kr	69.190	152.487	83.297				
Sabkkoontakt		01feb12:2:08:01	01feb12:2:21:24	Seksjon for øvre abdominalkirurg (1)	Gastrokir. operasjonsekst, (109735)		0	C160	JCC00, GAB10, ZXD10, ZXE50								
Sabkkoontakt		01feb12:2:21:25	06feb12:2:11:15	Seksjon for øvre abdominalkirurg (1)	Postoperativ UL (109778)		0	C160	PXAA00, TKC20, GXAV10, PYGC00, ABGC10, TJD00								
Innlagt opphold/dagkir.		10feb12:2:15:30	17feb12:03:02	Seksjon for øvre abdominalkirurg (1)	Tverrfaglig kirurg. lettpost, (109734)		0	C160									

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedyrkoder	MPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer #-kj
Enverdelsopp hold	5	31jan12: 13:33	01feb12: 2:14:30	Seksjon for øvre abdominalkirurg		167 Appendeotom i stea kompliserad e kove	0,7830	K353	JEA01, ZXDD0, ZXE00	DRG 167	167	Nei	Nei	Nei	Nei Ja
Inlagt opphold/ dagkir.		31jan12: 13:33	31jan12: 17:08	Seksjon for øvre abdominali (1)	Akuttmoottak US (109775)		0	K353		Vekt	0,783	0,783			
Inlagt opphold/ dagkir.		31jan12: 17:08	01feb12: 2:14:30	Seksjon for øvre abdominali (1)	Gastrokirurgisk seagepost 1 (109733)		0	K353		Kr	15.362	15.362			
Sabkoakt		31jan12: 19:25	31jan12: 21:05	Seksjon for øvre abdominali (1)	Gastrokir. operasjonsekset. (109735)		0	K353	JEA01, ZXDD0, ZXE00						
Sabkoakt		31jan12: 21:22	01feb12: 2:00:30	Seksjon for øvre abdominali (1)	Postoperativ UL (109778)		0	K353							

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedyrkoder	MPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer #-kj
Enverdelsopp hold	6	29jan12: 09:37	02feb12: 2:11:45	Seksjon for kolorektalkirurgi		158 Eakle tarmop & op p3 aas: & fremlagt	0,6340	K641	JHB00, UJG02, ZXD10, ZXE00	DRG 158	157		Nei		Ja
Inlagt opphold/ dagkir.		29jan12: 09:37	01feb12: 2:16:50	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Tverrfagl kirurg. lettpost. (109734)		0	K641		Vekt	0,634	1,213			Mangler 2. MS er kompliserende og endrer DRG. Astrose M19.0 er nevnt i epikrise, men ikke registrert
Sabkoakt		01feb12: 2:12:25	01feb12: 2:13:55	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Gastrokir. operasjonsekset. (109735)		0	K641	JHB00, UJG02, ZXD10, ZXE00	Kr	12.925	24.728	11.803		
Sabkoakt		01feb12: 2:14:09	01feb12: 2:16:50	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Postoperativ UL (109778)		0	K641							
Inlagt opphold/ dagkir.		01feb12: 2:16:50	02feb12: 2:11:45	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Gastrokirurgisk seagepost 1 (109733)		0	K641							

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedyrkoder	MPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer #-kj
Enverdelsopp hold	7	01feb12: 2:14:43	07feb12: 2:16:24	Seksjon for kolorektalkirurgi		158 Eakle tarmop & op p3 aas: & fremlagt	0,6340	D128	JGA15, ZXD10, ZXE10	DRG 158	157	Ja	Nei	Mangler MS0.0	Nei Elektiv
Inlagt opphold/ dagkir.		01feb12: 2:14:43	02feb12: 2:07:00	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Tverrfagl kirurg. lettpost. (109734)		0	D128		Vekt	0,634	1,213			
Inlagt opphold/ dagkir.		02feb12: 2:07:00	07feb12: 2:16:24	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Gastrokirurgisk seagepost 1 (109733)		0	D128		Kr	12.925	24.728	11.803		
Sabkoakt		02feb12: 2:08:05	02feb12: 2:11:39	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Gastrokir. operasjonsekset. (109735)		0	D128	JGA15, ZXD10, ZXE10						
Sabkoakt		02feb12: 2:11:45	02feb12: 2:14:25	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Postoperativ UL (109778)		0	D128							

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedyrkoder	MPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer #-kj
Enverdelsopp hold	8	02feb12: 2:13:52	08feb12: 2:12:00	Seksjon for kolorektalkirurgi		158 Eakle tarmop & op p3 aas: & fremlagt	0,6340	D012	JGA15, ZXD10, ZXE00	DRG 158	157	Ja	Nei	Mangler AF, warfarinbruk, UVI	Nei Elektiv
Inlagt opphold/ dagkir.		02feb12: 2:13:52	03feb12: 2:07:00	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Tverrfagl kirurg. lettpost. (109734)		0	D012		Vekt	0,634	1,213			D01.2 (ca in site er riktig)
Inlagt opphold/ dagkir.		03feb12: 2:07:00	08feb12: 2:12:00	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Gastrokirurgisk seagepost 1 (109733)		0	D012		Kr	12.925	24.728	11.803	øknag	
Sabkoakt		03feb12: 2:07:57	03feb12: 2:10:12	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Gastrokir. operasjonsekset. (109735)		0	D012	JGA15, ZXE00, ZXD10						
Sabkoakt		03feb12: 2:10:24	03feb12: 2:12:55	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Postoperativ UL (109778)		0	D012							

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedyrkoder	MPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer #-kj
Enverdelsopp hold	9	02feb12: 2:11:11	10feb12: 2:11:00	Seksjon for kolorektalkirurgi		163 Sykdom i fordøyelsesorganene ITAD	0,5270	Z933, E119		DRG 163	151	Ja	Nei	Nei	Prosedyrer Mangler. JFG30 og JAP00. Mangelen medfører feil DRG.
Inlagt opphold/ dagkir.		02feb12: 2:11:11	03feb12: 2:10:12	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Tverrfagl kirurg. lettpost. (109734)		0	Z933, E119		Vekt	0,527	2,311			Elektiv tilbakelegging av stomi. Diabetes
Inlagt opphold/ dagkir.		03feb12: 2:10:12	10feb12: 2:11:00	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Gastrokirurgisk seagepost 1 (109733)		0	Z933, E119		Kr	10.743	47.112	36.369	øknag	I epikrise er det diskrepas med oppgitt hoveddiagnose. H-I-PAS-systemet er Z93.3 i PAS. I epikrise står Z.63.3. I journalteksten står prosedyren JFG70. Det er nok meat å være JFG30. I tillegg står JAP00 (sdt læsa)
Sabkoakt		03feb12: 2:10:50	03feb12: 2:15:00	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Gastrokir. operasjonsekset. (109735)		0	Z933, E119		DRG skulle vært 151, Vekt 2.311, Kr 47.112					
Sabkoakt		03feb12: 2:15:00	03feb12: 2:20:15	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Postoperativ UL (109778)		0	Z933, E119							

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	MPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer	Ø-kj
Fleravdelingsoppkold	10	01feb1 2:15:48	02feb1 2:20:15	Oakologisk fagskolejona 2		148 Større operasjoner på tyaatarm & tyk	30 199	C189	JFF10, ZXD00, ZXE10	DRG 148	148	Ja	Ja	Maugler	Ja	
Innsagtoppkold/dagkir.		01feb1 2:15:48	01feb1 2:18:39	Oakologisk fagskolejona 2 (106158)	Abetmottak US (109775)		0	C189		Vekt 3,0199	4,353			Til K56.6 (tarmobstruksjon)	Ca coli C18.0, levermetastaser C18.7, paraneopl J18.3. Disse er registrert under AKBF2 i perioden 9/9-17/9, men er ikke reg. i detre- NPK-	
Innsagtoppkold/dagkir.		01feb1 2:18:39	02feb1 2:20:15	Oakologisk fagskolejona 2 (106158)	Oakologisk seagepost 2.ctg. (109740)		0	C189		Kr 61.563	88.740	27.177	ønsing			
Subkoakt		02feb1 2:06:50	02feb1 2:10:22	Oakologisk fagskolejona 2 (106158)	Gastrokir. operasjonssesket. (109735)		0	C189	JFF10, ZXD00, ZXE10	Kommentar				Oppholdet på AKBF2 i perioden maugler i NPK		
Subkoakt		02feb1 2:10:30	02feb1 2:20:15	Oakologisk fagskolejona 2 (106158)	Postoperativ UL (109778)		0	C189						Oppholdet på den tellende avdelingen har for 15 timer til 5 f5 full uttelling		
Innsagtoppkold/dagkir.		02feb1 2:20:15	09feb1 2:19:25	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Gastrokirurgisk seagepost 1 (109733)		0	C189								

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	MPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer	Ø-kj
Enndelingsoppkold	11	02feb1 2:11:53	11feb12 14:11	Seksjon for kolorektalkirurgi		148 Større operasjoner på tyaatarm & tyk	43 530	K567, E119, I10, M19, C189	JFB31, ZXD00, ZXE10	DRG 148	148	Nei	Nei	Bi-diagnoser registrert, men soca Maugler (levercirrhose, sjeldne typer av tumor)	Nei	Ja
Innsagtoppkold/dagkir.		02feb1 2:11:53	02feb1 2:15:57	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Abetmottak US (109775)		0	K567, E119, I10, M19, C189		Vekt 4,353	4,353					
Innsagtoppkold/dagkir.		02feb1 2:15:57	09feb1 2:16:00	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Gastrokirurgisk seagepost 1 (109733)		0	K567, E119, I10, M19, C189		Kr 88.740	88.740			E11.9 (diabetes stea komp) skal endres til E11.2 (diabetes med srykomp)		
Subkoakt		03feb1 2:10:56	03feb1 2:15:40	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Gastrokir. operasjonssesket. (109735)		0	K567, E119, I10, M19, C189	JFB31, ZXD00, ZXE10							
Subkoakt		03feb1 2:15:40	03feb1 2:22:00	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Postoperativ UL (109778)		0	K567, E119, I10, M19, C189								
Innsagtoppkold/dagkir.		09feb1 2:16:00	09feb1 2:16:55	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Ullevis kolell, Gastrokirurg (109738)		0	K567, E119, I10, M19, C189								
Innsagtoppkold/dagkir.		09feb1 2:16:55	11feb12 14:11	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Tverrfagl kirurg. lettpost. (109734)		0	K567, E119, I10, M19, C189								

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	MPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer	Ø-kj
Enndelingsoppkold	12	01feb1 2:13:15	08feb1 2:13:50	Avdeling for aesteresiologi		487 Signifikaant multitraume ITAD	24 320	S360, S225		DRG 487	487	Nei	Nei	Maugler 5	Maugler 1	Ja
Innsagtoppkold/dagkir.		01feb1 2:13:15	01feb1 2:13:43	Aesteresiol. sek PD/lat. Trae [7]	Abetmottak US (109775)		0	S360, S225, V802, T4a, Y638		Vekt 2,432	2,432			Paenothorax, flere costalfraktureer, flere pros (krovedprosedyrer) splenozi, pleuravæske, sacral D6/2 og intesivdelir	Maugler: Embolisering av mitl JMEP05 (krovedprosedyrer)	
Innsagtoppkold/dagkir.		01feb1 2:13:43	04feb1 2:13:40	Aesteresiol. sek PD/lat. Trae [7]	Postoperativ UL (109778)		0	S360, S225, V802, T4a, Y638	PXA00, TKC20, ABGC10, GAA10	Kr 49.579	49.579					
Innsagtoppkold/dagkir.		04feb1 2:13:40	08feb1 2:13:50	Aesteresiol. sek PD/lat. Trae [7]	Gastrokirurgisk seagepost 1 (109733)		0	S360, S225, V802, T4a, Y638								

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	MPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer	Ø-kj
Enndelingsoppkold	13	26jan12 16:35	15feb12 13:34	Nevrokirurgisk avdeling		483 Trakeostomi ekskl for syk i ansikt	314 050	I615, I10, J159, E835, I350, I342, I480, I509, E119	AAA2T, AAF02, AAFE00, AAF05, GBB05, GXA901, PXA000	DRG 483	483	Nei	Nei	Maugler 7	Nei	Ja
Innsagtoppkold/dagkir.		26jan12 16:35	02feb1 2:14:45	Nevrokirurgi, Ullevål (T07437)	Postoperativ UL (109778)		0	I615, I10, J159, E835, I350, I342, I480, I509, E119	GBB03	Vekt 31,405	31,405			Hydrocefalus G91.3, 3 bakterier, stelektaser J98.1, Hypofosfataemi, blødning forværet av antikoagulasjonsmidler D68.3 + Trakeostomi overstyrer diagnoseen		
Subkoakt		26jan12 18:41	26jan12 19:58	Nevrokirurgi, Ullevål (T07437)	Nevrokir. operasjonssesket. U (109811)		0	I615, I10, J159, E835, I350, I342, I480, I509, E119	AAF02, AAA2T, ZXD00, ZXE00	Kr 640.222	640.222					
Innsagtoppkold/dagkir.		02feb1 2:14:45	15feb12 13:34	Nevrokirurgi, Ullevål (T07437)	Nevroiatetiv UL (109779)		0	I615, I10, J159, E835, I350, I342, I480, I509, E119	GXA901, TJD00, AAA2T, PYGC00, TKC20, PXA000							
Subkoakt		04feb1 2:10:10	04feb1 2:11:00	Nevrokirurgi, Ullevål (T07437)	Klinisk aesterfy. lab. UL (109825)		0	I615, I10, J159, E835, I350, I342, I480, I509, E119	AAFE00							
Subkoakt		04feb1 2:13:50	04feb1 2:15:00	Nevrokirurgi, Ullevål (T07437)	Klinisk aesterfy. lab. UL (109825)		0	I615, I10, J159, E835, I350, I342, I480, I509, E119	AAFE85							

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekode	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer	Ø-kj	
Esavdelingsopp hold	14	30jan12 13:25	05feb1 2:15:55	Klinikk for kirurgi og kserofag		001D Intrakraniell cerebrospinal fluid s	39 380	G911, Z921, Q244, H10	AAF00, AAF02, ZXD00, ZXE00	DRG	ID	ID	Nei	Nei	Nei	Nei	Ja
Innsagttopphold/dagkir.		30jan12 13:25	30jan12 23:09	Nevrokirurgi, Ullevål (T07437)	Akuttinnlegg US (109775)		0	G911, B01AA, Z921, Q244, H10		Vekt	3,398	3,398					
Innsagttopphold/dagkir.		30jan12 23:09	05feb1 2:15:55	Nevrokirurgi, Ullevål (T07437)	Nevrokirurgisk sengepost, UL (103815)		0	G911, B01AA, Z921, Q244, H10		Kr	81.503	81.503	Alt korrekt				
Subkoastakt		31jan12 14:50	01feb1 2:17:25	Nevrokirurgi, Ullevål (T07437)	Postoperativ UL (109778)		0	G911, B01AA, Z921, Q244, H10									
Subkoastakt		01feb1 2:17:25	01feb1 2:20:55	Nevrokirurgi, Ullevål (T07437)	Nevrokir. operasjonssal, UL (103811)		0	G911, B01AA, Z921, Q244, H10	AAF00, AAF02, ZXD00, ZXE00								
Subkoastakt		01feb1 2:21:00	02feb1 2:17:30	Nevrokirurgi, Ullevål (T07437)	Postoperativ UL (109778)		0	G911, B01AA, Z921, Q244, H10									
Subkoastakt		02feb1 2:17:30	03feb1 2:16:00	Nevrokirurgi, Ullevål (T07437)	Baracitativ post, UL (110111)		0	G911, B01AA, Z921, Q244, H10									
Polikliikk		01feb1 2:03:39	01feb1 2:07:25	Skadeseksjon p5 legevakta (109)	Skadeseksjon p5 legevakta (109803)		0	S700		DRG	281	454	Ja	Ja	Maugler 3	Ja	
Fleravdelingsopp hold	15	01feb1 2:07:40	03feb1 2:17:34	Ortopedisk avdeling		281 Skade av led og medledd > 17 år sfb	0,389	S700, M399, H10		Vekt	0,389	1,217		Z04.3		Tachykardi 147.1, ramme superior S32.5, falltraume v/ta. Difene kan også tas med.	
Innsagttopphold/dagkir.		01feb1 2:07:40	01feb1 2:08:42	Sek f ortopedisk traumatolog (7)	Akuttinnlegg US (109775)		0	S700, M399, H10		Kr	7.330	24.810	16.880			Oppgitte bidragssomer skal fjernes: UVI M39.3 og hypertensjon H10. Det finnes ikke dokumentasjon i journalen på at disse stemmer.	
Subkoastakt		01feb1 2:08:42	01feb1 2:16:10	Sek f ortopedisk traumatolog (7)	Postoperativ UL (109778)		0	S700, M399, H10								Hoveddiagnosen er feil. S70.0 er koffekteasjon. I beste fall er det bidragssomer.	
Innsagttopphold/dagkir.		01feb1 2:08:42	03feb1 2:17:34	Sek f ortopedisk traumatolog (7)	Ortopedisk sengepost 2, UL (T08814)		0	S700, M399, H10									
Esavdelingsopp hold	16	29jan12 11:49	06feb1 2:12:25	Kjerve- og assiktkirurgi avdeli		063 Operasjoner på øre, øse, kals ITAD	16 150	K071	EDC10, EEC05	DRG	63	63	Nei	Nei	Nei	Nei	
Innsagttopphold/dagkir.		29jan12 11:49	01feb1 2:07:45	Kjerve- og assiktkirurgi (T00336)	Ullevål hotell ortopedi (103808)		0	K071		Vekt	1,615	1,615					
Innsagttopphold/dagkir.		01feb1 2:07:45	06feb1 2:12:25	Kjerve- og assiktkirurgi (T00336)	Nevrokirurgisk sengepost, UL (103812)		0	K071		Kr	32.923	32.923	Nei				
Subkoastakt		01feb1 2:07:59	01feb1 2:12:50	Kjerve- og assiktkirurgi (T00336)	Kjervekir. opr. sal (103767)		0	K071	EEC05, EDC10								
Subkoastakt		01feb1 2:12:55	02feb1 2:08:15	Kjerve- og assiktkirurgi (T00336)	Postoperativ UL (109778)		0	K071									
Esavdelingsopp hold	17	01feb1 2:19:20	03feb1 2:14:52	Ortopedisk avdeling		455 Sykdommer i HDG 21 ITAD w/bk	0,4260	Z041		DRG	455		Nei		Sykkel Via Maugler	Ja	
Innsagttopphold/dagkir.		01feb1 2:19:20	01feb1 2:20:06	Sek f ortopedisk traumatolog (7)	Akuttinnlegg US (109775)		0	Z041		Vekt	0,426						
Subkoastakt		01feb1 2:20:06	02feb1 2:03:25	Sek f ortopedisk traumatolog (7)	Postoperativ UL (109778)		0	Z041		Kr	8.684		Nei				
Innsagttopphold/dagkir.		01feb1 2:20:06	03feb1 2:14:52	Sek f ortopedisk traumatolog (7)	Ortopedisk sengepost 3, UL (T08813)		0	Z041									
Esavdelingsopp hold	18	29jan12 10:00	08feb1 2:16:00	Avdeling for gastro- og barskir		143 Større operasjoner på tynntarm & tyk korr vekt > 349	23 420	C182	JAH01, JFB30, ZXD00, ZXE10	DRG	143	143	Nei	Nei	Maugler 2	Nei	Nei
Innsagttopphold/dagkir.		29jan12 10:00	01feb1 2:07:20	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Tverrfagl kirurg. lettpost, (109734)		0	C182		Vekt	2,342	2,342				Koronarctat (Z95.5) og Diabetes type II (E11.9)	
Innsagttopphold/dagkir.		01feb1 2:07:20	08feb1 2:16:00	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Gastrokirurgisk sengepost 1 (109733)		0	C182		Kr	47.744	47.744					
Subkoastakt		01feb1 2:07:59	01feb1 2:12:04	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Gastrokir. operasjonssal, (109735)		0	C182	JFB30, JAH01, ZXD00, ZXE10								legea DRG-endring når bidragssomer legges til
Subkoastakt		01feb1 2:12:10	01feb1 2:20:00	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Postoperativ UL (109778)		0	C182									

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	MPK	NiccF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer Ø-kj
Innlagt/oppkald/dagkir.	22	23jan12 08:00	23jan12 13:10	Nyremed avd (103854)	Dialyseavdel (103856)		0	Z431	KAGD40	DRG 130	416N (fcbis)	Ja	Fra IT1,1 (rapport uttattansvarsmann til A41,0 (fcbis staf av))		Ja
Fleravdelingsoppkald		23jan12 13:24	06feb12 2:17:30	Nyremediasj avdeling		130 Sykdommer i de perifere kar m/bk	0,0000	IT11, I330, A410, Z431, N185	FYDE31, FYDE32, KAGD40	Vekt 0	1,343				Skifte av dialyseavdel til Maagler PHGX05
Innlagt/oppkald/dagkir.		23jan12 15:24	23jan12 18:21	Infeksjonsmed avd (103843)	Akuttmedisisk US (103775)		0	IT11, A410, Z431, N185		Kr 0	39.610	39.610			
Innlagt/oppkald/dagkir.		23jan12 18:21	06feb12 2:17:30	Infeksjonsmed avd (103843)	Isolatposten (114031)		0	IT11, A410, Z431, N185							
Sebkontakt		01feb12 2:08:00	01feb12 2:15:15	Infeksjonsmed avd (103843)	Dialyseavdel (103856)		0	IT11, A410, Z431, N185	KAGD40						
Poliklinikk		03feb12 2:09:00	03feb12 2:09:30	Hjertemediasj avdeling (70038)	Hjerteekslaboratorim (103885)		0	I330	FYDE31, FYDE32						
Sebkontakt		05feb12 2:14:00	05feb12 2:20:00	Infeksjonsmed avd (103843)	Dialyseavdel (103856)		0	IT11, A410, Z431, N185	KAGD40	Kommentar			Feil kodsett: H IT1,1, Bi A41,0 (fcbis), Z43,1 (dialyse), N18,5 (katerisinfeksjo), N18,5 (Kron (kron agresv), I,33 (endokardit) agresvikt), IT1,1 (AAA)		
Innlagt/oppkald/dagkir.		06feb12 2:17:30	07feb12 2:07:00	Akuttmediasj avdeling (103869)	Akuttmediasj intensiv (103870)		0	IT11, A410, N185, Z431	KAGD40						

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	MPK	NiccF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer Ø-kj
Esavdelingsoppkald	19	30jan12 16:11	03feb12 2:11:00	Akuttmediasj avdeling		449 Forgiftning & toksisk effekt av lege	0,5590	T620, Z450, K712, F067, Z350	FPGT00	DRG 449	449	Nei	Nei	Nei	Ja
Innlagt/oppkald/dagkir.		30jan12 16:11	30jan12 17:43	Akuttmediasj avdeling (103869)	Akuttmedisisk US (103775)		0	T620, K712, F067, Z350		Vekt 0,559	0,559				
Innlagt/oppkald/dagkir.		30jan12 17:43	03feb12 2:11:00	Akuttmediasj avdeling (103869)	Akuttmediasj intensiv (103870)		0	T620, K712, F067, Z350		Kr 11.396	11.396		Kodesett i NiccF: T62, K71,2, F06,7, Z35,0, FPGT00		
Poliklinikk		02feb12 2:10:30	02feb12 2:11:00	Hjertemediasj avdeling (70038)	Pacemaker-og ICD-seateret (103886)		0	Z450	FPGT00						

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	MPK	NiccF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer Ø-kj
Esavdelingsoppkald	20	08feb12 2:19:52	09feb12 2:16:02	Akuttmediasj avdeling		025 Krampor & kodepiac > 17 år m/bk	0,5170	G430		DRG 25 (krampor og kodepiac)	25	Nei	Nei	Nei	Ja
Innlagt/oppkald/dagkir.	6E-06	08feb12 2:19:52	08feb12 2:21:46	Akuttmediasj avdeling (103869)	Akuttmedisisk US (103775)		0	G430		Vekt 0,517	0,517				
Innlagt/oppkald/dagkir.	6E-06	08feb12 2:21:46	09feb12 2:16:02	Akuttmediasj avdeling (103869)	Akuttmediasj intensiv (103870)		0	G430		Kr 10.540	10.540				

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	MPK	NiccF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer Ø-kj
Esavdelingsoppkald	21	08feb12 2:22:22	09feb12 2:11:26	Akuttmediasj avdeling		436A Andre mentale forstyrrelser som sky	0,573	F1004, R33, J363		DRG 436A (ment forst som skyldes misbruk m/bk)	436A	Nei	Nei	Fjerac J36,3 (respirasjonssvikten følger av midazolam)	Ja
Innlagt/oppkald/dagkir.		08feb12 2:22:22	08feb12 2:23:33	Akuttmediasj avdeling (103869)	Akuttmedisisk US (103775)		0	F1004, R33, J363		Vekt 0,573	0,573			Legge til F17,2 (røyking)	
Innlagt/oppkald/dagkir.		08feb12 2:23:33	09feb12 2:11:26	Akuttmediasj avdeling (103869)	Akuttmediasj intensiv (103870)		0	F1004, R33, J363		Kr 11.601	11.601			Dette får igjen DRG koastkreser	

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	MPK	NiccF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer Ø-kj
Esavdelingsoppkald	23	24feb12 2:09:03	25feb12 2:21:43	Akuttmediasj avdeling		470 Ikke grepperbar pps ja12gleade opplys	10,684	R572, C349, C795, A415, D70, D695	GXAY20	DRG 470 (ikke grepperbar)	416N (fcbis)	Ja	Feil H.	Minst 3 Maagler	Ja
Innlagt/oppkald/dagkir.		24feb12 2:09:03	24feb12 2:12:22	Akuttmediasj avdeling (103869)	Akuttmedisisk US (103775)		0	R572, C349, C795, A415, D70, D695		Vekt 1,0684	1,343		Skal endres til A 41,5 som er gram negativ fcbis	Pacmoni, staving, tuckkardi, fcbis	
Innlagt/oppkald/dagkir.		24feb12 2:12:22	25feb12 2:21:43	Akuttmediasj avdeling (103869)	Akuttmediasj intensiv (103870)		0	R572, C349, C795, A415, D70, D695	GXAY20	Kr 0	39.610		Kodesett i NiccF: R572, C34,9 etc. Prosedyre GXAY 20	Ved DRG 470 gis det ikke refeksjo. Årsaken til 470 er hoveddiagnos at det er besyttet c. Bi er J15,0, R57,2 som hoveddiagnose. Den kan besyttes som bi-diagnose (i tillegg	

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.sakst)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedyrkoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring BI	Prosedyrer #-kj
Fleravdelingsoppkold	24	02fcb1 2:23:30	03fcb1 2:14:51	Avdeling for gastro- og barerkir		205	0,4254	Z946		DRG 205	157	Ja	K61.0	Z94.8, D61.3	Ja
Innsagtoppkold/dagkir.		02fcb1 2:23:30	03fcb1 2:14:51	Sek f generell blodsykdomac (f	Sengepost blodsykdi, RH (105626)		0	Z946		Vekt 0,4254	1,213				I PAS er oppholdet ved seksjon for blodsykdommer i perioden 5/9 til 8/9. Her er det oppgitt 2/9 til 3/9.
Innsagtoppkold/dagkir.		03fcb1 2:14:51	03fcb1 2:17:36	Seksjon for kolorektalkirurgi (f	Akuttomtak US (103775)		0	K610		Kr 8,672	24,728	16,856			Riktig kodsett skal være: H-K61.0 (anabroses). Bi-diagnoser: Z94.8 (status etter traagpl), D61.3 (lidopatisk ascit). Prosedyrer: JHA00 (insisjon)
Innsagtoppkold/dagkir.		03fcb1 2:17:36	03fcb1 2:14:30	Seksjon for kolorektalkirurgi (f	Gastrokirurgisk sengepost 1 (103753)		0	K610							Kodigene med Z94.8 skal gis DRG 206, vekt 0,34, Kr 13.163. Grensen til et de ikke får full rekting, er for kort opphold på seksjon for blodsykdommer (< 24 timer)
Subkoakt		03fcb1 2:19:00	03fcb1 2:20:15	Seksjon for kolorektalkirurgi (f	Gastrokir. operasjonssaket, (103753)		0	K610	JHA00, ZXD00, ZXE00						Korrekte datoregistreringer på seksjon for blodsykdommer hadde gitt DRG 206, vekt 0,34, Kr 13.163
Subkoakt		03fcb1 2:20:20	03fcb1 2:23:30	Seksjon for kolorektalkirurgi (f	Postoperativ UL (103778)		0	K610							

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.sakst)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedyrkoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring BI	Prosedyrer #-kj
Enavdelingsoppkold	25	02fcb1 2:08:24	06fcb1 2:10:56	Nevrokirurgisk avdeling		002B	29,430	S865, G403, I480, I10, Z921, I503	AAD10, ZXD00, ZXE00	DRG 2B	2B	Nci	Nci	4 Mangler	Nci Ja
Innsagtoppkold/dagkir.		02fcb1 2:08:24	02fcb1 2:10:29	Nevrokirurgi, Ullevål (101437)	Akuttomtak US (103775)		0	S865, D01AA, G403, I480, I10, Z921, I503		Vekt 2,343	2,343				Trikespidalassessf, fall, skadelig bruk av tobakk, nitratassessf
Innsagtoppkold/dagkir.		02fcb1 2:10:29	06fcb1 2:10:56	Nevrokirurgi, Ullevål (101437)	Nevrokirurgisk sengepost, UL (103812)		0	S865, D01AA, G403, I480, I10, Z921, I503		Kr 53,396	53,396				lages DRG-rading ved å legge til 4 bi-diagnoser, AAD10 (evak av hematom) og S865 (S30) detes ikke inn i kompliserte og skomplisert.
Subkoakt		03fcb1 2:12:03	03fcb1 2:15:20	Nevrokirurgi, Ullevål (101437)	Nevrokir. operasjonssaket, U (103811)		0	S865, D01AA, G403, I480, I10, Z921, I503	AAD10, ZXD00, ZXE00						
Subkoakt		03fcb1 2:15:20	04fcb1 2:15:20	Nevrokirurgi, Ullevål (101437)	Postoperativ UL (103778)		0	S865, D01AA, G403, I480, I10, Z921, I503							

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.sakst)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedyrkoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring BI	Prosedyrer #-kj
Enavdelingsoppkold	26	02fcb1 2:13:52	04fcb1 2:12:50	Avdeling for gastro- og barerkir		162	0,716	Inguinal & femoral brokkop > 113r w/		DRG 162	162	Nci	Nci	Nci	Nci Nci
Innsagtoppkold/dagkir.		02fcb1 2:13:52	03fcb1 2:12:30	Seksjon for evre abdominaliiki (f	Trenrfagl kirurg. lettpost, (103754)		0	K403		Vekt 0,716	0,716				
Innsagtoppkold/dagkir.		03fcb1 2:12:30	04fcb1 2:12:50	Seksjon for evre abdominaliiki (f	Gastrokirurgisk sengepost 1 (103753)		0	K403		Kr 14,536	14,536				
Subkoakt		03fcb1 2:13:01	03fcb1 2:15:16	Seksjon for evre abdominaliiki (f	Gastrokir. operasjonssaket, (103753)		0	K403	JAB11, ZXD10, ZXE10						
Subkoakt		03fcb1 2:15:30	03fcb1 2:20:45	Seksjon for evre abdominaliiki (f	Postoperativ UL (103778)		0	K403							

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.sakst)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedyrkoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring BI	Prosedyrer #-kj
Poliklinikk		03fcb1 2:17:03	03fcb1 2:20:13	Skadecskisje på legeraktes (103803)	Skadecskisje på legeraktes (103803)		0	S121		DRG 215B (w/bk)	214B (w/bk)	Ja	Nci	Bytte F03 med F00.3	Nci Ja
Fleravdelingsoppkold	27	03fcb1 2:20:17	03fcb1 2:21:16	Nevrokirurgisk avdeling		215B	31,930	Fremre eller bakre spedykdece w/b		Vekt 3,193	5,193				Nesefrakter S02.2 Mangler
Innsagtoppkold/dagkir.		03fcb1 2:20:17	03fcb1 2:21:16	Anestesiol. sek P0/fat. Trae (f	Akuttomtak US (103775)		0	S121, F03, X8a3		Kr 65,215	105,864	40,643	0baing		
Innsagtoppkold/dagkir.		03fcb1 2:21:16	03fcb1 2:21:16	Anestesiol. sek P0/fat. Trae (f	Nevrokirurgisk sengepost, UL (103812)		0	S121, F03, X8a3							Kodsett i NiceF: S12.1, F00.3, S02.2, X8a, MAJ70
Subkoakt		03fcb1 2:21:16	04fcb1 2:12:55	Anestesiol. sek P0/fat. Trae (f	Postoperativ UL (103778)		0	S121, F03, X8a3	TKC20						Prosedyrkodene MAJ70 (operasjon deas) er ikke med i NPK-oversikten, men grupperingen er riktig. Den må derfor være registrert på et vis likvel.
Innsagtoppkold/dagkir.		03fcb1 2:21:16	07fcb1 2:12:20	Nevrokirurgi, Ullevål (101437)	Nevrokirurgisk sengepost, UL (103812)		0	S121, F03, X8a3r							

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.sakst)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedyrkoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring BI	Prosedyrer #-kj
Enavdelingsoppkold	28	03fcb1 2:21:57	04fcb1 2:12:43	Hjertemedisisk avdeling		112F	21,670	PCI med AMI w/bk		DRG 112F	112F	Nci	Nci		Mangler FH.1, skadelig bruk av tobakk
Innsagtoppkold/dagkir.		03fcb1 2:21:57	04fcb1 2:12:43	Hjertemedisisk avdeling (10038)	Hjertemed intecav overv. (103882)		0	I211, I251, I472	FNG05, FPF03, FYD01, ZXD00, ZXE00	Vekt 2,167	2,167				Gir ingen endring i DRG dersom det legges til
Subkoakt		03fcb1 2:22:00	03fcb1 2:22:40	Hjertemedisisk avdeling (10038)	Angiolab, Ullevål (106320)		0	I211, I251, I472	FNG05, FYD01, ZXD00, ZXE00	Kr 44,176	44,176				

Nivå	Pas	Opphold d start	Opphold d slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedyrkoder	NPK	Niccf	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer B-å
Esverdelingsopp hold	29	02feb1 2:09:45	01okt14 13:10	Seksjon for kolorektalkirurgi		146 Reseksjon av grep på rectum m/bk	43 890	C20	JFF27, JGB31, JVC00, IFF56, QBB05, QBE35, TKC20, ZXD00, ZXD00, ZXE00, ZXE20, ZZR10, ZZE20	DRG 146	146	Nei	Nei		Nei
Isalagtopphold/dagkir.		02feb1 2:09:45	03feb1 2:07:00	Seksjon for kolorektalkirurgi (1	Tverrfaglig kirurg, lettpost, (109734)		0	C20		Vekt 4,389	4,389				Mangler 2 og bør endre 1. Endre N33.9 (spes UVI) til N30.0 (cystitt) som er mer spesifikk.
Isalagtopphold/dagkir.		03feb1 2:07:00	01okt14 13:10	Seksjon for kolorektalkirurgi (1	Gastrokirurgisk sagspost 1 (109733)		0	C20		KR 83.474	83.474				Mangler: Oppreket av streptokokker i sårsekret og
Subkoakt		03feb1 2:08:01	03feb1 2:14:11	Seksjon for kolorektalkirurgi (1	Gastrokir. operasjonsekret, (109735)		0	C20	JGB31, JFF27, ZXD10, ZXE20	Sykehistorie					Oppreket av E.coli i sårsekret mangler
Subkoakt		03feb1 2:14:11	04feb1 2:11:05	Seksjon for kolorektalkirurgi (1	Postoperativ UL (109770)		0	C20							
Subkoakt		13feb1 2:12:30	13feb1 2:14:10	Seksjon for kolorektalkirurgi (1	Gastrokir. operasjonsekret, (109735)		0	C20	JVC00, ZXD00, ZXE00						I NPE står bare oppholdet på avd for kolorektalkirurgi oppført. Pasienten ble overført til gyltiktirurgisk avd på RH US. Oppholdsvarighet til 1775. Dette oppholdet finnes ikke i NPK. Det virker imidlertid som om kodene deifra har kommet med under oppholdet som er i NPK (kopiert inn her). Plastikkirurgisk avdeling har hoveddiagnose C 20 (ca coli). Bidragsposter T014 (postoperativ sårinfeksjon), N33.0 (spesifisert UVI) og R33 (uriareteasjon). De har ingen prosedyrekoder.
Subkoakt		13feb1 2:14:15	13feb1 2:18:10	Seksjon for kolorektalkirurgi (1	Postoperativ UL (109770)		0	C20							
Subkoakt		14feb1 2:15:53	14feb1 2:12:40	Seksjon for kolorektalkirurgi (1	Gastrokir. operasjonsekret, (109735)		0	C20	QBB05, ZXD00, ZXE00						
Subkoakt		14feb1 2:12:40	14feb1 2:15:10	Seksjon for kolorektalkirurgi (1	Postoperativ UL (109770)		0	C20							
Subkoakt		15feb1 2:11:10	15feb1 2:12:15	Seksjon for kolorektalkirurgi (1	Gastrokir. operasjonsekret, (109735)		0	C20	QBB05, ZXD00, ZXE00						
Subkoakt		15feb1 2:12:15	15feb1 2:14:53	Seksjon for kolorektalkirurgi (1	Postoperativ UL (109770)		0	C20	TKC20						
Subkoakt		16feb1 2:14:28	16feb1 2:15:50	Seksjon for kolorektalkirurgi (1	Gastrokir. operasjonsekret, (109735)		0	C20	QBB05, ZXD00, ZXE00						
Subkoakt		16feb1 2:15:55	16feb1 2:18:00	Seksjon for kolorektalkirurgi (1	Postoperativ UL (109770)		0	C20							
Subkoakt		21feb1 2:12:45	21feb1 2:14:45	Seksjon for kolorektalkirurgi (1	Gastrokir. operasjonsekret, (109735)		0	C20	JVC00, ZXD00, ZXF00						

Nivå	Pas	Opphold d start	Opphold d slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedyrkoder	NPK	Niccf	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer B-å
Esverdelingsopp hold	30	12feb1 2:00:10	17feb12 13:02	Akuttmedisinsk avdeling		475B Sykdommer i sædrector gaver med P	22 620	J189, F03	GXAV20	DRG 475B	475B	Nei	J18.3 (spesifisert pneumoni) skal endres til J63.9	F17.2 avhengig av tobakk skal legges til	Ja
Isalagtopphold/dagkir.		12feb1 2:00:10	12feb1 2:01:28	Akuttmedisinsk avdeling (109869)	Akuttmottak US (109775)		0	J189, F03		Vekt 2,262	2,262		Endring i kodesettet til det som er korrekt, gir ingen DRG-endring	E87.8 Hypofosfatem	
Isalagtopphold/dagkir.		12feb1 2:01:28	17feb12 13:02	Akuttmedisinsk avdeling (109869)	Akuttmedisinsk iteasiv (109870)		0	J189, F03	GXAV20	KR 46,113	46,113				

Nivå	Pas	Opphold d start	Opphold d slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedyrkoder	NPK	Niccf	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer B-å
Esverdelingsopp hold	31	11feb1 2:14:20	12feb1 2:11:07	Akuttmedisinsk avdeling		447 Allergiske reaksjoner > 17 år	0,4240	T782		DRG 447	447	Nei	Nei	Nei	Ja
Isalagtopphold/dagkir.		11feb1 2:14:20	11feb12 15:10	Akuttmedisinsk avdeling (109869)	Akuttmottak US (109775)		0	T782		Vekt 0,424	0,424				
Isalagtopphold/dagkir.		11feb1 2:15:10	12feb1 2:11:07	Akuttmedisinsk avdeling (109869)	Akuttmedisinsk iteasiv (109870)		0	T782		Kr 8,644	8,644				

Nivå	Pas	Opphold d start	Opphold d slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedyrkoder	NPK	Niccf	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer B-å
Flersverdelingsopp hold	32	20feb1 2:13:05	20feb1 2:26:43	Hjertemedisinsk avdeling		138 Hjertearytmier & ledningsforstyrrelser	0,0000	I472, J443, E222		DRG 138	138	Ja	Nei		Nei Ja
Isalagtopphold/dagkir.		20feb1 2:13:05	20feb1 2:20:42	Hjertemedisinsk avdeling (10938)	Akuttmottak US (109775)		0	I472, J443, E222		Vekt 0	0,742				Mangler I48.2 (AF), skadelig bruk av alkohol F10.2
Isalagtopphold/dagkir.		20feb1 2:20:42	20feb1 2:20:43	Hjertemedisinsk avdeling (10938)	Akuttmedisinsk iteasiv (109870)		0	I472, J443, E222		Kr 0	15,126		15,126 ukjent		
Isalagtopphold/dagkir.		20feb1 2:20:43	21feb1 2:16:01	Akuttmedisinsk avdeling (109869)	Akuttmedisinsk iteasiv (109870)		0	I472, J443, E222	FPGX24	Sykehistorie			Fra før KOLS, SIADH og alkoholmisbruk. NÅ VT og AF		

Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.enhet)	DRG-kode	Fordelt korriger vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	MPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedrer #-kj		
Etterdelingsopp hold	33	23jan12 :10:34	08feb1 2:22:14	OSLO UNIVERSITETSSYKE HUS HF		203 Ondartede svulster i lever/gallerei	18,760	C767, C269, Z5150	I143, WBOC05	DRG							
Inlagt opphold/ dagkir.		23jan12 :10:34	08feb1 2:22:14	Okologisk fagseksjon 2 (106158)	Okologisk sengpost 2.etg. (103740)		0	C767, C269, Z5150	I143, WBOC05	Vekt					Dette er feil opphold. Dette er det eneste oppholdet som ligger inne på pasienten i gruppen. Det virkelige oppholdet finnes ikke i MPK.		
Kr																	
Etterdelingsopp hold	34	08feb1 2:14:27	10feb1 2:03:58	Medisinsk klinikk		127 Hjertesvikt & ikke- traumatisk slått	11,030	I500, M400, Z952, J361	GXAV20	DRG	127	127	Nei	Nei	Nei	#-kj	
Inlagt opphold/ dagkir.		08feb1 2:14:27	08feb1 2:19:15	Akuttmedisinsk avdeling (103869)	Akuttmottak US (103775)		0	I500, M400, Z952, J361		Vekt	1,103	1,103					
Inlagt opphold/ dagkir.		08feb1 2:19:15	10feb1 2:03:58	Akuttmedisinsk avdeling (103869)	Akuttmedisinsk intensiv (103670)		0	I500, M400, Z952, J361	GXAV20	Kr	22,486	22,486					
Etterdelingsopp hold	35	29feb1 2:02:34	29feb1 2:07:00	Medisinsk klinikk		3210 Poliklinisk konklusjon vedr skade	0,0380	T509		DRG	3210	3210	Nei	Nei	Mangler skadelig bruk av steroider	Ja	
Inlagt opphold/ dagkir.		29feb1 2:02:34	29feb1 2:03:08	Akuttmedisinsk avdeling (103869)	Akuttmottak US (103775)		0	T509		Vekt	0,038	0,038					
Inlagt opphold/ dagkir.		29feb1 2:03:08	29feb1 2:07:00	Akuttmedisinsk avdeling (103869)	Akuttmedisinsk intensiv (103670)		0	T509		Kr	775	775					
Etterdelingsopp hold	36	07feb1 2:07:03	12feb1 2:22:05	Medisinsk klinikk		316 Nyresvikt	16,040	N118, Z432, T4H, E118, I483, E660		DRG	316	316	Nei	Nei		Ja	
Inlagt opphold/ dagkir.		07feb1 2:07:03	07feb1 2:08:58	Akuttmedisinsk avdeling (103869)	Akuttmottak US (103775)		0	N118, A108A, T4, E118, I483, E660		Vekt	1,604	1,604			Mangler 3: Acidose E87.2, koperkemi E87.5 og saemi	Mangler diagnose KAGD47	
Inlagt opphold/ dagkir.		07feb1 2:08:58	12feb1 2:22:05	Akuttmedisinsk avdeling (103869)	Akuttmedisinsk intensiv (103670)		0	N118, A108A, T4, E118, I483, E660		Kr	32,639	32,639					
Poliklinikk		11feb1 2:03:47	11feb1 :09:47	Seksjon for HPB kirurgi (103312)	Gastrokirurgisk poliklini, UL (103736)		0	Z432									
Etterdelingsopp hold	37	07feb1 2:17:13	08feb1 2:14:07	Medisinsk klinikk		436A Andre metalle forstyrrelser som sky	0,5730	F1005, I352		DRG	436A	436A	Nei	Nei	Mangler: Aortalsuffisio nes I35.1	Ja	
Inlagt opphold/ dagkir.		07feb1 2:17:13	07feb1 2:18:25	Akuttmedisinsk avdeling (103869)	Akuttmottak US (103775)		0	F1005, I352		Vekt	0,573	0,573					
Inlagt opphold/ dagkir.		07feb1 2:18:25	08feb1 2:14:07	Akuttmedisinsk avdeling (103869)	Akuttmedisinsk intensiv (103670)		0	F1005, I352		Kr	11,681	11,681					
Fleretdelingsop phold	38	05feb1 2:20:16	05feb1 2:22:14	Medisinsk klinikk		083 Lungebetennel se & pleuritt > 17 år m	12,380	J22, G808, G409		DRG	83	83	Nei	Ja	Ja 1	Nei	Ja
Inlagt opphold/ dagkir.		05feb1 2:20:16	05feb1 2:22:14	Akuttmedisinsk avdeling (103869)	Akuttmottak US (103775)		0	J22, G808, G409		Vekt	1,238	1,238			Endre fra spesifisert infeksjon i infeksjon (J22) til spesif bakteriell pneumoni (J15.9).	G80.8 (spesif CP) endre til G80.0 (spesif tetraplegi)	
Inlagt opphold/ dagkir.		05feb1 2:22:14	05feb1 2:22:14	Akuttmedisinsk avdeling (103869)	Akuttmedisinsk intensiv (103670)		0	J22, G808, G409		Kr	26,461	26,461					
Inlagt opphold/ dagkir.		05feb1 2:22:14	07feb1 2:15:53	Akuttmedisinsk avdeling (103869)	Akuttmedisinsk intensiv (103670)		0	J22, G808, G409									
Fleretdelingsop phold	39	03feb1 2:16:34	05feb1 2:15:49	Medisinsk klinikk		083 Lungebetennel se & pleuritt > 17 år m	12,380	J153, I420, I500, I480		DRG	83	83	Nei	Nei	Mangler T-Y væst svikt I50.0, KOLIS J44.0, Hypovolæmi E 85, Pleuravæske J90, Pneumothorax som komplikasjon til pleuratapping T81.2 + Y60, væstetensjon R33	Mangler pleuratapp ing TGA30	
Inlagt opphold/ dagkir.		03feb1 2:16:34	03feb1 2:18:30	Akuttmedisinsk avdeling (103869)	Akuttmottak US (103775)		0	J153, I420, I500, I480		Vekt	1,238	1,238					
Inlagt opphold/ dagkir.		03feb1 2:18:30	05feb1 2:15:49	Akuttmedisinsk avdeling (103869)	Akuttmed post (103871)		0	J153, I420, I500, I480		Kr	26,461	26,461					
Inlagt opphold/ dagkir.		05feb1 2:15:49	10feb1 2:15:45	Geriatrisk avdeling (700388)	Akuttgeriatrisk sengpost (103838)		0	I501, I481, J153, I420, J440									

Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.sakst)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Di	Prosedyrer B-4j
Enveldingsopp hold	40	03feb1 2:00:23	08feb1 2:14:55	Avdeling for gastro- og barackir		155B Andre operasjoner på spiserør, mager	21 280	K251	JAM00, JDA60, ZXD00, ZXE10	DRG	155B	154B	Ja	Nci	Ja
Innsigtopphold/ dagkir.		03feb1 2:00:23	03feb1 2:02:42	Seksjon for øvre abdominali (1)	Abettaottak US (103775)		0	K251		Vekt	2,128	5,529			Mangler 3: Felisking dosert dalketaria (T4a), hromokromatos e (E83.1) og tobakk (F17.1)
Innsigtopphold/ dagkir.		03feb1 2:02:42	07feb1 2:14:34	Seksjon for øvre abdominali (1)	Gastrokirurgisk sngepost 1 (103733)		0	K251		Kr	43.381	112.714	69.333 økning		
Subkoakt		03feb1 2:02:45	03feb1 2:06:22	Seksjon for øvre abdominali (1)	Gastrokir. operasjonsseaket, (103735)		0	K251	JDA60, JAM00, ZXD00, ZXE10						
Subkoakt		03feb1 2:06:34	03feb1 2:13:24	Seksjon for øvre abdominali (1)	Postoperativ UL (103778)		0	K251							
Innsigtopphold/ dagkir.		07feb1 2:14:34	08feb1 2:14:55	Seksjon for øvre abdominali (1)	Tverrfagl kirurg. lettpost, (103734)		0	K251							
Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.sakst)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Di	Prosedyrer B-4j
Enveldingsopp hold	41	01feb1 2:11:45	05feb1 2:15:44	Nevrokirurgisk avdeling		001A Intrakraniell operasjon for svelst	45 160	C793, I10, Z851	AAB10, ZXD10, ZXE10	DRG	1A	1A	Nci	Nci	Fjerde t: Opplysninger om tumor i kod C44.3)
Innsigtopphold/ dagkir.		01feb1 2:11:45	05feb1 2:15:44	Nevrokirurgi, Ullevål (T07437)	Nevrokirurgisk sngepost, UL (103812)		0	C793, I10, C449, Z851		Vekt	4,516	4,516			
Subkoakt		02feb1 2:07:55	02feb1 2:11:30	Nevrokirurgi, Ullevål (T07437)	Nevrokir. operasjonsseaket, U (103811)		0	C793, I10, C449, Z851	AAB10, ZXD10, ZXE10	Kr	92.063	92.063			
Subkoakt		02feb1 2:11:30	03feb1 2:10:00	Nevrokirurgi, Ullevål (T07437)	Postoperativ UL (103778)		0	C793, I10, C449, Z851							
Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.sakst)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Di	Prosedyrer B-4j
Enveldingsopp hold	42	01feb1 2:14:43	07feb1 2:16:24	Avdeling for gastro- og barackir		158 Enkle tarmpop & op på nær & fremlagt	0,6340	D128	JGA75, ZXD10, ZXE10	DRG	158	157	Ja	Ja	Mangler 1: UVI R50.0
Innsigtopphold/ dagkir.		01feb1 2:14:43	02feb1 2:07:00	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Tverrfagl kirurg. lettpost, (103734)		0	D128		Vekt	0,634	1,213			D12.8 er benign tumor. Histologi viser cancer. Det skal være tumor rectum D31.5
Innsigtopphold/ dagkir.		02feb1 2:07:00	07feb1 2:16:24	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Gastrokirurgisk sngepost 1 (103733)		0	D128		Kr	12.925	24.728	11.803 økning		Herreddiagnose endrer ikke DRG. Det er bi-diagnose som endrer DRG (til kompliserende).
Subkoakt		02feb1 2:08:05	02feb1 2:11:33	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Gastrokir. operasjonsseaket, (103735)		0	D128	JGA75, ZXD10, ZXE10						
Subkoakt		02feb1 2:11:45	02feb1 2:14:25	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Postoperativ UL (103778)		0	D128							
Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.sakst)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Di	Prosedyrer B-4j
Enveldingsopp hold	43	01feb1 2:12:42	04feb1 2:13:48	Nevrokirurgisk avdeling		215B Fremre eller bakre spandylodese mb	31 330	M501	ABC21, ZXD10, ZXE10	DRG	215B	214B	Ja	Nci	Mangler 4: Sequela polio E31, Rayker FIT.1, KOLS J44.2, kppertasjon I10
Innsigtopphold/ dagkir.		01feb1 2:12:42	04feb1 2:13:48	Nevrokirurgi, Ullevål (T07437)	Nevrokirurgisk sngepost, UL (103812)		0	M501		Vekt	3,193	5,193			
Subkoakt		02feb1 2:11:32	02feb1 2:14:55	Nevrokirurgi, Ullevål (T07437)	Nevrokir. operasjonsseaket, U (103811)		0	M501	ABC21, ZXD10, ZXE10	Kr	65.215	105.864	40.643 økning		
Subkoakt		02feb1 2:15:07	02feb1 2:22:30	Nevrokirurgi, Ullevål (T07437)	Postoperativ UL (103778)		0	M501							
Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.sakst)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Di	Prosedyrer B-4j
Enveldingsopp hold	44	01feb1 2:12:24	03feb1 2:16:30	Nevrokirurgisk avdeling		214B Fremre eller bakre spandylodese mb	51 330	M501, F192	NAJ60, NAW93, ZXD10, ZXE10	DRG	214B	214B	Nci	Ja	Mangler 1
Innsigtopphold/ dagkir.		01feb1 2:12:24	03feb1 2:16:30	Nevrokirurgi, Ullevål (T07437)	Nevrokirurgisk sngepost, UL (103812)		0	M501, F192		Vekt	5,193	5,193			Skal være T84.2 (mekanisk komplikasjon fiksjon) + Y83.1 (implantat)
Subkoakt		02feb1 2:07:51	02feb1 2:11:00	Nevrokirurgi, Ullevål (T07437)	Nevrokir. operasjonsseaket, U (103811)		0	M501, F192	NAW93, NAJ60, ZXD10, ZXE10	Kr	105.864	105.864			Operert cervicalt prolaps 2 uber siden. Ni svelggranser. Disloert "ber". Resisbrøk. Rayker 20/dag.
Subkoakt		02feb1	02feb1	Nevrokirurgi, Ullevål	Postoperativ UL		0	M501, F192							

Nivå	Pas	Opphol d start	Opphol d slutt	Avdeling	Sted (Org.sakst)	DRG-kode	Fordelt korriger t vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPX	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer #-hj		
Esavdelingsopp hold	45	01feb1 2:11:30	01feb1 2:17:36	Avdeling for gastro- og barnekir		I79 Inflammatoris ke tarmsykdom ...	10 410	K509, J448, K310, E870	TNE05, ZXD00, ZXE10, ZXM20	DRG	I79 (inflammatori sk tarmsykdom)	148 (opr på spastarm m/fbk)	Ja	Ja	Mangler 3. Feilregistrert 2	Nei	
Isafagtopphold/ dagkir.		01feb1 2:11:30	02feb1 2:11:30	Seksjon for kolorektalkirurg (1)	Trerrefagl kirurg, lettpost, (103734)		0	K509, J448, K310, E870		Vekt	1,041	4,353			Frå K50.9 (står i PAS og epikrise) til K56.0 (står i operasjonsnot t), men ikke ført over i PAS.	Mangler 3. pleuravvask (430), stetektase (298.1), Hypokalemi (E87.6)	Mangler 2 (de er re-enting og fører til endring fra medisinsk til kirurgisk DRG.
Isafagtopphold/ dagkir.		02feb1 2:11:30	15feb12 15:30	Seksjon for kolorektalkirurg (1)	Gastrokirurgisk seagepost 1 (103733)		0	K509, J448, K310, E870		Kr	21.222	88.740	67.518		Feilregistrert KOLS (J44.8). Flare rike greenag for den i journalskoten for dette oppholdet. Hyperosmolalitet (E87) er feil. Riktig skal være hypokalemi (E87.6).	JFB33 (reseksjon tørn), JAB08 (adherens løsning)	
Subkostakt		02feb1 2:12:15	02feb1 2:16:17	Seksjon for kolorektalkirurg (1)	Gastrokir. operasjonssaket, (103735)		0	K509, J448, K310, E870									
Subkostakt		02feb1 2:16:40	03feb1 2:02:29	Seksjon for kolorektalkirurg (1)	Postoperativ UL (103770)		0	K509, J448, K310, E870							Operasjonskodene er dokumentert i tekstjournalen, men ikke ført over i PAS. Dure koder i PAS er med i DRG- beregninga.		
Subkostakt		06feb1 2:13:50	06feb1 2:15:00	Seksjon for kolorektalkirurg (1)	Ek oak og abstrud UL (103830)		0	K509, J448, K310, E870	TNE05, ZXD00, ZXE10, ZXM20								
Isafagtopphold/ dagkir.		15feb1 2:15:30	16feb1 2:17:36	Seksjon for kolorektalkirurg (1)	Trerrefagl kirurg, lettpost, (103734)		0	K509, J448, K310, E870									
Nivå	Pas	Opphol d start	Opphol d slutt	Avdeling	Sted (Org.sakst)	DRG-kode	Fordelt korriger t vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPX	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer #-hj		
Esavdelingsopp hold	46	28jan12 :11:25	04feb12 2:12:24	Neurokirurgisk avdeling		001E Anaca kraniotomi sattatt ved traume	54 450	D434	AAK10, ABB10, ZXD10, ZXE10	DRG	IE	IE	Nei	Nei	Nei	Nei	
Isafagtopphold/ dagkir.		28jan12 :11:25	04feb12 2:12:24	Neurokirurgi, Ullevål (107437)	Neurokirurgisk seagepost, UL (103812)		0	D321		Vekt	5,445	5,445					
Subkostakt		01feb1 2:08:10	01feb1 2:12:35	Neurokirurgi, Ullevål (107437)	Neurokir. operasjonssaket, U (103811)		0	D321	ABB10, AAK10, ZXD10, ZXE10	Kr	111.002	111.002					
Subkostakt		01feb1 2:12:35	01feb1 2:18:55	Neurokirurgi, Ullevål (107437)	Postoperativ UL (103770)		0	D321									
Nivå	Pas	Opphol d start	Opphol d slutt	Avdeling	Sted (Org.sakst)	DRG-kode	Fordelt korriger t vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPX	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer #-hj		
Esavdelingsopp hold	47	26jan12 :03:48	02feb12 2:14:46	Neurokirurgisk avdeling		215B Fremre eller bakre spondylodese sleb	31 390	M501	ABC21, ZXD10, ZXE10	DRG	215B	215b	Nei	Nei	Nei	Elektr	
Isafagtopphold/ dagkir.		26jan12 :03:48	02feb12 2:14:46	Neurokirurgi, Ullevål (107437)	Neurokirurgisk seagepost, UL (103812)		0	M501		Vekt	3,199	3,199			Mangler rapning FIT.2		
Subkostakt		01feb1 2:13:35	01feb1 2:16:30	Neurokirurgi, Ullevål (107437)	Neurokir. operasjonssaket, U (103811)		0	M501	ABC21, ZXD10, ZXE10	Kr	65.215	65.215					
Subkostakt		01feb1 2:16:30	02feb12 2:01:27	Neurokirurgi, Ullevål (107437)	Postoperativ UL (103770)		0	M501									
Nivå	Pas	Opphol d start	Opphol d slutt	Avdeling	Sted (Org.sakst)	DRG-kode	Fordelt korriger t vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPX	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer #-hj		
Esavdelingsopp hold	48	31jan12 04:29	04feb12 2:13:27	Neurokirurgisk avdeling		020 Infeksjon i nerve-systemet ekskl ttra	25 340	G060, M480, H0, J453	GAB05, ZXD00, ZXE10	DRG	20	20	Nei	Nei	Mangler 3	Nei	Ja
Isafagtopphold/ dagkir.		31jan12 04:29	31jan12 06:26	Neurokirurgi, Ullevål (107437)	Akuttattak US (103775)		0	G060, M480, H0, J453		Vekt	2,534	2,534			Postop inf (T81.4), kompl til kirurgi (Y83.8), staf sereer (B95.6)		
Isafagtopphold/ dagkir.		31jan12 06:26	04feb12 2:13:27	Neurokirurgi, Ullevål (107437)	Neurokirurgisk seagepost, UL (103812)		0	G060, M480, H0, J453		Kr	51.658	51.658					
Subkostakt		31jan12 23:15	01feb12 2:02:15	Neurokirurgi, Ullevål (107437)	Neurokir. operasjonssaket, U (103811)		0	G060, M480, H0, J453	GAB05, ZXD00, ZXE10								
Subkostakt		01feb1 2:02:21	01feb12 2:03:50	Neurokirurgi, Ullevål (107437)	Postoperativ UL (103770)		0	G060, M480, H0, J453									
Nivå	Pas	Opphol d start	Opphol d slutt	Avdeling	Sted (Org.sakst)	DRG-kode	Fordelt korriger t vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPX	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer #-hj		
Esavdelingsopp hold	49	31jan12 23:58	08feb12 2:11:40	Avdeling for gastro- og barnekir		166N Appendektom i med kompliseread s-knee	21 340	K352	JEA01, ZXD00, ZXE10	DRG	166N	166N	Nei	Nei	Nei	Ja	
Isafagtopphold/ dagkir.		31jan12 23:58	01feb12 2:02:08	Seksjon for øvre abdominalki (1)	Akuttattak US (103775)		0	K352		Vekt	2,134	2,134					
Isafagtopphold/ dagkir.		01feb1 2:02:08	05feb12 2:15:30	Seksjon for øvre abdominalki (1)	Gastrokirurgisk seagepost 1 (103733)		0	K352		Kr	43.504	43.504					
Subkostakt		01feb1 2:03:56	01feb12 2:06:13	Seksjon for øvre abdominalki (1)	Gastrokir. operasjonssaket, (103735)		0	K352	JEA01, ZXD00, ZXE10								
Subkostakt		01feb1 2:06:13	01feb12 2:10:45	Seksjon for øvre abdominalki (1)	Postoperativ UL (103770)		0	K352									
Isafagtopphold/ dagkir.		05feb12 2:15:30	08feb12 2:11:40	Seksjon for øvre abdominalki (1)	Trerrefagl kirurg, lettpost, (103734)		0	K352									

Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.sakst)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer #-kj
Etterdelingsopp hold	50	01feb1 2:10:07	03feb1 2:14:05	Avdeling for gastro- og barnekir		167 Appendektom i ete komplisert	0,7830	K353	JEA01, ZXD00, ZXE10	DRG 167	167	Nei	Nei	Nei	Ja
Innlagt opphold/ dagkir.		01feb1 2:10:07	01feb1 2:11:45	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Akuttmottak US (109775)			0 K353		Vekt 0,783	0,783				
Innlagt opphold/ dagkir.		01feb1 2:11:45	03feb1 2:14:05	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Gastrokirurgisk slegepost 1 (109753)			0 K353		Kr 15.362	15.362				
Subkostakt		01feb1 2:14:32	01feb1 2:18:03	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Gastrokir. operasjonsekset, (109753)			0 K353	JEA01, ZXD00, ZXE10						
Subkostakt		01feb1 2:18:03	01feb1 2:21:10	Seksjon for kolorektalkirurgi (1)	Postoperativ UL (109778)			0 K353							

Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.sakst)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer #-kj
Etterdelingsopp hold	51	23jan12 1:15	04feb1 2:13:47	Neurokirurgisk avdeling		001A Intrakraniell operasjon for svelst	45 160	C7H, C61, H10	AAB10, ZXD10, ZXE10	DRG 1A	442	Ja	Ja	Ja	Nei Ja
Innlagt opphold/ dagkir.		23jan12 1:15	04feb1 2:13:47	Neurokirurgi, Ullevål (107437)	Neurokirurgisk slegepost, UL (109812)			0 C7H, C61, H10		Vekt 4,516	4,526		Fra tumor cerebri til postoperativ blødning T81.	Mangler 1	
Subkostakt		01feb1 2:08:04	01feb1 2:12:54	Neurokirurgi, Ullevål (107437)	Neurokir. operasjonsekset, U (109811)			0 C7H, C61, H10	AAB10, ZXD10, ZXE10	Kr 32.063	32.267	204 økning		Subderalt hematom S06.4	
Subkostakt		01feb1 2:13:00	02feb1 2:10:50	Neurokirurgi, Ullevål (107437)	Postoperativ UL (109778)			0 C7H, C61, H10							

Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Avdeling	Sted (Org.sakst)	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer #-kj
Etterdelingsopp hold		05feb1 2:21:24	09feb1 2:14:29	Neurokirurgisk avdeling		001A Intrakraniell operasjon for svelst	45 160	C7H, H10, Z854	AAB30, AAD00, ZXD00, ZXE10						
Innlagt opphold/ dagkir.		05feb1 2:21:24	05feb1 2:22:36	Neurokirurgi, Ullevål (107437)	Akuttmottak US (109775)			0 C7H, H10, Z854							
Innlagt opphold/ dagkir.		05feb1 2:22:36	09feb1 2:14:29	Neurokirurgi, Ullevål (107437)	Neurokirurgisk slegepost, UL (109812)			0 C7H, H10, Z854							
Subkostakt		06feb1 2:12:41	06feb1 2:15:45	Neurokirurgi, Ullevål (107437)	Neurokir. operasjonsekset, U (109811)			0 C7H, H10, Z854	AAB30, AAD00, ZXD00, ZXE10						
Subkostakt		06feb1 2:15:45	07feb1 2:11:20	Neurokirurgi, Ullevål (107437)	Postoperativ UL (109778)			0 C7H, H10, Z854							
Subkostakt		07feb1 2:12:45	07feb1 2:15:55	Neurokirurgi, Ullevål (107437)	Neurokir. operasjonsekset, U (109811)			0 C7H, H10, Z854							

Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Avdeling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer #-kj
Sykehusopp hold	52	30jan12 22:48	31jan12 13:24	Avdeling for aestesziologi		281 Skade av led og enderled > 17 år w/b	0,413	S000, X8NXR	GXAV01	DRG 281			Ja, Sår i hodebena er ikke en innleggelsesopn an. Pasienten ligger til observasjon 204.3 (observasjon)	Ja	OK Ja
Fleravdelingsopp hold		30jan12 22:48	30jan12 23:25	Ortopedisk avdeling skadelegerak		303A Poliklinisk konsultasjon vedrørende	0			Vekt 0,413	1,128				
Poliklinisk		30jan12 22:48	30jan12 23:25		4203619	109803		0 S000		Kr 8.562	23.385	14.823	204.3	S00.0 Sår i hodebena (beveidninga on ligger til bidragsser)	
Fleravdelingsopp hold		30jan12 23:20	31jan12 13:24	Avdeling for aestesziologi		281 Skade av led og enderled > 17 år w/b	0,413	S000, X8NXR	GXAV01					F10.01 Skadelig bruk av alkohol (legges til)	
Innlagt opphold/ dagkir.		30jan12 23:20	31jan12 13:24	Avd. for aestesziologi	Akuttmottak, Ullevål			0 X8axr, S000	GXAV01						
Innlagt opphold/ dagkir.		30jan12 23:20	31jan12 13:24	Avd. for aestesziologi	Generell lateasiv US			0 X8axr, S000	GXAV01						
Innlagt opphold/ dagkir.		30jan12 23:20	31jan12 13:24	Avd. for aestesziologi	Postoperativ US			0 X8axr, S000	GXAV01						

Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Avdeling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer #-kj
Sykehusopp hold	53	30aug15 10:06	31aug15 16:15	Avdeling for gastro- og barnekir		188 Spkdom i fordøyelsesor gaene ITAD >	1,051	K600, K610	UJG02, ZXE00	DRG 188					
Fleravdelingsopp hold		30aug15 10:06	30aug15 11:34	Ortopedisk avdeling skadelegerak		306D Poliklinisk konsultasjon vedrørende	0			Vekt 1,051	189	Ja	Nei	Ja	OK Ja
Poliklinisk		30aug15 10:06	30aug15 11:34		4203619	109803		0 K610		Kr 21.788	0,529			K61 (abcess) skal slttes	
Fleravdelingsopp hold		30aug15 11:43	31aug15 16:15	Avdeling for gastro- og barnekir		188 Spkdom i fordøyelsesor gaene ITAD >	1,051				10.367	Reduksjon 10.821			
Innlagt opphold/ dagkir.		30aug15 11:43	31aug15 16:15	Avdeling for gastro- og barnekir	Akuttmottak, Ullevål			0 K600	UJG02, ZXE00						
Innlagt opphold/ dagkir.		30aug15 11:43	31aug15 16:15	Avdeling for gastro- og barnekir	Gastrokirurgisk slegepost 1			0 K600	UJG02, ZXE00						
Innlagt opphold/ dagkir.		30aug15 11:43	31aug15 16:15	Avdeling for gastro- og barnekir	Postoperativ US			0 K600	UJG02, ZXE00						

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPX	Niccf	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer #-kj
Esavdelingsopp hold	54	28aug15 :08:20	07sep15 :14:08	Avdeling for gastro- og barackir		148 Større operasjoner på tynntarm & tyk	4,286	C182	A12FK	DRG					
Innlagt opphold/ dagkir.		28aug15 :08:20	07sep15 :14:08	Avdeling for gastro- og barackir	103734		0	I203, J443, C182	A12FK, JFB30, JAH01, JFAT3, A12CK	Vekt	148	148	Nci	Nci	OK Nci
Innlagt opphold/ dagkir.		28aug15 :08:20	07sep15 :14:08	Avdeling for gastro- og barackir		Gastrokirurgisk seagepost 3		0	I203, J443, C182	Kr	4,286 88.853	4,286 88.853			
Innlagt opphold/ dagkir.		28aug15 :08:20	07sep15 :14:08	Avdeling for gastro- og barackir		Postoperativ US		0	I203, J443, C182						
Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPX	Niccf	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer #-kj
Esavdelingsopp hold	55	28jan12 :10:53	04feb12 :18:02	Avdeling for gastro- og barackir		170 Operasjoner på fordøyelsesorganene	3,01	C169	A32FK, JAH01	DRG					
Innlagt opphold/ dagkir.		28jan12 :10:53	04feb12 :18:02	Avdeling for gastro- og barackir	103734		0	C787, C169	JAH01, A32FK	Vekt	170	170	Nci	Nci	OK Nci
Innlagt opphold/ dagkir.		28jan12 :10:53	04feb12 :18:02	Avdeling for gastro- og barackir	708385			0	C787, C169	Kr	3,01 62.400	3,01 62.400			
Innlagt opphold/ dagkir.		28jan12 :10:53	04feb12 :18:02	Avdeling for gastro- og barackir		Gastrokirurgisk seagepost 1		0	C787, C169		62.400				
Innlagt opphold/ dagkir.		28jan12 :10:53	04feb12 :18:02	Avdeling for gastro- og barackir		Postoperativ US		0	C787, C169						
Poliklinikk		04feb12 :12:30	04feb12 :12:45	Avdeling for gastro- og barackir	103736			0	C169						
Poliklinikk		04feb12 :14:00	04feb12 :14:15	Avdeling for gastro- og barackir	103736			0	C787, C169						
Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPX	Niccf	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer #-kj
Esavdelingsopp hold	56	28jan12 :12:00	01feb12 :14:03	Nevrokirurgisk avdeling		215B Fremre eller bakre speedledese rfb	3,139	M501	ABC21	DRG					
Innlagt opphold/ dagkir.		28jan12 :12:00	01feb12 :14:03	Nevrokirurgisk avdeling	103812		0	M501	ABC21	Vekt	215B	215B	Nci	Nci	OK Nci
Innlagt opphold/ dagkir.		28jan12 :12:00	01feb12 :14:03	Nevrokirurgisk avdeling		Postoperativ US		0	M501	Kr	3,139 65.075	3,139 65.075			
Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPX	Niccf	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer #-kj
Sykehusopp hold	57	23jan12 :14:48	03feb12 :14:02	Nevrokirurgisk avdeling		002B Operasjon for kronisk subduralt hem	2,312	S065, I480, I10, F061, F03, I482, G308, F002, W0N6R, D683	AAD10	DRG	2B	2B	Nci	Ja	Nci OK Ja
Fleravdelingsopp hold		23jan12 :14:48	23jan12 :22:00	Geriatrisk avdeling		027 Alvorlig traumatisk hjernesekade	0			Vekt	2,312 60.369	2,312 60.369			Mangler infeksjon på t5 (S31.1) F03 skal fjernes. F002 er mer spesifikk.
Innlagt opphold/ dagkir.		23jan12 :14:48	23jan12 :22:00	Geriatrisk avdeling		Akuttgeriatrisk seagepost		0	S065, I482, G308, F002	Kr					
Innlagt opphold/ dagkir.		23jan12 :14:48	23jan12 :22:00	Geriatrisk avdeling		Akuttmottak, Ullevål		0	S065, I482, G308, F002						G30.8 skal fjernes. F002 er mer spesifikk.
Fleravdelingsopp hold		23jan12 :22:00	30jan12 :15:53	Geriatrisk avdeling		027 Alvorlig traumatisk hjernesekade	0,4077								
Innlagt opphold/ dagkir.		23jan12 :22:00	30jan12 :15:53	Geriatrisk avdeling	Slagekatea		0	S065, W06r, D683, I482, G308, F002							Eksempel på at samme tilstand kodes med 4 ulike koder på 3 forskjellige avdelinger. Demens blir både G30.8 (skutmottaket), F03 (neurokir avd), F067 (neurokir) og F002 (geriatrisk avdeling). F002 er korrekt.
Fleravdelingsopp hold		30jan12 :15:53	03feb12 :14:02	Nevrokirurgisk avdeling		002B Operasjon for kronisk subduralt hem	2,5043	S065, I480, I10, F067, F03	AAD10						
Innlagt opphold/ dagkir.		30jan12 :15:53	03feb12 :14:02	Nevrokirurgisk avdeling	103812		0	F03, S065, I480, I10, F067	AAD10						
Innlagt opphold/ dagkir.		30jan12 :15:53	03feb12 :14:02	Nevrokirurgisk avdeling		Postoperativ US		0	F03, S065, I480, I10, F067						

Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Arveling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedryer	B-kj	
Esavdelingsopp hold	58	28jan12 :11:00	01feb12 :12:21	Neurokirurgisk avdeling		215C	1,617	M511, G551	ABC16	DRG	215C	215C	Nei	Nei	Nei	OK	Nei
Isaigtopphold/ dagkir.		28jan12 :11:00	01feb12 :12:21	Neurokirurgisk avdeling	103812		0	M511, G551	ABC16	Vekt	1,617	1,617					
Isaigtopphold/ dagkir.		28jan12 :11:00	01feb12 :12:21	Neurokirurgisk avdeling	Postoperativ US		0	M511, G551	ABC16	Kr	33.522	33.522					

Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Arveling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedryer	B-kj	
Esavdelingsopp hold	59	28jan12 :10:00	01feb12 :13:03	Kjeve- og ansikt kirurgisk avdeli		217	4,771	S3erer & ledtraaspl	M190	DRG	217	217	Nei	Nei	Nei	OK	Nei
Isaigtopphold/ dagkir.		28jan12 :10:00	01feb12 :13:03	Kjeve- og ansikt kirurgisk avdeli	103812		0	M190	EGC20, ZZA50	Vekt	4,771	4,771					
Isaigtopphold/ dagkir.		28jan12 :10:00	01feb12 :13:03	Kjeve- og ansikt kirurgisk avdeli	Postoperativ US		0	M190	EGC20, ZZA50	Kr	38.908	38.908					
Isaigtopphold/ dagkir.		28jan12 :10:00	01feb12 :13:03	Kjeve- og ansikt kirurgisk avdeli	Ullevål hotell ortopedi		0	M190	EGC20, ZZA50								

Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Arveling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedryer	B-kj	
Esavdelingsopp hold	60	12jan12 :12:00	10feb12 :14:02	Neurokirurgisk avdeling		001E	5,423	Aasen brasiotomi	AAK10	DRG	1E	1E	Nei	Nei			
Isaigtopphold/ dagkir.		12jan12 :12:00	10feb12 :14:02	Neurokirurgisk avdeling	103812		0	G360	AAK10, AAK10, AAK10	Vekt				Ja	OK	Ja	
Isaigtopphold/ dagkir.		12jan12 :12:00	10feb12 :14:02	Neurokirurgisk avdeling	Postoperativ US		0	G360	AAK10, AAK10, AAK10	Kr	5,423	112.424	5,423	112.424			

Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Arveling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedryer	B-kj	
Esavdelingsopp hold	61	30jan12 :12:00	02feb12 :14:22	Neurokirurgisk avdeling		215C	1,617	Operasjoner	M500, G392	DRG	215C	215C	Nei	Nei	Nei	OK	Nei
Isaigtopphold/ dagkir.		30jan12 :12:00	02feb12 :14:22	Neurokirurgisk avdeling	103812		0	M500, G392	ABC60	Vekt	1,617	1,617					
Isaigtopphold/ dagkir.		30jan12 :12:00	02feb12 :14:22	Neurokirurgisk avdeling	Postoperativ US		0	M500, G392	ABC60	Kr	33.522	33.522					

Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Arveling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedryer	B-kj	
Esavdelingsopp hold	62	23jan12 :00:10	02feb12 :12:50	Avdeling for gastro- og barnekir		160	1,02	Brokkop ekshl ingesnal & femoral > 1	K423, I10, K360	DRG	160	477	Ja				
Isaigtopphold/ dagkir.		23jan12 :00:10	02feb12 :12:50	Avdeling for gastro- og barnekir	Akuttmottak, Ullevål		0	K860, I10, K423	JAF10, ZXE00	Vekt				K42.3 (umbilikalhernie) og K86.0 (frossisk pankreatitt) skal stå som bidragsger. Det mangler E87.1 (hypostremi), E87.6 (dyspepsia), F10.01 (alkoholforbruk med fysisk skade), F17.2 (tobakkavhengighet), K86.2 (cyste i pancreas), Hypertensjon (I10) er kodet, men ikke notert i journalen. Det skal derfor fjernes.	Dressasje av bakkrasse maagter.	Ja	
Isaigtopphold/ dagkir.		23jan12 :00:10	02feb12 :12:50	Avdeling for gastro- og barnekir	Gastrokirurgisk seagepost 1		0	K860, I10, K423	JAF10, ZXE00	Kr	1,02	21.146	2,16	44.773	23.633	eksing	
Isaigtopphold/ dagkir.		23jan12 :00:10	02feb12 :12:50	Avdeling for gastro- og barnekir	Postoperativ US		0	K860, I10, K423	JAF10, ZXE00								

Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Arveling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedryer	B-kj	
Sykebesøpphold	63	31jan12 :09:30	07feb12 :17:51	Neurokirurgisk avdeling		243	0,718	Ryggfidelser, traumatiske tilstander	S121, S016, F067, W0N0R	DRG	243	214B	Ja	Nei	Ja		Ja
Fleravdelingsopp hold		31jan12 :09:30	02feb12 :20:12	Avdeling for anestesologi		243	0,2051	Ryggfidelser, traumatiske tilstander	S121	NAJ00	Vekt	0,718	4,687				
Isaigtopphold/ dagkir.		31jan12 :09:30	02feb12 :20:12	Avd. for anestesologi	Akuttmottak, Ullevål		0	S121	NAJ00	Kr	14.885	37.166	82.281	eksing			
Isaigtopphold/ dagkir.		31jan12 :09:30	02feb12 :20:12	Avd. for anestesologi	Generell latesiv US		0	S121	NAJ00								
Isaigtopphold/ dagkir.		31jan12 :09:30	02feb12 :20:12	Avd. for anestesologi	Postoperativ US		0	S121	NAJ00								
Fleravdelingsopp hold		02feb12 :20:12	07feb12 :17:51	Neurokirurgisk avdeling		243	0,5129	Ryggfidelser, traumatiske tilstander	S121, S016, F067, W0N0R								
Isaigtopphold/ dagkir.		02feb12 :20:12	07feb12 :17:51	Neurokirurgisk avdeling	103812		0	S121, S016, F067, W0N0R									

NAJ 00 Lukket repolisjon av demifrakur
NAJ 70 Osteosyntese med fremre demibrue
210 00 Østing
ZNE 00 < 1 time

Nivå	Pasient ID	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPX	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer Ø-kj	
Enveldingsopp hold	64	28jan12 :16:30	12feb12 :14:33	Avdeling for gastro- og barackir		143 Større operasjoner på tynntarm & tyk	2,454	C187	A12FK, JA01, JFB46, JFB50, UJG02	DRG	143	148	Ja	Nei	OK	Nei
Inslagtopphold/ dagkir.		28jan12 :16:30	12feb12 :14:33	Avdeling for gastro- og barackir	103734		0	C187	A12FK, JFB46, JFB50, JA01, UJG02	Vekt	2,454	4,286			Ja. Det mangler subklasse (E56.7). Dette gir kompliserte DRG og økt refusjon.	
Inslagtopphold/ dagkir.		28jan12 :16:30	12feb12 :14:33	Avdeling for gastro- og barackir	Gastrokirurgisk seagepost 3		0	C187	A12FK, JFB46, JFB50, JA01, UJG02	Kr	50.874	88.853	37.379	ubøing		
Inslagtopphold/ dagkir.		28jan12 :16:30	12feb12 :14:33	Avdeling for gastro- og barackir	Postoperativ US		0	C187	A12FK, JFB46, JFB50, JA01, UJG02							

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPX	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer Ø-kj		
Enveldingsopp hold	65	30jan12 :10:27	01feb12 :12:21	Kjere- og nasikkirurgisk avdeli		037 Op på orbita inkl avslutningsale vice	1,727	S023, S012, S024	CAC10, DHD00, EEC25	DRG	37	37	Nei	Nei	Mangler comotio (S06)	OK	Ja
Inslagtopphold/ dagkir.		30jan12 :10:27	01feb12 :12:21	Kjere- og nasikkirurgisk avdeli	103812		0	S024, S012, S023	CAC10, EEC25, DHD00	Vekt	1,727	1,727			For å kunne bruke koden for hjerestyrkelse, må det være jorntallert at pasienten har vært korrtvrig bevisstløs. Det er det i dette tilfellet.		
Inslagtopphold/ dagkir.		30jan12 :10:27	01feb12 :12:21	Kjere- og nasikkirurgisk avdeli	Akuttmottak, Ullevål		0	S024, S012, S023	CAC10, EEC25, DHD00	Kr	35.802	35.802					
Inslagtopphold/ dagkir.		30jan12 :10:27	01feb12 :12:21	Kjere- og nasikkirurgisk avdeli	Postoperativ US		0	S024, S012, S023	CAC10, EEC25, DHD00								

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPX	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer Ø-kj	
Sykehusopp hold	66	30jan12 :18:39	02feb12 :12:15	Thorakirurgisk avdeling, HLK		102 Sykdommer i ladedrettcor gasser ITAD *	0,758	S223, W0N0Y		DRG	102	101	Ja	Nei	Ja tilset av høy promille. Pasienten har et hjert kapt alkoholinntre k. F10.01 Alkoholforbre k med fysisk skade skal	Ja
Fleravdelingsopp hold		30jan12 :18:39	31jan12 :13:13	Avdeling for anaestesiologi		102 Sykdommer i ladedrettcor gasser ITAD *	0,2527	S223, W0N0Y		Vekt	0,758	1,097				
Inslagtopphold/ dagkir.		30jan12 :18:39	31jan12 :13:13	Avd. for anaestesiologi	Akuttmottak, Ullevål		0	W0a0y, S223		Kr	15.714	22.742	7.028			
Inslagtopphold/ dagkir.		30jan12 :18:39	31jan12 :13:13	Avd. for anaestesiologi	Generell latesiv US		0	W0a0y, S223								
Inslagtopphold/ dagkir.		30jan12 :18:39	31jan12 :13:13	Avd. for anaestesiologi	Postoperativ US		0	W0a0y, S223								
Fleravdelingsopp hold		31jan12 :13:13	02feb12 :12:15	Thorakirurgisk avdeling, HLK		102 Sykdommer i ladedrettcor gasser ITAD *	0,5053	S223, W0N0Y		Vekt	0,758	1,097				
Inslagtopphold/ dagkir.		31jan12 :13:13	02feb12 :12:15	Thorakirurgisk avdeling, HLK	Postoperativ US		0	W0a0y, S223		Kr	15.714	22.742	7.028			
Inslagtopphold/ dagkir.		31jan12 :13:13	02feb12 :12:15	Thorakirurgisk avdeling, HLK	TKA stopdown og seagepost, US		0	W0a0y, S223								

Nivå	Pas	Opphold start	Opphold slutt	Avdeling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	NPX	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedyrer Ø-kj	
Sykehusopp hold	67	30jan12 :22:19	01feb12 :08:47	Avdeling for anaestesiologi		427B Varige personlighets forstyrrelser	0,6	F628, T4N, X6N0		DRG	427B	427B	Nei	Nei	S11.8 mangler OK	Ja
Fleravdelingsopp hold		30jan12 :22:19	31jan12 :11:44	Akuttmedisisk avdeling		427B Varige personlighets forstyrrelser	0,3	F628, T4N, X6N0	GAB00	Vekt	0,6	0,6			Siden hen er skrevet et samme dag som hen på ay blir inlagt, blir oppholdene slått sammen til ett DRG er derfor riktig. Det nye oppholdet (kaiestetikk) er imidlertid ikke blitt kodet. S11.8 mangler derfor.	
Inslagtopphold/ dagkir.		30jan12 :22:19	31jan12 :11:44	Akuttmedisisk avdeling	Akuttmedisisk observasjonspost		0	X6a0, T4a, F628	GAB00	Kr	12.439	12.439				
Inslagtopphold/ dagkir.		30jan12 :22:19	31jan12 :11:44	Akuttmedisisk avdeling	Akuttmottak, Ullevål		0	X6a0, T4a, F628	GAB00							
Fleravdelingsopp hold		31jan12 :15:36	01feb12 :08:47	Avdeling for anaestesiologi		427B Varige personlighets forstyrrelser	0,5	F628, T4N, X6N0		Vekt	0,6	0,6				
Inslagtopphold/ dagkir.		31jan12 :15:36	01feb12 :08:47	Avd. for anaestesiologi	Akuttmottak, Ullevål		0	F628, T4a, X6a0		Kr	12.439	12.439				
Inslagtopphold/ dagkir.		31jan12 :15:36	01feb12 :08:47	Avd. for anaestesiologi	Generell latesiv US		0	F628, T4a, X6a0								
Inslagtopphold/ dagkir.		31jan12 :15:36	01feb12 :08:47	Avd. for anaestesiologi	Postoperativ US		0	F628, T4a, X6a0								

Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Avdeling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	MPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedrer	Ø-kj
Sykehusoppkold	66	31jan12:16:22	03feb12:17:56	Nevrokirurgisk avdeling		027 Alvorlig traumatisk hjerneskade	1,322	S066, S065, S020, S024, W099R		27	27	Nei	Nei		Ingen	Ja
Fleravdelingsoppkold		31jan12:16:22	01feb12:13:45	Avdeling for saestesefologi		027 Alvorlig traumatisk hjerneskade	0,4407	S066, S065, S020, S024, W099R		1,322	1,322			Comotio S06.0 mangler. For ingen konseskras for DRG		
Inlagttoppkold/dagkir.		31jan12:16:22	01feb12:13:45	Avd. for saestesefologi	Akettmoottak, Ullevål		0	S066, S065, S020, S024, W0a3r		27.406	27.406					
Inlagttoppkold/dagkir.		31jan12:16:22	01feb12:13:45	Avd. for saestesefologi	Generell Intesiv US		0	S066, S065, S020, S024, W0a3r								
Inlagttoppkold/dagkir.		31jan12:16:22	01feb12:13:45	Avd. for saestesefologi	Postoperativ US		0	S066, S065, S020, S024, W0a3r								
Fleravdelingsoppkold		01feb12:13:45	03feb12:17:56	Nevrokirurgisk avdeling		027 Alvorlig traumatisk hjerneskade	0,8813	S066, S065, S020, S024, W099R								
Inlagttoppkold/dagkir.		01feb12:13:45	03feb12:17:56	Nevrokirurgisk avdeling	109912		0	S066, S065, S020, S024, W0a3r								
Inlagttoppkold/dagkir.		01feb12:13:45	03feb12:17:56	Nevrokirurgisk avdeling	Postoperativ US		0	S066, S065, S020, S024, W0a3r								

Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Avdeling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	MPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedrer	Ø-kj
Enavdelingsoppkold	63	31jan12:10:17	01feb12:21:06	Avdeling for gastro- og barackir		167 Appendektom i etas komplisert	0,811	K358, I10	JEA01, ZXE10	167	167	Nei	Nei	Nei	OK	Ja
Inlagttoppkold/dagkir.		31jan12:10:17	01feb12:21:06	Avdeling for gastro- og barackir	Akettmoottak, Ullevål		0	I10, K358	JEA01, ZXE10	0,811	0,811					
Inlagttoppkold/dagkir.		31jan12:10:17	01feb12:21:06	Avdeling for gastro- og barackir	Gastrokirurgisk seagepost 1		0	I10, K358	JEA01, ZXE10	16.813	16.813					
Inlagttoppkold/dagkir.		31jan12:10:17	01feb12:21:06	Avdeling for gastro- og barackir	Postoperativ US		0	I10, K358	JEA01, ZXE10							

Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Avdeling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	MPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedrer	Ø-kj
Sykehusoppkold	70		03feb12:14:06	Geriatrisk avdeling		207 Sykdommer i galleveien ekskl oadart	1,193	K830, E15, K831, M83, R650, K903	UJK02						maagler 2. De er registrert, men blir ikke aggregert med som tellende. JKE18 og JLE22	Ja
Fleravdelingsoppkold		31jan12:10:15	31jan12:11:15	Gastromediasisk avdeling		T130 Inslugging av stein i gallegang ved	0			DRG	207	433	Ja	Nei	Nei	Ja
Poliklinikk		31jan12:10:15	31jan12:11:15	Gastromediasisk avdeling	Gastromediasisk poliklinikk		0	K803	UJK02, JKE18, JLE22 (statistiske opplysninger som ikke er)	Vekt	1,193	2,059				
Fleravdelingsoppkold		31jan12:12:03	03feb12:14:06	Geriatrisk avdeling		207 Sykdommer i galleveien ekskl oadart	1,193	K830, E15, K831, M83, R650	UJK02	Kr	24.774	42.685	17.311			
Inlagttoppkold/dagkir.		31jan12:12:03	03feb12:14:06	Geriatrisk avdeling	Akettgeriatrisk seagepost		0	K831, R650, M83, E15, K830	UJK02							
Inlagttoppkold/dagkir.		31jan12:12:03	03feb12:14:06	Geriatrisk avdeling	Akettmoottak, Ullevål		0	K831, R650, M83, E15, K830	UJK02							
Inlagttoppkold/dagkir.		31jan12:12:03	03feb12:14:06	Geriatrisk avdeling	Postoperativ US		0	K831, R650, M83, E15, K830	UJK02							

Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Avdeling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	MPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedrer	Ø-kj	
Enavdelingsoppkold	71	25jan12:10:40	01feb12:11:00	Avdeling for gastro- og barackir		154B Andre operasjoner på spiserør, mage	5,177	C160, J200	JDA63	DRG	154B	154B	Nei	Nei	Nei	OK	Nei
Inlagttoppkold/dagkir.		25jan12:10:40	01feb12:11:00	Avdeling for gastro- og barackir	Operasjonssektet, Radiumhospitalet		0	Z366, C160, T814, J200, Y838	JDA63	Vekt	5,177	5,177					
Inlagttoppkold/dagkir.		25jan12:10:40	01feb12:11:00	Avdeling for gastro- og barackir	Postoperativ RAD		0	Z366, C160, T814, J200, Y838	JDA63	Kr	107.324	107.324					
Inlagttoppkold/dagkir.		25jan12:10:40	01feb12:11:00	Avdeling for gastro- og barackir	Seagepost AS, Radiumhospitalet		0	Z366, C160, T814, J200, Y838	JDA63								

Nivå	Pas	Oppkol d start	Opphold slutt	Avdeling - seksjon	Sted	DRG-kode	Fordelt korrigert vekt	Diagnosekoder	Prosedrekoder	MPK	NiceF	Endring ISF	Endring H	Endring Bi	Prosedrer	Ø-kj	
Enavdelingsoppkold	72	14feb12:10:25	25feb12:12:37	Avdeling for gastro- og barackir		154A Større operasjoner på spiserør, mage	7,557	C162, C772, I252	A32FK, JDC11, QALAL00, WJAT15, ZWAA13	DRG	154A	154A	Nei	Nei	Ja	OK	Nei
Inlagttoppkold/dagkir.		14feb12:10:25	25feb12:12:37	Avdeling for gastro- og barackir	109734		0	I252, C162, C772	JDC11, A32FK	Vekt	7,557	7,557			Det mangler t. UVI (M30.0). Det gir ikke mer ISF		
Inlagttoppkold/dagkir.		14feb12:10:25	25feb12:12:37	Avdeling for gastro- og barackir	108385		0	I252, C162, C772	JDC11, A32FK	Kr	156.664	156.664					
Inlagttoppkold/dagkir.		14feb12:10:25	25feb12:12:37	Avdeling for gastro- og barackir	Postoperativ US		0	I252, C162, C772	JDC11, A32FK								

VEDLEGG 2

PRESENTASJON OG FORKLARING AV DATA I VEDLEGG 1

Alle data fra undersøkelsen er sammenfattet i Excel-skjemaet, presentert i vedlegg 1. Hvert behandlingsopphold utgjør en seksjon av rader i hele skjemaets bredde, og alle behandlingsoppholdene er listet opp under hverandre.

Første behandlingsopphold som eksempel

For å forklare Excel-skjemaet, brukes det første behandlingsoppholdet som eksempel. Dette er informasjonen innenfor den røde rammen i *figur 1*:

The image shows a screenshot of an Excel spreadsheet with a red rectangle highlighting a row of data. The spreadsheet contains multiple columns with headers in Norwegian, including patient ID, dates, and medical notes. A large 'Side 1' watermark is visible in the center of the image.

Kortfattet sykehistorikk

For enklere illustrasjon av skjemaets kolonner, gjengis eksemplets sykehistorikk kortfattet:

Det dreier seg om en pasient som etter tidligere operasjon for spiserørskreft får alvorlige komplikasjoner med væske i lungene. Pasienten har i tillegg et komplisert sykdomsbilde med både hjerteflimmer, anemi og problemer med passasje i spiserøret. Dette er grunnen for overføringen fra

lokalt sykehus til Ullevål Universitetssykehus(OUS). På OUS blir væsken på lungene tappet. Pasienten har problemer med sammenklappet lunge og urinveisinfeksjon. I tillegg oppstår det komplikasjoner ved innleggelse av et smertelindrende kateter i ryggen. Det blir oppdaget at kateteret har blitt lagt inn i lungene. Etter 25 døgn på OUS blir pasienten tilbakeført til lokalt sykehus.

I Excel-skjemaet inneholder kolonnene følgende informasjon:

Nivå	Pasient nr	Opphold nr	Opphold start	Opphold stopp	Sted	Sted	Sted	Sted	Sted	Sted
Enavdelingsopphold	1	1	25/08/2018 10:16							
Opphold/dagkir.		2	25/08/2018 10:16							
Opphold/dagkir.		3	25/08/2018 19:56							
		4	26/08/2018 08:53							

Figur 2: Kolonnene i behandlingsoppholdene

Nivå Her vises de sykehusavdelingene som har vært involvert i behandlingsoppholdet, i kronologisk rekkefølge. I det gule feltet skiller det mellom *enavdelingsopphold* og *fleravdelingsopphold*. I eksempelet dreier det seg om et *enavdelingsopphold*. Det innebærer at pasienten under hele oppholdet har vært tilhørende én fagenhet, *Seksjon for øvre abdominalkirurgi*. I kolonnen *Sted* går det frem at pasienten har vært stasjonert på to sengeposter, *Tverrfaglig kirurgisk lettpost* og *Gastrokirurgisk sengepost 1*. Oppholdet defineres likevel som et *enavdelingsopphold*, fordi begge postene hører inn under samme avdeling, *Seksjon for øvre abdominalkirurgi*. Kolonnens øvrige opplistede kontakter er såkalte subkontakter. Det kan være bestilte konsulenttjenester, eller kontakter som en naturlig følge av en behandlingsprosedyre, Pasienten blir for eksempel operert den 25 i måneden fra kl 08.53 til kl 19.56. Deretter overflyttet til postoperativ avdeling, hvor han blir liggende i 9 dager.

Subkontaktene har vært:

- Operasjon på operasjonsavdelingen. Kontakten er beskrevet som *Subkontakt*, fordi operasjonsavdelingen er definert inn under kirurgisk

seksjon, som gastrokirurgisk avdeling, hvor pasienten er innlagt, tilhører.

- Tilsyn fra lungemedisinsk poliklinikk, pga indremedisinske problemstillinger. Dette er feilregistrert som poliklinikk.
- Opphold på postoperativ avdeling etter kirurgi på operasjonsavdelingen.
- Tilsyn av onkologisk avdeling.

Pasientnr. Anonymisert pasientidentifikasjon.

Opphold start Starttidspunktet for hver enkelt kontakt. Dato er anonymisert ved at *januar* og *februar* erstatter de to korrekte månedene.

Opphold slutt Sluttidspunkt for hver enkelt kontakt. Dato er anonymisert ved at *januar* og *februar* erstatter de to korrekte månedene.

Avdeling Her går det frem hvilke fagenheter oppholdet og kontaktene ordner inn under. Fagenhet betyr det samme som avdeling. I eksemplet er opphold og annen kontakt tilsluttet *Seksjon for øvre abdominalkirurgi*, så nær som et indremedisinsk tilsyn utført av *Lungemedisinsk avdeling*. Tilsynet er som sagt blitt feilregistrert som poliklinisk tilsyn.

Sted Undergruppene av fagenhetene som har vært involvert i oppholdet. I eksemplet ble pasienten innlagt den 22. i en måned på *Tverrfaglig kirurgisk lettpost*, før pasienten den 25. administrativt ble overført til *gastrokirurgisk sengepost 1* kl. 07.00. Fysisk ble pasienten flyttet til operasjonsavdelingen, *Gastrokirurgisk operasjonsenhet*, for et kirurgisk inngrep kl. 08.43. Dette er ferdig nesten 11 timer senere, da pasienten flyttes til postoperativ avdeling med ankomst kl. 20:05. Underveis i operasjonen har det også vært en lungelege innom og utført en prosedyre (bronkoskopi UGC 12). Dette skulle vært registrert som en subkontakt fra lungemedisinsk poliklinikk, men er feilregistrert som et poliklinisk besøk. På postoperativ avdeling får pasienten intensivbehandling frem til den 3. i påfølgende måned. Noen dager i forveien, den 30., har personell fra *kreftavdelingen* gjort et tilsyn av pasienten. Den 16. skrives pasienten ut fra *Gastrokirurgisk sengepost 1*.

DRG-kode DRG-koden som er beregnet ut i fra diagnose- og prosedyrekodene som er lagt inn i det pasientadministrative systemet fra sykehusoppholdet. Koden beregnes av et softwareprogram, og danner grunnlaget for refusjon fra Norsk

pasientregister (NPR). I eksemplet er koden 154B (andre operasjoner på spiserør, magesekk og tolvfingertarm, pasient over 17 år med kompliserende bidiagnoser). Hver DRG-kode representerer en pasientgruppe, og DRG vektet til å speile det relative ressursforbruket for denne pasientgruppen i forhold til gjennomsnittspasienten.

Fordelt DRG-poeng justert i tråd med gjeldende refusjonsregel.

korrigert vekt

Diagnose- ICD-10 diagnosekodene legene ved de ulike kontaktene har registrert.

koder De innlagte kodene som har blitt aggregert til sykehusoppholdet vises i gul celle. Dette er de diagnosekodene som er blitt tellende. Den første er alltid hoveddiagnosen. De andre kodene er bi-diagnoser.

I eksemplet opptrer kodene:

- C 15.4 Ondartet svulst i midtre tredel av spiserøret (Hoveddiagnose)
- K 31.0 Ventrikelretensjon
- J 98.1 Pulmonal kollaps (atelektase, sammenklappet lunge)
- B 96.8 Infeksjon forårsaket av annen bakterie
- T 81.8 Komplikasjon etter kirurgisk inngrep (Her fistel)
- Y 83.8 Annen kirurgisk prosedyre
- J 90 Pleuravæske
- D 60 Akutt blødningsanemi
- N 30.0 Akutt cystitt
- B 96.2 Infeksjon forårsaket av Escherichia coli
- J 18.9 Pneumoni, uspesifisert

Prosedyre- Kodene på prosedyrene som er utført under de forskjellige kontaktene. Kodene er registrert i det pasientadministrative systemet (PAS), og det er kodene i gul celle som er blitt stående som tellende. I eksemplet tilsvarer kodene følgende prosedyrer:

- ABGC10 Innlegging av epiduralkateter
- GAA10 Intercostal innlegging av pleuradren
- GAB10 Torakotomi (åpning av brystkasse)

- GXAV10 Respirasjonsbehandling med kontinuerlig positivt luftveistrykk
- GXDE00 Ultralydundersøkelse av pleura
- JCC11 Torakoskopisk eller laparoskopisk spiserørsreseksjon
- PXAA00 Innlegging av arteriekanyle
- PYGC00 Innlegging og fjerning av sentralt venekateter
- TJD00 Nedlegging av nasogastrisk eller nasogastroduodenal sonde
- TKC20 Blærekateterisering
- UGC12 Fleksibel bronkoskopi
- WJAT00 Parenteral ernæring
- ZXD00 Øyeblikkelig hjelp
- ZXD10 Elektivt inngrep
- ZXE10 Tidsangivelsen “1-3 timer” (tilleggskode ved prosedyre som har krevd over én, men under tre timer effektiv tid/knivtid)
- ZXE50 Tidsangivelsen “over 9 timer”
- ZXM00 Ultralydveiledet prosedyre (kode ved prosedyre hvor ultralydsundersøkelse har vært gjort peroperativt)
- UGC12 Fleksibel bronkoskopi

LIS

Softwareprogrammet som presenterer den beregnede DRG på bakgrunn av diagnose- og prosedyrekoder lagt inn det pasientadministrative systemet. DRG-koden beskriver en vektning som står i sammenheng med utløsningen av enhetssummen, som i 2014 var satt til 40 772 kroner. I eksemplet fikk behandlingsoppholdet DRG-koden 154B. 154B gir vekten 5,529.

$$5,529 \times 40\,772 \text{ kr} \times 0,5 = 112\,714$$

Behandlingsoppholdet i eksemplet utløser en ISF-refusjon fra Rikstrygdeverket til OUS på 112 714 kroner.

<u>NiceF</u>	Dataprogram fra Nirvaco AS. Nirvaco lager software på oppdrag fra Helsedirektoratet til å håndtere ISF-oppgjør mellom staten og de regionale helseforetakene. NiceF er en forenklet versjon av et slikt program. Programmet distribueres sammen med den årlige ISF-versjonen, og benyttes til å teste ICD-10 koder og prosedyrekoder mot DRG og ISF. I vår undersøkelse har vi benyttet NiceF. I gul celle er eventuell ny DRG-kode skrevet inn, mens det nedenfor er skrevet inn eventuell ny vekt og ny ISF-sum. I eksemplet er det samsvar mellom LIS og NiceF, hvorpå ingen endringer er skrevet inn.
<u>Endring ISF</u>	Dersom det ved revisjonens journalgjennomgang er oppdaget forhold som gir endringer i hoveddiagnose, bidiagnose eller prosedyrer, så kan dette medføre endret DRG og endret ISF. Endring er beskrevet ved “Nei” eller “Ja” i gul celle, og eventuelt endret vekt og ny ISF-sum er ført inn nedenfor i kolonnen.
<u>Endring H</u>	Endring av hoveddiagnose. Ved endring bekreftes dette, og ny hoveddiagnose anføres under.
<u>Endring Bi</u>	Endring eller manglende bidiagnose(r). Ved endring eller mangler bekreftes dette, og en eller flere bidiagnoser føres inn.
<u>Prosedyrer</u>	Feil eller manglende prosedyrekode(r). Ved feil eller mangler bekreftes dette og endringene føres inn.
<u>Ø-hj</u>	Øyeblikkelig hjelp/akutt. Det anføres om behandlingsoppholdet var som øyeblikkelig hjelp, eller elektivt.
<u>Kommentarer</u>	Eventuelle merknader og kommentarer til revisjonen er ført i denne kolonnen.
<u>Sykehistorie</u>	Pasientens sykehistorie er her kortfattet beskrevet.