

DRG - GRUNDLÄGGANDE BEGREPP OCH PRINCIPER

Innehåll

Förord.....	2
DRG – en kort beskrivning	2
Primär patientklassificering	3
Klassifikation av vårdåtgärder	3
Sekundär patientklassificering	3
Data som behövs för DRG-grupperingen	3
MDC – Major Diagnostic Categories	4
Huvuddiagnos och bidiagnos	4
Komplikations-DRG	4
Bidiagnosers påverkan på DRG-grupperingen	5
Kirurgiska respektive medicinska DRG	6
Dagkirurgiska DRG	7
Åtgärds-DRG respektive konservativa DRG	7
Diagnoskoder som innebär operation	7
Hur åtgärds-koder påverkar grupperingen	8
I en del fall påverkar patientens ålder grupperingen	9
Patientens kön och grupperingen	9
Utskrivningssättet påverkar grupperingen i vissa DRG.....	9
Vårdtiden påverkar grupperingen i vissa DRG.....	10
Besök som leder till oplanerad slutenvård	10
Dagger-asterisk-systemet och DRG.....	11
Definitionstabellerna styr grupperingen.....	11
https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/drg/	11
DRG-kodernas betydelse	11
Det finns flera DRG-system än NordDRG	13
Vad DRG kan användas till	13
DRG-vikt och DRG-poäng	15
Casemix och Casemix-index.....	16
Ytterfall och trimning	16
Underhåll och utveckling av DRG.....	16

Förord

Socialstyrelsen presenterar här en grundläggande information om DRG (Diagnosrelaterade grupper). Informationen avser NordDRG såvida inte annat anges. Informationen om grupperingslogiken är översiktlig. För mer detaljerad information om grupperingslogiken i NordDRG hänvisas till NordDRG Explorer: <https://norddrg-explorer.socialstyrelsen.se/>

Frågor och synpunkter angående DRG-gruppering och eventuella synpunkter på innehållet i detta dokument kan skickas till DRG-teamet på Enheten för klassifikationer och terminologi: DRG@socialstyrelsen.se

Frågor angående primärklassificering, dvs. vilka diagnos- och åtgärds-koder som ska användas, skickas till klassifikationsverksamheten på Enheten för klassifikationer och terminologi. Följ länken nedan, skrolla längst ned på sidan så ser du var du kan ställa din fråga:

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/fraga-om-klassifikationer-och-koder/>

DRG – en kort beskrivning

DRG (Diagnosrelaterade grupper) är ett system för sekundär patientklassificering. Klassificeringsprincipen är att medicinskt likartade vårdkontakter, som dessutom är ungefär lika resurskrävande, sorteras in i en och samma grupp. DRG är således ett sätt att beskriva patientsammansättning (casemix), mycket mer överskådligt än om verksamheten skulle beskrivas med tusentals enskilda diagnos- och åtgärds-koder (primärklassificering).

DRG började utvecklas vid Yale University i USA (Yale DRG) under 1960-talet av professor Fetter och medarbetare. Syftet var att använda DRG för kvalitetskontroll av sjukhusvården. Genom att vårdtillfällena på sjukhuset delas in i ett relativt litet antal grupper fick man i DRG ett instrument för överskådlig verksamhetsbeskrivning. Den fortsatta utvecklingen av DRG gjordes i samarbete med HCFA (Health Care Financing Administration), varför det i Sverige kom att kallas HCFA-DRG, och mot bakgrund av de ökande sjukvårdskostnaderna i USA utvecklades DRG nu också till ett instrument för kostnadskontroll och resursstyrning.

NordDRG är i grunden samma klassificeringssystem som HCFA-DRG men anpassat till nordiska förhållanden. Båda systemen bestod ursprungligen av cirka 500 grupper för slutenvård. I Sverige har DRG utvecklats och implementerats även för öppen specialistvård, psykiatrisk vård och primärvård.

Primär patientklassificering

Primär patientklassificering innebär att man utifrån tillgängliga uppgifter och direkta observationer primärt kodar en vårdkontakt avseende diagnos/-er och åtgärd/-er enligt gällande anvisningar för det aktuella klassifikationssystemet. Exempel på internationella primärklassificeringar är diagnoser enligt ICD-10 (ICD, International Classification of Diseases) och kirurgiska åtgärder enligt NCSP (Nomesco Classification of Surgical Procedures). I Sverige används ICD-10-SE (den svenska versionen av ICD-10) för klassifikation av diagnoser, samt KVÅ (Klassifikation av vårdåtgärder) för klassifikation av såväl kirurgiska som medicinska åtgärder

Klassifikation av vårdåtgärder

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är en gemensam åtgärdsklassifikation för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. KVÅ har sedan början av 2005 funnits tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats. KVÅ innehåller koder för åtgärder både från Klassifikation av kirurgiska åtgärder 1997 (KKÅ97) och Klassifikation av medicinska åtgärder (KMÅ).

KVÅ är obligatorisk för inrapportering till Socialstyrelsens hälsodataregister från och med den 1 januari 2007. Genom tillkomsten av KVÅ finns förutsättningar för att beskriva den totala hälso- och vårdverksamheten på ett enhetligt sätt avseende till exempel ingrepp, behandlingar och undersökningar.

Sekundär patientklassificering

Sekundär patientklassificering innebär att man inordnar en vårdkontakt i en viss kategori med hjälp av data från en eller flera primärklassifikationer. DRG är ett exempel på system för sekundär patientklassificering där vårdkontakter sorteras till en viss grupp, DRG, beroende på framför allt primärklassificerade diagnoser och åtgärder.

Data som behövs för DRG-grupperingen

Grupperingen till en DRG görs utifrån de data som vanligtvis redan registreras i sjukvårdens patientadministrativa datasystem. Nämligen kod för **huvud-diagnos**, koder för eventuella **bidiagnoser** och **åtgärder** samt **ålder**, **vårdtid** och **utskrivningsätt** (till annan vårdinrättning eller död). För öppenvård måste även kod för **yrkeskategori** och **besöksform** anges, t.ex. läkare (XS915), enskilt besök (XS900). Grupperingsalgoritmen kan vara ganska komplicerad. Därför görs grupperingen med hjälp av ett dataprogram, en s.k. grupperare, som på bråkdelar av en sekund söker igenom alla grupperingstabeller och placerar vårdkontakten i rätt DRG.

För mer detaljerad information om grupperingslogiken i NordDRG hänvisas till NordDRG Explorer. <https://norddrg-explorer.socialstyrelsen.se/>

MDC – Major Diagnostic Categories

Samtliga DRG-grupper är uppdelade i 27 olika MDC (Major Diagnostic Categories). MDC är en grov indelning av alla huvuddiagnoser där 24 MDC motsvarar sjukdomar i ett visst organsystem eller sjukdomar med en viss etiologi. Ofta motsvaras också en MDC av en viss medicinsk specialitet. Till exempel finns DRG-grupperna avseende neurologiska sjukdomar i MDC 1 (Sjukdomar i nervsystemet) och infektionssjukdomarna finns i MDC 18 (Infektions- och parasitsjukdomar inklusive HIV). MDC 23 (Andra hälsoproblem och kontakter med hälso- och sjukvården) innehåller DRG för svårdefinierade och ospecificerade sjukdomstillstånd och kontakter. MDC 40 (MDC-övergripande problem i öppenvård) innehåller DRG för öppenvård som inte kan placeras in i någon enskild sjukdomsspecifik MDC. MDC 50 (Vårdgivarberoende grupper i öppenvård) används bara för öppenvårdsbesök där det inte har utförts någon signifikant resurskrävande åtgärd. MDC 40 och MDC 50 finns bara i Sverige, medan de 24 sjukdomsspecifika MDC-grupperna i stort sett är lika i alla länders DRG-system.

Vid fel i indata, t.ex. vid registrering av huvuddiagnos som enligt klassifikationsreglerna inte får användas som huvuddiagnos, eller vid alltför ospecificerade diagnoser eller vid mycket sällsynta kombinationer av diagnoser och åtgärder grupperas vårdkontakten till MDC 99 (Ospecifik eller felaktig information).

Huvuddiagnos och bidiagnos

Huvuddiagnos är det tillstånd som, *efter utredning*, visat sig vara den primära anledningen till vård. Om mer än ett tillstånd kan komma ifråga som huvuddiagnos bör det tillstånd väljas som tagit mest *sjukvårdsresurser i anspråk*. Utöver den obligatoriska huvuddiagnosen kan som bidiagnoser registreras ett eller flera tillstånd som haft betydelse för det aktuella vårdtillfället.

Mer information om Val av huvuddiagnos hittas under "Kodningsanvisningar" på

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-10/>

Huvuddiagnosen styr DRG-grupperingen till rätt MDC och rätt DRG. Alla andra relevanta åkommor som en patient har, utöver huvuddiagnosen, kallas bidiagnoser.

Komplikations-DRG

Det finns ett stort antal DRG med i princip samma text men där en grupp är "mycket komplicerat", en annan är "komplicerat" och en tredje är "ej komplicerat". Ibland är uppdelningen bara i "komplicerat" och "ej komplicerat" eller i "mycket komplicerat" och "ej komplicerat".

Med komplicerat menas att det under vårdkontakten har förekommit komplikation och/eller komplicerande sjukdom. Större tarmoperation på en patient som lider av hjärtsvikt hamnar alltså i F05C även om operationen förlöper fullständigt komplikationsfritt. I de engelskspråkiga DRG-texterna används förkortningarna ”CC” som står för ”complication and/or comorbidity” och ”MCC” som står för ”Major complication and/or comorbidity”.

I de förkortade DRG-texterna anges komplikationsgraden med "M" (mycket komplicerat), "K" (komplicerat) resp. "U" (ej komplicerat). På DRG-koderna syns denna uppdelning genom att koden på treställig nivå är identisk men komplikationsgraden anges vid slutenvård med bokstaven A (mycket komplicerat), C (komplicerat) resp. E (ej komplicerat) i fjärde position. I specialiserad öppenvård utmärks ”komplicerat” med att DRG-koden slutar med bokstaven P medan motsvarande DRG-kod för ”ej komplicerat” slutar med bokstaven Q. I primärvård utmärks ”komplicerat” med att DRG-koden slutar med bokstaven S och ”ej komplicerat” med bokstaven T. DRG för ”mycket komplicerat” förekommer inte i specialiserad öppenvård eller i primärvård.

Exempel:

DRG	MDC	DRG-namn	DRG kort namn
F05A	06	Större tunn- och tjocktarmsoperationer, mycket komplicerat	Större tarmoperation M
F05C	06	Större tunn- och tjocktarmsoperationer, komplicerat	Större tarmoperation K
F05E	06	Större tunn- och tjocktarmsoperationer, ej komplicerat	Större tarmoperation U

DRG som inte har någon uppdelning på komplikationsgrad utmärks av att koden slutar med bokstaven N i slutenvård, bokstaven O i specialiserad öppenvård och R i primärvård.

Se även sammanställningen av DRG-kodernas betydelse längre ner i dokumentet.

Bidiagnosers påverkan på DRG-grupperingen

Förekomsten av en bidiagnos kan alltså göra att ett vårdtillfälle grupperas till en närliggande s.k. komplikations-DRG. Antalet diagnoser har ingen betydelse och tillägg av fler bidiagnoser utöver den första leder vanligtvis inte till ytterligare ändring av DRG-grupp.

Exempel:

Diagnosen bukaortaaneurysm (pulsåderbräck) som enda diagnos (och ingen operation) leder till DRG E51E (*Sjukdomar i perifera kärl, ej komplicerat*). Om diagnosen angina pectoris (kärlkramp) läggs till som bidiagnos får man DRG E51C (*Sjukdomar i perifera kärl, komplicerat*).

En del bidiagnoser anses dock så väsentliga att de kan leda grupperingen till en helt annan DRG. Om man i exemplet ovan lägger till akut hjärtinfarkt

(och patienten överlever sin infarkt) får man således varken DRG E51E eller E51C utan istället DRG E41C (*Cirkulationssjukdomar med hjärtinfarkt, utan kardiovaskulär komplikation, komplicerat*).

Det är inte alla bidiagnoser som påverkar grupperingen. När DRG-systemet konstruerades värderades alla tänkbara bidiagnoser i relation till de olika huvuddiagnoserna av en expertpanel och för att en bidiagnos skulle få egenskapen att leda till en komplikations-DRG (=CC-egenskap) skulle den, enligt experterna, förlänga vårdtiden med minst ett dygn i minst 75 % av normalfallen. Detta innebär att en del bidiagnoser aldrig påverkar DRG medan andra påverkar grupperingen endast vid vissa huvuddiagnoser. I organisationen kring NordDRG finns en expertgrupp som då och då omprövar bidiagnosernas CC- och MCC-egenskaper med hjälp av kostnadsdata. Många DRG saknar beteckningarna ”komplicerat” eller ”ej komplicerat”, exempelvis C06N (*Avlägsnande av parotiskörtel*) och DRG U50N (*Kraniotomi vid multipelt trauma*). Det handlar då ofta om sjukdom som i sig själv redan är ganska resurskrävande. Om huvuddiagnos (plus ev. operationskod) leder till något av dessa DRG påverkas som regel inte grupperingen av eventuella bidiagnoser eftersom det inte finns någon motsvarande komplikations-DRG. En del bidiagnoser har dock sådan ”tyngd” att de kan leda grupperingen till en helt annan DRG. Se exemplet med hjärtinfarkt ovan.

Alla relevanta bidiagnoser ska registreras, men inte bidiagnoser som inte är relevanta för den aktuella vårdkontakten. Detta är mycket viktigt för att patientregister, nationellt och lokalt, ska hålla en hög kvalitet och därmed vara en tillförlitlig grund för olika sorters statistik och jämförelser, samt för epidemiologisk forskning. Vad som är relevanta bidiagnoser finns beskrivet i klassifikationsanvisningar på Socialstyrelsens webbsida.

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-10/>

För mer detaljerad information om grupperingslogiken i NordDRG hänvisas till NordDRG Explorer. <https://norddrg-explorer.socialstyrelsen.se/>

Kirurgiska respektive medicinska DRG

Många av DRG-grupperna i slutenvård innefattar någon form av operation varför de med ett samlingsnamn brukar kallas kirurgiska DRG. Begreppet ”kirurgiska” används då i vid bemärkelse eftersom alla operationstyper inryms här, t.ex. gynekologiska, ortopediska och urologiska operationer. Alla andra DRG, där det alltså inte förekommer någon operation, kallas medicinska DRG eller konservativa DRG.

I DRG-sammanhang definieras operation som en åtgärd som vanligtvis måste utföras på en operationssal. I engelskspråkig text talas om OR (Operating room procedure). Smärre ingrepp och de flesta endoskopier (t.ex. gastroskopi – fiberoptisk undersökning av magsäcken) definieras inte som OR, trots att de ofta kallas operation och har en s.k. operationskod. Detta innebär att ett

vårdtillfälle kan få en medicinsk DRG trots att patienten vårdats på en kirurgklinik och blivit föremål för kirurgiska åtgärder. Begreppen "kirurgiska DRG" och "medicinska DRG" ska alltså inte förväxlas med specialitetsbenämningarna Kirurgi och Medicin.

Uppfattningen om vad som är operation eller kirurgiskt kan variera varför begreppen kirurgiska resp. medicinska DRG bör användas med försiktighet vid alla DRG-baserade analyser. Om man jämför olika material måste man förvissa sig om att man i de olika materialen använt begreppen kirurgiska DRG och medicinska DRG på samma sätt.

Dagkirurgiska DRG

Enligt Socialstyrelsens termbank definieras dagkirurgi på följande sätt:

Definition av dagkirurgi: dagsjukvård där den kirurgiska åtgärden normalt kräver att patienten får anestesi och en period av postoperativ övervakning

Anmärkning: Med kirurgisk åtgärd avses åtgärd enligt gällande operationsklassifikation. För patienten skall det finnas en upprättad vårdplan.

Inga tidsmässiga preciseringar skall tillämpas

Ovanstående administrativa definition är oprecis och lämnar utrymme för egna tolkningar. Därmed är den heller inte användbar för beskrivning av verksamheten i termer av antal patienter, kostnader etc. Följaktligen är det också omöjligt att med denna definition jämföra dagsjukvård vid olika sjukhus. Socialstyrelsen har därför gjort en innehållsmässig definition baserad på DRG. Information om vilka DRG som kan anses vara dagkirurgiska DRG finns i dokumentet "DRG texter till NordDRG" som uppdateras årligen och återfinns på sidan

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/drg/drg-koder-och-definitioner/>

Åtgärds-DRG respektive konservativa DRG

Detta är en mer exakt och odiskutabel uppdelning än den i kirurgiska resp. medicinska DRG. Uppdelningen i åtgärds-DRG resp. konservativa DRG bygger på definitionstabellerna. Om kravet för en DRG är att det ska finnas en åtgärd, oavsett om den är kirurgisk eller medicinsk, så är det en åtgärdsgrupp, annars en konservativ grupp.

Diagnoskoder som innebär operation

Ett fåtal diagnoskoder i ICD-10-SE har samtidigt innebörden att det utförts en operation, t.ex. diagnoskoden O82.0 (Förlossning med elektivt kejsarsnitt). För att DRG-grupperingen skall bli rätt måste man i dessa fall dock även ange den kirurgiska åtgärds-koden enligt KVÅ.

Hur åtgärds-koder påverkar grupperingen

Smärre åtgärder har ingen inverkan på grupperingen i slutenvård och vårdtillfällen som enbart har denna typ av åtgärds-koder grupperas på samma sätt som ett vårdtillfälle utan åtgärder, dvs. till en konservativ DRG. I öppenvård kan dock dessa smärre åtgärder påverka grupperingen och leda till en åtgärds-DRG. Det finns ett antal åtgärder som bedöms vara så ringa resurskrävande att de inte alls påverkar grupperingen, inte ens i öppenvård.

För operationer och andra DRG-påverkande åtgärder gäller att samma eller likartade åtgärder oftast grupperas till en och samma DRG oavsett orsaken till åtgärden, under förutsättning att huvuddiagnoserna är i samma MDC. Om man t.ex. har gjort en kolonresektion (borttagande av tjocktarm) på en i övrigt frisk patient så grupperas vårdtillfället till DRG F05E (*Större tunn- och tjocktarmsoperationer, ej komplicerat*) oavsett om operationen utfördes p g a inflammation eller cancer.

Ibland ingår flera moment vid en och samma operation, vilket ofta innebär att två eller fler operationskoder registreras. Som regel påverkar detta inte DRG-grupperingen såvida man inte samtidigt registrerar en bidiagnos. Om man i exemplet ovan (kolonresektion p g a cancer) samtidigt gör en leverbiopsi (borttagande av en bit lever för analys) utan att ange någon bidiagnos hamnar vårdtillfället fortfarande i DRG F05E (*Större tunn- och tjocktarmsoperationer, ej komplicerat*). Om man däremot registrerar levermetastas som bidiagnos får man DRG F05A (*Större tunn- och tjocktarmsoperationer, mycket komplicerat*), dvs en komplikations-DRG.

En del operationer leder dock alltid till en ”komplikations-DRG” oavsett bidiagnos. Det gäller framför allt reoperationer samt operationer för osteit (skelletinfektion) eller septisk artrit (ledinfektion).

Ibland opereras två av varandra oberoende åkommor samtidigt. Vilken DRG vårdtillfället hamnar i styrs av vilken åkomma som anges som huvuddiagnos. Om en vuxen patient opereras för både gallsten och bukväggsbräck och gallsten anges som huvuddiagnos (och bråcket som bidiagnos) fås DRG G11E (*Kolecystektomi, öppen, utan exploration av koledokus, ej komplicerat*). Om bråcket däremot registreras som huvuddiagnos fås DRG F20E (*Operationer av andra bräck än inguinala och femorala, >17 år, ej komplicerat*). Som synes ger båda alternativen en DRG **utan** komplikation. Detta beror på att ingen av diagnoserna gallsten eller bukväggsbräck i grupperingslogiken anses vara en väsentlig komplikation till den andra diagnosen.

Dubbelsidiga operationer ger oftast samma DRG som enkelsidiga. Dubbelsidiga operationer på leder i extremiteterna har dock en speciell DRG (H00N *Dubbelsidiga eller multipla ledoperationer på extremiteter*) liksom dubbelsidiga ljumskbräckoperationer i öppenvård (DRG F25O *Operation av ljumskbräck, bilateralt eller kombinerat med annan bräckoperation, öppenvård*) och bilaterala linsoperationer i öppenvård (B12P *Bilateral linsoperation utom discission av sekundär katarakt, öppenvård*).

Det förekommer att tillägg av en åtgärds-kod till en öppenvårdskontakt gör att man hamnar i en åtgärdsstyrd DRG-grupp med lägre vikt (se mer om DRG-vikter längre ner i dokumentet) än t ex ett läkarbesök utan registrerad åtgärd.

Det kan förefalla konstigt, men kan i många fall förklaras av att resursåtgången vid ett återbesök för en riktad åtgärd (t ex en injektion) kan vara lägre än vid ett nybesök då man tagit anamnes, gjort undersökning och beslutat om t ex injektionsbehandling. Vikten i de åtgärdsstyrda DRG-grupperna kan också vara lägre än vikten för läkarbesök eftersom åtgärden kan utföras även av andra yrkeskategorier än läkare vilket minskar den genomsnittliga resursåtgången.

I en del fall kan man överväga att ändra i DRG-logiken då en åtgärd synes styra på ett orimligt sätt. Att göra en sådan ändring är dock komplicerat och berör oftast många fler DRG-grupper än de man flyttar. Att ändra i DRG-logiken måste därför vara mycket väl motiverat. Det måste vara uppenbart fel ur medicinsk eller kostnadsmässig synpunkt och beröra många fall.

I en del fall påverkar patientens ålder grupperingen

Vissa DRG avser bara patienter med en viss ålder. Den vanligaste åldersgränsen är 17 år. I de förkortade DRG-texterna anges detta med ">17" respektive "<18".

Exempel:

DRG D31O *Läk inf/infl andningsorg >17 O*

DRG F26E *Bräckoperation <18 U*

För en korrekt gruppering måste patientens ålder anges i antal dagar och i slutenvård är det antalet dagar vid inskrivningen. Detta är mycket viktigt för att patienter i neonatologin (nyföddhetsperioden) ska grupperas rätt.

Patientens kön och grupperingen

Könsvalideringen togs bort i NordDRG 2016 så man kan inte längre få DRG Z72 (Huvuddiagnos och patientens kön passar inte ihop) men i vissa fall måste man ändå registrera patientens kön. Det gäller vid sjukdomar i könsorganen där diagnoskoden är densamma oavsett kön.

Exempel:

Diagnoskoden C763 (Malign tumör i bäckenet) ska grupperas till DRG N40 *Tumör i prostata, pung etc* respektive DRG O40 *Tumörer i området adnexa-vulva* beroende på patientens kön, men en sådan gruppering blir förstås omöjlig om uppgift om kön saknas.

Notera att det är det juridiska könet som ska registreras.

Utskrivningssättet påverkar grupperingen i vissa DRG

Grupperingen påverkas ibland av om patienten är utskriven död eller levande (gäller hjärtinfarktpatienter och nyfödda) och om utskrivning skett till annan akutenhet (gäller nyfödda och brännskadade). Detta gäller nedanstående DRG-grupper:

DRG E42N *Cirkulationssjukdomar med hjärtinfarkt, avliden inom 3 dygn*
DRG Q05N *Nyfödd, död inom 2 dygn eller överförd till annan enhet inom 5 dygn*
DRG Q60N *Nyfödd utan allvarliga problem*
DRG V50N *Brännskador, remitterad till annan akutenhet inom 5 dygn*

Vårdtiden påverkar grupperingen i vissa DRG

I DRG-sammanhang gäller att vårdtiden vid slutenvård ska anges som antal vårddagar, vilket beräknas enligt formeln utskrivningsdatum minus inskrivningsdatum plus en dag. En patient som skrivs in och ut samma dag har alltså en vårddag. Vid öppenvård gäller alltid att antalet vårddagar är noll.

Vid slutenvård (antal vårddagar > 0) påverkas grupperingen oftast inte av vårdtidens längd men det finns några undantag. Dessa sammanfaller dels

med grupperna där utskrivningssättet påverkar grupperingen, nämligen:

DRG E42N *Cirkulationssjukdomar med hjärtinfarkt, avliden inom 3 dygn*
DRG Q05N *Nyfödd, död inom 2 dygn eller överförd till annan enhet inom 5 dygn*

DRG Q60N *Nyfödd utan allvarliga problem*

DRG V50N *Brännskador, remitterad till annan akutenhet inom 5 dygn*

Vårdtidens längd har också betydelse för följande DRG inom psykiatrisk vård:

T59 A/C/E *Psykiatrisk vård mer än 90 dagar*

T58 A/C/E *Psykiatrisk vård 29-90 dagar*

Besök som leder till oplanerad slutenvård

I DRG-sammanhang ska alltid ett öppenvårdsbesök som övergår till oplanerad slutenvård på det egna sjukhuset ses som en del av slutenvårdstillfället varför relevanta diagnos- och åtgärds-koder från den inledande öppenvårdsdelen ska inkluderas i sammanfattningen av vårdtillfället innan DRG-gruppering görs. Vid beräkning av KPP (Kostnad Per Patient) ska även kostnaderna för den inledande öppenvårdsdelen adderas till kostnaderna för vårdtillfället. Vid inrapporteringen till Socialstyrelsens Patientregister (PAR) har man tidigare följt samma princip och den inledande öppenvårdsdelen har inte rapporteras separat till PAR.

Från och med 2015 gäller dock att alla läkarbesök ska rapporteras till PAR, även de som har lett till inskrivning av patienten i slutenvård och för vissa akutmottagningar (de med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade) ska man då ange tidpunkterna för kontaktens början, för läkarens bedömning och för kontaktens avslut. Bakgrunden till detta är att man vill få statistik över väntetider och handläggningstider vid dessa akutmottagningar.

Från och med 2015 infördes även KVÅ-koden XS100 med texten ”Oplanerad inskrivning till slutenvård” för att man i PAR ska kunna hitta besöken som lett till oplanerad slutenvård och kunna exkludera dem vid jämförelse med tidigare års statistik. OBS att koden XS100 bara ska användas i samband

med det besök där man faktiskt beslutar om inläggning och inte i de fall där patienten remitteras till annan klinik eller annat sjukhus. Ansvarig läkare där kan göra bedömningen att patienten inte är i behov av slutenvård. I DRG- och KPP-sammanhang är det fortfarande så att ett besök som övergår till oplanerad slutenvård på det egna sjukhuset är en del av slutenvårdstillfället och relevanta diagnos-och åtgärds-koder från den inledande öppenvårdsdelen ska inkluderas i sammanfattningen av vårdtillfället precis som tidigare. För att tydliggöra att den inledande öppenvårdsdelen inte ska ses som en separat vårdkontakt som ska DRG-grupperas kommer alla besök med KVÅ-koden XS100 att grupperas till DRG Z820 med texten ”Besök med oplanerad inskrivning” och vikten 0.

Dagger-asterisk-systemet och DRG

Dagger-asterisk-systemet innebär att vissa tillstånd kan dubbelkodas både med avseende på sin etiologi (daggerkoden) och på sin manifestation eller lokalisation (asteriskkoden). Asteriskkoden ska alltid anges först och den måste alltid åtföljas av en daggerkod. För mer information om dagger-asterisk-systemet hänvisas till dokument om kodningsregler för diagnoskoder på Socialstyrelsens hemsida:

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-10/>

NordDRG hanterar dagger-asterisk-systemet så att grupperingen blir korrekt.

Definitionstabellerna styr grupperingen

Det är definitionstabellerna för NordDRG som styr merparten av grupperingsprocessen. Via dessa kan man alltså studera grupperingslogiken ner på minsta detalj. Den intresserade kan rekvirera aktuella och tidigare definitionstabeller från Socialstyrelsen (DRG@socialstyrelsen.se) men om man inte är van att läsa tabellerna bör man samtidigt rekvirera dokumentet ”Att läsa deftabeller/Hur man läser definitionstabellerna för NordDRG”. Ett något enklare sätt att studera grupperingslogiken är att använda NordDRG Explorer som finns på

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/drg/>

DRG-kodernas betydelse

I samband med konstruerandet av den första CC-grupperaren (NordDRG 2012 CC SWE) gjordes en total omnumrering av DRG-koderna med en ny princip som gör att man redan av DRG-koden kan få en viss information om innehållet i gruppen. DRG-koderna är fortfarande fyrställiga men första och sista tecknet är alltid en bokstav.

Bokstaven i första position

Bokstaven anger gruppens MDC-tillhörighet enligt nedanstående tabell.

Bokstav	MDC
A	01 Sjukdomar i nervsystemet
B	02 Sjukdomar i öga och närliggande organ
C	03 Sjukdomar i öra, näsa, mun och hals
D	04 Andningsorganens sjukdomar
E	05 Cirkulationsorganens sjukdomar
F	06 Matsmältningsorganens sjukdomar
G	07 Sjukdomar i lever, gallvägar och bukspottkörtel
H	08 Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv
J	09 Sjukdomar i hud och underhud
K	30 Bröstkörtelsjukdomar
L	10 Endokrina, metaboliska och nutritionssjukdomar
M	11 Sjukdomar i njure och urinvägar
N	12 Sjukdomar i manliga könsorgan
O	13 Sjukdomar i kvinnliga könsorgan
P	14 Graviditet, förlossning och barnsängstid
Q	15 Nyfödda och vissa perinatale tillstånd
R	16 Blodsjukdomar och immunologiska rubbningar
R	17 Myeloproliferativa sjukdomar och icke specificerade tumörer
S	18 Infektions- och parasitsjukdomar inklusive HIV
T	19 Psykiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol- eller drogberoende
U	21 Skador, förgiftningar och toxiska effekter
V	22 Brännskador
W	23 Andra hälsoproblem och kontakter med hälso- och sjukvården
U	24 Multipelt trauma utom ytliga skador och sårskador
X	40 MDC-övergripande problem i öppenvård
Y	50 Vårdgivarberoende grupper i öppenvård
Z	99 Ospecifik eller felaktig information

Bokstaven I har inte använts då den kan förväxlas med siffran 1. Antalet MDC överstiger antalet bokstäver i det engelska alfabetet så bokstaven R står för både MDC 16 och 17 och U står för både MDC 21 och 24.

Siffrorna i position 2 och 3

Siffrorna är diskontinuerliga tal i intervallet 00-99. Diskontinuiteten är till för att man vid eventuella framtida DRG-delningar fortfarande ska kunna ha näraliggande grupper intill varandra i DRG-förteckningen.

Bokstaven i fjärde position

Bokstaven anger vårdform (vid öppenvård dessutom besökstyp) samt komplikationsgrad enligt nedanstående tabell där SV står för slutenvård, ÖV för öppenvård och PV för primärvård. PV-SV står för slutenvård inom primärvården, något som förekommer i en del glesbygdskommuner.

Bokstav	Vårdform	CC-uppdelning	Kontakttyp i ÖV
A	SV	Mycket komplicerat	
C	SV	Komplicerat	
E	SV	Ej komplicerat	
N	SV	Ingen CC-uppdelning	
O	ÖV	Ingen CC-uppdelning	Enskilt besök
P	ÖV	Komplicerat	Enskilt besök
Q	ÖV	Ej komplicerat	Enskilt besök
X	ÖV	Ingen CC-uppdelning	Teambesök/konferens
Y	ÖV	Ingen CC-uppdelning	Gruppbesök
Z	ÖV	Ingen CC-uppdelning	Vård på distans
S	PV ÖV	Komplicerat	Enskilt besök
T	PV ÖV	Ej komplicerat	Enskilt besök
R	PV ÖV	Ingen CC-uppdelning	Enskilt besök
U	PV ÖV	Ingen CC-uppdelning	Teambesök/konferens
V	PV ÖV	Ingen CC-uppdelning	Gruppbesök
W	PV ÖV	Ingen CC-uppdelning	Vård på distans
L	PV SV	Ingen CC-uppdelning	

Det ska poängteras att grupperna vars kod slutar med N (eller O/R i öppen-vård/primärvård) mycket väl kan innehålla komplicerade, eller mycket komplicerade fall men de är inte tillräckligt många i den nationella statistiken för att bilda separata CC- eller MCC-grupper.

Det finns flera DRG-system än NordDRG

NordDRG används i de nordiska länderna. NordDRG har utvecklats från det amerikanska HCFA-DRG-systemet (Health Care Financing Administration DRG). I USA har DRG-systemet vidareutvecklats till flera olika DRG-system t.ex. CMS DRG (Centers for Medicare & Medicaid Services DRG), AP-DRG (All Patient DRG), R-DRG (Refined DRG) och APR-DRG (All Patient Refined DRG).

Flera nationella utvecklingar eller anpassningar av HCFA- eller AP-DRG finns, t.ex. GHM (Groupes Homogènes de Malades) i Frankrike och AR-DRG (Australian Refined DRG) i Australien.

Vad DRG kan användas till

I Sverige används DRG ofta för **verksamhetsbeskrivning**, eftersom det blir mer överskådligt att beskriva vården vid till exempel ett sjukhus med hjälp av ett relativt begränsat antal DRG-koder jämfört med om man skulle ange alla diagnos- och åtgärdskoderna. DRG är alltså ett sätt att beskriva patient-sammansättningen (casemix) i slutenvården på ett sjukhus som gör det ganska enkelt att jämföra casemix för olika sjukhus eller region. Sjukhusens casemix anger hur svårt sjuka eller resurskrävande patienter är vid ett sjukhus i förhållande till andra sjukhus. Genom att använda en gemensam viktskala

går det att jämföra sjukhusens casemix-index beräknat som antalet producerade DRG-poäng dividerat med antalet vårdkontakter. DRG korrigerar för skillnader i sjukdomssvårighet och det är av stor betydelse vid alla former av jämförelser. Det betyder att ett sjukhus som har sjukare patienter än genomsnittet kan justera sina kostnader till genomsnittlig casemix. Att ta hänsyn till skillnader i sjukdomssvårighet ger således en mer rättvis jämförelse.

Eftersom DRG-systemet är konstruerat med beaktande av resursförbrukning, dvs. kostnader, används det också för att jämföra olika sjukhus avseende kostnadseffektivitet, s.k. **bench-marking**.

Ibland används DRG även som ett **budgetinstrument** för planering av sjukvård. DRG kan då vara underlag för **anslagstilldelning** till sjukhusen eller underlag för sjukhusens interna budget.

DRG används också som debiteringsunderlag i **ersättningssystem** för en del av vården genom att en vikt satts på varje grupp. Inom ramen för NPK (Nätverket för patientklassificering), ett samarbete mellan Sveriges kommuner och regioner (SKR) och Socialstyrelsen, beräknas relativa vikter prospektivt inför nästa år och retrospektivt för NordDRG utifrån kostnadsuppgifter som samlas in i KPP-databasen (KPP = Kostnad Per Patient). DRG-vikterna åsätts belopp i kronor av respektive region. DRG-priset är ett fast belopp som helt eller delvis ska täcka kostnaderna för ett genomsnittligt vårdtillfälle i den aktuella gruppen. Det bygger på att ganska stora volymer vård hanteras i ett ersättningssystem för att underskott i vissa grupper ska vägas upp av överskott i andra. Extremt dyra vårdtillfällen, s.k. kostnadsytterfall, eller extremt långa vårdtillfällen, s.k. vårdtidssytterfall, ersätts dock med faktiska kostnader.

DRG är skapat för att klara av ett sjukhus casemix. Det är direkt olämpligt att göra avräkning på så små enheter som kliniker på sjukhus utan annan styrning och reglering. Att använda DRG som ersättningssystem för små enheter t.ex. privata vårdgivare kräver särskilda avtalsskrivningar som justerar för patientsammansättningen.

DRG används även i **produktivitetmätningar** både på nationell- och regional nivå. Produktivitet är ett mått, bland flera, för att utvärdera vårdens resursanvändning i förhållande till produktionsvolym med viss hänsyn tagen till vårdens kvalitet. I jämförelse med andra sjukhus/regioner eller över tid är ambitionen med beräkningarna att svara på frågan om den vård som ges till patienterna vid ett sjukhus eller invånarna i en region ges till en rimlig kostnad. Produktivitetmätningarna tar inte hänsyn till resultatet för patienterna. DRG som **prestationsmått** används vid jämförelser i sjukvården.

DRG används idag i alla regioner för något ändamål; utomlänsersättning, verksamhetsuppföljning och planering, men även för debitering av vården inom en region, genom att ett pris sätts på varje grupp.

DRG-vikt och DRG-poäng

DRG-vikt är ett relativt mått på vård- och behandlingskostnaden för en genomsnittspatient i varje DRG-grupp. Högre DRG-vikt indikerar större kostnader. Resursåtgången per DRG beräknas utifrån KPP (Kostnad Per Patient). KPP är en metod för att beräkna unika kostnader per vårdkontakt och patient. Utifrån den verkliga resursåtgången per vårdtillfälle räknas en genomsnittlig kostnad per DRG fram. Detta genomsnitt jämförs med den genomsnittliga kostnaden för hela databasen och på så sätt får varje DRG en relativ vikt som uttrycker för den genomsnittliga resursåtgången för patienter i den aktuella gruppen.

Genomsnittskostnaden för alla vårdtillfällen anges som DRG-vikt 1,0 och vikten för varje DRG fås fram genom att dividera dess medelkostnad med kostnaden som motsvarar DRG-vikt 1,0.

Exempel:

Om den genomsnittliga kostnaden för alla vårdtillfällen i databasen är 22 000 kronor och den genomsnittliga kostnaden för DRG F01E är 57 000 kronor så blir DRG-vikten för DRG F01E = $57000/22000 = 2,59$.

För att vikterna ska bli representativa krävs att kostnadsberäkningarna görs på stora patientmaterial. Ofta beräknas DRG-vikterna för större enheter t.ex. för en region eller nationellt. SKR samlar årligen in kostnadsdata från svenska sjukhus samt specialiserad öppenvård och utifrån dessa data skapar Socialstyrelsen och SKR årligen gemensamma nationella DRG-viktlistor. Socialstyrelsen publicerar varje år prospektiva viktlistor samt referensviktlistor (för slutenvård och öppenvård inom somatik respektive psykiatri) att använda som del i ersättningssystem. SKR presenterar nationella vikter, så kallade retrospektiva vikter för jämförelser av producerad vård. Se Socialstyrelsens <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/drg/viktlistor/>

respektive SKR:s hemsida

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/kostnadperpatient-kpp.1076.html>

Svenska DRG-vikter inkluderar relevanta totalkostnader för vårdproduktionen. I dokumentet "Nationella KPP-principer" beskrivs vilka kostnader som ingår i KPP-databasen och därmed DRG-vikterna. <https://skr.se/skr/tjans-ter/rapporterochskrifter/publikationer/nationellakppprincipervers-ion4.65272.html>

Hur man beräknar DRG-vikter kan skilja sig åt mellan olika länder.

DRG-poäng är egentligen bara en annan benämning på DRG-vikt och den används ofta för att beskriva hur mycket sjukvård som "producerats" på ett sjukhus eller inom en region.

Casemix och Casemix-index

Casemix kan översättas med patientsammansättning eller fallblandning. När man jämför vårdkostnader på olika sjukhus måste man beakta att sjukhusen kan ha olika casemix, dvs. ett sjukhus som behandlar mer resurskrävande sjukdomsfall har naturligtvis även en högre genomsnittskostnad per vårdtillfälle. DRG är ett sätt att beskriva casemix och om man har gemensam viktlista kan man jämföra sjukhusens **casemix-index** beräknat som antalet producerade DRG-poäng dividerat med antalet vårdkontakter. DRG korrigerar för skillnader i sjukdomssvårighet och det är av betydelse vid alla former av jämförelser.

Ytterfall och trimning

Vårdtillfälleskostnaden kan bli extremt hög för en del mycket svårt sjuka patienter. Dessa kallas **kostnadsytterfall** och anses vara slumpmässigt fördelade varför de inte ska inkluderas när man jämför vårdkostnader på olika sjukhus. Metoden att exkludera ytterfallen kallas **trimning**. Valet av trimningsgrad vid kostnadsjämförelser är en avvägning. Ju större trimningsgrad desto mindre risk för att slumpmässiga skillnader påverkar jämförelsen men samtidigt ökar risken för att man filtrerar bort systematiska kostnadsskillnader. Ofta används trimningsgraden 5 % för slutenvård. Det innebär att man för varje DRG beräknar en **ytterfallsgräns**, uttryckt i kronor, så att antalet vårdtillfällen som hamnar ovanför gränsen, d.v.s. ytterfallen, blir 5 % av antalet i totala slutenvårdsdatabasen. För öppenvård använder vi en något lägre trimningsgrad så att antalet besök som blir ytterfall blir 3 % av antalet i totala öppenvårdsdatabasen. Ytterfallsgränserna är alltså inte konstanta utan beror på patientmaterialet och trimningsgraden och är dessutom olika i olika DRG. Trimning för kostnadsytterfall kan bara göras på patientmaterial där man har individuella kostnadsdata, dvs. KPP (Kostnad per patient)
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/kostnadperpatient-kpp.1076.html>

Extremt långa vårdtider, **vårdtidseytterfall**, anses också vara slumpmässigt fördelade och trimning kan göras på liknande sätt som för kostnadsytterfallen innan man jämför vårdtider på olika sjukhus. Även här används ofta en trimningsgrad på 5 % på hela databasen. Ytterfallsgränserna, uttryckt i antal vårddygn, varierar på samma sätt som ytterfallsgränserna för kostnadsytterfallen. Vårdtidseytterfallen förmodas också dra stora kostnader men om man ska jämföra vårdkostnader på olika sjukhus är förstås trimning avseende kostnader en mer precis metod än trimning avseende vårdtid. Ibland kombineras de båda trimningsmetoderna.

Underhåll och utveckling av DRG

I Sverige ansvarar Socialstyrelsen för underhåll och utveckling av DRG-systemet. Man har ett nära samarbete med de övriga nordiska länderna inom

organisationen Nordic Casemix Center. Så långt som möjligt försöker man ha lika DRG-system i de nordiska länderna men nationella anpassningar finns för att DRG-systemet ska passa väl in varje lands sjukvårdssystem. Det sker en årlig uppdatering av DRG-systemet och utöver det finns riktade utvecklingsprojekt. Socialstyrelsen samarbetar med SKR vad gäller KPP och DRG-vikter och man har nationella nätverk för diskussion och utveckling av patientklassificering. Frågor och synpunkter angående DRG-systemet kan skickas till DRG@socialstyrelsen.se

Mer fakta om DRG-systemet finns på Socialstyrelsens hemsida:

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/drg/>

och på Nordic Casemix Centres hemsida:

<http://www.nordcase.org/>