

KODEVEILEDER HABILITERING BARN/UNGE OG VOKSNE

Innhold

1. Innledning	2
Innsatsstyrt finansiering	2
Medisinsk koding.....	2
2. Definisjon av viktige begreper og beskrivelse av ulike konsultasjonstyper	4
2.2. Konsultasjoner	4
2.2.1. Utredning.....	5
2.2.2. Behandling.....	6
2.2.3. Kontroll	6
2.3. Samarbeidsmøter.....	6
Prosedyrekode for samarbeidsmøter kan benyttes når:.....	7
3. Bruk av prosedyrekoder	8
4. Hovedtilstand – hvilken diagnose kodes	9
Koding ved utredning av vilkårene for førerkort.....	11
5. Oppsummering	11

1. Innledning

Årsmøtene 2021 for Nasjonalt ledernetttverk habilitering barn og voksne fattet vedtak om opprettelse av et felles nasjonalt kodenettverk. Det ble av AU barn og voksne nedsatt en arbeidsgruppe for videre oppfølging av arbeidet.

Hensikten med et nasjonalt kodenettverk er at det skal bidra til:

- ✓ Enhetlig registrering av konsultasjoner og andre aktiviteter.
- ✓ Synliggjøring av virksomheten og fagfeltet gjennom å sikre korrekt virksomhetsdata og samsvar mellom aktivitetsregistrering og finansiering

Det ble i mandat fra AU januar 2022 gitt oppdrag til arbeidsgruppen om å utarbeide en veileder for virksomhetskoding innenfor habilitering. Veilederen skal være et grunnlagsdokument for en nasjonal nettverksgruppe som planlegges opprettet.

Arbeidsgruppen har bestått av:

- Anne-Carine Nilsen, Administrasjonskonsulent, HAVO, Akershus universitetssykehus HF
- Eva Male Davidsen, Avdelingsleder/Spesialist i nevrologi, Akershus universitetssykehus HF
- Else Marie Grønnerud, Seksjonsleder/Spesialvernepleier HAVO/HABU, Sykehuset Innlandet HF
- Anne Lise Høyland, Avdelingsleder/Spesialist i pediatri og barne- og ungdomspsykiatri, HABU, St. Olav HF

Innsatsstyrt finansiering

«Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført for somatisk spesialisthelsetjeneste 1. juli 1997. Fra 2017 ble ordningen utvidet til også å omfatte ISF for polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. Fra 2020 ble det gitt mulighet for flere yrkesgrupper til å kode aktivitet som ga ISF-finansiering. ISF er en aktivitetsbasert bevilgning til de regionale helseforetak (RHF-ene) gjennom statsbudsjettet. Finansieringen av RHF-ene er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning og aktivitetsbasert bevilgning». (Kilde: ISF regelverk 2022, Helsedirektoratet).

ISF-regelverket oppdateres årlig. I innledningen til ISF-regelverket vises det til at:

«ISF skal understøtte ønsket faglig utvikling i spesialisthelsetjenesten. Det pågår et utviklingsarbeid for at finansieringsordningen bedre skal understøtte sammenhengende forløp, bruk av ny teknologi, innovasjon i tjenesteutforming og andre nye og effektive måter å organisere tjenestetilbudet på.»

Med bakgrunn i dette er det viktig at fagmiljøene gir innspill for å bidra til at regelverket fungerer slik det er ment.

Medisinsk koding

«Ved medisinsk koding beskrives sykdommer eller symptomer med koder som er utviklet for dette formål og samlet i diagnosekodeverk. Tilsvarende beskrives hvilke undersøkelser og behandlinger som utføres med koder fra prosedyrekodeverk.» (Kilde: Kodeveiledning 2022, IE-1089, Direktoratet for e-helse)

Formålet med medisinsk koding er:

1. Epidemiologi
2. Dødsårsaksstatistikk (mortalitetskoding)
3. Virksomhetsdata

«I Norge brukes sentralt rapporterte virksomhetsdata også som grunnlag for den aktivitetsbaserte finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Medisinske koder brukes sammen med andre registreringer når aktiviteten bearbeides for å kunne måles. Dette innebærer blant annet at pasientdataene grupperes ved hjelp av DRG-systemet. Selv om medisinsk koding indirekte er knyttet til aktivitetsbasert finansiering, er ikke økonomi eller finansiering formålet med kodingen.»
(Kilde: Kodeveiledning 2022, IE-1089, Direktoratet for e-helse)

Begreper

ISF	Innsatsstyrt finansiering
DRG	Diagnose-Relaterte Grupper Medisinsk og administrativ informasjon som sykehusene rutinemessig registrerer, der et opphold basert på denne informasjonen grupperes til en DRG som har en bestemt kostnadsvekt knyttet til seg. Medisinsk koding utgjør en del av denne informasjonen.
STG	SærTjenesteGrupper. Bygger på samme regelverk som DRG og gir inntekter, men er et annet system for hovedtype av aktivitet. Samarbeidsmøter (se under) vil grupperes i dette systemet.
Diagnoser	De medisinske betegnelsene på sykdommer eller skader pasienter har. Leger og andre med diagnostisk kompetanse stiller diagnoser.
Tilstand	ICD-10 bruker først og fremst begrepet tilstand i stedet for diagnose. Tilstand er oftest synonymt med diagnose eller sykdom
Prosedyre-koder	Kodeverk og klassifikasjoner for medisinske undersøkelser og behandlingsprosedyrer

Viktige momenter relatert til virksomhetskoding i habiliteringsfeltet

- «Habilitering» er et vidt begrep og beskriver både konkrete oppgaver og prosesser som griper over både andre spesialiteter og forvaltningsnivåer. Innen spesialisthelsetjenesten er ofte habiliteringsprosesser med samtidig utredning, behandling og samhandlingsaktiviteter.
- Innen habilitering i spesialisthelsetjenesten gjennomføres utredning, diagnostikk og behandling av kompliserte og sammensatte funksjonshemninger. Feltet er preget av høyspesialisert, nisjepreget, tverrfaglig og tverrmedisinsk kompetanse.
- Utredning og behandling går ofte parallelt, og ofte er det parallelle pasientforløp relatert til ulike problemstillinger hos pasienten. Et eksempel på dette er et pasientforløp med behandling av utfordrende atferd. Det kan da være nødvendig både å parallelt utrede grad av utviklingshemming, kartlegge miljøfaktorer og kommunikasjonsferdigheter samt utrede og diagnostisere samtidig psykisk sykdom.
- Adskilte kontroller av allerede utredede tilstander og påstartet behandling forekommer, men i de fleste tilfeller vil det være nye tiltak som tilsier at konsultasjonen er behandling, mer enn kontroll.
- Innen fagfeltet habilitering vil det, på grunn av pasientens tilstand, i mange tilfeller være nødvendig og både utrede og behandle tilstander gjennom nærpersoner og ikke direkte med pasienten.
- Samhandlingsaktiviteter er en viktig del av habiliteringsarbeidet. Det kan det være vanskelig å skille samarbeidsmøter fra konsultasjoner med utredning og behandling.

Pasienten har ofte flere diagnoser og ved koding av hovedtilstand er det ikke alltid opplagt om man skal kode en bakenforliggende tilstand eller en konkret diagnose/følgetilstand.

2. Definisjon av viktige begreper og beskrivelse av ulike konsultasjonstyper

2.1. Habilitering – begrepsavklaring

I gjeldende forskrift omtales habilitering med samme ordlyd og i samme avsnitt som rehabilitering. Dette til tross for at habilitering og rehabilitering representerer to ulike fagfelt og gir helsetjenester til ulike målgrupper. Dette er et forhold som kan medføre tolkningsutfordringer i bruk av regelverket.

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3 defineres habilitering på følgende måte:

"Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål.

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet."

Pasienter med kjente diagnoser/tilstander vil ofte trenge gjentatte utredninger for å vurdere samsykelighet eller følgetilstander. Utredning av funksjonsnivå (fysisk, psykisk, kognitivt og sosialt) og miljøfaktorer (overganger, bosted, omsorgsnivå med mer), vil også være aktuelt gjentatte ganger – både i barnealder, ungdomsperiode og voksenliv. Disse utredningene vil ofte være grunnlag for behandling og nødvendige tilrettelegginger for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet. Det vil derfor ved de fleste medfødte eller tidlig ervervete funksjonsnedsettelse være nødvendig at habiliteringstjenesten bistår pasient og familie over tid.

2.2. Konsultasjoner

En konsultasjon kan være utredning, behandling eller kontroll. Konsultasjonen kan gjennomføres poliklinisk, per telefon, ambulant eller digitalt og kan «*være rettet mot pasienten, foresatte eller andre nærpå personer som naturlig inngår i utredning og behandling av pasienten.*» (Kilde: Kodeveiledning 2022, IE-1089, Direktoratet for e-helse, kap. 5.13)

Det kan være tilfeller der pårørende eller andre nærpå personer må tre inn på vegne av pasienten for konsultasjoner. F.eks. for barn eller for pasienter som har tilstander som tilsier behov for

bistand i behandlingen av pasienten. Slike kontakter skal journalføres og rapporteres på pasienten som mottar helsehjelpen. Prosedyrekode WPBA25, konsultasjon med pårørende eller andre nærpå personer, uten pasient tilstede skal da benyttes for å synliggjøre dette. (Kilde: ISF regelverk 2022, Helsedirektoratet, kap. 6.28).

Bruk av prosedyrekoden WPBA25 står beskrevet i kap. 7.5 i ISF-regelverket:

«Konsultasjoner med foresatte eller pårørende til pasient innen psykisk helsevern og TSB, uten at pasient er tilstede, skal rapporteres med prosedyrekode WPBA25 (konsultasjon med pårørende eller andre nærstående personer, uten pasient tilstede)».

Det er presisert at alle prosedyrekoder kan benyttes av alle og WPBA25 kan derfor også benyttes innen habilitering. (Kilde: Kodeveiledning 2022», kap. 5.4).

Når konsultasjonen gjennomføres med pårørende eller andre nærstående personer, brukes ordinære prosedyrekoder i tillegg til WPBA25. Pasienten skal ikke betale egenandel for slike konsultasjoner (WPBA25). (Kilde: *Pasientbetalingsforskriften*)

2.2.1. Utredning

Begrepet utredning benyttes i forhold til pasienter som har uavklarte helsetilstander. Det knyttes tett opp mot forståelsen av hva pasienten feiler/hvilke(n) diagnose(r) pasienten har eller å finne årsaker til pasientens symptomer, f.eks. kartlegging av miljøbetingelser i en barnehage eller i hjemmet som årsak til pasientens utfordrende atferd. Utredning skjer både i forbindelse med diagnostisering, men også for å finne årsaker til andre utfordringer pasienten har, for eksempel kartlegging av årsak til utfordrende atferd, manglende kommunikasjonsferdigheter osv. Noen ganger vil utredning foregå direkte med pasienten, indirekte med intervju/samtaler med foreldre og andre nærpå personer, eller kartlegging i pasientens miljø. Utredning vil kunne skje flere ganger på ulike tidspunkter i oppfølging av en pasient og i mange tilfeller kan det være parallelle løp mellom utredning og behandling.

I Helsebibliotekets retningslinjer forklares utredning på følgende måte:

«Utredning er å belyse, synliggjøre og avklare ressurser og problemer på en systematisk måte. Utredning kan innebære et bredt spekter av metoder som bruk av vanlige samtaler og observasjon av atferd på den ene siden og systematiske diagnostiske intervjuer og nevropsykologisk utredning på den andre siden. Utredning inneholder både kartlegging og diagnostisering».

Behandlingslinje utfordrende atferd, utarbeidet ved Avdeling voksenhabilitering, Akershus universitetssykehus HF, er et eksempel på utredning som innebærer flere former for utredning, somatisk, psykiatrisk, miljømessig både poliklinisk og ambulant:



Figur 1.: Tegningen viser pasientforløpet slik det er illustrert i Behandlingslinje for utfordrende atferd, som er utarbeidet ved Avdeling voksenhabilitering, Akershus universitetssykehus HF. Denne er tilgjengelig på kompetansebroen.no

Lenke til [Behandlingslinje utfordrende atferd \(BUA\) - Kompetansebroen](#)

2.2.2. Behandling

Begrepet behandling benyttes om oppfølging av pasienter som har avklarte helsetilstander. De ulike tiltak har til hensikt å gi en helsegevinst for pasienten. Begrepet brukes til vanlig som en beskrivelse på direkte tiltak mellom behandler og pasient. Eksempler på dette er en lege som gir medisiner til pasient, en fysioterapeut som behandler en smertetilstand, eller en psykolog som benytter terapeutiske metoder i samtale med pasient. I habiliteringstjenesten vil det, grunnet pasientens tilstand, i mange tilfeller også være behov for å gi behandling til pasienten gjennom nærpå personer. Eksempler på dette kan være medisiner der effekt og bivirkninger kun kan rapporteres gjennom nærpå personer fordi pasienten mangler evne til selv å kommunisere. Et annet eksempel er etablering av miljøtiltak i pasientens hjem. Nærpå personer veiledes i gjennomføring av ulike tiltak basert på spesialisthelsetjenestens utredninger og kunnskap om miljøbehandling. Behandlingen følges opp og evalueres gjennom ambulante konsultasjoner.

2.2.3. Kontroll

Begrepet kontroll benyttes når man tidligere har gjennomført en behandling som skal vurderes (kontrolleres). Der pasienter følges opp gjennom lengre pasientforløp, kan det ofte være vanskelig å skille mellom begrepene behandling og kontroll. Så lenge en konsultasjon innebærer et nytt planlagt tiltak (som f.eks. justering av medisiner, endring av kosthold eller tilpasning av fysiske øvelser/motoriske tiltak), bør konsultasjonen registreres som behandling. Kontroll bør begrenses til de konsultasjonene der man sjekker ut om behandlingen har effekt, men hvor det ikke er planlagt ytterligere tiltak.

I kilden www.volven.no defineres kontroll som følger:

Samarbeidsmøter

«Planlagt oppfølging etter tidligere kontakt uten planlagte tiltak».

I spesialisthelsetjenesten jobbes det ofte med samhandling og samarbeid, hvor innholdet ikke alltid synes klart definert. «Med samarbeidsmøte menes kontakt i sanntid med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten med formål om samarbeid om oppfølging eller behandling av pasient. Et samarbeidsmøte kan gjennomføres poliklinisk, ambulant eller digitalt.

Innen habilitering i spesialisthelsetjenesten kan det være vanskelig å skille mellom tiltak som faller innunder samarbeid og samhandling, og tiltak som omhandler konsultasjoner i form av utredning og behandling som angitt over. Som hovedregel vil et samarbeidsmøte forutsette at alle partene som deltar er aktive i samarbeidet. I de tilfeller der spesialisthelsetjenesten er den aktive part, mens de eksterne er passive vil det bære mer preg av en konsultasjon. Det må derfor gjøres en faglig vurdering av hva som er hovedformålet med kontakten og det skal fremgå av journalnotat hva som er hensikten med aktiviteten, jfr. ISF regelverk 2022, pkt. 2.6.

«Dersom ekstern part er passiv deltager under en konsultasjon med pasient eller pårørende, kan kontakten registreres som en ordinær konsultasjon. I grensetilfeller må skillet baseres på en faglig vurdering av hva som er hovedformålet med kontakten; samarbeid og veiledning/opplæring eller behandling av pasienten».

Eksempler på vurderinger av om en aktivitet er konsultasjon eller samarbeidsmøte kan være møter hvor spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og nærmeste pårørende deltar. I det ene tilfellet kan det dreie seg om et ansvarsgruppemøte eller større systemmøte med aktiviteter hvor det avklares oppgavefordeling for den enkelte deltaker. Dette vil man i forbindelse med koding kunne definere som samarbeid, og dermed kode dette som et samarbeidsmøte. I det andre tilfellet kan «møtet» mellom kommune og spesialisthelsetjeneste omhandle at spesialisthelsetjenesten kartlegger ulike miljøterapeutiske forhold av betydning for pasientens utredning og behandling, her vil det oftest være spesialisthelsetjenesten som er den aktive part og aktiviteten faller inn under definisjon av en konsultasjon.

Prosedyrekode for samarbeidsmøter kan benyttes når:

- Aktiviteten er samarbeid om oppfølging eller behandling av pasient med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten
- Samarbeid om oppfølging og behandling av pasient er hovedformålet med kontakten
- Kontakten har et formål hvor kontakt med spesialisthelsetjenesten er nødvendig for den videre oppfølgingen og /eller behandlingen av pasienten
- Kontakten er ikke av administrativ art og går utover ordinær meldingsutveksling mellom tjenestene»

(Kilde: ISF regelverk 2022, kap 6.24 Helsedirektoratet)

«Aktiviteten for samarbeidsmøter og andre samarbeidskontakter med eksterne samarbeidsparter utenfor spesialisthelsetjenesten for somatiske problemstillinger er flyttet fra DRG-systemet til STG-systemet i 2022». (Kilde: ISF regelverk 2022, Helsedirektoratet).

Samarbeidsmøter kodes som indirekte kontakt, eventuelt med video- og telefon som aktivitet (DIPS). Hvis kontakten både har inneholdt konsultasjon og samarbeidsmøte må det legges inn som to ulike kontakter og gjøres opp hver for seg.

I henhold til ISF-regelverket for 2023 skal følgende prosedyrekoder brukes ved samarbeidsmøter:

- WPBA 11 (*Oppfølgings- og samarbeidsaktivitet med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten, uten pasient, foreldre eller pårørende tilstede*)
- WPBA16 (*Oppfølgings- og samarbeidsaktivitet med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten, med pasient, foreldre eller pårørende tilstede*)

3. Bruk av prosedyrekoder

I «Kodeveiledning 2022 - Regler og veiledning for klinisk koding i spesialisthelsetjenesten», utgitt av Direktoratet for e-helse, er prosedyrekodene for habilitering i hovedsak å finne i kapitlene:

- O - Habilitering og rehabilitering
- I - Psykisk helse og avhengighet
- W - Tiltak ikke klassifisert i andre kapitler

Det er ingen restriksjoner når det gjelder hvilke prosedyrekoder som kan benyttes av de enkelte yrkesgrupper blant behandlerne. I «Kodeveiledning 2022», kap. 5.4» står følgende:

«Hvilket fagfelt man arbeider innenfor er ikke bestemmende for hvilke typer koder man har lov til å anvende. Det betyr at alle grupper av helsepersonell kan benytte alle koder uavhengig av hvilket kapittel koden hentes fra, så lenge koden så presist som mulig beskriver det som er utført.»

Videre i det samme regelverket (kap. 6.4.5) står: *«Proseddyrekodene registreres ikke for å dokumentere det totale innholdet i utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging av pasienter. Registreringen skal vise hva som faktisk er gjennomført. Registrering av flest mulig koder er ikke intensjonen.»*

Det er ingen krav om at man må registrere prosedyrekoder ved konsultasjoner. Det skal ikke registreres prosedyrekode hvis det ikke finnes noen prosedyrekode som dekker den aktuelle aktiviteten.

I «Kodeveiledning 2022» påpekes det at et viktig bruksområde er anskaffelse av virksomhetsdata som brukes i styring og planlegging. Her skal kodingen gi kortfattet, systematisk informasjon om hva som er funnet og hva som er gjort ved en kontakt med helsevesenet, for eksempel en sykehusinnleggelse eller et poliklinisk besøk. En region, et helseforetak eller en avdeling har bruk for å vite hvor mange pasienter av ulike typer som henvises, undersøkes og behandles i løpet av en tidsperiode. Nasjonale kvalitetsregistre bruker koder når de beskriver aktivitet og forskjeller mellom sykehus.

I Norge brukes sentralt rapporterte virksomhetsdata også som grunnlag for den aktivitetsbaserte finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Kodeveilederen presiserer at selv om medisinsk koding indirekte er knyttet til aktivitetsbasert finansiering, er ikke økonomi eller finansiering formålet med kodingen. Prosedyrekodeverket skal gi informasjon om hva som gis av tjenester til den enkelte bruker/pasient i den individuelle habiliterings-/rehabiliteringsprosessen, uavhengig av diagnose og

alder. Bruk av kodeverket skal også gi informasjon om samhandling med andre aktører, f.eks. kommunalt hjelpeapparat.

4. Hovedtilstand – hvilken diagnose kodes

Ved koding av en aktivitet skal man velge en «hovedtilstand». Dette kan være utfordrende i de tilfeller der pasienten har flere diagnoser, og det ikke alltid er klart hvordan man skal rangere de ulike diagnosene, her kalt «tilstander».

I «ISF regelverk 2022» er dette omtalt i underkapittel 1.1.2 «Hva menes med medisinsk koding». Derfra siteres:

«Norsk pasientregisterforskrift regulerer innsamling og behandling av helseopplysninger, herunder innhold i registeret. I merknader til § 1-6 spesifiseres det at registreringen kun kan inneholde opplysninger som er relevante for den behandling man har fått under den aktuelle kontakten med spesialisthelsetjenesten. Dette betyr også at informasjon om tilstander (for eksempel sykdommer) som ikke har hatt relevans for oppholdet, ikke skal rapporteres. Det forutsettes at kodeverkene brukes korrekt og at reglene følges. Dette gjelder særlig for valg av hovedtilstand og andre tilstander».

I samme kapittel sies følgende om «kjente tilstander»

«Når en tilstand er kjent fra før og man bare opprettholder vanlig behandling uten å vurdere eller gjøre nye undersøkelser av tilstanden, skal den i utgangspunktet ikke velges som hovedtilstand. En slik tilstand skal også bare tas med under andre tilstander dersom den har vært av betydning for helsehjelpen som er gitt under oppholdet.

Det er behandleren som koder kontakten med helsetjenesten som vurderer hvilken diagnose som er relevant. Innenfor fagfeltet habilitering er det i de fleste tilfeller flere diagnosekoder som er relevante. F.eks. vil en diagnose innen kapitlet "utviklingsforstyrrelser" være den relevante, selv om vi ved en utredning og behandling innen habilitering også følger opp andre tilstander.

Her nevnes som et eksempel epilepsi: Hos en pasient med multifunksjonshemming er epilepsi en tilleggsdiagnose. Ved utredning/behandling vil det ofte være utviklingsforstyrrelsen, dvs psykisk utviklingshemming (F70-79), autisme (F84) eller lærevansker (F80-83) som fører pasienten til utredning og behandling innen habilitering. Behandleren må gjøre en vurdering av hvilken diagnose som er relevant for kontakten.

Definisjon av hovedtilstand og andre tilstander (Kodeveiledning 2022, IE-1089, Direktoratet for

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

***Andre tilstander** er tilstander som eksisterer samtidig med hovedtilstanden eller som oppstår i løpet av behandlingsperioden, og som blir gjenstand for undersøkelse, behandling eller vurdering, som det må tas hensyn til eller som får konsekvenser for behandlingen av pasienten».*

e-helse, kap. 2.2)

Det er den bakenforliggende tilstanden, dvs funksjonshemmingen med tilhørende diagnose, som fører til at habiliteringsfeltet følger opp ulike (flere) tilstander ved en kontakt og som vil kreve mest ressurser ved konsultasjonen. Her nevnes som eksempel psykisk utviklingshemming, cerebral parese, skoliose, PEG/ernæringsvansker og epilepsi. En fullverdig undersøkelse konsentrerer seg sjelden om bare en av disse diagnosene og det vil være naturlig å sette en «bakenforliggende diagnose» som hovedtilstand.

Det skal være samsvar mellom journalnotatet og det som behandleren velger som hovedtilstand. Ved avgrensede konsultasjoner, f.eks. av epilepsimedisinering, skal diagnosen G40 benyttes. Ofte, men ikke alltid, vil det være naturlig å bruke den bakenforliggende årsaken som diagnose ved koding.

I kapittel 2.1.1 i «Kodeveiledning 2022» står følgende:

«Ikke alle tilstander en pasient har skal kodes. Flere tilstander kan bli behandlet eller på annen måte ha betydning for én kontakt (innleggelse eller konsultasjon) med spesialisthelsetjenesten. Før man begynner å kode, skal det bestemmes hvilke tilstander som er relevante og hvilke tilstander som ikke skal tas med. Én tilstand velges som hovedtilstand, etter reglene som er beskrevet under. For at en tilstand skal tas med skal det fremgå av den skriftlige journaldokumentasjonen at tilstanden er behandlet, undersøkt, vurdert eller har hatt betydning for den øvrige behandling».

Hva behandler registrerer/koder er en faglig, klinisk vurdering. Da er det også grunn til å merke seg fra samme kapittel:

«Ressursbruk er aldri det primære kriteriet for valg av hovedtilstand. Som oftest vil det ikke være tvil om hvilken tilstand man skal velge; kort sagt er det den tilstanden man har arbeidet mest med under oppholdet. Det er kun når det foreligger rimelig grunnlag for tvil om hvilken av flere tilstander som har krevd mest helsehjelp at man må vurdere ressursbruk som kriterium for å velge hovedtilstand. Med ressurser i denne sammenheng menes både tid, menneskelige og materielle ressurser».

Innen fagfeltet habilitering vil en "gjennomgripende" funksjonsdiagnose ofte påvirke behandlerens vurdering av andre tilstander som utredes og behandles. Diagnoser kan ikke sees uavhengig av hverandre, da dette vil medføre en dårlig faglig praksis innen habilitering. Det kan være i tvil om hva som er hovedtilstanden, og da må behandleren vurdere om hva som er relevant for den aktuelle kontakten.

Dette underbygges av følgende ordlyd hentet fra overnevnte kodeveileder, kap. 2:

«Når den tilstanden som har krevd mest helsehjelp er et symptom på eller en manifestasjon av en bakenforliggende tilstand, og det også er gitt helsehjelp for den bakenforliggende tilstanden, skal bakenforliggende tilstand velges som hovedtilstand. I alle andre tilfeller velges tilstanden som har krevd mest helsehjelp».

Koding ved utredning av tentative diagnoser:

Habiliteringsfeltet får ofte henvist pasienter med spørsmål om «utviklingsforstyrrelser (F70-79, F84, F81-83). Dette omtales også i kap. 21.2 i «Kodeveiledning 2022», utgitt av Direktoratet for e-helse. Det presiseres tydelig at tentative koder ikke skal benyttes, men R-diagnoser (dvs. symptomdiagnoser) skal benyttes under utredning frem til behandleren har en sikker diagnose. F.eks. vil utredning av ukjent tilstand eller mistanke om psykisk utviklingshemming i henhold til dette regelverket, kodes som R41.8 (Andre og uspesifiserte symptomer og tegn med tilknytning til kognitive funksjoner og bevissthet).

Det siteres følgende fra kap 1.3.1 Symptomer, sykdom og koding i «Kodeveiledning 2022» som underbygger dette:

«Hvis en slik utredning går over flere besøk, er det ofte først ikke mulig å kode noe annet enn symptomene. Først når man finner en sikker eller sannsynlig årsak har man en diagnose som kan kodes».

Koding ved utredning av vilkårene for førerkort

Problemstillingen er omtalt i ISF regelverk 2022, Helsedirektoratet, kap 5.7. om førerkort:

«Når hovedformålet med kontakten med spesialisthelsetjenesten er vurdering av vilkårene for førerkort, eller utstedelse av attest eller erklæring i denne forbindelse, skal episodens hovedtilstand være Z02.4 («Undersøkelse for førerkort») som kode nr. 1 og uten multippel koding. Prosedyrekode WMAC00 «Kartlegging og vurdering av helsekrav til å inneha førerkort» skal legges til. Denne aktiviteten inngår ikke i ISF-beregningsgrunnlaget».

I praksis betyr dette at man ikke får inntjening ved utredning av førerkort. På den annen side vil vurdering av førerkort få store implikasjoner for pasientens helse, spesielt i et habiliteringsperspektiv. Det bør vurderes i hvert tilfelle om man her kan bruke en bakenforliggende årsak som hovedtilstand. I så fall må det begrunnes i journalnotatet til utreder. For øvrig vil førerkortvurderinger ofte være en naturlig del av en helhetlig utredning innen habilitering.

5. Oppsummering

Vi har i dokumentet forsøkt å løfte frem de sidene ved medisinsk koding som er generelt for spesialisthelsetjenesten, og spesielt for fagfeltet habilitering. Av spesielle forhold for fagfeltet har vi fremhevet følgende dilemmaer:

1. Hva som definerer en konsultasjon og hva som definerer en samarbeidsaktivitet/-møte.
2. Koding av aktiviteter uten pasient, men med nærmeste pårørende og/eller andre nærpersoner tilstede.
3. Hensikten med bruk av prosedyrekoder og hvordan prosedyrekoder fra ulike fagområder også kan benyttes innen habilitering.
4. Definisjon av «hovedtilstand» hos pasienter som har mange komorbide diagnoser, og der det ved utredning og behandling ikke alltid åpenbart hva som er hovedtilstand.
5. Behovet for at et journalnotat alltid skal henviser til og sammenfalle med hva som kodes. (konsultasjon/samarbeidsmøte, valg av prosedyrekode, valg av hovedtilstand/diagnose)

Vi har i dette arbeidet ikke tatt opp kodepraksis ved pasient- og pårørendeopplæring og lærings- og mestringskurs. Dette anbefaler vi avklares i et fremtidig kodenettverk.

Fra år til år vil vi oppleve endret vektning av DRG, endret bruk av ulike prosedyrekoder og justeringer av regelverk og nasjonale veiledere. De spesielle forholdene for habilitering som vi har forsøkt å beskrive, mener vi dog er uniformelle (standard) utfordringer og av betydning for fagfeltets identitet. Dersom fremtidige revisjoner av regelverket vil påvirke dette, anser vi det som viktig at fagmiljøet samlet melder inn dette og bidrar til at regelverket for ISF fungerer slik det er ment.

Som nevnt innledningsvis skal hensikten med et nasjonalt kodenettverk bidra til:

- Enhetlig registrering av konsultasjoner og andre aktiviteter.
- Synliggjøring av virksomheten og fagfeltet gjennom å sikre korrekt virksomhetsdata og samsvar mellom aktivitetsregistrering og finansiering.

28. oktober 2022

Anne Lise Høyland

Anne-Carine Nilsen

Else Marie Grønnerud

Eva Male Davidsen