

ISF 2009- 2010.
Rehabilitering v/poliklinisk omsorg eller innleggelse.
Gruppebasert pasientopplæring.
Utarbeidet av Regionalt LMS Helse Sør-Øst.

18.02.10

Oversikten er basert på SH-dir sin veileder desember 08, SH-dir heftet om Innsatsstyrt finansiering 2010 (bestnr 15-1656) og direktoratets nettsider.

Vi presiserer at dette er ingen fasit, men et forsøk på å gi en ryddig oversikt.

Vi oppdaterer og justerer denne oversikten årlig og legger den på helsedialog.no

Kilder:

www.helsedirektoret.no

www.lovdata.no

www.pasientreiser.no

ISF 2009, veiledningshefte fra Helsedirektoratet.

Gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende. A99	Poliklinisk rehabilitering. Individuell og gruppebasert rehabilitering Z 50.9	Ambulant behandling (denne beskrivelsen kan også benyttes for telemedisin)	Innlagt døgn eller dagpasient - "vanlig" rehabilitering Z 50.89	Innlagt døgn eller dagpasient - "kompleks" rehabilitering Z 50.80
Type helsehjelp:				
<p>Opplæringsprogram med informasjon om sykdommen, behandlingformer, egenbehandling, læring og mestring, rettigheter og videre oppfølging.</p> <p>Målgruppe: kronisk syke, men klar diagnose er ingen forutsetning.</p>	<p>Tiltak av behandlende karakter samt informative og grupperettede tiltak.</p> <p>Målgruppen: Personer med kronisk sykdom eks som kols, diabetes, astma, muskel-/skjelettplager, eldre med sammensatte lidelser, medfødte lidelser og andre grupper som trenger rehabiliterende eller habiliterende tiltak. Kan også benyttes som ambulant oppfølging etter primærrehabilitering.</p>	<p>Polikliniske kontakter som gjennomføres av en virksomhet innen spesialisthelsetjenesten, og med bruk av virksomhetens eget personell. Polikliniske kontakter som gjennomføres i pasientens hjem eller i sykehjem. Ambulant behandling inngår i beregningsgrunnlaget for ISF poliklinikk når øvrige vilkår i regelverket er oppfylt.</p>	<p>Tverrfaglig, individuell rehabilitering i forlengelsen av et sykehusopphold</p> <p>Målgruppe: Pasienter som trenger målrettet rehabilitering etter akutt opphold eller etter større operasjoner i sykehus, og hvor rehabilitering skjer rett etter avsluttet behandling. Andre typer pasienter som rehabiliteres uten innleggelse hører vanligvis hjemme under poliklinisk rehabilitering. Merk skillet mellom primær og sekundær rehabilitering. Primær rehab: Rehab. som hoveddiagnose. Når pasienten i løpet av oppholdet i hovedsak får rehabiliterende behandling. Primær behandling er per definisjon <i>planlagt behandling</i>. Sekundær rehab: Rehab. som bidiagnose. Når pasienten i løpet av oppholdet får både akutt- og rehabiliterende behandling.</p>	
Henvising:				
Deltakeren må være henvist fra lege	Deltakeren må være henvist fra lege	Deltakeren må være henvist fra lege	Deltakeren må være henvist fra lege	Deltakeren må være henvist fra lege

Gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende. A99	Poliklinisk rehabilitering. Individuell og gruppebasert rehabilitering Z 50.9	Ambulant behandling (denne beskrivelsen kan også benyttes for telemedisin)	Innlagt døgn eller dagpasient - "vanlig" rehabilitering Z 50.89	Innlagt døgn eller dagpasient - "kompleks" rehabilitering Z 50.80
Krav til programmet:				
<p>Minimum 7 undervisningstimer. Deltagere må være tilstede minst 80%. Programmet må være tverrfaglig og inkludere brukerkompetanse. Må foreligge konkret plan om samarbeid med primærhelsetjenesten og videre oppfølging av deltakerne. Inkludere brukerkompetanse. I <u>stor grad</u> være basert på gjennomføring i små grupper. Programmet gjennomføres i regi av sykehuset. Lege skal være ansvarlig for medisinsk faglig innhold og opplegg for gjennomføring og takstbruk. Selve gjennomføringen av opplæringen kan utføres av annet kvalifisert helsepersonell ansatt på sykehus, poliklinikk, LMS.</p>	<p>Ikke satt krav til tidsbruk (antall timer) pr opphold eller pr program. Individuelt rettet, men deler av faglig opplegg kan utføres som gruppebehandling. Forutsettes at programmet er individuelt tilpasset <u>før</u> oppstart av programmet. Dette kan skje gjennom egne polikliniske opphold, som da ikke inngår i programmet (betyr vurdering av rehabiliteringspotensialet og hva slags rehabiliteiringstiltak pas. trenger). Sentralt:</p>	<p>Se ISF poliklinikk. Reglene vedrørende utførende helsepersonell gjelder på samme måte som om den ambulante behandlingen ble utført i virksomhetens ordinære lokaler.</p>	<p>Heldøgnsopphold - vanligvis etter behandling av akutt sykdom og/eller operasjon. Pasienten kan være både døgn eller dagpasient, men krav om minimum en overnatting. Minimum 4 spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglig team.</p>	<p>Heldøgnsopphold - vanligvis etter behandling av akutt sykdom og/eller operasjon. Pasienten kan være både dagpasient og innlagt, men krav om minimum en overnatting. Minimum 6 spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglig team. Arbeidet foregår store deler av dagen/døgnet frem til utskrivning eller minimum fem virkedager.</p>

Krav til programmet: (tabellen fortsettes fra forrige side)

	<p>Tverrfaglig, strukturert, og rehabiliteringstiltak som kan bidra til å bedre pasientens funksjonsevne. Programmet kan inneholde lærings- og mestringsaktiviteter. Minst 3 ulike typer helsepersonell skal være involvert i det faglige programmet, inkludert lege. Lege skal være ansvarlig for faglig innhold og gjennomføring. Programmet skal inneholde minst en individuell kontakt med lege, for samtale og/ eller behandling. Den polikliniske rehabiliteringen vil ofte være behandlingsserier med ulike tiltak som går over flere dager. Helsehjelpen kan gjøres ambulant</p>			<p>Pas. har i tillegg funksjonstrening, trening i kompensere teknikk og tilpassing av hjelpemidler/miljø. Det foretas vurdering av tiltak i forhold til mestring: personlig mestring, i hjem, skole, arbeid, fritid. Hab./rehab.arbeidet ledes av lege som har spesialutdannelse i fysikalsk medisin og rehabilitering. Innen fagområdene revmatologi, geriatri eller pediatri kan hab./rehab.arbeidet ledes av spesialist innen nevnte områder.</p>
--	--	--	--	--

Gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende. A99	Poliklinisk rehabilitering. Individuell og gruppebasert rehabilitering Z 50.9	Ambulant behandling (denne beskrivelsen kan også benyttes for telemedisin)	Innlagt døgn eller dagpasient - "vanlig" rehabilitering Z 50.89	Innlagt døgn eller dagpasient - "kompleks" rehabilitering Z 50.80
Egenandel:				
Utløses en egenandel pr. deltager pr. program.	Utløses en egenandel pr. deltager pr. program.	I følge aktuell poliklinisk takst	Ingen egenbetaling for pasient	Ingen egenbetaling for pasient

Registrering av aktivitet:

<p>Takstkode A99 Hovedtilstand skal angis i alle tilfeller der opplæring gjelder sykdom som pasienten har, ICD-10 kode(r) angis. Ikke krav om diagnoseregistrering (hvis diagnose ikke foreligger, kan kodes med ICD-10-kode for aktuelt symptom, men dette er ikke et krav). Nasjonal særkode 42KD som prosedyre skal registreres. Hvis pårørende samtidig deltar, kan dette rapporteres gjennom NPR meldingselementet <i>Deltaker</i>. Nasjonal særkode 42KJ skal rapporteres hvis pasienten selv ikke er aktivt til stede og mottar opplæring, men det er pårørende som mottar opplæring ment til fordel for pasienten. NB! Registrer i pasientadministrative systemet først egenandel (takst 201b), så takst A99. Oppholdet grupperes til DRG 998O og inngår i beregningsgrunnlaget for ISF refusjon. Takst utløses en gang per deltager per program. Takstkoden kan registreres og rapporteres en gang pr 6 mnd for samme pasient. Takstkoden kan også benyttes der pasientens pårørende mottar selve opplæringen. Takstkoden kan A99 kan ikke brukes på røykesluttkurs.</p>	<p>Hoveddiagnose Z 50.9 (behandling som omfatter bruk av uspesifiserte rehabiliteringstiltak) Bi-diagnose registreres, som da er den grunnleggende diagnose som gir behovet for rehabilitering. Antall polikliniske opphold som inngår i beregningsgrunnlaget er begrenset til 10 per pasient pr program. Kun de 10 første kan rapporteres med debitorcode 1. Øvrige polikliniske opphold innen samme program i 2009 skal rapporteres med debitorcode 99 - "Annet".</p>	<p>Aktiviteten rapporteres på samme måte som kontakter gjennomført i virksomhetens ordinære lokaler, med følgende regler for rapportering av <i>Sted for aktivitet</i> innen NPR Meldingselementet Kontakt: a) Aktivitet i pasientens hjem/ sykehjem/institusjon (hvis pasienten er registrert bosatt der) rapporteres med kode 4 "Hjemme hos pasienten" b) Annen virksomhet utenfor spesialisthelsetjenesten, rapporteres med kode 5 "Annen ambulant behandling"</p>	<p>Diagnosekoding v/primær rehabilitering: Oppholdet kodes med Z50.80 som hoveddiagnose - og underliggende tilstand/diagnose som bidiagnose. Opphold hvor Z50.80 eller Z50.89 er registrert som en annen tilstand som indikasjon på sekundær rehabilitering i forlengelse av et akutt opphold, utløser rehabiliteringstillegg i utvalgte DRG-er. DRG - plasseringen bestemmes her etter pasientens sykdomsdiagnose. DRG vekt for primær rehabilitering i DRG 462 A/B beregnes etter egen modell for hver av rehabiliteringskodene og i henhold til faktisk liggetid. Se egen tabell ISF regelverk 2009 s. 23 Prosedyrekoding: Aktuelle prosedyrekoder i hht. NCSP eller NCMP, registreres.</p>	<p>Diagnosekoding v/primær rehabilitering: Oppholdet kodes med Z50.80 som hoveddiagnose - og underliggende tilstand/diagnose som bidiagnose. Opphold hvor Z50.80 eller Z50.89 er registrert som en annen tilstand som indikasjon på sekundær rehabilitering i forlengelse av et akutt opphold, utløser rehabiliteringstillegg i utvalgte DRG-er. DRG - plasseringen bestemmes her etter pasientens sykdomsdiagnose. DRG vekt for primær rehabilitering i DRG 462 A/B beregnes etter egen modell for hver av rehabiliteringskodene og i henhold til faktisk liggetid. Se egen tabell ISF regelverk 2009 s. 23 Prosedyrekoding: Aktuelle prosedyrekoder i hht. NCSP eller NCMP, registreres.</p>
---	---	--	---	---

Gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende. A99	Poliklinisk rehabilitering. Individuell og gruppebasert rehabilitering Z 50.9	Ambulant behandling (denne beskrivelsen kan også benyttes for telemedisin)	Innlagt døgn eller dagpasient - "vanlig" rehabilitering Z 50.89	Innlagt døgn eller dagpasient - "kompleks" rehabilitering Z 50.80
Evt. koding av pårørende				
<p>Takst A99 kan brukes ved opplæring av foreldre/foresatte ved barns sykdom. Taksten kreves da per barn. Antall foreldre/foresatte som deltar på opplæringsprogrammet har ikke noen innvirkning på hvor mange takster som kreves.</p>	<p>Utløses ikke ISF-finansiering for pårørende. Ikke omtalt i veiledningen om finansiering kan utløses ved tiltak rettet mot foreldre/foresatte der barnet ikke er til stede.</p>		<p>Utløses ikke ISF-finansiering for pårørende.</p>	<p>Utløses ikke ISF-finansiering for pårørende.</p>
Finansiering				
<p>Takst A99 gir ISF refusjon på kr x,- (per deltager per program). Poliklinisk enhetsrefusjon x kr. Egenandel (takst 201b) er på kr.X Sykehuset kan velge å ikke ta egenandel. For barn under 16 år og pas. som har frikort, betaler RTV egenandelen.</p>	<p>Z 50.9 utløser kr. x pr.dagopphold (maksimalt 10 opphold pr.program pr.pasient). Egenandel utløses på kr. X,- pr. program fra pasient. For barn under 12 år og pas. som har frikort, betaler RTV egenandelen.</p>	<p>Som annen poliklinisk takst inkl poliklinisk rehabilitering.</p>	<p>DRG 462B Rehabilitering, vanlig.DRG vekt for primær rehabilitering i DRG 462 A/B beregnes etter egen modell for hver av rehabiliteringskodene og i henhold til faktisk liggetid. Se egen tabell ISF regelverk 2009 s. 23</p>	<p>DRG 462A Rehabilitering, kompleks. DRG vekt for primær rehabilitering i DRG 462 A/B beregnes etter egen modell for hver av rehabiliteringskodene og i henhold til faktisk liggetid. Se egen tabell ISF regelverk 2009 s. 23</p>

Gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende. A99	Poliklinisk rehabilitering. Individuell og gruppebasert rehabilitering Z 50.9	Ambulant behandling (denne beskrivelsen kan også benyttes for telemedisin)	Innlagt døgn eller dagpasient - "vanlig" rehabilitering Z 50.89	Innlagt døgn eller dagpasient - "kompleks" rehabilitering Z 50.80
--	--	---	--	--

Dokumentasjon

Dokumentasjonskravet er hjemlet i lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64), §§ 39 og 40.

§§ 40: *"Journalen skal føres i samsvar med god yrkesetikk og skal innehold relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. Det skal fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen."*

Hovedsaken er at relevante opplysninger som har betydning for undersøkelse, diagnose og behandling av pasienten nedtegnes. Ved bruk av rehabiliteringskodene (Z50.80 eller Z50.89) skal kriteriene for bruk av kodene være dokumentert i pasientens journal.

Det skal fremgå i epikrisen hvem som har det medisinske ansvaret for programmet og hvem som har ført opplysningene i journalen. Epikrisen kan godkjennes av den som er delegert fullmakt fra lege.

Her anses at standard epikrise med, om nødvendig, individuell påtegning, er tilstrekkelig.	Lege skriver notat fra legekonsultasjon. Koordinering av journalføring kan delegeres til en av faggruppene som deltar i gjennomføringen av programmet. Ansvarlig lege skal godkjenne det faglige programmet, og det skal fremgå hvilket tiltak som gjennomføres og hvordan de ulike faggruppene inngår. Det skrives et notat ved oppstart av programmet og et ved avslutning av programmet. Avvikende forløp underveis i programmet skal journalføres. Journalføringen kan også dokumenteres fortløpende på hva som gjøres med pasienten, hvilke fagspesialiteter som har vært involvert og på hvilken måte tilbudet har vært gitt.	Dokumentasjon i henhold til krav jfr den aktuelle polikliniske takst som benyttes.	Det skal dokumenteres fortløpende hva som gjøres med pasienten, hvilke fagspesialiteter som har vært involvert og på hvilken måte.
--	---	--	--

Gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende. A99	Poliklinisk rehabilitering. Individuell og gruppebasert rehabilitering Z 50.9	Ambulant behandling (denne beskrivelsen kan også benyttes for telemedisin)	Innlagt døgn eller dagpasient - "vanlig" rehabilitering Z 50.89	Innlagt døgn eller dagpasient - "kompleks" rehabilitering Z 50.80
Samarbeid primærhelsetjenesten				
Det må foreligg en konkret plan for hvordan primærhelsetjenesten/primærlegen trekkes inn i gjennomføringen av programmet og den videre oppfølging av deltagerne. Epikrise sendes til fastlege og henvisende lege hvis denne er en annen enn fastlegen.	Ikke omtalt i retningslinjene.		Krav om samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen. Epikrise sendes til fastlege og henvisende lege hvis denne er en annen enn fastlegen.	
Individuell behandlingsplan				
Ingen krav til at individuell behandlingsplan skal foreligge som eget dokument i pasientens journal.	Ikke omtalt i veileder fra Helsedirektoratet		Målrettet arbeid med individuell behandlingsplan, og den skal foreligge som eget dokument i pasientens journal.	Målrettet arbeid med individuell behandlingsplan, og den skal foreligge som eget dokument i pasientens journal.
Kostgodtgjørelser (www.pasientreiser.no)				
Pasient må selv dekke utgifter til måltider. Informasjon gis pas. i innkallingsbrev. Pasienter som har rett til refusjon av reiseutgifter, har også rett til kostgodtgjørelse hvis fraværstiden fra hjemmet overstiger 12 timer. Refunderes med kr. 175- pr. døgn.			Kost dekkes på vanlig måte av sykehuset	Kost dekkes på vanlig måte av sykehuset

Gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende. A99	Poliklinisk rehabilitering. Individuell og gruppebasert rehabilitering Z 50.9	Ambulant behandling (denne beskrivelsen kan også benyttes for telemedisin)	Innlagt døgn eller dagpasient - "vanlig" rehabilitering Z 50.89	Innlagt døgn eller dagpasient - "kompleks" rehabilitering Z 50.80
Overnatting (www.pasientreiser.no)				
<p>Overnatter hjemme, eller i hotell som sykehuset har inngått avtale med. Avdelingen som står ansvarlig for kurset, informerer pasienten ved innkalling. Innkalling må gi informasjon om overnatting og hvilke utlegg pasienten må påregne og hvilken refusjon pasienten får.</p> <p>Pasienter som har rett til refusjon av reiseutgifter kan få overnattingsgodtgjørelse på inntil kr. 310,- pr.døgn ved fremlegg av kvittering dersom overnattingen har funnet sted ved hotell, pensjonat eller gjestgiveri. Refusjonsordningen administreres av Pasientreiser</p>		<p>Overnatting skjer i ordinær sengepost - eller på pasienthotellet.</p>	<p>Overnatting skjer i ordinær sengepost - eller på pasienthotellet.</p>	
Reiseutgifter for pasient (www.pasientreiser.no)				
<p>Dekkes tilsvarende rimeligste rutegående transport til nærmeste behandlingssted.</p> <p>Egenandelen inngår i frikortordningen.</p> <p>Ved behov for dyrere transport, må pasienten ha legeerklæring.</p> <p>Evt. fly/drosje må bestilles gjennom lokalt kontor for pasientreiser.</p> <p>Hvis rekvisisjon foreligger, dekkes taxi til/fra hotell i byen. (mot kvittering).</p> <p>Informasjon om utgifter/utlegg som må forventes i forbindelse med reise, må gis pasienten i innkallingsbrev.</p>		<p>Dekkes tilsvarende rimeligste rutegående transport med egenandel.</p> <p>Egenandelen inngår i frikortordningen.</p> <p>Ved behov for dyrere transport, må pasienten ha legeerklæring.</p> <p>Evt. fly/drosje må bestilles gjennom lokalt kontor for pasientreiser.</p> <p>Informasjon om utgifter/utlegg som må forventes i forbindelse med reise, må gis pasienten i innkallingsbrev.</p>		

Gruppebasert opplæring av pasienter og pårørende. A99	Poliklinisk rehabilitering. Individuell og gruppebasert rehabilitering Z 50.9	Ambulant behandling (denne beskrivelsen kan også benyttes for telemedisin)	Innlagt døgn eller dagpasient - "vanlig" rehabilitering Z 50.89	Innlagt døgn eller dagpasient - "kompleks" rehabilitering Z 50.80
Reise/opphold for pårørende/ledsager (www.pasientreiser.no)				
<p>For pasienter som får dekket utgifter til pasientreiser, dekkes også utgifter til nødvendig ledsager (kost/opphold/reise). For hver reise gjelder at pasienten må dekke en egenandel på kr 250 t/r (en rekke unntak gjelder, feks hvis frikort).</p> <p>Av pasientens henvisning må fremgå om pårørende også skal delta på kurs.</p> <p>Når det gjelder permisjon fra arbeid, må pårørende søke arbeidsgiver om velferdspermisjon.</p> <p>Ledsager på reise kan få godtgjort tapt arbeidsinntekt med inntil kr. 85- pr. time fra NAV.</p> <p>Reise dekkes etter samme regler som for pasient ved reise til kurs/opplæring, i regi av helseinstitusjon, forutsatt at kurset/opplæringen har et medisinsk eller behandlingsmessig innhold, og kursdeltagelsen er nødvendig for fremtidig oppfølging av pasienten og pasienten er over 18 år.</p>				
Forutsetninger:				
<p>Aktivitet i sykehuset som ikke tilfredsstillende ovenstående krav til dokumentasjon og medisinsk koding, skal finansieres gjennom basis rammebevilgning. Det forutsettes at hver avdeling har et system som sikrer at overlege vurderer hva som er rett behandlingsnivå for den enkelte pasient.</p>				

Ang Dipskoder

HRRP-kodene 42KD og 32KD utgår, det skal i stedet settes inn nye koder i NCMP-feltet i DIPS. Kodene er følgende:

- **WPCK00** - Lærings- og mestringsaktivitet vedr. aktuelle tilstand

Tilleggskode på utførelse i gruppe:

- **ZWWA30** - Prosedyre rettet mot en gruppe av pasienter.

I de tilfeller der en pårørende deltar på kurs/temadager skal det settes inn enda en tilleggskode:

- **ZWWA40** - Prosedyre rettet mot foreldre/pårørende

Se mer informasjon her: <http://kith.no/upload/1822/HRRP-kodene%202010.pdf>