

ISF 2016
Rehabilitering v/poliklinisk omsorg eller innleggelse. Gruppebasert pasientopplæring.
 Utarbeidet av Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Sør-Øst.

Oversikten er basert HelseDirektoratets veileder om Innsatsstyrt finansiering 2016 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 fortløpende. Send oss gjerne innspill: rk.ppo@sshf.no

Kilder:
www.helsedirektoratet.no www.lovdatab.no www.pasientreiser.no ISF 2016, veiledningshefte fra Helsedirektoratet

Grupperettet pasientopplæring. DRG 9980	Poliklinisk rehabilitering. Individuell og gruppebasert rehabilitering Z 50.9 DRG 8620	Ambulant behandling (denne beskrivelsen kan også benyttes for telemedisin)	Innlagt døgn - "kompleks" rehabilitering Z 50.80 DRG 462A	Innlagt døgn - "enkel (vanlig)" rehabilitering Z 50.89 DRG 462B	Innlagt døgn - "annen" rehabilitering DRG 462C	Dagrehabilitering DRG 862B (ny, 2014)	Tverrfaglig poliklinisk utredning DRG9970	Behandlingstiltak rettet mot en gruppe pasienter DRG9960 (ny, 2016)
--	---	---	--	--	---	--	--	--

Type helsehjelp

<p>Opplæringsprogram med informasjon om sykdommen, behandlingsformer, egenbehandling, læring og mestring, rettigheter og videre oppfølging.</p> <p>Målgruppe: kronisk syke, men klar diagnose er ingen forutsetning.</p>	<p>Med poliklinisk rehabilitering menes elektive rehabiliteringsprogram i spesialisthelsetjenesten bestående av serier av polikliniske opphold. Poliklinisk rehabilitering karakteriseres av sammensatte tilbud som gis i løpet av samme dag. Eksempler på disse er kombinasjoner av organisert gruppeundervisning (pasientopplæring e.l.), fysioterapi, andre rehabiliterende tiltak, diettveiledning med mer. Tiltak av behandlende karakter samt informative og grupperettede tiltak.</p> <p>Målgruppe: 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 style="text-align: center;">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.</p> <p>Primær rehabilitering: Rehabilitering som hoveddiagnose. Når pasienten i løpet av oppholdet i hovedsak får rehabiliterende behandling. Primær behandling er per definisjon planlagt behandling. Sekundær rehabilitering: Rehabilitering som bidiagnose. Når pasienten i løpet av oppholdet får både akutt- og rehabiliterende behandling.</p>	<p>Med tverrfaglig utredning menes tilbud som er etablert for utredning av pasienter med kroniske smertetilstander, kognitiv svikt, forsinket utvikling eller lignende. Formålet med utredningen skal være å fastsette en diagnose. Der pasienten allerede har en kjent diagnose, så ligger det utenfor formålet.</p>	<p>Behandling og tiltak som skjer i gruppe, men som faller utenfor reglene i DRG 8620 poliklinisk rehabilitering og DRG 9980 pasientopplæring og tiltak i gruppe. Dette kan bl.a. dreie seg om behandling av visse lidelser som er hensiktsmessig å gjøre i gruppe selv om fokuset er individrettet.</p> <p>Eksempel kan være behandling etter akutt opphold der det fra et faglig ståsted er hensiktsmessig å utføre det i gruppe f.eks. såkalte hjerteskolet, eller annen behandling som krever spesialisthelsetjeneste, men hvor behandlingssopplegget ikke er innenfor kravene til ovennevnte DRGer.</p>
---	---	--	--	---	--

Henvising

Deltakere i konsultasjoner/behandlingstiltak som foregår i gruppe skal være henvist fra lege. Henvisingen skal ligge i pasientens journal.

ISF 2016 Rehabilitering v/poliklinisk omsorg eller innleggelse. Gruppebasert pasientopplæring. Utarbeidet av Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Sør-Øst.								
Oversikten er basert Helsedirektoratets veileder om Innsatsstyrt finansiering 2016 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 fortløpende. Send oss gjerne innspill: rk.ppo@sshf.no								
Kilder: www.helsedirektoratet.no www.lovdato.no www.pasientreiser.no ISF 2016, veiledningshefte fra Helsedirektoratet								
Grupperettet pasientopplæring. DRG 998O	Poliklinisk rehabilitering. Individuell og gruppebasert rehabilitering Z 50.9 DRG 862O	Ambulant behandling (denne beskrivelsen kan også benyttes for telemedisin)	Innlagt døgn - "kompleks" rehabilitering Z 50.80 DRG 462A	Innlagt døgn - "enkel (vanlig)" rehabilitering Z 50.89 DRG 462B	Innlagt døgn - "annen" rehabilitering DRG 462C	Dagrehabilitering DRG 862B (ny, 2014)	Tverrfaglig poliklinisk utredning DRG997O	Behandlingstiltak rettet mot en gruppe pasienter DRG996O (ny, 2016)
Krav til programmet								
<p>Programmet inneholder informasjon om sykdommen, behandlingsformer, egenbehandling og mestring, rettigheter og videre oppfølging. Er det er relevant for behandlingen kan et opplæringsprogram også inneholde kostholdsveiledning, røykavvenning og aktivitetstiltak. Et rent røykesluttkurs representerer imidlertid ikke et slikt program. Må være over 7 undervisningstimer. Deltakerne må delta på minimum 80%. Programmet er tverrfaglig, inkluderer brukerkompetanse og i stor grad gjennomføres i små grupper.</p> <p>Programmet gjennomføres i regi av sykehuset. Lege skal være ansvarlig for medisinskfaglig innhold og opplegg for gjennomføring og takstbruk. Selve gjennomføringen av opplæringen kan utføres av annet kvalifisert helsepersonell.</p>	<p><i>I regelverket for ISF opplyses det at det i mange tilfeller vil være aktuelt å bruke timetall for å gjøre dette skillett mellom poliklinisk rehabilitering og dagrehabilitering. Det vil si at dagopphold på over 5 timer i ISF regnes som dagrehabilitering, og ikke poliklinisk.</i></p> <p>Tilbud som registreres som poliklinisk rehabilitering skal oppfylle følgende vilkår og være dokumentert i journalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasienten skal være henvist til rehabiliteringsprogrammet av lege. Henvisningen skal ligge i pasientens journal. • Rehabiliteringsprogrammet skal være individuelt tilpasset den enkelte pasient, og tilrettelagt plan skal være utarbeidet for den enkelte pasient før oppstart av rehabiliteringsprogrammet. Programmets lengde skal ha en rimelig lengde i forhold til aktuell tilstand som rehabiliteres og skal fremkomme i planen til den enkelte pasient. • Innholdet i programmet skal være individrettet, men inntil 80 prosent av tjenesteinnholdet kan gjennomføres som individrettet behandling i gruppe. 	<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><i>Som følge av innføring av DRG 862B vil DRG 462A heretter kun inneholde pasienter som overnatter.</i></p> <p>Krav til bruk av Z50.80:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimum 6 spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglig team • Pasient har minimum en overnatting • Arbeidet foregår store deler av dagen/døgnet frem til utskrivning eller minimum fem virkedager. • Pas. har i tillegg funksjonstrening, trening i kompensere teknikker og tilpassing av hjelpemidler/miljø. Det foretas vurdering av tiltak i forhold til mestring: personlig mestring, 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 innenfor nevnte områder. 	<p>Heldøgnsopphold - vanligvis etter behandling av akutt sykdom og/eller operasjon.</p> <p><i>Som følge av innføring av DRG 862B vil DRG 462A heretter kun inneholde pasienter som overnatter.</i></p> <p>Krav til bruk av Z50.89:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimum 4 spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglig team. • Pasient har minimum en overnatting • Måltrett arbeid med bruk av individuell behandlingsplan • Krav om at arbeidet ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Innen fagområdene revmatologi, geriatri, nevrologi eller pediatri kan rehabilitering ledes av spesialist innen nevnte områder. Spesialisten skal ha hatt personlig kontakt med pasienten i sanntid under oppholdet. 	<p>Heldøgnsopphold - vanligvis etter behandling av akutt sykdom og/eller operasjon.</p> <p><i>Som følge av innføring av DRG 862B vil DRG 462C heretter kun inneholde pasienter som overnatter.</i></p> <p>For koden annen rehabilitering er det ikke klart hva kravene er.</p> <p>DRG 462C "Annen rehabilitering" skal ikke inneholde dagopphold.</p>	<p>Dagopphold - vanligvis etter behandling av akutt sykdom og/eller operasjon.</p> <p><i>DRG etablert ved å flytte dagopphold fra DRG 462A og 462B. I regelverket for ISF opplyses det at det i mange tilfeller vil være aktuelt å bruke timetall for å gjøre dette skillett mellom poliklinisk rehabilitering og dagrehabilitering. Det vil si at dagopphold på over 5 timer i ISF regnes som dagrehabilitering, og ikke poliklinisk.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimum 6 spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglig team • Pasient har minimum en overnatting • Arbeidet foregår store deler av dagen/døgnet frem til utskrivning eller minimum fem virkedager. • Pas. har i tillegg funksjonstrening, trening i kompensere teknikker 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 innenfor nevnte områder. 	<p>Samtidig undersøkelse av representanter for minimum 3 faggrupper hvorav en lege eller psykolog med relevant klinisk spesialistkompetanse, for eksempel ved multihandikap.</p> <p>Det presiseres at hovedregelen i kapittel 4.2, f), gjelder tilsvarende på dette området. Det innebærer at pasienten skal være tilstede under utredningen, mao skal det foreligge direkte kontakt i sanntid. Møtevirksomhet om pasienten inngår ikke i beregningsgrunnlaget, og skal derfor heller ikke rapporteres som tverrfaglig utredning</p> <p>Sekvensiell, koordinerte undersøkelser av ett team med representanter for minimum 3 faggrupper hvorav en lege eller psykolog med relevant klinisk spesialistkompetanse, for eksempel ved multihandikap. Hver faggruppe dokumenterer sine funn.</p> <p>Det forutsettes at den tverrfaglige utredningen går over 1-3 dager</p> <p>Reglene gjelder videre ikke tverrfaglige tilbud som er rettet mot pasienter med kjente kroniske sykdommer (kreft, diabetes, KOLS, psoriasis, medfødt misdannelse eller lignende) eller eksempelvis mot pasienter med fedme eller infeksjoner. Det betyr at NCMR ledes for slike pasienter.</p>	<p>Det forutsettes at der det er gruppekonsultasjoner som går over en periode skal det foreligge en plan for dette, og hvor det faglige behandlingsopplegget i spesialisthelsetjenesten beskrives. I en slik plan skal det også beskrives på hvilken måte kommunehelsetjenesten involveres.</p> <p>Det forutsettes at det er en individuell tilnærming til den enkelte pasient og hvor behandlingstilbudet krever kompetanse fra spesialisthelsetjenesten i en gitt avgrenset periode.</p> <p>Behandlingen kan både gis av en enkelt behandler og/eller i tverrfaglig team.</p> <p>For øvrig gjelder at dette ikke omfatter tjenester hvor ansvaret i hovedsak ligger i kommunehelsetjenesten. Det kan være forebyggende aktiviteter som f.eks. rene røykesluttkurs, kurs for overvektige, rene treningsaktiviteter, tjenester for kronikergrupper mv. som ikke krever spesialisthelsetjenester.</p> <p>Behandlingstilbudet gjennomføres som hovedregel i regi av et helseforetak og med en lege som ansvarlig for medisinskfaglig innhold og opplegg for gjennomføring. Selve gjennomføringen kan utføres av annet</p>	
Egenandelen er p.t. på kr 320,- For barn under 16 år og pas. som har frikort, betaler HELFO egenandelen.	Egenandelen er p.t. på kr 320,- For barn under 16 år og pas. som har frikort, betaler HELFO egenandelen Det kan kun kreves én egenandel pr rehabiliteringsprogram. Det tverrfaglige programmet er definert som en helsehjelpsepisode. I tillegg kan det tas egenandel for individuelle legekonsultasjoner før rehabiliteringsprogrammet.	I følge aktuell poliklinisk takst	Ingen egenbetaling for pasient			Egenandelen er p.t. på kr 320,- For barn under 16 år og pas. som har frikort, betaler HELFO egenandelen	Egenandelen er p.t. på kr 320,- For barn under 16 år og pas. som har frikort, betaler HELFO egenandelen	

<p style="text-align: center;">ISF 2016 Rehabilitering v/poliklinisk omsorg eller innleggelse. Gruppebasert pasientopplæring. Utarbeidet av Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Sør-Øst.</p>								
<p style="text-align: center;">Oversikten er basert HelseDirektoratets veileder om Innsatsstyrts finansiering 2016 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 fortløpende. Send oss gjerne innspill: rk.ppo@sshf.no</p>								
<p style="text-align: center;">Kilder: www.helseDirektoratet.no www.lovdatab.no www.pasientreiser.no ISF 2016, veiledningshefte fra HelseDirektoratet</p>								
Grupperettet pasientopplæring. DRG 9980	Poliklinisk rehabilitering. Individuell og gruppebasert rehabilitering Z 50.9 DRG 8620	Ambulant behandling (denne beskrivelsen kan også benyttes for telemedisin)	Innlagt døgn - "kompleks" rehabilitering Z 50.80 DRG 462A	Innlagt døgn - "enkel (vanlig)" rehabilitering Z 50.89 DRG 462B	Innlagt døgn - "annen" rehabilitering DRG 462C	Dagrehabilitering DRG 862B (ny, 2014)	Tverrfaglig poliklinisk utredning DRG9970	Behandlingstiltak rettet mot en gruppe pasienter DRG9960 (ny, 2016)
Registrering av aktivitet								
<p>Kontakttype i NPR meldingselementet "Kontakt" skal angis med kodeverdi 13 – "Opplæring"</p> <p>Aktuelle prosedyrekoder fra NCMP angis som følger: Gruppebasert opplæring skal rapporteres med WPCK00 "lærings- og mestringaktivitet vedrørende aktuelle tilstand", sammen med ZWWA30 "prosedyre rettet mot en gruppe Pasienter". Denne koden skal benyttes uavhengig av om det er pasienten selv eller pårørende som møter på vegne av pasienten. Dersom pårørende også deltar samtidig, rapporteres dette gjennom NPR meldingselementet "Deltaker" Det kan gjerne suppleres med ZWWA40 "prosedyre rettet mot foreldre/pårørende".</p> <p>Hovedtilstand angis der opplæring gjelder sykdom pasienten har. Det er alltid pasienten som opplæringstiltaket utføres til fordel for, som skal rapporteres gjennom NPR-meldingselementet "Pasient".</p> <p>Særkoden A0099 skal registreres en gang per program per pasient når ovennevnte krav er oppfylt.</p> <p>Grupperettet pasientopplæring skal kun rapporteres med en kontakt pr pasient pr program</p>	<p>Hoveddiagnose Z 50.9 (behandling som omfatter bruk av uspesifiserte rehabiliteringstiltak) Bi-diagnose registreres, og angis om har betydning for rehabiliteringsprogram skal registreres.</p> <p>Z 50.9 kan ikke brukes som hoveddiagnose dersom pasienten ikke er fysisk tilstede.</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:</p> <p>a) Aktivitet i pasientens hjem/ sykehjem/institusjon (hvis pasienten er registrert bosatt der) rapporteres med kode 4 "Hjemme hos pasienten"</p> <p>b) Annen virksomhet utenfor spesialisthelsetjenesten, rapporteres med kode 5 "Annen ambulant behandling"</p> <p>c) Telemedisinsk behandling rapporteres med kodeverdi 2 "Telemedisinsk behandling" (dette gjelder ikke kontakt pr telefon)</p>	<p>Diagnosekoding v/primær rehabilitering: Oppholdet kodes med enten Z50.80 eller Z80.89, hovedtilstand og sykdomsdiagnose.</p> <p>For di rehabilitering kan organiseres ulikt skilles det mellom primær og sekundær rehabilitering. Med primær rehabilitering menes opphold i avdelinger eller institusjoner hvor hensikten med oppholdet hovedsakelig er selve rehabiliteringen. I disse tilfeller skal enten Z50.80 eller Z50.89 kodes som hovedtilstand og sykdomsdiagnose (indikasjon for rehabilitering) som annen tilstand. Sekundær rehabilitering karakteriseres ved at samme opphold omfatter både akuttbehandling og rehabilitering. Den akutte sykdommen skal i disse tilfellene kodes som hovedtilstand, mens rehabilitering (Z50.80 eller Z50.89) skal kodes som annen tilstand.</p> <p>Prosedyrekoding: Aktuelle prosedyrekoder i hht. NCSP eller NCMP, registreres.</p>			<p>Tverrfaglige utredninger skal kodes som følger:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasientens sykdom/symptom kodes som hovedtilstand Aktuelle NCMP-koder som kodes i tillegg: WMAA00 Samtidig tverrfaglig utredning Samtidig utredning utført av representanter for minimum 3 faggrupper hvorav en lege eller psykolog med klinisk spesialistkompetanse relevant for tilstanden som utredes. WMA800 Sekvensiell tverrfaglig utredning Sekvensielle, koordinerte undersøkelser av ett team med representanter for minimum 3 faggrupper hvorav en lege eller psykolog med klinisk spesialistkompetanse relevant for tilstanden som utredes. Hver faggruppe dokumenterer sine funn. Det forutsettes at den tverrfaglige utredningen går over 1–3 dager <p>Samtidig tverrfaglig utredning kodes en gang og det skal angis hvilke personellgrupper som har vært involvert i utredningen. Ved sekvensiell tverrfaglig utredning gir kun det første oppholdet refusjon i DRG 9970. Øvrige opphold skal rapporteres med debitorcode = 99</p>	<p>Hovedtilstand og prosedyrekode på vanlig måte, i tillegg skal prosedyrekode ZWWA30 Prosedyre rettet mot en gruppe pasienter benyttes når behandling/konsultasjon skjer i en gruppe. En gruppe kan være fra 2 til flere deltakere. Annen fysisk behandling kodes med Z50.1 etter regler gitt i kodeveiledningen, og slik aktivitet inngår ikke i denne DRGen. Se også kapittel 6.12.2 i ISF-regelverket.</p>	
Pårørende/ Familie								
<p>Ved aktivitet rettet mot familien, pårørende og pasientens øvrige sosiale nettverk angis "Foreldre/pårørende" som tilleggskode. ZWWA10 Prosedyre rettet mot par (ektefelle, samboer, partner), eller ZWWA20 Prosedyre rettet mot pårørende til foreldre, eller ZWWA40 Prosedyre rettet mot foreldre/pårørende av barn</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>Ved aktivitet rettet mot familien, pårørende og pasientens øvrige sosiale nettverk angis "Foreldre/pårørende" som tilleggskode. ZWWA10 Prosedyre rettet mot par (ektefelle, samboer, partner), eller ZWWA20 Prosedyre rettet mot pårørende til foreldre, eller ZWWA40 Prosedyre rettet mot foreldre/pårørende av barn</p>			
Finansiering								
<p style="text-align: center;">Se egen tabell for kostnadsvekter i veilederen fra HelseDirektoratet (Vedlegg A for ISF-regelverk for 2016)</p> <p style="text-align: center;">Enhetspris for 2016 er: 42 081</p> <p style="text-align: center;">ISF-refusjon til RHF beregnes med utgangspunkt i to hovedformer for aktivitet: A) Innleggelse og polikliniske konsultasjoner som grupperes gjennom DRG-systemet B) Visse andre tjenesteformer som spesialisthelsetjenesten har ansvar for</p> <p style="text-align: center;">Aktivitetsmål knyttet til A) beregnes som korrigerte DRG-poeng på grunnlag av: • DRG-tilordning for den enkelte innleggelse eller polikliniske konsultasjon • Kostnadsvektene for DRG-ene til de respektive innleggelsene og polikliniske konsultasjonene • Særskilte beregningsregler knyttet til den enkelte innleggelse eller polikliniske konsultasjon (jf. regler i kapittel 6)</p> <p style="text-align: center;">Aktivitetsmål knyttet til B) beregnes som korrigerte DRG-poeng på grunnlag av særskilte regler tilpasset aktuell aktivitetsform, jf. kapittel 6.</p> <p style="text-align: center;">ΣKorrigerte DRG-poeng er sum av korrigerte DRG-poeng for all aktivitet A) og B).</p> <p style="text-align: center;">ISF-refusjon = ΣKorrigerte DRG-poeng X Enhetspris X 50 %</p>								

<p style="text-align: center;">ISF 2016 Rehabilitering v/poliklinisk omsorg eller innleggelse. Gruppebasert pasientopplæring. Utarbeidet av Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Sør-Øst.</p>								
<p style="text-align: center;">Oversikten er basert HelseDirektoratets veileder om Innsatsstyrte finansiering 2016 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 fortløpende. Send oss gjerne innspill: rk.ppo@sshf.no</p>								
<p style="text-align: center;">Kilder: www.helseidirektoratet.no www.lovdatab.no www.pasientreiser.no ISF 2016, veiledningshefte fra Helseidirektoratet</p>								
Grupperettet pasientopplæring. DRG 9980	Poliklinisk rehabilitering. Individuell og gruppebasert rehabilitering Z 50.9 DRG 8620	Ambulant behandling (denne beskrivelsen kan også benyttes for telemedisin)	Innlagt døgn - "kompleks" rehabilitering Z 50.80 DRG 462A	Innlagt døgn - "enkel (vanlig)" rehabilitering Z 50.89 DRG 462B	Innlagt døgn - "annen" rehabilitering DRG 462C	Dagrehabilitering DRG 862B (ny, 2014)	Tverrfaglig poliklinisk utredning DRG9970	Behandlingstiltak rettet mot en gruppe pasienter DRG9960 (ny, 2016)
DRG 9980 har en vekt på 0,023 og gir ISF refusjon på kr 484,- 484=(0,023 X 42081) X 50 % Dette gjelder per deltager per program	DRG 8620 har en vekt på 0,024 og gir ISF refusjon på kr 505,- 505= (0,024 X 42081) X 50 % Helseidirektoratet (29.01.14) minner videre om at poliklinisk rehabilitering (Z50.9) er inkludert i kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Det medfører at pasientens bostedskommune betaler hver gang pasienten mottar poliklinisk rehabilitering	Som annen poliklinisk takst inkl poliklinisk rehabilitering	DRG 462A har en vekt på 0,150 og gir ISF refusjon på kr 3156,- 3156= (0,150 X 42081) X 50 % Oppgitt vekter og refusjon gjelder bare første døgn på sykehus. Ved flere liggedøgn vil regnstykket bli annerledes Modellen som benyttes ved beregning av ISF-refusjon for rehabilitering tar hensyn til liggetid og bruk av personellressurser. Beregningen baseres på registrerte diagnoser og liggetid. Det skilles mellom vanlig og kompleks rehabilitering etter egen modell. Utrekningen er også ulik mellom sekundær og primær rehabilitering. Totalt antall DRG-poeng for et opphold justert for evt. tillegg for liggedager og andre poenggivende forhold, benevnes korrigerede DRG-poeng. Sekundær rehabilitering har ikke egne DRG-koder, men det legges et dagtillegg til vekten for den aktuelle DRG-koden som er registrert som hoveddiagnose. Sekundær rehabilitering gir +0,18 DRGpoeng pr. oppholdsdøgn	DRG 462B har en vekt på 0,120 og gir ISF refusjon på kr 2525,- 2525= (0,120 X 42081) X 50 % Oppgitt vekter og refusjon gjelder bare første døgn på sykehus. Ved flere liggedøgn vil regnstykket bli annerledes Modellen som benyttes ved beregning av ISF-refusjon for rehabilitering tar hensyn til liggetid og bruk av personellressurser. Beregningen baseres på registrerte diagnoser og liggetid. Det skilles mellom vanlig og kompleks rehabilitering etter egen modell. Utrekningen er også ulik mellom sekundær og primær rehabilitering. Totalt antall DRG-poeng for et opphold justert for evt. tillegg for liggedager og andre poenggivende forhold, benevnes korrigerede DRG-poeng. Sekundær rehabilitering har ikke egne DRG-koder, men det legges et dagtillegg til vekten for den aktuelle DRG-koden som er registrert som hoveddiagnose. Sekundær rehabilitering gir +0,18 DRGpoeng pr. oppholdsdøgn	DRG 462C har en vekt på 0,420 og gir ISF refusjon på kr 8837,- 8837= (0,420 X 42081) X 50 % Oppgitt vekter og refusjon gjelder bare første døgn på sykehus. Ved flere liggedøgn vil regnstykket bli annerledes. Modellen som benyttes ved beregning av ISF-refusjon for rehabilitering tar hensyn til liggetid og bruk av personellressurser. Beregningen baseres på registrerte diagnoser og liggetid. Det skilles mellom vanlig og kompleks rehabilitering etter egen modell. Utrekningen er også ulik mellom sekundær og primær rehabilitering. Totalt antall DRG-poeng for et opphold justert for evt. tillegg for liggedager og andre poenggivende forhold, benevnes korrigerede DRG-poeng. Sekundær rehabilitering har ikke egne DRG-koder, men det legges et dagtillegg til vekten for den aktuelle DRG-koden som er registrert som hoveddiagnose. Sekundær rehabilitering gir +0,18 DRGpoeng pr. oppholdsdøgn	DRG 862B har en vekt på 0,120 og gir ISF refusjon på kr 2525,- 2525= (0,120 X 42081) X 50 %	DRG 9970 har en vekt på 0,107 og gir ISF refusjon på kr 2251,- 2251= (0,107 X 42081) X 50 %	DRG 9960 har en vekt på 0,017 og gir ISF refusjon på kr 358,- 358= (0,017 X 42081) X 50 %
<p style="text-align: center;">Dokumentasjon Dokumentasjonskravet er hjemlet i lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64), §§ 39 og 40.</p> <p style="text-align: center;">§§ 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."</p> <p style="text-align: center;">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.</p> <p style="text-align: center;">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.</p>								
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.	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.			Ved sekvensiell: Hver faggruppe dokumenterer sine funn.	Det forutsettes at der det er gruppekonsultasjoner som går over en periode skal det foreligge en plan for dette, og hvor det faglige behandlingsopplegget i spesialisthelsetjenesten beskrives. I en slik plan skal det også beskrives på hvilken måte kommunehelsetjenesten involveres.	
<p style="text-align: center;">Samarbeid primærhelsetjenesten Krav om samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen. Epikrise sendes til fastlege og henvisende lege hvis denne er en annen enn fastlegen.</p>								
Må foreligge konkret plan om samarbeid med primærhelsetjenesten og videre oppfølging av deltakerne.. Epikrise sendes til fastlege og henvisende lege hvis denne er en annen enn fastlegen.	Ikke omtalt i retningslinjene.	Enkelte kommuner har utformet ambulante rehabiliteringsteam i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Ambulant virksomhet kan imidlertid også skje på tvers av forvaltningsnivåene, i interkommunale samarbeid, eller ved at kommunens egne ressurser danner et ambulant team.				Ikke omtalt i retningslinjene.	Det skal beskrives på hvilken måte kommunehelsetjenesten er involvert. DRG 9960 skal ikke benyttes ved tiltak når ansvaret i hovedsak ligger hos kommunehelsetjenesten	
<p style="text-align: center;">Individuell plan</p>								
Ingen krav til at individuell behandlingsplan skal foreligge som eget dokument i pasientens journal.	Ikke omtalt i veileder fra Helseidirektoratet		Målrettet arbeid med individuell behandlingsplan, og den skal foreligge som eget dokument i pasientens journal.			Ikke omtalt i veileder fra Helseidirektoratet	Individuell plan ikke omtalt, men det forutsettes likevel individuell tilnærming til hver enkelt pasient.	
<p style="text-align: center;">Kostgodtgjørelser (www.pasientreiser.no) Pasient må selv dekke utgifter til måltider. Informasjon gis pasient i innkallingsbrev.</p> <p style="text-align: center;">Pasienter som har rett til refusjon av reiseutgifter, har også rett til kostgodtgjørelse hvis fraværstiden fra hjemmet overstiger 12 timer. Refunderes med kr. 205,- pr. døgn.</p>								
<p style="text-align: center;">Overnatting (www.pasientreiser.no)</p>								

<p style="text-align: center;">ISF 2016 Rehabilitering v/poliklinisk omsorg eller innleggelse. Gruppebasert pasientopplæring. Utarbeidet av Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Sør-Øst.</p>								
<p>Oversikten er basert Helsedirektoratets veileder om Innsatsstyrt finansiering 2016 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 fortløpende. Send oss gjerne innspill: rk.ppo@sshf.no</p>								
<p>Kilder: www.helsedirektoratet.no www.lovdatab.no www.pasientreiser.no ISF 2016, veiledningshefte fra Helsedirektoratet</p>								
Grupperettet pasientopplæring. DRG 9980	Poliklinisk rehabilitering. Individuell og gruppebasert rehabilitering Z 50.9 DRG 8620	Ambulant behandling (denne beskrivelsen kan også benyttes for telemedisin)	Innlagt døgn - "kompleks" rehabilitering Z 50.80 DRG 462A	Innlagt døgn - "enkel (vanlig)" rehabilitering Z 50.89 DRG 462B	Innlagt døgn - "annen" rehabilitering DRG 462C	Dagrehabilitering DRG 862B (ny, 2014)	Tverrfaglig poliklinisk utredning DRG9970	Behandlingstiltak rettet mot en gruppe pasienter DRG9960 (ny, 2016)
<p>Ved flere behandlinger i samme periode, kan pasient (og eventuelt nødvendig ledsager), velge å overnatte ved behandlingsstedet i stedet for å reise hjem mellom hver behandling. De kan da ha rett på å få dekket reiseutgifter utover reglene som gjelder ved ordinære pasientreiser. Utgiftene må da samlet sett være lavere enn om du velger å reise hjem mellom hver behandling.</p> <p>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. 535,- pr.døgn ved fremlegg av kvittering dersom overnattingen har funnet sted ved hotell, pensjonat eller gjestgiveri. Refusjonsordningen administreres av Pasientreiser</p>	Ingen overnatting nødvendig	<p>Ved flere behandlinger i samme periode, kan pasient (og eventuelt nødvendig ledsager), velge å overnatte ved behandlingsstedet i stedet for å reise hjem mellom hver behandling. De kan da ha rett på å få dekket reiseutgifter utover reglene som gjelder ved ordinære pasientreiser. Utgiftene må da samlet sett være lavere enn om du velger å reise hjem mellom hver behandling.</p> <p>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. 535,- pr.døgn ved fremlegg av kvittering dersom overnattingen har funnet sted ved hotell, pensjonat eller gjestgiveri. Refusjonsordningen administreres av Pasientreiser</p>	Ingen overnatting nødvendig	<p>Ved flere behandlinger i samme periode, kan pasient (og eventuelt nødvendig ledsager), velge å overnatte ved behandlingsstedet i stedet for å reise hjem mellom hver behandling. De kan da ha rett på å få dekket reiseutgifter utover reglene som gjelder ved ordinære pasientreiser. Utgiftene må da samlet sett være lavere enn om du velger å reise hjem mellom hver behandling.</p> <p>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. 535,- pr.døgn ved fremlegg av kvittering dersom overnattingen har funnet sted ved hotell, pensjonat eller gjestgiveri. Refusjonsordningen administreres av Pasientreiser</p>	Ingen overnatting nødvendig	<p>Ved flere behandlinger i samme periode, kan pasient (og eventuelt nødvendig ledsager), velge å overnatte ved behandlingsstedet i stedet for å reise hjem mellom hver behandling. De kan da ha rett på å få dekket reiseutgifter utover reglene som gjelder ved ordinære pasientreiser. Utgiftene må da samlet sett være lavere enn om du velger å reise hjem mellom hver behandling.</p> <p>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. 535,- pr.døgn ved fremlegg av kvittering dersom overnattingen har funnet sted ved hotell, pensjonat eller gjestgiveri. Refusjonsordningen administreres av Pasientreiser</p>	Ingen overnatting nødvendig	<p>Ved flere behandlinger i samme periode, kan pasient (og eventuelt nødvendig ledsager), velge å overnatte ved behandlingsstedet i stedet for å reise hjem mellom hver behandling. De kan da ha rett på å få dekket reiseutgifter utover reglene som gjelder ved ordinære pasientreiser. Utgiftene må da samlet sett være lavere enn om du velger å reise hjem mellom hver behandling.</p> <p>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. 535,- pr.døgn ved fremlegg av kvittering dersom overnattingen har funnet sted ved hotell, pensjonat eller gjestgiveri. Refusjonsordningen administreres av Pasientreiser</p>
Reiseutgifter for pasient (www.pasientreiser.no)								
<p>Dekkes tilsvarende rimeligste rutegående transport til nærmeste behandlingssted. Egenandelen inngår i frikortordningen. Ved behov for dyrere transport, må pasienten ha legeerklæring. Evt. fly/drosje må bestilles gjennom lokalt kontor for pasientreiser. Hvis rekvisisjon foreligger, dekkes taxi til/fra hotell i byen. (mot kvittering). Informasjon om utgifter/utlegg som må forventes i forbindelse med reise, må gis pasienten i innkallingsbrev.</p>	Ingen reise nødvendig	<p>Dekkes tilsvarende rimeligste rutegående transport til nærmeste behandlingssted. Egenandelen inngår i frikortordningen. Ved behov for dyrere transport, må pasienten ha legeerklæring. Evt. fly/drosje må bestilles gjennom lokalt kontor for pasientreiser. 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>						
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 egenandel på kr 250 t/r (en rekke unntak gjelder, f.eks. hvis frikort). Av pasientens henvisning må fremgå om pårørende også skal delta på kurs. Når det gjelder permisjon fra arbeid, må pårørende søke arbeidsgiver om velferdspolispermisjon. Ledtaker 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 tilfredsstiller ovenstående krav til dokumentasjon og medisinsk koding, skal finansieres gjennom basis rammebeviling. Det forutsettes at hver avdeling har et system som sikrer at overlege vurderer hva som er rett behandlingsnivå for den enkelte pasient.</p>								
Oppsummering ang koder og gruppebasert opplæring								
<p>Disse to prosedyrekoder fra NCMP (Klassifisering av medisinske prosedyrer) skal alltid være med ved gruppebasert opplæring:</p> <ul style="list-style-type: none"> •WPCKOO "Lærings- og mestringsaktivitet vedr. aktuelle tilstand" •ZWWA30 "Prosedyre rettet mot en gruppe pasienter" <p>Disse prosedyrekodene er for å beskrive når pårørende møter for pasient eller både pasient og pårørende møter samtidig:</p> <ul style="list-style-type: none"> •ZWWA10 "Prosedyre rettet mot par (ektefelle, samboer, partner)", eller •ZWWA20 "Prosedyre rettet mot pårørende til foreldre", eller •ZWWA40 "Prosedyre rettet mot foreldre/pårørende av barn" <p>A0099 skal registreres en gang per program per pasient.</p> <p>Egenandel T 201b skal registreres en gang per program per pasient</p> <p>NPR meldingselement "Pasient" og "Deltaker" skal også benyttes.</p>								
Spørsmål vedrørende bruk av helsefaglige kodeverk i spesialisthelsetjenesten kan rettes til nasjonal brukerstøtte hos Helsedirektoratet: kodehjelp@helsedir.no								