KODEVEILEDER HABILITERING
BARN/UNGE OG VOKSNE

REVIDERT OG OPPDATERT AUGUST 2026

Innholdsfortegnelse

1. Innledning .....s. 2
2. Definisjon av viktige begreper og beskrivelser av ulike konsultasjonstyper.....s. 4
    2.1. Habilitering – begrepsavklaring.....s. 4
    2.2. Konsultasjoner.....s. 5
    2.2.1 Utredning.....s. 5
    2.2.2 Behandling.....s. 6
    2.2.3 Kontroll.....s. 7
    2.2.4 Digital hjemmeoppfølging, telefon- og videokonsultasjoner.....s. 7
    2.3. Samarbeidsaktivitet.....s. 9
    2.4. Pasientopplæring og tiltak i grupper.....s. 10
3. Bruk av prosedyrekoder.....s. 11
4. Hovedtilstand – hvilken diagnose kodes.....s. 12
5. Oppsummering.....s. 13

1. Innledning

Forankring
Kodeveilederen for Habilitering er forankret i nasjonalt arbeidsutvalg for Habilitering (AU). Kodeveilederen for Habilitering vil ikke erstatte den Nasjonale kodeveilederen fra Helsedirektoratet og ISF regelverket, men skal være et supplement med beskrivelser av ønsket praksis.

Hensikten med en nasjonal kodeveileder for Habilitering er at det skal bidra til:

- ✓ Enhetlig registrering av konsultasjoner og andre aktiviteter for å bidra til mer valide aktivitetstall.
- ✓ Synliggjøring av virksomheten og fagfeltet gjennom å sikre korrekt virksomhetsdata og samsvar mellom aktivitetsregistrering og finansiering

Nasjonalt kodenettverk for habilitering
Årsmøtene 2021 for Nasjonalt ledernettverk habilitering barn og voksne fattet vedtak om opprettelse av et felles nasjonalt kodenettverk. Det ble i mandat fra AU januar 2022 gitt oppdrag til et nasjonalt kodenettverk om å utarbeide en veileder for virksomhetskoding innenfor habilitering. Den første nasjonale kodeveilederen for barne- og voksenhabilitering ble publisert i oktober 2022.

Årsmøtene 2024 for Nasjonalt ledernettverk Habilitering barn og voksne fattet videre vedtak om at det skulle etableres en *Nasjonal kodegruppe* som skulle ha ansvar for å jobbe videre med kodeveilederen for habilitering, sørge for oppdateringer og arbeide mot en felles kodepraksis nasjonalt. Det er denne kodegruppen som står ansvarlig for revisjon og oppdatering av kodeveilederen for Habilitering i juli 2026.

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 rusbehandling (TSB). ISF er en aktivitetsbasert bevilgning til de regionale helseforetakene (RHF-ene). Finansieringen av RHF-ene er i hovedsak todelt og består av basisbevilgning og aktivitetsbasert bevilgning. *(Kilde: ISF regelverk 2026, Helsedirektoratet).*

ISF-regelverket oppdateres årlig. I innledningen til ISF-regelverket 2026 vises det til at:

«ISF skal understøtte ønsket faglig utvikling i spesialisthelsetjenesten, og ordningen utvikles kontinuerlig for å understøtte sammenhengende forløp, bruk av ny teknologi og nye måter å organisere tjenestetilbudet på. De seneste årene har det vært lagt vekt på at ordningen gjøres mer nøytral med tanke på hvilke personellgrupper som utfører behandling, hvor behandlingen finner sted, og hvordan pasientforløpene organiseres. Dette skal blant annet bidra til mer effektiv utnyttelse av personellressurser i sykehus, og at tjenester i større grad flyttes hjem til pasienten ved bruk av teknologi.»

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 2026, Helsedirektoratet)

Formålet med medisinsk koding er:

1. *Sykdom og dødsårsaksstatistikk i verden (forskningsdata)*
2. *Styring og planlegging*
3. *Virksomhetsdata som grunnlag for finansiering av spesialisthelsetjenesten*

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. Brukes for å finansieres helsetjenester som ikke passer inn i det tradisjonelle DRG-systemet
Diagnoser	De medisinske betegnelsene på sykdommer eller skader pasienter har. Leger, psykologer, og andre med diagnostisk kompetanse stiller diagnoser.
Tilstand	I Norge brukes begrepet tilstand i stedet for diagnose
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 sammensatte, med samtidig utredning, behandling, opplæring og samhandlingsaktiviteter.
- Innen habilitering i spesialisthelsetjenesten gjennomføres utredning, diagnostikk og behandling av kompliserte og sammensatte funksjonshemminger. 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 å både utrede og behandle tilstander gjennom nærpersoner og ikke direkte med pasienten.
- Samarbeidsaktiviteter er en viktig del av habiliteringsarbeidet. Det kan 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 konsultasjons- og aktivitetstyper

2.1. Habilitering – begrepsavklaring

Habilitering er tilpassede tjenester til personer med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelser. Pasienter og brukere med behov for habilitering har funksjonsnedsettelser som skyldes medfødte eller tidlig ervervede tilstander. For mange innebærer dette at de ikke følger et forventet utviklingsforløp. Med tidlig ervervet menes at tilstanden har oppstått før 18 år. Behovet for habilitering varer oftest livet ut.

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 gjennom et livsforløp fra barn til voksen. Denne typen utredning vil være grunnlag for videre behandling og tilrettelegging 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 funksjonsnedsettelser være nødvendig at habiliteringstjenesten bistår pasient og familie over tid.

2.2. Konsultasjoner

En konsultasjon kan være utredning, behandling, kontroll eller individuell opplæring. Konsultasjonen kan gjennomføres poliklinisk, per telefon, ambulant eller digitalt og er primært rettet mot pasienten, men også mot andre nærpersoner som naturlig inngår i utredning og behandling av pasienten.

Det kan være tilfeller der pårørende eller andre nærpersoner 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, som gjør at den ikke kan motta helsehjelpen direkte. Slike kontakter skal journalføres og rapporteres på pasienten som mottar helsehjelpen. Prosedyrekode WPBA25, konsultasjon med pårørende eller andre nærpersoner, uten pasient til stede skal da benyttes for å synliggjøre dette.

Bruk av prosedyrekoden WPBA25 står beskrevet i kap. 4.23 i ISF-regelverket 2026:

Pårørende vil i enkelte tilfeller ha en annen viktig rolle i utredning eller behandling av pasienten. For slike kontakter benyttes prosedyrekoden WPBA25 Konsultasjon med pårørende eller andre nærstående personer, uten pasient til stede. Denne aktiviteten registreres på pasienten på samme måte som når pasient er til stede.

Det er presisert at alle prosedyrekoder kan benyttes av alle og WPBA25 kan derfor også benyttes innen habilitering. *(Kilde: Kodeveiledning 2026, 26.1.11).*

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

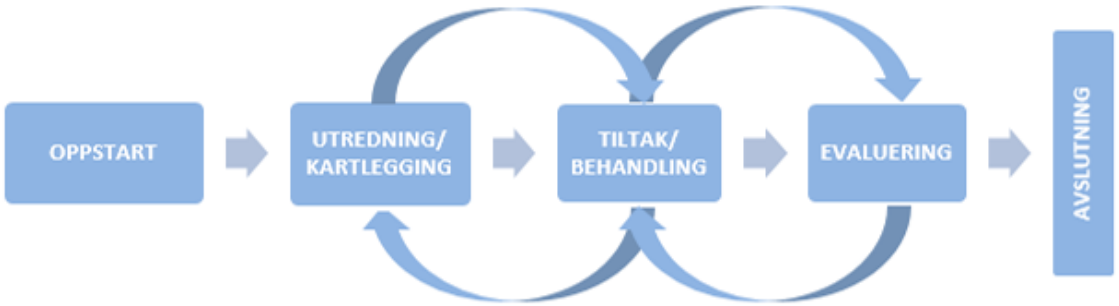
2.2.1. Utredning

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 nærpersoner, 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».*

Et eksempel er "Behandlingslinje for utredning og behandling av atferd som utfordrer" som innebærer flere former for utredning, somatisk, psykiatrisk, miljømessig både poliklinisk og ambulant:



Illustrasjon av prosessen for utredning og behandling av atferd som utfordrer. Illustrasjonen er basert på modellen utviklet av Avdeling for voksenhabilitering, Akershus universitetssykehus. Kilde: Behandlingslinje for utredning og behandling av atferd som utfordrer, RKHAB (2026)
Lenke til bhl-atferd-som-utfordrer---voksne.pdf

Tverrfaglige utredninger
Med tverrfaglig utredning ved *ukjent* hovedtilstand menes tilbud som er etablert for utredning av pasienter med sammensatte problemstillinger f.eks. smertetilstander, kognitiv svikt, forsinket utvikling eller lignende. Formålet med utredningen der hovedtilstand er ukjent skal være å fastsette en diagnose og en plan for videre behandling.

Der hovedtilstand er *kjent* kan likevel en sykdom ha mange ulike kliniske manifestasjoner med ulike sammensatte problemstillinger knyttet til seg, som vil kunne kreve tverrfaglig utredning ved gitte tidspunkt. Med tverrfaglig vurdering menes tilbud som er etablert for utredning og vurdering av pasienter med kjent hovedtilstand, men der det er en endring eller utvikling i sykdomsmanifestasjon og symptomer som krever en tverrfaglig vurdering for å gi pasienten en god behandling. *Et eksempel* er tverrfaglig utredning av barn med CP med økende spastisitet som kan kreve operativ, medikamentell, fysikalsk eller annen behandling.

Det forutsettes tverrfaglig involvering av minst tre faggrupper, hvorav en lege eller psykolog med klinisk spesialistkompetanse relevant for tilstanden som utredes. Videre gjelder at pasienten skal være til stede under utredningen. Det forutsettes tverrfaglige samarbeid om pasienten samme dag og en mer omfattende utredning for pasienten både med hensyn til tid, tverrfaglighet og ressursbruk enn en ordinær konsultasjon, tilsvarende om lag tre konsultasjoner.

Tverrfaglig utredning ved ukjent hovedtilstand skal kodes som følger:
- Pasientens tilstand (ICD-10) skal kodes som hovedtilstand
- WMAA10 Tverrfaglig utredning av ukjent tilstand (etter ovennevnte krav)

Tverrfaglig utredning ved kjent hovedtilstand skal kodes som følger:
- Pasientens tilstand (ICD-10) skal kodes som hovedtilstand
- WMAA11 Tverrfaglig vurdering av kjent tilstand (etter ovennevnte krav)

(ISF regelverk 2026, s.56, egne understrekninger)

2.2.2. Behandling
Begrepet behandling benyttes om oppfølging av pasienter som har avklarte helsetilstander. De ulike tiltakene 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 nærpersoner. Eksempler på dette kan være medisinering der effekt og bivirkninger kun kan rapporteres gjennom nærpersoner fordi pasienten mangler evne til selv å kommunisere. Et annet eksempel er etablering av miljøtiltak i pasientens hjem. Nærpersoner veiledes i gjennomføring av ulike tiltak basert på spesialisthelsetjenestens utredninger og kunnskap om miljøbehandling. Behandlingen følges opp og evalueres gjennom ambulante konsultasjoner.

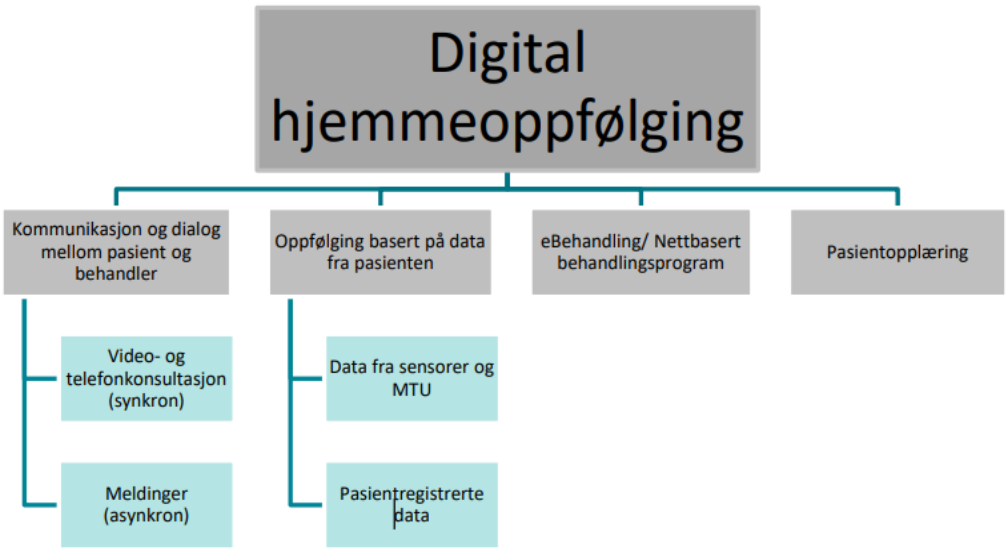
2.2.3. Kontroll

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 fysikalske 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:

> *«Planlagt oppfølging etter tidligere kontakt uten planlagte tiltak».*

2.2.4. Digital hjemmeoppfølging, telefon- og videokonsultasjoner *(ISF 2026, s.36-43)*



Modellen over beskriver ulike former for digital hjemmeoppfølging. I tabellen under ligger beskrivelser av de mest aktuelle former for digital hjemmeoppfølging for habilitering.

Kommunikasjon og dialog mellom pasient og behandler ***INNHOLD MÅ VÆRE KONSULTATIVT***		
Videokonsultasjon	*Ordinær konsultasjon på sikkert digitalt system*	*Kontakttype: Videokonsultasjon* *Prosedyrekode: Avhengig av innhold.*
Telefonkonsultasjon	*Ordinær konsultasjon på telefon. Kan unntaksvis gjennomføres som ikke planlagt konsultasjon*	*Kontakttype:* *Telefonkonsultasjon* *Prosedyrekode: Avhengig av innhold.* *Ved ikke planlagte konsultasjoner MÅ pasienten informeres om at det utløses egenandel i de tilfeller det er aktuelt.*
Meldinger (Asynkront)	*To-veis kommunikasjon med PASIENT som ikke foregår samtidig.* *Eks. Konsultative dialogmeldinger, dialog gjennom digitale løsninger som Nimble o.a.*	*Kontakttype:* *Indirekte pasientkontakt* *Indirekte aktivitet:* *"Digital hjemmeoppfølging"* *Prosedyrekode: WMGA42* *Tertialvis finansiering. Vises til at det er en digital aktivitet.*
Oppfølging basert på data fra pasienten		
Data fra sensorer og MTU	*Data sendes direkte til sykehuset for oppfølging.*	*IKKE aktuelt for Hab. Pr. nå*
Pasientregistrerte data	*Innrapportering av opplysninger (skjema) fra pasient med hensikt å følge opp eller vurdere helsetilstand eller behandling, eventuelt gi veiledning om videre oppfølging og behandling. Må dokumenteres i pasientjournalen.* *Eks. Checkwear, Q-global (Vineland).*	*Kontakttype:* *Indirekte pasientkontakt* *(Legges inn time i timebok når skjema er mottatt)* *Indirekte aktivitet:* *"Digital hjemmeoppfølging"* *Prosedyrekode: WMGA28* *Tertialvis finansiering. Vises til at det er en digital aktivitet.*
E-Behandling/ nettbasert behandlingsprogram		
E-Behandling/ nettbasert behandlingsprogram	*Behandlingsprogram som gjennomføres fra sykehuset direkte til pasient*	*IKKE aktuelt for Hab. Pr. nå*
Pasientopplæring		
Pasientopplæring	*Ordinær pasientopplæring og tiltak i gruppe digitalt*	*Kontakttype: Opplæring* *Prosedyrekode: WPCK00, ZWWA20, ZWWA30, ZWWA40 (vurder relevant Z kode)*
Samarbeidsaktivitet		
Samarbeidsaktivitet	*Samarbeidsaktivitet på video eller telefon*	*Kontakttype: Indirekte pasientkontakt* *Indirekte aktivitet:* *Samarbeidsaktiviteter (om pasient)* *Prosedyrekoder: WPBA11 eller WPBA16 og avhengig av innhold*

2.3. Samarbeidsaktivitet

I spesialisthelsetjenesten jobbes det ofte med samhandling og samarbeid, hvor innholdet ikke alltid synes klart definert. En samarbeidsaktivitet kan gjennomføres poliklinisk, per telefon, ambulant eller digitalt.

«Med samarbeidsaktivitet menes alle planlagte aktiviteter med en samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten, hvor formålet med aktiviteten er oppfølging av én bestemt pasient. Samarbeidspartene må være offentlige virksomheter eller virksomheter som utfører oppgaver på vegne av det offentlige.

Som hovedregel skal samarbeidsaktiviteter registreres som en indirekte kontakt, Samarbeidsaktiviteter (om pasient), og med aktuelle prosedyrekoder.

Polikliniske konsultasjoner skal kun registreres sammen med samarbeidsaktiviteter hvis pasienten mottar en konsultasjon (i dette tilfellet betyr det terapi eller direkte behandling) samtidig som samarbeidsaktiviteten gjennomføres. Konsultasjonen registreres på vanlig måte og prosedyrekoden for samarbeidsaktivitet kan legges på kontakten.

Alternativt kan aktivitetene registreres hver for seg der dette skjer som to separate aktiviteter (det vil si som en direkte og en indirekte kontakt). (ISF regelverk 2026, 4.20)

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 en samarbeidsaktivitet 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.

> *«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».*
>
> *ISF 2024, 5.22*

Eksempler på vurderinger av om en aktivitet er samarbeidsaktivitet eller konsultasjon 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 en samarbeidsaktivitet.
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. Det samme gjelder ved utvidet diagnoseformidling, tilbakemelding på diagnose eller resultat av utredning.

For samarbeidsaktiviteter med ekstern samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten gjelder følgende prosedyrekoder og rapporteringsregler i tilfeller hvor kontakten strekker seg utover administrativ art:

- WPBA11 Oppfølgings- og samarbeidsaktivitet med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten, uten pasient, foreldre eller pårørende til stede

- WPBA16 Oppfølgings- og samarbeidsaktivitet med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten, med pasient, foreldre eller pårørende til stede
- WMFG10* Kartlegging av pasientens behov for oppfølging ut over tjenester i spesialisthelsetjenesten (bistandsvurdering).

(ISF regelverk 2026, 4.20 s. 44)

*Kan ikke brukes med kun pasient til stede, samarbeidsaktivitet forutsetter at det er med andre deltagere utenfor spesialisthelsetjenesten. Kan være både med og uten pasient. Hvis en slik aktivitet er en del av en konsultasjon registreres det som en kode på konsultasjonen.

2.4. Pasientopplæring og tiltak i gruppe

Pasientopplæringsprogrammer og andre tiltak i gruppe for pasienter og pårørende kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF dersom følgende krav er oppfylt:

- Deltakerne til programmet er henvist til spesialisthelsetjenesten. Henvisningen kan være direkte til programmet eller til sykehuset i forbindelse med behandling
- Programmet inneholder informasjon om sykdommen, behandlingsformer, egenbehandling og mestring, rettigheter og plan for videre oppfølging. Merk at ren opplæring knyttet til bruk av medisinsk teknisk utstyr (for eksempel opplæring i bruk av CPAP-apparat, insulinpumpe eller lignede) ikke ansees som pasientopplæring i ISF sammenheng, da dette primært gjelder teknisk håndtering av utstyr. Programmet gjennomføres i regi av et HF, hvor det medisinskfaglige innholdet er ivaretatt av kvalifisert helsepersonell
- Programmet består av flere undervisningstimer og en undervisningstime har en varighet på 45 min
- Behandlingsopplegget kan gjøres delvis digitalt dersom dette er hensiktsmessig

Ved poliklinisk gruppebasert opplæring av pasienter eller pårørende er det alltid pasienten som opplæringstiltaket utføres til fordel for, som skal rapporteres gjennom NPR-meldingselementet «Pasient». Dette gjelder uavhengig av om det er pasienten selv, pasientens pårørende, eller både pasienten og pasientens pårørende som mottar selve opplæringen. I tillegg gjelder følgende regler:

- Kontakttype: Opplæring
- Hovedtilstand angis i alle tilfeller der opplæringen gjelder sykdom som pasienten har. ICD-10-kode(r) som angis skal reflektere denne eller disse sykdommene.
- Prosedyrekoder: WPCK00 Lærings- og mestringsaktivitet vedrørende aktuell 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 eller familie deltar, velg relevant Z kode i tillegg.

Prosedyrekoden WWAA00 Grupperettet pasientopplæring skal registreres én gang per program per pasient når ovennevnte krav er oppfylt.

(ISF regelverk, 2026)

3. Bruk av prosedyrekoder

Prosedyrekoding i ISF er nødvendig for å sikre riktig finansiering, synliggjøre reell aktivitet og kompleksitet, og som grunnlag for styring, kvalitet og forskning.

I «Kodeveiledning 2026 - 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
- Z – Tilleggskoder

Bruk av Z-koder: Der det brukes WPBA25 på konsultasjonen er det ikke nødvendig å legge til Z-kode i tillegg. Z-kodene brukes primært i tiltak i gruppe.

Det er ingen restriksjoner når det gjelder hvilke prosedyrekoder som kan benyttes av de enkelte yrkesgrupper blant behandlerne. I «Kodeveiledning 2026, kap. 5.5» 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 (2026, kap. 6.4.5) står: *«Prosedyrekodene 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. Et eksempel er diagnoseformidling til pasient (med eller uten pårørende), det finnes ingen egen prosedyrekode for denne aktiviteten, da formidling av funn under og etter utredning regnes som et normalt innhold i en konsultasjon, ikke en prosedyre som skal kodes. I «Kodeveiledning 2026» 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».

*«**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».*
«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».

(Kodeveiledning 2026, IE-1089, Direktoratet for e-helse, kap. 2.2, vår understrekning)

Det er behandleren som vurderer hvilken diagnose som skal settes som hovedtilstand, og hvilke andre tilstander som skal legges inn. Innenfor fagfeltet habilitering er det i de fleste tilfeller flere diagnosekoder som er relevante. Det er den bakenforliggende tilstanden, dvs funksjonsnedsettelsen med tilhørende diagnose, som fører til at habiliteringsfeltet følger opp ulike (flere) tilstander ved en kontakt. 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.
Eksempel: Hos en pasient med store sammensatte funksjonsnedsettelser 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 her gjøre en vurdering av hvilken diagnose som er relevant for kontakten basert på hvilken tilstand som har krevd mest behandlingsressurser i den aktuelle kontakten.

Valg av tilstand under utredning:

Habiliteringsfeltet får ofte henvist pasienter med spørsmål om «utviklingsforstyrrelser (F70-79, F84, F81-83). Dette omtales også i kap. 21.2 i «Kodeveiledning 2026», utgitt av Direktoratet for e-helse. Det presiseres tydelig at tentative koder ikke skal benyttes mens pasienten er under utredning, men R-diagnoser (dvs. symptomdiagnoser) skal benyttes frem til behandleren har tilstrekkelig informasjon til å stille 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) eller R62.0 (Forsinket oppnåelse av utviklingsmilepæl).

Det siteres følgende fra kap 1.3.1 Symptomer, sykdom og koding i «Kodeveiledning 2026» 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 kartlegging og vurdering av helsekrav til å inneha førerkort

Problemstillingen er omtalt i Kodeveiledning 2026:

Førerkortvurdering på habiliteringspasienter vil i mange tilfeller medføre omfattende utredning og kartlegging av kognitive, motoriske og adaptiv funksjon. Andre tilfeller gjøres det kun en supplerende vurdering. I første tilfelle vil det være nærliggende å bruke bakenforliggende diagnose som hovedtilstand. Det bør vurderes i hvert tilfelle hva som velges som hovedtilstand. Valg må begrunnes i journalnotatet til utreder. For øvrig vil førerkortvurderinger ofte være en naturlig del av en helhetlig utredning innen habilitering.
Når det utelukkende gjøres en førerkortvurdering ut fra journalopplysninger inklusiv uttalelse, skal episodens hovedtilstand være Z02.4 («Kontakt med helsetjenesten for 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.

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

Fra år til år vil vi oppleve endret vekting 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 som er av betydning for fagfeltets identitet.

Dersom fremtidige revisjoner av regelverket vil påvirke dette anser vi det som viktig at fagmiljøet samlet melder det inn og bidrar til at regelverket for ISF fungerer slik det er ment.

Som nevnt innledningsvis er hensikten med en nasjonal kodegruppe å bidra til:

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