

# Dokumentasjon av gruppebaserte lærings- og mestringstilbud i sjukehusa

KARTLEGGING AV REGISTRERINGSPRAKSIS, UTFORDRINGAR OG  
MOGLEGE TILTAK

NK LMH 3/2016

**NK LMH 3/2016**

**Dokumentasjon av gruppebaserte lærings- og mestringstilbod i sjukehusa**  
Kartlegging av registreringspraksis, utfordringar og moglege tiltak

© Nasjonal Kompetanseteneste for læring og mestring innan helse (NK LMH) 2016

**Utgivelse:** desember 2016

**ISBN:** 978-82-92686-27-0

**Forfattere:** Kari H. Eika, tidlegare seniorforskar ved NK LMH  
Bente Berg, spesialrådgjevar ved NK LMH

**Ansvarlig redaktør:** Siw Anita Bratli, leiar ved NK LMH

Rapporten finn du på våre nettsider.

NK LMH er ei nasjonal kompetanseteneste som bidreg til at lærings- og mestringsverksemd i heile landet held god kvalitet og er kunnskapsbasert, slik at personar som lever med helseutfordringar og deira nærståande opplever økt meistring og betra livskvalitet.

NK LMH er ein del av Oslo universitetssjukehus HF (OUS). OUS er eigd av Helse Sør-Øst RHF og består av blant anna Aker sjukehus, Ullevål sjukehus, Rikshospitalet og Radiumhospitalet.

**E-post:** [post@mestring.no](mailto:post@mestring.no)

**Twitter:** [twitter.com/mestringno](https://twitter.com/mestringno)

**Facebook:** [facebook.com/mestringno](https://facebook.com/mestringno)

# Forord

---

Nasjonal kompetanseteneste for læring og mestring innan helse (NK LMH) har gjennomført eit prosjekt for å sjå på utfordringar knytta til registrering og dokumentasjon av deltaking på lærings- og meistringstilbod ved helseføretaka.

Medisinsk registrering har to viktige føremål: Det eine er å få oversikt over kva folk har av sjukdommar. Det andre føremålet er å gi sentrale styresmakter informasjon om behandling og pasient- og pårørendeopplæring.

Prosjektet er gjennomført i samarbeid med brukarrepresentantar og fagpersonar i helseføretaka med interesse for registrering og dokumentasjon av lærings- og meistringstilbod. Vi takkar spesielt Toril Heggen Munk (SAFO), Pia Bråss (FFO), Toril Kvisvik (Helse Midt), Maria Ljunglöf (Helse Vest), Tora-Lovise Kvande, Tove Lill Falstad (Helse Nord) og Anne Hellum og Vegard Thorbjørnsen (Helse Sør-Øst), som alle har delteke i ein arbeidsgruppe, samt bidratt med data frå egne sjukehus. Vi vil også takke Kari Fredriksen ved Helse Stavanger som har bidratt med data og har vore ein god støttespelar.

I tillegg takkar vi kollegaer ved NK LMH for nyttige innspel i arbeidet med å ferdigstille rapporten.

Oslo, november 2016

Siw Bratli  
Leiar

Kari Eika  
Seniorforskar og prosjektleiar

Bente Berg  
Spesialrådgjevar

|      |   |    |
|------|---|----|
| 1.   | Innleiing   | 5  |
| 1.1. | Mål og spørsmål   | 5  |
| 1.2. | Praktisk gjennomføring                                    | 5  |
| 1.3. | Innsamling av data  | 6  |
| 2.   | Regelverk for koding og refusjon                          | 7  |
| 2.1. | Regelverk for koding                                      | 7  |
| 2.2. | Regelverk for refusjon                                    | 8  |
| 2.3. | Andre kodar som gir ISF-refusjon                          | 8  |
| 3.   | Norsk pasientregister (NPR)                               | 9  |
| 3.1. | Aktivitet – utviklinga over tid ifølge NPR                | 9  |
| 3.2. | Kvalitetsindikatorar i læring og mestring                 | 10 |
| 3.3. | NPR-data for sjukehusa viser stor variasjon               | 10 |
| 4.   | Registreringspraksis i sjukehusa                          | 12 |
| 4.1. | Døme på ulik bruk av kodar                                | 12 |
| 4.2. | Døme på manglande eller feil registrering                 | 14 |
| 4.3. | Døme på deltaking det ikkje er mogeleg å dokumentere      | 17 |
| 5.   | Kodepraksis – hovudfunn                                   | 18 |
| 5.1. | Hovedfunn prosedyrekodar                                  | 18 |
| 5.2. | Hovedfunn A0099   | 18 |
| 5.3. | Kontakttype   | 19 |
| 5.4. | Diagnosekoding  | 19 |
| 6.   | Utfordringar og tiltak                                    | 20 |
| 6.1. | Haldningar og kunnskap i lærings- og mestringstenesta     | 20 |
| 6.2. | Organisering av tenesta i sjukehusa ein avgjerande faktor | 20 |
| 6.3. | Tiltaksområde under sentral helseforvaltning              | 21 |
| 7.   | Stort behov for betre registerdata                        | 23 |

# 1. Innleiing

Våren 2015 tok Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innan helse (NK LMH) initiativ til eit prosjekt for å kartlegge korleis lærings- og mestringssetera ved helseføretaka registrerer deltaking ved gruppebaserte lærings- og mestringsstilbod i dei pasientadministrative systema (PAS) ved sjukehusa. Kartlegginga er ein del av NK LMHs arbeid med nasjonale oversikter over tenester og aktivitetar.

Denne rapporten drøftar resultatata frå kartlegginga, kva for utfordringar desse funna peikar mot når det gjeld registreringspraksis og dokumentasjonssystem, samt moglege tiltak.

Utgangspunktet for prosjektet var at lærings- og mestringssetera ved fleire helseføretak gav uttrykk for at det var vanskeleg å hente ut data om lærings- og mestringsstilboda frå det pasientadministrative systemet (PAS) ved sjukehuset. Dermed mangla ein oversikt over aktivitet. NK LMH ville også undersøke kvaliteten på registreringane i sjukehusa og om det var mogeleg å bruke Norsk Pasientregister (NPR)<sup>1</sup> for å hente ut informasjon om tenestene.

Dokumentasjon er viktig for styringsformål, både for sentral helseforvaltning og for sjukehusa, og som utgangspunkt for kvalitetsarbeid og fagutvikling. Også med tanke på finansiering er det viktig å dokumentere behov og tilbod som blir gitt. Da er det langt lettare å synleggjera lærings- og mestringssetena i det helsepolitiske ordskeftet.

Kartlegginga tyder på at kvaliteten på statistikken frå NPR som gjeld lærings- og mestringsstilbod ikkje er tilstrekkeleg. Utrekk av individdata frå dei pasientadministrative systema ved helseføretaka viser at det er ulik registreringspraksis mellom sjukehusa og også mellom dei einskilde avdelingane innan same sjukehus. Det er ein del feilregistreringar og ulike tolkingar av både prosedyrekodar og refusjonskoden A0099. Det er også deltaking på lærings- og mestringsstilbod som i dagens kodeverk ikkje lar seg registrere.

Rapporten peikar på nokre forbetringar og moglege tiltak. For det første må tilsette som er ansvarleg for koding av lærings- og mestringsstilbod i sjukehusa forstå og bruke kodane på same måte. For å få til dette vil NK LMH etablere ein nettressurs med informasjon om kodeverka og korleis ein praktisk skal gå fram når ein skal legge inn kodar for deltaking i lærings- og mestringsstilbod. Ein bør også etablere eit fagnettverk i kvar helseregion som skal ha i oppgåve å betre registreringsarbeidet innan eigen region. Der det synest rom for ulike tolkingar av kodeverket, må ein be sentrale styresmakter avklare kva som er ei riktig tolking. Ei meir grunnleggande utfordring gjeld dokumentasjon av lærings- og mestringsstilbod til pårørande. Ein må vidareutvikle dokumentasjonssystema om ein skal registrere deltaking frå pårørande på ein fullgod måte, slik at ein veit kven som har delteke og dermed også kor mange som har fått tilbod. Dei pasi-

entadministrative systema i sjukehusa er, som namnet seier, retta mot å dokumentere diagnose, behandling og opplæring knytt til pasienten. Det er i dag ingen måte å registrere pårørande på sjølvstendig grunnlag.

Den juridiske termen for lærings- og mestringsstilbod i spesialisthelsetenesta er pasient- og pårørandeopplæring (PPO). PPO er ei lovpålagt oppgåve for helseføretaka. Kva slags terme ein brukar, varierer noko mellom helseføretaka. I det følgjande brukar vi lærings- og mestringsstilbod. Om ikkje anna går fram av teksten, er det alltid dei gruppebaserte tilboda vi meiner og ikkje lærings- og mestringsstilbod i vid forstand, slik det definerast i *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2015)*<sup>2</sup>.

## 1.1. Mål og spørsmål

Målet med kartlegginga er å få kunnskap om korleis lærings- og mestringsstilbod blir registrert og kva utfordringar som er til hinder for god dokumentasjon. Siktemålet er at kunnskapen skal kaste lys over kva for tiltak som kan vera viktige for å betre registreringspraksis og få dokumentasjonssystem som er tilpassa behova i lærings- og mestringssetena.

Rapporten tek opp følgjande spørsmål:

- Korleis skal deltaking på lærings- og mestringsstilbod registrerast?
- Kva kan statistikk frå NPR fortelle?
- Korleis er registreringspraksis i helseføretaka; er det avvik mellom faktisk og registrert aktivitet?
- Kva er til hinder for god dokumentasjon av lærings- og mestringsstilbod?
- Kva er gode tiltak for å betre dokumentasjonen av tenesta slik at ein har data av god kvalitet?

## 1.2. Praktisk gjennomføring

Kartlegginga av registreringspraksis har vore organisert som eit prosjekt, initiert og leia av NK LMH. Det ble etablert ei arbeidsgruppe sett saman av representantar frå FFO, SAFO og tilsette som arbeider med læring og mestring i helseføretaka innan alle dei fire helseregionane. Deltakarane i arbeidsgruppa er satt saman av brukarrepresentantar og tilsette som er spesielt opptatt av registrering og dokumentasjon av lærings- og mestringsstilbod. Dei har mykje erfaring og har bidratt i gjennomføringa av heile prosjektet. Gruppa har hatt desse medlemmene:

|                |                                       |
|----------------|---------------------------------------|
| SAFO:          | Toril Heggen Munk                     |
| FFO:           | Pia Bråss                             |
| Helse Sør-Øst: | Anne Hellum, Vegard Thorbjørnson      |
| Helse Vest:    | Maria Ljunglöf                        |
| Helse Midt:    | Toril Kvisvik                         |
| Helse Nord:    | Tora-Lovise Kvande, Tove Lill Falstad |

<sup>1</sup> Norsk pasientregister (NPR) inneheld opplysingar om alle pasientar i landet som har fått behandling i spesialisthelsetenesta. Følgjeleg også pasientar som har delteke på lærings- og mestringsstilbod, dersom deltakinga deira er registrert i det pasientadministrative systemet i sjukehuset.

<sup>2</sup> <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20individuell%20plan%20og%20koordinator.pdf>

I tillegg har Kari Fredriksen frå Helse Vest vore ein ressursperson, samt bidratt med data til prosjektet. Frå NK LMH har Bente Berg og Kari Eika delteke. Kari Eika har vore prosjektleiar.

Arbeidsgruppa har hatt to møte ved NK LMH i Oslo. I tillegg har det vore to videomøte.

### 1.3. Innsamling av data

For å få meir kunnskap om kvaliteten på registerdata om lærings- og mestringstilbod i helseføretaka og utfordringane knytta til dette har medlemmene i arbeidsgruppa som representerer helseføretak, bidratt med uttrekk av registerdata frå dei pasientadministrative systema (PAS) innanfor eigen helseregion. Uttrekk av individdata frå PAS omfattar bare lærings- og mestringstilbod innanfor somatikk.

Vi har også fått tilgang til ein internrevisjon ved Oslo universitetssykehus av lærings- og mestringstilbod i 2015.

For å få eit bilde av mangfaldet i sjukehusa har uttrekka frå dei pasientadministrative systema inkludert pasientar som har delteke på lærings- og mestringstilbod ved både små og store sjukehus og ved sjukehus med ulik organisering av lærings- og mestringstenesta. Uttrekka har omfatta tilbod innanfor somatikk som gjeld både barn og vaksne.

Helseføretaka som er inkludert er:

|                |   |
|----------------|---|
| Helse Sør-Øst: | Sykehuset Sørlandet, Oslo universitetssykehus                             |
| Helse Vest:    | Helse Stavanger, Helse Førde  |
| Helse Midt:    | Helse Møre og Romsdal   |
| Helse Nord:    | Universitetssykehuset Nord-Norge, Nordlandssykehuset, Helgelandssykehuset |

I tillegg til uttrekk frå PAS, ba vi arbeidsgruppa om å få ei vurdering av i kva grad registrert aktivitet i følge PAS, stemmer med det faktiske omfanget av lærings- og mestringstilbod. Vi etterspurte oversikt over faktisk aktivitet, der dette var mogeleg å få tak i eller lage, for å samanlikne dette med den registrerte aktiviteten.

Kartlegginga gir ikkje eit utfyllande bilde av registreringspraksis ved alle helseføretaka. Det er heller ikkje føremålet. Vi har ønska å få ein første oversikt over kvaliteten på registerdata om lærings- og mestringstenesta og kva som er viktige utfordringar. På det grunnlag drøftar vi også moglege tiltak for å betre registreringspraksis.

I tillegg til data dei einsskilte medlemmene av arbeidsgruppa har henta ut innanfor eigen helseregion, har vi henta inn data frå Norsk Pasientregister (NPR). Vi har fått NPR-data for 2013 og 2014 for heile spesialisthelsetenesta for dei kodar som i følge regelverket er relevant for lærings- og mestringstilbod (jf. avsnitt 2.1).

## 2. Regelverk for koding og refusjon

### 2.1. Regelverk for koding

Medisinsk koding har to viktige føremål: Det eine er å få oversikt over kva folk har av sjukdomar. Det andre føremålet er å gi sentrale styresmakter informasjon om behandling og pasient- og pårørendeopplæring.

*ICD-kodeverket* er den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sjukdomar og relaterte helseproblem. Kodeverket er ein reiskap for systematisk klassifisering og registrering av sjukdomar og relaterte helseproblem. I rapportering frå spesialisthelsetenesta til Norsk Pasientregister brukar ein ICD10-kodeverket, som er den tiande revisjonen av den internasjonale statistiske klassifikasjonen.

*Prosedyrekodar* skildrar kva for undersøkingar og behandlingar som den einskilde pasienten har fått. Prosedyrekodar for lærings- og mestringsaktivitet finn vi i det medisinske prosedyrekodeverket NCMP. NCMP står for Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrar. Det er eit norskutvikla kodeverk for prosedyrar som er aktuelle for andre enn kirurgiske fagområde.

Definisjonar av alle diagnose- og prosedyrekodar kan ein finne på <https://finnkode.helsedirektoratet.no>. Dei relevante prosedyree kodane for lærings- og mestringsaktivitet ligg under fana: NCMP-NCSP, i kapittel W og kapittel Z.

Informasjon om korleis kodane skal brukast er gitt i *Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2016*.

#### Boks 2.1 Prosedyrekodar for gruppebaserte lærings- og mestringstilbod

Alle gruppebaserte lærings- og mestringstilbod skal ha følgjande prosedyrekodar (NCMP):

**WPCK00:** Lærings- og mestringsaktivitet vedrørende aktuelle tilstand. Strukturert studieopplegg for pasienten vedrørende aktuelle helseproblem. Inkluderer opplysning om kosthold, trening, trygderettigheter osv.

Og **ZWWA30:** Prosedyre retta mot ei gruppe pasientar.

Eventuelt i tillegg:

**ZWWA40:** «Dersom tilbodet («aktivitet») er retta mot familien, pårørande og pasientens øvrige sosiale nettverk».

#### 2.1.1. Korleis skal ein registrere deltaking?

##### Pasient

Deltaking på lærings- og mestringstilbod i gruppe skal registrerast på personen som har den sjukdommen eller funksjonsnedsetjinga som gjer at eit behov for eit lærings- og mestringstilbod oppstår. I spesialisthelsetenesta er denne personen registrert

som pasient, og deltaking på kurs skal kodast i journalen til denne pasienten.

##### Kontakt

Kontakt er eit møte mellom pasient og tenesta. Kvar dag pasienten møter på eit lærings- og mestringstilbod skal reknast som ein kontakt. Dersom eit tilbod har 5 kursdagar, og pasienten har møtt alle 5 dagar, vil dette bli registrert som 5 kontaktar. For kvar oppmøtedag (kontakt) legg ein inn prosedyrekodane WPCK00 og ZWWA30 i journalen til pasienten.

Talet på kontaktar registrert med desse kodane er såleis eit mål på talet på oppmøtedagar.

##### Kontakt som gjeld pårørande

Det heiter i *Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2016*: «Ved poliklinisk gruppebasert opplæring av pasientar eller pårørande er det alltid pasienten som opplæringstiltaket utføres til fordel for, som skal rapporterast gjennom NPR-meldingselementet *Pasient*» (vår utheving).

Når nokon deltek på eit tilbod som pårørande, har dei ein nærstående person med ein sjukdom eller funksjonshemming som gjer at den pårørande har behov for eller kan dra nytte av eit lærings- og mestringstilbod. Bare dersom denne nærstående er registrert som pasient på grunn av denne sjukdommen eller funksjonshemminga, kan deltaking av pårørande registrerast i dei pasientadministrative systema (PAS).

Det er ikkje mogeleg å registrere pårørande på sjølvstendig grunnlag. Ein registrerer deltaking i journalen til pasienten. Den einaste måten å registrere deltaking av pårørande er ved å legge til koden ZWWA40. Ein kontakt med kodekombinasjonen WPCK00 & ZWWA30 & ZWWA40 dekkjer følgjande situasjonar:

- bare ein pårørande deltek
- fleire pårørande deltek
- pasient og ein eller fleire pårørande deltek (f eks eit ektepar, der ein av dei er pasient)

##### Kontakttype

Ein skal også oppgi type kontakt. I NPR-meldingselementet «Kontakttype» skal deltaking på lærings- og mestringstilbod ifølgje *Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2016* bli koda med kodeverdi 13 «Opplæring».

##### Diagnose

Hovudtilstand skal ein legge inn i alle tilfelle der opplæringa gjelder sjukdom som pasienten har. ICD-10-koden (eller kodane) som ein legg inn skal reflektere denne eller desse. Det er ikkje obligatorisk å gi hovudtilstand for kontaktar som gjelder gruppebasert opplæring.

## 2.2. Regelverk for refusjon

*Innsatsstyrt finansiering (ISF)* er ei aktivitetsbasert finansieringsordning for den somatiske spesialisthelsetenesta. Frå 1.1 2017 vil også psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av rusmiddelavhengige vera omfatta av ISF-finansiering.

Regelverket for ISF er publisert i *Innsatsstyrt finansiering 2016 12/2015, IS-2417* (heretter Helsedirektoratet 2016). Regelverket beskriv kva for vilkår som skal vera oppfylt for at midlar via ISF-ordninga kan bli utbetalt. ISF-regelverket blir revidert årleg.

### Kodar for refusjon av deltaking i lærings- og mestringstilbod

Særkodene A0099 gjeld «gruppebaserte opplæringsprogrammer for pasientar og pårørande». Slik vi les regelverket er det denne koden som skal brukast for lærings- og mestringstilbod.

Når deltaking på lærings- og mestringstilbod kjem inn under det som ein kan registrera i særkodene A0099, skal ein alltid også registrera prosedyrekodane WPCK00 og ZWWA30 (Helsedirektoratet 2016).

I følge *Innsatsstyrt finansiering 2016 12/2015, IS-2417* må visse krav vera oppfylt for at eit lærings- og mestringstilbod skal få refusjon etter særkodene A0099.

Kriteria for bruk av A0099:

«Pasientopplæringsprogrammer og andre tiltak i gruppe for pasientar og pårørande kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF dersom følgande krav er oppfylt:

- Deltakerne til programmet skal være henvist fra lege. Henvisningen skal ligge i pasientens journal
- Programmet inneholder informasjon om sykdommen, behandlingsformer, egenbehandling og mestring, rettigheter og videre oppfølging
- Der det er relevant for behandlingen kan et opplæringsprogram også inneholde kostholdsveiledning, røykeavvenning og aktivitetstiltak. Et rent røykesluttkurs representerer imidlertid ikke et slikt program
- Programmet strekker seg over minimum 7 undervisningstimer
- Deltakerne må delta på minimum 80 prosent av programmet
- Programmet er tverrfaglig, inkluderer brukerkompetanse og er i stor grad basert på gjennomføring i små grupper
- Det foreligger en konkret plan for hvordan primærhelsetjenesten/primærleger trekkes inn i gjennomføringen av programmene og den videre oppfølging av deltakere
- Opplæringsprogrammet gjennomføres i regi av et HF og med en lege som er ansvarlig for medisinskfaglig innhold og opplegg for gjennomføring. Selve gjennomføringen av opplæringen kan utføres av annet kvalifisert helsepersonell i spesialisthelsetjenesten.»

Per 2015 gav deltaking på lærings- og mestringstilbod som tilfredsstiller A0099 ei ISF-finansiering på 477 kr. I tillegg til eigenandel på 315 kr utgjør dette ei stykkprisfinansiering på 792 kr per deltakar per kurs. Kostnader ut over dette, inklusive kostnader for kurs som ikkje tilfredsstiller A0099 eller der deltakar har møtt mindre enn 80 prosent av kurset, dekkast av rammefinansieringa til sjukehusa. Ein relativt låg ISF-sats gjer at lærings- og mestringstilbod i stor grad er rammefinansiert.

Ein kan bare registrera særkodene A0099 éin gong per program per pasient når ovannemnte krav er oppfylt.

### Vår forståing

- All deltaking på kurs som er koda med A0099, skal ha prosedyrekodane WPCK00 og ZWWA30.
- A0099 gjeld bare gruppebasert pasient- og pårørandeopplæring, jf. krav til innhold i programmet, brukarkompetanse og gjennomføring i små grupper.
- For kvar ein skild pasient kan ein bare registrera A0099 ein gong per program (tilbod).
- Følgjeleg kan talet på pasientar registrert med A0099 ikkje vera høgere enn talet på pasientar registrert med prosedyrekodane WPCK00 og ZWWA30.

## 2.3. Andre kodar som gir ISF-refusjon

Ein del lærings- og mestringstilbod skjer som del av rehabilitering og habilitering. Rehabilitering gir høgare ISF-refusjon enn A0099, men inneber strengare krav til individuell oppfølging frå lege enn ordinære lærings- og mestringstilbod. Denne rapporten har ikkje kartlagt denne typen kodepraksis, men NPR-dataa tyder på at omfanget av lærings- og mestringstilbod som er del av rehabilitering ikkje er uvesentleg, jf. avsnitt 5.2.3.

I 2016 blei det også etablert ein ny DRG<sup>3</sup> for behandling og tiltak som skjer i grupper og som fell utanfor det som reknast som pasientopplæring og tiltak i gruppe (DRG 9980) eller poliklinisk rehabilitering (DRG 8620).

Det er ikkje tydelege grenser mellom fleire typar sekundær- eller tertiærførebyggande tilbod, som læring og mestring og rehabilitering. Det skapar nokre utfordringar for dokumentasjon. For eksempel kan same type aktivitet i nokre tilfelle bli koda på ulike måtar. Kodeverket endrast også over tid. Alt dette er tilhøve som set grenser for korleis registerdata kan brukast.

<sup>3</sup> Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene.

## 3. Norsk pasientregister (NPR)

Det statistiske grunnlaget for NPR er kodane som helsepersonell har lagt inn i elektroniske pasientjournalar. Helsepersonell legg inn, for kvar pasient, kodar for diagnose og kva for prosedyrar som er utført ved kontakt (møte) med helsetenesta. Statistikk frå NPR er uttrekk av slike kodar. Det relevante kodeverket for lærings- og mestringstenesta har vi gjort greie for i føregående kapittel.

Ein viktig premis for at NPR-statistikken kan vera ei viktig informasjonskjelde, er at kodane er vel definerte og relevante i forhold

til dei spørsmåla ein ønskjer statistikk om. Det må openbart vera slik at dei som kodar, forstår og brukar kodane på same måte. Er ikkje det tilfelle, blir det vanskeleg å vita kva statistikken fortel oss. I yttarste konsekvens kan statistikken bli heilt verdiløus.

I prosjektet har NK LMH fått data frå NPR om kodar som er relevant for lærings- og mestringstenesta, først og fremst dei kodane som blei gjennomgått i kapittel 2. Vi har fått tre viktige talseriar frå NPR. Desse gjer vi nærare greie for i boks 3.1.

### Boks 3.1 Uttrekk frå NPR – tre talseriar

Vi har fått uttrekk av tre viktige talseriar frå NPR som skal kunne beskrive omfanget av deltaking på gruppebaserte lærings- og mestringstilbod.

1. «Kontakt»: Talet på kontaktar pr år med prosedyrekode WPCK00 kombinert med koden ZWWA30. Mange tilbod går over fleire dagar. Sidan ein skal registrere med prosedyrekodar for kvar kursdag deltakaren har møtt, måler denne serien talet på oppmøtedagar i alt (for alle deltakarar på kurs i ein periode), jf punkt 2.1.
2. «Pasient»: Talet på unike pasientar med prosedyrekode WPCK00 kombinert med koden ZWWA30. Pasientar er talt per år per helseforetak og etter tilstandsgruppe (12 inndelingar etter registrert ICD10-diagnose). Denne serien viser (tilnærma) kor mange pasientar som har delteke på eit lærings- og mestringstilbod i ein periode. Når vi skriv tilnærma, siktar vi til at denne talserien bare

tel talet på «unike» pasientar i løpet av eit år. Ein pasient som har delteke på meir enn eitt lærings- og mestringstilbod i løpet av eit kalenderår (i det same helseforetaket og med grunnlag i same diagnose) blir bare talt ein gong. Det er truleg relativt få pasientar som går på fleire kurs i løpet av eit år. For vårt føremål har denne feilkjelda lite å seia.

3. A0099: Talet på kontaktar pr år med særkode A0099. A0099 kan ein bare registrere ein gong per pasient per kurs, jf punkt 2.2. Sidan relativt få vil ta fleire enn eitt kurs pr år (med utgangspunkt i same diagnose), kan vi samanlikne serie 2 med serie 3 for å få sjå omfanget av koding med A0099 samanlikna med omfanget av prosedyrekodar.

Datagrunnlag: Nasjonale data rapportert til NPR.

### 3.1. Aktivitet – utviklinga over tid ifølgje NPR

Tabell 3.1 viser desse tre talseriane for alle somatiske spesialisthelsetenester i landet, i perioden 2010–2014.

Tabell 3.1 Talet på pasientar og talet på kontaktar registrert med prosedyrekodar og talet på kontaktar registrert med særkoden A0099, 2010 til 2014.

|                                | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  |
|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. «Kontakt» (WPCK00 & ZWWA30) | 18870 | 27476 | 33641 | 50484 | 53263 |
| 2. «Pasient» (WPCK00 & ZWWA30) | 3181  | 13779 | 16408 | 20054 | 19753 |
| 3. A0099                       |       | 14823 | 16510 | 21934 | 22923 |
| A0099 i % av prosedyrekodar    |       | 107,6 | 100,6 | 109,4 | 116,0 |

NCMP prosedyre-kodar: WPCK00 i kombinasjon med ZWWA30

Dersom all deltaking på gruppebaserte lærings- og mestrings-tilbod blei registrert med prosedyrekodar i samsvar med regelverket, vil tala i tabell 3.1 kunne vera eit relativt godt mål på det faktiske omfanget av deltaking på lærings- og mestrings-tilbod i sjukehusa i perioden 2010–2014.

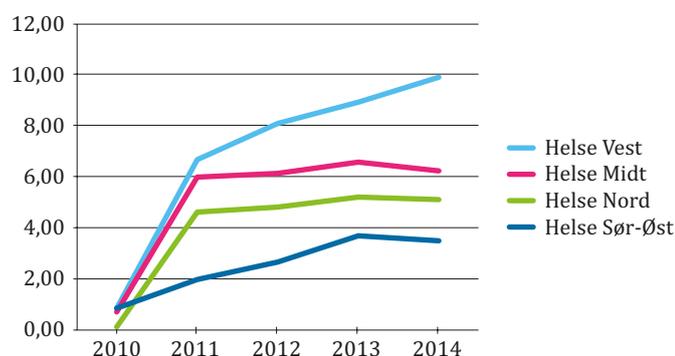
Tala viser ei jamn auke i registrering, både målt ved talet på kontaktar og talet på pasientar (deltakarar), frå registrering i NPR tok til i 2010 og fram til 2013, og særleg frå 2012 til 2013. Denne utviklinga kan vera uttrykk for ei sterk auke i aktivitet i denne perioden. Ei anna tolking er at sjukehusa har blitt flinkare til å kode. Utan å vita kvaliteten på dataa kan vi ikkje skilja mellom endringar i registreringspraksis og i aktivitet.

Det er ingen markant vekst i registrert aktivitet frå 2013 til 2014. Talet på kontaktar auka noko, men det var ein liten nedgang i talet på pasientar. Skuldast færre registrerte pasientar at færre får lærings- og mestrings-tilbod enn før, eller er det uttrykk for endringar i registreringspraksis?

For A0099 har ein registrering frå og med året 2011. Det er verd merke seg at det er fleire registreringar av denne særkoden enn av pasientar som har delteke på kurs, trass i at kriteria for bruk av A0099 er strengare, jf. kapittel 2.2. I 2014 var det 16 prosent fleire registreringar av A0099 enn det var pasientar registrert med prosedyrekodar.

I figur 3.1 ser vi på aktiviteten i dei ulike helseregionane over tid. For kvar region er aktivitet skalert til folkesetnaden. Tabellen viser registrerte deltakarar (pasientar) på lærings- og mestrings-tilbod per 1000 innbyggjar i regionen. Tala for 2010 er truleg lite truverdige. Da blei lite registrert. Det er ein påfallande forskjell mellom regionane som er konsistent over tid. Forskjellar mellom regionar kan skuldast ulikt aktivitetsnivå, at lærings- og mestrings-tilbod ikkje er like godt utbygd i alle helseregionar. Ein anna forklaring kan vera systematiske forskjellar i registreringspraksis. I figuren ser vi at Helse Vest har klart høgast andel deltakarar per 1000 innbyggjar, og Helse Sør-øst klart lågast.

Figur 3.1 Registrerte deltakarar (pasientar) på lærings- og mestrings-tilbod i dei fire regionale helseføretaka. Pr 1000 innbyggjarar. NCMP prosedyrekodar. Kjelde: NPR.



## 3.2. Kvalitetsindikatorar i læring og mestring

Eitt viktig bruksområde for NPR-data er som grunnlag for å lage indikatorar for aktivitet og kvalitet.

Ein kan lage indikatorar for aktivitet med utgangspunkt i prosedyrekodane som gjeld for gruppebasert læring og mestring, WPCK00 & ZWWA30.

Mykje innanfor lærings- og mestrings-tenesta er lite konkret og ikkje så lett å måle. Kodeverket gir likevel nokre muligheiter også når det gjeld kvalitet. Ein viktig dimensjon ved kvalitet er likeverdige tilgang. Denne dimensjonen kan registerdata fortelja mykje om, så fremt dataa har tilstrekkeleg kvalitet. NPR har statistisk informasjon om sjukdomsbildet og dermed behov for helsetenester, inklusive tilbod om lærings- og mestrings-tenester. Ut frå slik informasjon, kan ein vurdere kva som er eit riktig nivå på omfang av lærings- og mestrings-tilbod til ulike sjukdoms-grupper. Dette set eit referanspunkt for andre målingar.

Ein kan deretter utarbeide indikatorar for aktivitet etter diagnosekategoriar. Ulike geografiske område har ulikt befolkningsgrunnlag. For å ta omsyn til det kan ein sjå aktivitet i forhold til folketal, altså som ein rate, slik vi har gjort i figur 3.1. Store variasjonar mellom regionar i denne raten for ei diagnosegruppe vil vera indikasjon på at det ikkje er likeverdige tilgang til lærings- og mestrings-tilbod til denne gruppa. Eit stort positivt eller negativt avvik mellom referanspunktet og den målte raten i ein spesifikk region vil vidare indikere at tilbodet er respektive for lite eller stort i høve til det som er behovet.

## 3.3. NPR-data for sjukehusa viser stor variasjon

Tabell 3.2 samanliknar talet på pasientar som er registrert med prosedyrekodar for læring og mestring og pasientar som er registrert med særkoden A0099 for dei sjukehusa som er med i kartlegginga.

Tabell 3.2 viser kor ofte A0099 er brukt relativt til prosedyrekodar. I Møre og Romsdal HF utgjorde til dømes A0099 122 prosent av talet på pasientar registrert med prosedyrekodar i 2014. Det var altså 22 prosent oftare bruk av A0099.

Som tabellen viser er det påfallande stor variasjon mellom sjukehusa når det gjeld omfanget av A0099 samanlikna med prosedyrekodar. I utgangspunktet kan vi ikkje sjå at det er klare grunnar til at det skal vera store forskjellar mellom sjukehusa når det gjeld omfanget av A0099 relativt til bruk av prosedyrekodar. Variasjonen i omfanget av A0099 i prosent av prosedyrekodar som vi ser mellom helseføretaka i tabell 3.2, er derfor ein sterk indikasjon på at registerdata for lærings- og mestrings-tenestene generelt ikkje held høg kvalitet.

Tabell 3.2 Talet på pasientar registrert med NCMP-kodar og talet på kontaktar registrert med A0099, somatikk. Kjelde: NPR.

|  | 2013        |                |       | 2014        |                |       |
|--|-------------|----------------|-------|-------------|----------------|-------|
|  | Under 18 år | 18 år og eldre | Total | Under 18 år | 18 år og eldre | Total |
| <b>Helse Møre og Romsdal</b>                       |             |                |       |             |                |       |
| 3. A0099   | 138         | 934            | 1072  | 169         | 985            | 1154  |
| 2. «Pasient» (WPCK00 & ZWWA30)                     | 94          | 867            | 961   | 96          | 845            | 941   |
| A0099 i % av pros.kodar                            | 146,8       | 107,7          | 111,6 | 176,0       | 116,6          | 122,6 |
| <b>UNN</b>   |             |                |       |             |                |       |
| 3. A0099   | 94          | 1189           | 1283  | 103         | 1098           | 1201  |
| 2. «Pasient» (WPCK00 & ZWWA30)                     | 40          | 1004           | 1044  | 16          | 1012           | 1028  |
| A0099 i % av pros.kodar                            | 235,0       | 118,4          | 122,9 | 643,8       | 108,5          | 116,8 |
| <b>Helgelandssykehuset</b>                         |             |                |       |             |                |       |
| 3. A0099   | 14          | 287            | 301   | 27          | 178            | 205   |
| 2. «Pasient» (WPCK00 & ZWWA30)                     | 19          | 206            | 225   | 0           | 216            | 216   |
| A0099 i % av pros.kodar                            | 73,7        | 139,3          | 133,8 | -           | 82,4           | 94,9  |
| <b>Nordlandssykehuset</b>                          |             |                |       |             |                |       |
| 3. A0099   | 61          | 533            | 594   | 110         | 533            | 643   |
| 2. «Pasient» (WPCK00 & ZWWA30)                     | 63          | 625            | 688   | 95          | 607            | 702   |
| A0099 i % av pros.kodar                            | 96,8        | 85,3           | 86,3  | 115,8       | 87,8           | 91,6  |
| <b>Helse Førde</b>                                 |             |                |       |             |                |       |
| 3. A0099   | 34          | 271            | 305   | 31          | 329            | 360   |
| 2. «Pasient» (WPCK00 & ZWWA30)                     | 25          | 303            | 328   | 17          | 419            | 436   |
| A0099 i % av pros.kodar                            | 136,0       | 89,4           | 93,0  | 182,4       | 78,5           | 82,6  |
| <b>Stavanger</b>                                   |             |                |       |             |                |       |
| 3. A0099   | 155         | 1175           | 1330  | 189         | 1067           | 1256  |
| 2. «Pasient» (WPCK00 & ZWWA30)                     | 149         | 1380           | 1529  | 188         | 1527           | 1715  |
| A0099 i % av pros.kodar                            | 104,0       | 85,1           | 87,0  | 100,5       | 69,9           | 73,2  |
| <b>Sykehuset Sørlandet</b>                         |             |                |       |             |                |       |
| 3. A0099   | 1           | 2594           | 2595  | 12          | 2283           | 2295  |
| 2. «Pasient» (WPCK00 & ZWWA30)                     | 13          | 1823           | 1836  | 17          | 1857           | 1874  |
| A0099 i % av pros.kodar                            | 7,7         | 142,3          | 141,3 | 70,6        | 122,9          | 122,5 |
| <b>OUS</b>   |             |                |       |             |                |       |
| 3. A0099   | 204         | 1214           | 1418  | 146         | 1519           | 1665  |
| 2. «Pasient» (WPCK00 & ZWWA30)-<br>WPCK00 & ZWWA30 | 76          | 1463           | 1539  | 30          | 1620           | 1650  |
| A0099 i % av pros.kodar                            | 268,4       | 83,0           | 92,1  | 486,7       | 93,8           | 100,9 |

## 4. Registreringspraksis i sjukehusa

I dette kapitlet ser vi nærmare på kvaliteten på registerdata om lærings- og mestringstenestene i NPR. Vi brukar uttrekk av individdata frå pasientadministrative system (PAS) i dei helseføretaka som er med i studien. I tillegg trekker vi på ein internrevisjon ved Oslo universitetssjukehus av lærings- og mestringstilbod. Uttrekk av individdata frå PAS omfattar bare lærings- og mestringstilbod innanfor somatikk.

Datauttrekka er ikkje standardiserte. Det varierer kva for tidsperiode dataa omfattar, og om uttrekket gjeld ei avdeling, fleire avdelingar eller eit helseføretak. Viktigast i vår samanheng er at det er variasjon når det gjeld kva for kodar dei einskilde sjukehusa har trekt ut data for. Ulike typar datauttrekk gir slik litt ulik type informasjon.

Føremålet med datauttrekka og tabellane som oppsummerer desse, er fyrst og fremst å illustrere registreringspraksis. Vi ønskjer å få eit bilde av kor mykje av faktisk aktivitet som blir registrert, om det er variasjon i korleis ein brukar kodar og korleis registreringspraksis varierer. For å vurdere kor mykje av deltaking på lærings- og mestringstilbod som blir registrert i PAS har vi også etterspurt oversikter over faktisk aktivitet. Vi har slik informasjon bare for nokre av sjukehusa.

I det følgjande ser vi på data frå Helgelandssykehuset, Helse Førde, Sørlandet sykehus, Oslo universitetssykehus, Helse Møre og Romsdal og Universitetssykehuset Nord-Norge.

### 4.1. Døme på ulik bruk av kodar

Data frå Helgelandssykehuset, Helse Førde og Sørlandet sykehus viser at sjukehusa brukar kodane ulikt.

#### Helgelandssykehuset: Samsvar med regelverket for koding av lærings- og mestringstilbod

Helgelandssykehuset har trekt ut alle kontaktar med koden WPCK00. Frå desse datauttrekka kan vi sjå kor ofte denne koden er registrert og kva for andre kodar (med relevans for lærings- og mestringsfeltet) som WPCK00 er kombinert med. Den fyrste linja i tabell 4.1 viser talet på pasientar som er trekt ut, i alt er dette 73. Dei neste linjene viser kor mange av desse som er registrert med respektivt ISF-taksten A0099, prosedyrekodar for læring og mestringstilbod (WPCK00 & ZWWA30) og for læring og mestringstilbod der det også har delteke pårørande (WPCK00, ZWWA30 & ZWWA40). Trekkgrunnlaget er alle kontaktar registrert med WPCK00. Det er derfor like mange pasientar i uttrekket som det er pasientar registrert med denne koden.

Den siste delen av tabellen viser kor mange pasientar som er registrert med kvar kode einskildivis. For eksempel er WPCK00 brukt 73 gonger i datauttrekket (anten aleine eller i kombinasjon med andre kodar).

Tabell 4.1 Talet på kontaktar og pasientar med prosedyrekode «læring og mestring» (WPCK00), Helgelandssykehuset. 1. halvår 2015

|                      | Type kode               | Kontaktar |     | Pasientar |
|----------------------|-------------------------|-----------|-----|-----------|
|                      |                         | Tal       | %   | Tal       |
| Observasjonar i alt  |                         | 172       | 100 | 73        |
| Av desse:            |                         |           |     |           |
| ISF-takst            | A0099                   | 72        | 42  | 70        |
| Prosedyrekodar       | WPCK00 & ZWWA30         | 171       | 99  | 73        |
|                      | WPCK00, ZWWA30 & ZWWA40 | 45        | 26  | 27        |
| Prosedyrekode        |                         |           |     |           |
| «læring og mestring» | WPCK00                  | 172       | 100 | 73        |
| «gruppe»             | ZWWA30                  | 171       | 99  | 73        |
| «pårørande»          | ZWWA40                  | 45        | 26  | 27        |

Kodinga ved Helgelandssykehuset ser ut til å samsvare med regelverket for koding av lærings- og mestringstilbod.

Nesten all registrert deltaking på lærings- og mestringstilbod, det vil seia som har prosedyrekodane WPCK00 og ZWWA30, er også koda med ISF-taksten A0099. Det betyr at nær alle desse lærings- og mestringstilboda ved Helgelandssykehuset varar i minst 7 timer. 73 pasientar er registrert med prosedyrekodar, av desse er 70 også koda med A0099.

WPCK00 er alltid brukt saman med tilleggskoden for gruppe, ZWWA30, med eitt unntak. 171 kontaktar har denne kodekombinasjonen av i alt 172 kontaktar. Regelverkspublikasjonane som kapittel 2 refererte til, nemner WPCK00 bare i samanheng med ZWWA30. Ei tolking av regelverket kan vera at ein bare kan bruke WPCK00 i kombinasjon med denne tilleggskoden.

Likeeins er tilleggskoden for pårørende bare brukt saman med prosedyrekodane for gruppebasert læring og mestring. 45 kontaktar (og 27 pasientar) har koden ZWWA40. Alle gonger er koden kombinert med WPCK00 og ZWWA30.

Sidan Helgelandssykehuset bare har trekt ut alle kontaktar med koden WPCK00, er dette datauttrekket ikkje like eigna til å kartlegge registreringspraksis for ISF-taksten A0099. Uttrekka vil ikkje inkludere ein kontakt der A0099 er bruka, når kontakten ikkje er registrert med WPCK00.

### Helse Førde: Enkeltperson har avvikande praksis

Tabell 4.2 viser tal frå Helse Førde for 1. tertial 2015. Til liks med Helgelandssykehuset er alle kontaktar med lærings- og mestringskoden WPCK00 trekt ut. I alt var dette 445 kontaktar registrert på i alt 169 pasientar. Talet på kontaktar er høgare enn A0099 fordi ein del pasientar (eller pårørende) har hatt meir enn ein kontakt med helsetenesta, eller dei har delteke på eit tilbod som ikkje tilfredsstillar kriteria for A0099.

Tabell 4.2 Talet på kontaktar og pasientar med prosedyrekode «læring og mestring» (WPCK00), Helse Førde, 1. tertial 2015

|                      | Type kode               | Kontaktar |     | Pasientar |
|----------------------|-------------------------|-----------|-----|-----------|
|                      |                         | Tal       | %   | Tal       |
| Observasjonar i alt  |                         | 445       | 100 | 169       |
| Av desse:            |                         |           |     |           |
| ISF-takst            | A0099                   | 123       | 73  | 119       |
| Prosedyrekodar       | WPCK00 & ZWWA30         | 411       | 92  | 145       |
|                      | WPCK00, ZWWA30 & ZWWA40 | 32        | 7   | 9         |
| Prosedyrekode        |                         |           |     |           |
| «læring og mestring» | WPCK00                  | 445       | 100 | 169       |
| «gruppe»             | ZWWA30                  | 412       | 92  | 145       |
| «pårørende»          | ZWWA40                  | 43        | 10  | 13        |

Ein skilnad frå Helgelandssykehuset er at koden WPCK00 dels er brukt utan tilleggskoden for gruppe, ZWWA30. Av 445 kontaktar registrert med WPCK00 gjeld bare 411 eit lærings- og mestrings-tilbod i gruppe (WPCK00 & ZWWA30). Tilsvarende har bare 145 pasientar delteke på gruppebasert lærings- og mestrings-tilbod av dei 169 pasientane som er registrert med lærings- og mestringskoden WPCK00. Ved gjennomgang av datauttrekket viste det seg at bruken av WPCK00 utan ZWWA30 blei gjort av ein enkelt lege, på poliklinikk. Helse Førde meinte sjølv at dette ikkje var riktig koding.

Ved Helgelandssykehuset blei det kravd ISF-refusjon for nesten alle pasientane som det var registrert at hadde delteke på lærings- og mestrings-tilbod. Helse Førde har derimot ein del deltakarar på lærings- og mestringskurs som det ikkje blir kravd refusjon etter A0099. I alt var det 145 pasientar med prosedyrekodar for læring og mestring, av desse var 119 også koda med A0099. Ut frå kriteria for A0099 er det rimeleg å vente at ein del pasientar med prosedyrekodar ikkje tilfredsstillar kriteria for denne særkoden. Dette kan

vera pasientar som har delteke på kurs som er mindre enn 7 timar, eller dei har delteke på mindre enn 80 prosent av kurset.

Det kan også vera andre årsaker til at ikkje alle desse pasientane er koda med A0099. Vi kjenner til at nokre stader blir einskilde kurs rekna som del av eit rehabiliteringstilbod. I så fall kan ein få refusjon etter rehabiliteringstakst. Bare ein av desse pasientane ved Helse Førde var koda med rehabiliteringstakst. På landsbasis har slik koding eit visst omfang. Dette kjem vi tilbake til i avsnitt 5.2.3.

### Sørlandet sykehus: Prosedyrekoden læring og mestring brukt til individuell opplæring

Det mest omfattande datauttrekket har vi fått frå Sørlandet sykehus. Her har ein trekt ut pasientar som har koden A0099 eller som har koden WPCK00 og nokre andre kodar. Tabell 4.3 omfattar somatiske tenester i Sørlandet sykehus i 1. tertial 2015. I alt er det 2648 kontaktar i datasettet. Dei fleste av desse er registrert med prosedyrekode for «lærings- og mestringsaktivitet», WPCK00. I alt utgjer det 2087 kontaktar.

Tabell 4.3 Talet på kontaktar med prosedyrekode «læring og mestring» (WPCK00) eller A0099, Sørlandet sykehus, 1. tertial 2015

|                             | Type kode               | Kontaktar |     |
|-----------------------------|-------------------------|-----------|-----|
|                             |                         | Tal       | %   |
| Observasjonar i alt         |                         | 2648      | 100 |
| Av desse:                   |                         |           |     |
| ISF-takst                   | A0099                   | 922       | 35  |
| Prosedyrekodar              | WPCK00 & ZWWA30         | 995       | 38  |
|                             | WPCK00, ZWWA30 & ZWWA40 | 74        | 3   |
| Prosedyrekode               |                         |           |     |
| «læring og mestring»        | WPCK00                  | 2087      | 79  |
| «gruppe»                    | ZWWA30                  | 995       | 38  |
| «pårørande»                 | ZWWA40                  | 83        | 3   |
| Kombinasjonar med A0099:    |                         |           |     |
| Læring og mestring i gruppe | WPCK00 & ZWWA30         | 574       | 62  |
| Fysisk trening              | OBAB00*                 | 348       | 38  |
| Sum A0099:                  |                         | 922       | 100 |

\* OBAB00 Veiledet og instruert fysisk trening knyttet til motorikk og/eller kondisjon.

Ein forskjell mellom Sørlandet sykehus og dei to andre sjukehusa vi har sett på til nå, er at under halvparten av kontaktane som har prosedyrekoden WPCK00 også har tilleggskode for gruppe. I følge desse registreringane gjeld bare 995 kontaktar, eller oppmøte, eit gruppebasert lærings- og mestringstilbod. Det betyr at 1092 kontaktar er registrert med WPCK00 utan bruk av tilleggs-koden for gruppe. Eit så stort tal kan neppe skuldast feilregistrering av eit eller nokre få helsepersonell, og må derfor bety at dette er ein etablert kodepraksis ved ein eller fleire avdelingar ved Sørlandet sykehus. Ei nærliggande tolking er at kontaktar der WPCK00 er brukt utan tilleggskode for gruppe, gjeld eit individuelt lærings- og mestringstilbod.

#### Bruk av A0099 ved opptrening av pasientar

Sørlandet sykehus skil seg ut også når det gjeld bruken av A0099. A0099 blei registrert i alt 922 gonger. Den nedste delen av tabell 4.3 viser kva for prosedyrekodar som er registrert saman med A0099. Bare i vel 60 prosent av tilfella er A0099 kombinert med prosedyrekodar for gruppebasert læring og mestring. Dette utgjorde i alt 574 av dei 922 kontaktane. For dei resterande 348 kontaktane, som altså utgjør 40 prosent, er A0099 bruka utan desse prosedyrekodane. For desse kontaktane er A0099 kombinert med ein prosedyrekode for opptrening, OBAB00.

Denne gjennomgangen av tre døme på kodepraksis viser at det i ein del tilfelle er vesentlege forskjellar når det gjeld kva for kodar ein brukar, og korleis ein brukar dei. Skilnaden går ikkje nødvendigvis mellom sjukehus. Datauttrekka viser at også innanfor same sjukehuset har ulike avdelingar ulik kodepraksis. Dei forskjellane vi ser når vi samanstill tabell 4.2, 4.3 og 4.4 handlar derfor dels om at det er nokon avdelingar innanfor det einskilde sjukehuset som har ein annan praksis enn dei øvrige avdelingane i dette sjukehuset.

#### 4.2. Døme på manglande eller feil registrering

##### Helse Møre og Romsdal:

##### Mangelfull registrering av prosedyrekodar

Helse Møre og Romsdal har trekt ut kontaktar som er koda med A0099 i 1. tertial 2015. Tabell 4.4 viser kva for kodar som er bruka saman med A0099. Vi ser at bare knapt 2/3 av kontaktane som er koda med A0099 også har prosedyrekodar for gruppebasert læring og mestring. 22 prosent av kontaktane er ikkje registrert med prosedyrekodar i det heile tatt. I mange tilfelle har ein lagt inn tilleggs-kodar, ZWWA30 og/eller ZWWA40, mens lærings- og mestringskoden (WPCK00) er utelate.

Tabell 4.4 Bruk av ISF-takst (A0099) og prosedyrekodar, 1. kvartal 2015, Helse Møre og Romsdal

|                      | Type kode               | Kontaktar |     |
|----------------------|-------------------------|-----------|-----|
|                      |                         | Tal       | %   |
| Observasjonar i alt  |                         | 550       | 100 |
| Av desse:            |                         |           |     |
| ISF-takst            | A0099                   | 550       | 100 |
| Prosedyrekodar       | WPCK00 & ZWWA30         | 375       | 68  |
|                      | WPCK00, ZWWA30 & ZWWA40 | 59        | 11  |
| Prosedyrekode        |                         |           |     |
| «læring og mestring» | WPCK00                  | 386       | 70  |
| «gruppe»             | ZWWA30                  | 415       | 75  |
| «pårørande»          | ZWWA40                  | 82        | 15  |

I tabellen som gir ein oversikt over NPR-data for dei sjukehusa som er med i kartlegginga, tabell 3.2, er Helse Møre og Romsdal eit av sjukehusa med høgast andel registreringar av A0099 sett i relasjon til prosedyrekodar. Ei forklaring synast vera manglande registrering av prosedyrekodar. Ved dette sjukehuset har A0099 vore den koden ein har brukt for å hente ut data om aktivitet frå pasientadministrative system. Tilleggskodane (for gruppe og ev. pårørande) blir ofte brukt saman med A0099.

Sidan Helse Møre og Romsdal bare har trekt ut kontaktar med A0099, gir dette uttrekket ikkje like god informasjon om bruken av prosedyrekodar. Der WPCK00 (og ev ZWWA30) er brukt, men ikkje saman med A0099, vil ikkje vera med i dette uttrekket. Frå

tabell 4.4 kan vi derfor ikkje vita kor mange pasientar som er registrert med WPCK00 i Helse Møre og Romsdal.

#### Universitetssykehuset Nord-Norge: Feil registrering av pårørande si deltaking

I tillegg til manglande koding med prosedyrekodar har vi også funne systematisk feil i bruken av prosedyrekodane. Eit døme her er barneavdelinga ved UNN (tabell 4.5). Barneavdelinga ved UNN meiner dei har registrert all aktivitet med prosedyrekodar. Det er såleis ikkje systematisk feilregistrering når det gjeld talet deltakarar på kurs. I alt er det registrert 114 deltakarar i denne perioden som i følge sjukehuset samsvarar godt med det faktiske talet på deltakarar.

Tabell 4.5 Universitetssykehuset Nord-Norge, Barneavdelinga 1. tertial 2015

|                      | Type kode               | Kontaktar |     |
|----------------------|-------------------------|-----------|-----|
|                      |                         | Tal       | %   |
| Observasjonar i alt  |                         | 114       | 100 |
| Av desse:            |                         |           |     |
| ISF-takst            | A0099                   | 114       | 100 |
| Prosedyrekodar       | WPCK00 & ZWWA30         | 14        |     |
|                      | WPCK00, ZWWA30 & ZWWA40 | 0         | 0   |
| Prosedyrekode        |                         |           |     |
| «læring og mestring» | WPCK00                  | 105       |     |
| «gruppe»             | ZWWA30                  | 14        |     |
| «pårørande»          | ZWWA40                  | 99        |     |

Bruken av prosedyrekodar samsvarar derimot ikkje med retningslinjene frå Helsedirektoratet. Når pårørande deltek på kurs, skal ein i følge Helsedirektoratet kode med lærings- og mestringsaktivitet (WPCK00) i gruppe (ZWWA30) som elles, men legge til koden for pårørande, ZWWA40. Barneavdelinga har derimot erstatta ZWWA30 med ZWWA40. Sidan dei fleste av kursa ved avdelinga gjeld pårørande, betyr det at uttrekk frå NPR av gruppebasert lærings- og mestringsaktivitet (WPCK00 i kombinasjon med ZWWA30) viser mykje lågare aktivitet enn det som faktisk er tilfelle.

Feilregistreringa ved barneavdelinga ved UNN fann stad også i 2013 og 2014. Følgjeleg viser den innleiande oversiktstabellen alt for låge tal for UNN for pasientar under 18 år (og deira pårørande), tabell 3.2. Pårørandedeltaking på kurs i regi av barneavdelinga vil ikkje syne att i uttrekk basert på prosedyrekodar (ettersom koden for gruppebasert tilbod er utelate). Sidan talet på pasientar og kontaktar med prosedyrekodar blir lågare enn faktisk deltaking, blir også prosentandelen av A0099 relativt til pasientar med prosedyrekodar svært høg, for eksempel 643,8 prosent i 2014.

Desse tala frå UNN i tabell 3.2 illustrerer derfor at ein del feilkoding kan vera relativt lett å oppdage om ein faktisk brukar NPR-statistikken.

Tabell 4.6 Oslo universitetssykehus (OUS) , 2015

|  |  |
|--|--|
| <b>Klinikk 1:</b>  |  |
| A0099:   | 766 pasientar (832 kontaktar)                            |
| Klinikkens oversikt:   | 1179 deltakarar (890 pasientar og 289 pårørande)         |
| Pasientar registrert med A0099 som andel av det faktiske talet på kursdeltakarar: 64 prosent |  |
| <b>Klinikk 2:</b>  |  |
| A0099:   | 130 pasientar (226 kontaktar)                            |
| Årsrapport:  | 598 deltakarar (154 pasientar og 444 pårørande)          |
| Pasientar registrert med A0099 som andel av det faktiske talet på kursdeltakarar: 22 prosent |  |
| <b>Klinikk 3:</b>  |  |
| A0099:   | 43 pasientar (119 kontaktar)                             |
| Klinikkens oversikt:   | 437 deltakarar (379 pasientar, 58 pårørande og 10 andre) |
| Pasientar registrert med A0099 som andel av det faktiske talet på kursdeltakarar: 10 prosent |  |

Som vi ser av tabellen er det for alle tre klinikkar slik at talet på deltakarar er vesentleg høgare enn registreringar av A0099. For klinikk 1 utgjer talet på registreringar av A0099 64 prosent av talet på deltakarar. For klinikk 2 er den tilsvarande andelen 22 prosent og for klinikk 3 bare 10 prosent. Ein medverkande årsak kan vera at nokre kurs varar mindre enn 7 timar eller at deltakar har møtt mindre en 80 prosent av tida. Omfanget at dette kjenner vi ikkje til. Det store avviket mellom talet på deltakarar ein har ført på liste utanom PAS og registrering i PAS av A0099 tyder likevel på at det er omfattande underrapportering i PAS.

### Oslo universitetssykehus (OUS):

#### Manglande samsvar mellom faktisk og registrert aktivitet

I tillegg til uttrekk frå PAS, bad vi arbeidsgruppa om å få ei vurdering av i kva grad registrert aktivitet i følge PAS, stemmer med det faktiske omfanget av lærings- og mestringsstilbod. Vi etterspurte oversikter over faktisk aktivitet, der dette var mogeleg å få tak i eller lage, for å samanlikne dette med den registrerte aktiviteten.

Vår kartlegging av registreringspraksis ved OUS har dratt nytte av ein internrevisjon ved OUS av gruppebasert lærings- og mestringsstilbod. Denne blei gjennomført i desember 2015. Både internrevisjonen og tal prosjektgruppa sjølv har henta inn tyder på omfattande underrapportering i PAS av deltaking på lærings- og mestringsstilbod.

Vi har sett på tre klinikkar ved OUS. Når det gjeld uttrekk frå PAS, har vi bare tal for A0099, og ikkje andre kodar, sjå tabell 4.6. Frå alle klinikkar (i tabellen nummerert frå 1 til 3) har vi også fått tal for kor mange deltakarar dei har hatt på kurs. Dette er registreringar som er gjort på eigne lister utanom PAS. Ein indikasjon på omfanget av underrapportering får ein ved å samanlikne talet deltakarar ført på lister utanom PAS med uttrekk av A0099 i 2015.

Internrevisjonen ved OUS viste underrapportering av både A0099 (med inntektstap for sjukehuset som konsekvens) og manglande bruk av prosedyrekodar. I ein av dei tre klinikkane var det ikkje praksis å registrere deltaking med prosedyrekodar i det heile. Dei fann også ei rekke andre avvik, men desse går vi ikkje inn på her.

I tillegg fekk vi opplyst at listene ført utanom PAS av deltakarar på kurs er mangelfulle, særleg for to av klinikkane. Avviket mellom det faktiske talet på deltakarar og det som er registrert i PAS kan derfor vera enda større enn det tala i tabellen indikerer.

Særleg ein av klinikkane har mange tilbod til pårørande. I tillegg til manglande oversikt og rapportering av kursdeltaking som internrevisjonen peika på, er ein årsak til det store avviket at PAS ikkje vil kunne få fram kor mange som deltek på kurs i tilfelle der fleire enn ein knytta til ein pasient deltek. Dette tek vi opp i neste avsnitt.

### 4.3. Døme på deltaking det ikkje er mogeleg å dokumentere

Ein viktig del av verksemda til lærings- og mestringstenesta er tilbod til pårørande. Som det er gjort greie for i avsnitt 2.1, er ikkje systema tilrettelagt for å dokumentere personar som deltek på lærings- og mestringkurs i eigenskap av å vera pårørande.

All kontakt med helsetenesta, som i denne samanhengen betyr alle oppmøte på kurs, blir registrert på pasienten. Når tilleggskoden ZWWA40 er registrert på ein kontakt, betyr det at ein pårørande til denne pasienten har møtt opp på denne kursdagen. Denne koden dekker alle tilfelle der ein eller fleire pårørande har delteke på kurs, saman med eller utan pasienten.

Det betyr at tilbod til pårørande kan bli underrapport. I kor stor grad dette er eit problem, varierer. Nokre sjukehus eller avdelingar har eit meir omfattande tilbod til pårørande enn andre. Det gjeld særleg psykiatrien, og tilbod til mindreårige pasientar og deira familiar.

#### Helgelandssykehuset

Eit døme frå kartlegginga er Helgelandssykehuset. Tabell 4.1 viste at 73 personar deltok på kurs i fyrste halvår i 2015. Ifølgje lærings- og mestringssenterets egne lister er det faktiske talet på deltakarar dobbelt så høgt, i alt 145. Det betyr at 72 deltakarar ikkje er registrert i det pasientadministrative systemet. Årsaken til dette store avviket er at lærings- og mestringssenteret ved sjukehuset i Mo i Rana har mange familieretta lærings- og mestringstilbod. På desse tilboda kan det vera mange personar knytta til same pasient som deltek på kurs. Ein del av deltakarane er pårørande, andre har tilknytning til pasienten gjennom jobb, til dømes ved at dei er assistentar.

I andre halvår av 2015 var avviket enda større mellom det faktiske talet på kursdeltakarar og det som er registrert, ifølgje lærings- og mestringssenteret Mo i Rana. Det har samheng med mange tilbod innan psykisk helse og rus. Dette er lågterskeltilbod, der ikkje noko blir journalført. Kursa er bygd opp som lærings- og mestringkurs med brukarkompetanse og tverrfagleg og tverretatleg samarbeid.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Ei anna utfordring med at dette er lågterskeltilbod, utan tilvising og registrering i pasientadministrative system, er at deltakarane ikkje har rett til å få dekka reise- og opphaldsutgifter, rett til opplæringspengar fra NAV osv.

## 5. Kodepraksis – hovudfunn

Gjennomgangen av registreringspraksis i sjukehusa viser at det i ein del tilfelle er systematiske forskjellar når det gjeld kva for kodar ein brukar, og korleis ein brukar dei. Registrering av deltaking på lærings- og mestringstilbod varierer mellom sjukehusa og også mellom avdelingane innan same sjukehus.

Koderegulverket blir i nokon grad tolka ulikt. Korleis ein konkret bør tolke regelverket er eit spørsmål det ikkje er rom for å klargjera i denne rapporten. Spørsmålet om kodeverket er uklart, og slik kan gi opphav til variasjon i kodepraksis, er like fullt relevant. Ein del praksis er openbart ikkje i samsvar med koderegulverket, anten ved at ein registrerer feil eller ved at kodar manglar. I nokre tilfelle manglar også rutinar for registrering av deltaking.

Ein konklusjon er derfor at ein ikkje utan vidare kan samanlikne data frå pasientadministrative system (og dermed NPR) om deltaking på lærings- og mestringstilbod på tvers av helseføretaka, og i nokre tilfelle heller ikkje på tvers av avdelingar innan same sjukehus.

Dette kapitlet oppsummerer og utdjupar funn når det gjeld kodepraksis. Avsnitt 5.1 tek for seg prosedyrekodane for læring og mestring. Avsnitt 5.2 ser på A0099.

### 5.1. Hovedfunn prosedyrekodar

Dersom kodeverket blei følgd, er det beste målet på aktivitet uttrekk av prosedyrekodane, WPCK00 og ZWWA30. Som tidlegare nemnt, måler denne prosedyrekombinasjonen talet på oppmøtedagar i lærings- og mestringstenesta, eller summen av kor mange pasientar/pårørande som har delteke på kurs og kor mange dagar kvar pasient/pårørande har møtt opp. Dette er litt forenkla framstilt.

Når det gjeld praksis, altså i kva grad uttrekk av desse prosedyrekodane frå dei pasientadministrative systema faktisk gir eit riktig bilde av aktivitet, syner kartlegginga vår at det er stor variasjon mellom sjukehusa.

Helgelandssjukehuset og Helse Førde meiner at prosedyrekodane gir god oversikt over aktivitet. Stavanger rapporterer om det same. I tabell 3.2 skil desse sjukehusa seg ut ved at omfanget av prosedyrekodar er vesentleg høgare enn A0099. For dei øvrige sjukehusa som er med i kartlegginga veit vi anten ikkje i kva grad ein registrerer deltaking med prosedyrekodar, eller vi ser at registreringa er mangelfull. Generelt for lærings- og mestringstilbod i spesialisthelsetenesta er det grunn til å tru at bruken av prosedyrekodar er mindre utbreidd enn koding med særkoden A0099.

Ved OUS har internrevisjon og andre undersøkingar som sjukehuset har gjort, vist at mykje aktivitet ikkje blir registrert med prosedyrekodar, og at omfanget truleg er enda større enn den mangelfulle registreringa av A0099 som gjekk fram av avsnitt 4.2. Vi har ikkje hatt høve til å undersøke dette, fordi vi ikkje har fått uttrekk av prosedyrekodar for læring og mestring frå OUS. Også Helse Møre og Romsdal hadde mangelfull registrering av prose-

dyrekodar.

I *Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2016* blir koden WPCK00 alltid omtalt saman med ZWWA30. Det kan bety at koding av lærings- og mestringstilbod høyrer saman med koding av gruppe. Men det står ikkje i regelverket om ein kan bruke WPCK00 aleine. Ved Sørlandet sykehus er WPCK00 brukt utan ZWWA30. Det kan sjå ut til at sjukehuset har koda eit individuelt lærings- og mestringstilbod med WPCK00. Kva som er ein riktig praksis er eit spørsmål vi ikkje kan svare på i dette rapporten.

### 5.2. Hovedfunn A0099

Føremålet med særkoden A0099 er å melde inn i ISF-ordninga når visse kriterier for refusjon er oppfylt. I denne forstand er dette ein særkode, og ikkje del av det ordinære prosedyrekodeverket. Føremålet er ikkje å beskrive kva for teneste som er utført. Det er bare ein økonomisk-administrativ kode. Særkoden A0099 gir i utgangspunktet informasjon om omfanget av innsatsstyrt (ISF) finansiering av lærings- og mestringstenesta.

I mange sjukehus er likevel registrering av A0099 den primære måten ein held oversikt over aktivitet på i dei pasientadministrative systema, jf. Helse Møre og Romsdal. Å bruke A0099 som mål på aktivitet er like fullt problematisk. Det gjeld også om alle registrerer A0099 i samsvar med kodeverket. Det går fram av omtalen av kodeverket i kapittel 2. All deltaking på lærings- og mestringstilbod tilfredsstiller ikkje vilkåra for A0099. Det kan med andre ord vera fordi ein kursdeltakar har møtt på mindre enn 80 prosent av kurset eller at kurset varar mindre enn 7 timar. I tillegg kan ein registrere A0099 bare ein gong per pasient per kurs, uavhengig av om kurset varar 7 timar eller går over mange dagar. Fordi kriteria for A0099 er meir restriktive enn dei som definerer eit lærings- og mestringstilbod, vil aktivitet målt ved A0099 generelt vera lågare enn det som er registrert med prosedyrekodar.

Kartlegginga har vist at det er ulik forståing av kodeverket, som ein iallfall delvis må tilskrive at regelverket også synast uklart.

#### 5.2.1. Brukt til andre tiltak?

Det er uklart om registreringar med A0099 bare omfattar lærings- og mestringstilbod. Til dømes viste datauttrekket frå Sørlandet sykehus i tabell 4.3 at 40 prosent av kontaktar registrert med A0099 ikkje var kombinert med prosedyrekodar. Alle desse kontaktane var kombinert med opptreningskoden OBAB00 («Veiledet og instruert fysisk trening knyttet til motorikk og/eller kondisjon»). Vi veit ikkje om tilboda som er beskrive med prosedyrekoden OBAB00 faktisk er lærings- og mestringstilbod eller reine opptreningstiltak. Vi bare konstaterer at her er det ut frå registerdataa uklart kva for type tilbod det er snakk om. Da er det også relevant å peike på at ISF-regulverket omtalar A0099 på ein måte som kan skape forvirring om kva for type tiltak som kan få refusjon etter denne taksten. Sjå også avsnitt 6.3.3.

I tabell 3.2 er Sørlandet sykehus og Helse Møre og Romsdal dei sjukehusa med høgast andel A0099 relativt til prosedyrekodar. Ved begge sjukehusa blei det registrert 22 prosent fleire kontaktar

med A0099 enn det var pasientar med prosedyrekodar. Mens ei viktig forklaring for Helse Møre og Romsdal sin del synest vera manglande registrering av prosedyrekodar for deltaking på lærings- og mestringsstilbod, er det altså meir uklart kva som ligg bak tala frå Sørlandet sykehus.

### 5.2.2. Uskriven regel

Fleire sjukehus har opplyst om at ein bare kan registrere A0099 maksimalt ein gong per halvår, og at dette er ein regel dei følgjer. Det gjeld med andre ord Stavanger og Helse Førde. Men denne regelen har vi ikkje funne att i regelverkspublikasjonane. Er dette ein uskriven regel, eller ein regel som fanst før, men som på eit tidspunkt har blitt fjerna ved revisjon av regelverket?

Også dei nasjonale NPR-dataa kan tyde på at nokre, men ikkje alle helseføretak brukar denne regelen. Det har mykje å seia for korleis data for A0099 kan tolkast om ein tenestestad praktiserer denne regelen eller ikkje. Sjølv sagt har det også ein del å seia for omfanget av ISF-finansiering. Dersom ein følgjer denne regelen, kan ein til dømes ikkje krevja A0099 for både pårørande og pasient innanfor same halvårs-periode, sjølv om dei går på ulike kurs. Likeeins kan ein heller ikkje registrere deltaking på fleire påfølgjande kurs for same pasient dersom dei finn stad innanfor eit halvår.

### 5.2.3. Registrert som del av rehabilitering.

Ved nokre tenestestader blir gruppebaserte lærings- og mestringsstilbod til einsskilte grupper koda med rehabiliteringstakst (Z50.9). Krava eit tilbod må tilfredsstillast for at det kan reknast som rehabilitering er meir omfattande med andre ord når det gjeld oppfølging av lege enn krava til eit lærings- og mestringsstilbod. Rehabiliteringstaksten gir høgare refusjon enn A0099. Data frå NPR viser at kombinasjonen prosedyrekodar for gruppebasert lærings- og mestringsstilbod og rehabiliteringstakst har eit visst omfang. I 2014 var det vel 53 000 kontaktar i spesialisthelsetenesta sett under eitt med prosedyrekodar for læring og mestrings (WPCK00 & ZWWA30). Av desse var knapt 14 000 kombinert med ICD10-kode for rehabilitering (i hovudsak Z50.9). Det betyr at over ein fjerdedel av kontaktane med prosedyrekodar for lærings- og mestringsstilbod også var koda med takst for rehabilitering.

### 5.2.4. Feil og manglande registrering

Her viser vi til funna frå internrevisjon og andre undersøkingar ved OUS, som omtalt i avsnitt 4.2. Manglande registrering av A0099 var her eit tydeleg funn. Internrevisjon ved OUS i desember 2015 fann også ein del feilregistreringar, med andre ord at nokre registrerte A0099 på fleire oppmøtedagar. Kodinga gav slik informasjon om at pasientar som dette gjaldt hadde delteke på fleire kurs, mens dei i realiteten bare hadde delteke på eitt.

## 5.3. Kontakttype

I prinsippet skal det vera mogleg å få oversikt over omfanget av opplæringsaktivitet på sjukehusa ved å sjå på kor mange kontaktar med spesialisthelsetenesta som er registrert med kontakttype «opplæring», jf. avsnitt 2.1. Ved internrevisjonen ved OUS i 2015 var eit relativt gjennomgåande funn at kursdeltaking ofte blei feilaktig rapportert med kontakttype «behandling». Vi har ikkje undersøkt dette ved dei andre sjukehusa som er med i kartlegginga.

## 5.4. Diagnosekoding

Dersom dataa frå NPR er gode nok kan ein enkelt lage indikatorar for likeverdig tilgang frå NPR-data. I tillegg til riktig bruk av prosedyrekodar krev det riktig koding av diagnose. Da er det mogleg, som illustrert i avsnitt 3.2 å sjå på omfang av kursdeltaking etter diagnosekategoriar, og vurdere i kva grad dei einsskilte helseføretaka har tilbod til ulike diagnosegrupper.

Internrevisjonen ved OUS viste derimot at den medisinske kodinga, når det gjaldt val av hovudtilstand og koding av denne, i mange tilfelle var sjablonmessig.

Vi har ikkje undersøkt diagnosekoding systematisk ved dei øvrige sjukehusa.

## 6. Utfordringar og tiltak

Som det føregåande viser, blir kodane brukt ulikt. Det er feil eller mangelfull registrering, og det er uklart korleis ein skal bruke kodane. Dels handlar dette om tilhøve på tenestenivået, dels om organiseringa av tenesta i sjukehusa og dels om svakhetar i styringa av tenestene på overordna nivå. Ei tilleggsutfordring på systemnivå er at dokumentasjonssystema ikkje er tilrettelagt for å dokumentere deltaking frå pårørande på ein fullgod måte.

### 6.1. Haldningar og kunnskap i lærings- og mestringstenesta

Historikken og det ideologiske grunnlaget til tenesta er truleg ein bakanforliggende faktor som har medverka til at det i delar av tenesta ikkje har vore eit sterkt medvet om å dokumentere deltaking i pasientadministrative system. Lærings- og mestringstenesta har ei anna ideologisk forankring enn tradisjonelle helsetenester. Fokus er på kursdeltakaren som aktiv og handlande. Fag- og brukarkunnskap skal vera likestilt, og dette skal synes att ved at tilboda er utvikla og gjennomført i samarbeid mellom fagfolk og brukarrepresentantar.

Lærings- og mestringstenesta oppstod på sida av dei ordinære helsetenestene ved sjukehusa. Det første lærings- og mestringssenteret i Norge ble etablert i 1997 på Aker sjukehus i Oslo. På lærings- og mestringssentera, som etter kvart ble etablert i heile spesialisthelsetenesta, skulle fagfolk til dømes ikkje bruke kvite frakkar. Fagpersonar i lærings- og mestringstenesta hadde ikkje tilgang til pasientjournalar. Dette var nettopp uttrykk for det likestilte samarbeidet og det likestilte møtet mellom fagfolk og brukarar som ein ønska å få til.

I tida som har gått etter det fyrste lærings- og mestringssenteret ble etablert, har elektroniske dokumentasjonssystem og koding av tenesteutøvinga blitt stadig viktigare i helsetenestene. Samtidig blir lærings- og mestringstenesta nå sett på som ein integrert del av tilbodet pasientar og pårørande får. Mykje har derfor forandra seg. Likevel er det fortsatt miljø som ikkje ser det som sentralt å registrere deltaking i pasientadministrative system.

Kartlegginga syner at det mange stader er manglande kunnskap om grunnleggande kodereglar, og kanskje også om nytta ved å dokumentere deltaking.

#### Konkrete tiltak:

- I samarbeid med dei regionale fagnettverka etablerer og driftar NK LMH:
  - ein nettressurs med informasjon om kodeverket.
  - eit nettforum der ein kan løfte spørsmål som gjeld registreringspraksis.
- Fagnettverka i samarbeid med NK LMH tek initiativ til større grad av samarbeid på tvers av sjukehusa om tenesteutvikling med utgangspunkt i data frå pasientadministrative system. Når data blir brukt, blir kvaliteten betre.

Å styrke denne typen samarbeid er i tråd med det lovpålagte kravet til alle helse- og omsorgstenester om systematisk kvalitetsarbeid.

### 6.2. Organisering av tenesta i sjukehusa ein avgjerande faktor

Kartlegginga tyder på at korleis lærings- og mestringstenesta er organisert, er viktig for kvaliteten på registerdataa. God forankring i leiinga og tydelege organisatoriske strukturar ser ut til å vera viktig. Det bidreg til at dei einskilde sjukehusa kjenner eigarskap til den lovpålagte oppgava som pasient- og pårørande-opplæring er.

Svakhetar i organisering synest få størst konsekvensar ved dei større sjukehusa. OUS, som også i internasjonal samanheng er eit svært stort sjukehus, har liten oversikt over deltaking i lærings- og mestringstilbod for sjukehuset sett under eitt. OUS sine egne undersøkingar tyder på at den interne organiseringa verkar inn på dette.

Kartlegginga fekk tilgang til data frå 3 av 5 OUS-klinikkar i 2015. Mellom desse tre var det store forskjellar når gjaldt i kva grad deltaking blei registrert. Ein klinikk ved OUS peika seg positivt ut. To stikkord synest viktig her. Ein særskilt del av klinikken, ein eigen seksjon, hadde eit definert ansvar for lærings- og mestringstilboda, både administrativt og fagleg. I tillegg hadde seksjonen god kontakt med klinikkleiinga slik at verksemda fekk ei tydeleg forankring i leiinga. Meir konkret hadde seksjonen ansvar både for det administrative (koding, rapportering, informasjon om kursa på nett), for leing av kursa og, i samarbeid med fagavdelingane, for utvikling av kursa. Fagpersonell blei rekrutert til kursa frå avdelingane. Ein merkantilt tilsett kvalitetssikra registrering. I dei to andre klinikkane var ansvar for koding, registrering og inntekter lagt til dei ulike avdelingane.

Denne modellen har ein også i Helse Stavanger. Dette er det nest største sjukehuset av dei som er med i kartlegginga. Lærings- og mestringssenteret er ei eiga avdeling, organisert i Avdeling for rehabilitering som er ein del av Medisinsk divisjon. Lærings- og mestringssenteret har ansvar for å kalle inn pasientar, gjennomføre kurs og registrere deltaking. Kursa blir utarbeidd i samarbeid med fagpersoner frå dei ulike avdelingane på sjukehuset og brukarrepresentantar. Leiar på Lærings- og mestringssenteret er ein del av leiargruppa i Avdeling for rehabilitering. I Stavanger blir all aktivitet registrert, og registerinformasjon blir brukt i styringa av tenesta.

I store delar av spesialisthelsetenesta er ansvaret for utvikling, gjennomføring og rapportering av kursdeltaking desentralisert til dei einskilde avdelingane og fagpersonane. Sørlandet sykehus er eitt av desse sjukehusa. Dette er også eit relativt stort sjukehus. I kartlegginga fekk vi inga vurdering av i kva grad registrert aktivitet samsvarar med faktisk aktivitet.

Også ved Helgelandssjukehuset er det avdelingane som har ansvar for å registrere deltaking. Lærings- og mestringssenteret ved sjukehuset bør ha høve til å kvalitetssikre registreringa. I praksis er det ein tilsett ved senteret som registrerer. Det at sjukehuset er lite, gjer det mogleg å halde oversikt og reelt kvalitetssikre registreringane.

#### Konkrete tiltak:

- Tydeleg forankring: Arbeide for at leiinga ved sjukehusa kjenner ansvar for den lovpålagte oppgava pasient- og pårørende opplæring.
- Vurdere om eigne einingar bør ha heilhetleg ansvar for administrasjon og gjennomføring av lærings- og mestringstilboda.

### 6.3. Tiltaksområde under sentral helseforvaltning

Nokre av dei viktigaste tiltaksområda for å betre dokumentasjonen av lærings- og mestringstilbod har sentral helseforvaltning ansvaret for.

#### 6.3.1. Etterspørja data om aktivitet og kvalitet

Sentral helseforvaltning bør i større grad etterspørja og bruke registerdata om deltaking på lærings- og mestringstilbod. Dette er relativt enkelt, men viktig.

Etterspurte data må bli brukt. Eitt bruksområde er å vurdere måloppnåing. Pasient- og pårørendeopplæring er ei lovpålagt oppgave. Oppfyller sjukehusa denne oppgava? Kva må konkret til for at sjukehusa skal gjera det? Skal ein vurdere dette spørsmålet, må lovkravet om pasient- og pårørendeopplæring operasjonaliserast. Eit slikt mål vil ha mange dimensjonar. Registerdata kan gi verdifull informasjon, sjølv om slike data ikkje er tilstrekkeleg for å vurdere måloppnåing i si fulle breidde, for eksempel når det gjeld kvalitet. Mål for samla aktivitet og for likeverdig tilgang bør vera aktuelle indikatorar, jf. avsnitt 3.2.

Helsedirektoratet har ansvar for eit nasjonalt system for kvalitetsindikatorar. Førebels er vi ikkje kjent med at ein har byrja å jobbe med indikatorar for lærings- og mestringstenesta. Dersom sentral helseforvaltning etterspør og brukar statistikk om lærings- og mestringstenesta, vil det bidra til å synleggjera tenesta, og det vil kunne stimulere til diskusjon og fagutvikling innanfor tenestene. I helseføretaka kan det bidra til ei organisering som gjer at ein prioriterer tenestene høgare og har meir styring og oversikt. Ikkje minst vil det at registerdata blir etterspurt og brukt til evaluering, skape merksemd om og interesse for kvaliteten på registerdataa på alle nivå, på regionalt nivå, i helseføretaka og på dei einskilde tenestestadene.

Ein slik situasjon står i kontrast til slik det er i dag. Dei data vi har innhenta frå NPR gir klare indikasjonar på at registerdata gjennomgåande er lite brukt, i alle fall aggregerte tal. Hadde dei blitt brukt, ville ein oppdaga feil og mangelfulle kodingar. Vi har funne fleire døme på sannsynlege feil, av ganske stort omfang, ved bare å studere NPR-statistikken. Også når det gjeld bruken av A0099. Einskilde tal var lite truverdige på så høgt aggregeringsnivå som RHF.

#### Konkrete tiltak:

- Oppdragsdokument frå Helsedepartementet bør stille dokumenterbare krav
- Helsedirektoratet bør starte arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorar for lærings- og mestringstenesta

#### 6.3.2. Finansiering

Lærings- og mestringstenesta er i hovudsak rammefinansiert. Særkodene A0099, som gir ISF-refusjon, er låg samanlikna med kva som er kostnaden ved å halde kurs. Mange oppfatar dette som ei grunnleggande utfordring for lærings- og mestringstenesta. Eit tiltak for å betre registreringa kan vera at lærings- og mestringstilbod får ein høgare takst og at dermed helseføretaka får sterkare økonomiske insentiv til å prioritere lærings- og mestringstilbod.

Eit anna tiltak kan vera å erstatte denne taksten med differensierte takstar avhengig av kursomfang. I dag kan ein krevja refusjon etter A0099 dersom kurset varar i minimum 7 timar, jf. avsnitt 2.2. Ein får ikkje meir refusjon for lengre kurs. Mange lærings- og mestringkurs går over fleire dagar. Ein differensiert takst kan gi større fleksibilitet, betre finansiering av kurs som er lengre enn 7 timar, og færre grunnar til strategisk tilpassing. Eit døme på den typen tilpassing er at ein på grunn av takstsystemet arrangerer kortare kurs enn det ein ut frå faglege kriterier meiner er riktig. I dagens system ligg også insentiv til strategisk tilpassing som tøyser regelverket. Ein kan stykke opp eit kurs og definere kvar del som eit sjølvstendig kurs, slik at ein kan krevja refusjon etter A0099 for kvar kursdel. Ein meir differensiert takst, vil ta vekk slike uheldige insentiv.

Eit tredje tiltak er å knytte refusjon til prosedyrekodane for gruppebasert læring og mestring, slik at det å registrere prosedyrekodar for lærings- og mestringstilbod i gruppe blir eitt vilkår for ISF-refusjon. Da vil helseføretaka få eit økonomisk insentiv til å dokumentere tenesteytinga i det medisinske prosedyrekodeverket. I dag skil refusjonssystemet for lærings- og mestringstenesta seg ut på dette punktet, fordi den koden som utløyser refusjon, er ein såkalla særkode og ikkje ein del av det medisinske kodeverket. Koden har ikkje som føremål å beskrive kva for behandling eller tilbod som er gitt.

#### Konkrete tiltak:

- Vurdere å auke ISF-takst
- Differensiering av taksten
- Definere prosedyrekodane som eitt kriterie for refusjon

#### 6.3.3. Revidere kodeverk og koderettleiing

Kartlegginga viser at kodepraksis varierer. Noko av variasjonen skuldast at det finst fleire måtar å tolke regelverket på. Det har ikkje vore rom i prosjektet for å gå djupt inn i desse problemstillingane. Datauttrekka og vår studie av kodeverket, gir likevel grunn til å spørja om kodeverket er tilstrekkeleg klart. Eit døme vi gav i avsnitt 4.1 gjaldt bruken av koden for «lærings- og mestningsaktivitet» WPCCK00. Nokre stader blei denne brukt aleine og ikkje i kombinasjon med koden for gruppe (ZWWA30). Andre stader rekna ein ikkje dette som riktig praksis.

Eit anna døme gjeld A0099. ISF-regelverket listar opp ei rekke kriterium som skal vera oppfylt for at ein kan krevja ISF-refusjon etter denne taksten, jf. avsnitt 2.2. Formuleringa her er «Pasientopplæringsprogrammer og andre tiltak i gruppe for pasientar og pårørende kan inngå i beregningsgrunnlaget for ISF dersom følgjande krav er oppfylt: ... »(vår utheving). Tolka bokstaveleg seier denne setninga at A0099 ikkje bare dekkjer deltaking på lærings- og mestringstilbod (gruppebasert PPO), men også andre gruppetiltak.

Når ein derimot ser på krava som blir lista opp, ser dei ut til å beskrive det vi tenker på som lærings- og mestringstilbod:

- «Programmet inneholder informasjon om sykdommen, behandlingsformer, egenbehandling og mestring, rettigheter og vidare oppfølging»
- «Programmet er tverrfaglig, inkluderer brukerkompetanse og er i stor grad basert på gjennomføring i små grupper».

Kva for andre tilbod enn lærings- og mestringstilbod høver desse kriteria for?

Også internrevisjonen ved OUS fann at det er behov for å klargjera forståinga av regelverket for A0099.

### Ny rettleiar i 2015

I 2015 publiserte Helsedirektoratet «Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator».<sup>5</sup> Denne omfattar også lærings- og mestringstenesta. Ifølge rettleiaren omfattar læring og mestring alt frå individuell pasient- og pårørandeopplæring til gruppetilbod og likepersonsarbeid. Helsedirektoratet signaliserer med dette at dei ønskjer å sjå læring og mestring og rehabilitering i samanheng. Kva har dette å seia for registrering i prosedyrekodane?

Kodar er reiskapar for å kategorisere, altså å skilje og gruppere. I rettleiaren gir helseforvaltninga signal om at ein ønskjer å sjå fleire felt i samanheng. Habilitering, rehabilitering, læring og mestring, medrekna pasient- og pårørandeopplæring, er nært relaterte, og til dels overlappende, tenesteområde.

Da bør ein vurdere kva for konsekvensar dette har for kodeverket. Kva for kodar (eller kategoriar) har ein behov for? Er det behov for å forenkle eller rydde i kodeverket? Det kan til dømes vera lett å «løyse» eit behov for koding ved å lage ein ny kode. Dette blei gjort i 2016 da ein la til DRG for behandling i gruppe som fell utanfor det som reknast som pasientopplæring. Meir vanskeleg, men kanskje vel så viktig, kan det vera å rydde og forenkle kodeverket. Eit problem er om det er (vesentleg) overlapp mellom ulike kodar, altså dersom dei ulike kategoriane ikkje er gjensidig utelukkande. Da kan det lett bli slik at same tilbod blir koda ulikt på ulike tenestestader slik vi fann i kartlegginga, jf. avsnitt 4.1. Ei følgje av dette er at NPR-data blir vanskeleg å bruke.

### Konkrete tiltak:

- Gjennomgang av kodeverket for lærings- og mestringstenesta og liknande typar tenester

### 6.3.4. Dokumentasjon av tilbod til pårørande krev systemendring

Ein viktig del av verksemda til lærings- og mestringstenesta er tilbod til pårørande. Som vi tidlegare har gjort greie for, er ikkje systema tilrettelagt for å dokumentere deltaking frå pårørande på ein god måte, jf. avsnitt 2.1, og 4.3. Det gjeld både aktivitet (kor mange som har delteke på kurs), og det gjeld kven den/dei pårørande er.

Dette har samanheng med at dokumentasjonssystema i helsetenesta er behandlingsorientert, og det einaste individet informasjon blir registrert på, er pasienten. Logikken bak dette kjem tydeleg fram i regelverkspublikasjonane. I avsnitt 2.1. blir pasienten i denne samanhengen referert til som den «som opplærings-tiltaket utføres til fordel for». I lærings- og mestringstenesta er denne premissen ikkje riktig i mange, viktige tilfelle.

Barn av foreldre med rusproblem eller psykiske lidningar går ikkje på kurs av omsyn til far eller mor. Likevel vil det at dette barnet deltek bare bli registrert som ein tilleggskode i journalen til den av foreldra som har dette problemet, i beste fall. Dersom denne mora eller faren ikkje ønskjer det, er slik registrering heller ikkje mogleg fordi det er eit krav at pasienten må samtykke. Likeeins kan det vera at ektefellen til ein mann med kronisk sjukdom har nytte av eit tilbod fyrst og fremst av omsyn til seg sjølv og eventuelle barn.

Det er eit uttrykt helsepolitisk mål å styrke eigenmestring. Ein ønskjer å støtte folk slik at dei greier livsutfordringar og unngår å ende opp som pasientar med eigen journal. Det er viktig for dei det gjeld, og det er god samfunnsøkonomi. Tiltak som styrkar eigenmestring i helsetenestas yttergrenser, som tilbod til pårørande og tilbod til folk med behov for hjelp og støtte til å unngå å utvikle alvorleg sjukdom og funksjonstap, er derfor viktig å dokumentere. Dokumentasjon av desse tenestene, retta mot pårørande og andre personar utan pasientstatus, fordrar ei vidare utvikling av dokumentasjonssystema, både i sjukehusa og ikkje minst på kommunenivå.

<sup>5</sup> <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20individuell%20plan%20og%20koordinator.pdf>

## 7. Stort behov for betre registerdata

Kartlegginga har vist at dokumentasjonen av lærings- og mestringstenesta i pasientadministrative system er høgst mangelfull. Det er vesentleg variasjon mellom sjukehusa og på fleire plan. Det varierer i kva grad tenestestadene har fungerande rutinar for å registrere deltaking på kurs, kor godt dei kjenner til kodeverket, og det er også variasjon når det gjeld tolking av kodeverket.

Ein konsekvens er at kvaliteten på NPR-dataa er svært dårleg. Aggregerte tal, for eksempel nasjonale tal, har dermed liten verdi. Sjølv til å måle aktivitet, som er det enklaste målet vi kan trekke ut frå NPR, er dataa er lite brukelege. Det gjeld både om vi ser på prosedyrekodar, som i prinsippet er det mest eigna målet for aktivitet, og det gjeld om vi ser på nasjonale tal for ISF-taksten A0099.

Ein kan bruke NPR-dataa frå delar av tenesta, men da treng ein tilleggsinformasjon. Ein må kunne luke ut dei tenestestadene der ein veit at registreringar er svært mangelfulle. For dei øvrige må ein kjenne til korleis kodeverket er tolka og bruka, sidan kodepraksis varierer. Ulik kodepraksis gjer det også krevjande å bruke registerdata til å samanlikne tenestetilbod på tvers av avdelingar eller sjukehus.

I kartlegginga har vi sett på eit utval tenestestader. Føremålet har vore å få ein fyrste oversikt over kvaliteten på NPR-dataa og dei viktigaste utfordringane. Funna i kartlegginga er neppe eineståande. Fagpersonane som har delteke i arbeidsgruppa har alle særleg interesse for og kompetanse om dokumentasjon, og dei har i fyrste rekke innhenta data frå eigne tenestestader. Vi trur derfor ikkje at datauttrekka vi har henta ut viser større utfordringar enn det som er representativt for tenestene.

Det er eit godt stykke arbeid att før ein kan utnytte registerdataa i NPR til det dei er meint til; som grunnlag for fagutvikling, rapportering til styresmaktene og som forskning. Det er førebels lite grunnlag for til dømes å bruke dataa til å lage kvalitetsindikatorar.

Bruk av registerdata henta frå journalsystem blir stadig viktigare som kjelde til informasjon om sjukdomsbilde og behandling av sjukdom og oppfølging, og dermed også for styring av tenestene. Kanskje den viktigaste indikatoren vi kan lage frå registerdata gjeld likeverdig tilgang. Har vi data for deltaking og gode data for kva for diagnoser dei ulike tilboda er retta mot, kan ein enkelt undersøke i kva grad ulike pasient- og pårørandegrupper har lærings- og mestringstilbod i alle delar av landet, og om lærings- og mestringstilboda er dimensjonert i samsvar med behovet. Å lage slike indikatorar føreset at ein har gode registreringar av deltaking på lærings- og mestringstilbod. I tillegg føreset det at NPR inneheld informasjon om kva for diagnose som gjer at behovet for lærings- og mestringstilbod oppstår. Koding av diagnose opp mot deltaking på lærings- og mestringstilbod har vi ikkje kartlagt i dette prosjektet, men internrevisjonen frå OUS tyder på at det også her er eit stort potensial for forbetring.

Lærings- og mestringstenesta bør løftast høgare på den helsepolitiske prioriteringslista, sett i lys av den samfunnsøkonomiske nytta tenesta kan ha. Det å dokumentere behov og tilbod som blir gitt, er avgjerande for å gjera tenesta meir synleg i det politiske ordskiftet. Dokumentasjon er utvilsamt viktig for styringsformål og som utgangspunkt for kvalitetsarbeid, fagutvikling og forskning om tenestene. Arbeidet med å sikre tilstrekkeleg dokumentasjon av tenesta fordrar samspel mellom sentral helseforvaltning, leiinga ved sjukehusa og lærings- og mestringsverksemda.

