

Til styret i Sunnaas sykehus HF

Dato: 28.09.17

Sak 43/17 Utvikling av kodepraksis enkel vs kompleks rehabilitering, Sunnaas sykehus HF

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sammendrag og konklusjoner

Styret i Sunnaas sykehus HF ble i styremøte 15. februar 2017 orientert om at det hadde vært en negativ utvikling i andelen kompleks rehabilitering versus enkel rehabilitering gjennom 2016 og første driftsmåned 2017 sammenlignet med tidligere år. Sykehuset har gjennomført ulike korrigerende tiltak og retningslinje for diagnosekoding er implementert. Utviklingen av andel kompleks rehabilitering er nå på et riktig nivå i henhold til mål 2017 og en historisk normalsituasjon.

Bakgrunn for saken

Styret i Sunnaas sykehus HF ble i styremøte 15. februar 2017 orientert om at det hadde vært en negativ utvikling i andelen kompleks rehabilitering versus enkel rehabilitering gjennom 2016 og første driftsmåned 2017 sammenlignet med driftsåret 2015:

- 2015: 5% enkel rehabilitering /95% kompleks rehabilitering
- 2016: 13% enkel rehabilitering /87% kompleks rehabilitering

Styret ba administrasjonen om en oppfølgende sak høsten 2017, hvor sykehuset skulle redegjøre for utviklingen gjennom året. Herunder hvilke tiltak som var iverksatt for å korrigere avvik tilbake til historisk normalsituasjon.

I Norge er det kun to diagnoserelaterte grupper (DRG) for primærrehabilitering. Helsedirektoratet setter, i regelverk for innsatsstyrt finansiering, krav til hva rehabilitering må inneholde for å bli gruppert til en av de to DRG-er.

- 1) Kompleks rehabilitering 462A, forutsetter at behandlingen er individuell og målrettet etter utarbeidet behandlingsplan. Videre skal behandlingen være ledet av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering og minimum seks faggrupper skal inngå aktivt i behandlingen. Rehabiliteringen skal foregå store deler av døgnet og inneha spesialiserte elementer. Behandlingen skal være rettet mot mestring i hjemmemiljøet.
- 2) Enkel rehabilitering 462B, forutsetter at behandlingen er individuell og målrettet etter utarbeidet behandlingsplan. Videre skal behandlingen være ledet av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering og minimum fire faggrupper skal inngå aktivt i behandlingen.
DRG-ene for rehabilitering skal dekke tilbudet til en rekke ulike behandlingstilbud der pasientene ikke har et ensartet behandlingsforløp.

Mange sykehus i Norge tilbyr spesialisert medisinsk rehabilitering. Tilbudet blir imidlertid ofte kamouflert i DRG-systemet fordi oppholdet grupperes til en annen DRG. Årsaken er at DRG-systemet grupperer et pasientopphold til den DRG som gir høyest verdi. For eksempel vil en pasient som har hele sitt behandlingsforløp i ett foretak, fra oppstått skade eller sykdom gjennom intensiv, operasjon og rehabilitering, grupperes til den DRG som gir høyest verdi.

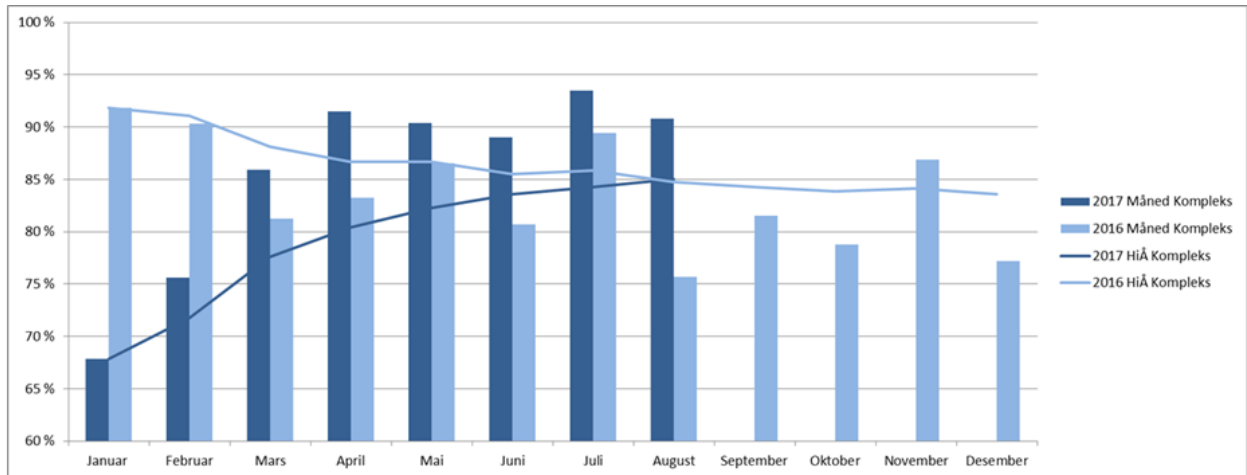
I Sunnaas sykehus benyttes kun kodene kompleks og enkel rehabilitering. Sykehuset har av den grunn en høy andel kompleks rehabilitering sammenlignet med andre sykehus. Rehabiliteringsprogrammene beskriver tilbudet pasientene skal tilbys knyttet til hvilke og hvor mange ulike faggrupper som skal inngå i pasientenes rehabiliteringsteam.

Basert på gjeldende regelverk for Innsatsstyrt finansiering (2016) vedtok foretaksledelsen i mars 2016 en retningslinje for diagnosekoding ved Sunnaas sykehus HF (vedlegg 1). Legegruppen i sykehuset og faggruppens representanter var bredt involvert i prosessen.

Det negative avviket av andel kompleks rehabilitering gjennom 2016 og første driftsmåneder 2017 skyldtes flere forhold, som svikt i implementeringsarbeidet av retningslinjen, akademikerstreiken høsten 2016 og inntak av høyere andel innleggelser til rehabiliteringsprogram som ikke utløste kompleks rehabilitering.

Avvik knyttet til disse forholdene er nå lukket; Retningslinje for koding er aktivt i bruk, sykehuset har gitt tilbud til pasienter som fikk redusert tilbud under konflikten og inntakskriteriene er gjennomgått og korrigert for rehabiliteringsprogram med økt andel enkel rehabilitering (tilbudene til pasienter med henholdsvis smerteproblematikk og hypermobilitetsdiagnose).

Målet for 2017 er 10 % enkel rehabilitering versus 90 % kompleks rehabilitering. Akkumulert resultat pr 2. tertial tilsvarer 15 % enkel rehabilitering /85% kompleks rehabilitering, der andelen kompleks vs enkel er i ferd med å stabiliseres på riktig nivå (tabell 1).



Tabell 1 Utviklingen av enkel vs kompleks koding gjennom 2016 og så langt i 2017

Vedlegg: Retningslinje for diagnosekoding Sunnaas sykehus HF

Einar Magnus Strand
Administrerende direktør