

Funn, erfaringer og resultater fra etterkontroller i 2024

Helfo kontroll

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag av Helfo Kontrolls rapport 2024	3
2	Innledning	4
3	Helfo kontrolls resultater i 2024	4
4	Slik kontrolleres helserefusjonsordningen	4
5	Innovasjon og utvikling	7
6	Refusjonsområde lege	8
7	Refusjonsområde tann.....	13
8	Refusjonsområde fysioterapi	16
9	Øvrige refusjonsområder.....	20

1 Sammendrag av Helfo Kontrolls rapport 2024

Helfo forvalter en tillitsbasert helserefusjonsordning. For å bidra til mer etterlevelse gjennomføres det etterkontroller rettet mot aktører med høy risiko for feil. I 2024 ble det avdekket feil og misbruk på tvers av flere fagområder.

Kontrollene viser at noen fastleger bruker takster feil, spesielt for e-konsultasjoner, møtegodtgjørelse og sykebesøk. Det ble funnet eksempler på takster brukt uten pasientkontakt, manglende journalføring, og økonomisk motiverte feil.

Innen tannhelsetjenesten er det særlig knyttet bekymring til systematisk overbehandling, manglende eller fabrikkert dokumentasjon, og misbruk av takster ved behandling av periodontitt og tannslitasje. Enkelte tannleger har organisert praksis slik at maksimal refusjon prioriteres fremfor pasientens behov.

Etterkontrollene av fysioterapeuter og manuellterapeuter avdekket svikt i journalføring og dokumentasjon. Det ble også avdekket krav sendt for behandling på dager pasienten ikke møtte, eller for behandlinger som av ulike årsaker aldri ble gitt.

I tillegg ble det gjennomført kontroller av poliklinikker, blåreseptforskrivning av migrenemedisin (CGRP-hemmere) og refusjonskrav fra psykologspesialister i nevropsykologi. Disse avdekket feil bruk av takster og manglende dokumentasjon.

Helfo har i 2024 styrket innovasjon og etterlevelsesarbeid gjennom utvikling av mer automatiserte veiledningsverktøy, datadrevne analyser og lærende kontrollmetodikk. Synlig og systematisk formidling av kontrollfunn er et sentralt virkemiddel for å bidra til tillit og etterlevelse.

2 Innledning

I Norge har vi høy tillit. Denne tillitsbaserte kulturen gjenspeiles også i offentlige tjenester, inkludert helserefusjonsordningen. Helseaktørene har ansvaret for å sende inn korrekte krav, og Helfo utbetaler dem raskt og automatisk. Selv om utbetalingssystemet har automatiske kontroller, kan ikke helseaktørene forvente at disse fanger opp alle feil. Vi vet at alle tillitsbaserte ordninger er sårbare – også vår. Noen gjør feil. Derfor gjennomfører vi etterkontroller.

Denne rapporten oppsummerer funn og resultater fra etterkontrollene av helserefusjonsordningen i 2024–2025. Noen problemstillinger går igjen, mens nye har oppstått. Etterkontrollene gir verdifull kunnskap både for Helfo, som forvalter ordningen, for Helsedirektoratet, som har ansvar for regelverket, og for helseaktørene som bruker den.

3 Helfo kontrollers resultater i 2024

Virkemidler - etterkontroll

	Fysioterapi	Lege	Legemidler	Tannhelse	Øvrige fagområder	Totalt
Tilbakekrevd beløp	19 226 271	71 826 519		17 188 077	92 185 259	200 426 126
Antall vedtak om tilbakekreving	7	22		9	4	42
Antall vedtak om tap av retten	7	15		7	2	31
Antall anmeldelser		4	1			5
Antall informasjonsbrev / pålegg om endring av praksis			20	1	4	25

I tabellen over er vedtak for to poliklinikker som er omgjort i sin helhet inkludert, se s. 20 - 21 i denne rapporten. Omgjort beløp er til sammen 83 175 129 kr.

4 Slik kontrolleres helserefusjonsordningen

Helfo gjennomfører kontroller på ulike måter. Noen krav stoppes allerede i det automatiske oppgjørssystemet. For eksempel kan man ikke sende inn det samme kravet to ganger, og det finnes begrensninger på hvor mange tidstakster som kan sendes inn per dag. I slike tilfeller stoppes utbetalingen, og helseaktøren får anledning til å rette opp kravet før pengene utbetales.

Helfo jobber kontinuerlig med å utvikle systemene for å øke treffsikkerheten i de automatiske kontrollene. Likevel er systemet tillitsbasert, og oppgjørssystemet fanger ikke opp alle feil. Derfor gjennomfører vi også etterkontroller.

Etterkontrollene gjennomføres etter at refusjonene er utbetalt. De utføres av Helfo Kontroll og rettes mot aktører med størst risiko for feil. Formålet med Helfos etterkontroller er å avdekke og reagere på økonomisk misbruk og bedrageri, samt å formidle kontrollresultatene på en systematisk måte. Dette skal bidra til økt etterlevelse og styrke tilliten til ordningen.

Siden systemet er basert på tillit, er det også sårbart for feil og misbruk. Det er derfor viktig at helseaktørene kan dokumentere at refusjonskravene deres er rettmessige.

4.1 Hvilke helseaktører velges ut til etterkontroll

En etterkontroll er inngripende for helseaktøren som kontrolleres og ressurskrevende for forvaltningen. Det er derfor viktig at etterkontroll rettes mot riktige kandidater.

Hvilke helseaktører som velges ut til etterkontroll, bestemmes på bakgrunn av risikoanalyser og føringer fra Helsedirektoratet gjennom mål- og disponeringsbrev. Grenseverdier for mulige og

sannsynlige avvik settes basert på bruken til «sammenlignbare aktører», som danner et mål på estimert økonomisk risiko.

Dette estimatet, sammen med tips, funn, kontrollhistorikk og eventuelt andre kilder til informasjon om risiko gjennomgås av medisinskfaglige rådgivere, jurister og analytikere for å prioritere mellom aktører med høy antatt risiko.

4.2 Gjennomføring av risikobaserte etterkontroller

I hvilken grad utbetalte refusjoner med vurdert høy risiko rent faktisk er rettmessige eller urettmessige vet vi ikke før de er kontrollert. For å avgjøre om vurdert risiko for alvorlig feil i realiteten også innebærer feil utbetalt refusjon, må helseaktørens refusjonskrav kontrolleres.

Ved en etterkontroll må Helfo innhente nødvendig dokumentasjon for å kontrollere om helsehjelpen til grunn for utbetalingen er rettmessig eller urettmessig. Det urettmessige kan gjelde hele eller deler av regningen, enkelttakster eller repetisjoner av takster.

De fleste helseaktører sender inn og får utbetalt refusjon for et svært høyt antall enkeltregninger i løpet av et år. Helfo kontroll har ikke anledning til å kontrollere riktigheten av hver enkelt innsendt regning, men må ta metodiske valg for hva og hvordan vi best kontrollerer risikoen. Normalt vil vi innhente dokumentasjon for et utvalg av regningene. Utvalget kan tas på mange måter avhengig av problemstilling og risiko ved den enkelte helseaktørs refusjonsutbetalinger.

Vi innhenter nødvendig dokumentasjon og journalopplysninger med hjemmel i folketrygdloven kapittel 21. Det kan også benyttes andre kilder til informasjon under utredning av sakene der dette er nødvendig. Helfo kontroll utreder saken i tverrfaglige team. Før vedtak eventuelt fattes kan helseaktøren etter forhåndsvarsel opplyse saken ytterligere. Du kan lese mer om hvordan etterkontrollene gjennomføres, og hvilke reaksjoner en etterkontroll kan resultere i på Helfos nettside.

I enkelte saker gjør vi funn vi må informere Statsforvalteren om. Da gjelder det mulige brudd på reglene i helsepersonelloven. Dette gjøres ofte i saker om tap av retten til å praktisere for trygdens regning etter folketrygdloven § 25-6. I slike saker er Helfo også pliktig til å orientere NAV og må også vurdere om det hensiktsmessig å orientere kommuner, helseforetak, den offentlige tannhelsetjenesten eller andre.

Vi kan også kontrollere områder eller takster med særlig risiko.

4.3 Andre oppgaver

I tillegg til den målrettede kontrollvirksomheten har Helfo Kontroll i 2024 brukt ressurser på andre viktige, men ressurskrevende oppgaver. Dette inkluderer behandling av innsynsbegjæringer, oppfølging av anmeldelser og midlertidige forføyningssaker, samt samarbeid med andre etater og kontrollmiljøer, som Skattekrim, NAV Kontroll og Statsforvalterne. Vi bidrar også i kommunikasjons tiltak for å styrke etterlevelsen og forebygge misbruk av refusjonsordninger.

4.4 Helfo mottar tips om misbruk og feil

Helfo Kontroll mottar hvert år en rekke tips om kritikkverdige forhold knyttet til refusjonsordningen. Tipstelefonen er en viktig kanal for innrapportering av informasjon som kan være avgjørende for at kontroll blir iverksatt og urettmessig praksis stanses. Gjennom gode rutiner for mottak, analyse og vurdering av informasjonen Helfo kontroll mottar gjennom tips, gir tipsene verdifull innsikt i bruk og misbruk av refusjonsordningen, både på gruppe- og enkeltbehandlernivå.

En betydelig andel av tipsene kommer fra annet helsepersonell. Dette viser at helsepersonell har et sterkt engasjement for riktig bruk av offentlige midler og kvalitet i tjenestene. Deres innsikt i praksisfeltet og eventuell urettmessig bruk av refusjonsordningen gir et viktig tilskudd til de dataene Helfo allerede har. I tillegg mottar og deler Helfo Kontroll informasjon med andre kontrolletater og forvaltningsorganer. Også pasienter og privatpersoner bidrar med tips.

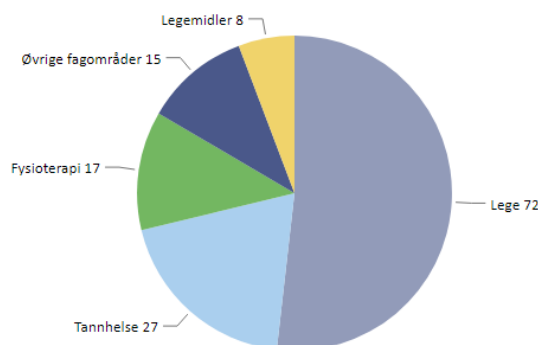
I 2024 mottok Helfo kontroll totalt 138 tips. Av disse ble informasjon i 48 ansett for å medføre høy risiko eller svært høy risiko. Det er tipset om blant annet misbruk av takster og mangel på journalføring, journalføring av fiktive konsultasjoner, overbehandling eller forsøk på å

overbehandle pasienter, krav om refusjon for behandling av periodontitt på en rekke pasienter på tross av at pasienter ikke har vært til stede, ei heller hatt behov for behandlingen samt ulike problemstillinger på blåreseptområdet.

Eksempler fra 2024:

- Helfo mottar tips om at en om at tannlege etter undersøkelse av pasient forespeiler en svært omfattende tannbehandling. Behandler forsikret om at Helfo ville dekke mesteparten av kostnadene, og om ikke kunne en nedbetalingsplan ordnes. Pasienten stiller seg svært overrasket og tvilende til nødvendigheten av dette og oppsøker andre tannleger for en ny vurdering. Mistanken om unødig behandling av friske tenner bekreftes
- Helfo mottar tips om at tannlege har utøvd uforsvarlig unødvendig behandling, blant annet nedsliping av friske tenner for å sette på skallfasetter.
- Helfo kontroll mottar tips om svært alvorlig misbruk av refusjonsordningen hos en legevikar, i form av gjentatte innsendinger av krav på feilaktig grunnlag. Tipser har inngående kjennskap til forholdene som belyses i tipset. Undersøkelser bekrefter informasjonen og avdekker ytterligere forhold av svært alvorlig karakter
- Helfo kontroll mottar tips om leges misbruk av takster og mangel på journalføring. Informasjonen er spesifikk og ytterligere undersøkelser avdekker alvorlige tilfeller av overtaksting, fiktivitet, bruk av takster uten nødvendig utstyr tilgjengelig, manglende journalføring mm. Legen har tidligere fått informasjon og pålegg om å endre sin praksis ved bruk av visse takster, men har ikke foretatt de nødvendige endringene.
- Helfo mottar tips om feil forskrivning av legemidler på blå resepter. Dette kan være urettmessige vedtak og resepter på Ozempic grunnet at pasienten ikke reelt bruker annen diabetesmedisin sammen med Ozempic ol. Et annet eksempel er forskrivning av høye doser opioider enn pasienten har vedtak.

Fordeling av mottatte tips



1

4.5 Formidling av kontrollresultater i 2024

Helfo har et viktig samfunnsoppdrag: å bidra til etterlevelse av regelverket og riktig bruk av refusjonsordningen. En synlig og forebyggende kontrollvirksomhet er et sentralt virkemiddel i dette arbeidet. Helfo Kontroll formidler kontrollresultater og erfaringer gjennom ulike kanaler, blant annet via helfo.no, fagmedier og møter med relevante målgrupper. Mediene spiller også en viktig rolle i dette arbeidet, og Helfo håndterer jevnlig mediehenvelser og innsynsbegjæringer.

Her er noen av Helfos formidlingstiltak i 2024:

- Deltakelse og informasjonsarbeid på landsmøtet til Norsk Tannlegeforening.
- Foredrag om Helfo Kontroll og innovasjonsarbeid på Norsk forum for helseledelse.
- Webinar i regi av European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN), med fokus på erfaringsutveksling knyttet til kontroll av helserefusjoner.
- Publisering av kontrollrapport om e-konsultasjoner, som belyser bruk og utfordringer knyttet til fastlegers e-konsultasjoner. Rapporten resulterte i flere medieoppslag.
- Foredrag ved Høgskolen i Østfold om Helfo Kontrolls arbeid, rettet mot studenter innen innovasjon og prosjektledelse.
- Foredrag for Legeforeningen i Trondheim med gjennomgang av kontrollfunn rettet mot leger.

- Publisering av rapport om etterkontroll av dokumentasjon knyttet til søknader og forskrivning av CGRP-hemmere (migrenemedisin) hos nevrologer.

4.6 Klagebehandling og rettsavgjørelser

Klagebehandling i 2024

Helfos kontroller blir etterprøvd både av Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten og i domstolene.

I klageorganet får saken en ny vurdering av nye saksbehandlere. Dette er en viktig del av rettsikkerheten i ordningen. I 2024 har Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten opprettholdt 31 av Helfos kontrolls vedtak, og har vedtatt delvise omgjøringer på 6 vedtak om tilbakekreving. I underkant av 4 prosent av totalt tilbakekrevd beløp på vedtakene de påklagde vedtakene som er endelig avsluttet er omgjort. Det er ingen vedtak om tap av retten som er omgjort.

Rettskraftige domfellelser i 2024

Noen kontroll saker er så alvorlige at Helfo kontroll mistenker straffbare forhold. Ofte gjelder dette mistanke om bedrageri eller grovt bedrageri etter straffeloven § 371 og § 372. Det kan også være mistanke om falsk forklaring og dokumentforfalskning. I slike tilfeller politianmelder vi forholdet.

Når politiet etterforsker Helfo-saker, kan Helfo kontroll bli bedt om å bistå i etterforskningen og under rettssaken. Der hvor politiet uttrykker at de ønsker bistand til etterforskning, opprettes det en skriftlig samarbeidsavtale. I denne avtalen fremgår det at alt arbeid som utføres for politiet, er underlagt politiets regelverk og instruks.

I 2024 ble 5 helseaktører anmeldt av Helfo. I 2024 falt tre rettskraftige dommer, og vi mottok 5 henleggelse fra politiet.

Dato oversendt politiet	Type domsfellelse	Dato for dom	Resultat anmeldelse
17.02.2022	Grovt bedrageri (straffeloven § 372), ubetinget fengsel	23.04.2024	Domfellelse
13.06.2022	9 måneders ubetinget fengsel	15.01.2024	Domfellelse
03.11.2022	Samfunnsstraff	26.09.2024	Domfellelse

5 Innovasjon og utvikling

5.1 Etterlevelsesarbeid i Helfo

Strategien for etterlevelse ble fulgt opp i 2024 gjennom to prioriterte innsatsområder:

1. Helseaktørene med høyest risiko skal oppleve å bli fulgt opp gjennom effektive kontrolltiltak.
2. Vi skal forstå helseaktørenes arbeidshverdag, deres behov og raskt bidra til forbedringer som er til nytte for dem. Helseaktørene skal merke at vi jobber på en annen måte.

For å oppfylle de prioriterte satsningsområdene er det gjennomført en rekke tiltak i 2024. Kontrollaktivitetene er styrket, vi har hatt en økt satsning på å gi relevant informasjon til aktører med høy risiko for feil og vi har gjennomført tiltak der antatt gap mellom faktisk og ønsket etterlevelse har vært størst. Videre er det tatt flere viktige grep for å forbedre kunnskapen om helseaktørenes arbeidshverdag.

Helfo har i 2024 jobbet videre med utvikling av etterlevelsesarbeidet. Arbeidet har vært konsentrert om følgende:

- **Utvikling av data, verktøy og metoder** for å øke kunnskapen om risiko og årsaker til feil.
- **Systematisk arbeid med resultatene fra brukerundersøkelsen «Tillit og etterlevelse»**: Resultatene fra undersøkelsen har gitt et viktig kunnskapsgrunnlag for å utvikle tiltak som styrker etterlevelsen.
- **Forsterket samarbeid mellom avdelingene**: Vi har lagt vekt på et økt samarbeid mellom avdelingene i Helfo for å i større grad opptre som et Helfo med økt kunnskap om brukerne, etablere et felles risikobilde og felles prioritering av ulike etterlevelsestiltak.

Ved å jobbe systematisk og koordinert unngår vi dobbeltarbeid, har mer samkjørte planer og kan få større effekt av tiltakene vi gjennomfører. Samtidig har vi hatt et fokus på å kunne måle effekter av ulike tiltak, noe som på sikt vil gi oss verdifull innsikt i hvordan virkemidlene våre fungerer og vil hjelpe med å prioritere innsatsen i fremtidige planer

5.2 Lærende kontroll - et innovasjonsprosjekt i offentlig sektor

I 2024 har vi ferdigstilt Helfos innovasjonsprosjekt «Lærende kontrollvirksomhet».

Prosjektet hadde som hovedmål å utvikle en mer datadrevet og automatisert kontroll- og veiledningsorganisasjon. Blant utfordringene var at Helfo så flere risikoområder enn det var kapasitet til å kontrollere, at kontrollene var tidkrevende, og at analysearbeidet var preget av manuelle prosesser. I tillegg var det behov for mer sikker kunnskap om feilbruk i grupper som vanligvis ikke var en del av de risikobaserte kontrollene.

I prosjektet har vi kvalitetssikret data og utviklet modeller for prediksjon av feilbruk. Juridiske vurderinger har sikret en trygg og personvernvennlig bruk av data, og infrastruktur for analyse og visualisering er forbedret. Prosjektet har utviklet nye automatiserte verktøy for økt etterlevelse, inkludert automatisk informasjon og veiledning, forbedringer i utbetalingsvedtak og et analyseverktøy for simulering av tidskravkontroller. En randomisert etterkontroll av fastlegers bruk av e-konsultasjonstakster avdekket et betydelig refusjonsgap, og medvirket til at refusjonsutgiftene for e-konsultasjoner gikk betydelig ned.

Prosjektet har gjort Helfo mer moden som en datadrevet organisasjon og gitt nyttige erfaringer med avansert analyse og innovasjon. De utviklede verktøyene er allerede i bruk i daglig kontrollarbeid og kan videreutvikles. Erfaringene fra randomiserte kontroller og maskinlæringsmodeller gir et viktig grunnlag for videre forbedringer. Det er også planer om vitenskapelige publikasjoner basert på funnene, samt søknader om videre forskningsfinansiering.

6 Refusjonsområde lege

Virkemidler - etterkontroll

	Fastlege	Avtalespesialist	Legevakt	Fastlønnet fastlege	Totalt
Tilbakekrevd beløp	46 372 572	15 297 030	6 011 731	4 145 186	71 826 519
Antall vedtak om tilbakekreving	14	3	3	2	22
Antall vedtak om tap av retten	12		1	2	15
Antall anmeldelser	4				4

I 2024 fattet vi vedtak om tilbakekreving av feilutbetalt refusjon for om lag 50 ulike takster.

En del takster har vært gjengangere i etterkontroller i en årrekke, og disse anses fortsatt som risikotakster. Kroneutvalgsmetoden og økningen i antall saker har imidlertid gitt oss økt kunnskap

om feilbruk av flere takster. Vi velger derfor å skrive mest om de konkrete funnene knyttet til takster i årets rapport.

6.1 Funn i kontrollsaker – fastleger

I det følgende omtaler vi funn i kontrollsaker som gjelder næringsdrivende fastleger. Rekkefølgen på temaene sier noe om vår oppfatning av risiko for feilutbetaling.

Vi har for en del takster oppgitt hvor mye som er utbetalt i refusjon totalt til privatpraktiserende fastleger. Siden 2024-tallene ikke vil gi et riktig bilde så tidlig på året, har vi benyttet tall for 2023 (oppdatert per 15. januar 2025).

E-konsultasjonstakst 2ae/2aef

Helfo utbetalte om lag 365 millioner kroner for disse to takstene til fastleger i 2023. Vi har hatt en rekke kontroller, og de viser omfattende feilbruk. Dette tilsier at dette er blant takstene med aller høyest risiko.

Våre kontroller viser at taksten brukes feil på ulike måter:

- Det er ikke dokumentert en medisinsk vurdering.
- Det aktuelle gjelder enkle forespørsler om resept, timeavtale, prøvesvar, legeerklæring som ikke dekkes av trygden, administrative spørsmål med videre.
- Taksten er krevd flere ganger for pågående kommunikasjon om samme henvendelse/problemstilling.
- Taksten er krevd ved skriftlig kommunikasjon uten at det er bestilt eller forhåndsavtalt og det ikke dreier seg om øyeblikkelig hjelp.

I enkelte saker er det avdekket at legen ber pasientene om å bestille e-konsultasjon ved reseptfornyelse eller krever takst for e-konsultasjon selv om pasienten har startet en henvendelse om resept. Vi har også sett eksempel på at pasienter ikke gis anledning til å bestille fysisk konsultasjon uten at det på forhånd er foretatt en e-konsultasjon.

Taksten kan som kjent kreves når kommunikasjon foregår skriftlig, via video eller per telefon. I de risikobaserte kontrollene har flertallet av de tilfeldig valgte refusjonskronene vært knyttet til skriftlig kommunikasjon. Erfaringene våre er at de kontrollerte legene i liten grad dokumenterer sine medisinske vurderinger.

Møtegodtgjørelse takst 14

I 2023 ble det utbetalt nær kr 149 millioner for takst 14 og 14d til fastleger. Takst for møtegodtgjørelse har vært ansett som en risikotakst i årevis. Også i 2024 ble den kontrollert en rekke ganger med samme type funn som tidligere:

- Taksten er krevd uten at det foreligger dokumentasjon for innholdet i møtet og hvilke instanser/personer som har deltatt og hvor møtet fant sted.
- Dokumentasjonen er mangelfull, slik at vi ikke kan stadfeste om vilkårene for å kreve taksten er oppfylt.
- Dokumentasjonen viser at det aktuelle er en konsultasjon, ofte der pasienten har med ledsager.
- Det framgår at det aktuelle ikke er et planlagt møte, men heller en ad hoc telefonsamtale eller tilfeldig samtale med annet helsepersonell.
- Taksten er krevd for skriftlig dialog med annet helsepersonell.
- Taksten er krevd for faste samarbeidsmøter mellom lege og personell i kommunen der det utveksles praktisk/administrativ informasjon og gis statusoppdatering, men ikke foreligger dokumentasjon for at møtene var nødvendige for pasienters behandlingssopplegg.

I enkelte saker er taksten repetert i stort omfang uten at behovet er dokumentert.

Takster knyttet til sykebesøk 11a, 11c, 11e og 21d/k

Et spesielt trekk ved sykebesøk er at regningene ofte inneholder flere tilleggstakster med høy refusjon. Takst for tidsbruk utover 30 minutter og takst for oppfølging av egne pasienter med kronisk, alvorlig sykdom vil være urettmessig hvis grunntaksten 11a er det. Det samme gjelder reisetillegg. Totalt ble det utbetalt kr 93 millioner til fastleger for takstene 11a, 11c, 11d, 11e og 21 i 2023. Av disse utgjorde takst 11e alene kr 24 millioner.

Takster for sykebesøk ble kontrollert i flere saker. Den hyppigste årsaken til at takstbruken underkjennes, er at sykebesøket ikke ble ansett som medisinsk nødvendig.

I tillegg gjorde vi følgende funn i et visst omfang knyttet til grunntaksten 11a:

- Det er krevd sykebesøkstakst i stedet for konsultasjonstakst for undersøkelse/behandling av flere pasienter i samme husstand.
- Pasienten er innlagt på helseinstitusjon slik at stønad ikke gis etter folketrygdloven.
- Legen har ikke dokumentert at pasientkontakt eller sykebesøk faktisk ble utført.

Funnene knyttet til takst 11e er gjennomgående at pasienten ikke har en kronisk, alvorlig sykdom eller at det aktuelle sykebesøket ikke var knyttet til den kroniske, alvorlige sykdommen.

Tidstillegg takst 11c er underkjent fordi det ikke er dokumentert tidkrevende undersøkelse/behandling/samtale. I enkelte saker finner vi mange sykebesøk med et høyt antall repetisjoner.

Når det gjelder takst 21d/k ser vi at det er krevd reisetillegg når avstanden er kortere enn 1 km eller når reisetiden ikke er så lang som kravet tilsier. Videre har vi sett at taksten er krevd uten at legen har reist i det hele tatt; for pasient nummer to i samme husstand eller når sykebesøk ikke er foretatt.

Tidstillegg 2c

Det ble utbetalt om lag kr 1 265 millioner for takst 2cd/ck til fastleger i 2023.

Helfo har over de siste årene gjennomført mange tiltak for å øke etterlevelsen av takst 2c. Vi viser særlig til tidskravkontrollen som avviser regninger der det ikke er tilstrekkelig tid tilgjengelig for de sendte refusjonskravene.

Til tross for dette er det fortsatt risiko knyttet til tidstillegg, og vi fattet vedtak om tilbakekreving i om lag 20 saker i 2024.

Hovedårsaken er at taksten er krevd uten at vi finner dokumenterte opplysninger som tilsier at konsultasjonen har vært så tidkrevende som takstbruken tilsier.

Vi finner også at taksten er krevd for aktivitet som ikke dekkes av folketrygden, så som kosmetiske inngrep, forebyggende aktivitet, legeerklæringer med videre.

Legemiddelgjennomgang 2ld

Takst for legemiddelgjennomgang har vært gjenstand for kontroll mange ganger, men er en av takstene vi har fått mye erfaring med i 2024. Det ble utbetalt nær kr 170 millioner for takst 2ld i 2023.

Takstens ordlyd er klar på hva som må gå fram av journalen. Likevel finner vi i de fleste sakene at taksten er krevd i stort omfang uten nødvendig dokumentasjon. Vi finner gjennomgående at det er benyttet en standardfrase, og det mangler opplysninger om behov, hvem som ev. er konsultert og hvilke tiltak som er iverksatt. Det er heller ikke alltid at inngangsvilkåret om langvarig behandling med minst fire legemidler er oppfylt.

Vi ser dessuten at flere leger krever taksten svært mange ganger samme dag med svært kort tidsintervall. Dette kan underbygge at takstene ikke er krevd på rettmessig grunnlag.

I en sak fant vi både manglende dokumentasjon og svært mange refusjonskrav i løpet av svært kort tid. Legen opplyste at hen hadde krevd takst 2ld i helgen, fordi taksten ikke kunne kombineres med takst 2cd i konsultasjonen der arbeidet skal ha blitt utført. En slik forklaring tilsier at hen forsøkte å omgå systemet for å oppnå økt refusjon.

Samtaletakster 101, 612a, 612b og 615

Helfo utbetalte kr 286 millioner i 2023 til fastleger for «samtaletakstene» 101 (veiledning relatert til kosthold, røykeavvenning og/eller fysisk aktivitet), takst 612a og b (nødvendig samtale med pårørende/foresatte) og takst 615 (samtaletterapi).

Vi bemerker at 55 % av den utbetalte refusjonen gjelder takst 615. Den er en av de mest kontrollerte takstene med stor risiko for feilutbetaling. Vi har også en del erfaring med takst 612a og b samt 101, men da gjerne fra sporadiske funn i saker med annet fokus. I 2024 har disse samtaletakstene vært med i kroneutvalget i mange saker.

I kontrollene ser vi at legene ikke eller i liten grad kan dokumentere at samtaler er gjennomført i henhold til vilkårene for bruk av takstene. I journalen finner vi standardfraser uten individuelle opplysninger, ingen opplysninger som forteller om innholdet i samtalen eller tomme/manglende notater. For pasienter der disse takstene kreves jevnlig finner vi ikke at det er journalført kommentarer om status / evaluering av situasjonen siden forrige samtale. Videre er takstene krevd når det grunnleggende ikke er dokumentert, så som at

- pasienten har psykiske utfordringer, og at det er tema i den aktuelle konsultasjonen når legen krever takst 615
- pasienten har en sykdom/tilstand som er relevant ved bruk av takst 612a og b
- pasienten eller pårørende/foreldre/foresatte har vært til stede

Konsultasjonstakst ved fysiske konsultasjoner 2a

Konsultasjonstaksten er selve grunntaksten i allmennpraksis, og utbetalt refusjon til fastleger utgjorde i 2023 kr 886 millioner.

Vi har hatt grunn til å ta med konsultasjonstaksten i kroneutvalget i en rekke saker, og har funnet urettmessige krav i alle. Det gjelder krav om refusjon når

- pasienten ikke har møtt til eller har avbestilt time
- pasienten kun har hatt kontakt med hjelpepersonell
- det aktuelle i pasientkontakten ikke dekkes av folketrygden (for eksempel legeattest til skole eller forsikringsselskap)
- pasienten er innlagt i helseinstitusjon
- pasienten ikke har hatt fysisk oppmøte
- det ikke er dokumentert konsultasjon

Enkle pasientkontakter 1bd og 1f

Vi vil trekke fram noen erfaringer knyttet til takst 1bd og 1f som ble kontrollert i mange av våre saker i 2024. Selv om honorarene ikke er så høye, er takstene så hyppig brukt at Helfo utbetalte kr 315 og kr 229 millioner for henholdsvis takst 1bd og 1f til fastleger i 2023.

For å kreve takstene er det en forutsetning av legen gir råd/veiledning, eller eventuelt ordinasjoner for takst 1f. Vi finner i stor grad at dette vilkåret ikke er oppfylt – fordi det ikke er utført eller iallfall ikke dokumentert. Vi ser for eksempel at takst 1f er krevd når legen ikke har hatt kontakt med en aktuell instans eller når legen har mottatt en epikrise. Videre finner vi stort omfang av at taksten er krevd to ganger for samme aktivitet; både ved innkommen kommunikasjon og når legen gir sin tilbakemelding på forespørselen.

Laboratorietakster 701a, 701c, 709

I 2023 ble det utbetalt kr 213 millioner til fastleger for takst 701a og 701c. Refusjon for takst 709 utgjorde kr 114 millioner. Vi ser at enkelte leger har avvikende bruk av disse takstene. Dette sammen med funn i kontroller tilsier at det er høy risiko for feilutbetaling.

For di takstene som regel utgjør en liten andel av legens totalrefusjon, ble laboratorietakster sjelden valgt ut til kontroll i tiden før vi tok i bruk kroneutvalg. Et unntak var en kartleggingskontroll av takst 701a i 2017. I 2024 ble takst for prøvetaking og –sending samt for analyse av HbA1c kontrollert i flere saker.

Gjennomgående funn er at det mangler dokumentasjon av prøvesvar. Dette gir oss grunn til å tro at takstene er krevd uten at arbeidet er utført.

I tillegg finner vi eksempler på at

- takst 701a er krevd for prøver som inngår i konsultasjonstaksten
- takst 701c er repetert uten at det er sendt mer enn én prøve eller uten at det er sendt prøver i det hele tatt
- takst 709 er krevd uten indikasjon

Takst for tidkrevende henvisning 616

Utbetalt refusjon til fastleger var i 2023 kr 57 millioner for takst 616.

Vi kontrollerte takst 616 hos flere fastleger i 2024, og i alle sakene fant vi feilutbetalinger. Det dreide seg om krav når

- ingen henvisning var sendt

- henvisning ikke var sendt til instans som er omfattet av taksten
- arbeidet med henvisningen ikke kunne anses tidkrevende

Prosedyretakster 105 og 111

Flere prosedyretakster ble kontrollert i 2024. Vi vil trekke frem funn knyttet til takst 105 (større prosedyrer) og 111 (kryokirurgi). Refusjonsutbetalingen i 2023 var henholdsvis kr 37 millioner og kr 32 millioner.

Ved kontroll av takst 105 er den vanligste feilen at prosedyren eller behandlingen som er gjort, ikke er omfattet av den uttømmende listen over prosedyrer som inngår i taksten. Videre ser vi manglende dokumentasjon for at takstbruken er rett.

Ved kontroll av takst 111 finner vi at taksten er krevd uten dokumentert indikasjon og opplysninger om det som skal være behandlet. Vi ser også at taksten er repetert flere ganger enn det som er rettmessig.

Kveldstakster 2ak og 1bk

Refusjon for kveldstakster utgjør naturlig nok en begrenset andel av refusjonsutbetalingene til fastleger, men vi ser at et fåtall leger får utbetalt relativt store summer. Gjennom flere kontroller i 2024 så vi da at kveldstakst for konsultasjon og for enkel pasientkontakt var krevd av fastlege uten at det var snakk om øyeblikkelig hjelp mv., jf. takstforskriften merknad D1.

6.2 Funn i kontrollsaker - fastlønnede fastleger

I årsrapporten for 2023 omtalte vi risiko for feilutbetaling knyttet til fastlønnede fastleger, blant annet fordi mange leger har avtaler som gir økonomisk insentiv knyttet til refusjon og takstbruk. I 2024 har vi gjort ytterligere erfaringer hvor vi har krevd tilbake feilutbetaling fra kommunen. De kontrollerte legene hadde en fastsatt årslønn samt avtale med kommunen om å beholde 50 % av inntjent refusjon og egenandeler.

Andelen feil som ble avdekket i kontrollene, varierte fra om lag 30 % til over 70 % av de kontrollerte refusjonskravene. Det gjaldt takster som 1f, 2ad, 2ae, 2cd, 2ld, 14, 111 og 615. Funnene er de samme som omtalt for næringsdrivende fastleger ovenfor.

6.3 Funn i kontrollsaker - legevakt

Vi kontrollerte refusjonskravene til enkelte legevaksleger i 2024. Vi lister opp noen eksempler på feilutbetalinger:

- krav om refusjon for takst 11a, 11c, 11d og 21 for sykebesøk som ikke var medisinsk nødvendige eller gjaldt innlagte pasienter
- bruk av takst 1b og 1f uten dokumentert råd/veiledning/ordinasjoner
- bruk av takst 1g uten at det har vært pasientkontakt
- tidstillegg for konsultasjoner uten dokumentasjon for tidkrevende arbeid
- krav om takst 2fk når det ikke var foretatt utrykning til kontor

I to saker var det et mønster at legen forskjøv klokkeslett på regninger eller på pasientkontakt fram i tid. Vi antar at dette ble gjort for å kunne kreve kveldstakst eller for å kunne kreve refusjon til seg selv som legevakslege i stedet for til kommunen som fastlønnet fastlege.

6.4 Funn i kontrollsaker - avtalespesialister

Vi har arbeidet med noen saker i 2024 knyttet til ulike spesialiteter.

Ved kontroll av refusjonskrav fra øre-nese-hals-spesialister er det gjennomgående funnet overforbruk av takster uten dokumentert medisinsk nødvendighet, ofte med likelydende journalføring for alle pasienter. Eksempelvis fant vi

- systematisk bruk av konsultasjonstakst når arbeidet var utført av kvalifisert hjelpepersonell eller det ikke var medisinsk nødvendig med legekontakt, for eksempel ved allergivaksinering eller utprøving av høreapparat
- krav om prosedyretakster gjentatte ganger med kort tidsintervall på samme pasient
- bruk av tilleggstakst for fullstendig undersøkelse uten at det var medisinsk behov

Når omfanget av slike funn er stort samtidig som avtalespesialisten har svært høy bruk av takstene, kan det stilles spørsmål ved om alt arbeidet det er krevd refusjon for, faktisk er utført.

Vi har også eksempler på at det ikke er tvil om at det er krevd refusjon for arbeid som ikke er utført. Eksempler på dette er

- at takst 319 (apnoeregistrering) som har honorar på kr 2 300, er krevd flere ganger for samme sekvens – både når undersøkelsen ble besluttet, ved utlevering av utstyr og ved konsultasjon etter registreringen
- bruk av takst 1f krevd ved mottak av henvisninger
- gjennomgående bruk av takst 502a under koronapandemien selv om dynamisk spirometri da oftest ikke ble utført av smittevern hensyn
- krav om takst 313 på småbarn som ikke har utviklet bihulesystem

Innenfor en annen spesialitet fant vi manglende henvisninger, sammenblanding av avtalepraksis og privat virksomhet samt feil bruk av flere takster.

6.5 Andre temaer

Handlinger for å unngå automatisk kontroll

Legen skal sende én regning per pasientkontakt med dato og klokkeslett for når legehjelpen ble gitt. I enkelte tilfeller ser vi at legen bevisst oppretter flere regninger eller oppgir feil dato eller klokkeslett for å oppnå økonomisk vinning. Regningene gis ulikt klokkeslett eller en variasjon i takster slik at kravene ikke blir avvist i automatisk kontroll som ugyldige takstkombinasjoner eller duplikat.

Feilbruk av frikoder

Helfo kontroll har gjentatte ganger omtalt risiko og foreslått tiltak knyttet til urettmessig bruk av frikoder, særlig frikode H (fritak på grunn av at pasientens tilstand er til hinder for å kreve egenandel). Også i 2024 har vi hatt kontroller der det er avdekket misbruk av frikoder. I en sak var frikode H brukt

- når pasienten ikke hadde møtt til time
- ved krav om konsultasjonstakst uten dokumentasjon for pasientkontakt
- når andre takster på regningen tilsa at pasientens helsesituasjon ikke var til hinder for å betale, for eksempel takst for samtaleterapi, strukturert veiledning for kosthold/røykeavvenning/fysisk aktivitet eller prevensjonsveiledning

7 Refusjonsområde tann

Virkemidler - etterkontroll

	Tannlege	Tannlege kjeveortoped	Totalt
Tilbakekrevd beløp	12 289 321	4 898 756	17 188 077
Antall vedtak om tilbakekreving	6	3	9
Antall vedtak om tap av retten	5	2	7

Funn og erfaringer

Helfos etterkontroller av tannlegers bruk av takster for tannbehandling i 2024 har avdekket flere former for avvik. Gjennom kontrollarbeidet har vi funnet alt fra mindre feil til rent misbruk. Flere av funnene gjelder kjente forhold som vi stadig avdekker nye tilfeller av.

Trekk ved enkelte tannlegers innretning av praksis

Våre kontroller har, i likhet med tidligere år, avdekket at flere tannleger har organisert sin praksis på en måte som synes å være mer rettet mot stor inntjening, enn rettmessig behandling av pasientene. Dette gjelder både enkeltaktører og tannlegekjeder.

Ved enkelte av tannklinikene ser det ut til at mange pasienter ledes inn i et system med standardisert behandling uten at nødvendige vurderinger gjøres. Flere kontroller avdekker en praksis der det er kort vei fra første konsultasjon til avgjørelse om omfattende og inngripende behandling, som igjen utløser et stort antall takster. I disse sakene ser vi at det ofte blir utført unødvendig omfattende behandling med implantater og/eller protetik, der mindre inngripende behandling burde vært benyttet. Dette er problematisk utover misbruk av folketrygden, da det også kan få alvorlige konsekvenser for pasientene.

Et område der vi har avdekket en slik praksis er ved attrisjons- og erosjonsskader (stønads punkt 9). Våre kontroller viser at flere tannleger har utført svært omfattende protetisk behandling under dette punktet, uten å dokumentere alvorlig patologisk tannslitasje, og uten begrunnelse for at omfattende bekroning var nødvendig. Dette innebærer at pasienter har fått brukbare tenner slipt vekk og erstattet med kunstige tenner slik at tannlegen kunne kreve mye refusjon fra Helfo.

Funn ved noen tannlegers dokumentasjon av refusjonskrav

Problemer knyttet til mangelfull eller utilstrekkelig dokumentasjon er et tilbakevendende tema, og vi finner tilfeller av dette i så godt som alle de risikobaserte kontrollene vi åpner. 2024 er ikke noe unntak. Vi fant tilfeller der dokumentasjon for stønadsberettigelse manglet helt, men vanligere er det at dokumentasjonen ikke er god nok. Da mangler gjerne diagnostikk, behandlingalternativer, behandlingsplan og/eller prognosevurdering. En slik praksis gjør at det i flere tilfeller blir vanskelig å vurdere om behandlingen er stønadsberettiget.

Videre ser vi ofte mye bruk av standardtekster som dokumentasjon for takstbruk og behandling. Vi har for eksempel funnet dette ved stønads punkt 6a og 9 og takst 1, 6, 101, 203, 303 og 501. Det er ikke noe galt i å ta utgangspunkt i en standardtekst, men det må også komme frem at behandlingen som er gitt pasienten er individuell og tilpasset. Dokumentasjonen må gjenspeile dette, noe som i flere kontroller ikke var tilfelle. I en av kontrollene var det direkte motstrid mellom innholdet i benyttede standardtekster og det man kunne se av kliniske foto i journalen.

Forfalskning av journaler

Noe av det mest alvorlige vi avdekker i kontrollene er forfalskning av journaler. Vi har også i 2024 arbeidet med flere kontroller der tannleger forfalsker journalen før den sendes inn til Helfo i forbindelse med kontrollen. Dette gjøres gjerne der refusjonskrav i utgangspunktet er dokumentert dårlig eller ikke er dokumentert i det hele tatt. Slik manipulering i ettertid gjøres trolig for at det skal se ut som om journalføringen for de kontrollerte refusjonskravene var gjort samtidig med den opprinnelige behandlingen.

Urettmessig takstbruk ved periodontal behandling og rehabilitering

Flere av funnene i kontrollene gjaldt også i 2024 avvik knyttet til 500-takstene, som benyttes ved behandling og rehabilitering av periodontitt.

Ved kontroll av takstbruk for behandling av periodontitt (stønads punkt 6a) har vi blant annet avdekket bruk av takst 501 – systematisk behandling av marginal periodontitt – der det er tvilsomt at pasientene har periodontal sykdom i det omfanget det kreves refusjon for. I flere av tilfellene er det umulig å vurdere periodontal status og prognose ut fra journalen. Vi har også funnet omfattende bruk av takst 501 uten behandlingsplaner, og hvor det i journalen kun er kopiert inn standardtekster uten individuell tilpasning.

Kontrollene av takstbruk ved rehabilitering der tenner er tapt som følge av periodontitt (stønads punkt 6b) har avdekket flere forhold. Et funn i disse kontrollene er bruk av takst 513 (fast protetik) der det ikke kunne dokumenteres at tennene var tapt på grunn av alvorlig marginal periodontitt. Ved ett tilfelle avkreftet nærmest de innsendte røntgenbildene at tennene var rammet av periodontitt. Vi har også funnet tilfeller der takst 513 utløses for tenner som fortsatt står i munnen. Det er alvorlig feilbruk av en takst som gjelder for tenner «som er tapt/trukket».

Vi avdekket også tilfeller der det var fravær av behandlings- og oppfølgingsplan for rehabiliteringen eller svært tynne og lite individuelt tilpassede planer. Det manglet ofte beskrivelser i journalen av hvorfor tennene ikke kunne behandles, hvorfor fast protetik var det rette behandlingsvalget for pasienten og hvordan prognosene for implantatene var på sikt.

Overbehandling og uberettiget takstbruk ved stønads punktene for hyposalivasjon og attrisjon/erosjon:

Vi har avdekket flere former for avvik ved disse tilstandene (stønads punkt 9 og 10). De er omtalt under samme overskrift fordi det er en del fellestrekk ved funnene her. I flere tilfeller var det ikke dokumentert at pasientene oppfylte vilkår for refusjon under disse to stønads punktene.

Kontrollene viser eksempler på at refusjon er krevd for protetisk behandling av tapte tenner uten at det er snakk om rotfraktur, noe som er et vilkår for å motta stønad for tapte tenner under stønads punkt 9. Vi fant eksempler på manglende vurderinger i journalen om hovedårsak til tannskade og at det ikke var dokumentert alvorlig patologisk tannslitasje, samt tekster i journal som ikke samsvarte med resten av journalføringen og vedlagte kliniske foto. Ved stønads punkt 10 fant vi også at refusjon var krevd uten at det var dokumentert at hyposalivasjonen hadde forårsaket økt kariesaktivitet med skade som hadde gitt vesentlig nedsatt tannhelse.

Det mest alvorlige er likevel at flere kontrollerte tannleger også under disse stønads punktene gjennomførte svært omfattende protetisk behandling på pasientene uten at behovet for dette var begrunnet, et krav som gjelder for begge stønads punktene.

Et utvalg andre funn i kontrollene

I tillegg til det som er nevnt ovenfor kan vi trekke fram et utvalg eksempler på forhold som har kommet frem gjennom kontrollene i 2024:

- Mangelfullt dokumenterte refusjonskrav ved stønads punkt 5, 6a, 6b, 7, 9, 10, 12 og 14
- Tannleger har sendt og fått utbetalt refusjonskrav for behandling som ikke er utført.
- Et tilfelle der takst 303 (skallfasetter) ble benyttet over 100 ganger så ofte som medianbruk for sammenlignbar gruppe tannleger, og hvor kontrollen viste at takstbruken ikke var dokumentert.
- Føring av takst 303 for tenner som ikke er til stede i munnen
- Bruk av takstene 405 (fjerning av retinert tann / dyptliggende rot) og 705 (undersøkelse, behandling og etterkontroll ved temporomandibulær dysfunksjon) uten dokumentasjon som berettiger takstbruken
- Korrigering av avviste regninger for at de skal gå igjennom systemet og bli utbetalt. Et eksempel er å splitte opp takst 405x2 på to regninger for å unngå 50 prosent reduksjon på den ene taksten, slik regelverket krever.
- Tannlege som fremmet krav om refusjon til Helfo ved yrkesskade for flere tenner enn det som kommer frem av NAVs vedtak

Om funn fra kontroller av kjeveortopedier

Funn som ofte går igjen ved kontroller av kjeveortopedier er at det ikke er dokumentert at pasienten fyller vilkår for den aktuelle gruppen under stønads punkt 8. Vi ser også feil på takstnivå, da gjerne at berettigelsen for takstbruken ikke er dokumentert, eller ikke er dokumentert godt nok. Ett eksempel på dette er ved stønads punkt 8b2, der vi fant at det ikke var dokumentert kryssbitt på tilstrekkelig mange tannpar og at det ikke var dokumentert tvangsføring eller asymmetrier. Videre ser vi fortsatt tilfeller av at kjeveortopedier har satt i gang behandling uten gyldig henvisning.

8 Refusjonsområde fysioterapi

Virkemidler - etterkontroll

	Fysioterapeut	Manuellterapeut	Totalt
Tilbakekrevd beløp	10 188 103	9 038 168	19 226 271
Antall vedtak om tilbakekreving	4	3	7
Antall vedtak om tap av retten	5	2	7

Funn og erfaringer

Helfo har i 2024 gjennomført risikobaserte etterkontroller av fysioterapeuter og manuellterapeuter. De fleste funn og feil som er avdekket gjelder for både fysioterapeuter og manuellterapeuter. I det følgende blir disse omtalt som behandlere.

Mange av funnene har vi sett før. Dette gjelder særlig at dokumentasjonskravet for refusjonskravene ikke er oppfylt. I de fleste kontrollene er det nærmest gjennomgående mangelfull dokumentasjon av refusjonskravene. Dette vanskeliggjør etterkontroll av behandlingenes innhold, varighet og nødvendighet. I disse sakene får vi likevel avdekket konkrete feil og uregelmessigheter gjennom kontakt med pasienter og våre analyseverktøy.

Fravær av dokumentasjon

I to av de gjennomførte kontrollene har behandlerne ikke besvart Helfos pålegg om innsending av dokumentasjon. De har heller ikke respondert på noen av Helfos henvendelser i forbindelse med kontrollen. I disse sakene foreligger det dermed ingen dokumentasjon for noen av refusjonskravene som skal kontrolleres, og alle kravene blir dermed vurdert som urettmessige. Behandlerne har heller ikke inngitt tilsvarende på forhåndsvarsel om tilbakekreving.

Gjennom pasientkontakt har vi i disse sakene avdekket uregelmessigheter. Det være seg at pasienter ikke har fått den behandlingen det er krevd refusjon for, at pasienter ikke har fått behandling på de tidspunkt det er krevd refusjon for, og at behandler har krevd refusjon for behandling når pasienter ikke har vært til stede.

Helfo ser svært alvorlig på at behandlere ikke etterkommer pålegg om innsending av dokumentasjon til etterkontroll.

Manglende journalføring

I flere kontrollen har behandlerne ikke fremlagt journalnotat som dokumenterer helsehjelp knyttet til regningene. Når behandlingene ikke er dokumentert, lar det seg vanskelig kontrollere hva slags behandling som er gitt og hvilke vurderinger som er gjort underveis i et behandlingsløp. Dokumentasjon av behandlingsbehov og behandlingseffekt er avgjørende for å vise at behandlingen er medisinsk nødvendig og dermed refusjonsberettiget.

En av kontrollene gjaldt en ambulerende fysioterapeut. Behandleren sendte ikke inn noen journalnotater. Hen opplyste til Helfo at hen ikke har ført journal for noen pasienter i hele kontrollperioden på 2,5 år.

I en annen sak ble 49 av 50 regninger ikke godkjent i vår etterkontroll. Med unntak av én regning, har behandler ikke fremlagt noe dokumentasjon for regningene i kontrollen.

Omfanget og alvorligheten av en praksis med fraværende/nærmest fraværende dokumentasjon kommer tydelig frem ved vår gjennomgang av hele pasientforløp. I en sak ba vi om utskrift av fire pasientforløp, hvor behandler har sendt totalt 372 regninger i en periode på ett år og to mnd. Behandler hadde ikke skrevet journalnotater for noen av regningene. I en annen sak hadde behandler kun journalført 8 av 1277 regninger. De få journalnotatene som ble fremlagt var korte og mangelfulle. Vi ser tilsvarende i flere andre saker også.

Mangelfull journalføring

I en del av sakene har vi mottatt dokumentasjon fra behandler på noen av regningene som er gjenstand for kontroll. Ofte blir refusjonskravene likevel ansett som urettmessige på grunn av at journalnotatet er mangelfullt og ikke dokumenterer kravet og behandlingen i tilstrekkelig grad.

Undersøkelser – Takst A1a, A1d

Funn og funksjonsvurderinger gjort i tilknytning til undersøkelser danner et viktig utgangspunkt for behandlingsdiagnose, mål for behandlingen og for valg av metoder og behandlingsstrategier. Vi ser også her at det ofte er mangelfull dokumentasjon ved bruk av undersøkelsestakstene. Det mangler journalnotater med funn fra undersøkelser ved oppstart av behandlingsløpene, oppfølgende undersøkelser og vurderinger foretatt underveis i det som ofte er lange behandlingsforløp. Slik mangelfull journalføring gjør det vanskelig å etterprøve behandlingsbehovet for den enkelte pasient, og om etterfølgende behandlinger er adekvate og medisinsk nødvendige.

Felles for de mangelfulle journalnotatene er at det er få eller ingen beskrivelser av resultatet av undersøkelsene, diagnose, og mål for behandling, slik takstforskriften krever. Mange av undersøkelsesnotatene ligner mer på behandlingsnotater enn undersøkelsesnotater.

Vi ser også ulik praksis for bruk av undersøkelsestakster. Noen har svært lav bruk, hvor mange pasienter har lange og uavbrutte behandlingsforløp over flere år uten at det på noe tidspunkt blir krevd takst for undersøkelser. Andre behandlere gjennomfører hyppige undersøkelser, uten at dette behovet er begrunnet i journal.

Individuelle behandlinger – Takst A3a, A8a

Ved kontroll av takster for individuelle behandlinger ser vi svært ofte at behandlerne ikke i tilstrekkelig grad dokumenterer hva slags behandling som er gitt.

Flere behandlere sender inn standardiserte takstrekker, for eksempel A3a, A3bx1, A10 for nærmest alle sine pasienter.

Vi har også avdekket at behandlere har sendt krav om refusjon for individuelle behandlinger som ikke er utført. Dette er i en del tilfeller rene fiktive krav, hvor pasienter opplyser å ikke ha vært til behandling på aktuell dato/klokkeslett eller i det omfang som fremgår av regningsinnsendingene. Flere pasienter opplyser også at timen har hatt et annet innhold eller varighet enn det behandler har krevd refusjon for. Vi har i flere saker avdekket at behandlere har krevd takst for individuell behandling når pasienten kun har gjennomført veiledet trening.

Veiledet trening – takst A10

Også på denne taksten er dokumentasjonen ofte fraværende eller mangelfull. Det er svært sjeldent at bakgrunnen/det medisinske behovet for å benytte taksten lar seg utlede fra dokumentasjonen.

Innholdet i treningsopplegget er som oftest ikke beskrevet i det hele tatt. Vi ser at behandlere sender inn krav for svært lange pasientforløp, uten at det fremkommer noe informasjon om pasientens fremgang ved treningen eller status på treningsopplegget. Det fremgår heller ikke vurderinger av om hvorvidt egentrening vil kunne gi et tilfredsstillende resultat, eller hvorfor videre opptrening er nødvendig.

I tilfeller hvor det er journalført innhold på A10 er øvelsene som er oppgitt ofte ikke tilstrekkelig til å sannsynliggjøre en tidsbruk på minimum 30 minutter treningstid.

I en kontroll fant vi at behandler i en del tilfeller har benyttet A10 flere ganger på samme dato for samme pasient.

Vi har i flere saker snakket med pasienter som opplyser at de aldri har trent hos behandler, men at de kun har fått individuell behandling på benk.

I flere kontroller ser vi at behandlere nærmest konsekvent kombinerer takst A10 med takst for individuell behandling for nesten samtlige pasienter.

Gruppebehandlinger – C-takster

Flere av behandlerne vi har kontrollert gjennomfører gruppebehandlinger. Hovedfunnet ved kontroll av disse takstene er at takstbruken ikke er dokumentert. Vi mottar tilnærmet ingen dokumentasjon som belyser hvorfor gruppetrening er av vesentlig betydning for den enkelte pasientens sykdom og funksjonsevne. Det dokumenteres svært sjeldent hva slags type trening og øvelser som gjennomføres.

Kontrollene har avdekket en del fiktive refusjonskrav på disse takstene. I en sak har behandler krevd refusjon for 33 regninger for gruppebehandling for en pasient som overfor Helfo opplyste at hen aldri har trent ved klinikken. I en annen sak har behandler krevd refusjon for 9

gruppebehandlinger for en pasient på én måned, mens pasienten opplyste å aldri ha deltatt på gruppebehandlinger.

I regningsinnsendingene ser vi at gruppebehandlingene nesten alltid fylles opp med maks antall deltakere. Dette står i kontrast til opplysninger fra pasienter, som opplyser at antall deltakere i gruppen har vært lavere enn det som fremgår av behandlers regningsinnsendinger. For eksempel opplyste en pasient at det «bare var et par stykker i gruppen», mens behandler nærmest konsekvent har sendt inn regninger for ni eller 10 deltakere. Grupper bestående av barn under 16 år har også alltid vært fylt opp, slik at det tilsynelatende aldri har vært noen avbestillinger - selv ikke i feriemånedene.

I et par saker har vi sett at behandler har en sterk økning av bruk av gruppetakster mot slutten av året, og at pasientene i gruppebehandlingene utelukkende har bestått av pasienter med frikort eller unntak for egenandel på grunn av fritakskode.

Behandling i pasientens hjem – takst F1

I saker hvor behandler har krevd takst for hjemmebehandling ser vi at vilkåret om at pasienten ikke kan møte i fysioterapeutens institutt uten spesielt transportmiddel og/eller ledsager sjeldent er dokumentert eller sannsynliggjort.

Selve behandlingen er også ofte dårlig dokumentert. I en sak gjennomførte behandler utelukkende hjemmebehandlinger, og ingen av behandlingene i kontrollperioden var dokumentert. Behandleren hadde også konsekvent svært lange behandlinger, på henholdsvis 60-90 minutter.

Vi fant også at en behandler har krevd refusjon for takstene A3a, F1 og F21x9 til tross for at pasienten har avbestilt timen.

Fiktive refusjonskrav

Vi har i flere saker avdekket til dels store avvik mellom behandlers regningsinnsendinger og pasientenes opplysninger om når de har vært til behandling og med hvilken hyppighet. I mange tilfeller er det ikke samsvar mellom hva slags behandling pasienten opplyser å ha fått og takstene behandler har krevd refusjon for. Vi har avdekket flere tilfeller hvor behandler har krevd refusjon for takster som er høyere honorert enn den behandlingen som er gitt. Vi har blant annet funnet:

- Regninger for individuell behandling (A3a og A3b) når pasienten ikke har vært til stede
- Regninger for behandlinger når pasienten opplyser å ha hatt lengre opphold eller har avsluttet behandlingsforløpet
- Regninger for hyppigere behandling/trening enn pasienten har gjennomført
- Regninger for individuell behandling (A3a) og med tidstillegg (A3b) når pasienten kun har hatt veiledet trening
- Regninger for gruppetrening når pasienten har hatt veiledet trening
- Regninger for veiledet trening når pasienten ikke trener på klinikken
- Regninger for pasienter som var registrert døde på behandlingstidspunktet. De avviste regningene var forsøkt sendt inn flere ganger.
- Regninger for behandlingstimer som er avbestilt av pasienten

Lengre behandlinger når pasienten ikke betaler egenandel

Vi har i noen kontroller sett at behandler gjennomgående sender refusjonskrav for lengre og hyppigere behandlinger når pasientene ikke betaler egenandel.

Helfo mener det er grunn til å anta at økningen i regningsinnsendinger og tidskrav som forekommer etter at pasientene har oppnådd frikort i mange tilfeller tilsier feil takstbruk og har også sett at mange av disse kravene har vært fiktive.

Lange behandlingsforløp

Behandlere har sendt inn et betydelig antall regninger i kontrollperioden for pasienter som har gått til vedvarende behandling i årevis, uten at den medisinske nødvendigheten av dette lar seg utlede av journalnotatene.

Uriktige tidspunkt på regningsinnsendingene

Vi erfarer at det ofte ikke er samsvar mellom behandlers tidsregistrering på regningene og pasienters opplysning om faktisk behandlingstidspunkt.

Vi har også i flere saker sett at behandler har endret dato og/eller klokkeslett på avviste regninger for å få regningene godkjent.

Manglende tilstedeværelse

Vi har i flere saker avdekket at behandler ikke alltid er til stede i hele behandlingstiden det er krevd refusjon for. Noen behandlere har behandlet flere pasienter samtidig, selv om de har krevd takster som krever at behandler har pasientens fulle oppmerksomhet i hele behandlingstiden. Slik overlappende behandling er avdekket gjennom pasientundersøkelser, hvor pasienter opplyser at andre pasienter har fått behandling samtidig.

I en sak har behandler sendt krav om refusjon for behandlinger på datoer hvor behandler selv har oppgitt at hen ikke har vært til stede. Dette gjaldt 17 lørdager hvor hen ikke har vært på jobb. Behandler hadde sendt inn 210 regninger og fått utbetalt kr 92 426 disse dagene.

Avbestilte timer

Vi ser svært sjeldent at det er hull i behandlers regningsinnsendinger, noe som fremstår som lite sannsynlig ettersom det ofte vil være pasienter som av ulike grunner ikke kan møte til oppsatt time.

I en sak har behandler erkjent at hen sender refusjonskrav til Helfo for avbestillinger som blir meldt inn kort tid før behandlingstidspunkt.

Yrkesskade

Vi har i flere saker sett at behandlere registrerer pasienter med frikode yrkesskade uten å ha hatt tilgang på pasientens yrkesskadevedtak. Vi ser også eksempler på langvarige behandlingsforløp med endring av diagnosekoder underveis, hvor behandler konsekvent bruker frikode yrkesskade.

Det kan i noen saker se ut som at behandler anser yrkesskade som et ubegrenset frikort til fysioterapibehandling uten betaling av egenandel, uten å vurdere om det foreligger årsaksammenheng mellom yrkesskaden og behandlingsbehovet.

9 Øvrige refusjonsområder

Virkemidler - etterkontroll

	Offentlig poliklinikk	Nevropsykolog	- Blåresept -	Totalt
Tilbakekrevd beløp	83 175 129	9 010 130		92 185 259
Antall vedtak om tilbakekreving	2	2		4
Antall vedtak om tap av retten		2		2
Antall anmeldelser			1	1
Antall informasjonsbrev / pålegg om endring av praksis	4		20	24

De to vedtakene om tilbakekreving for offentlig poliklinikk i tabellen er omgjort i sin helhet etter klagebehandling.

3.1 Offentlig poliklinikk

Finansieringsordningen for poliklinisk virksomhet i spesialisthelsetjenesten er tredelt og kommer fra basisbevilgninger, aktivitetsbasert finansiering og egenandeler fra pasienter. Takst 201b er refusjon av egenandel for pasienter som har oppnådd frikort, eller er unntatt fra å betale egenandel etter § 5 i forskrift om betaling fra pasienter for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesta (pasientbetalingsforskriften). Helfo betalte i 2024 ut over 1,9 milliarder kroner på denne taksten alene.

Helfo har avsluttet til sammen seks kontroller på poliklinikkområdet i 2024. Samtlige seks kontroller gjaldt krav til henvisning ved bruk av takst 201b. Utgangspunktet er at det kun kan kreves egenandel/takst 201b etter pasientbetalingsforskriften for pasienter som er henvist til spesialisthelsetjenesten. Unntak fra krav om henvisning er regulert i forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp (poliklinikkforskriften) og gjelder blant annet pasienter som på egen hånd oppsøker sykehusets akuttfunksjon som øyeblikkelig hjelp og hvor denne avdeling/funksjon finner det nødvendig å undersøke/behandle vedkommende.

Etterkontroll av skadepoliklinikker

To av de seks kontrollene som ble avsluttet i 2024, gjaldt skadepoliklinikker (oppstart i 2023). Her ble det fattet vedtak om tilbakekreving av feilutbetalt refusjon på til sammen 83 millioner kroner.

Bakgrunn for vedtakene var hovedregelen om krav til henvisning for å kunne kreve egenandel av pasienten/refusjon fra Helfo (takst 201b), jf. pasientbetalingsforskriften § 4, første ledd, jf. også poliklinikkforskriftens § 2 første ledd. Begge disse skadepoliklinikkene er som de eneste i landet samlokalisert med kommunal legevakt i den aktuelle kommune. Begge har en forhåndsdefinert fordeling av innkomne pasienter etter skade og sykdom, og ikke etter hvilket nivå av tjenester pasienten har behov for. Pasienter med skade behandles ved skadepoliklinikken, og mottar helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, mens pasienter med sykdom behandles ved den kommunale legevakten.

Ett av unntakene til kravet om henvisning er regulert i poliklinikkforskriftens § 2, annet ledd, første punktum:

"Unntak gjelder for pasienten som på egen hånd oppsøker sykehusets akuttfunksjon som øyeblikkelig hjelp og hvor denne avdeling/funksjon finner det nødvendig å undersøke/behandle vedkommende".

De kontrollerte virksomhetene hevdet at dette unntaket var gjeldende for pasientene de mottok og behandlet på sine skadepoliklinikker, og at de dermed kunne kreve egenandel av pasienten/refusjon fra Helfo ved ytt helsehjelp til tross for at pasienten ikke var henvist. I kontrollen gjennomgikk Helfo et utvalg av 100 journaler fra begge virksomhetene. Her vurderte vi om det forelå en henvisning til skadepoliklinikken, og dersom ikke, om det sannsynligvis forelå en øyeblikkelig hjelp-situasjon som spesialisthelsetjenesten måtte håndtere. Vi konkluderte med at for henholdsvis 92 av 100, og 95 av 100 var det utfra journaldokumentasjonen ikke

sannsynliggjort at unntaksvilkårene var oppfylt, og i mangel av henvisning forelå det ikke tilstrekkelig rettslig grunnlag for å kreve refusjon av takst 201b. Vedtak om tilbakekreving av feilutbetalt refusjon ble fattet.

Begge vedtakene ble påklaget. I løpet av klagebehandlingen kom Helsedirektoratet, i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet, til at det var behov for en ekstra runde med fortolkning av poliklinikkforskriftens § 2, annet ledd, første punktum. Helsedirektoratet publiserte den 22. oktober 2024 sin fortolkning av poliklinikkforskriften § 2. Her uttaler Helsedirektoratet at vilkåret om unntak fra henvisning må anses oppfylt i de tilfeller pasienten rent faktisk har oppsøkt sykehusets akuttfunksjon som øyeblikkelig hjelp, og om sykehusets akuttfunksjon vurderte det nødvendig å undersøke/behandle pasienten.

På bakgrunn av denne fortolkningen ble det etter en langvarig klagebehandling fattet omgjøringsvedtak i begge sakene, hvor virksomhetene fikk fullt medhold i sine klager.

Etterkontroll av poliklinikker som tester og behandler pasienter med mistanke om seksuelt overførbare sykdommer

Etter en gjennomgang av regningsmaterialet til flere poliklinikker som hadde høy refusjon takst 201b og som hadde registrert pasienten selv som henviser, viste det seg at det var spesielt fire poliklinikker som skilte seg ut. Alle disse poliklinikkene tilbyr testing, behandling med mer av seksuelt overførbare sykdommer (veneriske sykdommer). Våre analyser indikerte at det forelå en høy risiko for vesentlige feilutbetalinger til disse klinikkene og vi fant det derfor naturlig å orientere Helsedirektoratet om foreløpige funn og videre plan for å åpne kontroller. Vi stilte spørsmål til Helsedirektoratet om de kjente til hvorvidt det var noe som gjorde at de aktuelle klinikkene var unntatt fra den generelle henvisningsplikten. Svaret fra Helsedirektoratet på det tidspunktet var at nåværende regelverk gjelder for disse poliklinikkene på lik linje med alle andre poliklinikker. Det ble så sendt ut brev med innhenting av nødvendige opplysninger til de aktuelle poliklinikkene hvor det ble bedt om oversendelse av tilfeldig utvalgte journaler og samtidig stilt en del spørsmål til virksomhetene.

Ingen av poliklinikkene ville utlevere journalnotater med begrunnelsen at disse journalnotatene var klassifisert som særlig sensitive i deres journalsystem, og at det var viktig med streng tilgangsstyring til den identifiserbare delen av journalen for å holde terskelen for å oppsøke helsehjelp knyttet til seksuelt overførbare sykdommer så lav som mulig. En av klinikkene klaget på lovligheten av vår rett til å hente inn journalopplysninger. Vi opprettholdt vår vurdering etter intern klagebehandling, og klagen ble så behandlet av Nasjonal klageorgan for helsetjenesten. Klageorganet fattet vedtak i klagesaken og kom til at virksomheten ikke fikk medhold, hvilket innebar at pålegget om straks å utlevere personidentifiserbare journalopplysninger ble opprettholdt.

I sine svar på innhentingsbrev ble det fremholdt av poliklinikkene at frem til gjeldende poliklinikkforskrift (Forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten) trådte i kraft i 2007, var det Forskrift om godtgjørelse til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak som var gjeldende. I denne forskriften var det i merknad D1 tatt inn et eget unntak fra henvisningskravet for veneriske sykdommer: "*Det kreves ikke henvisning fra lege utenom vedkommende sykehus for pasienter med mistanke om venerologiske lidelse. Gjelder takst D01 og D02*".

I tillegg viste virksomhetene til brev fra Helsedirektoratet fra 2015 hvor Helsedirektoratet hadde gjort en lovtolkning av hvem som kan henvise til spesialisthelsetjenesten. Her var det uttalt følgende: "*I enkelte tilfeller kan også pasienten selv ta direkte kontakt med spesialisthelsetjenesten for eksempel ved medisinsk genetikk og veneriske sykdommer.*"

Helfo stilte etter å ha mottatt denne informasjonen spørsmål til Helsedirektoratet om det er rettslig grunnlag for å unnta pasienter med mistanke om veneriske sykdommer fra hovedregelen om krav til henvisning, jf. Poliklinikkforskriften § 2.

Helsedirektoratet uttalte at de ikke hadde funnet noe som tilsa at det var et bevisst ønske om at unntaket for henvisningskravet for veneriske sykdommer ikke skulle videreføres i poliklinikkforskriften. Helsedirektoratets brev av 2015 og prioriteringsveilederen understøtter en slik forståelse, og det var derfor direktoratets vurdering at det ikke kan legges til grunn at det er et henvisningskrav til spesialisthelsetjenesten ved veneriske sykdommer.

På bakgrunn av svar fra Helsedirektoratet avsluttet Helfo de fire kontrollene med utsendelse av resultatbrev til virksomhetene.

9.1 Refusjonsområde legemidler, medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler

I Norge behandles en betydelig større andel av befolkningen med CGRP-hemmere sammenlignet med våre naboland. I 2023 fikk over 14 000 pasienter behandling med CGRP-hemmere i Norge, og Helfo utbetalte rundt 600 millioner kroner for slike medisiner. I Sverige fikk ca. 8 000 pasienter denne medisinen.

Pasienter med kronisk migrene kan, under særskilte vilkår, få dekket disse medisinene på blå resept. Da må blant annet kravet til et minimum antall hodepinedager og kravet til et minimum antall migrenedager være oppfylt. Leger som søker om CGRP-hemmere, må sikre at alle nødvendige vilkår som bekreftes i søknaden til Helfo, også er dokumentert i pasientens journal.

For å bidra til riktig bruk har Helfo i 2024 gjennomført en kontroll på oppdrag fra Helsedirektoratet. Helfo har undersøkt om vilkårene for dekning på blå resept er oppfylt. 20 tilfeldig utvalgte nevrologer som jobber utenfor offentlige sykehus, ble trukket ut. Blant disse var det både avtalespesialister og helprivate nevrologer. For hver nevrolog ble dokumentasjonen for fem tilfeldige pasienter undersøkt.

Funn og erfaringer

Kontrollen avdekket manglende dokumentasjon, hovedsakelig knyttet til diagnosekravet om kronisk migrene. Kravet til tidligere forebyggende behandling var ellers godt dokumentert. Kontrollen resulterte også i enkelte justeringer i søknadsløsningen. Alle de 20 nevrologene har mottatt individuell tilbakemelding fra Helfo, hvor vi ovenfor den enkelte forklarte hvordan vi har vurdert deres innsendt dokumentasjon. 17 av nevrologer fikk også pålegg om endring av praksis.

9.2 Psykologer

Helfos etterkontroller av psykologer har i 2024 vært etterkontroller av oppgjør fra psykologer som er spesialister i nevropsykologi. For å kunne kreve refusjon som psykolog må du ha driftstilskudd fra et helseforetak og være psykologspesialist. Det er fattet to vedtak om tilbakekreving og to vedtak om tap av retten i kontroller av nevropsykologer. Det er til sammen krevd tilbake kr. 9 010 130, inkludert renter. Kun ett av de fire vedtakene er påklaget.

For å vurdere journalnotatene som ble hentet inn i kontrollene ble det gjennomført journalgjennomgang i takstutvalg hvor to eksterne nevropsykologer vurderte journalnotatene vi mottok. Takstutvalget bestod ellers av saksbehandlere, sekretær og leder for takstutvalget.

Funn og erfaringer

En nevropsykologisk utredning/undersøkelse består i mange tilfeller av en omfattende utredning, der nevropsykologen gjennom samtaler, observasjoner og testing kartlegger ferdigheter og hjernefunksjoner. Nevropsykologene bruker derfor ofte en rekke takster i sine utredninger. I kontrollene har nevropsykologene blitt kontrollert på ulike takster ut fra risiko for feilutbetaling. Det ble avdekket en høy andel feilbruk på flere takster. Flere av feilene vi avdekket, har vi også sett eksempler på i tidligere kontroller.

Takst 11-18: undersøkelse hos psykolog

Undersøkelsestakstene kan ikke utløses ved utelukkende å bruke informasjon som er innhentet ved bruk av tester som inngår i andre undersøkelser. Det forutsettes at det settes av tid til innhenting av informasjon. På disse fant vi blant annet følgende feil:

- Manglende dokumentasjon: Det er ikke dokumentert at undersøkelsene er gjennomført.
- Ikke grunnlag for å kreve takst 12 i det omfanget som var krevd. Takst 12 gjelder funksjonsundersøkelser og kan gjentas inntil 7 ganger. Flere av funksjonene som kan undersøkes, vil også kunne omfattes av andre takster, som takst 18 og 19. Ved bruk av takster i kombinasjon, som var tilfelle i disse kontrollene, må det dokumenteres at

undersøkelsene som er gjort, tilsier at det er hentet inn data som rettferdiggjør at alle takstene kan tas. Dette fant vi i flere tilfeller ikke.

- Ikke grunnlag for å kreve takst 18 gjentatte ganger på samme pasient i samme utredningsløp. For takst 18 er det spesifisert i forskriften at det er det samlede arbeidet med personlighetsvurderingen som honoreres, uavhengig av om det benyttes en eller flere kartleggingsmetoder eller tester. Vi fant flere eksempler på at det ble krevd takst 18 flere ganger i samme utredningsløp, basert på ulike tester.

Takst 31d

Takst 31d gjelder rådgivning overfor behandlende instans med henblikk på det videre behandlingsopplegget (minst 3 timer). Vi fant ikke dokumentasjon for rådgivning tilsvarende tidskrav på taksten. Taksten krever noe mer enn gjengivelse av testresultater og kan ikke brukes til å skrive rapport til henvisende instans. De enkelte undersøkelsestakstene som var krevd for de samme pasientene, dekker også nødvendig for- og etterarbeid, journalføring etc., herunder medgått tid til å tolke data.