

# ISF, forberedelser, gjennomføring og oppfølging på OUS



# Hvem er vi?

Mariann Johannessen og Ingrid Breder Waller  
Rådgivere medisinsk koding

Stab Fag og kvalitet



# Hvor jobber vi?

Oslo universitetssykehus HF

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Psykiatri barn og unge

Psykiatri voksen

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Ansatte: 3300

Bygg: 42

# Klinikk psykisk helse og avhengighet

Stab fag og kvalitet

HR

Økonomi

## BUPA

### Barneseksjonen

- Enhet A
- Enhet B
- Front-team

### Ungdomsseksjonen

- Akuttenhet
- Intermediærenhet
- Front-team

### Spesialseksjonen

- Nevropsykiatrisk enhet
- Familie/Nettverksenhet

### BUP Oslo Nord

- BUP Bjerke
- BUP Nordre Aker
- BUP Sagene
- Ambulante tjenester

### BUP Oslo Syd

- BUP Nordstrand
- BUP Søndre Nordstrand
- BUP Spesialenheten
- BUP Østensjø

## Nydalen DPS

### Psykose- og akutt

- Psykosepoliklinikken
- Akuttenheten

### Allmennpsyk.døgn

- Døgnet 1
- Døgnet 2
- Døgnet 3

### Psyk. legevakt

- Psyk. poli Bjerke
- Psyk. poli Nordre Aker
- Psyk. poli Sagene
- Gruppeenheten
- Raskere tilbake

### Allmennpsyk.poli

## ARA

### Seksjon Ung

- Døgnbehandling
- Intermediær/utr.
- Stallen poliklinikk

### Seksjon Voksne

- Utredning/7-døgn
- Dag/5-døgn
- Skjermet enhet

### Rusakuttmottak

- Rusakuttmottak
- Avgiftningsenhet 1
- Avgiftningsenhet 2
- Rusakuttmottak døgn

### Seksj. analyse og pasientstrøm

### Seksj. ruspoliklinikker

- Ruspoliklinikk 1
- Ruspoliklinikk 2
- Ruspoliklinikk 3
- Ruspoliklinikk 4
- Ruspoliklinikken Mortensrud
- Ruspoliklinikken, Ullevål
- Henvisningsmottak

## Søndre Oslo DPS

### Psykose- og rusbeh.

- Psykosepoliklinikken
- Ambulant psykosebeh.

### Døgnbeh.seksjon

- Døgnet 1
- Døgnet 2
- Døgnet 3

### Allmennpsyk.seksj

- Psykiatrisk poli, Sør
- Psykiatrisk poli, Øst
- Akuttenheten
- Gruppeenheten

## Nasjonale og regionale funksj.

### RASP

- Døgnbeh. barn/unge
- Døgnbeh. voksne
- Intensiv døgnbeh.
- Regional poliklinikk

### Personlighetspsyk.

- Personlighetspoli.
- Angst- og tvangspoli.
- Spiseforstyrrelsespoli.

### Regional sikkerhet

- Intensiv døgn
- Sikkerhetspsyk.døgn
- Rettspsyk.døgn
- Fengselspsyk.poli
- Prejudisiell enhet

### Psykiatri/utviklings-hemming/autisme

- Poliklinikk og ambulant
- Døgnbeh.enhet 1
- Døgnbeh.enhet 2

### NSHP

- Voksenenheten
- Barne- og ungdomsenheten

## FOU

### Psykoseforskning

### Behandlingsforskning

### TIPS Sør-Øst

### Senter for fremtidig helse

### BUP-forskning

### Seksjon for utdanning og fagutvikling

## Døgnbeh. Voksne

### Tidlig psykosebeh.

- Døgnet 1
- Døgnet 2
- Poliklinikk

### Alderspsyk.seksj.

- Alderspsyk. Poli
- Døgnet 1
- Døgnet 2

### Psykosebeh. Gaustad

- Lokal sikkerhet A
- Lokal sikkerhet B
- Psykoseenhet 3

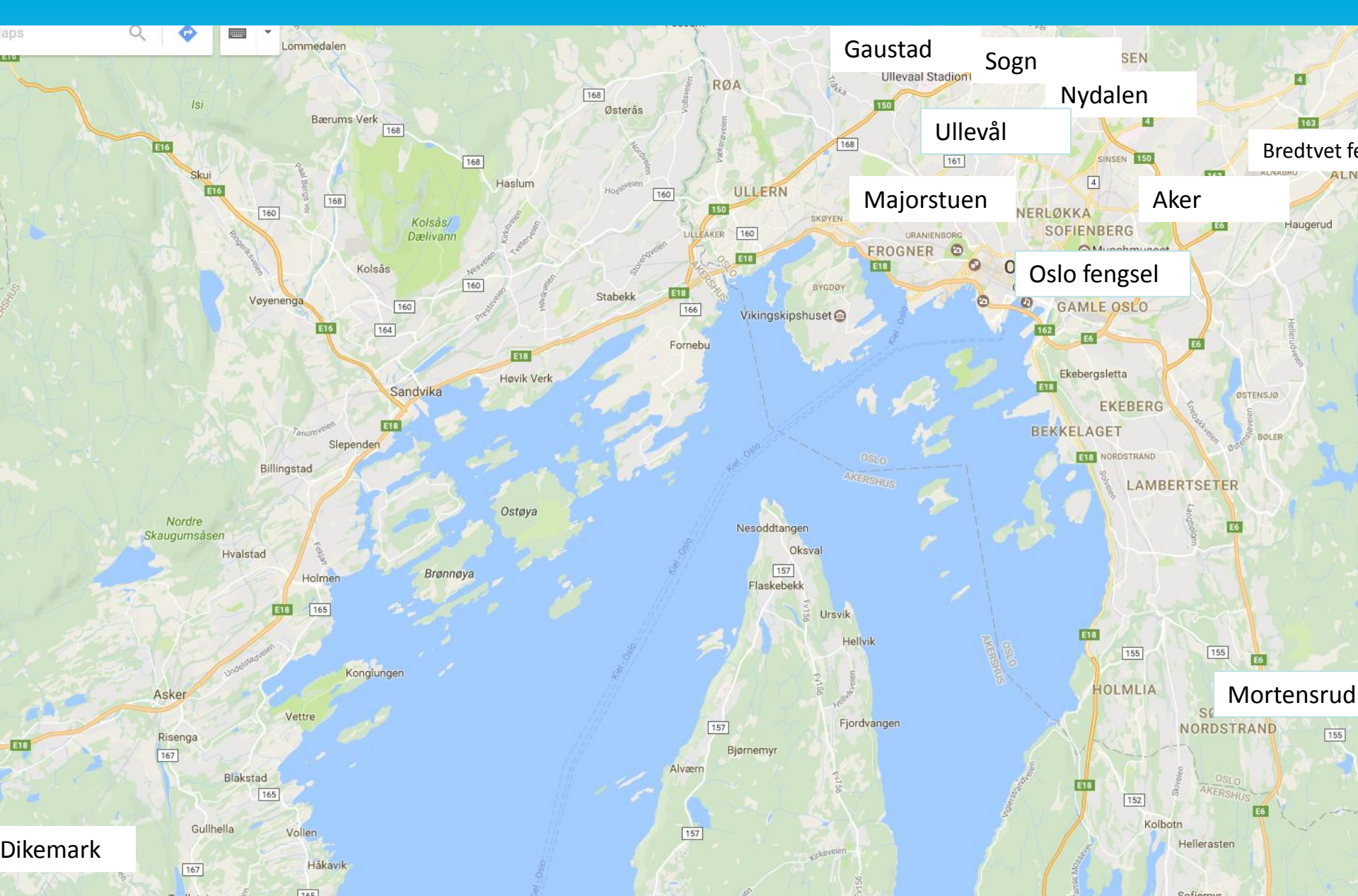
### Psykosebeh. Dikemark

- Lokal sikkerhet C
- Psykoseenhet 1
- Psykoseenhet 2

### Akuttpsyk.seksj.

- Mottaksenhet
- Krise/Traume
- Psykose/rus
- Affektive lidelser
- Psykoseenhet
- Konsultasjon liaison





Dikemark



# Hvor mange polikliniske pasienter?

Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per  
måned:

**19 000**

# Registrering og kvalitetssikringsnettverket i klinikken

55 medlemmer med representanter fra nesten alle  
seksjoner

Møtes ca. 1 gang i måneden

## Vedtak fra avdelingsledermøtet:

*Ansatte som deltar i Registrering- og Kvalitetssikringsnettverk har som delegert oppgave fra avdelingsleder å innføre nye/endrede rutiner og registreringspraksis på de seksjoner og enheter som tilfaller deres arbeidsområde.*

# Forberedelser til nytt regelverk

- Arbeidsgrupper i regi av Helsedirektoratet
  - Aktiv kommunikasjon med Helsedirektoratet og E-helse
- Samarbeid med sykehusets Avdeling for aktivitetsdata og –analyse
- Samarbeid med klinikkens økonomi-stab



# Informasjonsmøter

- **Obligatoriske informasjonsmøter for alle behandlere i poliklinikkene.**
  - **Fellesmøter på tvers av avdelinger i auditoriet**
  - **Fagspesifisert**
- **Avdelingsvis undervisning**
- **Utsendelse av presentasjon til alle deltagere**
- **Utsendelse av de nye regelverkene + viktige hovedpunkt i linjen.**

# Hva underviste vi i?

- Nye regelverk for alle poliklinikkene
- Grupperinger og refusjonsgrunnlag
- Nye diagnoseregler for alle pasienter
  - Registreringsendringer (DIPS)
    - Nye koder
    - Oppfølging

# Riktig registrering gir riktig bilde av aktivitet

- **Tilstand** – ICD10 kode
- **Prosedrekoder** – relevante koder (ingen relevant kode = ingen kode)
- **Særkoder**
- **Takstkoder** – for å få en kontrollert overgang fra gammel til ny finansieringsmodell + at noen takster vil ha betydning i grupperingen.
- **Dato og Tid**
- **Kommunenummer/Bydel**
- **Sted for aktivitet** – viktig for å vise ambulante tjenester
- **Kontakttype** – skille mellom direkte og indirekte
- **Fagområde**



# Rapportering og kvalitetssikring

- **Aktiviteten må registreres i sanntid –**
- **Kvalitetssikring skal skje på egen seksjon/enhet**
- **NPR kvalitetssikrer med tilbakemelding hvert tertial**

# Grupperingsystem

- Aktiviteten inndeles i aktivitetskategorier – disse blir kalt for grupper
- Hver gruppe tilordnes en vekt som er av betydning for hvor mange poeng de ulike aktivitetene bidrar til
- To overordnede sett av aktivitetskategorier
  - Kontakt – gruppen heter DRG (diagnoserelaterte grupper)
  - Særtjenester – gruppen heter STG (særtjenestegrupper)

# Inntektsgrunnlag

- **Datagrunnlaget omgjøres til DRG-poeng**
- **Grupperingen kontrolleres elektronisk av Helsedirektoratet**
- **Grupperingen danner grunnlaget for finansieringen**

**De samme dataene brukes for å vise hvilken virksomhet vi driver med**

# Budsjett 2017

- ISF-poeng er foreløpig beregnet og kategorisert på fagområde
  - VOP, BUP og TSB
- Budsjett levert fra enhet er basert på gammel finansieringsmodell (p-takster)
- Timeverksrefusjon overført fra inntekt til basis
  - Fordelt etter rapporterte data i 2016
- Polikliniske inntekter er overført fra art 3220 til art 3206

# Budsjett 2017

- I første omgang flyttes inntekter fra enhetsnivå til klinikknivå
- Hvorfor?
  - **Høy usikkerhet!**
    - Det er ønskelig å holde usikkerheten på klinikknivå
    - Budsjett 2017 er basert på gammel finansieringsmodell
    - Vanskelig å vite hvordan overgangen til ny modell vil slå ut på enhetsnivå:
      - Usikkerhet rundt strukturerte polikliniske dagtilbud og SærTjenesteGrupper
    - Stor variabilitet mellom enheter



# Budsjett 2017

## Oppfølging på driftsoppfølging :

- Fokus på polikliniske konsultasjoner som tidligere
- Fokus på ISF-poeng
- Fokus på utgiftsramme

# Hva blir viktig for oss i hverdagen?



# Fortsette å registrere P-takster

- **P-takst for gruppe skal fra 01.01.17 registreres på alle deltagere i gruppen.**
  - **Registrering i konsultasjonsbildet:**
    - **Deltagere – Gruppe**
    - **Takster – P16/P26 + P12/P22**
  - **ACT-team (Assertive community treatment) eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam P30**
  - **Nettbasert behandlingsprogram P31**
  - **Ambulante konsultasjoner P17/P27**

# Bruke prosedyrekoder der det finnes relevante koder

- Er pålagt for VOP og TSB
- Samme regler som tidligere
- Noen Prosedyrekoder påvirker DRG-grupperingen men har ingen innvirkning på vektingen:
  - Nevropsykologisk testing (kan også brukes i BUP)
  - ECT-behandling

# Benytte særkoder der krav for disse er oppfylt.

- **Strukturerte polikliniske dagtilbud**
  - **Sammensatte polikliniske tjenestetilbud.**
  - **Tjenestetilbudet må oppfylle visse krav.**
- **LAR (Legemiddelassistert rehabilitering)**
  - **Registrer hvor behandlingen i hovedsak har funnet sted**
  - **En særkode rapporteres pr pasient pr tertial**
  - **Knyttes til en ordinær eller teknisk kontakt**

# Klassifisere tilstander ved riktig bruk av ICD-10

- **Hovedregel: Som hovedtilstand velges kode for det helsehjelpen hovedsakelig er gitt for**
- **Kode for Annen tilstand registreres bare når den tilstanden har hatt betydning for den helsehjelpen som er gitt**
- **Det er ikke et mål å registrere mest mulig**
- **Samtidige tilstander pasienten har, som ikke er vurdert eller behandlet, skal ikke registreres**

- **Alle ROP-pasienter skal registreres med to koder - en kode for rusmisbruk, og en kode for den psykiske lidelsen**
  - **Hva som skal registreres som hovedtilstand må bestemmes ut fra innholdet i den helsehjelpen som er gitt**

- **R-koder for symptom benyttes som kode for hovedtilstand inntil F-kode kan benyttes.**
- **R-kode benyttes for alle dagopphold/polikliniske kontakter inntil en har tilstrekkelig informasjon til å benytte F-kode**
  - **Kapittel R i ICD-10: Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted**
- **Z-koder for kontaktårsak skal som en hovedregel være koder for Annen tilstand**



# Nytt ang. ICD-10 koding BUP

- Alle polikliniske kontakter må registreres med kode på akse 1 fra og med første konsultasjon
- Koden på akse 1 skal i all hovedsak enten være en R-kode (symptomkode) eller en F-kode
- F-koder skal benyttes hvis mulig. Hvis ikke benyttes symptomkode.
- Z-koder skal ikke benyttes på akse 1 hvis man kan benytte R-kode eller F-kode
  
- Hvis det ikke er mulig å kode akse 2-6 fordi opplysninger mangler eller er mangelfulle, registreres kode for dette på den aktuelle aksen

# Utfordringer og oppfølging videre?

- **Strukturert poliklinisk dagtilbud**
  - Utfordringer i forhold til registrering, oppfølging og telling av aktivitet
  - Tett samarbeid med økonomi for riktige aktivitetstall og utregning av ISF
- **Dårlige vaner i forhold til bruk av Z-koder som tilstandskode i utredningsperioden**
  - Uvant å bruke R-kode (symptomkode)
  - Registrering av G-kode kombinert med F-kode = feil i internrapportering (usikkertom NPR har tatt hensyn til dette)
    - Diverse Alzheimer diagnoser

- **Fokus på registrering av ko-terapeuter**
  - (i DIPS gir ikke tiltak aktivitet)
- **Ikke bare tilstandskoder, særkoder og prosedyrekoder**
  - Datoer, Bydel, Fagområde osv.
- **Feil takst på Ikke Møtt**
  - Ekstremt mye tidkrevende rettelarbeid
- **ISF tar lett fokuset fra andre viktige nasjonale indikatorer**
  - Vedtak, epikriser m.m.

Takk for oss!

