

EN GOD ISF-MODELL FOR PSYKISK HELSEVERN OG TSB (?)

Forutsetninger og forventninger sett vestfra

DRG-forum 21. november 2016

Torhild Heggstad, FoU-avd., Haukeland universitetssjukehus



Veien til refusjon:

Dagens polikliniske takstsystem psykisk helsevern/TSB

- **Timeverksrefusjon**

- **Aktivitetsbaserte takster (P):**

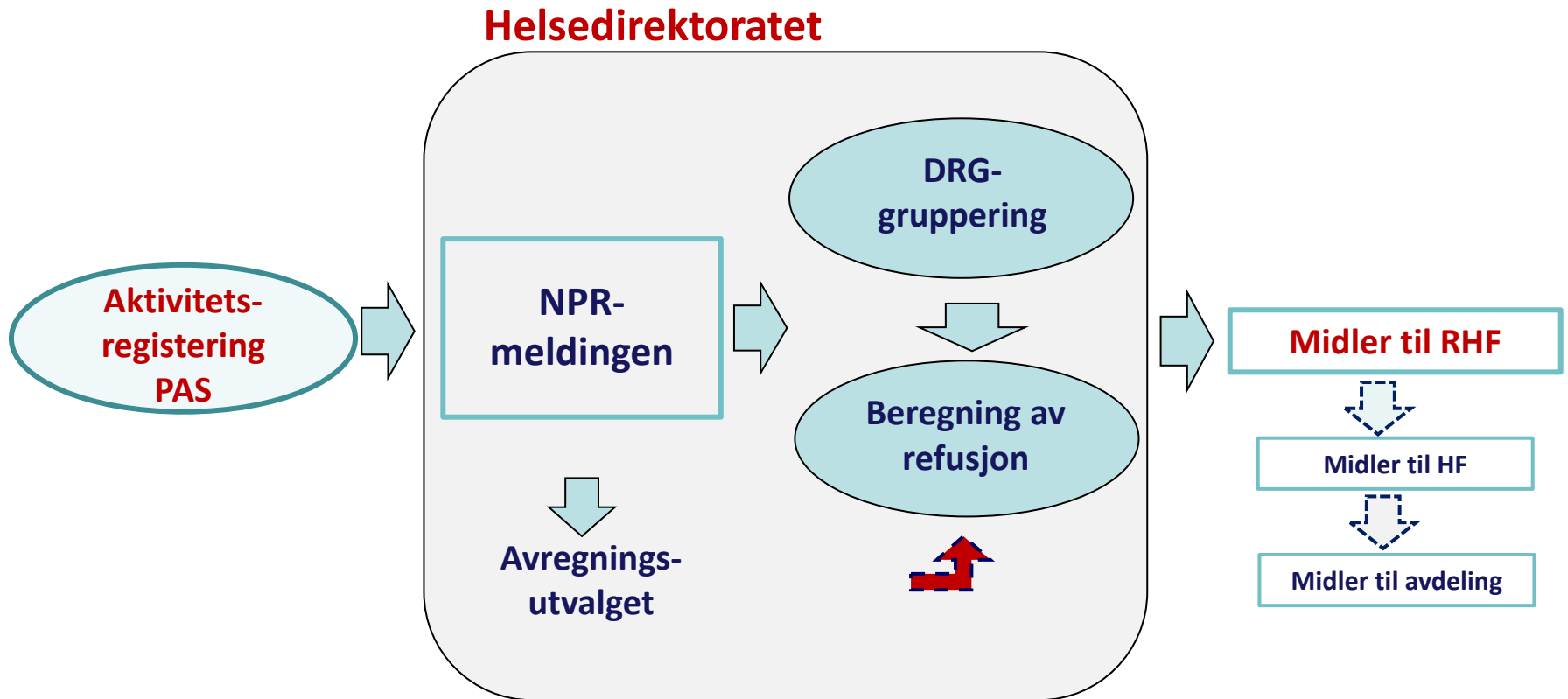
- Førstegangs → seinere konsultasjon
 - Gruppe
 - Telefon og andre indirekte kontakter
 - Samarbeidsmøter
 - Tester
 - Ambulant
 - ACT-team
 - Nett-terapi
- 2016

- **Pasientbetaling – egenandeler**

Helfo

➔ fortsetter

Veien til refusjon via ISF



Flertrinns system:

1. Registrerte aktivitetsdata via NPR-meldingen - knyttet til enkelt-pasienter
2. En differensierende grupperingsmodell («case-mix»)
3. Kostnadsvekter og refusjonsregler – beregninger gir inntekt

ISF-ordningen – egne forventninger

Forventede reaksjoner på forhånd:

- ✓ Antatt positiv holdning fra økonomimiljø og adm. ledelse
 - Bidrar til bedre styringsdata og transparens i sektorene
 - Mer likhet og samsvar i aktivitetsoppfølging for somatikk og psyk./TSB
 - Øker fagfolks motivasjon for innsats - insentiv føres til avd. nivå

- ✓ Antatt motstand fra faglig hold:
 - Psykisk helsevern og TSB er helt særegne fagområder, passer ekstra dårlig for standardiserte gjennomsnittsbetraktninger
 - Økt byråkrati og registreringsbyrde – dårlig tilpasset registreringssystem
 - Øker *ikke* fagfolks motivasjon for innsats

Reelle erfaringer i vest:

- ✓ Konstruktiv vilje til innsats og endring - liten grad av åpen motstand
- ✓ Usikkerhet om fordelings- og vridningseffekter - avventende
- ✓ Motivasjon for aktivt å følge effekter og utviklingstrekk

ISF: vekting av sannsynlige effekter og bi-effekter

- Bedre dokumentasjon og (standardisert) registrering? (ja)
- Bedre styringsinformasjon? (ja)
- Understøtte ønsket faglig innretning? (?)
- Mer transparente behandlingsopplegg m/mindre variasjon? (ja/?)
- Større insitament til at finansielle element kan styre praksis? (ja/?)
- Dreining av prioritet? Gjennomsnittsberegninger kan vri mot «lette» pasienter (ja/?)
- Bidrag til å viske ut gapet mellom psyke og soma – mellom psykisk helsevern/TSB og somatikk (ja/?)

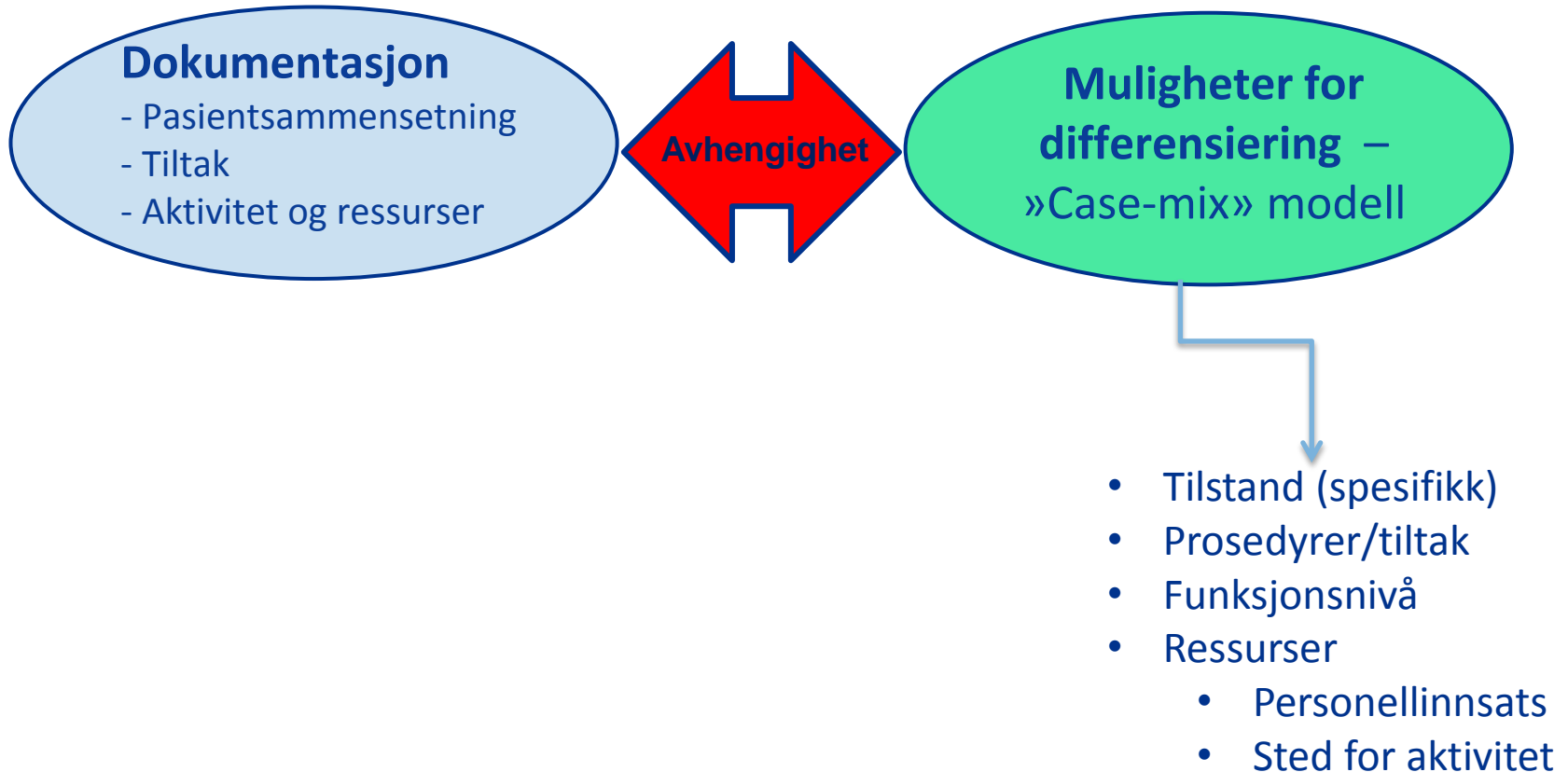
Pasientdata og modell

Forutsetninger for en god modell

En god differensiering («case-mix» justering)

- Skiller tilstrekkelig mellom ulike grupper på korrekt dokumentasjonsgrunnlag
- Har en innretning som understøtter ønsket faglig utviklingsretning (minimum ikke hemmer)
- Ikke inneholder elementer som aktivt understøtter dreining mot prioritet for lettere, mindre alvorlig syke pasienter
- Aktivt bidrar til å sikre ivaretaking av de mest alvorlig syke pasientene
 - *Funksjonssvake grupper med særlig behov for intensiv og langsiktig oppfølging*
 - *Grupper med særlig store krav til samhandling og koordinering med kommunene*
 - *LAR-pasienter*
 - *Alderspsykiatriske pasienter*
 - *Grupper med utviklingshemning/-forstyrrelser*
 - *Grupper med vold- og sikkerhetsutfordringer*

Grunnlag for å differensiere i modellen -



En godt differensiert modell forutsetter et godt dokumentasjonsgrunnlag - som kan måles/klassifiseres på en standardisert og virkelighetsavspeilende måte

Dokumentasjonsgrunnlag for differensiering

Pasientdata psykisk helse

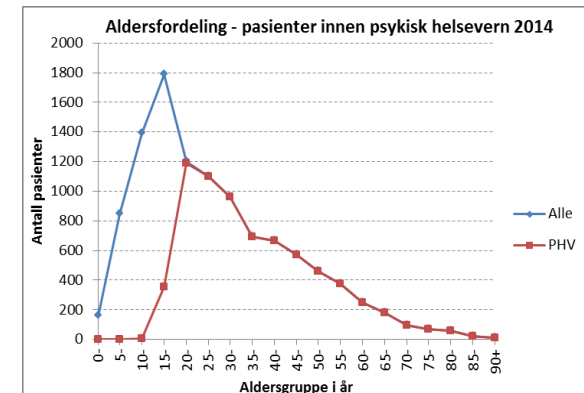
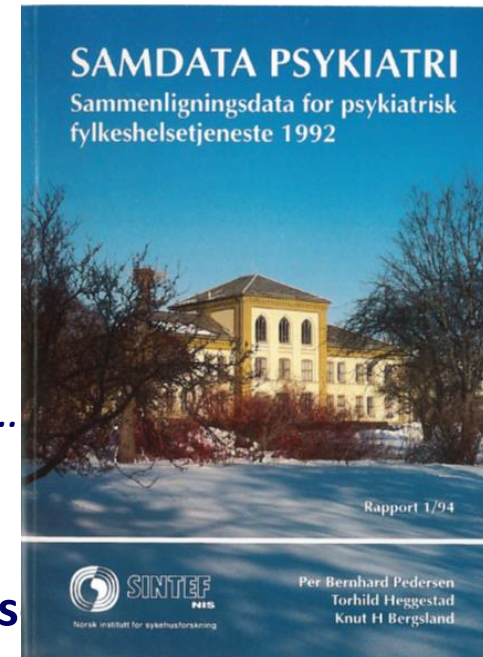
Utvikling og status for kvalitet av pasientdata:

Historikk:

- Startet som prosjektdatabase for Samdata psykiatri 1992
- Norsk Pasientregister etablert i 1997
- Fortsatt utsagn i 2016 om dårlig datakvalitet i psykisk helsevern.....

Bruk av data viktig: Erfaringer fra arbeidet med analyser i Hels

- Lokale analyserapporter og web-rapporter publisert jevnlig
- Blandet resultat: ledere flest, ser absolutt verdien f.eks. for planlegging, prioritering og fordeling – større skepsis og mindre aktiv lokal bruk hos vanlige klinikere, f.eks. til «bench-marking» og gjennomganger av klinisk praksis



Dokumentasjonsgrunnlag for differensiering Pasientdata psykisk helse

ISF-system for psykisk helsevern og TSB – utviklingsarbeid:

- ✓ Historikk fra arkivet : *Utredningsprosjekt 2005-09*
 - Fra DRG-forum 2006, L. Kiviluoto Avd. direktør Sosial- og Helsedirektoratet:

Sosial- og helsedirektoratet

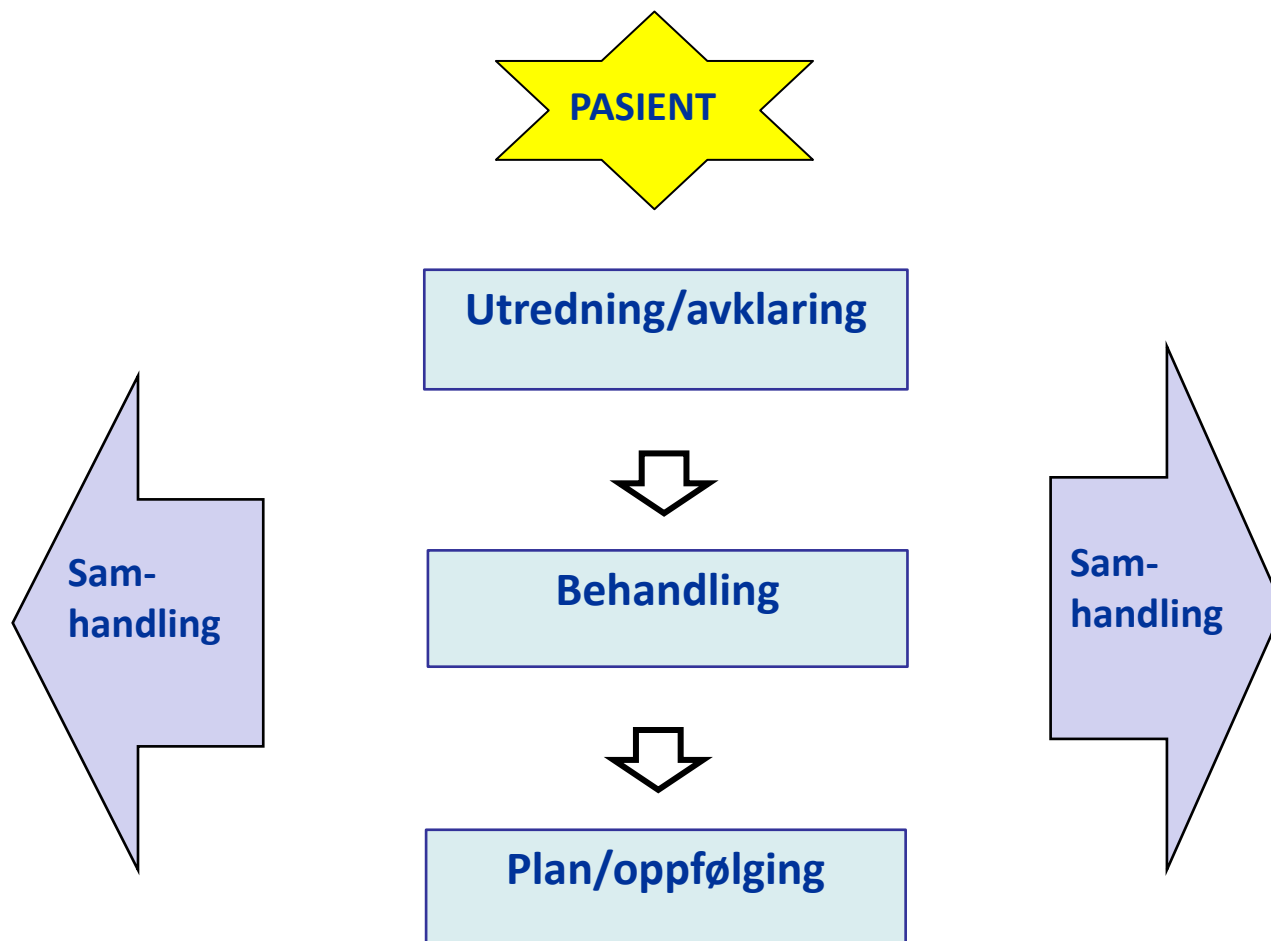
ISF for psykisk helsevern og rusomsorg - utgangspunkt

- har ikke kodeverk
- har ikke DRG
- vet ikke hva som skjer
- vet ikke hva som virker
- vet hva som ikke virker


2006-04-03 | Tema for presentasjonen 13

- ✓ 2015-2016: Nytt prosjekt i Hdir: Ekspressfart tilsynelatende.....

Forløp og kontekst



Tilnærming: ideer fra høringen

- 
- ✓ Basis utredning/inntak
 - ✓ Spesialisert/kompleks utredning
 - ✓ Serier av videre behandlingskontakter
 - ✓ (ene, gruppe, team)
 - ✓ (på beh.sted – ambulant)
 - ✓ (kommunik.plattform: tlf, nett, video)
 - ✓ Strukturerte behandlingsløp («pakker»)
 - ✓ Utforme behandlingsplan (flerfaglig – på tvers av sektor/nivå)
 - ✓ Samhandling med andre instanser og fagområder
 - ✓ Psyko-edukasjon, læring og mestring

- Strukturert dagbeh./rehab. v/særlig alv. tilstander
- Medikamentrevisjoner (Tvang u/innleggelse)
- ECT o.l.
- Nettbasert terapi

- Særlig omfattende samhandling med pårørende, eksterne instanser (kommune)
- Spesialiserte nevrobiologiske o.a. utredninger
- Diagnostiske utfordringer – omdiskutert bruk

- LAR: medikament og rammer
- Lav inntjening via egenandeler/ikke møtt
- Mange med omfattende somatiske helseproblemer

Konvergerende

Divergerende

P
H
V

P
H
B
U

T
S
B

Modell fra Hdir 2017 - forenklet

| | | | |
|----------------|--|---|--|
| Dagens takster | Ordinære pasientkontakter | Tilleggs- poeng <ul style="list-style-type: none">Ambulant | Strukturerte polikliniske dagtilbud <ul style="list-style-type: none">Diagnostisk (NY)Terapeutisk (NY) |
| | Spesielle (ev. indirekte) pasientkontakter <ul style="list-style-type: none">TelefonkonsultasjonerSamarbeids-/oppfølgingsmøte m/førstelinjetjenesteGruppeterapi | | |
| | Særtjenester <ul style="list-style-type: none">ACT-team eller tilsvarendeNettbasert behandlingsprogramLAR-medikamentutdeling (NY) | | |

- Gjennomgående todeling etter alder (ved 18 år)

Oppfølging og videreutvikling

Elementer lokal oppfølging ISF

Lederforankring

```
graph TD; L[Lederforankring] --- I[Informasjon]; L --- F[Faglige avklaringer]; L --- R[Registreringspraksis]; L --- M[Monitorere praksis]; L --- O[Økonomi/fordeling av inntekt]; F --- E([Oppfølging av effekter/bi-effekter]); R --- E; M --- E; O --- E;
```

Informasjon

Faglige avklaringer

Registreringspraksis

Monitorere praksis

**Økonomi/fordeling av
inntekt**

**Oppfølging av
effekter/bi-effekter**

Elementer lokal oppfølging ISF

Organisering av oppfølging

Vanlig linjeledelse

**Ressursgruppe DPS
inkl. private**

**Nettverk
Poliklinikkledere**

**Nettverk
«Superbrukere»**

**Strukturert
assistanse og
oppfølging**

Lokal oppfølging:

Ønsker og behov for verktøy

- Tilrettelagte rapporter/oversikter for oppfølging (bl.a web-rapporter)

Oppfølging diagnosekoding for polikliniske episodar
 Helse Bergen - psykisk helsevern og rusmedisin

Status pr. 17.11.2016

| Einingar | Tal kontaktar | | | | | Prosent | |
|--|---------------|--------------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------|----------------|
| | Totalt | Utan hovuddiagnose | Med Z-Hdiagnose | Med R-Hdiagnose | Med Bidiagnose | m/H-diagn | m/spes.H-diagn |
| Divisjon psykisk helsevern | 147 223 | 9 876 | 33 062 | 528 | 32 743 | 93 | 70 |
| Voss Sjukehus | 5 230 | 331 | 2 003 | 42 | 938 | 93 | 54 |
| Avdeling for rusmedisin | 92 188 | 8 807 | 170 | 0 | 9 541 | 90 | 90 |

Klikk på eining for å sjå lågare einingar

For de som har tilgang til egne pasientlister: Klikk på tall i de grønne feltene.

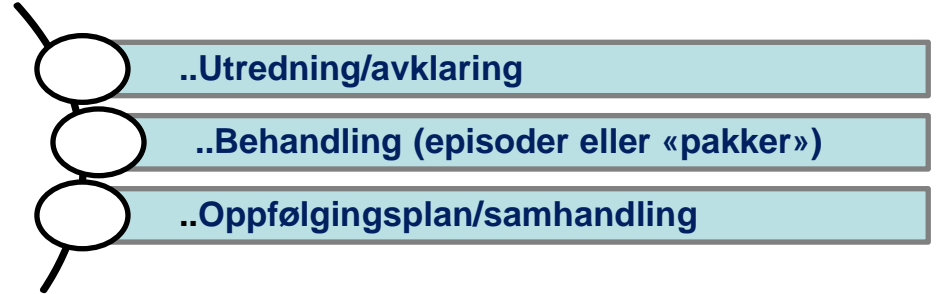
- «Aktivitetsbarometeret» justeres - felles med somatikk (gir m.a. fordelinger av DRG-poeng)
- Rådgiving for registreringsrutiner/DIPS («aksjonsgruppe» etablert)
- Egen nettside lokalt ønskelig
- Informasjontilbud – inklusive «oppsøkende virksomhet»

Sentral oppfølging – ambisiøse forventninger

- Videreutvikling til mer differensiert modell
- Oppfølging og revisjoner av kvalitet på pasientdata
- Klargjøring av definisjoner og avgrensinger
- Åpenhet for tilbakemeldinger fra praksisfeltet
- Tett oppfølging av mulige uheldige fordelingseffekter og vridninger – med justering
- Aktiv utvikling for å tette «gapet» mellom sektorene

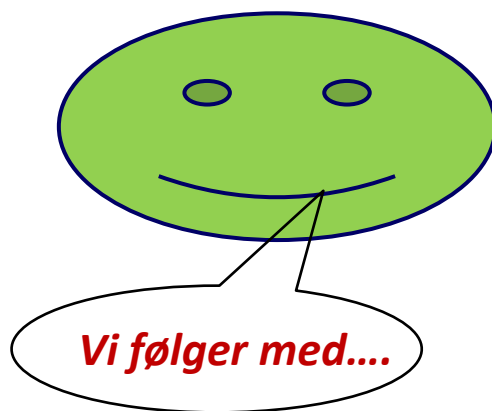
Dokumentasjonsbehov for videre utvikling og differensiering av modell

- Tilstandskoder (hovedtilstand)
- **Co-morbiditet/»multisyke«**
- **Prosedyrekode**
- «Kontakt-egenskaper» (sted, gruppe, kommunikasjonsplattform)
- Ressursinnsats (antall/type deltagende fagpersoner, tidsbruk, kompetanse)
- **Funksjonsnivå**
- Strukturerte forløp («pakker»)
- Samhandlende enheter/instanser
- Særlige behov (aldersrelatert-tilstandsrelatert)



Forventninger til videre modellutvikling

- Bedre differensiering mellom ulike pasientgrupper
- Sikre understøttelse av ønsket faglig utviklingsretning
- Sikre de mest alvorlig syke
- Bidra til å lette overganger mellom sektorer – og alle forløp «på tvers»
- Klargjøre og lette grenseflatene mot kommune
- Ikke urimelig potensiale for uønskede vridningseffekter





The future – it is coming.....