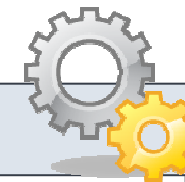


Skal DRG indføres i psykiatrien?

- sæt kryds (før måling)

Ja	Nej
79 % (45/57)	4 % (2/57)
17 % (10/57)	

Produktivitet, effektivitet og performance i psykiatrien



Spørgsmål:

Hvordan kan man på fornuftig vis fremadrettet lave produktivetsmålinger i psykiatrien?

- Ud fra hvilke **parametre** er det meningsfuldt at beregne produktivitet? (ex: årsværk, forbrug, sengedage, ambulante besøg etc.)?
- Ud fra hvilke **parameter** er det meningsfuldt at måle effektivitet? (ambulante besøg pr. cpr, gennemstrømstid etc.)
- Hvordan kan man kombinere mål så der tages højde for incitament?

Opgave:

Udfyld 2 og 2 **mindst 5 papkort** med forslag til konkrete parametre for produktivitet og effektivitet.

- Placer kortet i boksene "Produktivetsmål" og "Effektivetsmål"

Overvej sammen hvilke incitament de enkelte parametre giver anledning til.

Sammensæt papkortene, så I synes at de giver den mest balancerede model for incitamentstyring via produktivets- og effektivetsmål

- Placer kortet i boksen "Kombination af mål"

Noter på et papkort hvilke incitament, kombinationen af mål skal håndtere.

- Placer kortet i boksen "Incitament"

Produktivitet, effektivitet og performance i psykiatrien



Produktivitetsmål	Effektivitetsmål	Kombination af mål	Incitament
Antal udskrivninger Antal sengedage Antal ambulante besøg pr. lægeårsværk Antal afsluttede patienter Antal ydelser Faggrupper Gennemløbstid på udredningsforløb Henvisninger (afviste) Ressourcer -Lønudgifter -Typer af stillinger -Antal af stillinger -Vikarforbrug -Overarbejde	Ventetider Gennemstrømstid pr. patient Ydelser pr. besøg Antal cpr. nr. Rating scale -effektiviteten på kvaliteten -Reduktion af ventetid		

Afregningsmodeller i psykiatrien

Spørgsmål:

- Hvilke incitament er kan være indarbejdet i en afregningsmodel?
- Hvordan ser den ideelle afregningsmodel ud?
 - Hvad kan med fordel afregnes på (ex: sengedage, ambulante besøg)?
 - Skal der være bund og loft i en afregningsmodel – og hvad er det rimelige niveau for bund og loft?
 - Hvordan skal taksten være? (efter diagnose, speciale, alder, komplicerende faktorer etc.)

Opgave:



Udfyld hver især mindst 5 papkort med hvilke incitament er kan være indarbejdet i en afregningsmodel.

Udfyld 3 og 3 mindst 2 papkort med elementer der med fordel kan afregnes på.

- Placer kortet i boksen "Afregningsfaktor"

Sæt kryds i enten ja eller nej i boksen "Bund og loft". Hvis der sættes kryds i ja, så anfør hvad der er et rimeligt niveau for bund og loft.

Udfyld 3 og 3 mindst 3 papkort som angiver hvordan taksten skal sammensættes.

- Placer kortene i boksen "Takster".

Incitamentsstyring i psykiatrien



Incitament der kan have indflydelse på aktiviteten:

Bedre behandlingskvalitet (ved nedbringelse af venteliste)
Fokus på patient forløb
Flere patienter behandlet ambulante
Det skal måles

Afregningsfaktor?	Bund og loft?		Takster
Ambulante besøg Hjemme / udebesøg Ydelser unde besøg	Ja X	Nej	
	Niveau for bund og loft		

Registrering i psykiatrien

Spørgsmål:

- Hvilke udfordringer er der i forhold til registreringspraksis i dag?
- Hvad skal der til for at imødekomme udfordringerne med henblik på at opnå en relativt **mere** ensartet registreringspraksis i psykiatrien på tværs?
 - Hvad skal Sundhedsstyrelsen gøre?
 - Hvad skal selskaberne gøre?
 - Hvad skal regionerne gøre?
 - Hvad skal afdelingerne gøre?

Opgave:



Udfyld hver især så mange papkort som mulig med udfordringer for registreringspraksis i dag – placer dem i boksen "Udfordringer".

Gå sammen 3 og 3 og udvælg en eller flere udfordringer. Konkretiser hvad der skal gøres og hvem der skal gøre hvad for at imødekomme udfordringen.

Udfyld mindst **1 papkort** med forslag til konkrete løsninger og placer kortet der hvor ansvaret hører hjemme. – en udfordring kan sagtens involvere alle 4 parter.

Registrering i psykiatrien



Udfordringer:

- Komplet registrering, ensartethed, ens praksis, kodeorganisation, kvalitet i kodning, undgå overregistrering
- Forståelse af sammenhæng mellem kodning, registrering af aktivitet og økonomi.
- Mere info – hvorfor det er nødvendigt med korrekt registrering. Herunder ansvarfølelse
- U hensigtsmæssige krav – f.x. at ydelse ved soc. rådgiver ikke er amb. besøg

Sundhedsstyrelsen

- Åbne op for mulighed for afregne flere ambulante besøg på samme afdeling og patient
- Ny definition af ambulante besøg og assistancer
- Troværdigt datagrundlag. Datagrundlag for et DRG/DAGS system i psykiatrien.

Regioner

- Forstå betydning af god registrering.
- Forståelse for sammenhæng mellem
 - Kodning
 - Registrering
 - Aktivitet – aktivitetsvækst
 - Økonomi
 - Sundhedsstatistikken

Kliniske selskaber

- Forståelse for vigtigheden af den mangfoldighed de udfører også udføres komplet
- Branding af specialet, retfærdiggørelse og bevarelse af specialet.
- Mere involvering af klinisk personale
- Motivere det kliniske personale
- Information om registrering – det er ikke alene sekretæransvar

Afdelinger

- Uens brug af koder / forskellig registreringspraksis
- Manglende registrering!
- Fortolkning
- Manglende oprydning af ventelister
- Fokus på korrekt registrering
- Tidstro registrering
- Involvere læge . /behandlere i korrekt registrering
- Efteruddannelse

Væsentlige styringsdata i psykiatrien



Spørgsmål:

- Hvilke styringsdata anvender I i dag?
- Definer hvilke styringsdata der derudover er behov for
- Nævn alle de styringsdata som det kunne være godt at have i den ideelle verden?
 - Hvilke barrierer er der for at få sådanne styringsdata?
 - Hvordan kan disse barrierer nedbrydes?

Opgave:

Udfyld **mindst 2 papkort** hver med styringsdata som anvendes i dag. Placer papkortene i boksen "Nuværende styringsdata"

Gå sammen 2 og 2 - Udfyldt **mindst 2 papkort** med styringsdata der er behov for udover dem i bruger i dag.
- placer papkortene i boksen "Yderligere behov"

Udfyld som samlet gruppe **mindst 5 papkort** med ønsker til styringsdata i den ideelle verden og hvad der er barrieren for at få disse styringsdata.
- Placer papkortene i hhv boksen "Den ideelle verden" og "Barriere"

Væsentlige styringsdata i psykiatrien



Nuværende styringsdata

- Økonomi (budget vs. Forbrug)
- Budget sidste år
- Løn kroner
- Aktivitetstal
 - Ambulante besøg
 - Tid fra henvisning til behandling
 - Belægningsprocent
 - Servicemål
 - Afviste
 - Ventende
 - Henvisninger
 - Udskrivninger
 - Sengedage
 - Patienter

Nuværende styringsdata

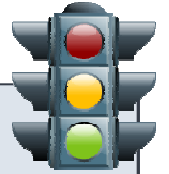
- Forskellige typer besøg
- DAGS-værdi
- DRG-værdi (takster der tager højde for aktivitet registreret uden besøg/ fremmøde)
- Ventetid (opstartet)
- Patientgrupper
- Gennemstrømtider
- Kobling mellem aktivitet/økonomi/kvalitet
- Ydelse pr. borgere, personalegrupper og kroner

Den ideelle verden

- Ikke kun fokus på økonomiske paradigme
- DRG-værdi
- Kobling mellem effektivitet, produktivitet og kvalitet
- "Kreative simuleringværktøj"

Barrierer

Fordele og ulemper ved DRG i psykiatrien



Spørgsmål:

- Hvad er de 5 væsentligste fordele ved indførelse af DRG i psykiatrien?
- Hvad er de 5 væsentligste ulemper ved indførelse af DRG i psykiatrien?

Opgave:

Udfyld hver især **så mange papkort** som mulig med henholdsvis fordele og ulemper for indførelse af DRG i psykiatrien
– placer dem i boksen med hhv. fordele og ulemper.

Udvælg og prioriter sammen **de 5 væsentligste fordele og ulemper** og placer dem under nummerangivelsen i boksen "De 5 fordele" og "De 5 ulemper"

Fordele og ulemper ved DRG i psykiatrien



Fordele ved DRG

- Produktionsfremgang
- Forbedret registrering
- Fokus på registrering
- Gennemsigtighed
- Indføre incitamentsstruktur til at regulere adfærd
- Bliver bevidst om omkostningsniveauet.

Fordele ved DRG

- Kræver at man registrere på samme måde
- Mindre fokus på kvalitet
- Kassetænkning – ikke til fordel for patienter
- Er psykiatrien målbar som somatik?
- DRG afspejler en "gammel" virkelighed. 2004 tal i eks. 2009 verden = for høj belønning i diagnose/behandling der er blevet effektiviseret
- Økonomi incitamenter til at vælge behandling frem for lægefaglige.

De 5 fordele:

- Incitament
- Fjerne berøringsangst
- Få psykiatrien mere på banen
- Sammenhæng mellem budget og aktivitet
- Registrering af aktivitet

De 5 ulemper:

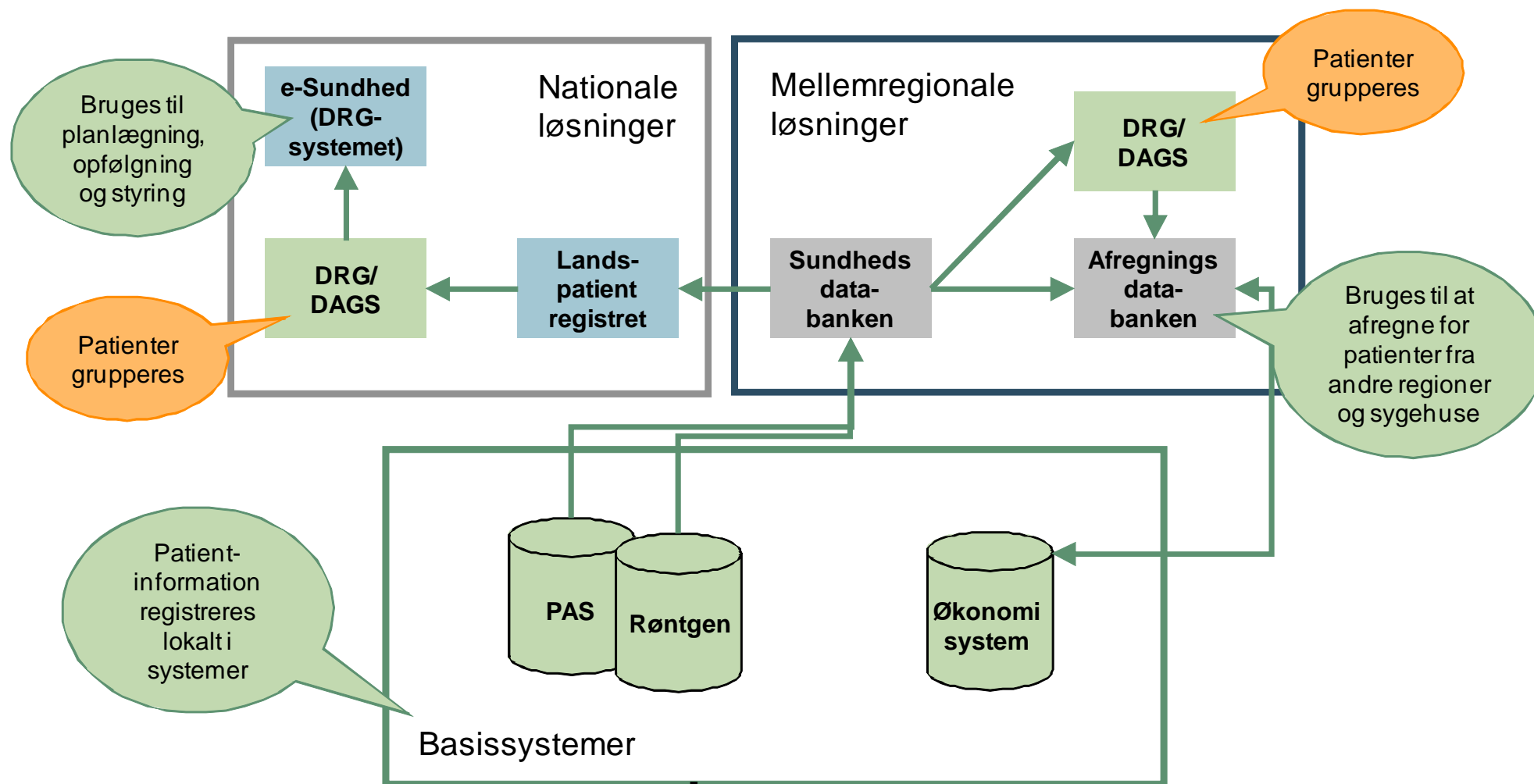
- Produktivitet frem for kvalitet
- Mere "bureaukrati"
- Giver kun værdi til målelige aktiviteter

Skal DRG indføres i psykiatrien?

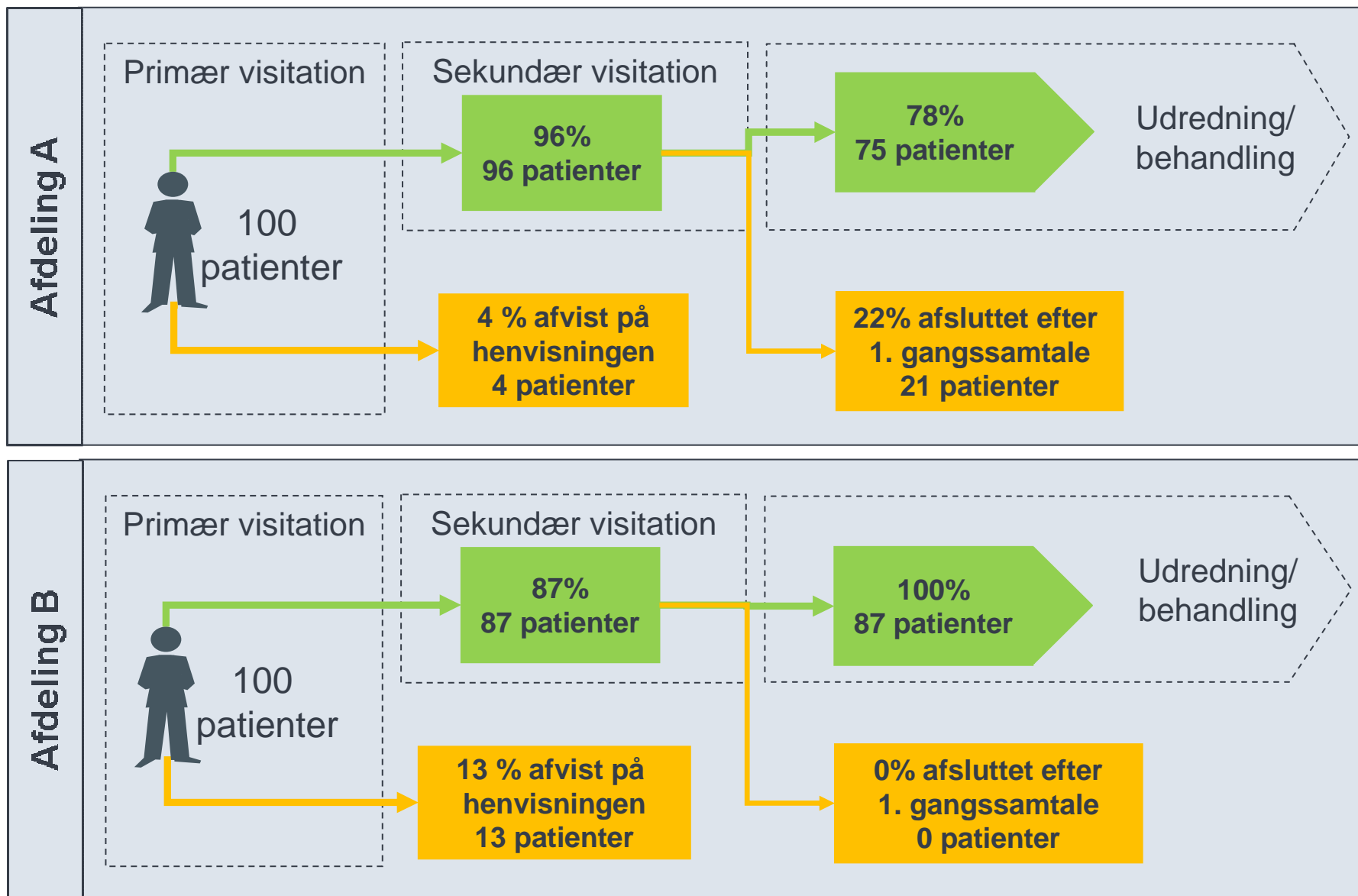
- sæt kryds (efter måling)

Ja	Nej
<p data-bbox="434 459 896 539">75 % (12/16)</p> <p data-bbox="248 603 1081 683">Ja, hvad venter vi på?</p>	<p data-bbox="898 858 1312 938">25 % (4/16)</p>

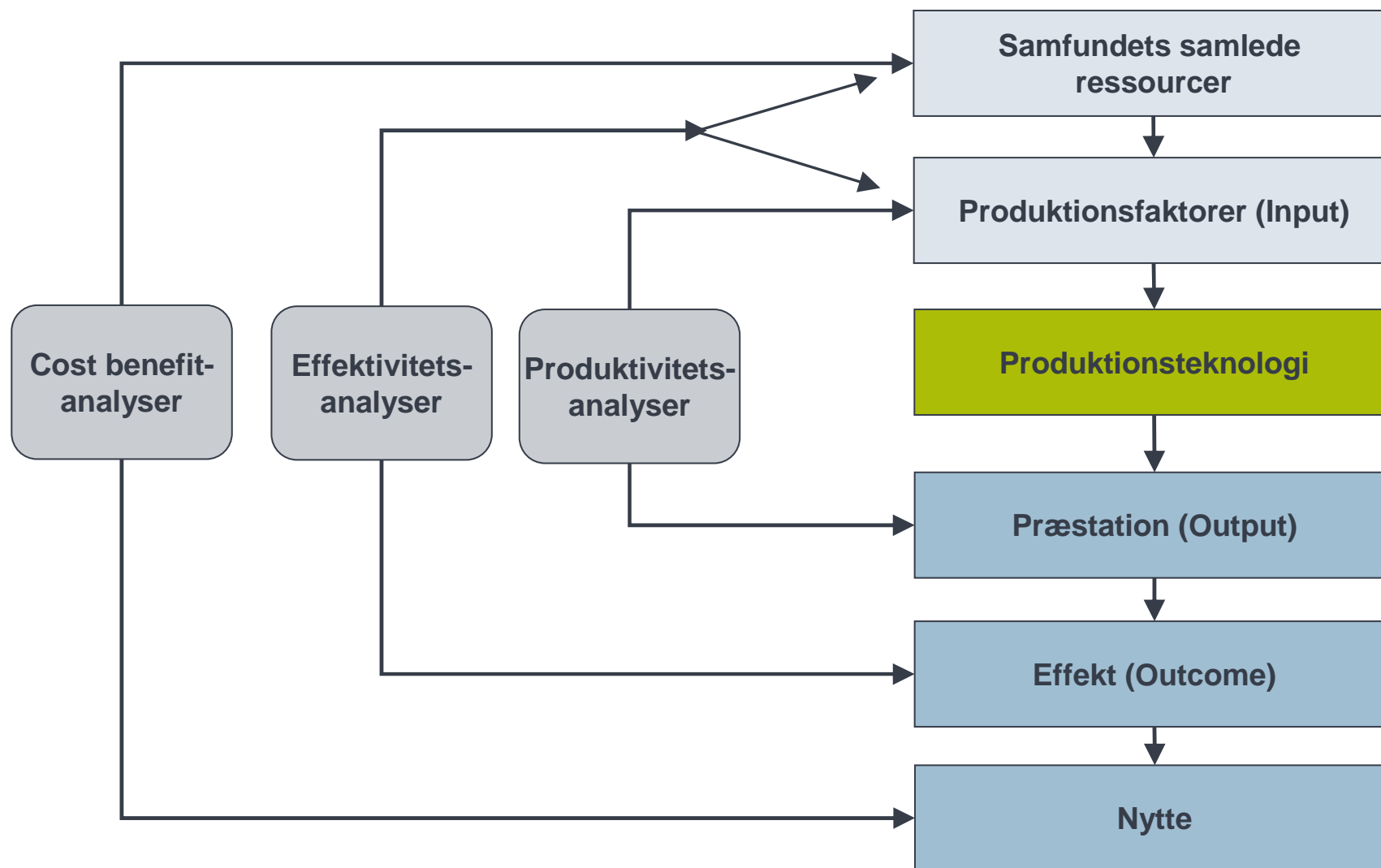
Hvor kommer data fra...?



Visitationspraksis' indflydelse på produktivitet

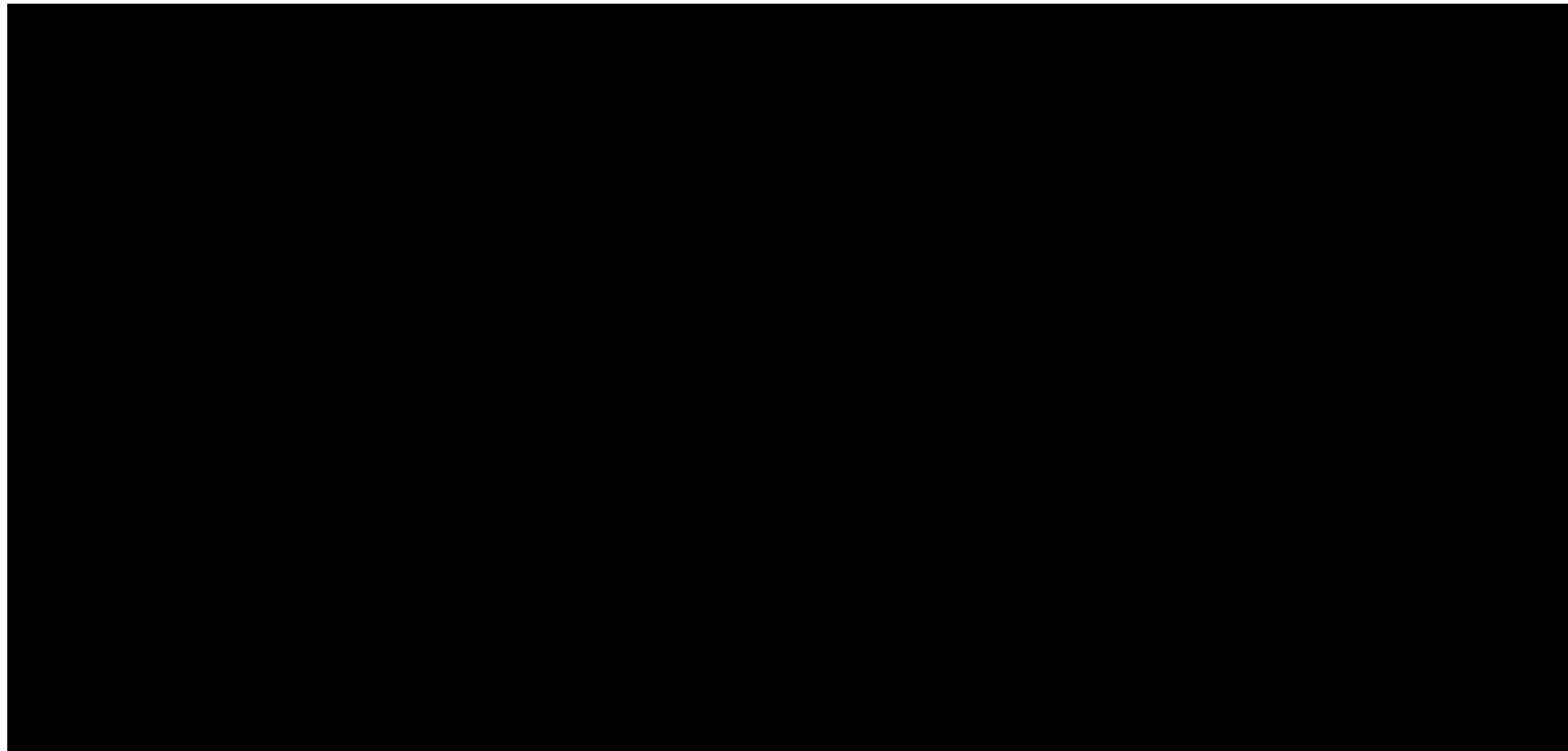


Sammenhængen mellem cost-benefit, effektivitet og produktivitet



Hvor mange besøg har patienterne i de ambulante forløb?

Interval antal ambulante besøg		Afdelinger			
		A	B	C	I alt
antal cpr med 1 besøg etc. .	Antal cpr-nr	128	143	185	456
	Samlede antal amb besøg	128	143	185	456
2 til 5 besøg	Antal cpr-nr	785	914	755	2.454
	Samlede antal amb besøg	2.234	2.447	2.040	6.721
6 til 10 besøg	Antal cpr-nr	216	200	123	539
	Samlede antal amb besøg	1.617	1.496	925	4.038
11 til 20 besøg	Antal cpr-nr	107	92	80	279
	Samlede antal amb besøg	1.539	1.265	1.182	3.986
21 til 30 besøg	Antal cpr-nr	40	42	28	110
	Samlede antal amb besøg	984	1.073	708	2.765
31 til 40 besøg	Antal cpr-nr	20	32	8	60
	Samlede antal amb besøg	680	1.145	287	2.112
41 til 50 besøg	Antal cpr-nr	11	19	19	49
	Samlede antal amb besøg	491	846	863	2.200
51 til 100 besøg	Antal cpr-nr	36	20	43	99
	Samlede antal amb besøg	2.318	1.360	2.794	6.472
Over 100 besøg	Antal cpr-nr	2	2	1	5
	Samlede antal amb besøg	228	235	107	570
Total Antal cpr		1.345	1.464	1.242	4.051
Total Antal amb besøg		10.219	10.010	9.091	29.320



Dækker sammensætning af ydelser og typer af ydelser et egentligt udredningsforløb?

Minimumsydelseskrav til udredningsgrupper i børne- og ungdomspsykiatrien

Udrednings-gruppe	1. gangs-besøg	Forældre-samtale	Netværks-møde	Erklæring til anden myndighed	Diag-nostisk interview	Psyko-logisk under-søgelse	Somatisk under-søgelse
Gruppe 1	1		0		0		0
Gruppe 2	1		1		0		0
Gruppe 3	1		2		2		0
Gruppe 4	1		3		4		1

Sundhedsstyrelsens retningslinjer vedrørende udredningstakster: Udredningsforløb afgrænses til de forløb, hvor ventestatus er lig 25 ("Ikke ventende under udredning"). Grupperingen af udredningsforløb baserer sig på en række ydelseskrav, der som minimum skal være opfyldt, for at der tilknyttes en bestemt takst.

"EN DAG I OKTOBER" eller "HVORFOR GJØR DE SÅ LITE PÅ BUP?"

Tidlig oktobermorgen. Arbeidsro uten telefoner. Satte på trakteren til te og kaffe, men glemte å hente tekoppen. **I dag må jeg få skåret testresultatet på gutt 12 år.** Han var til andre testgang i går, og foreldrene kommer torsdag for å høre vurderingen og drøfte tiltak. Hvorfor har ikke logopeden ringt som avtalt? Vi må samordne rådene til hjem og skole. Jeg må ringe henne. Men hvilken skole treffer jeg henne på i dag? Jeg får ringe guttens skole. Så langt kom jeg ikke.

Det aller viktigste i dag blir skolemøtet kl. 1200 i en krisesak. Jeg må få vekslet noen ord med kollegaen som denne gangen skal være med på møtet. Har kontoret rukket å skrive hastesøknaden til institusjon for denne niåringen? **Gjennomlesning av søknaden.** Hvilke vedlegg bør sendes med?

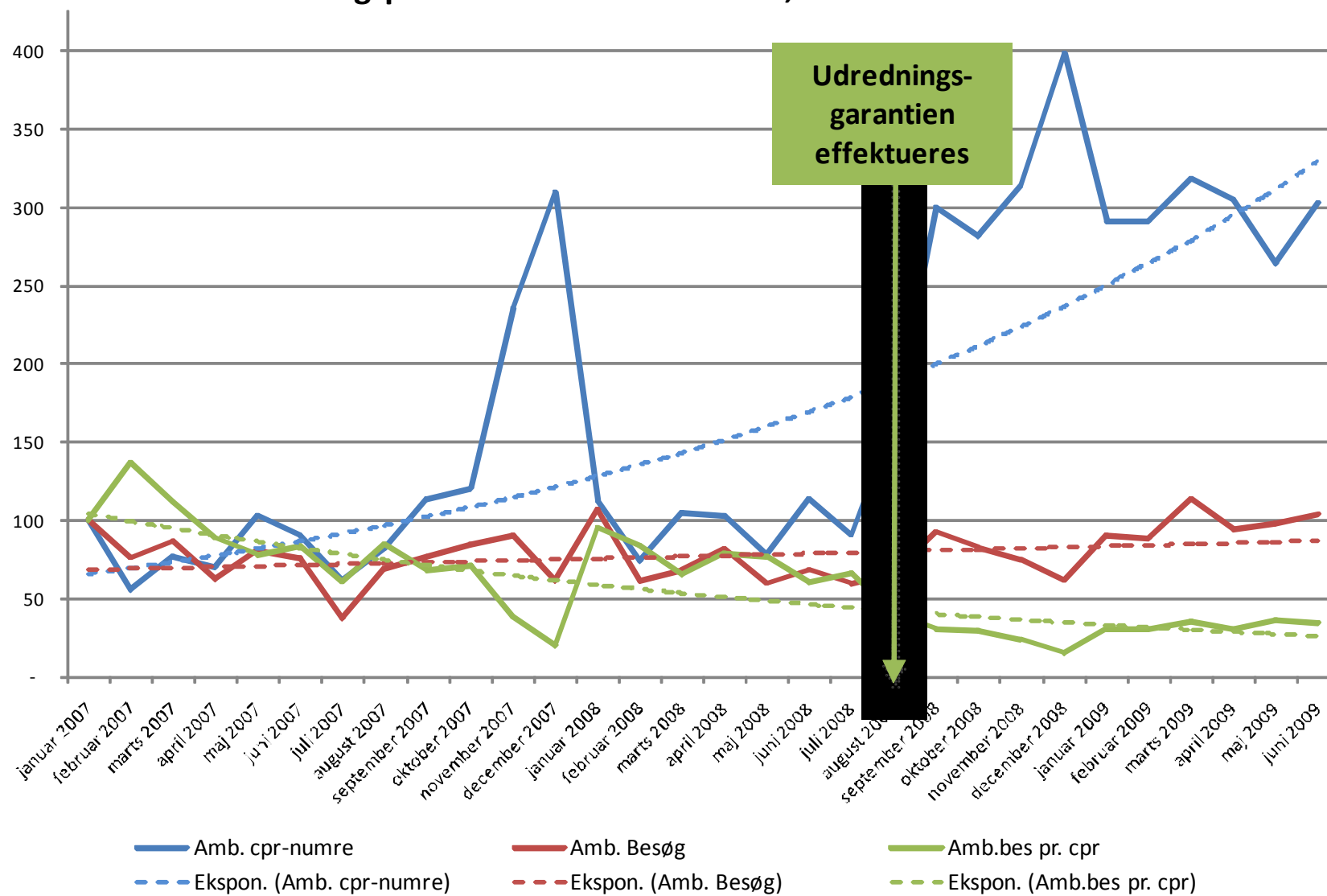
...

... så da var det vel en god arbeidsdag, selv om eier neppe blir fornøyd med den registrerte arbeidsinnsatsen denne dagen heller?

Helsetilsynet,
PSYKIATRISKE POLIKLINIKKER
EN EVALUERING AV ARBEIDSFORMER
OG PRODUKTIVITETINNEN VOKSEN-
OG BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN

Opbygning af intern venteliste....

Udvikling på det ambulante område, Januar 2007=indeks 100



Udfordringer og opmærksomhedspunkter (før, under og efter måling)

”What you measure is what you get!”

- **Input (omkostninger):**
 - *Ideelt set:* de direkte patientrettede udgifter ”De sande hospitalsudgifter” (Input * pris = Omkostning)
 - *Realistisk set:* korrigeringer, justeringer og omregninger for forskelle i konteringspraksis, definitioner, løn, pension, barsel, puljer, ikke patientrettede udgifter etc. Etc. (Tilrettede driftsudgifter)
- **Output (Mængde/produktionsværdi mv.)**
 - *Ideelt set:* Mængden af kvalitetsjusterede sundhedsydelse målt i afsluttede behandlinger
 - *Realistisk set:* DRG-produktionsværdi, DAGS-produktionsværdi, antal CPR-numre, antal kontakter, antal henvisninger, antal sengedage, udskrivninger, ambulante besøg, fremmøder, senge mv.
- **Mål altid på relative ensartetheder**
- **Vedvarende problemområder** omkring sammenlignelighed IMELLEM måleenheder
Registreringspraksis, konteringspraksis, specialiseringsgrader, strukturelle ændringer, periodiseringer etc, etc.....

DRG/DAGS og diagnostisk kultur

Eksempel på **forskelle i registreringspraksis**, som kan få betydning for produktionsværdi og takstafregning:

15-årig pige indlægges. Pigen lider af spiseforstyrrelser og har forud for indlæggelsen snittet og skåret i sig selv.

Afdeling A registrerer indlæggelsen som følger:

- Aktionsdiagnose DF500: Spiseforstyrrelse (anorexia nervosa)
- Bidiagnose DX7820: Selvbeskadigelse med skarp genstand før patientkontakt

Denne patient grupperes til DRG 1905 til en takt på **32.975**

Afdeling B registrere indlæggelsen som følger:

- Aktionsdiagnose DX7820: Selvbeskadigelse med skarp genstand før patientkontakt
- Bidiagnose DF500: Spiseforstyrrelse (anorexia nervosa)

Patienten grupperes til DRG 2602 til en takst på **5.353**

Den registreringsmæssige beslutning ligger i hvad der er aktionsdiagnosen og hvad der er bidiagnosen?



Produktivitet:

Produktivitet, Region... = indeks 100

Produktivitet	Afdeling X	Afdeling Y	Afdeling Z	Afdeling W
Lønudgift pr. årsværk	103,5	98,7	103,3	96,2
Ambulante besøg pr lægeårsværk	153,0	182,1	111,4	59,5
Ambulante besøg pr miljøårsværk	103,2	137,4	85,6	92,7
Ambulante besøg pr totale årsværk	105,0	114,5	102,6	86,5
Udskrivninger pr lægeårsværk	219,8	119,6	127,4	51,0
Udskrivninger pr miljøårsværk	148,3	90,3	97,9	79,4
Udskrivninger pr totale årsværk	150,8	75,2	117,3	74,1
Sengedage pr. lægeårsværk	110,5	215,8	141,5	45,9
Sengedage pr. miljøårsværk	74,6	162,9	108,8	71,6
Sengedage pr. totale årsværk	75,8	135,8	130,4	66,8
Afsluttede Cpr.nr pr. lægeårsværk	150,8	152,3	89,0	79,2
Afsluttede Cpr.nr pr. miljøårsværk	101,8	114,9	68,4	123,5
Afsluttede Cpr.nr pr. totale årsværk	103,5	95,8	82,0	115,2
Samlet Cpr.nr pr. lægeårsværk	169,8	154,9	90,6	73,0
Samlet Cpr.nr pr. miljøårsværk	114,6	117,0	69,7	113,7
Samlet Cpr.nr pr. totale årsværk	116,5	97,5	83,5	106,1

Bemærkninger:

- I løn indgår løn udbetalt via lønsystem, refusioner, vikarbureauer og FADL samt læge og sundhedsmæssig bistand
- Antal årsværk er opgjort som forbrugte årsværk inkl. fravær for samtlige personalegrupper via lønsystem for 2008, vikarudgifter og udgifter til FADL vagter udgør samlet set 3,6 mio. kr. og er omregnet til årsværk
- Aktivitet er opgjort via LIS og e Sundhed, men korrigeret for periodiseringsfejl i forbindelse med Afdeling Z.

Metodikker og muligheder i produktivitetmålinger – eksempler psykiatri

	Afd. A	Afd. B	Afd. C
Lønudgifter i alt*	83.400	72.200	32.600
Vikarudgifter*	1.200	1.700	190
Lønudgift i alt, inkl. vikarudgifter	84.600	73.900	32.790
Totale gennemsnitsløn	429	424	355
Samlede lønudgift pr forløb	33,7	23,7	13,6
Samlede lønudgift pr. cpr-nr	62,0	44,5	25,6

Sammenligninger på basis af indsamlede data	Afd. A	Afd. B	Afd. C
Antal forløb pr lægeårsværk	75,7	99,4	154,3
Antal cpr pr lægeårsværk	40,5	50,2	81,6
Antal forløb pr psykologårsværk	121,7	163,9	205,7
Antal cpr pr psykologårsværk	65,2	82,8	108,8
Antal forløb pr socialrådgiver årsværk	487,0	437,7	552,6
Antal cpr pr socialrådgiver årsværk	260,9	221,1	292,2
Antal forløb pr miljøpersonaleårsværk	25,5	38,1	54,1
Antal cpr pr miljøpersonaleårsværk	13,7	19,2	28,6
Antal forløb pr samlede årsværk	12,9	18,8	26,2
Antal cpr pr samlede årsværk	6,9		

Produktion og produktionsværdi	Afdeling A	Afdeling B	Afdeling C
Aktivitet:			
Antal ambulante besøg	9.900	10.000	9.000
Antal sygehusudskrivinger	130	160	30
Produktionsværdier (1.000 kr.):			
DAGS produktionsværdi (ambulant)	22.300	23.600	20.200
DRG produktionsværdi (stationære)	30.500	29.500	8.600
<i>Produktionsværdi i alt</i>	<i>52.800</i>	<i>53.100</i>	<i>28.800</i>
Gennemsnitlig produktionsværdi pr. ambulante besøg	2.253	2.360	2.244
Gennemsnitlig produktionsværdi pr. udskriving	234.615	184.375	286.667
Produktionsværdi i forhold til ressourcer:			
Antal årsværk inkl. satspulje- og vikarårsværk	195	170	90
DAGS produktionsværdi pr. årsværk	114.359	138.824	224.444
DRG produktionsværdi pr. årsværk	156.410	173.529	95.556
Samlet produktionsværdi pr. årsværk	270.769	312.353	320.000

Metodikker og muligheder i produktivitetmålinger – eksempler psykiatri

Lægepersonale 2007 (Årsværk)	Afd X	Afd Y	Afd Z
Overlæger	21	10	14
Afd. Læger	9	2	12
1. reservelæger	9	3	8
Reservelæger	11	11	13
Stud med.	6	1	
Speciallægekons.	0		
Professor			1
Klinisk ass. mv	1		0
Total	57	27	47
Aktivitet			
Sengedage	41.161	29.155	33.737
Amb besøg	49.572	28.780	35.845
Vægtet	65.947	43.545	51.659
Udskrivninger	1.682	782	1.364

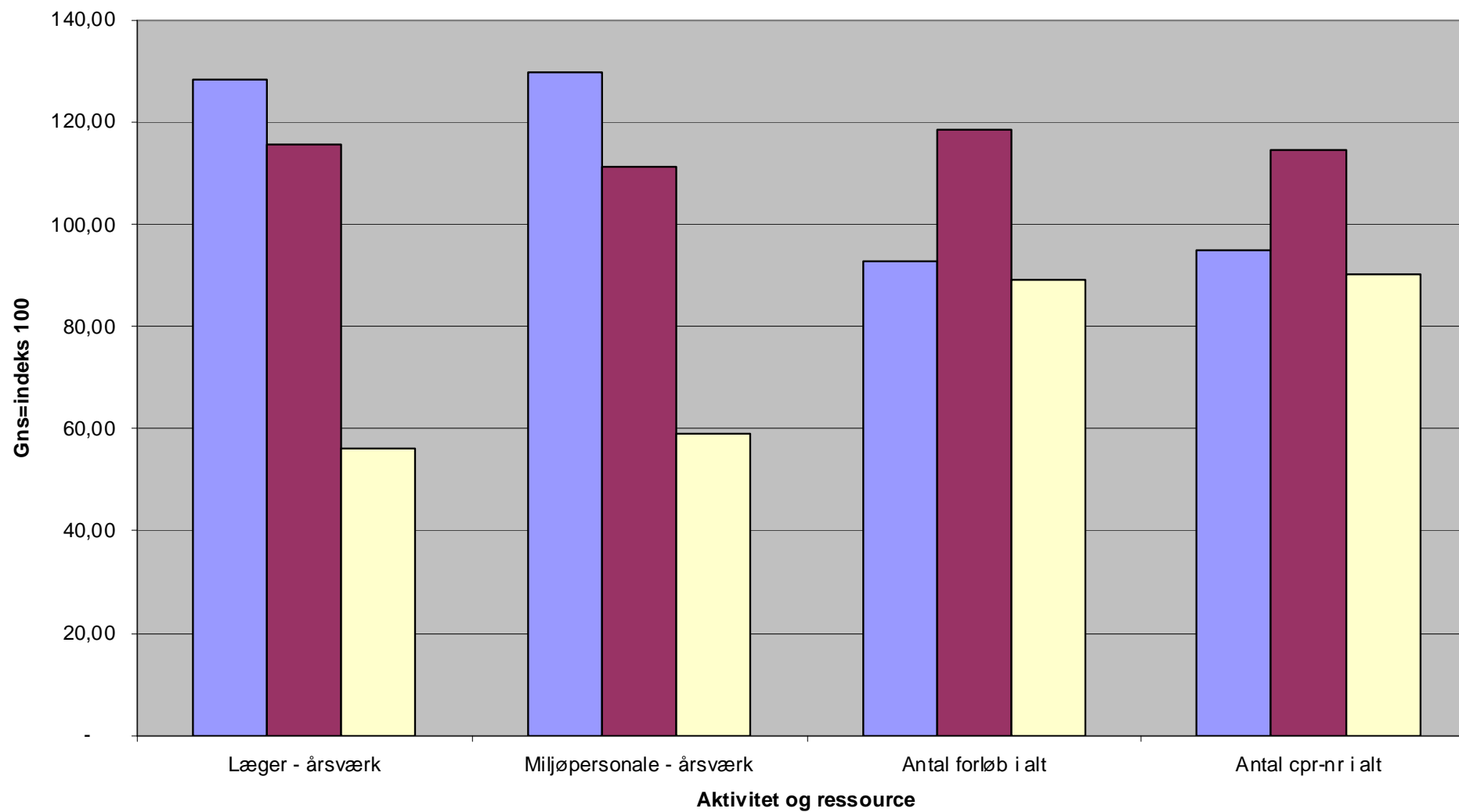
Lukkede sengeafsnit, plejepersonale (forbrugte årsværk) pr. belagt seng/ Udskrivning	Afd. X			Afd. Y		
	2007	X1	X2	X3	Y1	Y2
Afd.sygepl.		1,4	1,0	1,2	0,8	1,0
Sygeplejerske		8,7	10,3	11,4	9,9	8,0
Plejer		3,3	1,2	2,7	2,2	0,7
Sosu mv.		10,4	14,7	17,0	9,1	9,6
Studerende, flexjob mv		0,2	0,4	0,9	0,0	0,8
FADL+fast vagt		0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Andel vikarer		2,9	3,4	2,8	0,0	0,0
Plejepersonale i alt		24,0	27,7	33,1	21,9	20,4
Normerede senge		10	10	10	12	13
Sengedage		3981	3156	3122	4326	3349
Ambulante besøg		24	0	14	33	51
Plejep. pr. belagt seng*		1,83	2,67	3,22	1,54	1,84
Udskrivninger		204	113	122	177	95
Plejep. pr. 100 udskr.		11,75	24,50	27,16	12,40	21,51

Sengedage/amb. besøg (vægtet) pr. årsværk pr. døgn 2007	Afd X	Afd Y	Afd Z
Lægesekr + adm. pers.	4,2	8,8	4,2
Socialrådgivere	9,9	16,5	9,2
Ergo- og fysioterapeuter	4,6	5,8	6,7
Psykologer	8,1	14,4	5,8
Læger (inkl. Stud med.)	3,2	4,4	3,0
Plejepersonale	0,55	0,57	0,77
Alt personale	0,35	0,41	0,43
Udskrivninger pr. årsværk pr. døgn 2007	Afd X	Afd Y	Afd Z
Lægesekr + adm. pers.	39	58	40
Socialrådgivere	92	108	89
Ergo- og fysioterapeuter	43	38	64
Psykologer	75	94	56
Læger (inkl. Stud med.)	28	29	29
Plejepersonale	5,2	3,8	7,5
Alt personale	3,2	2,7	4,1

Bemanding på sengeafsnit (antal planlagt fremmødte personer)	Fremmøde pr plads pr dag		
	Dag	Aften	Nat
Afdeling A			
Afsnit for skolebørn	1,0	0,5	0,2
Afsnit for spiseforstyrrelser	0,8	0,4	0,1
Åbent afsnit for unge	0,9	0,5	0,3
Lukket afsnit for unge	0,9	0,5	0,5
Afdeling B			
Børnepsykiatrisk afsnit	0,8	0,5	0,1
Ungdomspsykiatrisk afsnit	0,5	0,2	0,2
Lukket ungdomspsykiatrisk afsnit	0,8	0,5	0,3
Afdeling C			
Ungdomspsykiatrisk Dag/døgnafsnit	0,5	0,4	0,2

Produktivitetsmetodikker og muligheder - eksempler

Aktivitet og ressourcer, Indekseret med gennemsnit =100



Vejledende takster ifølge Takstvejledningen

Takster 2010	2009	2010
Sengedage	3.196	3.282
Ambulant	1.599	1.642
Skadestue	1.599	1.642
Færdigbehandlet	1.771	1.819

Taksterne bruges til mellemregional afregning og kommunal medfinansiering.

- Ved kommunal medfinansiering bruges vejledende takster for sengedag og ambulant besøg og færdigbehandlede.
 - Kommunal andel:
 - 30% af takst for ambulant besøg
 - 60% af takst for indlæggelse, dog max. Kr. 7.159,- (i 2007 niveau) pr. indlæggelse
 - Færdigbehandlede patienter i stationært regi, kr. 1.819,- (i 2010 niveau) pr. sengedag.

Registrering og indberetning i psykiatrien

- Patientadministrative data
 - Cpr. Nr.
 - Kontaktoplysninger
- Oplysninger omkring patientbehandling
 - Aktionsdiagnose
 - Bidiagnoser
 - Procedurer
- Ambulante patienter
 - Indberetning af besøg/hjemmebesøg/udebesøg
 - Indberetning af ydelser, uden besøg
 - Indberetning af telefonkonsultation
- Klinisk personale
 - Socialrådgivere og pædagoger er ikke på listen over klinisk personale
- Indlagte patienter
 - ECT-behandling
 - Hjemmebesøg
 - Færdigbehandling
 - Billeddiagnostiske undersøgelser

Sundhedsfagligt uddannet personale

- som må indberette

- læger
- tandlæger
- sygeplejersker
- jordemødre
- sundhedsplejersker
- psykologer
- plejere
- sygehjælpere
- tandplejere
- klinikassistenter
- kliniske tandteknikere
- social- og sundhedsassistenter
- kiropraktorer
- fodterapeuter
- audiologiassistenter
- kliniske diætister
- radiografer
- fysioterapeuter og ergoterapeuter

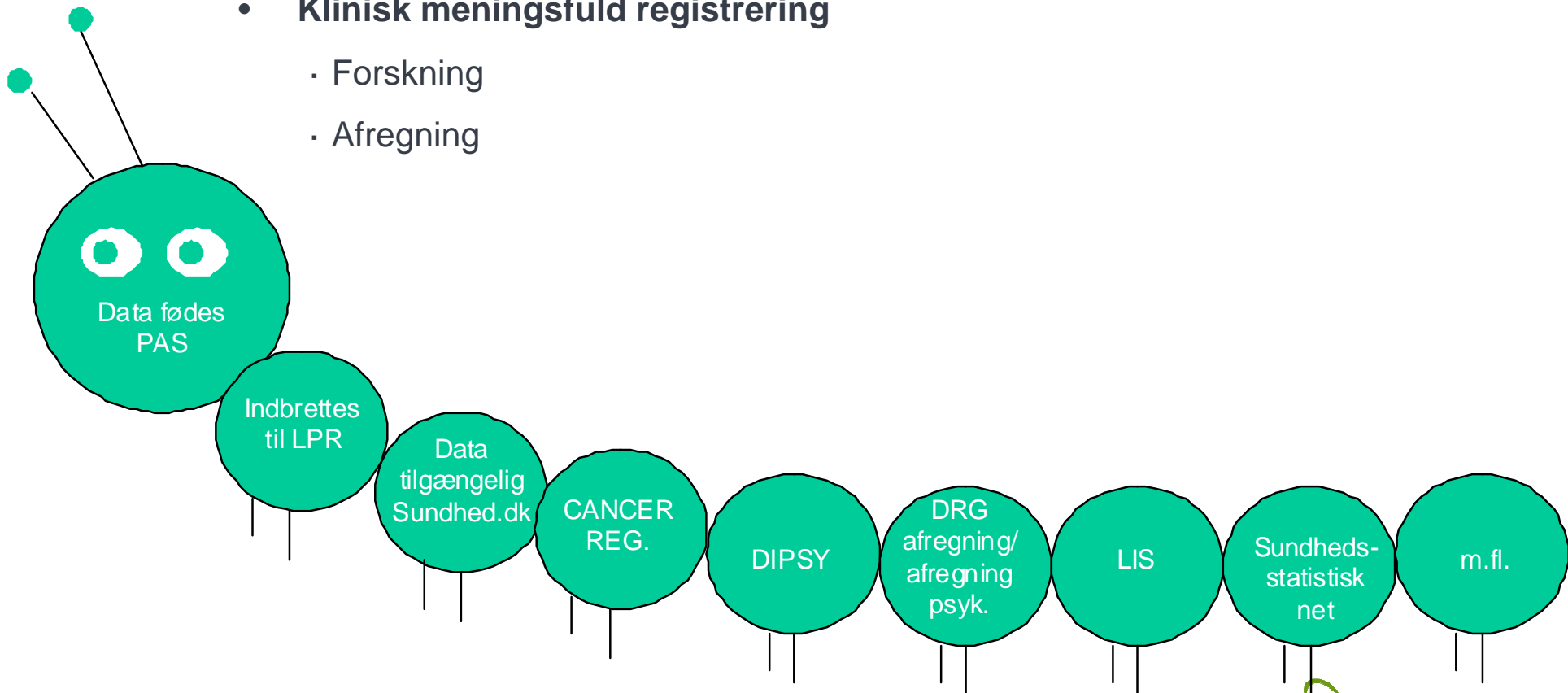
Mangler der nogen????

SVAR: Socialrådgivere, pædagoger, muskikterapeuter, skolelærere
mv.

Datakvalitet

Valide data – en del af en større sammenhæng

- Tidstro registrering
 - Data altid tilgængelige
 - Kvalitet i patientbehandling på tværs af afdelinger/sygehuse
- **Klinisk meningsfuld registrering**
 - Forskning
 - Afregning



Aktiv ventestatus – tæller som ventetid

Kode	Kodetekst	Bemærkning/beskrivelse
11	Ventende på udredning	anvendes når patienten venter på udredning (forundersøgelse)
12	Ventende på behandling	Anvendes når patienten venter på behandling (endelig behandling)
13	Ventende, omvisiteret fra andet afsnit	anvendes ved omvisitering af henvist patient til andet sygehus/afsnit, inden patienten er modtaget til første kontakt. På det nye afsnit oprettes henvisningen med den oprindelige henvisningsdato og perioden fra oprindelig henvisningsdato til dato for modtagelse af henvisningen på det nye sygehus/- afsnit indberettes med denne ventestatus
14	Ventende pga. manglende oplysninger	anvendes når der fx mangler oplysninger fra egen læge, ved manglende retspsykiatrisk kendelse m.m. Når alle oplysninger er på plads, skiftes ventestatus til den relevante værdi
15	Ventende på assistance	henviste og ambulante patienter, der venter på en undersøgelse eller anden ydelse på et andet afsnit, fx MR-undersøgelse på røntgenafsnittet, hvor udredning ikke kan fortsætte, før denne assistance er udført

Passiv ventestatus – tæller ikke som ventetid

Kode	Kodetekst	Bemærkning/beskrivelse
21	ikke ventende på udredning/behandling	for patienter, der afventer at blive klar til behandling fx for grå stær eller til sterilisation, skal denne ventestatus anvendes i perioden for behandlingsmodning eller betænkningstid
22	ikke ventende til kontrol	hvis kontrollen skal foregå under en planlagt kontakt, hvortil der oprettes en henvisning, skal denne ventestatus anvendes. Anvendes også i forbindelse med gravide patienter til svangerskabskontrol
23	ikke ventende efter patientens ønske	anvendes når patienten melder afbud til undersøgelse/ behandling pga. sygdom, ferie eller af anden årsag
24	ikke ventende pga.udredning/ behandling på andet afsnit	anvendes når patienten pga. en anden komplicerende tilstand skal behandles eller reguleres for denne, inden behandling af den aktuelle lidelse kan foretages på afsnittet
25	ikke ventende under udredning	anvendes i perioden under udredning – kun på ambulante kontakter
26	ikke ventende under behandling	Kan anvendes i perioden under behandling – kun på ambulante kontakter. Anvendes kun i de systemer som kræver en ventestatus under hele kontakten

Registrering

Eksempel på ydelser, der indgår i et ambulans besøg

AAF22	ambulant besøg
+ZPVA2C	1-2 timer
+BZFD7	en behandler (obligatorisk for B&U)
BVAA34A	samtale med behandlingssigte

Ved indberetning af ambulans besøg, indberettes tillige diagnoser registreret på kontakten, eks. Aktionsdiagnose DF605
Tvangspræget personlighedsstruktur

Eksempel på ydelse uden besøg

BVAW2	netværksmøde
+ZPVA2C	1-2 timer
+BZFD7	en behandler (obligatorisk for B&U)
ZZ0182	udfærdigelse af erklæring
+ZPVA2C	1-2 timer
+BZFD7	en behandler (obligatorisk for B&U)

DAGS takster for 2010

Gruppe	Split	kode	Tekst	Takst
Psyk1A		BVAW3	Telefonsamtale m.a. behandler/instans som led i beh.-forløb	180
Psyk1A		BVAA33	Telefonsamtale med patient	180
Psyk1A		AAF5	Telefonkontakt	180
Psyk2A		Andre	Patienter med andre procedurekoder	510
Psyk3A	>18	BRBP	Træning af kombinerede psykosociale færdigheder	595
Psyk3A	>18	BRSP5	Psykoterapi i gruppe	595
Psyk3A		BRKP8	Psykoedukation i gruppe	595
Psyk4A	>18	BVAA34A	Samtale med behandlingssigte	993
Psyk4A	>18	BRSP1	Individuel psykoterapi	993
Psyk4A	>18	BRSP2	Parterapi	993
Psyk4A		BVAW1	Kontakt med anden myndighed	993
Psyk5A	<19	BVAA5	Samtale med pårørende	1.388
Psyk5A	>18	BVAW2	Netværksmøde	1.388
Psyk5A	>18	BVAA97	Samtale med forældre	1.388
Psyk5A	<19	BVAA99	Samtale med væрге	1.388
Psyk5A	>18	AAF83	Institutionsbesøg	1.388
Psyk5A	<19	BRSP1	Individuel psykoterapi	1.388
Psyk5A	>18	BVAA5	Samtale med pårørende	1.388
Psyk5A	>18	AAF6	Hjemmebesøg	1.388
Psyk5A	<19	BRSP5	Psykoterapi i gruppe	1.388
Psyk6A	>18	ZZ0231A	Supervision til institution	1.697
Psyk6A	>18	BRSP4	Flerfamilieterapi	1.697
Psyk6A	>18	ZZ0182	Udfærdigelse af erklæring	1.697

DAGS takster for 2010

Gruppe	Split	kode	Tekst	Takst
Psyk6A	<19	BVAA34A	Samtale med behandlingssigte	1.697
Psyk6A	<19	ZZ0149AX	Somatisk udredning	1.697
Psyk6A	<19	BRSP3	Familieterapi	1.697
Psyk6A	>18	BVAA99	Samtale med værge	1.697
Psyk6A	<19	BVAA97	Samtale med forældre	1.697
Psyk7A	>18	ZZ4992	Semistruktureret diagnostisk interview	2.138
Psyk7A	>18	AAF21	Førstegangsbesøg	2.138
Psyk7A	>18	ZZ0149AX	Somatisk udredning	2.138
Psyk7A	<19	ZZ0231A	Supervision til institution	2.138
Psyk8A	>18	BRSP3	Familieterapi	2.681
Psyk8A	<19	BRSP2	Parterapi	2.681
Psyk8A	<19	AAF6	Hjemmebesøg	2.681
Psyk8A	<19	BRBP	Træning af kombinerede psykosociale færdigheder	2.681
Psyk8A	<19	ZZ4992	Semistruktureret diagnostisk interview	2.681
Psyk8A	<19	ZZ0182	Udfærdigelse af erklæring	2.681
Psyk8A	<19	BVAW2	Netværksmøde	2.681
Psyk8A	<19	AAF21	Førstegangsbesøg	2.681
Psyk8A		ZZ4991	Psykologisk undersøgelse	2.681
Psyk9A		BRXA1	Behandling med elektroshock ECT	4.260
Psyk9A	<19	AAF83	Institutionsbesøg	4.260
Psyk9A	>18	BRXA9A	Psykiatrisk dagbehandling	4.260
Psyk9A	<19	BRSP4	Flerfamilieterapi	4.260
Psyk10A	<19	BRXA9A	Psykiatrisk dagbehandling	6.675

DRG takster 2010

DRG	Navn	Trimpunkt	Takst	Langligger
5001	Organiske psykiske lidelser (DF00-09)	58	94.612	2.249
5002	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser pga. stoffer inkl. alkohol (DF10-19, DZ714-716, DZ864)	12	27.096	2.509
5003	Skizofreni (DF20-21), pat. u. 19 år	194	778.543	2.937
5004	Skizofreni (DF20-21, DF22-29), pat. o. 18 år	74	102.217	2.289
5005	Andre psykotiske tilstande (DF22-29), pat. u. 19 år	114	329.629	2.789
5006	Bipolare tilstande (DF30-31, DF340), elektrochok, pat. o. 18 år	82	136.586	2.871
5007	Bipolare tilstande (DF30-31, DF340), pat. u. 19 år	191	593.117	4.116
5008	Bipolare tilstande (DF30-31, DF340), pat. o. 18 år	54	92.298	2.442
5009	Depressive tilstande (DF32-33, DF341-39), incl. elektrochok, pat. o. 18 år	80	101.286	2.274
5010	Depressive tilstande (DF32-33, DF341-39), u. komplikation	55	79.773	2.040
5011	Depressive tilstande (DF32-33, DF341-39), m. komplikation incl. elektrochok, pat. u. 19 år	161	692.728	2.698
5012	Angsttilstande (DF40-42), pat. u. 19 år	119	532.356	3.347
5013	Angsttilstande (DF40-42), m. komplikation, pat. o. 18 år	53	71.590	2.228
5014	Angsttilstande (DF40-42), u. komplikation, pat. o. 18 år	44	68.937	2.626
5015	Stress-relaterede tilstande (DF43, DF62)	16	39.252	4.293
5016	Stress-relaterede tilstande (DF43, DF62), m. komplikation, pat. u. 19 år	40	327.151	2.238
5017	Somatoforme tilstande (DF44-48), pat. o. 19 år	48	86.996	3.322

DRG takster 2010

DRG	Navn	Trimpunkt	Takst	Langligger
5019	Somatoforme tilstande (DF44-48), pat. u. 19 år	127	515.300	2.685
5019	Spiseforstyrrelser (DF50), pat. u. 19 år	249	876.778	3.063
5020	Spiseforstyrrelser (DF50), pat. o. 18 år	144	216.196	3.383
5021	Personlighedsforstyrrelser (DF60-61), pat. u. 19 år	108	238.048	2.218
5022	Personlighedsforstyrrelser (DF60-61), pat. o. 18 år	29	54.932	2.833
5023	Mental retardering (DF70-79), pat. u. 19 år	111	163.493	2.491
5024	Mental retardering (DF70-79), pat. o. 18 år	26	82.193	4.945
5025	Børnepsykiatriske diagnoser (DF80-98), pat. o. 18 år	34	136.466	4.322
5026	Børnepsykiatriske diagnoser (DF80-98), excl. drg_psyk 5027-5029, pat. u. 19 år	82	287.873	2.721
5027	Svære mentale udviklingsforstyrrelser (DF84), pat. u. 19 år	144	508.863	2.959
5028	Hyperkinetiske forstyrrelser (DF90), pat. u. 19 år	88	361.257	2.974
5029	Sociale funktionsforstyrrelser i barndom og opvækst (DF94), pat. u. 19 år	94	355.275	2.598
5030	Tilsluttet selvbeskadigelse (DX60-84), pat. u. 19 år	9	41.515	4.539
5031	Tilsluttet selvbeskadigelse (DX60-84), m. komplikation, pat. o. 18 år	19	82.346	3.102
5032	Tilsluttet selvbeskadigelse (DX60-84), u. komplikation, pat. o. 18 år	12	40.632	4.063
5033	Dom til psykiatrisk anbringelse (DZ0462), pat. o. 18 år	0	0	7.543
5034	Øvrige psykiske lidelser	25	120.170	3.233
5035	Øvrige psykiske lidelser, m. komplikation, pat. o. 18 år	105	215.980	2.981

Afregningsregler

Ambulant aktivitet

Afregning for ambulant aktivitet = afregning af den dyreste takstbærende procedure.

Betyder, at kun én procedurekode afregnes på trods af, at der i forbindelse med den ambulant aktivitet kan være registreret flere takstbærende procedurekoder.

Der kan kun afregnes ét besøg pr. patient pr. dag til den enkelte afdeling.

Ved DAGS afregning er det ikke kun besøg, der værdisættes/afregnes.

Der sker værdisættelse/afregning af ydelser uden besøg, eks.

- Telefonkonsultation
- Samtale med forældre

Afregningsregler - fortsat

Eksempel på afregning af ambulans aktivitet jf. DAGS

Eksempel på ydelser, der indgår i et ambulans besøg

AAF22 ambulans besøg

+ZPVA2C 1-2 timer

+BZFD7 en behandler

BVAA34 samtale med behandlingssigte

BRSP1 individuel psykoterapi

Ydelsestakst på koden BRSP1
kr. 929,-
jævnfør udmeldte DRG-takster
2006
(for B&U kr. 1299,-)

Afregning til afdelingen

Ydelsestakst	929,00
I alt	929,00

(B&U ville de 1.587,00
gå til afregning)

Ydelsestakst på koden BVAA34A
kr. 929,-
jævnfør udmeldte DRG-takster
2006
(I B&U er taksten kr.1.587)

Ambulans besøg
kr. 478,-
jævnfør udmeldte
DRG-takster
2006