

# Hvordan jobbe med implementering og kvalitetssikring av koder

Mariann Johannessen, Diakonhjemmet sykehus

Ingrid Breder Waller, Oslo universitetssykehus HF

# Suksessfaktorer ved implementering av nye koder/regelverk

- Forankring
  - Lederne må være med!
- Holdninger
  - Lederne må være gode rollemodeller
  - Bidra til å skape engasjement og involvere alle
- Atferd
  - For å sikre gjennomføring og etterlevelse er det viktig at ledelsen prioriterer å vise interesse, slik at linjen støttes og nødvendig oppmerksomhet opprettholdes.
  - Ved større endringer, lag gjerne en implementerings- og kommunikasjonsplan
- Kompetanseoverføring
  - Sett av nok tid for opplæring og oppfølging
- Ting Tar Tid
  - Det tar tid å få implementert nye ting, også koder, selv om regelverk og lovverk ikke «gir muligheten» til dette

# Barrierer for suksess i implementeringen

- Manglende lederoppfølging
- Motstand mot forandring
  - «Dette angår ikke meg»
  - «Vi tar det litt etter hvert, nå må vi ikke stresse»
  - «Jeg har lest og jeg tolker det dithen at....»
  - «Den e-posten har jeg ikke fått»
- Stor organisasjon (mange ledernivåer)
  - Brudd i kommunikasjonslinjen
    - «Den e-posten har jeg faktisk ikke fått»
    - «Leder hos oss har sagt noe annet»
  - Mye innarbeidet kultur (ukultur)
    - «Sånn har vi aldri gjort det før»
    - «Vi har prøvd det en gang før, men det passer ikke oss»
    - «Vi er så spesielle, så vi må gjøre det annerledes»

# Oppdatering av kodeverk: «Plunder og heft» eller fagutvikling?

- Regelverk i utvikling; mange endringer på kort tid
  - P-takster – vi kan dem fortsatt?
  - Særkoder – vi rakk akkurat å lære alle sammen!
  - Prosedyrekoder – gitt for å forenkle – dermed lages det mange koder for noe som før hadde en kode (eller ingen).
  - Administrative koder – noen ting behøver ikke kodes i det hele tatt for det står jo i et annet felt...
- Det kommer stadig nye regler og koder



# Endringer i økonomi

- **2017:** Kostnadsvektene ble etablert med utgangspunkt i takstsystemets relative kostnadsforskjeller.
- **2018:** DRG-vektene ble noe justert fra 2017 til 2018. I tillegg til innføring av nye DRG-er, bl.a. strukturerte polikliniske dagtilbud.
- **2019:** Noen diagnosespesifikke DRG'er
- **2020:** Telefonkonsultasjoner likestilt poengmessig med direkte konsultasjoner
- **2021:** Telefonkonsultasjoner endret registreringspraksis, fra indirekte til direkte konsultasjoner. Omfordeling av DRG-poeng fra BUP til VOP og TSB.
- **2022:** Overgang til kostnadsbaserte vekter med basis i KPP-data fra 2020 – kostnadsvektene er basert på HF-enes faktiske kostnader til denne aktiviteten. Dette har ført til omfordeling av DRG-poeng fra BUP til VOP og TSB. Samt økt ambulant tillegg fra 0,112 til 0,137.

# Endringsoversikt 2017-2022

Enhetspris

År	Enhetspris
2017	2 000
2018	2 354
2019	2 747
2020	3 160
2021	3 224
2022	3 294

Innføring av nye DRG-er og justering i vekter (VOP/TSB og BUP)

DRG-er		2 017	2018	2 019	2020	2 021	2022
Grupperettede tiltak	✓		0,135/0,401	0,135/0,401	0,135/0,401	0,137/0,354	0,187/0,269
Polikliniske konsultasjoner	✓		0,153/0,401	0,153/0,401	0,153/0,401	0,142/0,354	0,163/0,269
Nevropsykologisk undersøkelse	✓		0,183/0,481	0,183/0,481	0,183/0,481	0,186/0,488	0,274/0,557
Strukturerte polikliniske dagtilbud			0,374/0,870	0,374/0,870	0,374/0,870	0,380/0,883	0,410/0,670
Samarbeid- og oppfølgingsmøte	✓		0,135/0,313	0,135/0,313	0,135/0,313	0,137/0,318	0,187/0,379
Oppfølgingsmøte pr telefon	✓		0,051/0,077	0,051/0,077	0,051/0,077	0,052/0,078	0,051/0,140
Telefonkonsultasjon	✓		0,051/0,77	0,051/0,77	0,051/0,77	0,142/0,354	0,163/0,269
Familierettede polikliniske tilbud			0,153/0,401	0,153/0,401	0,153/0,401	0,142/0,354	0,163/0,269
Annen omfattende testing og kartlegging			0,183/0,481	0,183/0,481	0,183/0,481	0,186/0,488	0,274/0,557
Observasjon i skole og barnehage			0/0,481	0/0,481	0/0,481	0/0,488	0/0,557
ECT-behandling			0,374/0,374	0,374/0,374	0,374/0,374	0,380/0,380	0,937/0,937
Fysisk trening			0,031/0,031	0,031/0,031	0,031/0,031	0,031/0,031	0,031/0,031

Ingen flytting av midler fra basis til ISF for 2020-2022.

# Bruk av prosedyrekoder

De inntektsgivende prosedyrekodene må alle forholde seg til, men hva med alle de andre prosedyrekodene?

- Noen seksjoner har brukt prosedyrekoder i mange år og har gode rutiner på dette
- Noen har ikke brukt prosedyrekoder i så lang tid og det er for noen veldig vanskelig å forholde seg til flere enn noen veldig få utvalgte
  - Både VOP og TSB skulle ha benyttet NCMP-kodeverket i mange år, men dette har ikke kommet på plass da det stadig har vært andre kodeutfordringer som har tatt plassen og kodene har virket irrelevante og ufullstendige
- BUP har ikke forholdt seg til prosedyrekoder før de ble inntektsgivende
  - Det å få en forståelse for nytten og at kodene er like aktuelle for BUP-feltet har tatt lang tid
- Det tar tid å få dette på plass, og interessen/lysten er veldig variert
  - Hvorfor?
  - Hva skal det brukes til?
  - Får vi noe tilbake for å registrere alt dette?

# Er kodene logiske for fagmiljøet?

- Hvor er de kodene vi trenger?
  - Flere fagmiljø mener at kodeverket mangler koder for kartlegging, observasjon og tiltak som er interessante for deres arbeidsområde
    - Belastningstillegg ved tvang
    - Lekeobservasjon
    - Samspillsobservasjon
- Kodeverket mangler nærhet til klinisk hverdag
  - Det er mange koder som er unaturlig oppdelt
    - Koder for terapi individuelt/gruppe
      - Bruk av administrative kode for deltagere kan erstatte mange av prosedyrene



# Hvilket forhold har behandlerne til kodene?

- Fordeler og bakdeler ved koder for lokalaktivitet som automatisk setter inn prosedyrekoder
  - Mister behandlerne nærheten til kodeverkene?
  - Hva om en prosedyre ikke er utført?
  - Hva om det mangler en prosedyrekode?
  - Lærer behandlerne seg noen koder og glemmer å sjekke om andre kan være aktuelle?
  - Forholder behandlerne seg til kodeforklaringen eller bare selve kodeteksten – og sjekker de om kodeteksten endrer seg (ved oppdateringer)?

# Hvordan kvalitetssikrer vi?

- Bruker Nimes
  - Spørringer som skal følges opp daglig, ukentlig og før hver månedsrapportering
- Bruker rapporter i DIPS
  - De store rapportene for henvisninger og konsultasjoner

## Daglig:

- Manglende eller feil Hovedtilstand
- Valideringsfeil
- Manglende eller feil bydel, kommune eller land
- Epikriser
- Manglende logikk i utskrivningskoder for døgnpasienter
  - Ut til annen avdeling, men innen annen innleggelse
  - Skrevet ut på tvang med døgn men skrevet ut til hjemmet
- Manglende klokkeslett på polikliniske kontakter
- Feil i oppgjør; frikoder, manglende egenandel eller feil takst

## Ukentlig eller oftere ved høy aktivitet (daglig på DPS)

- Feil sted for aktivitet i henhold til aktivitetstype
- Feil prosedyrekode i henhold til aktivitetstype og deltagere
- Feil i deltagere i henhold til aktivitetstype
- På døgn, kontroll av vedtak, ansvarlig behandler m.m
- Feil eller mangler på seksjon/lokalisasjon/oppholdstype
- Egne ryddelister for vedtak

## Før månedsoppgjør

- Kontroll av diverse prosedyrekoder
- Utgåtte koder på langtidspasienter
- Ulogisk hovedtilstand/DRG-grupper
- Ikke godkjente dokumenter
- BUP-krav for henvisninger

# Oppfølging og kvalitetssikring

- Det har vært mange år med mye nytt
- De siste årene har det vært veldig små og få endringer og dette gir mulighet for å etablere bedre rutiner ute i klinikken
- Tro aldri at alle har fått med seg alt
- Uten at ledere er interesserte og følger opp vil det aldri bli gode rutiner på koding eller kvalitetssikring
- Noen må ha ansvaret
- Ingen systemer finner alle feilene...

**Rapportere**  
Administrere, Distribuere, Revidere, Kontrollere, Registrere, Implementere, Redigere, Klassifisere, Korrigere, Dokumentere, Presisere, Aggregere, Standardisere, Informere, Analysere