

# Presentasjon fra Haukeland Universitetssykehus

Klinikkoverlege Rune Bjørneklett  
Mottaksklinikken

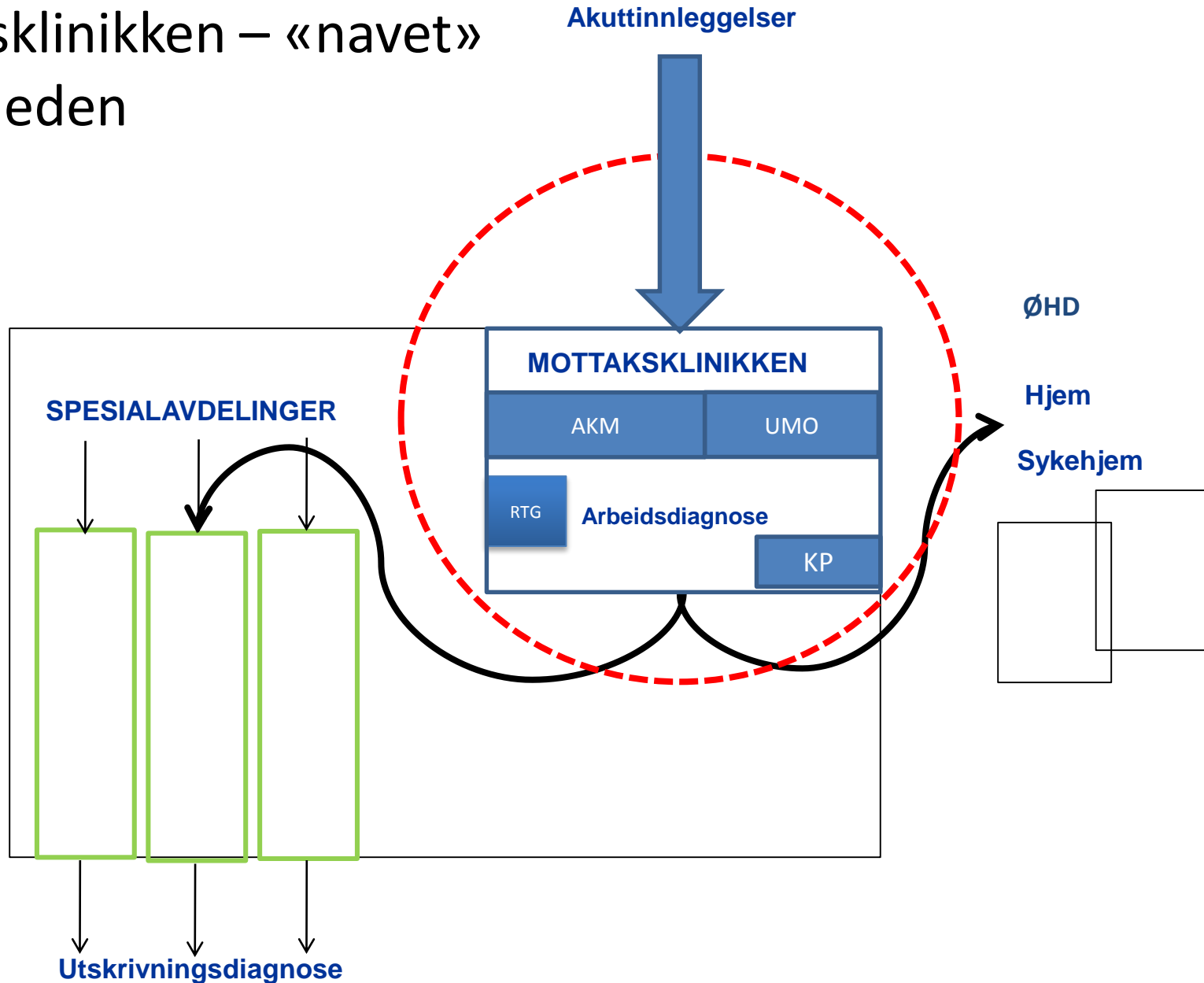


# Agenda

- Om Mottaksklinikken
- Utredning av de pasienter som kommer som øyeblikkelig hjelp, blir utredet og reiser hjem.
- Betydning de nye særkodene B0025, B0026 og B0027 vil ha på pasientgruppen?
- Betydningen av ISF/DRG for omstillingsarbeid i sykehuset

# Konseptets grunntanke:

## Mottaksklinikken – «navet» i akuttkjeden



# Hvordan legges tjenestene om? (1)

- **Overordnet: Kutt i unødvendig ventetid for pasientene.**
- **Ikke** forsøk på å få leger eller sykepleiere til å arbeide raskere

# Hvordan legges tjenestene om? (2)

- Dedikerte leger og sykepleiere med ØH innleggelser som primæroppgave/fokus
- For mange leger er det stor forskjell på de daglige problemstillinger og det som møter dem i akuttmottaket
- Ny spes i akutt- og mottaksmedisin

# Hvordan legges tjenestene om? (3)

- Betydelig investering i nye og velegnede lokaler
  - Isolater, rom for utagerende pasienter
  - Traumeenhet, nye/flere akuttrom
  - Ny enhet med rtg, CT og UL
  - Infrastruktur for taking og sending av prøver
  - Hele pasientforløpet i samme lokale
  - Egen enhet for behandling av overdoser mv

# Hvordan legges tjenestene om? (4)

- Reorganisering av legenes arbeidsmåte
  - Overlege i akuttmottak
  - Kontinuerlig teambasert arbeid
  - Sykepleiere/LIS-leger/overleger i team
  - Økt legebemanning til ØH-pasienter
  - Aktivt arbeidende leger (OL + LIS) til kl 22
  - Økt helgebemanning (OL + LIS) til kl 20



# Hvordan legges tjenestene om? (5)

- Tverrfaglig kompetanse i klinikken med spesialister i: indremedisin, kardiologi, lunge, nefrologi, hematologi, gastroenterologi, endokrinologi, geriatri, infeksjon, gastrokirurgi, onkologi, mikrobiologi, radiologi og allmenmedisin samt betydelig uformell kompetanse i andre fagområder
- ***Lokalsykehuseffekt i stort sykehus , godt læringsmiljø, redusert behov for tilsyn og overflytninger for pas med uklare og sammensatte kliniske problemstillinger***

# Mottaksklinikken (1)

- Akuttmottak: 36 000 innleggelser  
-6000 opphold behandles poliklinisk i AKMO
- Utredningsmottak 1: 23 senger 4000 opphold
- *Utredningsmottak 2: 18 senger 3000 opphold*
- Kortidsposten: 20 senger 6000 opphold
- OBS-plasser: 5 plasser – 2000 opphold?
  
- Akuttposten: 10 senger 2500 opphold
- Diagnostisk senter: poliklinikk, pakkeforløp kreft

# Mottaksklinikken (2)

- Ca 40 (?) legestillinger inkludert ledere
- Forventes å behandle ca 15 000 av 30 000 (50%) av alle ØH innleggelser gjennom akuttmottaket
- Over 12 000 (80%) utskrives fra Mottaksklinikken uten å ha vært innom andre enheter
- Anslagsvis 9 000 (60%) utskrives etter <24 timers liggetid
- ***Dette gir en økning på trolig ca 6 000 opphold med < 24 timers liggetid i forhold til tidligere drift***
- ***Døgnoophold = >5 timer + krysning av døgnskillet***

# Tallgrunnlag

- Anslaget basert på januar tall er at ca 3500 opphold har blitt konvertert fra døgn til dag/poliklinikk.
- Observert tall på årsbasis kan ikke rapporteres før primo 2019.

# ØH-døgn jan 2018 vs jan 2016

## Jan 2016

- Medisin: 762
- Hjerte: 543
- Kir: 514
- Mottaksklinikken (rus): 163
  
- Totalt: 1982

## Jan 2018

- Medisin: 309
- Hjerte: 351
- Kir: 365
- Mottaksklinikken: 837
  
- Totalt: ca 1700 (eks orto/nevro)
- MK: 165 ØH dagopphold
- MK: 120 ØH pol opphold (sengeenh, ikke AKMO)

# ØH: jan 2018 vs jan 2016

## Jan 2016

- Litt færre innleggelser enn i jan 2018
- Korridor: 621 (2.3%)

## Jan 2018

- Korridor 314 (1.2%)
- Redusert sengetall ca 70 (netto)

# Hvordan oppleves ISF-ordningen å støtte opp om omleggingene?

- Med innholdsmessig bedret diagnostisk utredning er det åpenbart svært uheldig at konvertering fra døgn til dag/poliklinikk opphold gir vesentlig lavere DRG-inntekter.
- Når anslagsvis 3-4000 opphold konverteres fra døgn til dag/poliklinikk får dette betydning på institusjonsnivå selv for en så stor enhet som Haukeland Universitetssykehus

Hvordan identifisere, registrere og rapportere tjenesten på en god og entydig måte ?

- Forslag:

- kode den diagnostiske utredning (nytt)

- kode diagnostisk resultat: diagnose

- kode komorbiditet: bidiagnose

- kode behandling: prosedyre/pakkeforløp



# Eksempel brystsmerter

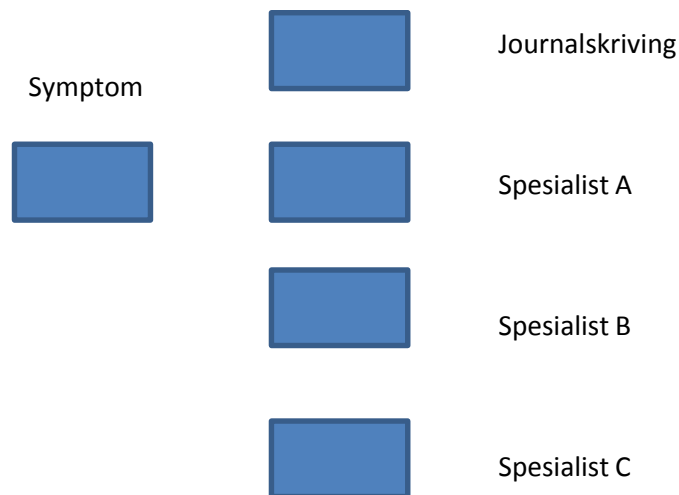
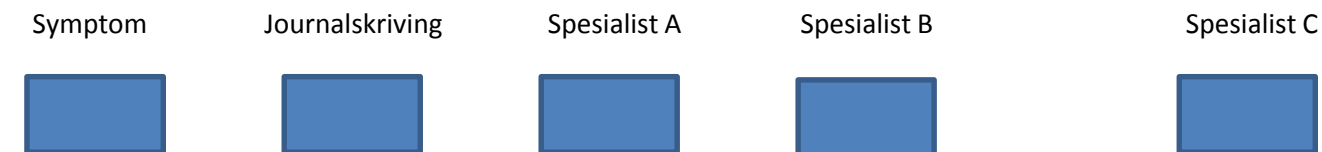
- Klinisk vurdering
- EKG
- Blodprøver
- Rtg thorax
- CT thorax
- Arbeids-EKG
- EKKO- cor (UL-hjerte)
- CT-cor
- Hjertekateterisering m/u intervensjon
  
- **Brystsmerteutredning A/B/C/D (kategori avhengig av innhold)**
  
- ***Koding: Brystsmerteutredning D + diagnose I20 (hjerteinfarkt) + bidiagnose N18 (Nyresvikt) + prosedyre hjerteinfarktbehandling inkludert PCI***

# Koding av diagnostisk utredning

- Kostnadsbilde mer avhengig av utredningen enn endelig diagnose
- Kan bidra og fremme utvikling av hensiktsmessige pakkeforløp
- Slik koding kan gi være svært nyttige data for klinisk kvalitetsarbeid og forskning

Prinsippet for omleggingen:

# Fra sekvensiell til synkron utredning






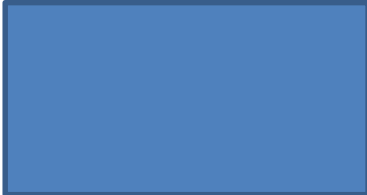


Tidsakse: Dag 1

Dag 2

Dag 3

Dag 4

# Forskjellen på aktiv /passiv drift i sengeposter kontra Mottaksklinikken

	Dagtid	Kveld	Natt
Sengepost			
UMO			

Aktiv drift: Full klinisk aktivitet med visittgang, utredninger og behandlinger (mørk blått)

Passiv drift: Begrenset klinisk aktivitet knyttet til øyeblikkelig hjelp (uten fyll)

# Leger på kveldstid

- Øker antall pasienter som kan utskrives før døgnskille
- Koster mye penger og er til dels upopulært (ubekvem arbeidstid) blant legene
- Betydelig inntektstap ved konvertering fra døgn til dag (evt pol) takst

# Effekt på kostnadsbildet:

Prinsipp for  
kostnad:

Kostnad øker proporsjonalt med behandlingstid/liggetid

Tradisjonelt  
kostnadsbilde:

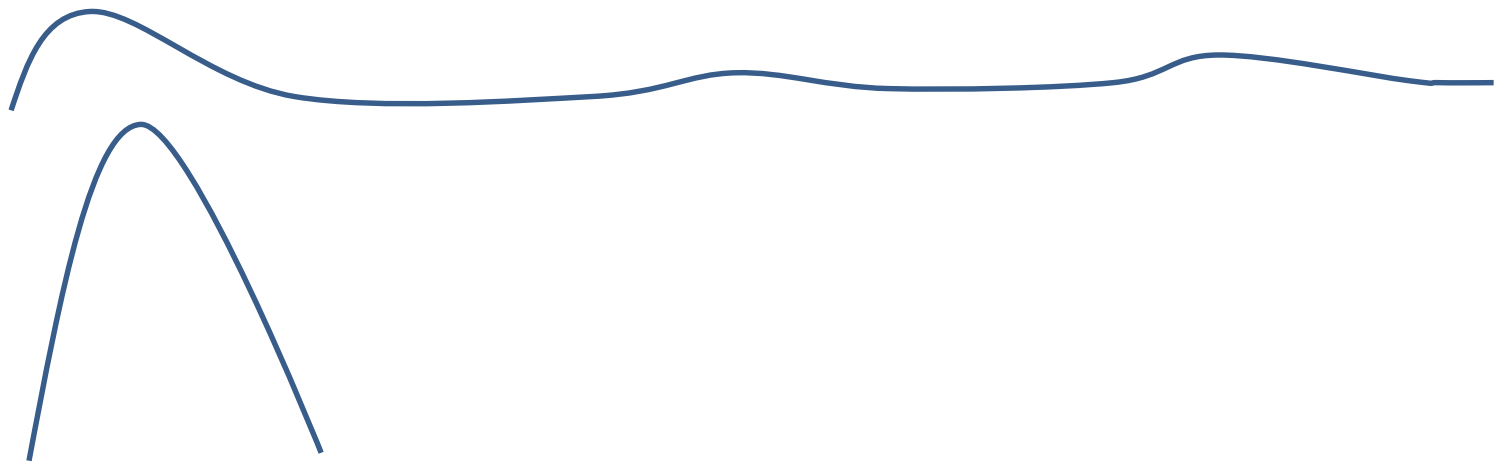
Nytt  
kostnadsbilde:

Tidsakse:    Dag 1

Dag 2

Dag 3

Dag 4



# ØH-pasienter

## Tidligere

- Innleggelse fagspesifikk avdeling med evt senere flytting til annen enhet ved «feilplassering»

## Nå

- Observasjonsenhet (<8 t)
- Kortidspost (avklart problemstilling, <24 timer)
- Akuttpost (rus)
- Utredningsmottak (uavklart problemstilling eller multisyke, <72 timer)
- Innleggelse fagspesifikk enhet

# Hvorfor kortere liggetid i MK: kutter unødvendig ventetid

- Differensiert tverrfaglig sengetilbud
- Kort ventetid på røntgen undersøkelser
- Lab-service 24/7 (rørpost)
- Utvidet dagtids-drift til 08-22
- Utvidet helgedrift
- Synkront tverrfaglig tilbud (færre tilsyn/overflytninger)
- Journalopptak: start på utredning og smart doku.
- Fokus på drift
- ?



# Særkoder

- B0025: ØH-utredning bryst smerter/hjertes.
- B0026: ØH-utredning akutte magesmerter
- B0027: ØH-utredning mistanke DVT/LE
  
- Gir pt økonomisk uttelling kun ved poliklinikk, men registreres også for dag/døgn
- Effekt: poliklinikk = dagtakst (?)
- Avhjelper noe men ikke det ugunstige ved konvertering fra døgn til dagopphold, foreløpig

# Nye særkoder?

- Akutt rus: alvorlig syke men kort liggetid
- Mistanke om slag
- «Diagnostisk sløyfe» i forhold til ØHD- enheter

# Avsluttende konklusjoner:

- Ønsker justering av finansiering av akuttutredningen av følgende grunner
  - Dagens betalingssystem har to dominerende dimensjoner
    - Diagnose
    - Varighet
- Vi mener dette systemet har betydelige svakheter når det gjelder utredning
  - Utredningens innhold bestemmer kostnadsnivået
  - Tidsbruken er en dårlig målestokk for kostnad
- Et forløpsbasert refusjonssystem vil etter vårt syn være mer formålstjenlig
- Større mulighet til gjenbruk av data til kvalitetsarbeid og forskning
- Høyere utnyttelse av utstyr og bygningsmasse ved vår måte å drifte akuttkjeden

# ISF og omstilling

- Ressursoverføring versus overdragelse av inntektskrav i budsjett
  - ikke betydning på foretaksnivå men forsurer internt samarbeid
- Tap (midlertidig) av kodekompetanse ved overdragelse av aktivitet
  - potensielt tap for foretaket, forsurer internt samarbeid
- Tap pga konvertering fra døgn til dag/poliklinikk
  - **tap for foretaket, bremser ønsket omstilling?**

# Budsjett MK

- Budsjett: ca 270 millioner
- Inntektskrav: 225 millioner (6.25 mill/legeårsverk)
- Akuttmottak: 95 millioner (inntekt = 0)
- Sengeenhetene + adm: 175 millioner
  
- UMO 2 (18 senger): inntektskrav 78 millioner (ca 10 mill/legeårsverk) med kostnadsbudsjett ca 37 millioner (inkl legetjeneste)

# Konsekvens

- Underskudd i MK gir renomme-tap internt i sykehuset
- Evt korrigerings av inntektskrav kan føre til store underskudd i etablerte enheter som nå går i balanse pga lavere inntektskrav i 2018 enn 2017

# ISF og omstilling

- ISF bør innrettes slik at ønsket/nødvendig omstilling i helsevesenet fremmes og ikke slik som nå straffes
- ISF på enhetsnivå i sykehus med omstilling kompliserer, utgifts budsjettering en bedre løsning??