

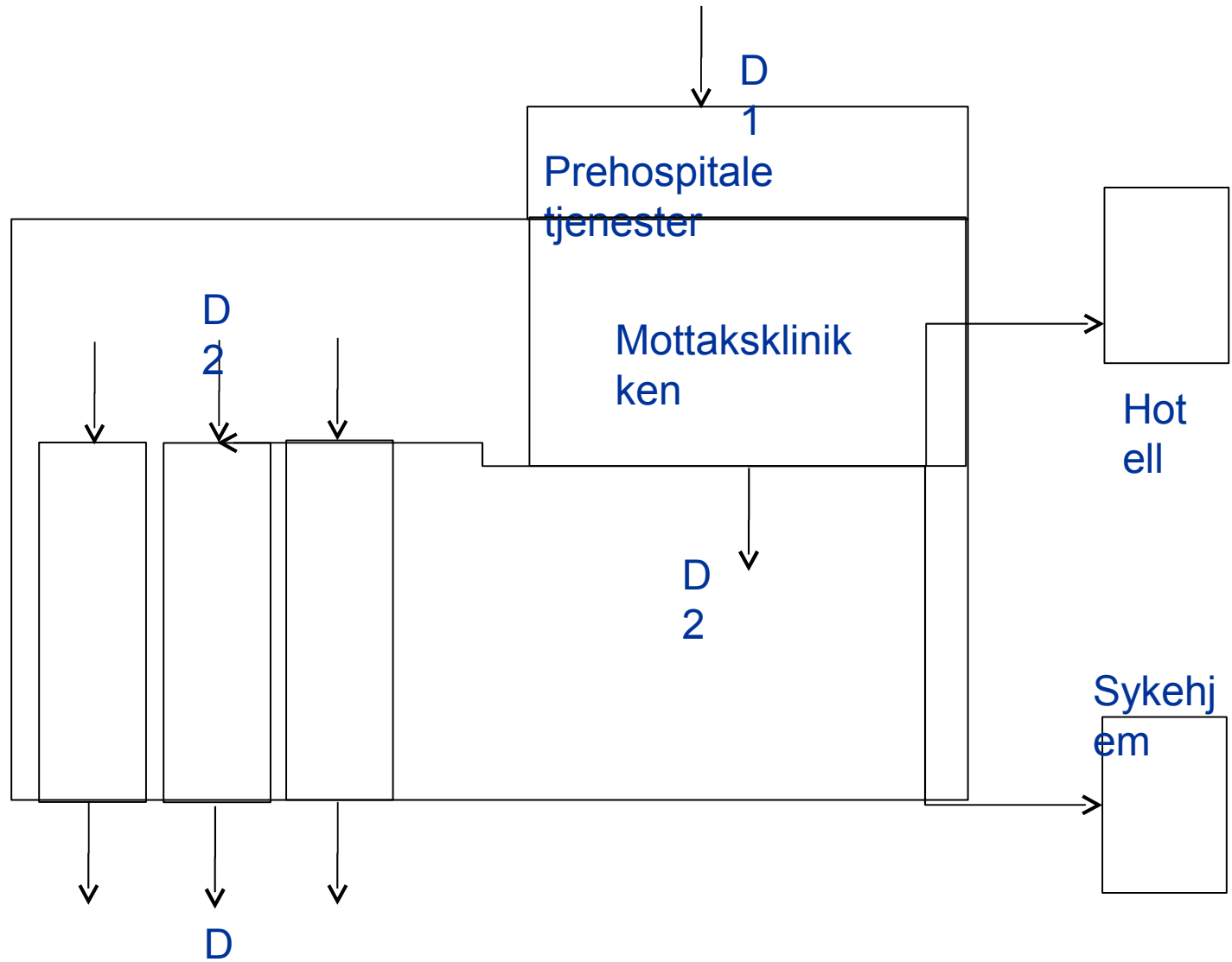
Akuttmottak i Helse-Bergen – utviklinga mot 2016

Klikk for å redigere undertittelstil i malen

Johannes Kolnes

**Spesialrådgiver – Avdeling for
helsetjenesteutvikling, Haukeland
Universitetssjukehus**

Mottaksklinikkens konsept:



Spesialavdelinger:

Samhandlingsreformens akilleshæl:

- Hvem skal gi pasientene rett diagnose?
- Vitenskapelig dokumentasjon for
 - sykehjemsbehandling etter sykehusopphold gir
 - Bedre overlevelse
 - Mindre invaliditet
 - Større autonomi
- Hva er faren med
 - Før...- og
 - I stedet for sykehusopphold ?

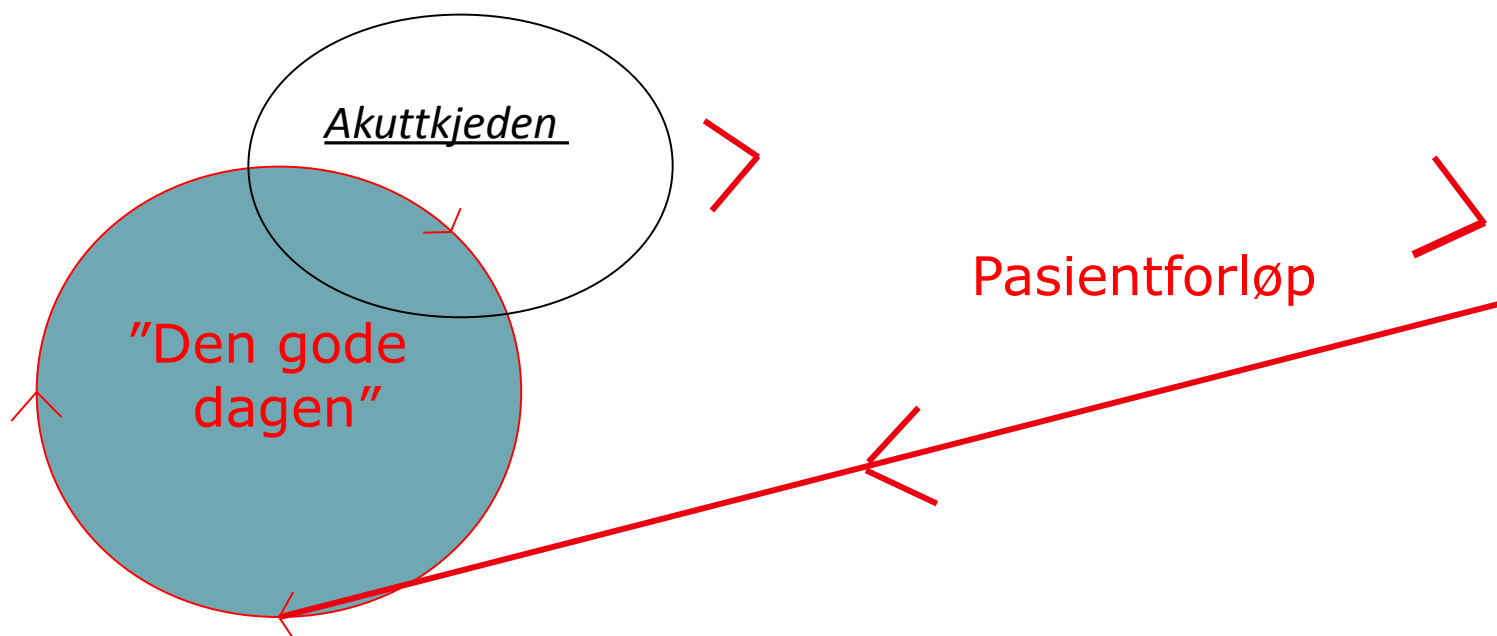
Avansert diagnostikk er høyspesialisert medisin:

- Blodprøver raskt nok og med en tilstrekkelig bredde
- Billeddiagnostikk i form av ultralyd, røntgen, CT og MR. Invasivt og non invasivt
- Elektrofysiologiske undersøkelser
- Spesialkompetanse i kliniske disipliner

Nye gevinster ved sykehusbehandling < 10 år

- Kausal behandling av hjerteinfarkt
 - Sekundærforebygging av
 - Hjertesvikt
 - Rytmeforstyrrelser
 - Tidlig død
- Kausal behandling av hjerneinfarkt
 - Sekundærforebygging av
 - Lammelser
 - Kognitiv svikt
 - Sansesvikt

Akuttkjeden i helhetsbildet:



Forløpsanalysen av akuttkjeden:



Hvilke oppgave skal løses?

- Øyeblikkelig hjelp krav til kommunene utvides
 - Sengeposter for øyeblikkelig hjelp kommer
 - I stedet for....
 - Før...
 - Etter sykehusbehandling

Hvordan løse dette paradokset?

«Vi skal ta i bruk kommunale
øyeblikkelig hjelp senger,
men

Vi må ikke gå glipp av den
høyspesialiserte medisins store
gevinster»

Helse og omsorgsplanen 2011-2016

Hva gjør vi det første året med kommunens plikt til døgnbasert øyeblikkelig hjelp tjenester?

Alternativ 1, en pragmatisk tilnærming

- Ikke all diagnostikk er så avansert
 - Primærhelsetjenestens diagnose kan være nøyaktig nok
 - Funksjonsnedsettelse og eller manglende observasjonsmulighet er primær årsak til innleggelse i sjukehus.
- Klinisk diagnose er styrende for primærbehandlingen

Dette er ei gruppe vi med enkle midler kan effektuere.

Døden er et kulturelt – ikke et medisinsk fenomen

- All terminal pleie – ikke reserver begrepet for kreft
- Primærhelsetjenestens store oppgave er å koble pasienten fra behandlingkjeden når tiden er moden

Dette er den gruppen vi skal overføre til kommunen

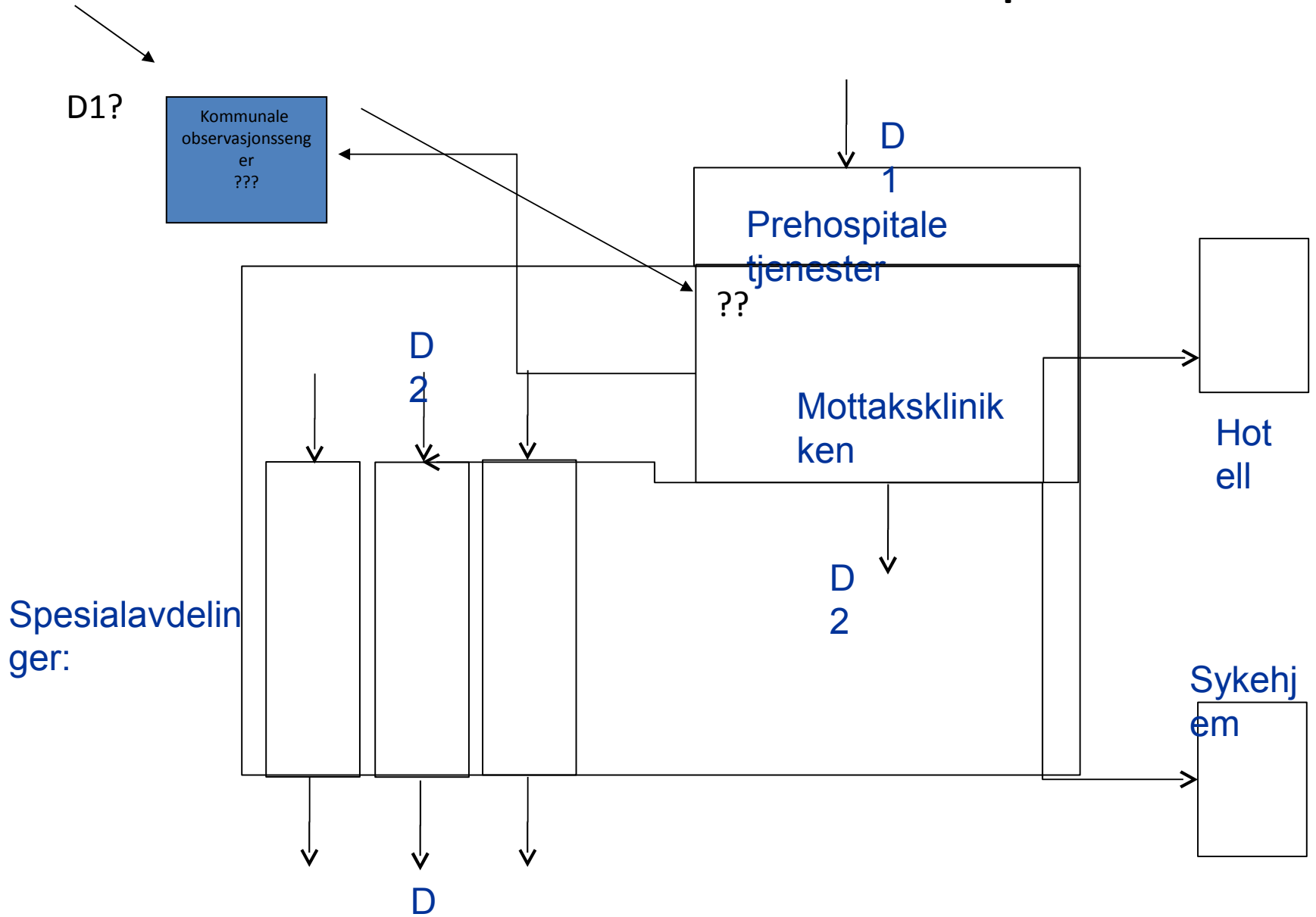
Hva kreves av kommunen for dette?

- Kommunen har
 - Kompetansen
 - Lokalitetene
- Pasientene vil få et bedre tilbud i kommunen
- Kommunen kan bruke disse midlene til ren styrking og utvikling av akutt tilbudet

Alternativ 2

- Primærhelsetjenesten er eller har potensial til å bli bedre enn spesialisthelsetjenesten i behandling av
 - Gamle og multisjuka
 - KronikereOpplæring på tvers av nivå
 - opplæring i interaksjoner mellom sykdommer og/eller medikament
- Forutsetninger for å legge de aktuelle gruppene til kommunale akuttsenger
 - System for å påvise forverring av kronisk sykdom
 - Behandlingsalgoritmer, f.eks. for KOLS forverring
 - Samarbeide om diagnostikken

Mottaksklinikkens konsept:



Hva inneholder kommunenes døgnbaserte øyeblikkelig hjelp omsorg 2012 til 2016:

2012

2-3 akuttsenger
før innleggelse

2013- 2014

2-3 akuttsenger
før innleggelse

5 senger for
behandling
etter diagnostikk

2015-2016

2-3 akuttsenger
før innleggelse

5 senger for
behandling
etter diagnostikk

7- 12 senger for
behandling **etter**
sykehusbehandling

Takk for oppmerksomheten!

Motivasjon:

- Kommunen tjener umiddelbart inn 20% DRG for hver pasient
- Kan brukas i budsjettsammenheng for samhandlingsprosjekt dersom vi er gode på to ting:
 - a) Unngå å gi et tilbud til pasienter som kunne trenge litt ekstra hjelp, men som nok ikke hadde blitt lagt inn
 - b) Føre god statistikk over volumet som reelt unngår innleggelse

Kommuneøkonomi

- DRG enhetspris for 2012 er kr 38209. 20% av dette utgjør kommunens medfinansieringsdel, = kr 7641.
- Bronkopneumoni har den en vekt 0,686 x kr 7641
 - Spares kr 5241
- KOLS har vekt 0,748 x kr 7641
 - spares kr 5715
- Pneumoni vekt 1,602 x kr 7641
 - spares kr 12241
- En pasient av hver av disse kategoriene med liggetid 4 dager gir dagrefusjon på
kr 5800/dag

Budsjettutfordring

- Dagkostnad pr pleier med lønn+ sos.utgifter på 500 000/år/ 220 arb dager = 2273kr/dag. Trenger 5 stillinger for å dekke døgn + ferie = kr 11365
- Da trenger man enten 40% refusjon = kr 11600/ dag eller 6 pasienter på enheten.
- Alternativt kombinasjon med andre funksjoner.

Hva må man føre statistikk på?

- Antall pasienter
- Diagnoser
- DRG vekter
- Liggetider
 - MERK overflytting til sjukehus gir tap av opprinnelig refusjon. Må derfor bestemmes tidlig dag1-2 for å begrense tap.
- Bør på kommunalt nivå ha statistikk over historisk antall innleggelser (2011 + 1,1%)
- Sammenligne med aktuelt antall innleggelser

Ref. www.saman.no