

A blurred photograph of four medical professionals walking in a hospital hallway. Two are wearing white lab coats over green scrubs, and two are in green scrubs. The image is intentionally out of focus to create a sense of motion and activity.

## **VEDLEGG 5**

### **Gevinstpotensial Fremragende akuttmottak fase II**

# FREMTRAGENDE AKUTTMOTTAK FASE II

## GEVINSTPOTENSIAL



# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>s. 3</b>
<b>2</b>	<b>Gjennomgang av gevinstområder</b>	<b>s. 7</b>
<b>3</b>	<b>Beregning av økonomiske gevinster og oppsummering</b>	<b>s. 33</b>
<b>4</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>s. 43</b>

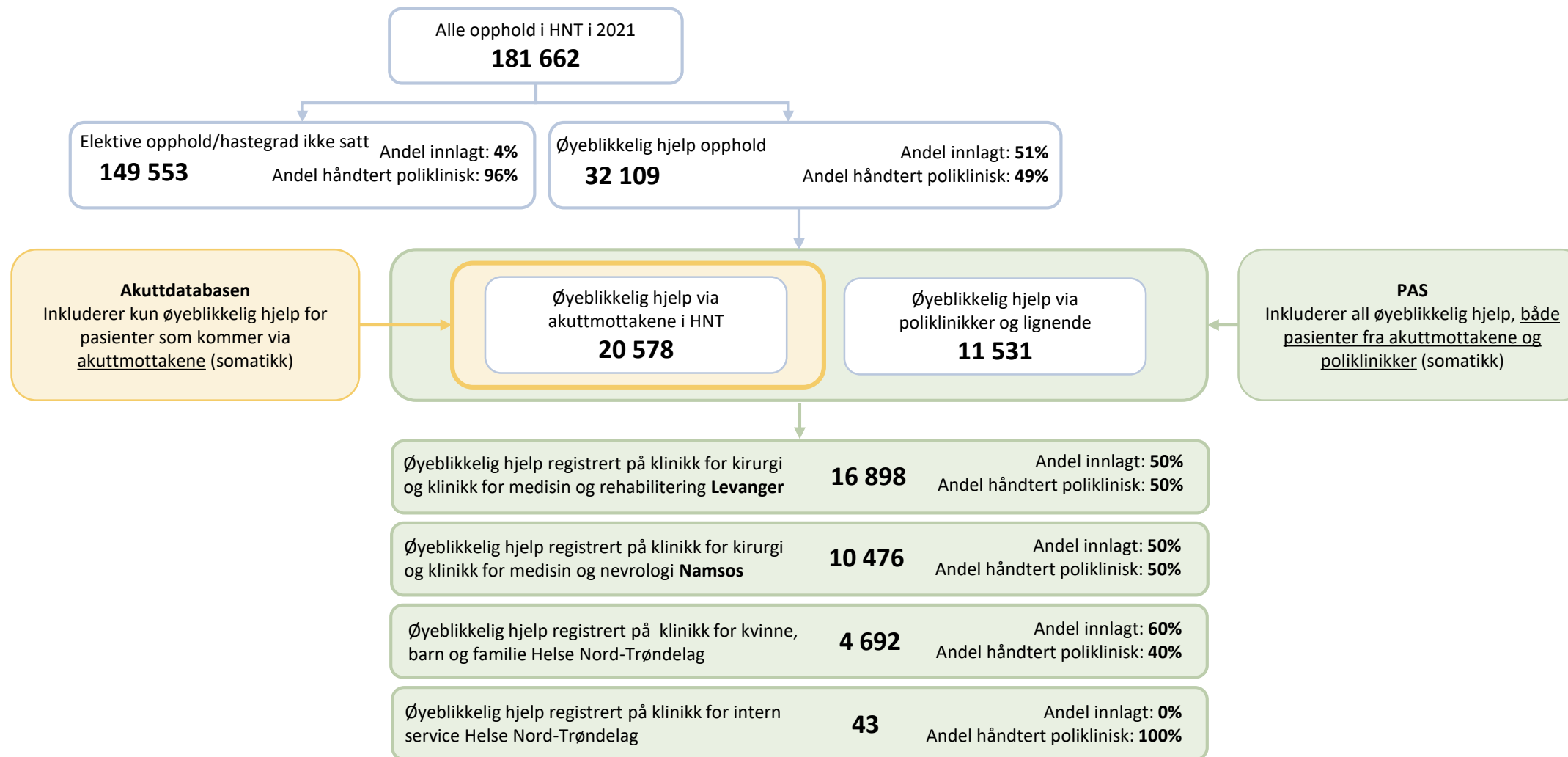
## I presentasjonen er det benyttet tall/analysegrunnlag fra Akuttdatabasen og PAS

- PAS inkluderer registreringer av all øyeblikkelig hjelp på sykehusene. Svakheterne med analysegrunnlaget fra PAS er at grunnlaget er lite detaljert, da det meste av informasjon knyttet til ø-hjelpspasienter, blir registrert i akuttdatabasen. Prosjektet har derfor benyttet akuttdatabasen til mer detaljerte analyser og PAS til å vise det overordnede bildet
- Grunnet ulik organisering av akuttmottakene i Namsos og Levanger vil ikke tall fra akuttdatabasen være sammenlignbare mellom de 2 akuttmottakene. Akuttmottaket i Namsos har en høyere andel polikliniske ø-hjelpspasienter, enn Levanger, grunnet ulik organisering av hvilke ø-hjelps pasienter som kommer hvor (poliklinikk eller akuttmottak). Eksempelvis kommer alle medisinske ø-hjelpspasienter til akuttmottaket i Namsos, mens i Levanger kommer mange av de medisinske polikliniske ø-hjelpspasientene til medisinsk poliklinikk, store deler av døgnet
- I akuttmottaket ved Sykehuset Namsos kom elektive pasienter tidligere til akuttmottaket for journalopptak. Disse pasientene er ikke tatt med i analysene som er utført med tall fra akuttdatabasen
- Datasettene som er benyttet inkluderer kun pasienter innen somatikk

### Oversikt over hvilke datakilder som inkluderer hvilke data:



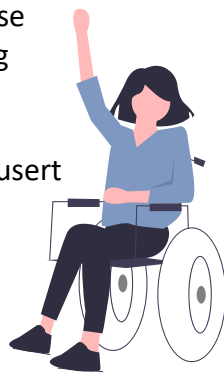
## Under viser en oversikt over alle opphold på sykehusene i Namsos og Levanger i 2021, og fordelingen mellom elektiv og akutt, samt andel som håndteres poliklinisk og legges inn



# Gevinstpotensialet kan være stort dersom kommune og sykehus jobber videre sammen for mer helhetlige pasientforløp, med en rekke gevinster for både brukere, helseforetak og kommuner

## EKSEMPLER PÅ GEVINSTER FOR BRUKER:

- Økt pasientsikkerhet
- Økt pasienttilfredshet
- Økt trygghetsfølelse hos pasient og pårørende
- Bedre informasjonsflyt gjennom forløpet
- Raskere oppstart av behandling
- Kortere ventetid gjennom forløpet
- Raskere avklaring mtp. behov for innleggelse på sykehus eller poliklinisk behandling
- Redusert unødvendig transport, som fører til mindre belastning for pasienten
- Redusert unødvendig diagnostikk gjennom forløpet
- Økt brukermedvirkning
- Redusert risiko for reinnleggelse
- Mer diagnostikk og behandling nærmere hjemmet
- Mer fokus på forebyggende helsetjenester, som kan gi redusert behov for øyeblikkelig hjelp



## EKSEMPLER PÅ GEVINSTER FOR HELSEFORETAK:

- Bedre samhandling og informasjonsflyt mellom aktørene i ø-hjelpsforløpet
- Økt forståelse av ansvarsområder og roller på tvers av de ulike aktørene i den akuttmedisinske kjeden
- Redusert unødvendig transport og bedre utnyttelse av ambulanse
- Redusert tilstrømming til akuttmottakene, som kan påvirke fremtidig bemanningsbehov
- Reduksjon i unødvendig diagnostikk
- Jevnere belegg av pasienter i akuttmottaket som kan gi jevnere arbeidsbelastning, med redusert behov for innleie/overtid, og bedre utnyttelse av areal
- Reduksjon i antall liggedøgn, som kan gi rom for mer elektiv aktivitet og redusere innleie/overtid
- Reduksjon i reinnleggelser
- Økt medarbeidertilfredshet og redusert sykefravær
- Redusert turnover
- Økt grad av rett pasientbehandling til rett tid og sted, som gir bedre ressursutnyttelse

## EKSEMPLER PÅ GEVINSTER FOR KOMMUNER:

- Bedre samhandling og informasjonsflyt mellom kommune og sykehus
- Bedre samhandling og informasjonsflyt mellom aktørene i ø-hjelpsforløpet, innad i kommunen
- Økt forståelse av ansvarsområder og roller på tvers av de ulike aktørene i den akuttmedisinske kjeden
- Økt grad av rett pasientbehandling til rett tid og sted, som gir bedre ressursutnyttelse gjennom forløpet
- Reduksjon i unødvendig diagnostikk
- Jevnere arbeidsbelastning gjennom forløpet
- Økt medarbeidertilfredshet og redusert sykefravær
- Mer tid til pasientrettet behandling for alle aktører
- Økt forutsigbarhet for planlegging av kapasitetsbehov/bemanningsbehov



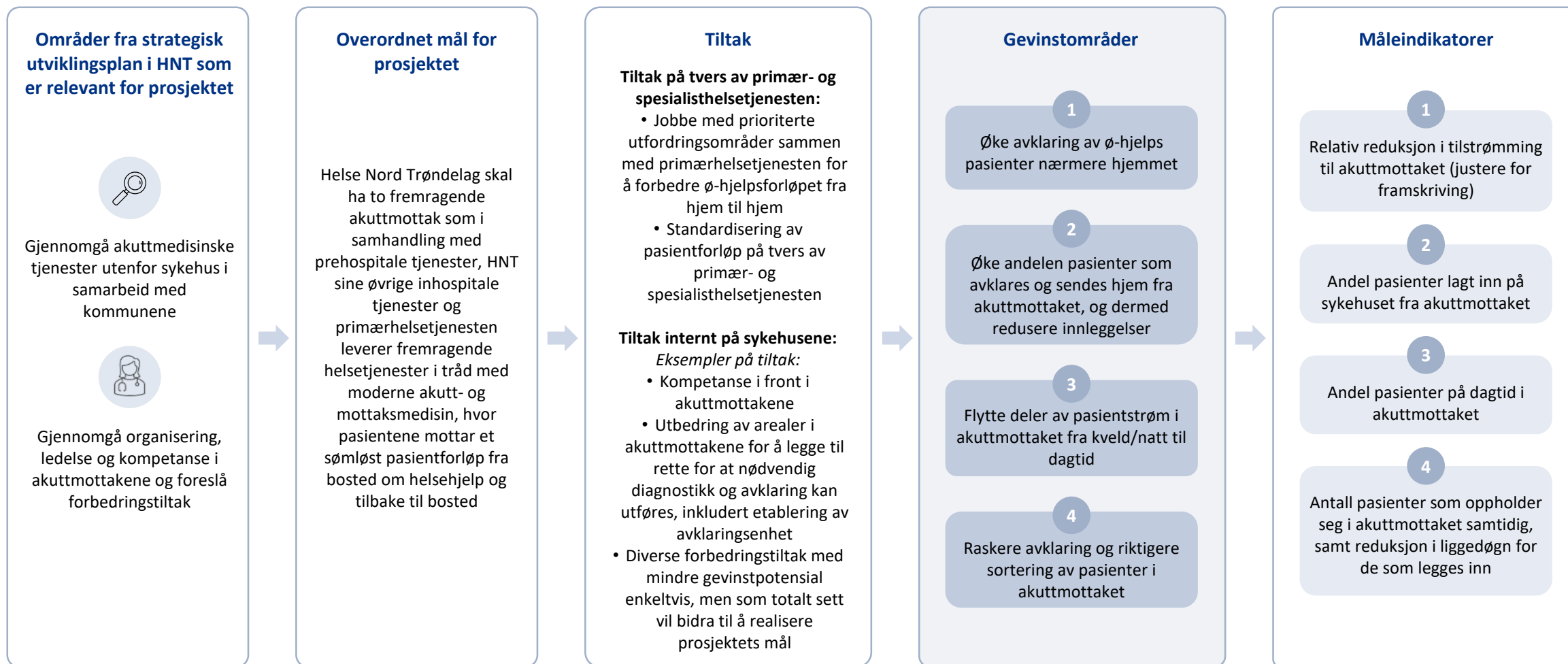
Eksemplene er en samling av innspill som har kommet gjennom prosjektperioden, basert på foreslåtte og gjennomførte tiltak



# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>s. 3</b>
<b>2</b>	<b>Gjennomgang av gevinstområder</b>	<b>s. 7</b>
<b>3</b>	<b>Beregning av økonomiske gevinster og oppsummering</b>	<b>s. 33</b>
<b>4</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>s. 43</b>

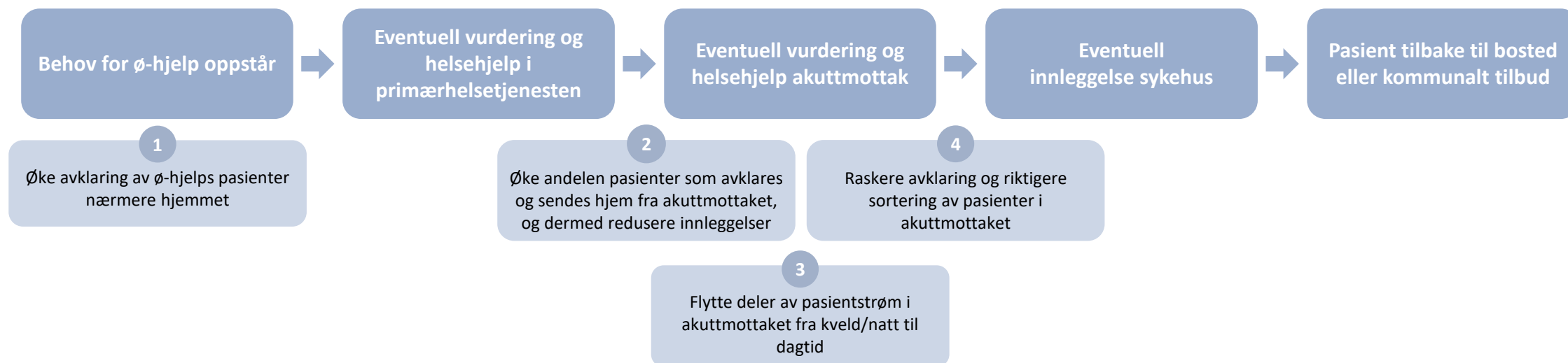
# Basert på målet til prosjektet, gjennomførte og foreslåtte tiltak, har prosjektet utdypet gevinstpotensialet for 4 områder, som også kan brukes som mål i det videre arbeidet





## De 4 gevinstområdene vil ha en positiv effekt på hele ø-hjelpsforløpet, fra hjem til hjem

- Gevinstområdene som er konkretisert her, er beregnet fra sykehusets ståsted da prosjektet kun har hatt tilgang på data tilknyttet sykehuset. Effektene vil likevel være store for alle aktørene i ø-hjelpsforløpet.
- Eksempelvis vil gevinstområde 1, kunne gi store gevinster for alle aktørene som er representert tidlig i forløpet, men også gi store gevinster videre i forløpet. I en evt. fase III av prosjektet vil det være mulig å også konkretisere gevinstpotensialet for andre aktører.



### Eksempler på gevinster for brukere for hvert av de 4 områdene

- 1**
  - Mer diagnostikk og behandling nærmere hjemmet, som frigir tid for pasienten brukt på sykehus/legevakt/fastlege
  - Redusert unødvendig transport, som fører til mindre belastning for pasienten
  - Raskere oppstart av diagnostikk og behandling
- 2**
  - Reduksjon i unødvendig diagnostikk
  - Raskere oppstart av riktig behandling
  - Redusert unødvendig ventetid
  - Kortere oppholdstid på sykehuset
- 3**
  - Reduksjon i unødvendig ventetid og total oppholdstid på sykehuset
  - Bedre tilgang på kompetanse
  - Planlagt tidspunkt som kan gi mer forutsigbarhet for pasient ift. transport
  - Mindre belastning for pasienter knyttet til transport på dagtid ift. kveld/natt og spesielt for pasienter med lang reisevei
- 4**
  - Raskere oppstart av behandling
  - Reduksjon i unødvendig ventetid
  - Raskere avklaring mtp. behov for innleggelse på sykehus
  - Økt pasientsikkerhet
  - Reduksjon i liggedøgn for pasienter som legges inn

## Gevinstområde 1: Øke avklaring av ø-hjelpspasienter nærmere hjemmet

### BAKGRUNN:

Framskrivning tilsier en **økning i akuttinnleggelser på 43% fra 2017 til 2035\***, noe som underbygger behovet for endring og videreutvikling av dagens løsninger og arbeidsformer.



Befolkningens alderssammensetning vil i løpet av de neste ti-årene endres kraftig, med stor vekst i folketallet og antall eldre, noe som innebærer **betydelig vekst i etterspørselen etter helsetjenester.**

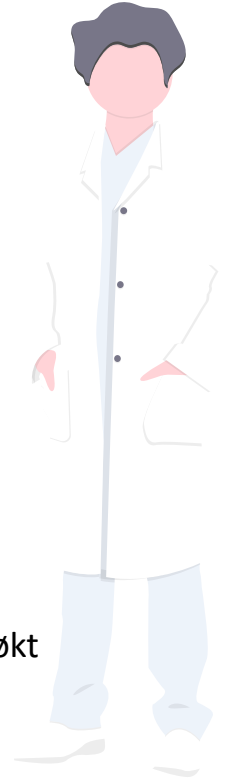
En framskrivning av behovet for helsepersonell, som følge av befolkningsendringene, viser at helseforetakene i Midt-Norge vil ha **behov for 25% flere årsverk fram til 2030**. Kommunene vil ha tilsvarende eller større behov. Dette vil ikke være bærekraftig, og betyr at vi må **behandle flere pasienter med relativt sett færre ansatte**. Det krever at arbeidsprosesser og pasientforløp kontinuerlig forbedres, for å sikre tjenester i tråd med beste medisinske praksis, riktig ressursbruk og riktig bruk av kompetanse og teknologi.\*\*



## Ved å gjøre det som er riktig for pasienten, så tidlig som mulig i pasientforløpet, vil det kunne ha stor påvirkning på nødvendig ressursbruk videre i forløpet

**Gjennom å jobbe sammen på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten med utfordringene kartlagt i fase II av prosjektet, samt med standardisering av pasientforløp, vil dette kunne bidra til økt avklaring av pasienter nærmere hjemmet.**

- Den 25.01.22 ble det gjennomført en digital workshop på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten, hvor utfordringene fra kartleggingen ble rangert, etter hvilke som var viktigst å løse. Det kom også forslag til hvordan utfordringene kunne løses. Se eksempler under på forslag til løsninger fra workshopen 25.01, som kan bidra til økt avklaring av pasienter nærmere hjemmet:
  - Sikre felles retningslinjer, riktig utstyr, verktøy og kompetanse hos helsepersonell som utfører førstegangsvurdering av pasient
  - Sikre samme språk/verktøy for vurdering av pasient gjennom hele pasientforløpet
  - Økt tilgang for allmennleger og ambulanspersonell på å konferere med spesialist via telefon eller video
  - Økt bruk av videokonsultasjon mellom helsepersonell ved akutte hendelser
  - Økt bruk av velferdsteknologi, som sensorovervåking for oppfølging av pasienter i hjemmet
- Standardisering av pasientforløp for volumgrupper av pasienter, som eks. bryst smerter og magesmerter, vil også kunne bidra til økt avklaring av pasienter nærmere hjemmet.



## Gjennom kartleggingen av ø-hjelpsforløpet fra hjem til hjem kom det frem hvordan flere aktører jobber for å redusere/forbygge behovet for øyeblikkelig hjelp i dag

Under er noen eksempler på hvordan ulike aktører jobber i dag for å forebygge behovet for øyeblikkelig hjelp, og avklare pasientene nærmere hjemmet:

- Et eksempel på forebyggende tiltak på sykehjem er bruk av **hoftebeskyttere** for mennesker med benskjørhet, for å hindre hoftebrudd. På sykehjemmet dette var innført, så de en stor forbedring i antall hoftebensbrudd, med ingen hoftebeinsbrudd etter innføring.
- Kommuner med tilbudet **Røntgenbil** trekker dette frem som et godt tilbud, da tilbudet kan avdekke brudd og spare pasienten for transport og tid brukt på sykehuset.
- Et annet eksempel fra sykehjem, er **gjennomgang av alle pasienter i forkant av helg**, for å sikre nødvendige medisiner og redusere sannsynligheten for at det skal oppstå en akutt situasjon gjennom helgen.

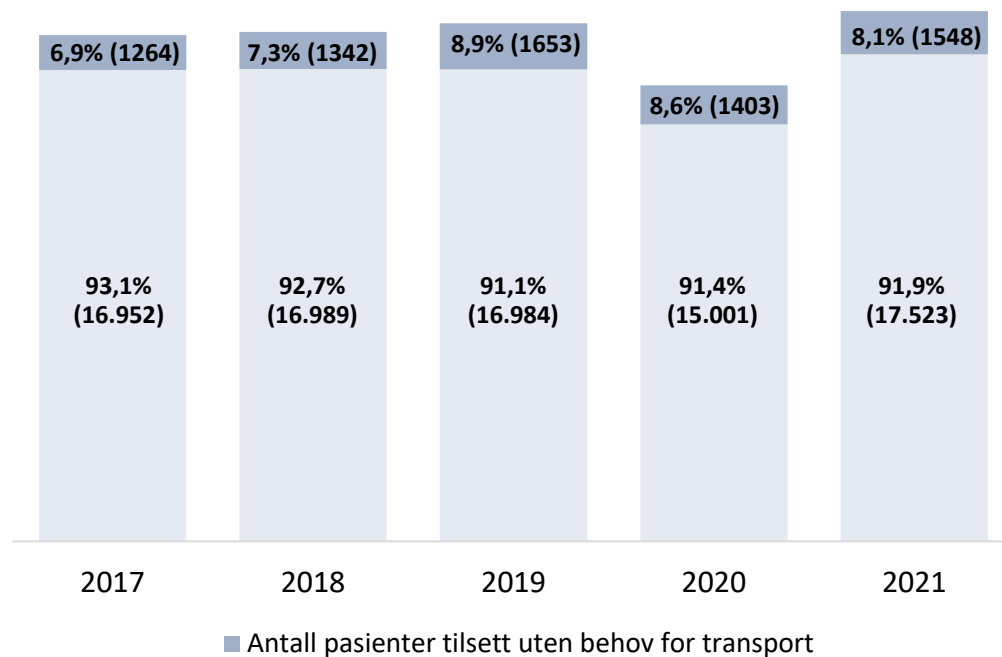


### Et annet eksempel, utenfor HNT:

- I Nord Norge har kommunene redusert forbruk av øyeblikkelig hjelp, gjennom **pasientsentrerte helsetjenesteteam**\*. Teamene, med fokus på skrøpelige eldre, har bidratt til tryggere overganger mellom sykehus og hjem og ført til redusert forbruk av øyeblikkelig hjelp, økt bruk av planlagt poliklinikk og 40% reduksjon i 6 måneders dødelighet

## Ambulansetjenesten håndterer/avklarer flere pasienter, som blir tilsett av ambulanspersonell uten behov for transport

Under viser antall oppdrag årlig for ambulansetjenesten og hvor mange/andel av pasientene som blir tilsett av ambulanspersonell uten behov for transport



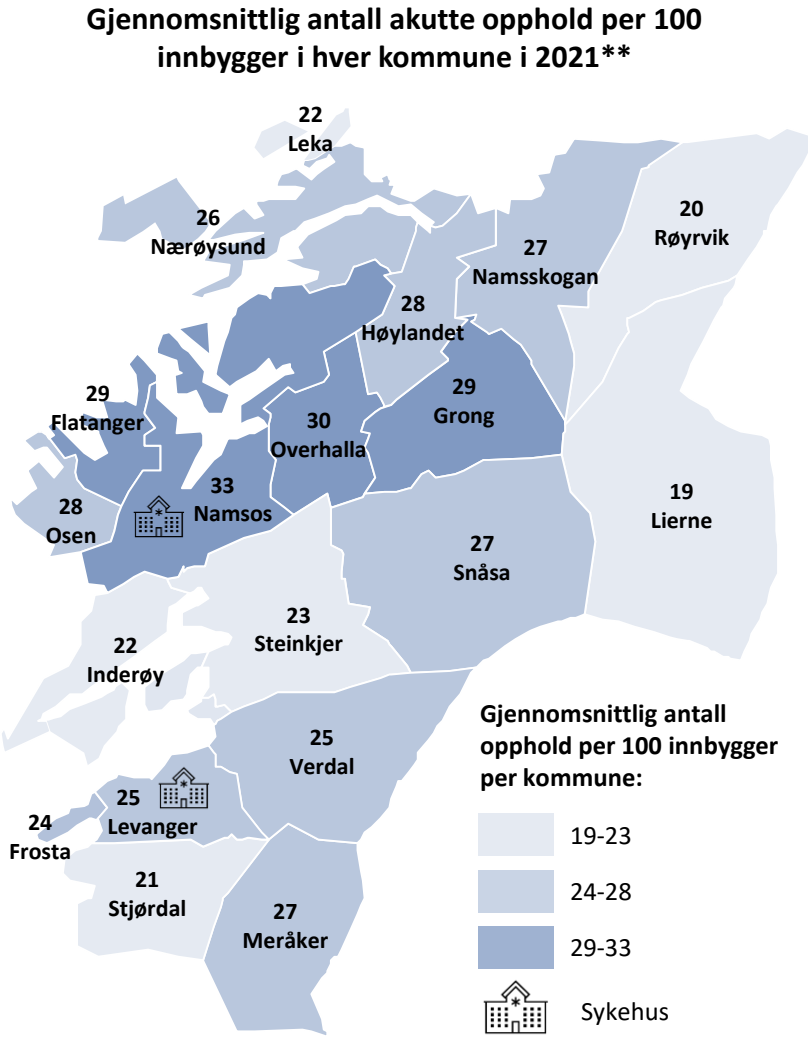


# Det ble bemerket ved flere anledninger gjennom kartleggingen, at det er forskjell i antall ø-hjelpspasienter som blir henvist til sykehuset, basert på avstand til sykehus

For å sjekke om det var noen forskjell i antall akutte opphold i forhold til bostedskommune og avstand til sykehus, har prosjektet sett på antall akutte opphold per 100 innbygger. I tabellen under viser gjennomsnittlig antall opphold per 100 innbygger i 2021 for HNT, sykehuset Levanger og sykehuset Namsos. På kartet til høyre viser tall per kommune. Basert på kartet til høyre er det vanskelig å si om det er noe forskjell i antall akutte opphold per kommune med lang og kort avstand til sykehus, da det varierer. Begge sykehusene har et overforbruk ift. Landsgjennomsnittet, hvor Namsos har et høyere overforbruk enn Levanger

Gjennomsnittlig antall opphold per 100 innbygger i 2021	Behovsjustert*
Landsgjennomsnitt	21,4
Totalt for Helse Nord-Trøndelag	22,8
Kommunene i tilknytning til Sykehuset Levanger	21,7
Kommunene i tilknytning til Sykehuset Namsos	25,4

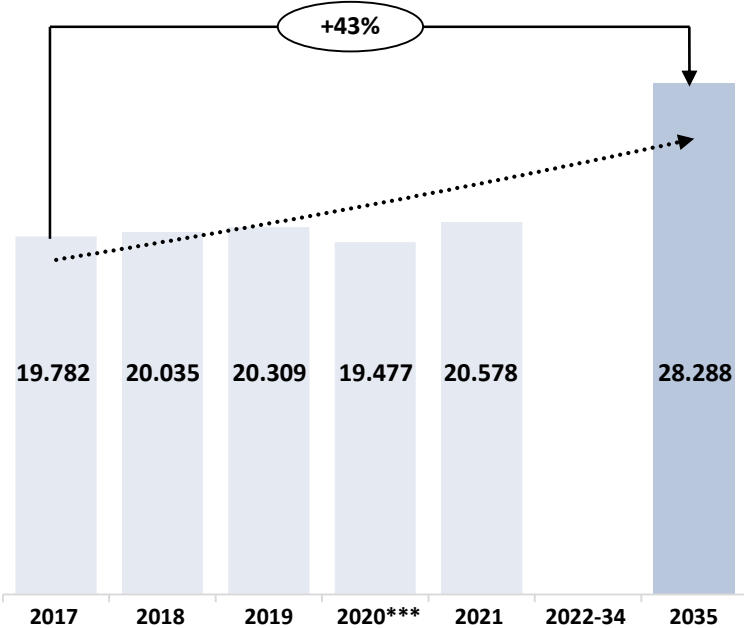
\*Behovsjustert basert på forventet behov over landsgjennomsnittet. Forventet behov er beregnet basert på forhold som alder, sosioøkonomi, helserelaterte faktorer og forhold ved bostedet. Behovsindeks somatikk er fra 2016/2017: 1,085 for HNT, 1,137 for Sykehuset Namsos og 1,063 for Sykehuset Levanger. Kilde: Ressursfordeling mellom sykehusene i Namsos og Levanger, Jon Magnussen (2020).



# Da prosjektet ikke har tilgang på data for alle aktørene i forløpet, kan tilstrømming til akuttmottaket brukes som en indikator, for å måle at tiltak for å avklare flere pasienter nærmere hjemmet, har effekt\*

I 2017 hadde akuttmottakene i Levanger og Namsos en tilstrømming på totalt **19.782** pasienter. Framskriving tilsier en økning i akuttinnleggelser i Norge på 43%\*\* fra **2017** til **2035**. Basert på tilstrømming i 2017, kan dette innebære en tilstrømming på **28.288** pasienter i 2035:

Samlet tilstrømming til akuttmottakene per år, inkludert tilstrømming i 2035 gitt en framskriving på 43%



\* I en evt. fase III er det viktig å også etablere egne måleindikatorer for å vurdere effekt av de ulike tiltakene i prosjektet, enkeltvis. Tilstrømmingstall på denne siden er hentet fra akuttdatabasen, og inneholder alle pasienter som kommer til akuttmottakene i Namsos og Levanger

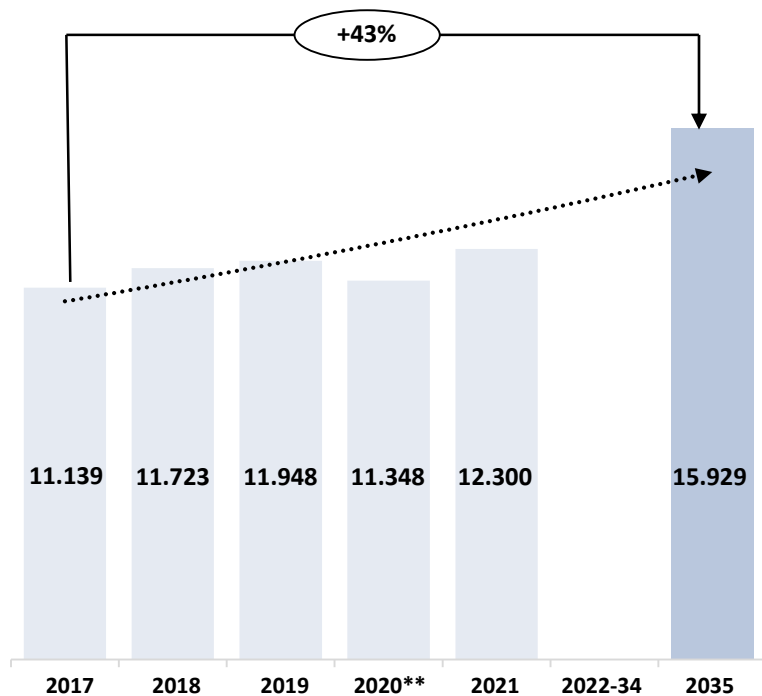
\*\* [Konseptprogram akuttmottak v.1.0.pdf \(sykehusbygg.no\)](#) (side 53)

\*\*\* Lavere tilstrømming i 2020, kan skyldes covid-19

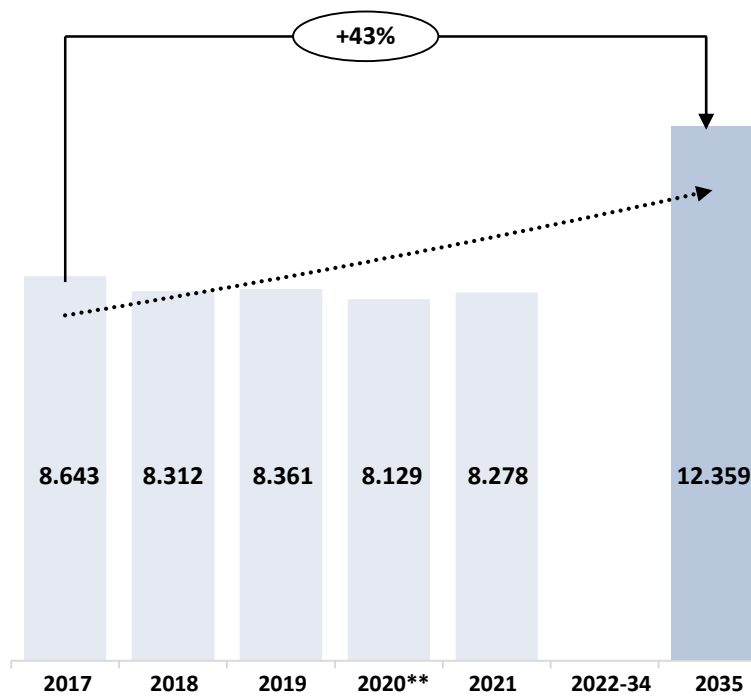
Dersom kostnadstrenden følger samme utvikling kan det innebære en tilsvarende økning i kostnader knyttet til bemanning, utstyr og andre driftskostnader, i tillegg til at det kan medføre et betydelig økt arealbehov utover det som er estimert i prosjektet.

## Dersom tilstrømming i Namsos og Levanger splittes, viser tallene at Levanger ligger litt over skissert trend mot 2035, mens Namsos ligger under skissert trend\*

Tilstrømming til akuttmottaket i Levanger per år, inkludert tilstrømming i 2035 gitt en framskrivning på 43%



Tilstrømming til akuttmottaket i Namsos per år, inkludert tilstrømming i 2035 gitt en framskrivning på 43%\*



\*Forutsatt lineær utvikling; Levanger  $(15.929 - 11.139) / 18 \text{ år} = \text{årlig økning på } 266,1 \text{ pasienter}$ .  $11.139 + (266,1 \times 4 \text{ år}) = 12.203$ , som er litt lavere enn dagens tall på 12.300  
Namsos  $(12.359 - 8.643) / 18 \text{ år} = \text{årlig økning på } 206,4 \text{ pasienter}$ .  $8.643 + (206,4 \times 4 \text{ år}) = 9.468,6$ , som er høyere enn dagens tall på 8.278

\*\* Lavere tilstrømming i 2020, kan skyldes covid-19

## I arbeidet fremover foreslås det å ha et mål om å dempe forventet økning i akuttinnleggelser



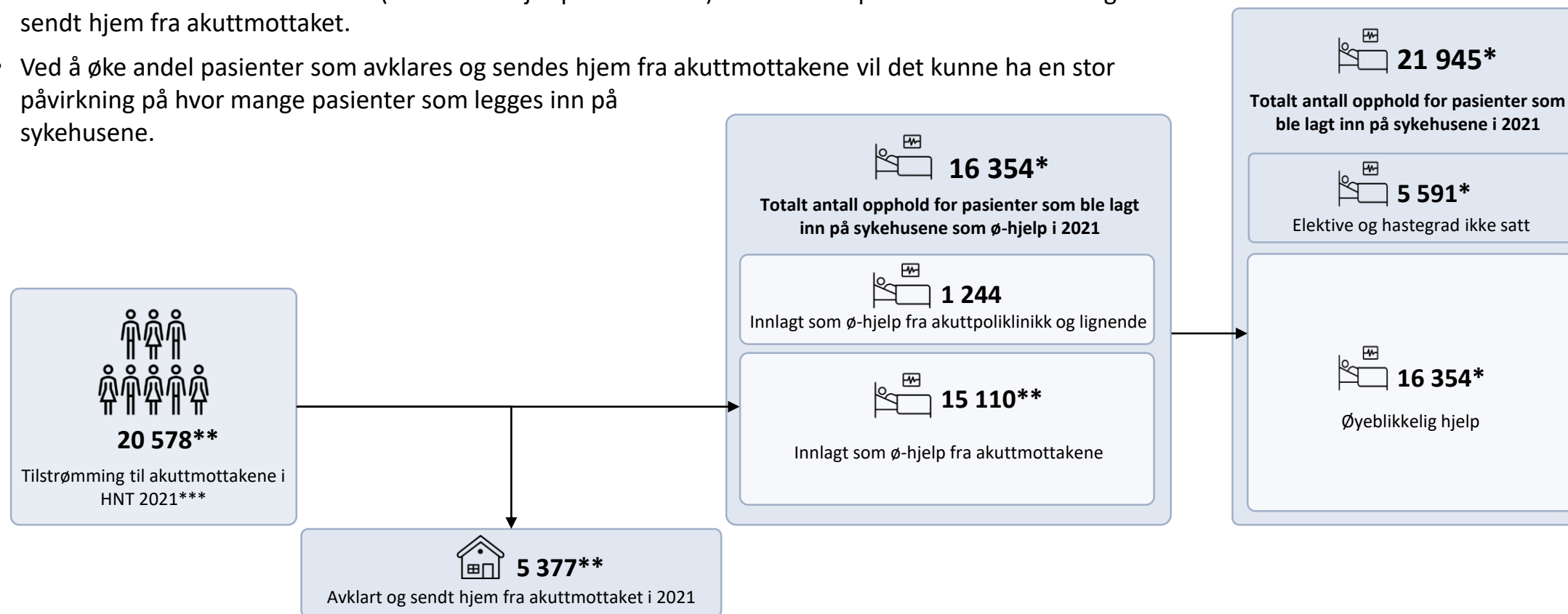
Dersom tilstrømming til akuttmottakene følger forventet framskrivningstall, vil det kunne skape store utfordringer knyttet til arealer, personell og kostnader både for kommune og sykehus. For å unngå dette er det viktig å jobbe strukturert videre for å avklare flere pasienter nærmere hjemmet, og behandle flere pasienter med relativt sett færre ansatte, blant annet ved hjelp av nye arbeidsmåter og teknologi.



Gjennom å jobbe sammen med primærhelsetjenesten med å løse utfordringene fra kartleggingen fra fase II av prosjektet, vil dette kunne bidra til å øke avklaring av ø-hjelps pasienter nærmere hjemmet. Standardisering av pasientforløp for volumgrupper av pasienter vil også kunne bidra til økt avklaring av pasienter nærmere hjemmet. Gjennom å ha et mål om å dempe forventet økning i akuttinnleggelser, vil det kunne redusere økt behov for helsepersonell i fremtiden, og ha en positiv påvirkning på kostnadsutviklingen. Det er også viktig å følge med på utviklingen i tilstrømming til akuttmottakene, for å sikre at økt avklaring i akuttmottaket, ikke fører til en økning i tilstrømming til akuttmottakene.

## Gevinstområde 2: Øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket, og dermed redusere innleggelser

- 74% av alle pasienter som legges inn på sykehusene i Levanger og Namsos, er øyeblikkelig hjelp, noe som gir akuttmottaket en viktig funksjon for å sikre riktig behandling på riktig omsorgsnivå.
- I 2021 ble ca. 80% av pasientene som kom til akuttmottaket i Levanger lagt inn på sykehuset, og ca. 64% fra akuttmottaket i Namsos (se mer detaljer på neste side). Resterende pasienter ble avklart og sendt hjem fra akuttmottaket.
- Ved å øke andel pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottakene vil det kunne ha en stor påvirkning på hvor mange pasienter som legges inn på sykehusene.



\*Hentet fra PAS

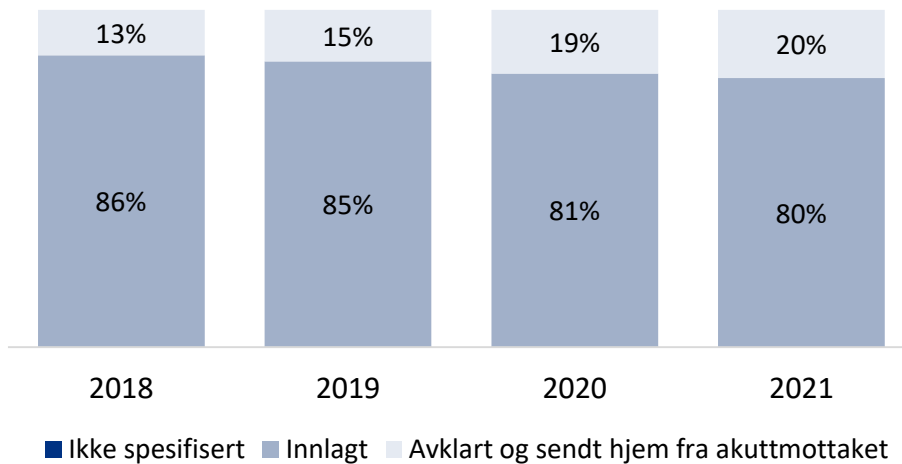
\*\*Hentet fra akuttdatabasen, og inneholder alle pasienter som kommer til akuttmottakene i Namsos og Levanger

\*\*\*Summen av innlagt som ø-hjelp fra akuttmottakene og avklart og sendt hjem fra akuttmottaket, avviker noe fra tilstrømming, grunnet noen manglende registreringer



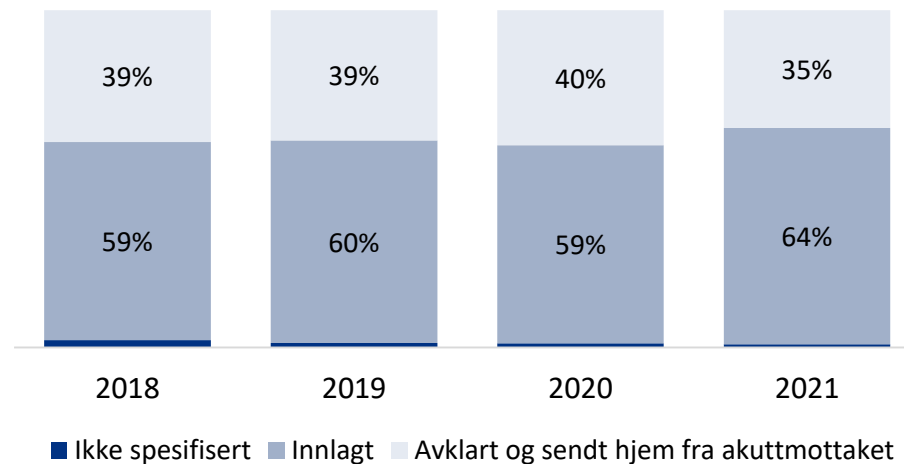
## Andel pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket i Levanger har økt fra 13 % i 2018, til 20 % i 2021, og blitt redusert fra 39% til 35% i Namsos

Andel pasienter som er innlagt/avklart og sendt hjem fra akuttmottaket, ved Sykehuset Levanger



«Ikke spesifisert» er < 1%.

Andel pasienter som er innlagt/avklart og sendt hjem fra akuttmottaket, ved Sykehuset Namsos



«Ikke spesifisert» er < 2,2%.

NB! Grunnet ulik organisering av akuttmottakene i Namsos og Levanger vil ikke tall fra akutt databasen være sammenlignbare mellom de 2 akuttmottakene. Akuttmottaket i Namsos har en høyere andel polikliniske ø-hjelpspasienter, enn Levanger, grunnet ulik organisering av hvilke ø-hjelps pasienter som kommer hvor (poliklinikk eller akuttmottak). Eksempelvis kommer alle medisinske ø-hjelpspasienter til akuttmottaket i Namsos, mens i Levanger kommer mange av de medisinske polikliniske ø-hjelpspasientene til medisinsk poliklinikk, store deler av døgnet

## St. Olavs Hospital har jobbet aktivt med å øke andel ø-hjelpspasienter som blir håndtert poliklinisk i akuttmottaket, for å blant annet redusere innleggelser/senger

Gjennom blant annet kompetanse i front og standardisering av pasientforløp sammen med kommunene, har St. Olavs Hospital oppnådd følgende resultater\*:

Andelen pasienter som blir snudd i akuttmottaket har økt fra 11- 35% fra 2012 til 2021. Dette inkluderer blant annet:

- Økt poliklinisk håndtering av lavrisiko brystmerter fra 15 % til 50 % fra 2017 til 2020.
- Økt poliklinisk håndtering av akutte magesmerter fra 30 % til 60 % fra 2018 til 2020.
- Ca. 90 % av pasienter som henvises med spørsmål om DVT, håndteres poliklinisk.
- I samarbeid med slagavdelingen har de i 2021 implementert nytt pasientforløp for TIA, hvor de har estimert et potensial for å håndtere 60% poliklinisk, mot ca. 7% som ble håndtert poliklinisk i 2020 og tidligere år. I 2021, samme år som nytt forløp ble implementert, har de økt andelen til 20%.



\*Informasjon mottatt fra Lars Erik Laugsand, Assisterende klinikkjef, Klinikk for akutt og mottaksmedisin, St. Olavs hospital

## For å estimere hvor stort potensialet er for å håndtere flere pasienter poliklinisk i akuttmottaket, og hvilke pasientgrupper som har størst potensial, har St. Olavs brukt en modell kalt DAECA modellen

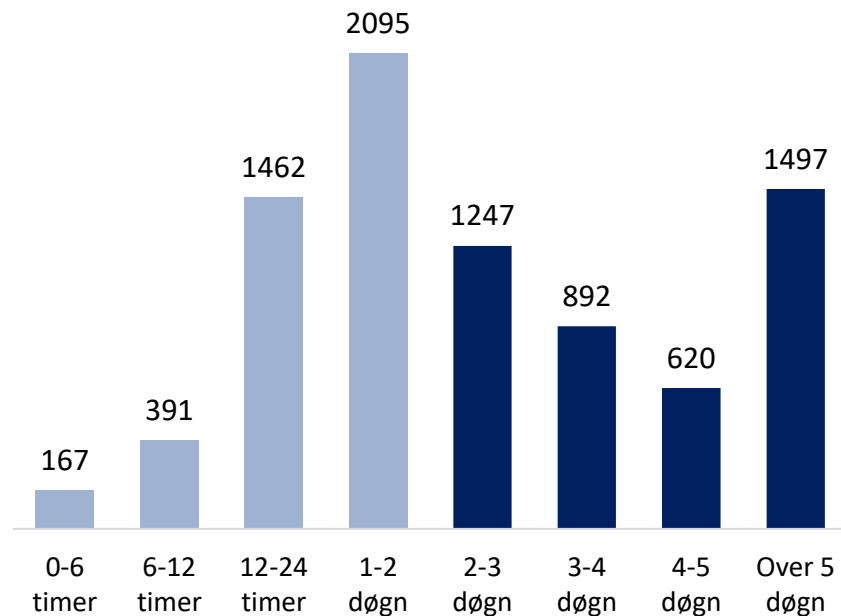
- DAECA modellen er fra Storbritannia, og står for Directory of Ambulatory Emergency Care for adults. Modellen oppgir ca. 50 tilstandsgrupper hos pasienter som har potensial for å behandles poliklinisk i stedet for å legges inn.
- På St. Olav bruker de DAECA-modellen til å kvantifisere potensialet, og på bakgrunn av det, jobber de strukturert med å standardisere ett og ett pasientforløp, for å blant annet frigjøre senger på sengeposter.
- Analyseavdelingen i HNT har lastet inn grunndata fra HNT i modellen, slik at det er mulig å estimere potensialet i HNT. Link til modellen er [her](#);
  - I 2019 estimeres det et **potensial på mellom 1083 og 2492\* ekstra** pasienter som kan håndteres poliklinisk på sykehuset i Levanger i stedet for å legges inn, og i Namsos er **potensialet mellom 471 og 1327 pasienter\***.
  - Helsedirektoratet tilpasser nå modellen til norske forhold, blant annet tilstandsgruppene, slik at modellen kan implementeres i hele Norge.



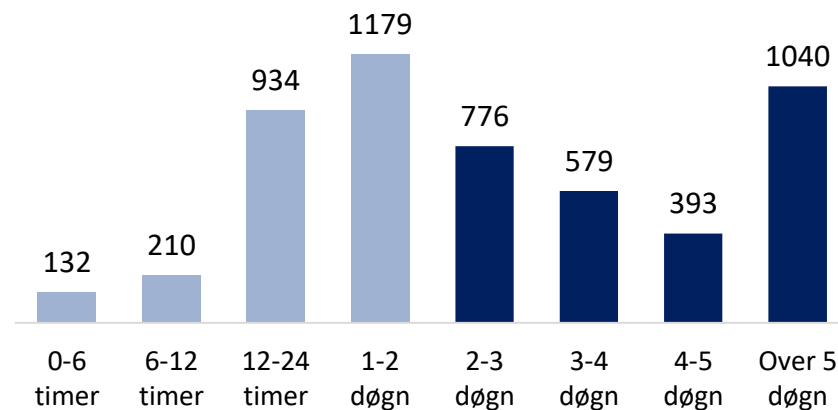
Bilde av DAECA-modellen, tilpasset HNT

## Liggetid kan også brukes i vurderingen av hvor stort potensialet er til å avklare og sende pasienter hjem fra akuttmottaket

I 2021 hadde 4.115 ø-hjelpspasienter som ble lagt inn på sykehuset i Levanger, en liggetid på under 2 døgn



I 2021 hadde 2.455 ø-hjelpspasienter som ble lagt inn på sykehuset i Namsos, en liggetid på under 2 døgn

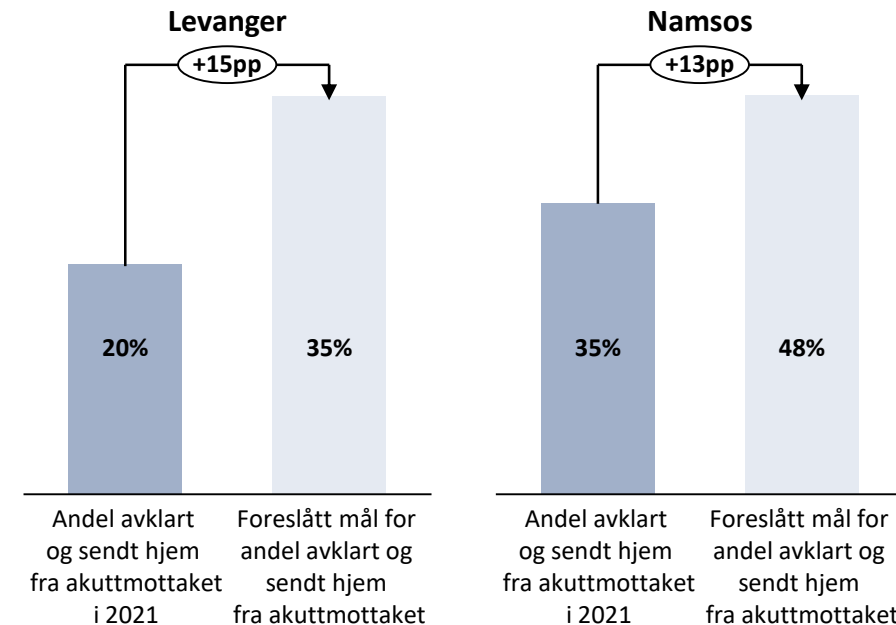


■ Potensialet for å øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket, ligger primært innenfor dette intervallet

## Det foreslås et mål om å øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket, til 35% i Levanger og 48%\* i Namsos

Gjennom tiltak som økt kompetanse i front, standardisering av pasientforløp, samt arealer tilpasset behov, har HNT et potensial for å øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottakene.

Basert på resultatene til St. Olavs og estimatet fra DAECA modellen, foreslås det et mål om å øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket til 35% i Levanger og 48% i Namsos\*. Dette innebærer en reduksjon i andel innlagte fra ca. 80% til 65% i Levanger, noe som tilsvarer en reduksjon i akutte innleggelser på 1.812 pasienter, som igjen tilsvarer ca. 5 senger. I Namsos innebærer dette en reduksjon i andel innlagte fra ca. 65% til 52%, noe som tilsvarer en reduksjon i akutte innleggelser på 984 pasienter, som igjen tilsvarer ca. 2,7 senger.



Målet om å øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottakene til hhv. 35% og 48%, tilsvarer en reduksjon i antall pasienter lagt inn på 2796 pasienter totalt i HNT (ca. 8 senger)

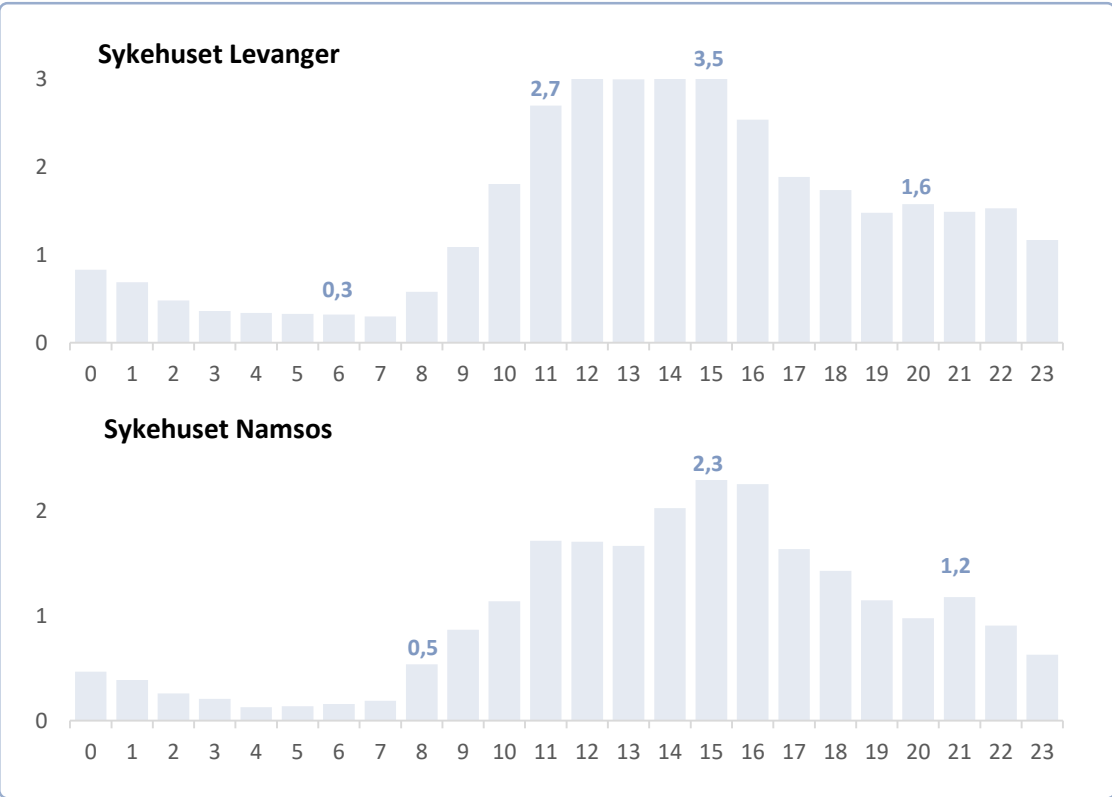
\*Namsos er organisert litt annerledes enn Levanger, da flesteparten av ø-hjelpspasientene kommer til akuttmottaket i Namsos, og få til poliklinikk. Dette innebærer at Namsos har en høyere andel polikliniske pasienter i akuttmottaket, enn Levanger. Basert på data fra PAS som inkluderer all øyeblikkelig hjelp på sykehusene, er andel avklart/lagt inn, tilnærmet lik på de to sykehusene. Da de fleste pasientene som legges inn som øyeblikkelig hjelp, blir lagt inn via akuttmottakene, har vi brukt antall innlagte pasienter via akuttmottaket, til å beregne hva målet bør være på andel avklart i Namsos, gitt samme mål på sykehusene for reduksjon i innleggelser (se vedlegg 39 for beregninger).



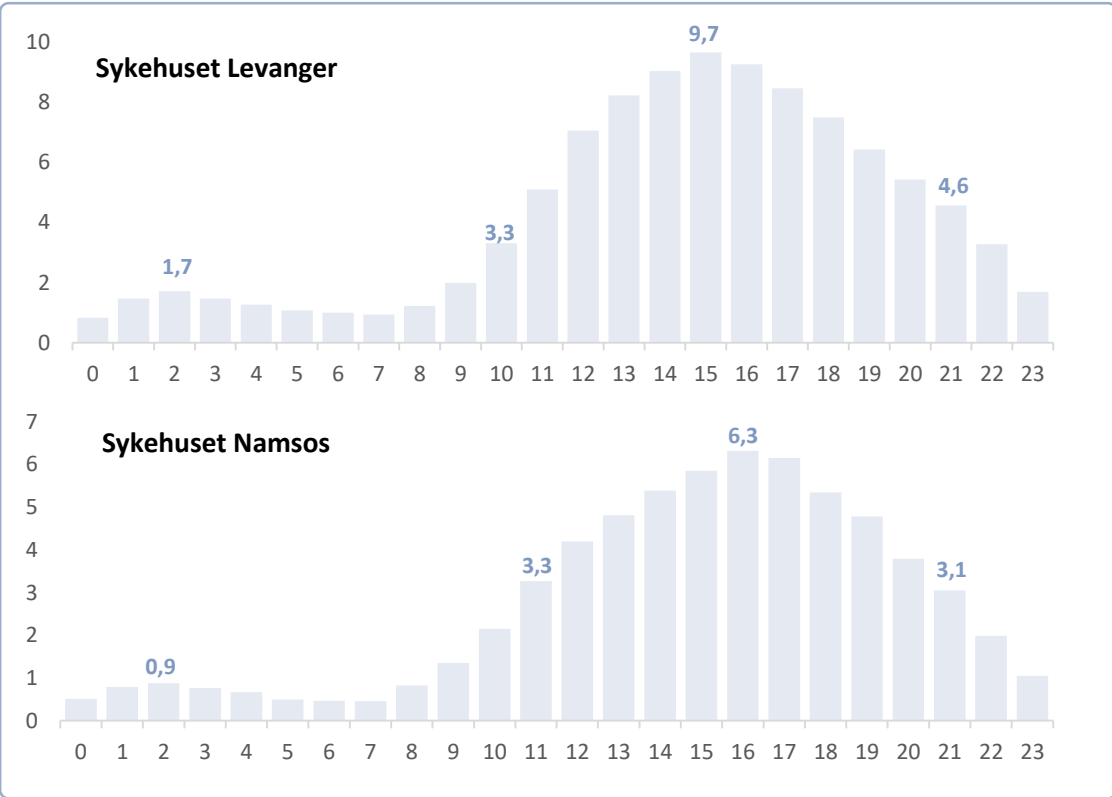
# Gevinstområde 3: Flytte deler av pasientstrøm i akuttmottaket fra kveld/natt til dagtid

Gjennomsnittlig tilstrømming til akuttmottakene varierer gjennom døgnet, hvor det gjennomsnittlig er flest pasienter som kommer til akuttmottakene mellom kl. 11 og kl. 16 i ukedager. Ved å kombinere tilstrømmingstidspunkt med liggetid, viser det at det gjennomsnittlig er flest pasienter som er samtidig i akuttmottakene mellom kl. 12/13 og kl. 19/20 i ukedager.

Oversikt over gjennomsnittlig tilstrømming av antall pasienter ukedager i 2021



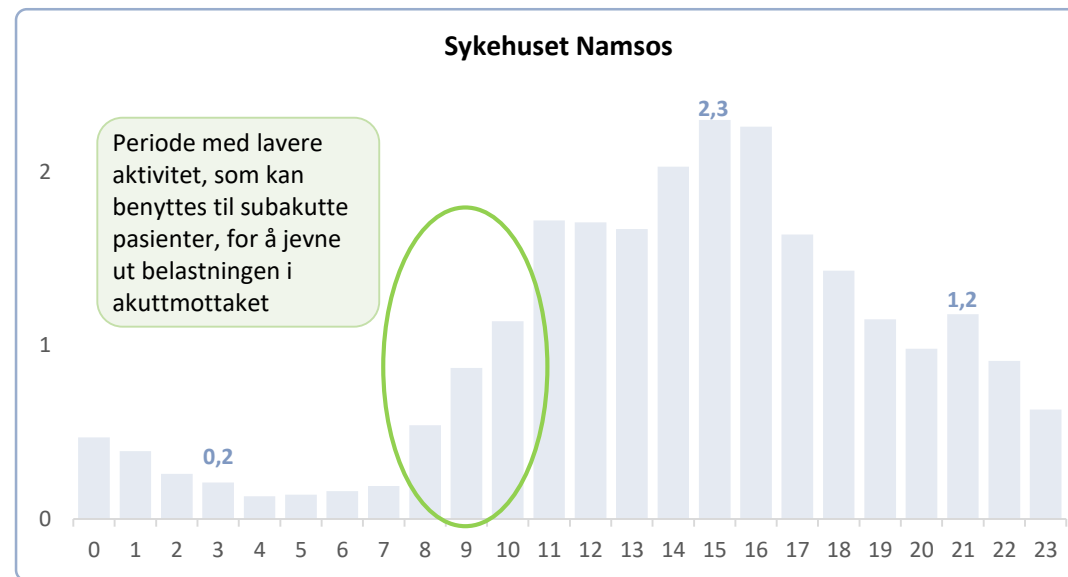
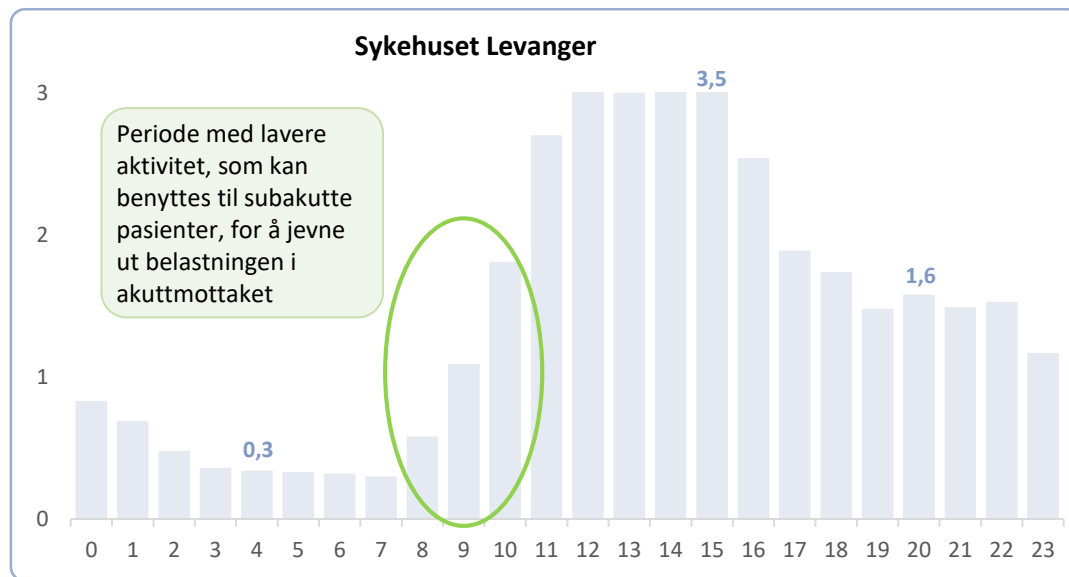
Oversikt over hvor mange pasienter som gjennomsnittlig er i akuttmottaket samtidig ukedager i 2021



## Ved å flytte deler av pasientstrømmen fra ettermiddag, kveld og natt til dagtid, vil det kunne bidra til å redusere opphopning av pasienter, og sikre bedre ressursutnyttelse i akuttmottakene

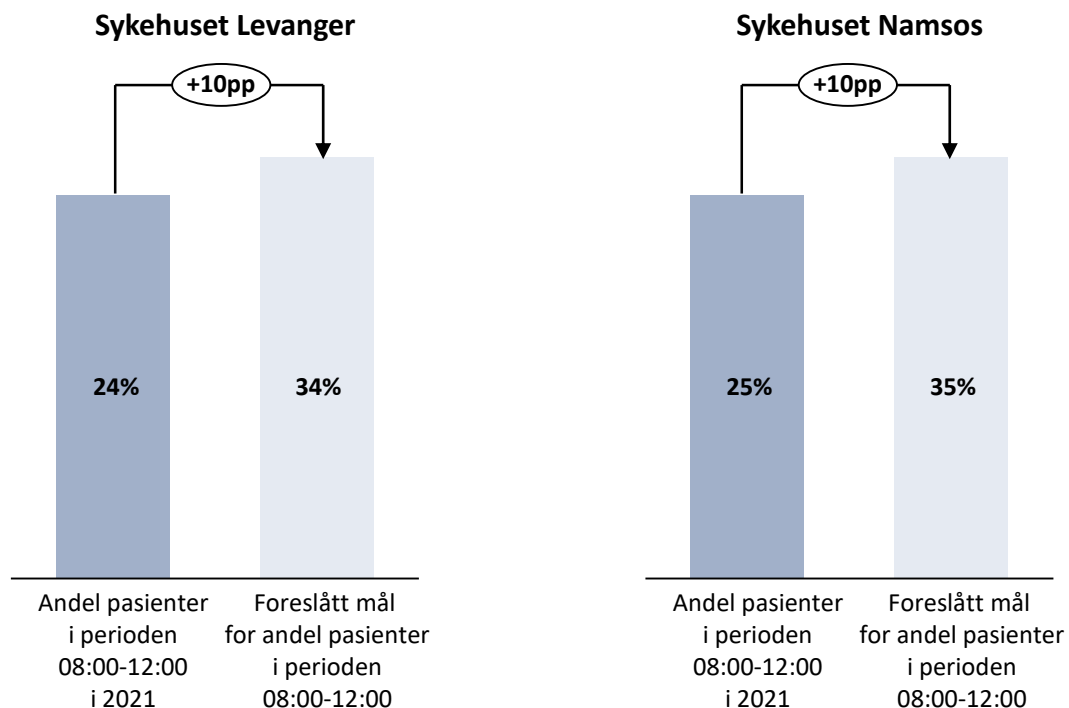
- Det er flere av pasientene som kommer på ettermiddag, kveld og natt i dag, som har lav hastegrad, som har potensial for å komme på dagtid påfølgende dag
- Pasienter som kommer på ettermiddag, kveld og natt med lav hastegrad, kan ofte måtte vente lenge i akuttmottaket, til fordel for pasienter med høyere hastegrad
- Det er utfordrende for akuttmottakene å få turnuser til å gå opp for å sikre nok bemanning på ettermiddag, kveld, natt og helg
- Gjennom standardisering av pasientforløp og å utarbeide tilbud for pasienter som etter konferering med fastlege/legevakt, kan styres til dagtid (halv-øyeblikkelig hjelp), kan det jobbes strukturert med å snu deler av pasientstrømmen til dagtid
- Gjennom å flytte flere subakutte pasienter til planlagt time påfølgende dag, vil det gi mer forutsigbarhet i pasienttilstrømmingen, som kan være positivt for alle aktører som er involvert. Eks. Akuttmottaket, bildediagnostikk, ambulanse og pasientreiser.
- Eksempler på pasientgrupper med potensial for å komme på dagtid påfølgende dag er pasienter med mistanke om DVT og pasienter med småskader ortopedi.

Oversikt over gjennomsnittlig tilstrømming av antall pasienter gjennom døgnet ukedager i 2021



## Det foreslås et mål om å øke andel pasienter som ankommer akuttmottaket på dagtid i perioden kl. 08:00-12:00, med 10%

- St. Olavs Hospital har flyttet ca. 10% av pasientene som tidligere kom på kveld/natt til akuttmottaket, til dagtid påfølgende dag.
- I 2021 kom ca. 24 % av pasientene (ca. 2952 pasienter) til akuttmottaket på dagtid i perioden kl. 08:00-12.00 \* ved Sykehuset Levanger og ca. 25% (ca. 2070 pasienter) ved Sykehuset Namsos.
- Gjennom standardisering av pasientforløp og å utarbeide tilbud for pasienter som etter konferering med fastlege/legevakt, kan styres til dagtid (halvøyeblikkelig hjelp, foreslås det å jobbe mot å øke andel pasienter som kommer på dagtid.



## Gevinstområde 4: Raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter i akuttmottaket

Tiltak som økt kompetanse i front, standardisering av pasientforløp for volumgrupper av pasienter, og arealer tilpasset pasientmengde, vil kunne bidra til **raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter**.

**Raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter vil kunne resultere i:**

**1 Reduksjon i unødvendig ventetid** for pasienter i akuttmottaket, og sikre bedre arbeidsflyt



**2 Reduksjon i antall liggedøgn for pasienter som legges inn**, gjennom riktig diagnostikk og oppstart av behandling tidligere i forløpet, samt riktig valg av sengepost i større grad, ved innleggelse

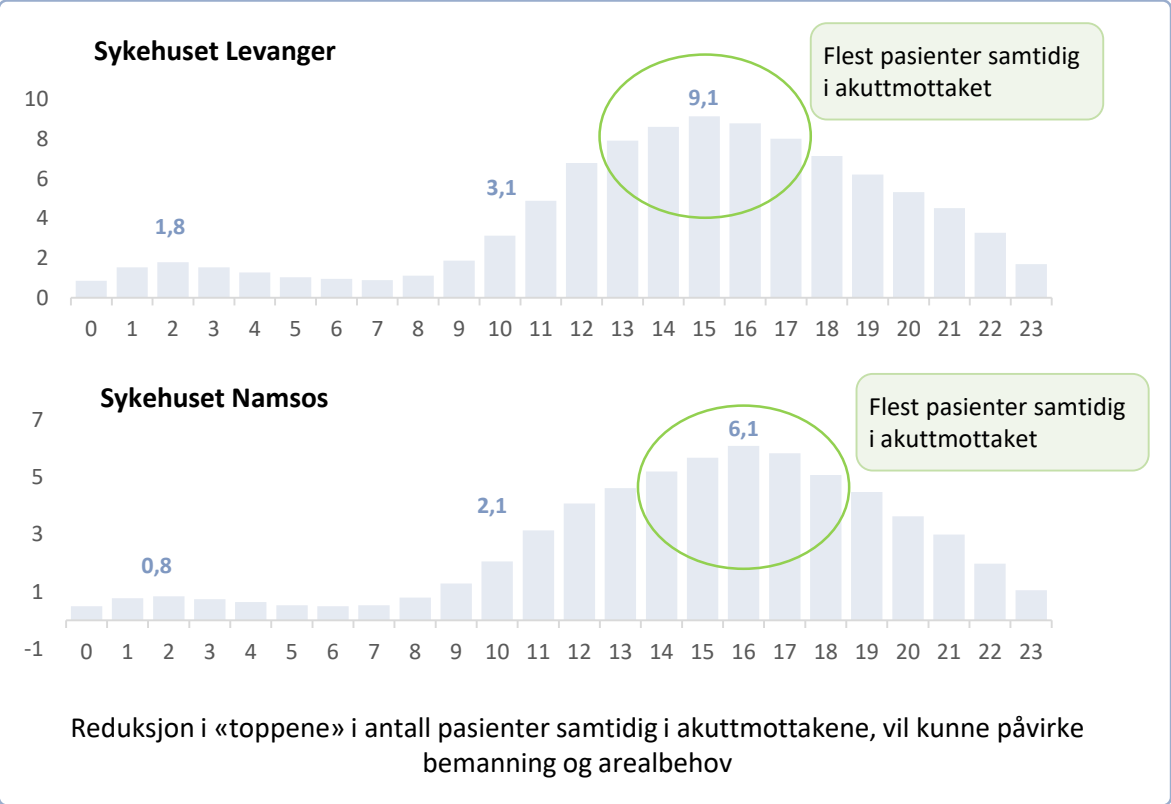


# 1. Raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter vil kunne resultere i reduksjon i unødvendig ventetid for pasienter i akuttmottaket, og sikre bedre arbeidsflyt

Per i dag opplever akuttmottakene i Namsos og Levanger crowding/opphopning av pasienter deler av døgnet.

Tiltak som økt kompetanse i front, standardisering av pasientforløp for volumgrupper av pasienter, og arealer tilpasset pasientmengde, vil kunne bidra til **reduksjon i unødvendig ventetid** for pasienter i akuttmottaket, og sikre bedre arbeidsflyt.

Oversikt over hvor mange pasienter som gjennomsnittlig er i akuttmottakene samtidig i 2021 (inkluderer alle ukedager)



## Eksempel fra Nordlandssykehuset Bodø, hvor en LIS1 beskrev effektene av akuttlegeordningen på følgende måte\*:

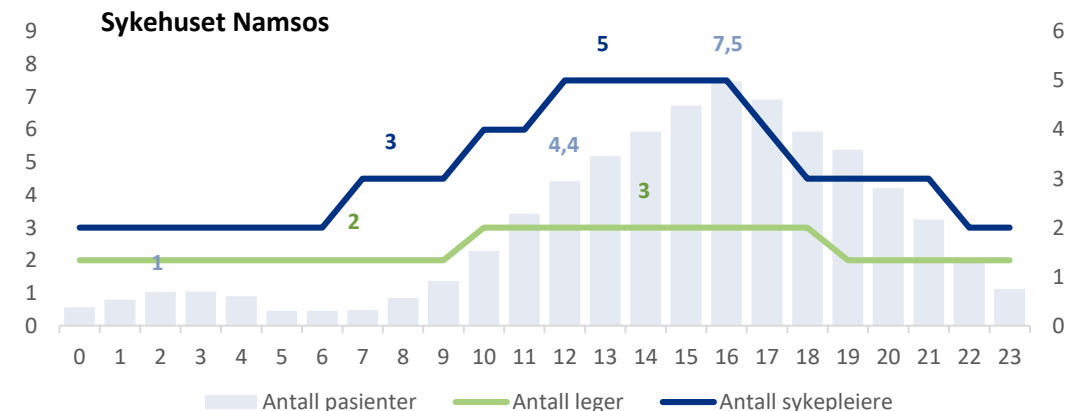
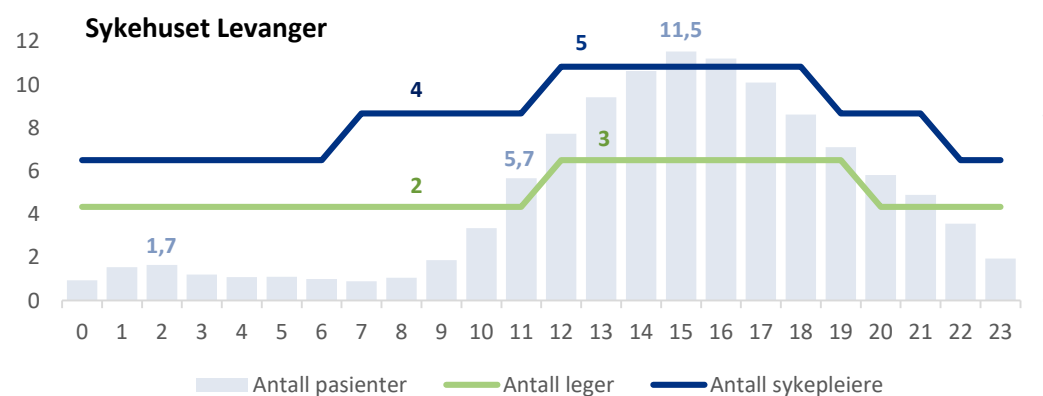
” Den største endringen jeg la merke til var økt beredskap som gjorde at tidsbruken og arbeidsflyten i mottaket var mye bedre. Dette var spesielt merkbart da mange pasienter kom innen kort tidsrom. Det er spesielt en dato i juni, da det plutselig eksploderte ut på ettermiddagen med prehospitalt rødt triagerte pasienter x mange, hvor det lyktes å få pasientene avklart og videre innen nokså rimelig tid. Dette står i skarp kontrast til to liknende episoder i april/mai, hvor tidsbruken var lenger og jeg opplevde situasjonen som direkte kaotisk med alt for lang tid til både første tilsyn, tiltak og avklaring i mottak tross heroisk innsats av alle.

\*Akuttlege i akuttmottak, se vedlegg [her](#)

# Reduksjon i unødvendig ventetid for pasienter i akuttmottaket, og bedre arbeidsflyt, vil kunne bidra til å redusere opphopning av pasienter i akuttmottakene.

Dersom «toppene» av antall pasienter samtidig i akuttmottaket reduseres vil det kunne påvirke areal- og bemanningsbehov, som igjen kan redusere kostnader knyttet til overtid og innleie

Oversikt over hvor mange pasienter som gjennomsnittlig er i akuttmottaket samtidig og bemanning gjennom døgnet på tirsdager\* i 2021

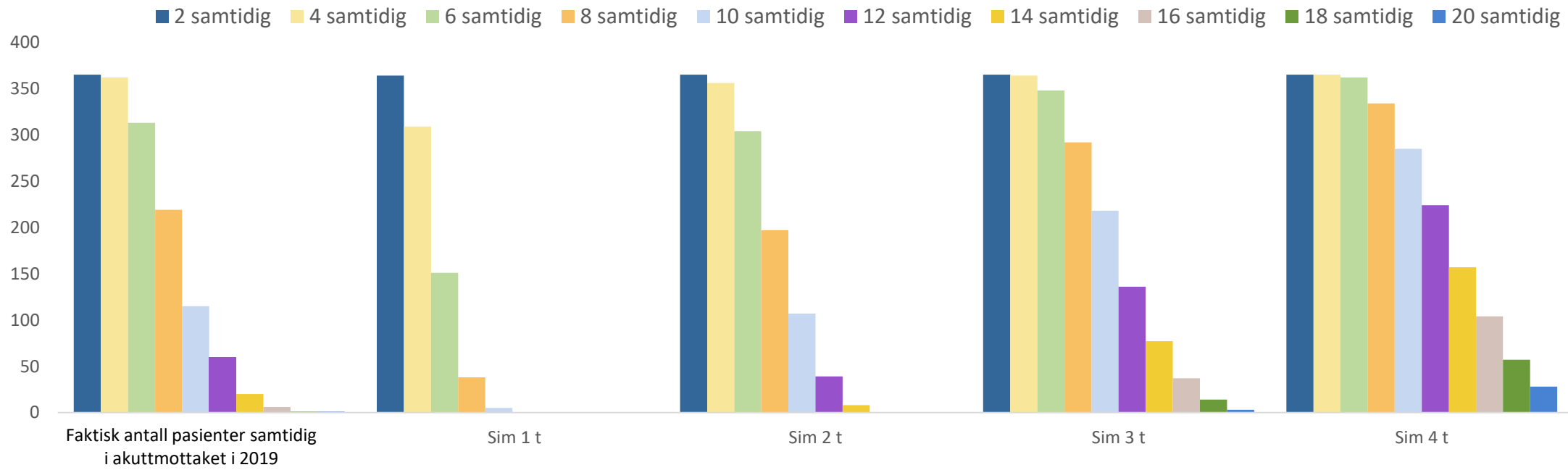


\*Da bemanningen varierer basert på hvilken dag det er, er tirsdag brukt som et eksempel

# Reduksjon i unødvendig ventetid, bedre arbeidsflyt og økt avklaring av pasienter, vil påvirke liggetiden i akuttmottakene

Reduksjon i unødvendig ventetid og bedre arbeidsflyt i akuttmottakene vil kunne bidra til reduksjon i total liggetid for pasientene. Samtidig vil økt avklaring av pasienter i akuttmottakene, kunne øke liggetiden. Per i dag er det ikke nok plass i akuttmottakene til å avklare pasienter, noe som kan resultere i at liggetiden er lav, da flere pasienter blir lagt inn på sykehuset for videre avklaring. Median liggetid i akuttmottakene var på 132 minutter i 2021 ved Sykehuset Levanger og 124 minutter ved Sykehuset Namsos, noe som er lavt ihht. et landsgjennomsnitt. Det er utfordrende å vurdere hvordan total liggetid vil bli påvirket da noen tiltak, som reduksjon i unødvendig ventetid, vil redusere liggetid, og noen tiltak som økt avklaring av pasienter i akuttmottaket, for å redusere innleggelser, vil kunne øke liggetiden.

Under viser en simulering av hvor mange dager i året det vil være x pasienter samtidig i akuttmottaket i Levanger i 2019, basert på ulik lengde på liggetid.





## 2. Raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter vil kunne føre til reduksjon i antall liggedøgn for pasienter som legges inn

- Tiltak som økt kompetanse i front, standardisering av pasientforløp for volumgrupper av pasienter, og arealer tilpasset pasientmengde, vil kunne bidra til **reduksjon i antall liggedøgn for pasienter som legges inn**. Dette gjennom riktig diagnostikk og oppstart av behandling tidligere i forløpet, samt riktig valg av sengepost i større grad, ved innleggelse.
- Under viser 3 ulike scenarier for hvor mange liggedøgn som kan reduseres for ø-hjelpspasienter som legges inn, ved en reduksjon i liggedøgn på 3, 5 og 10%, som et resultat av riktig diagnostikk og oppstart av behandling tidligere i forløpet

2021

I 2021 hadde pasienter innen øyeblikkelig hjelp i HNT totalt 53 795 liggedøgn\*. Dersom vi trekker bort antall liggedøgn som er foreslått som mål og redusere gjennom økt avklaring av ø-hjelpspasienter i akuttmottakene (målet fra gevinstområde 1), resulterer dette i 50 999 liggedøgn.

	Scenario 1 3 % reduksjon	Scenario 2 5% reduksjon	Scenario 3 10% reduksjon
Antall reduserte liggedøgn (50 999 x %-vis reduksjon)	1 530	2 550	5 100
Omgjort til senger	4,2	7	14

2019

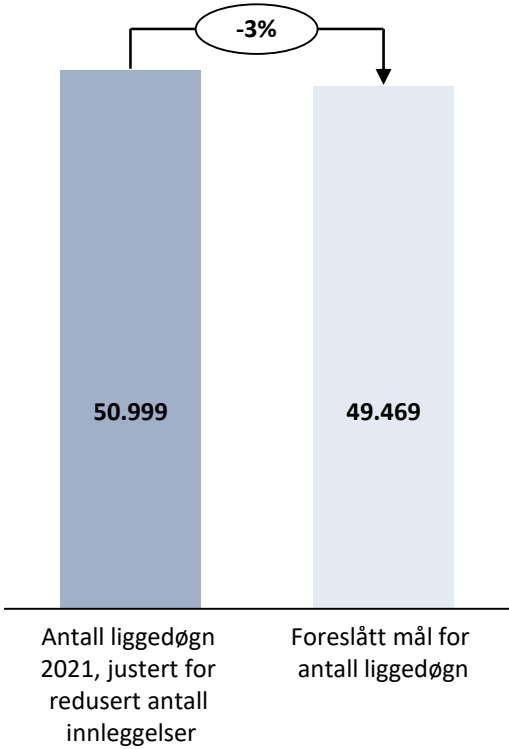
Da tall fra 2021 kan være kunstig lavt grunnet Covid-19, viser vi også et eksempel med liggedøgn fra 2019. I 2019 hadde pasienter innen øyeblikkelig hjelp i HNT totalt 57 641 liggedøgn\*. Dersom vi trekker bort antall liggedøgn som er foreslått som mål og redusere gjennom økt avklaring av ø-hjelpspasienter i akuttmottakene (målet fra gevinstområde 1), resulterer dette i 54 845 liggedøgn.

	Scenario 1 3 % reduksjon	Scenario 2 5% reduksjon	Scenario 3 10% reduksjon
Antall reduserte liggedøgn (54 845 x %-vis reduksjon)	1 645	2 742	5 485
Omgjort til senger	4,5	7,5	15



På side 38 kan du se beregning av det økonomiske gevinstpotensialet

# Det foreslås et mål om å redusere liggedøgn for pasienter som legges inn, med 3 %



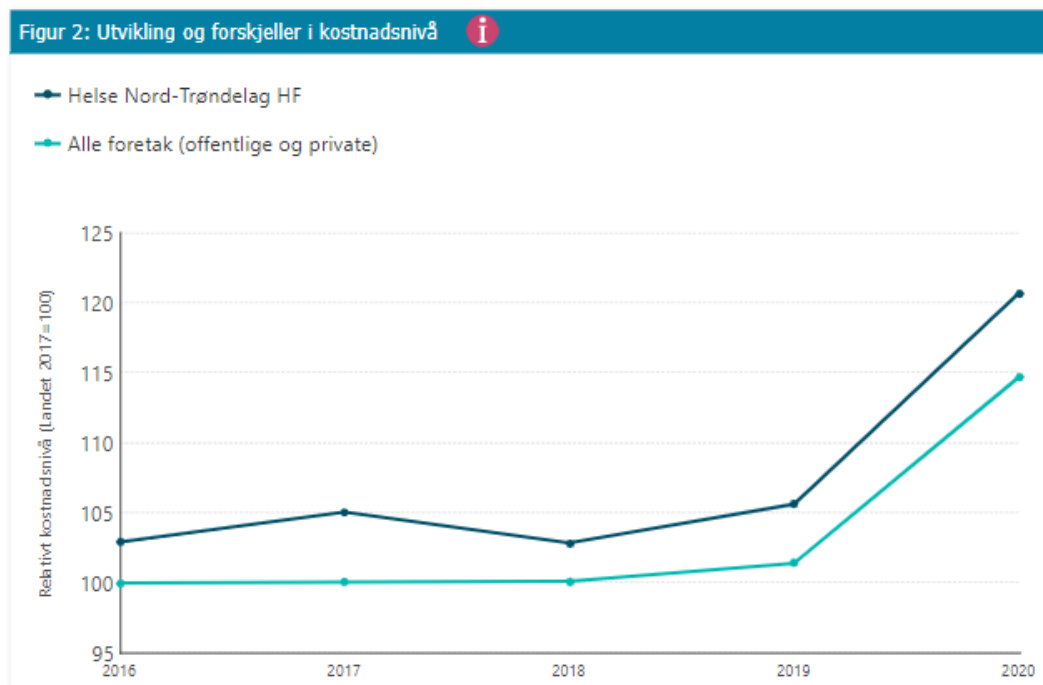
\* For å unngå dobbelttelling, justeres antall liggedøgn i 2021 med målet redusert antall innleggelser fra gevinstområde 2. Beregningen blir dermed: antall liggedøgn i 2021 (53795) – mål om redusert antall innleggelser (2796)

# Innhold

- |          |   |       |
|----------|---|-------|
| <b>1</b> | Innledning  | s. 3  |
| <b>2</b> | Gjennomgang av gevinstområder                     | s. 7  |
| <b>3</b> | Beregning av økonomiske gevinster og oppsummering | s. 33 |
| <b>4</b> | Vedlegg   | s. 43 |

## Helse Nord-Trøndelag har et høyere kostnadsnivå enn landsgjennomsnittet

I 2019 hadde HNT en kostnad per DRG-poeng på 2088 kroner høyere (ekskl. MVA) enn landsgjennomsnittet, for somatiske tjenester.



Gjennom de 4 gevinstområdene på neste side vil denne kostnaden kunne reduseres. Dette gjennom bedre arbeidsprosesser, riktig ressursbruk, og riktig bruk av kompetanse. Prosjektet har ikke beregnet potensialet i hvor mye kostnad per DRG vil reduseres, men har beregnet økonomisk gevinstpotensial for 2 av områdene på neste side.

# Tiltak som økt avklaring av pasienter nærmere hjemmet, økt kompetanse i front i akuttmottakene, standardisering av pasientforløp, samt arealer tilpasset behov, kan påvirke økonomien positivt

1

Øke avklaring av ø-hjelps pasienter nærmere hjemmet

Gjennom å jobbe sammen med primærhelsetjenesten med å løse utfordringene fra kartleggingen fra fase II av prosjektet, samt standardisering av pasientforløp, vil dette kunne bidra til å øke avklaring av ø-hjelps pasienter nærmere hjemmet, som igjen kan påvirke tilstrømming til akuttmottakene. Ved å ha et mål om å dempe forventet økning i akuttinnleggelser, basert på framskrivning, vil det kunne redusere økt behov for helsepersonell i fremtiden, og ha en positiv påvirkning på kostnadsutviklingen. For å unngå dobbelttelling av gevinster, har vi ikke beregnet den økonomiske gevinsten for dette området.

2

Øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket, og dermed redusere innleggelser

Ved å øke andel pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottakene, vil HNT kunne redusere innleggelser på sengepost. Dette kan resultere i reduksjon i kostnader, gi rom for mer elektiv aktivitet og sikre kapasitet til forventet økt behov for helsetjenester i fremtiden. Økt andel pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottakene, kan gi færre lavinntektsinnleggelser, og rom for mer komplekse pasienter, som igjen gir høyere inntekter. 74% av alle innleggelser i HNT er øyeblikkelig hjelp, noe som gir akuttmottakene et potensial til å påvirke antall innleggelser i stor grad. Det foreslås et mål om å øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottakene med 2796 pasienter totalt i HNT, som tilsvarer en reduksjon på ca. 8 senger, og en estimert årlig gevinst på mellom ca. 23-56 MNOK. For beregninger av økonomiske gevinster, se side 35-36.

3

Flytte deler av pasientstrøm i akuttmottaket fra kveld/natt til dagtid

Gjennom å flytte deler av pasientstrømmen i akuttmottakene fra ettermiddag, kveld og natt til dagtid påfølgende dag, vil det gi mer forutsigbarhet i pasienttilstrømming og kapasitetsplanlegging, som igjen kan redusere kostnader knyttet til overtid og innleie. HNT vil kunne utnytte kapasiteten bedre gjennom dagen, ved å sette opp planlagte ø-hjelpstimer i perioder med lav aktivitet. Det er høyere kostnader knyttet til å ha bemanning på kveld og natt, ift. dag, noe som også kan påvirke økonomien positivt om det dreies mer mot dag. Gjennom jevnere belastning av pasienter gjennom døgnet vil det også kunne føre til bedre utnyttelse av areal. For å unngå dobbelttelling av gevinster, har vi ikke beregnet den økonomiske gevinsten for dette området.

4

Raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter i akuttmottaket

Ved raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter i akuttmottaket, vil liggedøgn for pasienter som legges inn, kunne reduseres. Dette gjennom riktig diagnostikk og oppstart av behandling tidligere i forløpet, samt riktig valg av sengepost i større grad, ved innleggelse. Det foreslås å ha et mål om å redusere antall liggedøgn innen øyeblikkelig hjelp med 3%, som tilsvarer 1.530 liggedøgn eller 4,2 senger, som igjen kan tilsvare en kostnadsreduksjon mellom 22-36 MNOK (se beregning på side 37). Raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter i akuttmottaket, vil også kunne redusere «toppene» av antall pasienter samtidig i akuttmottaket, som vil kunne påvirke areal- og bemanningsbehov, som igjen kan redusere kostnader knyttet til overtid og innleie. Dette er ikke beregnet.

## Økonomisk gevinst

1. Dempet kostnadsvekst årlig mot 2035

2. ca. 23-56 MNOK

3. Reduserte kostnader overtid og innleie

4. ca. 22 - 36 MNOK

**Totalt årlig:  
Ca. 45-90 MNOK**

## Gevinstene ved å øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket, avhenger av hvordan den ledige kapasiteten håndteres (1/2)



Målet om å øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket til hhv. 35% og 48%, tilsvarer en reduksjon i antall pasienter lagt inn, på 2796 pasienter totalt i HNT (se side 22)

Ved å redusere antall pasienter som legges inn på sykehusene, kan det frigjøre kapasitet på sengepostene, som igjen kan gi rom for mer elektiv aktivitet og sikre kapasitet til forventet økt behov for helsetjenester i fremtiden. Det vil også kunne påvirke økonomien positivt. Under og på neste side viser 2 ulike alternativer/ scenarier for gevinstpotensial avhengig av hvordan ledig kapasitet håndteres

### Alternativ 1: Gevinstpotensial dersom ledig kapasitet på sengepost erstattes med eksempelvis, elektive pasienter

I beregningene under forutsetter vi ingen endring i kostnader siden frigjort kapasitet blir erstattet på sengepost. I stedet for å ha en pasient som kommer til akuttmottaket og som deretter legges inn på sengepost, vil vi ha en pasient på sengepost og en pasient ekstra som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket. Økningen som er beregnet under er derfor inntekten for pasienten som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket. Dersom pasienten har en oppholdstid på under 5 timer vil inntekten være gjennomsnittlig inntekt for en poliklinisk ø-hjelpspasient som tilsvarer 2.102kr (DRG poeng for poliklinisk håndtering x inntekt per DRG). Dersom pasienten har en oppholdstid på over 5 timer vil inntekten være gjennomsnittlig inntekt for en ø-hjelps pasient døgn som tilsvarer 25.930kr (DRG poeng for døgn x inntekt per DRG). Under viser to ulike scenarier hvor scenario 1 viser økte inntekter om 25% av de 2796 pasientene har oppholdstid over 5 timer, og 75% under 5 timer. Scenario 2 viser inntekt om 75% av de 2796 pasientene har oppholdstid over 5 timer, og 25% under 5 timer.

<b>Scenario 1: Inntekt ved 25% opphold over 5 timer og 75% opphold under 5 timer</b> <i>((2796 x 25 930 x 0,25) + (2796 x 2 102 x 0,75))</i>	23 000 000**
<b>Scenario 2: Inntekt ved 75% opphold over 5 timer og 25% opphold under 5 timer</b> <i>((2796 x 25 930 x 0,75) + (2796 x 2 102 x 0,25))</i>	56 000 000**

#### INNDATA

Inntekt per DRG aktivitetsbasert	23 360
Gjennomsnittlig DRG-poeng for døgn	1,11
Gjennomsnittlig DRG-poeng for poliklinisk håndtering	0,09
Gjennomsnittlig inntekt per pasient ved opphold under 5 timer	2 102
Gjennomsnittlig inntekt per pasient ved opphold over 5 timer	25 930
Mål for økt antall pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket	2 796



Alternativ 1 kan gi et gevinstpotensial på mellom 23 000 000\*\* og 56 000 000\*\* kroner

## Gevinstene ved å øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket, avhenger av hvordan den ledige kapasiteten håndteres (2/2)

### Alternativ 2: Kostnadsbesparelse ved økt antall pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket, og dermed reduserer innleggelser

I beregningene under har vi tatt utgangspunkt i at pasientene som avklares å sendes hjem fra akuttmottaket, i stedet for å legges inn, vil være pasienter som ville hatt kort liggetid på sengepost, og derfor vil generere like mange DRG poeng om de avklares i akuttmottaket. En pasient vil ikke få ekstra DRG poeng for liggetid i seg selv, men for undersøkelser/prosedyrer som genererer DRG. Vi forutsetter derfor at HNT får like mange DRG poeng for pasienten, uavhengig av om pasienten legges inn på sengepost, eller avklares og sendes hjem fra akuttmottaket. I beregningene under har vi tatt kostnad per liggedøgn (kun for sengepost) x antall pasienter ekstra, som blir avklart og sendt hjem fra akuttmottaket.

#### Kostnadsbesparelse ved redusert innleggelse

(Mål for økt antall pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket x gjennomsnittlig kostnad per liggedøgn i 2021 (kun sengepost))

40 000 000\*

#### INNDATA

Gjennomsnittlig kostnad per liggedøgn i 2021 (kun sengepost) 14 150



Alternativ 2 kan gi et gevinstpotensial på ca. 40 000 000\* kroner



## Beregning av gevinstområde 4: Raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter i akuttmottaket

På side 30 viser 3 ulike scenarioer for reduksjon i liggedøgn for pasienter som legges inn, gjennom riktig diagnostikk og oppstart av behandling tidligere i forløpet, samt riktig valg av sengepost i større grad, ved innleggelse. I tabellen under viser estimert kostnadsreduksjon for hvert av alternativene. I beregningene er tall for 2021 benyttet. For pasienter som legges inn på sykehuset genereres det ikke ekstra inntekter for ekstra liggedøgn i seg selv. Dersom en pasient har 4 liggedøgn i stedet for 5, har vi derfor tatt som forutsetning at det ikke genereres ekstra inntekter for det 5 døgnet, men at HNT har potensial til å spare kostnader tilknyttet 1 døgn på sengepost.

### INNDATA

Gjennomsnittlig kostnad per liggedøgn i 2021 (kun sengepost): 14 150 kr

	Scenario 1 3 % reduksjon	Scenario 2 5% reduksjon	Scenario 3 10% reduksjon
Antall reduserte liggedøgn <i>(50 999* x %-vis reduksjon)</i>	1 530 (4,2 senger)	2 550 (7 senger)	5 100 (14 senger)
Besparte kostnader årlig <i>(Antall reduserte liggedøgn x gjennomsnittlig kostnad per liggedøgn)</i>	20 000 000	36 000 000	72 000 000



Foreslått mål på reduksjon av antall liggedøgn på 3% kan gi en besparelse i kostnader på ca. 22 000 000 kroner, med potensiale for ytterligere besparelse på lengre sikt

## Det estimeres en total økonomisk gevinst årlig på mellom 45-90 MNOK, som inkl. beregning av gevinster for økt avklaring av pasienter i AM, samt redusert liggedøgn for pasienter som legges inn

De to andre gevinstområdene; «øke avklaring av ø-hjelpspasienter nærmere hjemmet» og «Flytte deler av pasientstrøm i akuttmottaket fra kveld/natt til dagtid» vil også kunne gi økonomiske gevinster, men for å unngå dobbelttelling av gevinster, er dette ikke beregnet.

Da Fremragende akuttmottak fase II er et stort prosjekt med stort gevinstpotensial, er det også komplekst å beregne alle gevinstene som gjennomførte og foreslåtte tiltak kan gi. Etter hvert som flere tiltak konkretiseres ytterligere, er det mulig å gå mer ned i dybden av andre økonomiske gevinster.

Gjennom å sikre rett pasientbehandling til rett tid og sted, som blant annet vil innebære økt avklaring av pasienter tidligere i forløpet, og mer bruk av telefon/video, vil det, i tillegg til gevinstene som er skissert, også kunne gi økonomiske gevinster gjennom:

- Redusert unødvendig transport
- Redusert unødvendig diagnostikk gjennom forløpet
- Redusert sykefravær (gjennom blant annet jevnere arbeidsbelastning)
- Redusert ressursbehov for alle aktører gjennom hele ø-hjelpsforløpet
- Reduksjon i reinnleggelser



Økt avklaring av ressurser i akuttmottakene vil også innebære økt kostnad, gjennom økt kompetanse og areal. Kostnaden knyttet til utvidelse av arealer er ikke estimert i prosjektet. Årlig kostnad for økt kompetanse i front (totalt 1 årsverk per sykehus) er estimert til ca. 2.2MNOK. Det er estimert at det vil være behov for 1 ekstra sykepleierressurs gjennom døgnet for å sikre nok kapasitet til å bemanne avklaringsenheten. Denne kostnaden er ikke beregnet

# For å realisere gevinstene er det viktig å jobbe strukturert og målrettet videre med tiltak og utfordringsområder



## Samarbeid med primærhelsetjenesten om helhetlige pasientforløp fra bosted til bosted

- Løse de kartlagte utfordringene i ø-hjelpsforløpet fra hjem til hjem, i samarbeid med primærhelsetjenesten.



## Standardisering av pasientforløp på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten

- Arbeide videre med standardisering av utvalgte pasientforløp, som magesmerter, brystmerter, DVT, etc.



## Kompetanse i front i akuttmottakene

- 74% av innleggelsene på sykehusene i HNT er ø-hjelpspasienter, noe som gir akuttmottakene en viktig rolle for å sikre rett pasient til rett tid og sted. Ved å ha høy kompetanse i front, vil det kunne bidra til å avklare pasienter raskere, som kan redusere innleggelser på sykehuset og korte ned oppholdstiden for dem som legges inn



## Etablere avklaringsenhet i akuttmottakene og tilpasse dagens arealer for å legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring, kan utføres i akuttmottakene

- Ved økt avklaring av pasienter i akuttmottaket, for å redusere innleggelser på sykehus, er det nødvendig med arealene tilpasset behov



Økt kompetanse i front i akuttmottakene er det mest avgjørende tiltaket for å oppnå skisserte gevinster. Økt kompetanse i front er også viktig for å oppnå gevinster fra de 3 andre områdene over

# Det foreslås å jobbe videre med følgende mål fremover i HNT, og måle resultater jevnlig, etter tiltak er iverksatt

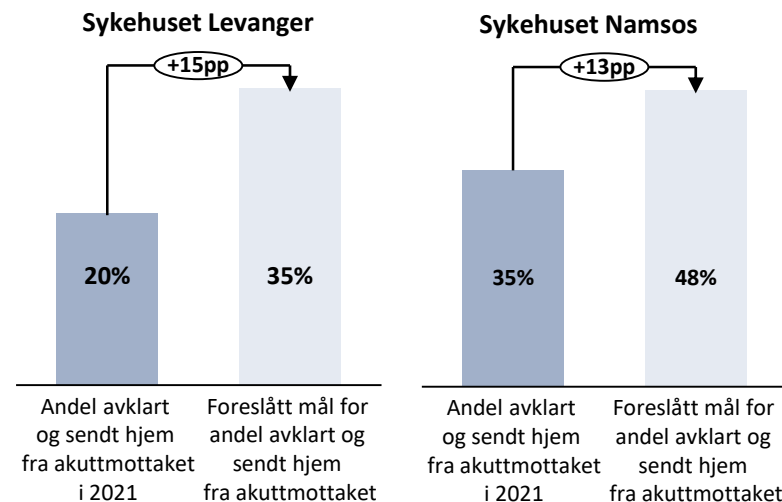
1

Øke avklaring av ø-hjelps pasienter nærmere hjemmet

Det foreslås å ha som mål å jobbe for å avklare flere pasienter nærmere hjemmet for å dempe forventet økning i akuttinnleggelser

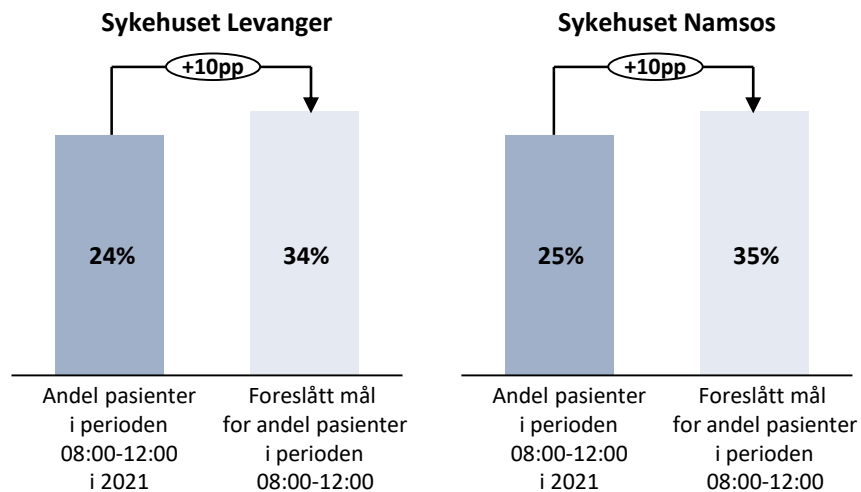
2

Øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket, og dermed redusere innleggelser



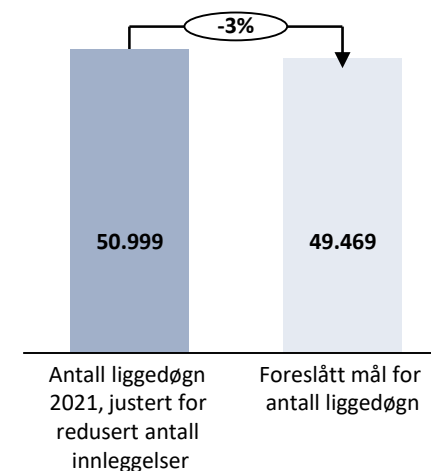
3

Flytte deler av pasientstrøm i akuttmottaket fra kveld/natt til dagtid



4

Raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter i akuttmottaket

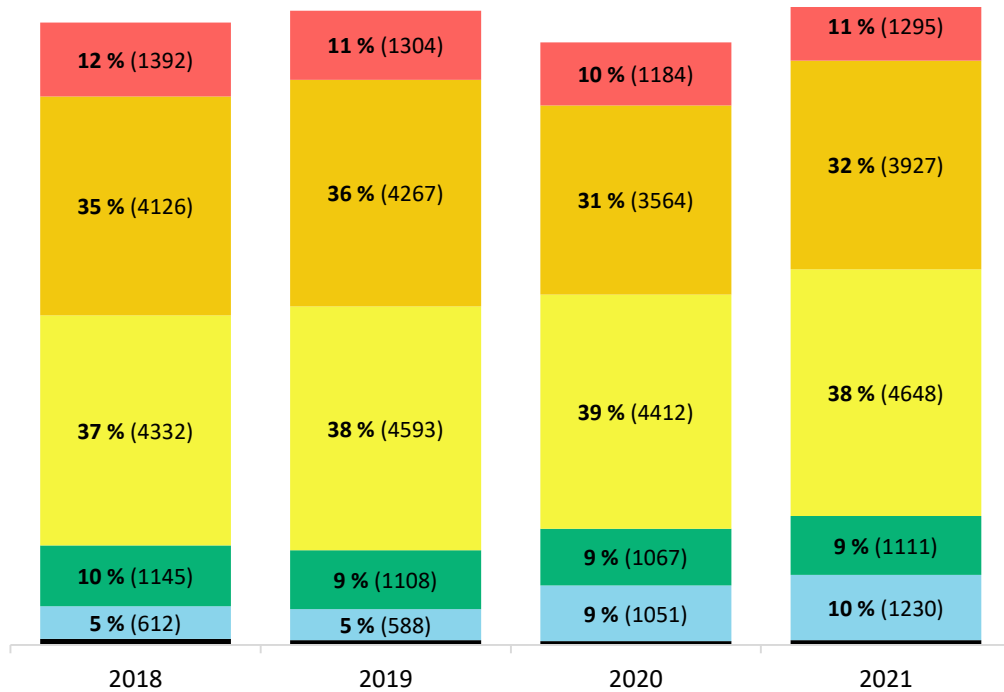


# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>s. 3</b>
<b>2</b>	<b>Gjennomgang av gevinstområder</b>	<b>s. 7</b>
<b>3</b>	<b>Beregning av økonomiske gevinster og oppsummering</b>	<b>s. 33</b>
<b>4</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>s. 43</b>

# Vedlegg 1: Oversikt over hastegraden til akutte pasienter i akuttmottaket\* basert på triagesystemet RETTS

Oversikt over tilstrømming av antall pasienter til akuttmottaket i Levanger per år, fordelt per hastegrad

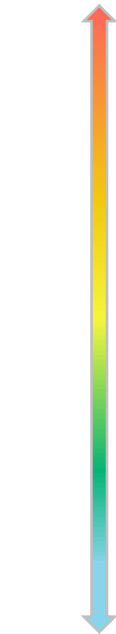


■ Ikke registrert

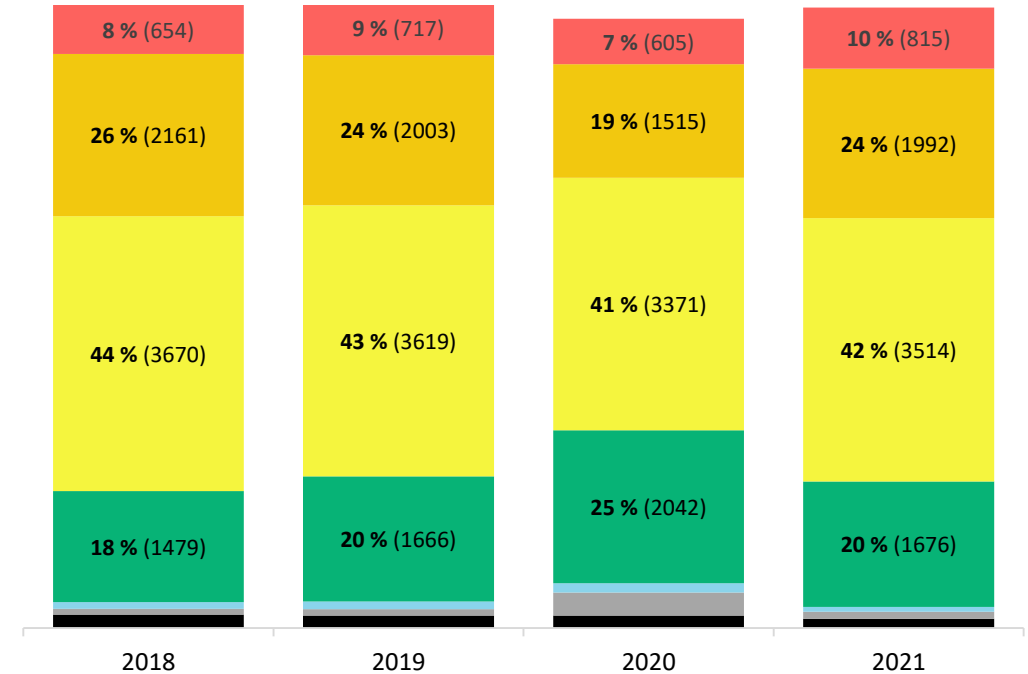
«Ikke registrert» er under 1%

Oversikt over tilstrømming av antall pasienter til akuttmottaket i Namsos per år, fordelt per hastegrad

Høy hastegrad



Lav hastegrad



■ Ikke registrert ■ Hvit hastegrad

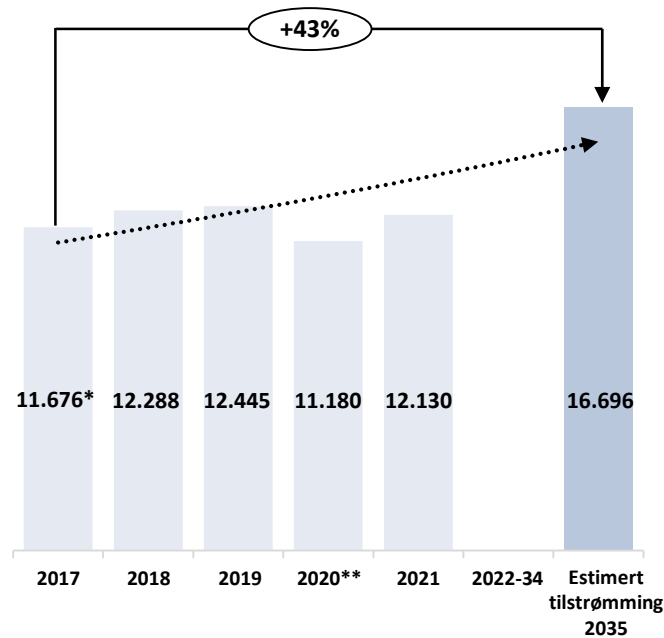
«Ikke registrert» og blå hastegrad er 2% eller mindre  
Hvit hastegrad 6 er under 1,5%, med unntak av 2020 som er under 4%

\*Dersom hastegraden har endret seg under oppholdet i akuttmottaket, er det også reflektert i tallene

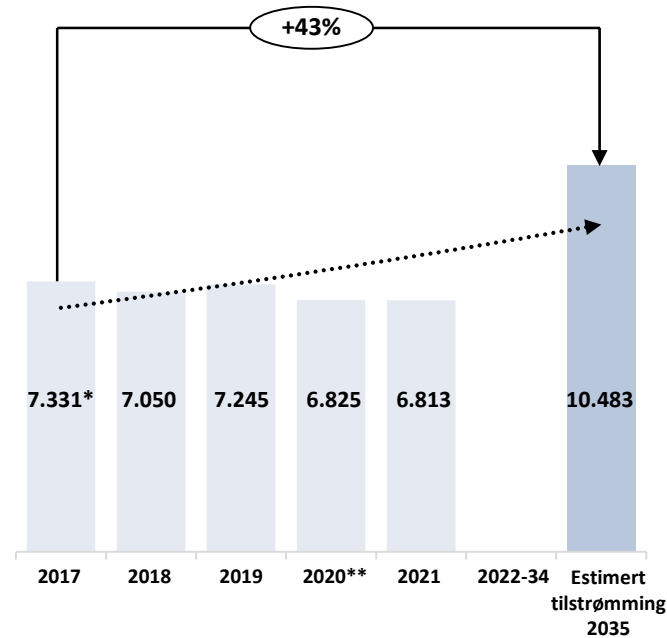
## Vedlegg 2: I 2018 hadde Namsos et behovsjustert overforbruk av øyeblikkelig hjelp på ca. 18%, basert på opphold ift. landsgjennomsnittet, og Levanger hadde et behovsjustert underforbruk på ca. 4,5%

Dersom vi legger til grunn at HNT hadde hatt et forbruk av helsetjenester innen øyeblikkelig hjelp tilsvarende landsgjennomsnittet, ville det sett ut som de 2 grafene til venstre under (gitt at overforbruket også reflekteres i tilstrømming i samme grad som opphold). En framskrivning på 43% fra 2017 til 2035 er også lagt til i grafene under.

Tilstrømming til akuttmottaket i Levanger per år, inkludert tilstrømming i 2035 gitt en framskrivning på 43% fra 2017



Tilstrømming til akuttmottaket i Namsos per år, inkludert tilstrømming i 2035 gitt en framskrivning på 43% fra 2017



Behovsjustert forbruk av øyeblikkelig hjelp ift. Landsgjennomsnittet basert på DRG poeng\*\*

	2018	2019	2020	2021
<b>Levanger</b>	-0,8%	-2,2%	+2,3%	+4,4%
<b>Namsos</b>	+18,3%	+16,8%	+22,5%	+21,2%

Behovsjustert forbruk av øyeblikkelig hjelp ift. Landsgjennomsnittet basert på opphold\*\*

	2018	2019	2020	2021
<b>Levanger</b>	-4,6%	-4%	+1,5%	+1,4%
<b>Namsos</b>	+17,9%	+15,4%	+19,1%	+21,5%

\*For 2017 har vi kun tall på et overforbruk innen somatikk på 4,3%, men ikke splittet på øyeblikkelig hjelp og elektiv. Vi har derfor brukt over/underforbruket fra 2018 til å beregne hva tilstrømmingen ville vært i 2017



## Vedlegg 3: Beregning av mål for reduksjon i innleggelser

Gitt at antall innlagte i Namsos også står for ca. 80% av tilstrømmingen til akuttmottaket (slik som i Levanger), ville tilstrømmingen i Namsos vært på 6.629 pasienter i 2021 dersom vi hadde «tatt bort de ekstra» polikliniske pasientene. Dersom andel innlagte skal reduseres til 65%, slik som foreslått i Levanger, innebærer det å legge inn 4309 pasienter (65% av 6.629) i Namsos, i stedet for 5303, noe som er en reduksjon på 984 pasienter eller 2,7 senger. Gitt antall innlagte på 4309 pasienter i Namsos, innebærer det en reduksjon i andel innlagte fra 64% (5303/8278) til 52% (4309/8278), og tilsvarende en økning i andel som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket fra 35% til 48%.



Målet om å øke andelen pasienter som håndteres poliklinisk i akuttmottakene til hhv. 35% og 48%, tilsvarer en reduksjon i antall pasienter lagt inn, på 2796 pasienter totalt i HNT

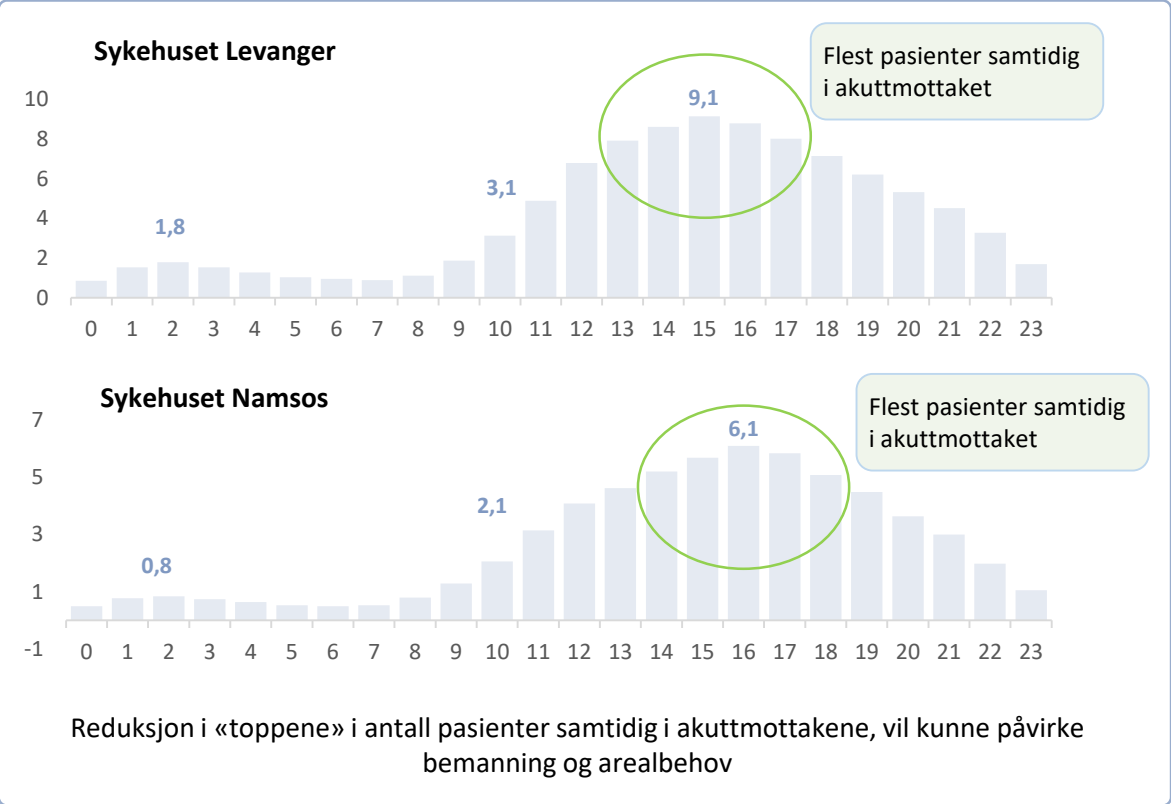
	Levanger	Namsos	HNT
Tilstrømming i 2021	12.300	8.278	20.578
Totalt antall pasienter avklart og sendt hjem fra akuttmottaket i 2021	2.485	2.892	5.377
<b>Totalt antall pasienter lagt inn på sykehuset via akuttmottaket i 2021</b>	<b>9.807</b>	<b>5.303</b>	<b>15110</b>
Andel pasienter avklart og sendt hjem fra akuttmottaket i 2021	20,2%	34,9%	25,9%
Andel pasienter lagt inn via akuttmottaket i 2021	79,8%	65,1%	
Foreslått mål andel pasienter avklart og sendt hjem fra akuttmottaket	35%	48%	
Foreslått mål andel pasienter lagt inn	65%	52%	
Mål antall pasienter lagt inn	<b>7.995</b>	<b>4319</b>	
<b>Mål for reduksjon i innleggelser (antall pas. lagt inn-mål antall pas. lagt inn)</b>	<b>1.812</b>	<b>984</b>	<b>2796</b>

# 1. Raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter vil kunne resultere i reduksjon i unødvendig ventetid for pasienter i akuttmottaket, og sikre bedre arbeidsflyt

Per i dag opplever akuttmottakene i Namsos og Levanger crowding/opphopning av pasienter deler av døgnet.

Tiltak som økt kompetanse i front, standardisering av pasientforløp for volumgrupper av pasienter, og arealer tilpasset pasientmengde, vil kunne bidra til **reduksjon i unødvendig ventetid** for pasienter i akuttmottaket, og sikre bedre arbeidsflyt.

Oversikt over hvor mange pasienter som gjennomsnittlig er i akuttmottakene samtidig i 2021 (inkluderer alle ukedager)



## Eksempel fra Nordlandssykehuset Bodø, hvor en LIS1 beskrev effektene av akuttlegeordningen på følgende måte\*:

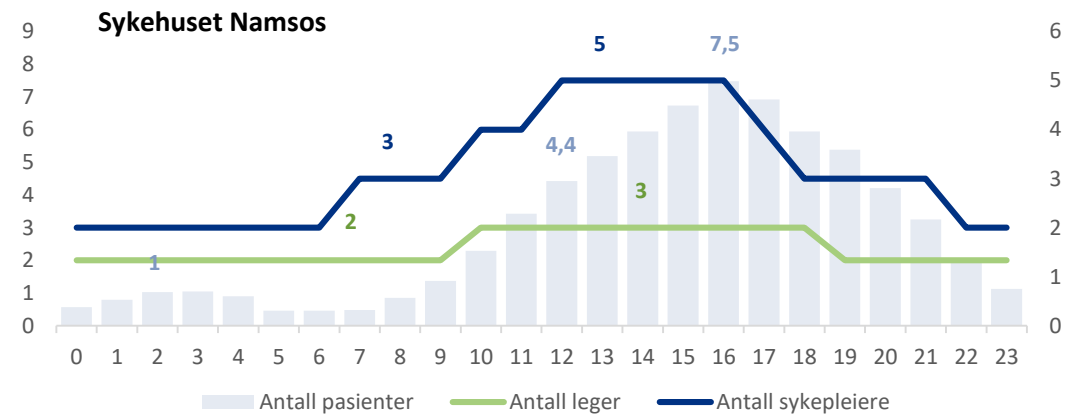
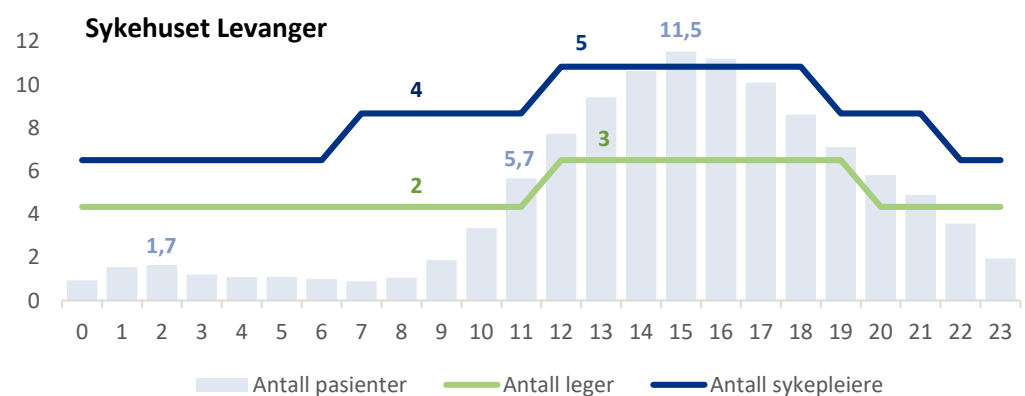
” Den største endringen jeg la merke til var økt beredskap som gjorde at tidsbruken og arbeidsflyten i mottaket var mye bedre. Dette var spesielt merkbart da mange pasienter kom innen kort tidsrom. Det er spesielt en dato i juni, da det plutselig eksploderte ut på ettermiddagen med prehospitalt rødt triagerte pasienter x mange, hvor det lyktes å få pasientene avklart og videre innen nokså rimelig tid. Dette står i skarp kontrast til to liknende episoder i april/mai, hvor tidsbruken var lenger og jeg opplevde situasjonen som direkte kaotisk med alt for lang tid til både første tilsyn, tiltak og avklaring i mottak tross heroisk innsats av alle.

\*Akuttlege i akuttmottak, se vedlegg [her](#)

# Reduksjon i unødvendig ventetid for pasienter i akuttmottaket, og bedre arbeidsflyt, vil kunne bidra til å redusere opphopning av pasienter i akuttmottakene.

Dersom «toppene» av antall pasienter samtidig i akuttmottaket reduseres vil det kunne påvirke areal- og bemanningsbehov, som igjen kan redusere kostnader knyttet til overtid og innleie

Oversikt over hvor mange pasienter som gjennomsnittlig er i akuttmottaket samtidig og bemanning gjennom døgnet på tirsdager\* i 2021

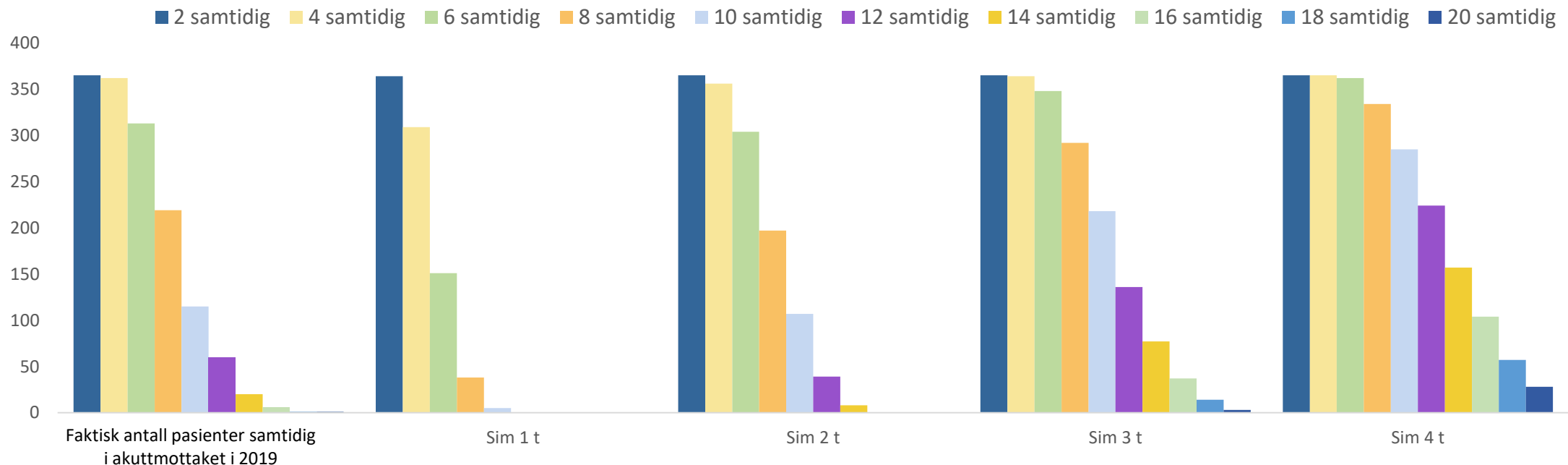


\*Da bemanningen varierer basert på hvilken dag det er, er tirsdag brukt som et eksempel

## Reduksjon i unødvendig ventetid, bedre arbeidsflyt og økt avklaring av pasienter, vil påvirke liggetiden i akuttmottakene

Reduksjon i unødvendig ventetid og bedre arbeidsflyt i akuttmottakene vil kunne bidra til reduksjon i total liggetid for pasientene. Samtidig vil økt avklaring av pasienter i akuttmottakene, kunne øke liggetiden. Per i dag er det ikke nok plass i akuttmottakene til å avklare pasienter, noe som kan resultere i at liggetiden er lav, da flere pasienter blir lagt inn på sykehuset for videre avklaring. Median liggetid i akuttmottakene var på 132 minutter i 2021 ved Sykehuset Levanger og 124 minutter ved Sykehuset Namsos, noe som er lavt ihht. et landsgjennomsnitt. Det er utfordrende å vurdere hvordan total liggetid vil bli påvirket da noen tiltak, som reduksjon i unødvendig ventetid, vil redusere liggetid, og noen tiltak som økt avklaring av pasienter i akuttmottaket, for å redusere innleggelser, vil kunne øke liggetiden.

Under viser en simulering av hvor mange dager i året det vil være x pasienter samtidig i akuttmottaket i Levanger i 2019, basert på ulik lengde på liggetid.



## 2. Raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter vil kunne føre til reduksjon i antall liggedøgn for pasienter som legges inn

- Tiltak som økt kompetanse i front, standardisering av pasientforløp for volumgrupper av pasienter, og arealer tilpasset pasientmengde, vil kunne bidra til **reduksjon i antall liggedøgn for pasienter som legges inn**. Dette gjennom riktig diagnostikk og oppstart av behandling tidligere i forløpet, samt riktig valg av sengepost i større grad, ved innleggelse.
- Under viser 3 ulike scenarioer for hvor mange liggedøgn som kan reduseres for ø-hjelpspasienter som legges inn, ved en reduksjon i liggedøgn på 3, 5 og 10%, som et resultat av riktig diagnostikk og oppstart av behandling tidligere i forløpet

2021

I 2021 hadde pasienter innen øyeblikkelig hjelp i HNT totalt 53 795 liggedøgn\*. Dersom vi trekker bort antall liggedøgn som er foreslått som mål og redusere gjennom økt avklaring av ø-hjelpspasienter i akuttmottakene (målet fra gevinstområde 1), resulterer dette i 50 999 liggedøgn.

	Scenario 1 3 % reduksjon	Scenario 2 5% reduksjon	Scenario 3 10% reduksjon
Antall reduserte liggedøgn <i>(50 999 x %-vis reduksjon)</i>	1 530	2 550	5 100
Omgjort til senger	4,2	7	14

2019

Da tall fra 2021 kan være kunstig lavt grunnet Covid-19, viser vi også et eksempel med liggedøgn fra 2019. I 2019 hadde pasienter innen øyeblikkelig hjelp i HNT totalt 57 641 liggedøgn\*. Dersom vi trekker bort antall liggedøgn som er foreslått som mål og redusere gjennom økt avklaring av ø-hjelpspasienter i akuttmottakene (målet fra gevinstområde 1), resulterer dette i 54 845 liggedøgn.

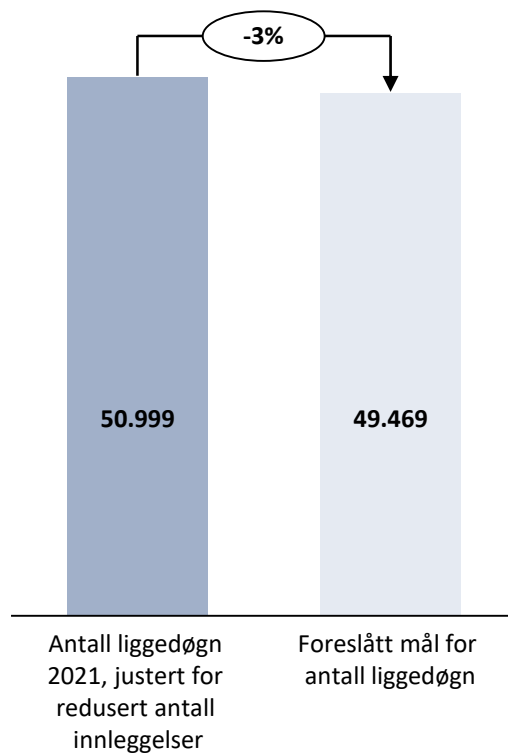
	Scenario 1 3 % reduksjon	Scenario 2 5% reduksjon	Scenario 3 10% reduksjon
Antall reduserte liggedøgn <i>(54 845 x %-vis reduksjon)</i>	1 645	2 742	5 485
Omgjort til senger	4,5	7,5	15



På side 38 kan du se beregning av det økonomiske gevinstpotensialet

\*\*Hentet fra rapporten analysemodell, [her](#).

Det foreslås et mål om å redusere liggedøgn for pasienter som legges inn, med 3 %



\* For å unngå dobbelttelling, justeres antall liggedøgn i 2021 med målet redusert antall innleggelser fra gevinstområde 2.  
Beregningen blir dermed: antall liggedøgn i 2021 (53795) – mål om redusert antall innleggelser (2796)

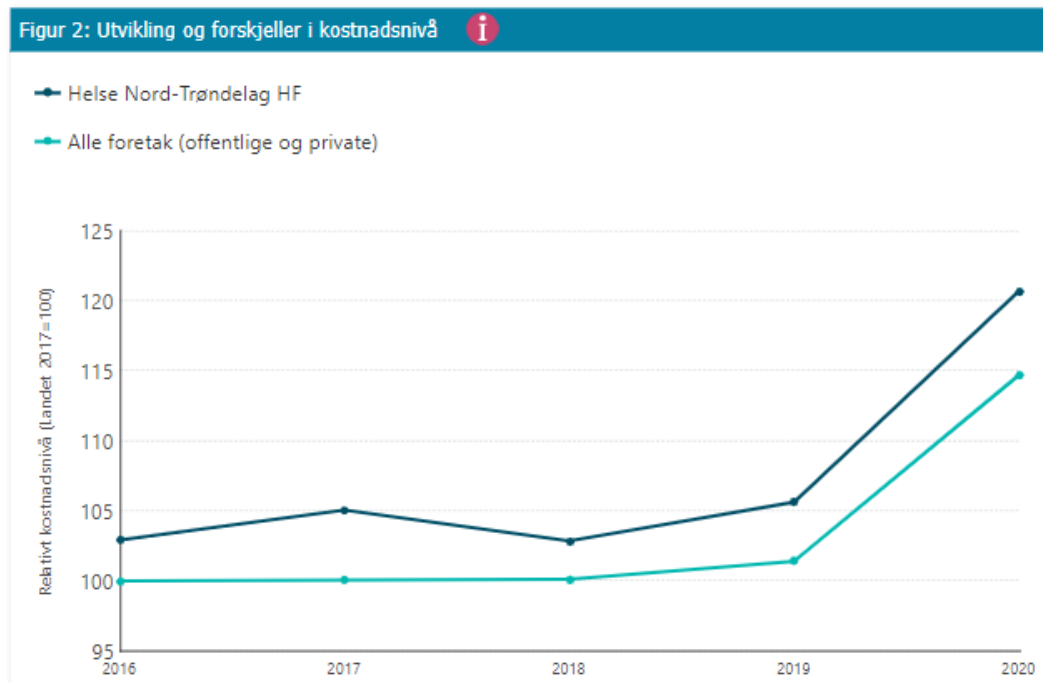
# Innhold

- |          |  |              |
|----------|--|--------------|
| <b>1</b> | <b>Innledning</b>  | <b>s. 3</b>  |
| <b>2</b> | <b>Gjennomgang av gevinstområder</b>                     | <b>s. 7</b>  |
| <b>3</b> | <b>Beregning av økonomiske gevinster og oppsummering</b> | <b>s. 33</b> |
| <b>4</b> | <b>Vedlegg</b>   | <b>s. 43</b> |



## Helse Nord-Trøndelag har et høyere kostnadsnivå enn landsgjennomsnittet

I 2019 hadde HNT en kostnad per DRG-poeng på 2088 kroner høyere (ekskl. MVA) enn landsgjennomsnittet, for somatiske tjenester.



Gjennom de 4 gevinstområdene på neste side vil denne kostnaden kunne reduseres. Dette gjennom bedre arbeidsprosesser, riktig ressursbruk, og riktig bruk av kompetanse. Prosjektet har ikke beregnet potensialet i hvor mye kostnad per DRG vil reduseres, men har beregnet økonomisk gevinstpotensial for 2 av områdene på neste side.

# Tiltak som økt avklaring av pasienter nærmere hjemmet, økt kompetanse i front i akuttmottakene, standardisering av pasientforløp, samt arealer tilpasset behov, kan påvirke økonomien positivt

1

Øke avklaring av ø-hjelps pasienter nærmere hjemmet

Gjennom å jobbe sammen med primærhelsetjenesten med å løse utfordringene fra kartleggingen fra fase II av prosjektet, samt standardisering av pasientforløp, vil dette kunne bidra til å øke avklaring av ø-hjelps pasienter nærmere hjemmet, som igjen kan påvirke tilstrømming til akuttmottakene. Ved å ha et mål om å dempe forventet økning i akuttinnleggelser, basert på framskrivning, vil det kunne redusere økt behov for helsepersonell i fremtiden, og ha en positiv påvirkning på kostnadsutviklingen. For å unngå dobbelttelling av gevinster, har vi ikke beregnet den økonomiske gevinsten for dette området.

2

Øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket, og dermed redusere innleggelser

Ved å øke andel pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottakene, vil HNT kunne redusere innleggelser på sengepost. Dette kan resultere i reduksjon i kostnader, gi rom for mer elektiv aktivitet og sikre kapasitet til forventet økt behov for helsetjenester i fremtiden. Økt andel pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottakene, kan gi færre lavinntektsinnleggelser, og rom for mer komplekse pasienter, som igjen gir høyere inntekter. 74% av alle innleggelser i HNT er øyeblikkelig hjelp, noe som gir akuttmottakene et potensial til å påvirke antall innleggelser i stor grad. Det foreslås et mål om å øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottakene med 2796 pasienter totalt i HNT, som tilsvarer en reduksjon på ca. 8 senger, og en estimert årlig gevinst på mellom ca. 23-56 MNOK. For beregninger av økonomiske gevinster, se side 35-36.

3

Flytte deler av pasientstrøm i akuttmottaket fra kveld/natt til dagtid

Gjennom å flytte deler av pasientstrømmen i akuttmottakene fra ettermiddag, kveld og natt til dagtid påfølgende dag, vil det gi mer forutsigbarhet i pasienttilstrømming og kapasitetsplanlegging, som igjen kan redusere kostnader knyttet til overtid og innleie. HNT vil kunne utnytte kapasiteten bedre gjennom dagen, ved å sette opp planlagte ø-hjelpstimer i perioder med lav aktivitet. Det er høyere kostnader knyttet til å ha bemanning på kveld og natt, ift. dag, noe som også kan påvirke økonomien positivt om det dreies mer mot dag. Gjennom jevnere belastning av pasienter gjennom døgnet vil det også kunne føre til bedre utnyttelse av areal. For å unngå dobbelttelling av gevinster, har vi ikke beregnet den økonomiske gevinsten for dette området.

4

Raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter i akuttmottaket

Ved raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter i akuttmottaket, vil liggedøgn for pasienter som legges inn, kunne reduseres. Dette gjennom riktig diagnostikk og oppstart av behandling tidligere i forløpet, samt riktig valg av sengepost i større grad, ved innleggelse. Det foreslås å ha et mål om å redusere antall liggedøgn innen øyeblikkelig hjelp med 3%, som tilsvarer 1.530 liggedøgn eller 4,2 senger, som igjen kan tilsvare en kostnadsreduksjon mellom 22-36 MNOK (se beregning på side 37). Raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter i akuttmottaket, vil også kunne redusere «toppene» av antall pasienter samtidig i akuttmottaket, som vil kunne påvirke areal- og bemanningsbehov, som igjen kan redusere kostnader knyttet til overtid og innleie. Dette er ikke beregnet.

## Økonomisk gevinst

1. Dempet kostnadsvekst årlig mot 2035

2. ca. 23-56 MNOK

3. Reduserte kostnader overtid og innleie

4. ca. 22 - 36 MNOK

**Totalt årlig:  
Ca. 45-90 MNOK**

## Gevinstene ved å øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket, avhenger av hvordan den ledige kapasiteten håndteres (1/2)



Målet om å øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket til hhv. 35% og 48%, tilsvarer en reduksjon i antall pasienter lagt inn, på 2796 pasienter totalt i HNT (se side 22)

Ved å redusere antall pasienter som legges inn på sykehusene, kan det frigjøre kapasitet på sengepostene, som igjen kan gi rom for mer elektiv aktivitet og sikre kapasitet til forventet økt behov for helsetjenester i fremtiden. Det vil også kunne påvirke økonomien positivt. Under og på neste side viser 2 ulike alternativer/ scenarioer for gevinstpotensial avhengig av hvordan ledig kapasitet håndteres

### Alternativ 1: Gevinstpotensial dersom ledig kapasitet på sengepost erstattes med eksempelvis, elektive pasienter

I beregningene under forutsetter vi ingen endring i kostnader siden frigjort kapasitet blir erstattet på sengepost. I stedet for å ha en pasient som kommer til akuttmottaket og som deretter legges inn på sengepost, vil vi ha en pasient på sengepost og en pasient ekstra som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket. Økningen som er beregnet under er derfor inntekten for pasienten som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket. Dersom pasienten har en oppholdstid på under 5 timer vil inntekten være gjennomsnittlig inntekt for en poliklinisk ø-hjelpspasient som tilsvarer 2.102kr (DRG poeng for poliklinisk håndtering x inntekt per DRG). Dersom pasienten har en oppholdstid på over 5 timer vil inntekten være gjennomsnittlig inntekt for en ø-hjelps pasient døgn som tilsvarer 25.930kr (DRG poeng for døgn x inntekt per DRG). Under viser to ulike scenarioer hvor scenario 1 viser økte inntekter om 25% av de 2796 pasientene har oppholdstid over 5 timer, og 75% under 5 timer. Scenario 2 viser inntekt om 75% av de 2796 pasientene har oppholdstid over 5 timer, og 25% under 5 timer.

<b>Scenario 1: Inntekt ved 25% opphold over 5 timer og 75% opphold under 5 timer</b> ((2796 x 25 930 x 0,25) + (2796 x 2 102 x 0,75))	23 000 000**
<b>Scenario 2: Inntekt ved 75% opphold over 5 timer og 25% opphold under 5 timer</b> ((2796 x 25 930 x 0,75) + (2796 x 2 102 x 0,25))	56 000 000**

### INNDATA

Inntekt per DRG aktivitetsbasert	23 360
Gjennomsnittlig DRG-poeng for døgn	1,11
Gjennomsnittlig DRG-poeng for poliklinisk håndtering	0,09
Gjennomsnittlig inntekt per pasient ved opphold under 5 timer	2 102
Gjennomsnittlig inntekt per pasient ved opphold over 5 timer	25 930
Mål for økt antall pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket	2 796



Alternativ 1 kan gi et gevinstpotensial på mellom 23 000 000\*\* og 56 000 000\*\* kroner

## Gevinstene ved å øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket, avhenger av hvordan den ledige kapasiteten håndteres (2/2)

### Alternativ 2: Kostnadsbesparelse ved økt antall pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket, og dermed reduserer innleggelser

I beregningene under har vi tatt utgangspunkt i at pasientene som avklares å sendes hjem fra akuttmottaket, i stedet for å legges inn, vil være pasienter som ville hatt kort liggetid på sengepost, og derfor vil generere like mange DRG poeng om de avklares i akuttmottaket. En pasient vil ikke få ekstra DRG poeng for liggetid i seg selv, men for undersøkelser/prosedyrer som genererer DRG. Vi forutsetter derfor at HNT får like mange DRG poeng for pasienten, uavhengig av om pasienten legges inn på sengepost, eller avklares og sendes hjem fra akuttmottaket. I beregningene under har vi tatt kostnad per liggedøgn (kun for sengepost) x antall pasienter ekstra, som blir avklart og sendt hjem fra akuttmottaket.

#### Kostnadsbesparelse ved redusert innleggelse

(Mål for økt antall pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket x gjennomsnittlig kostnad per liggedøgn i 2021 (kun sengepost))

40 000 000\*

#### INNDATA

Gjennomsnittlig kostnad per liggedøgn i 2021 (kun sengepost) 14 150



Alternativ 2 kan gi et gevinstpotensial på ca. 40 000 000\* kroner

## Beregning av gevinstområde 4: Raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter i akuttmottaket

På side 30 viser 3 ulike scenarioer for reduksjon i liggedøgn for pasienter som legges inn, gjennom riktig diagnostikk og oppstart av behandling tidligere i forløpet, samt riktig valg av sengepost i større grad, ved innleggelse. I tabellen under viser estimert kostnadsreduksjon for hvert av alternativene. I beregningene er tall for 2021 benyttet. For pasienter som legges inn på sykehuset genereres det ikke ekstra inntekter for ekstra liggedøgn i seg selv. Dersom en pasient har 4 liggedøgn i stedet for 5, har vi derfor tatt som forutsetning at det ikke genereres ekstra inntekter for det 5 døgnet, men at HNT har potensial til å spare kostnader tilknyttet 1 døgn på sengepost.

### INNDATA

Gjennomsnittlig kostnad per liggedøgn i 2021 (kun sengepost): 14 150 kr

	Scenario 1 3 % reduksjon	Scenario 2 5% reduksjon	Scenario 3 10% reduksjon
Antall reduserte liggedøgn <i>(50 999* x %-vis reduksjon)</i>	1 530 (4,2 senger)	2 550 (7 senger)	5 100 (14 senger)
Besparte kostnader årlig <i>(Antall reduserte liggedøgn x gjennomsnittlig kostnad per liggedøgn)</i>	20 000 000	36 000 000	72 000 000



Foreslått mål på reduksjon av antall liggedøgn på 3% kan gi en besparelse i kostnader på ca. 22 000 000 kroner, med potensiale for ytterligere besparelse på lengre sikt

## Det estimeres en total økonomisk gevinst årlig på mellom 45-90 MNOK, som inkl. beregning av gevinster for økt avklaring av pasienter i AM, samt redusert liggedøgn for pasienter som legges inn

De to andre gevinstområdene; «øke avklaring av ø-hjelpspasienter nærmere hjemmet» og «Flytte deler av pasientstrøm i akuttmottaket fra kveld/natt til dagtid» vil også kunne gi økonomiske gevinster, men for å unngå dobbelttelling av gevinster, er dette ikke beregnet.

Da Fremragende akuttmottak fase II er et stort prosjekt med stort gevinstpotensial, er det også komplekst å beregne alle gevinstene som gjennomførte og foreslåtte tiltak kan gi. Etter hvert som flere tiltak konkretiseres ytterligere, er det mulig å gå mer ned i dybden av andre økonomiske gevinster.

Gjennom å sikre rett pasientbehandling til rett tid og sted, som blant annet vil innebære økt avklaring av pasienter tidligere i forløpet, og mer bruk av telefon/video, vil det, i tillegg til gevinstene som er skissert, også kunne gi økonomiske gevinster gjennom:

- Redusert unødvendig transport
- Redusert unødvendig diagnostikk gjennom forløpet
- Redusert sykefravær (gjennom blant annet jevnere arbeidsbelastning)
- Redusert ressursbehov for alle aktører gjennom hele ø-hjelpsforløpet
- Reduksjon i reinnleggelser



Økt avklaring av ressurser i akuttmottakene vil også innebære økt kostnad, gjennom økt kompetanse og areal. Kostnaden knyttet til utvidelse av arealer er ikke estimert i prosjektet. Årlig kostnad for økt kompetanse i front (totalt 1 årsverk per sykehus) er estimert til ca. 2.2MNOK. Det er estimert at det vil være behov for 1 ekstra sykepleierressurs gjennom døgnet for å sikre nok kapasitet til å bemanne avklaringsenheten. Denne kostnaden er ikke beregnet

## For å realisere gevinstene er det viktig å jobbe strukturert og målrettet videre med tiltak og utfordringsområder



### Samarbeid med primærhelsetjenesten om helhetlige pasientforløp fra bosted til bosted

- Løse de kartlagte utfordringene i ø-hjelpsforløpet fra hjem til hjem, i samarbeid med primærhelsetjenesten.



### Standardisering av pasientforløp på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten

- Arbeide videre med standardisering av utvalgte pasientforløp, som magesmerter, brystmerter, DVT, etc.



### Kompetanse i front i akuttmottakene

- 74% av innleggelsene på sykehusene i HNT er ø-hjelpspasienter, noe som gir akuttmottakene en viktig rolle for å sikre rett pasient til rett tid og sted. Ved å ha høy kompetanse i front, vil det kunne bidra til å avklare pasienter raskere, som kan redusere innleggelse på sykehuset og korte ned oppholdstiden for dem som legges inn



### Etablere avklaringsenhet i akuttmottakene og tilpasse dagens arealer for å legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring, kan utføres i akuttmottakene

- Ved økt avklaring av pasienter i akuttmottaket, for å redusere innleggelse på sykehus, er det nødvendig med arealene tilpasset behov



Økt kompetanse i front i akuttmottakene er det mest avgjørende tiltaket for å oppnå skisserte gevinster. Økt kompetanse i front er også viktig for å oppnå gevinster fra de 3 andre områdene over

# Det foreslås å jobbe videre med følgende mål fremover i HNT, og måle resultater jevnlig, etter tiltak er iverksatt

**1**

Øke avklaring av ø-hjelps pasienter nærmere hjemmet

Det foreslås å ha som mål å jobbe for å avklare flere pasienter nærmere hjemmet for å dempe forventet økning i akuttinnleggelser

**2**

Øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket, og dermed redusere innleggelser

**Sykehuset Levanger**

**Sykehuset Namsos**

Sykehuset	Andel avklart og sendt hjem fra akuttmottaket i 2021	Foreslått mål for andel avklart og sendt hjem fra akuttmottaket	Endring
Sykehuset Levanger	20%	35%	+15pp
Sykehuset Namsos	35%	48%	+13pp

**3**

Flytte deler av pasientstrøm i akuttmottaket fra kveld/natt til dagtid

**Sykehuset Levanger**

**Sykehuset Namsos**

Sykehuset	Andel pasienter i perioden 08:00-12:00 i 2021	Foreslått mål for andel pasienter i perioden 08:00-12:00	Endring
Sykehuset Levanger	24%	34%	+10pp
Sykehuset Namsos	25%	35%	+10pp

**4**

Raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter i akuttmottaket

Antall liggedøgn 2021, justert for redusert antall innleggelser	Foreslått mål for antall liggedøgn	Endring
50.999	49.469	-3%

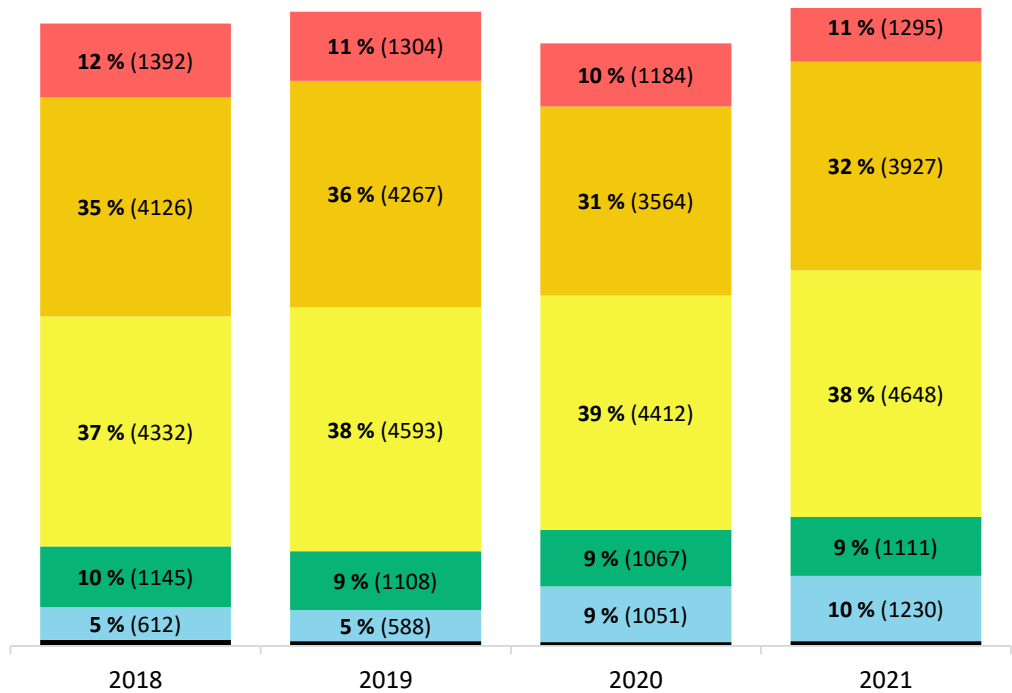


# Innhold

- |          |  |              |
|----------|--|--------------|
| <b>1</b> | <b>Innledning</b>  | <b>s. 3</b>  |
| <b>2</b> | <b>Gjennomgang av gevinstområder</b>                     | <b>s. 7</b>  |
| <b>3</b> | <b>Beregning av økonomiske gevinster og oppsummering</b> | <b>s. 33</b> |
| <b>4</b> | <b>Vedlegg</b>   | <b>s. 43</b> |

# Vedlegg 1: Oversikt over hastegraden til akutte pasienter i akuttmottaket\* basert på triagesystemet RETTS

Oversikt over tilstrømming av antall pasienter til akuttmottaket i Levanger per år, fordelt per hastegrad

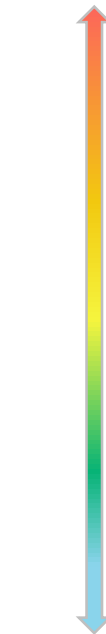


■ Ikke registrert

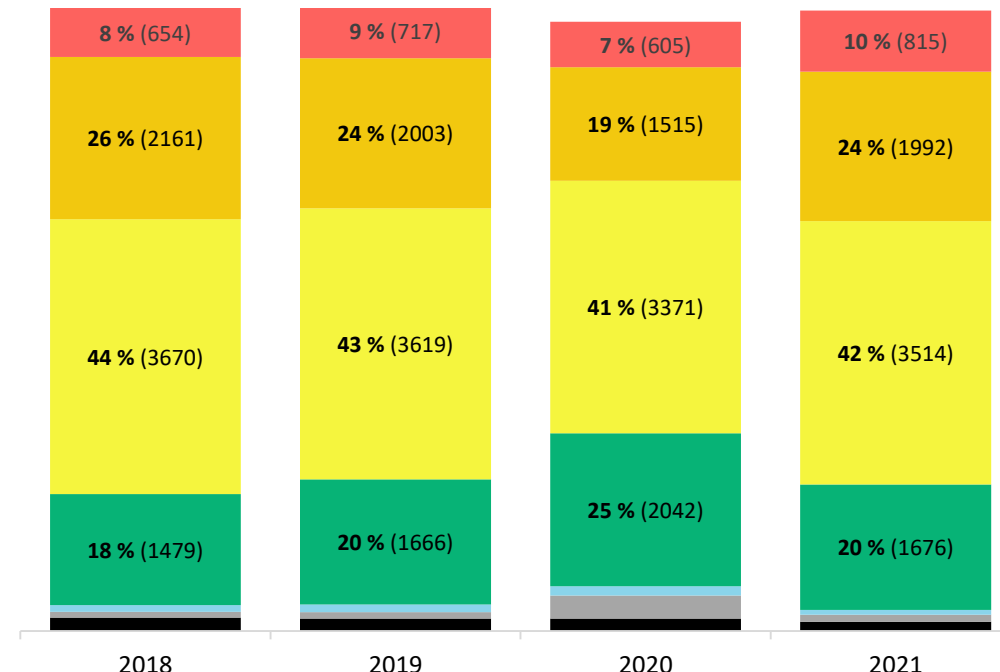
«Ikke registrert» er under 1%

Oversikt over tilstrømming av antall pasienter til akuttmottaket i Namsos per år, fordelt per hastegrad

Høy hastegrad



Lav hastegrad



■ Ikke registrert ■ Hvit hastegrad

«Ikke registrert» og blå hastegrad er 2% eller mindre  
Hvit hastegrad 6 er under 1,5%, med unntak av 2020 som er under 4%

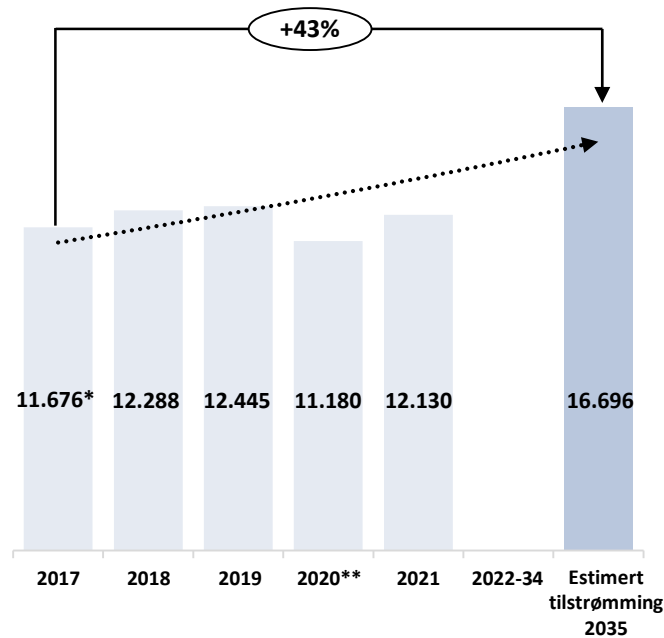
\*Dersom hastegraden har endret seg under oppholdet i akuttmottaket, er det også reflektert i tallene

Namsos har en høyere andel pasienter med lav hastegrad, som kan skyldes at flere av pasientene som kommer til akuttmottaket i Namsos, er polikliniske ø-hjelpspasienter. Tilstrømmingstall på denne siden er hentet fra akuttdatabasen, og inneholder alle pasienter som kommer til akuttmottakene i Namsos og Levanger

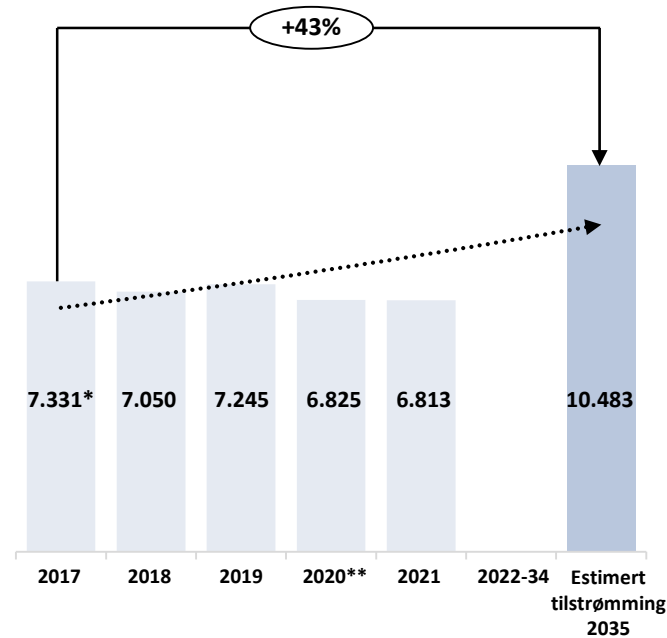
## Vedlegg 2: I 2018 hadde Namsos et behovsjustert overforbruk av øyeblikkelig hjelp på ca. 18%, basert på opphold ift. landsgjennomsnittet, og Levanger hadde et behovsjustert underforbruk på ca. 4,5%

Dersom vi legger til grunn at HNT hadde hatt et forbruk av helsetjenester innen øyeblikkelig hjelp tilsvarende landsgjennomsnittet, ville det sett ut som de 2 grafene til venstre under (gitt at overforbruket også reflekteres i tilstrømming i samme grad som opphold). En framskrivning på 43% fra 2017 til 2035 er også lagt til i grafene under.

**Tilstrømming til akuttmottaket i Levanger per år, inkludert tilstrømming i 2035 gitt en framskrivning på 43% fra 2017**



**Tilstrømming til akuttmottaket i Namsos per år, inkludert tilstrømming i 2035 gitt en framskrivning på 43% fra 2017**



Behovsjustert forbruk av øyeblikkelig hjelp ift. Landsgjennomsnittet basert på DRG poeng\*\*

	2018	2019	2020	2021
<b>Levanger</b>	-0,8%	-2,2%	+2,3%	+4,4%
<b>Namsos</b>	+18,3%	+16,8%	+22,5%	+21,2%

Behovsjustert forbruk av øyeblikkelig hjelp ift. Landsgjennomsnittet basert på opphold\*\*

	2018	2019	2020	2021
<b>Levanger</b>	-4,6%	-4%	+1,5%	+1,4%
<b>Namsos</b>	+17,9%	+15,4%	+19,1%	+21,5%

\*For 2017 har vi kun tall på et overforbruk innen somatikk på 4,3%, men ikke splittet på øyeblikkelig hjelp og elektiv. Vi har derfor brukt over/underforbruket fra 2018 til å beregne hva tilstrømmingen ville vært i 2017

## Vedlegg 3: Beregning av mål for reduksjon i innleggelser

Gitt at antall innlagte i Namsos også står for ca. 80% av tilstrømmingen til akuttmottaket (slik som i Levanger), ville tilstrømmingen i Namsos vært på 6.629 pasienter i 2021 dersom vi hadde «tatt bort de ekstra» polikliniske pasientene. Dersom andel innlagte skal reduseres til 65%, slik som foreslått i Levanger, innebærer det å legge inn 4309 pasienter (65% av 6.629) i Namsos, i stedet for 5303, noe som er en reduksjon på 984 pasienter eller 2,7 senger. Gitt antall innlagte på 4309 pasienter i Namsos, innebærer det en reduksjon i andel innlagte fra 64% (5303/8278) til 52% (4309/8278), og tilsvarende en økning i andel som avklares og sendes hjem fra akuttmottaket fra 35% til 48%.



Målet om å øke andelen pasienter som håndteres poliklinisk i akuttmottakene til hhv. 35% og 48%, tilsvarer en reduksjon i antall pasienter lagt inn, på 2796 pasienter totalt i HNT

	Levanger	Namsos	HNT
Tilstrømming i 2021	12.300	8.278	20.578
Totalt antall pasienter avklart og sendt hjem fra akuttmottaket i 2021	2.485	2.892	5.377
<b>Totalt antall pasienter lagt inn på sykehuset via akuttmottaket i 2021</b>	<b>9.807</b>	<b>5.303</b>	<b>15110</b>
Andel pasienter avklart og sendt hjem fra akuttmottaket i 2021	20,2%	34,9%	25,9%
Andel pasienter lagt inn via akuttmottaket i 2021	79,8%	65,1%	
Foreslått mål andel pasienter avklart og sendt hjem fra akuttmottaket	35%	48%	
Foreslått mål andel pasienter lagt inn	65%	52%	
Mål antall pasienter lagt inn	<b>7.995</b>	<b>4319</b>	
<b>Mål for reduksjon i innleggelser (antall pas. lagt inn-mål antall pas. lagt inn)</b>	<b>1.812</b>	<b>984</b>	<b>2796</b>