



Utviklingsprosjekt: Etablering av en avklaringsenhet i Telemark

Nasjonalt topplederprogram

Benedicte Børge-Ask Madsen

Skien, 07.04.11

Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet

I Norge i dag er det rundt 700.000 personer i yrkesaktiv alder som i større eller mindre grad står utenfor arbeidslivet. I Telemark er andelen innbyggere som mottar stønad i stedet for fullt/delvis arbeid høyere enn gjennomsnittet i Norge. Dette skaper utfordringer både i et samfunnsøkonomisk perspektiv og for institusjoner og foretak som arbeider med disse personene.

I arbeidet med "Områdeplan for rehabilitering i Vestfold/Telemark", bestilt av HSØ i 2010, foreslo arbeidsgruppen for arbeidsrettet rehabilitering at det burde opprettes "*flerfaglige avklaringsenheter i spesialisthelsetjenesten*". I slike enheter kan avklaringen av pasientens tilstand skje raskere da pasienten ikke blir en kasteball mellom fastlege og de ulike spesialitetene.

Målgruppen for en slik enhet vil være personer med uspesifikke og ofte sammensatte plager knyttet til muskel/skjelettapparatet, og som derfor vil ha behov for vurdering fra flere spesialister, både innen somatikk og psykiatri.

Prosjektet er forankret hos Klinikksjef i medisinsk klinikk, men forutsetter ved videreføring en forankring i Direktørens ledergruppe ved STHF, som reflekteres i fremdriftsplanen.

Problemstilling og målsetting

Hvordan organisere et lett tilgjengelig tilbud for å gi rask avklaring av videre tiltak til personer med diffuse/sammensatte lidelser som står, eller er i fare for å stå, helt/delvis utenfor arbeidslivet.

Effektmål og resultatmål

Resultatmål:

Kartlegge behov for avklaringsenhet

Kartlegge organisering av liknende tilbud innen andre områder

Anbefale videre prosess for å gjennomføre prosjektet i STHF

Effektmål:

Etablert tilbud i tråd med målsetting

Ventetid på x antall dager fra henvisning til vurdering

Reduksjon av gjennomsnittlig antall besøk per pasient i målgruppen

Økt antall kontakter i løpet av ett besøk

Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

Behovet for en slik enhet baseres på kartlegging gjort innen STHF, og de poliklinikker som i dag har berøringspunkter med disse pasientene (vedlegg 1). Kartleggingen viser at alle de forespurte poliklinikkene har et visst antall besøk av pasienter hvor det enkelte besøk i den spesifikke poliklinikken ikke er tilstrekkelig for å avklare videre behandlingstilbud til pasienten. I mange tilfeller opplever behandlere at problemstillingene er for brede for den enkelte spesialitet, og at den enkelte behandler har behov for en bredere kartlegging enn den han/hun selv kan stå for. Resultatet i disse tilfellene er ofte en tilbakehenvisning til fastlege eller en viderehenvisning til annen spesialist, med påfølgende ventetid for pasienten. Et multidisiplinært team vil kunne avhjelpe dette. En stor utfordring når det gjelder etablering av et slikt team i STHF, som understøttes av kartlegging og interessentanalyse (vedlegg 2), er at den enkelte spesialitets interesse for å bidra i et slikt team er varierende. Dette må adresseres og jobbes med gjennom et forprosjekt, og stiller også store krav til organiseringen av teamet.

Det er flere eksempler på multidisiplinære team som jobber effektivt og raskt med mål om avklaring, diagnostisering, å starte behandling etc., eksempelvis Bekkensenteret ved AHUS. Slike team er etablert for rene somatiske tilstander, men også for mer diffuse tilstander slik som kronisk smerte, eller for grupper av tilstander med felles trekk. En fellesnevner for teamene er at de adresserer medisinske, fysiologiske og psykiske aspekter ved pasientens problemstilling.

Det er hovedsakelig to måter å organisere slike enheter/sentre på;

1. Enheter hvor dedikerte ressurser er ansatt i faste stillingsprosenter.
2. Enheter med en koordinator som samler ressursene som vurderes nødvendige i hvert gitt tilfelle.

Alternativ 1. vil sørge for den mest stabile driften ressursmessig, men vil være mindre fleksibel ifht å utnytte ressursene optimalt. I tillegg vil en slik modell kunne innebære noen rekrutteringsutfordringer, da det ikke er en umiddelbar interesse blant behandlere for denne pasientgruppen.

Alternativ 2. vil gi større fleksibilitet ifht å bruke de rette ressursene til rett tid, og vil mest sannsynlig være mer attraktivt for behandlerne som beholder sin organisatoriske tilhørighet. På den annen side vil en slik organisering kunne svekke deler av organisasjonens forpliktelse til modellen.

Uansett valg av organisering er det en forutsetning for å lykkes at interessentene enes om behovet for en slik enhet, jfr Kotter, "Leading Change", HBR, 1995. Samt at leder/koordinator i tillegg til faglig tyngde, troverdighet og tilstrekkelige fullmakter, innehar egenskaper som skal til for å lede et multidisiplinært eller "cross-functional" team, jfr Yukl, "Leadership in Organizations", Pearson 1994.

Organiseringen av en slik enhet må også forbedre samarbeidet mellom somatikk og psykisk helse, og formalisere godt og strukturert samarbeid med fastlege, primærhelsetjenesten, NAV og pasientens arbeidsplass/arbeidsgiver. Representanter for disse interessentene bør derfor involveres på et tidlig stadium.

Den videre prosessen bør legges opp slik at forpliktelse og involvering sikres, jfr. Kotter's "8 Steps for Leading Change". I Kotters modell er det spesielt de første punktene som jeg anser avgjørende for at dette prosjektet skal lykkes:

Å skape en felles forståelse om at endring er nødvendig,
Etablere en allianse med makt til å gjennomføre endringen
Utvikle en klar visjon og strategi

Faglig innhold i en slik enhet er i denne omgang utelatt, da STHF er i ferd med å starte opp en RCT-studie sammen med AiR – Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering. Det er søkt og innvilget FARVE midler til prosjektet, og fremdriftsplanen er parallell til fremdriftsplanen under. Det faglige innholdet i enheten bør derfor sees i sammenheng med denne RCT-studien. I studien skal det utvikles et poliklinisk intervensjon/behandlingstilbud for samme målgruppe som beskrevet i avklaringsenheten, og mye av kompetansen i avklaringsenheten vil være samsvarende med den som skal bygges opp i det polikliniske behandlingstilbudet.

Fremdriftsplan med milepæler

Milepæl	Aktivitet	Arena	Ansvar
Vår - 11	Kartlegging/analyse/		Prosjektleder
15/4 - 11	Ferdigstilt fase 1: kartlegging/analyse		Prosjektleder
Mai - 11	Anbefaling videreføring av prosjekt,	Klinikkforum/Direktørens	Prosjektleder

	basert på NTP deltakelse	ledergruppe	
Mai – 11	Opprettelse av styrings- og prosjektgruppe, oppstart forprosjekt		Klinikksjefer
Okt – 11	Ferdigstilt forprosjekt		Prosjektleder
Okt – 11	Behandling av forprosjekt	Direktørens ledergruppe	
Okt – 11	Oppstart hovedprosjekt		Prosjektleder
Des – 11	Sluttrapport hovedprosjekt	Direktørens ledergruppe	
1/1 – 12	Oppstart ny enhet		Prosjektleder
Vår - 12	Evaluering		Prosjektleder

Budsjett - nøkkeltall

I forprosjektfase vil økonomiske konsekvenser begrense seg til egeninnsats fra medlemmene i prosjektgruppen.

Prosjektet må videre utrede følgende:

- Lønnsutgifter leder/koordinator, dersom ikke skal inngå i eksisterende hierarki
- Lønnsutgifter personale dersom forventet etterspørsel ikke kan dekkes av omfordeling av eksisterende ressurser
- Inventar/oppussingskostnader, eventuelt sambruk av lokaler i Porsgrunn
- Reduserte kostnader for samarbeidspartnere som NAV
- Reduserte kostnader knyttet til pasienttransport
- Mulig inntektstap for eksisterende poliklinikker, forårsaket av flytting av pasienter
- Inntektsøkning dersom tilbudet genererer ny etterspørsel
- Investeringer knyttet til duplisering av enkelt utstyr må påregnes, men sambruk må utredes med bakgrunn i lokalisering. Særlig gjelder dette investeringsintensivt utstyr som UL.

Risikoanalyse

Hva kan skje?	Konsekvens	Tiltak
Prosjektet videreføres ikke	Pasientene forsetter i dagens ikke-optimale tilbud.	Informasjon og involvering av de viktigste interessentene.
Spesialitetene ønsker ikke å være med i utredningen	Prosjektet kan ikke gjennomføres som planlagt, og pasientene får et sub-optimalt tilbud.	Skape visjon og interesse så tidlig som mulig, for å sikre involvering og forankring.

Konklusjoner og anbefalinger

Med bakgrunn i ovenstående diskusjon vedrørende et nytt tilbud til denne utsatte målgruppen, anbefales det at Direktørens ledergruppe viderefører utredningen i et forprosjekt. Det anbefales at det opprettes en prosjektgruppe med representanter fra fagområdene nevrologi, fysikalsk medisin, ortopedi og psykiatri, i tillegg til representanter for NAV og fastlegene. Det må utarbeides et mandat for forprosjektet, som minimum må besvare følgende:

- Hvilken type kompetanse bør enheten ha?
- Hvilken kapasitet bør enheten ha (antall konsultasjoner og årsverk)
- Hvordan bør enheten organiseres (ref prosjektplan)
- Hvem skal kunne henvise til enheten
- Hvordan skal enheten samarbeide med tjenesteapparat utenfor STHF
- Innhold og arbeidsmetodikk i enheten (ref FARVE prosjekt omtalt ovenfor)