



Utviklingsprosjekt:

Ingen fristbrudd i barne- og ungdomspsykiatrien i Sykehuset Østfold.

Nasjonalt topplederprogram
Kull 12.

Bjørn Dønheim
Larkollen 04-2012.

Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet

Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering (BUP/HABU) i Sykehuset Østfold (SØ) har 5 lokalt baserte poliklinikker, 3 fylkesbaserte poliklinikker og 3 dag/døgnsseksjoner, akuttmottak og en FoU enhet.

Avdelingen er en av 6 i klinikk for Psykisk helsevern. Klinikken har totalt 1100 årsverk, og avdelingen har 250 årsverk.

Gjennom 2010 - 2011 var det ett sterkt fokus på pasientrettighetsperspektivet i sykehusene når det gjaldt vurderingstid, direkte booking, prioriteringsveileder, fristbrudd og epikrisetid. Det foreligger som en bestilling i RHF sitt oppdragsdokument til HF Østfold at pasienter ikke skal oppleve fristbrudd og at direkte booking skal være innført. (Oppdrag og bestilling 2012, side 6). Prosjektet har fått tilslutning i ledergruppa for BUP /HABU i SØ, og ligger i handlingsplanen for avdelingen perioden 2012 – 2013.(Handlingsplan BUP/HABU 2012-2013)

Status pr i dag er at poliklinikkene som hovedregel ikke har fristbrudd med henhold til behandlingsgarantien som er satt i prioriteringsveilederen hvor lengste ventetid for helsehjelp er satt til 65 dager. Andre tilstander har kortere ventetid, ned til 2 uker. (Prioriteringsveileder. Psykisk helsevern barn og unge).

Vi kan i dag rapportere at vi ikke har fristbrudd. Vi befinner oss imidlertid hele tiden på grensen og vi må kontinuerlig jage på å unngå fristbrudd. Dagens situasjon oppfattes ikke som stabil, og det er nødvendig å skape muligheter for å stabilisere dette med bedre margin. Bedre margin vil bety en ventetid på maksimalt 50 dager.

Problemstilling og målsetting, herunder resultatmål og effektmål.

BUP i SØ må gå gjennom egen organisasjon med henhold til oppgaveløsning, funksjonsdeling og fordelingen av ressurser, og se på hvordan vi kan endre egen organisasjon for å imøtekomme myndighetskravene både med henhold til frister som er satt, og årlige krav til aktivitetsvekst.

Ved å sette fokus på både kravet om ingen fristbrudd og samtidig innfri kravet om økt aktivitet vil en i problemstillingen løfte opp de to mest kritiske faktorene for at avdelingen lykkes i å nå de styringsparametre som er satt.

Effektmål.

- Innfri myndighetskrav med henhold til en behandlingsgaranti på maksimalt 65 virkedager med tilfredsstillende margin.(15 dager).

Resultatmål.

- M 1. Ha gjennomført en evaluering for å sikre en felles forståelse og lik praksis i bruk av prioriteringsveilederen i alle poliklinikkene innen 1.september 2012.
- M 2. Ha lagt en felles mal for alle poliklinikkene som sikrer at poliklinikklederne blir à jour med pasientflyten og får en gjennomgang av status i alle saker hver tredje måned innen 1. september 2012.
- M 3. Ha standardiserte inntakrutiner og innføre direkte booking og sekretærstyrte avtalebøker i hele avdelingen innen 31.12 2012.

- M 4. Styrke ressursene i poliklinikkene ved å skyve på oppgaver (funksjoner) fra poliklinikk til dag/døgninstitusjonene og ressurser (ansatte) fra dag/døgninstitusjonene til poliklinikkene innen 1. mars 2013.

Analyse og argumentasjon rundt problemstilling.

Prioriteringsveiledere er laget for å gi retningslinjer for hvilke tilstander som skal gis rett til helsehjelp innen en fastsatt tid. Dette er en viktig del av pasientperspektivet som har stor oppmerksomhet hos pasienter og politikere. Og for å understøtte dette er det etablert systemer for å gi økonomiske intensiver, eller rettere sagt økonomiske sanksjoner hvis en ikke innfrir rett til helsehjelp innen fastsatt tid.

I et pasientperspektiv er det viktigste at det ligger til grunn en faglig vurdering av hvilke typer tilstander som skal ha hjelp innen en viss tid.. Den totalvurderingen som prioriteringsveilederen er basert på, skal gi tydelig føring for helsevesenets praksis og en trygghet for pasientene.

Innenfor vår avdeling er vi pr dato à jour med køen i den forstand at vi ikke har fristbrudd. Dette er ett resultat av nitidig oppfølging og effektivisering. Vi beveger oss hele tiden på grensen når det gjelder å innfri dette kravet. Dette har gått på bekostning av det tverrfaglige perspektivet og behandlere opplever seg for ofte alene i kompliserte saker uten mulighet til tverrfaglig kvalitetssikring. Barn og ungdom som har psykiske lidelser og diagnoser, lever i en kontekst hvor familie, skole og nettverk er helt sentralt. De fleste er ikke i myndighetsalder og er også i juridisk forstand avhengig av sine foresatte. Tilnærming og behandling av de ulike tilstander betinger derfor et tverrfaglig samarbeid og perspektiv på individ, familie og skoleperspektiv og det er nødvendig med et kontinuerlig samarbeid mellom behandlere som lege, psykolog, familieterapeut og pedagog. Derfor er det svært viktig at forutsetningene for å arbeide i en tverrfaglig kontekst er mulig i barne- og ungdomspsykiatrien.

BUP i SØ har siden 2009 hatt 20 % aktivitetsvekst uten økte ressurser, likeså viser Samdata at BUP i SØ også på nasjonalt nivå har flest antall saker pr behandler og flest antall tiltak pr ansatt. (Samdata 2010, s 137) Dette kan være et uttrykk for at effektiviseringen har vært gjennomført med godt resultat. Samtidig er det også her en mulighet for ytterligere effektivisering ved også å se på standardisering av pasientflyten.

Samdata oversiktene viser også at avdelingen til sammenligning med andre HF har en forholdsmessig tung prioritering av ressurser til fordel for dag og døgntjenester i BUP. (Samdata 2010, s 157). Her ligger avdelingen i det høyeste sjiktet rent nasjonalt, kun i tre andre HF har BUP samme prioritering som i SØ av hvordan ressursene er disponert mht dag og døgn i forhold til poliklinikk. Derfor antar jeg det er grunnlag for å gjøre en endring på organisasjonsnivå ved å både se på funksjonsdelingen mellom dag/døgn og poliklinikk, og se på ressursfordelingen. Med funksjonsfordeling menes om dag/døgn kan ta over noen oppgaver som i dag gjøres i poliklinikk, og med ressursfordeling menes om ansatte skal flyttes fra dag/døgn og inn i poliklinikk. Dette blir et arbeid med fokus langs to akser,

- en ved å se på pasientflyt og logistikk i poliklinikk
- og en ved å se på om ressurser skal skyves fra dag/døgneheter og over til poliklinikk.

De ledelsesmessige utfordringene i dette er store. En grunn for det er at de seksjoner som blir involvert er alle geografisk spredt, de har hatt relativt stabil bemanning over mange år og organisasjonskulturene har utviklet seg med sterke stedlige trekk. Rekruttering av ledere har også i stor grad skjedd fra egne rekker. Det er også en utpreget tradisjon i BUP at behandlere har

utviklet ”sin måte” å gjennomføre et pasientløp, og en kan si det er stor grad av autonomi for behandlere i BUP. De tiltak som dette prosjektet fokuserer innebærer en betydelig grad av standardisering av de administrative strukturer, og vil følgelig bryte med mange lokalt utviklede strukturer. Det er en robust trend at det oppstår rivalisering mellom standardisering og faglig skjønn og individuelt handlingsrom. (Øystein Fossen NTP forelesning 2012).

Hovedstøtet i et ledelsesperspektiv i dette blir å arbeide for at ledergruppen får en prosess hvor en kan reflektere over den ulike praksisen som er etablert mellom seksjonene, dette blir svært viktig. (Ø.F. NTP 2012). Målet er at lederne skal ha en like stor lojalitet til avdelingen som til den seksjon de leder. De samme lederne skal samtidig i egen seksjon lede en prosess hvor det blir en større grad av standardisering og en begrensning av den enkelte behandlers autonomi. Dette krever relasjonskompetanse og evne til å kommunisere nye krav til sine medarbeidere. (Jøri G. Horverak, Magma nr 3, 2005). En viktig del av dette avhenger av lederens evne til å kombinere de personalorienterte og oppgaveorienterte perspektiver. Utfordringen er at en skal kommunisere ut behovet for standardisering, samtidig med at det kan syns som om en viss vektlegging av det personalorienterte perspektivet har størst effekt på endring av adferd. (Jan Ketil Arnulf 2012). Grunnlaget for denne prosessen er hvordan ledergruppen kan etablere en dialog om seksjonenes lokalt etablerte praksis og kultur. En dialog som kjennetegnes av en nysgjerrig utforskning av andres synspunkter. Og hvor forskjeller blir utnyttet og fører til bedre resultat istedenfor rivalisering mellom standardisering og lokalt tilpassede systemer. Det er avgjørende at denne dialogen har en genuin målsetting å avklare og forklare/tydeliggjøre ulikhetene, og ikke nøytralisere eller utjevne. (Henning Bang, Tidsskift NPF nr 1 2010, s 4-15)

Fremdriftsplan med milepæler

Fremdriftsplan med milepæler.

Generelt er det en god ide å tilpasse milepælene i dette prosjektet til selve budsjettprosessen fordi flere av resultatmålene vil ha direkte konsekvens for budsjetterte plantall mht aktivitet og personell, - lønnsutgifter. Og å ”tilpasse det budsjettprosessen” betyr at en må ha slutført hovedlinjene rundt funksjonsdeling og en eventuell skyving av oppgaver og ressurser medio november 2012.

Milepæl	Aktivitet	Deltagere	Dato start-slutt	Ansvar
M1	Gjennomgang og forankring i avdelingens ledermøte. Samme aktivitet i inntaksteam i lokal BUPP	Avdelingens ledergruppe. Inntaksteamene i lokal BUPP.	Start mai 2012, gjennomført sept 2012.	Avdelingssjef. Seksjonsledere ved BUPP.
M2	Drøft og planlegg i ledermøtet. Nedsett arbeidsgruppe med mandat.	Ledergruppen. Intern arbeidsgruppe.	Ledergruppe mai. Arbeidsgruppe leverer i september 2012. Virksom fra 1.nov.	Avdelingssjef. Seksjonsledere ved alle lokasjoner.
M3	Drøft og forankre i	Ledergruppen. Ansatte i BUP	Intern prosess fra 01.09, -	Avdelingssjef, seksjonsledere.

	ledermøtet. Merkantil studietur til Vestfold.	med særlig vekt på merkantil.	slutført 30.12.	
M4	Drøft og bli enige om prioriteringene i ledergruppen. Involver ansatte og tillitsvalgte iht regelverk.	Ledergruppen. Klinikledelse. Ansatte i BUP, og tillitsvalgte. Arbeidsutvalg.	Juni – desember 2012. Vil fortsette inn i 2013. Avklart 01.03 2013.	Avdelingsjef. Seksjonsledere.

Budsjett – nøkkeltall

Budsjett –nøkkeltall.

Det vi bli ”pukkelkostnader” ved overgangen. Ansatte i dag og døgnvirksomhetene vil ved en overgang til poliklinikk ha behov for ny kompetanse. Dette tilsvarer mellom kr.150 – 200 000 som må tas av eget budsjett i 2013.

Plantall for aktivitet blir påvirket, for dag og døgn aktivitet vil det bli en lavere produksjon. Økt aktivitet på BUPP, men ikke før siste halvår 2013. Økte inntekter siste halvår.

Risikoanalyse.

Vedlagt.

Litteraturliste.

- Samdata, spesialisthelsetjenesten 2010 IS-1921.
- Oppdrag og bestilling 2012 for Sykehuset Østfold HF. Foretaksmøte 15.02 2012.
- Helsedirektoratet 2009, Prioriteringsveileder barn og unge. IS-1581.
- Øystein Fossen. Forelesninger NTP 2012.
- Jøri Gytte Horverak, Relasjonskompetanse. Magma nr 3, 2005.
- Jan Ketil Arnulf, Hva er ledelse. Universitetsforlaget 2012.
- Henning Bang, Dialog og effektivitet i ledergrupper. Tidsskrift for Norsk Psykologforening nr 1 2010. s 4-15.

Skjema for risikovurdering. Sykehuset Østfold

Målsetting: Ingen fristbrudd i barne- og ungdomspsykiatrien i SØ.							Dato: April 2012.			
Nr	Risikofaktor	Sannsynlighet	Konsekvens	S	K	R*	Tiltak/beredskapsplan	Ansv	Frist	
1	Ulik praksis med prioriteringsveileder	Middels sannsynlig	Alvorlig	3	3	9	Felles refleksjon over praksis i alle poliklinikkene.			
2	Manglende kunnskap om rutiner	Lite sannsynlig	Alvorlig	2	3	6	Opplæring			
3	Merkantil kapasitet	Svært sannsynlig	Alvorlig	4	3	12	Avstemming av arbeidsoppgaver og ny funksjonsbeskrivelse. Studietur til Vestfold.			
4	For liten pasientgjennomstrømning.	Middels sannsynlig	Alvorlig	3	3	9	Innføring av direkte booking og årsplan for pasientflyt.			
5	Mindre døgnkapasitet.	Svært sannsynlig.	Liten.	4	2	8	Mer bruk av ambulansemetoder			
6	Standarsisering vs lokal tilpasning/årsplan.	Middels sannsynlig	Alvorlig	3	3	9	Felles refleksjon og forankring av enhetlig praksis. Lag ett pasientflytskjema med kontrollpunkter.			
7	Kompetanse	Middels sannsynlig	Liten.	3	2	6	Kompetanseplan for de som flyttes fra døgn til poliklinikk.			

S = Sannsynlighet (max 5 poeng)

K = Konsekvens (max 5 poeng)

R = Risikofaktor, sannsynlighet multiplisert med konsekvens (max 25 poeng)

 *Fargekode: **Rød farge – høy prioritet**
Gul farge – middels prioritet
Grønn farge – lav prioritet