



Utviklingsprosjekt:

Ny organisering av Inntaksteam og  
AAT for bedre samhandling med  
fastlegene

Nasjonalt topplederprogram

Roger Næss

Trondheim nov.2012

## **Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet**

Nasjonale helsepolitiske retningslinjer sier at DPS skal være veien inn og ut av psykisk helsevern. Organisering av inntaket er i den sammenheng en sentral problemstilling. I planleggingen av Nidaros DPS som kom i drift i jan-09 var utfordringene knyttet til en samlet inntaksfunksjon belyst i OU-prosjektet "Veien til Nidaros DPS- organisasjonsutvikling fra Leistad DPS til Nidaros DPS". Her ble det gjort beslutninger om inntaksfunksjonen i en første fase.

Her ble det også skissert en oppbygging av et inntaksteam med et krise- tidlig avklaringsteam integrert som en mulig neste fase.(vedlegg 4)

Parallelt ble det i 2008 og i 2011 gjennomført nasjonale undersøkelser som har kartlagt fastlegers erfaringer og tilfredshet med den DPS som har områdeansvar.(vedlegg 5 og 6)

Svarene viser en generelt bedret tilfredshet med det tilbudet Nidaros DPS gir i dag sammenlignet med 2008. Imidlertid viser svarene knyttet til vurdering og oppfølging av henviste pasienter til poliklinikk at vi på dette området kan bli bedre.

I ledermøtet i august-12 drøftet lederteamet i Nidaros DPS utfordringsbildet sett i lys av OU-prosjektet og tilbakemeldingene fra fastlegene. Lederteamet kom fram til at en bedret og mer samhandlende inntaksfunksjon for poliklinikken skulle etableres.

Jeg er nå av Avdelingssjef blitt bedt om å sette i gang arbeidet med å få denne nye inntaksfunksjonen operativ.

## **Problemstilling og målsetting, herunder resultatmål og effektmål**

For å bedre vurderingsgrunnlag for inntaksteam og for å styrke oppfølging av beslutninger gjort av inntaksteam er det et mål å styrke kontakten med opptaksområdet og spesielt fastlegene.

### **Effektmål:**

1: Det skal etableres en mer samhandlende inntaksfunksjon ved Nidaros DPS som tar høyde for de utfordringer OU – prosjektet beskriver og det tilbakemeldingene fra fastlegene påpeker.

### **Resultatmål:**

1: Kvalitetssikre svarene fra fastlegene i undersøkelsen, ved å involvere vår praksiskonsulent.(fastlege i 20 % -stilling)

2: Informere og engasjere de som er direkte involvert i egen organisasjon, d.v.s. ambulant akutt team og inntaksteam.

3: Etablere en prosjektgruppe for gjennomføring

## Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

Mange endringer og nyordninger som foreslått (vedlegg 4) ble etablert ved innflytting i jan 2009, mens andre ble satt på en liste for senere iverksettelse. På denne lista står bl.a. oppbygging av en ”inntaksenhet med krise- tidlig avklaringsteam.” De første endringene er nå gjennomført og med det som grunnlag kan DPS-et som organisasjon nå se på de systemer/forbedringer som skulle etableres i en neste fase, og som skulle rettes mot eksterne aktører. Her kommer den nye enheten inn. Begrepet ”krise- tidlig avklaring” er i denne perioden endret til ”ambulant akutt team” som er den betegnelsen som brukes i nasjonale retningslinjer, for eksempel beskrevet i DPS-veilederen. (vedlegg 7). Denne veilederen var en sentral kilde for måten vår DPS ble organisert på. Behandlingskapasiteten har vært utnyttet fullt ut, og spesielt i poliklinikk har et økende antall henvisninger blitt vurdert og flere pasienter har fått rett til helsehjelp. Avslagsprosenten har imidlertid vært på 30 % og flere fastleger har klaget på avslag til poliklinisk behandling for sine pasienter. I nevnte DPS-veileder står det i kapittel 2.1.2: ”Manglende samhandling og manglende kunnskap om hverandres tilbud kan føre til at brukere og pårørende blir overlatt til seg selv når behovet for hjelp er størst, eller at de ikke får tilgang til nødvendig informasjon”. Henvendelsene fra fastlegene tyder på at de ikke er kjent med forskrifter for prioritering(vedlegg 8), og vi som DPS kommer fastlegene i for liten grad i møte når det gjelder informasjon og veiledning. Det oppstår en forventning både hos pasient og fastlege når henvisningen blir sendt, og det oppstår en forventningsbrist når vi som DPS gir avslag, eller at ventetiden oppleves som urimelig lang.

På sentrale parameter som beskriver kvalitet og tilfredshet med behandlingstilbudet, har det skjedd en positiv endring når det gjelder vår DPS. Men på samhandlingsområdet beskrives det fortsatt et betydelig potensial for endring. Dette kan illustreres ved følgende sitater fra fastleger i vårt opptaksområde hentet fra kartleggingen i 2011: ”bedre tilgang og økt dialog”, ”regelmessige kontaktmøter”, ”uting at henvisninger avvises” og ”være med på vurderingsmøter med pasient”. Dette er eksempler fra en lang liste der det samlet etterlyses mer kontakt og dialog. Som DPS har vi som organisasjon vært klar over disse forventningene lenge og vi beskrev utfordringene i vårt eget OU-prosjekt. Men vi har ikke klart å få til et godt system for de mange pasienter som blir henvist til poliklinisk behandling og som ikke får det tilbud som etterspørres/forventes. Dette vil vi nå se på.

Ulike DPS-er har valgt ulike modeller for disse samhandlingsoppgavene.(vedlegg 12)  
Innen egen DPS har vi en desentralisert og ambulerende poliklinikk som på en god og systematisk måte har organisert kontakten med fastlegene i den delen av opptaksområde de skal betjene.(vedlegg 11)

Innen resten av vårt opptaksområde i byen er legesentrene så mange at systematisk kontakt i beste fall kan organiseres mot et fåtall. Dette har også vært prøvd, men det har vært vanskelig å få til kontinuitet både fra vår og fastlegnes side. Mange av pasientene i vårt opptaksområde har fastleger i andre bydeler. I tillegg utgjør studentene i Trondheim(de aller fleste er bosatt og tilhører vårt opptaksområde) en egen gruppe som gir særskilte utfordringer fordi de kan ha fastleger i sine hjemkommuner som igjen gir oss som mottakssystem betydelige utfordringer i samhandling.

Det finnes ikke en enkelt modell som er direkte overførbart til våre utfordringer. Vi må hente inspirasjon fra andre, og utvikle vår modell. En forutsetning for å utvikle denne modellen er at vi internt evner å organisere oss slik at det er ressurser i form av behandlere som kan utføre denne delen av Nidaros DPS sine samhandlingsoppgaver.

På denne bakgrunn ble det i lederteam i august 2012 besluttet at tiden nå var inne til å følge opp sentrale føringer i vår egen planlegging. Disse har blitt forsterket av de samlede tilbakemeldingene vi har fått fra fastlegene i opptaksområdet. I samme periode har også Samhandlingsreformen vært under arbeid og vedtatt iverksatt fra 01.01.12. (vedlegg 6). I tilhørende lovverk og den nasjonale veilederen (vedlegg 7) påpekes viktigheten av at ansvarsfordelingen mellom 1.- og 2.linje må være klar slik at pasientene til enhver tid får behandling på riktig nivå. Dette underbygger behovet for et bedre system som tilrettelegger for tettere dialog med fastlegene for å avklare riktig nivå for behandling. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) viser til to vitenskapelige artikler som nettopp underbygger behovet for samhandling med fastlegene. (vedlegg 13)

For å komme disse forventningene i møte planlegger vi nå å etablere den enheten i vår organisasjon som er rustet til å følge opp egne planer og fastlegenes forventninger. Dette understrekes av de nasjonale føringer som gjelder på området og som er tydeligst beskrevet i DPS-veilederen fra 2006, kap. 2.3 og Samhandlingsreformens understreking av oppgavefordeling og koordinering mellom primær og spesialisthelsetjeneste til beste for pasienten. På denne bakgrunn er det nå besluttet at Nidaros DPS skal organisere Inntaksteam og Ambulant akutt team til en felles enhet for å bedre samhandlingen med fastlegene.

## Budsjett - nøkkeltall

Styringsgruppa må avklare hvordan endelig og hensiktsmessig organisering og beslutningslinjer skal være. Organiseringen kan legges under seksjonssjefen som i dag har et overordnet ansvar for samhandling og derved utvide ansvarsområdet.

Imidlertid vurderes oppgaven med å etablere en samhandlingsenhet som relativt omfattende. Derfor vil en egen enhet være formålstjenelig og i tråd med tidligere utredning. Lokalitetene finnes og alle (minus ny leder) har kontor.

Denne løsningen vil da ha følgende kostnadsramme:

Leder	600`	Nyopprettet stilling
Pasient/samhandlingskoordinator	250` i 50 %	Har kontor, endring av oppgaver i forbindelse med omorganiseringen.
Kontorutstyr	20`	Noe innkjøp, ellers gjenbruk

## Risikoanalyse, se vedlegg 1

I alt 7 risikoelement er vurdert med spesielt vekt på pasientsikkerhet, psykososialt arbeidsmiljø og konsekvenser for ansatte.

## Interessentanalyse, se vedlegg 2

Interessentgruppers holdninger og mulig påvirkning er vurdert.

## Fremdriftsplan med milepæler og kommunikasjonsplan, se vedlegg 3

## Konklusjoner og anbefalinger

Tiden er kommet for at vi nå kan gjennomføre OU-prosjektets fase 2 med oppbygging av en framtidrettet og samhandlende enhet i vår organisasjon. Alle nasjonale føringer støtter en slik organisering. Vår egen og fastlegenes forventninger er overensstemmende. Ved å følge denne planen kan enheten være en realitet innen april-13.