



Endringsoppgave: Omorganisering av polikliniske kontroller

Nasjonalt topplederprogram

Lene Kristine Seland

Oslo 03.09.15

1. Bakgrunn og organisatorisk forankring for oppgaven

Denne oppgaven har utgangspunkt i endokrinologisk poliklinikk på Oslo Universitetssykehus (OUS), Aker som ligger inn under Avdeling for Endokrinologi, Sykelig overvekt og Forebyggende medisin. Den er forankret hos avdelingsledelsen og de ansatte på poliklinikken.

Poliklinikken har stort sett pasienter innenfor områdene tyreoidale lidelser, diabetes og osteoporose/kalsium, hvor tyreoidale lidelsene utgjør en av de største pasientgruppene.

I løpet av de senere årene har det vært endringer i opptaksområdet til OUS. Vi ser imidlertid at mange av pasientene som etter dette hører til andre foretak, fortsatt ønsker å gå hos oss. I tillegg har poliklinikken gjennom mange år opparbeidet seg veldig god kompetanse på flere felt. Dette gjør at pasienter ønsker seg hit på fritt sykehusvalg. Det gjelder særlig de som hører til i Helse Sør-Øst, men også resten av landet. Dette har igjen ført til at vår kapasitet ikke greier å møte behovet fra pasientene. Vi har derfor behov for å se om det er mulig å organisere poliklinikken vår på en enda mer hensiktsmessig måte, slik at kapasiteten i økende grad kan greie å møte behovet.

2. Behovet for endring – hvorfor endringen er nødvendig

I løpet av de siste årene har det i helsevesenet vært stadig større fokus på å få ned ventelister og fristbrudd i helseforetakene. Dette har vi blitt flinke til. Imidlertid har det vært lite fokus på hvordan vi håndterer kontroll-pasientene våre.

Per i dag har vår poliklinikk et stort antall pasienter som ikke har fått kontrolltime innen ønsket frist. Dette er ikke akseptabelt. Vi trenger derfor å se på andre måter å jobbe på slik at vi øker effektiviteten og kan greie å overholde den fristen som er satt for kontroller.

Poliklinikken fungerer stort sett slik at hver enkelt lege jobber relativt selvstendig. Det innebærer også at den enkelte lege bestemmer hvor ofte den vil ha pasientene tilbake til kontroll. Jo hyppigere vi tar noen pasienter inn til kontroll, jo færre ganger har vi kapasitet til å ta andre pasienter inn til kontroll. Dette fører til at den enkeltes lege prioriteringer fører til at noen pasienter/pasientgrupper blir prioritert høyere enn andre.

Når andel kontrollpasienter øker, får vi i tillegg dårligere kapasitet til å ta inn nyhenviste pasienter til vurdering. Vi trenger derfor å standardisere flere pasientforløp.

På grunn av kapasitetsmangel avviser vi svært mange henvisninger som kommer til vår poliklinikk. Vi kommer da med råd og forslag til behandling til den som henviser eller anbefaler henvisning til en av våre avtalespesialister. Vi ønsker i større grad å lage rom for at vi kan ta disse pasientene inn til vurdering selv.

Vi har i tillegg mange ”mellom” kontroller av pasientene hvor vi skriver brev eller ringer om prøvesvar. Dette gjør at legene trenger mye tid til administrasjon/kontortid som igjen går utover poliklinikkens inntjening. Denne tiden ønsker vi å redusere slik at mer av tiden kan flyttes over til konsultasjoner på poliklinikken, både til kontroller og nye pasienter.

3. Målsetting på kort og lang sikt.

Målsettinger på kort sikt:

Redusere ventelister/ventetid og fristbrudd ytterligere.

Tilby kontrolltimer på poliklinikken innen fristen.

Ta i mot pasientgrupper som vi i dag ikke har kapasitet til å håndtere.

Målsettinger på lang sikt:

Bedre samhandling med primærhelsetjenesten.

4. Analyse knyttet til endringskaleidoskopet

- 1. Time:** Selv om det er viktig å få til endringen for å oppnå bedre kapasitet på poliklinikken, er det ikke en stor hast.
- 2. Scope:** For å få til denne omstillingen må vi få til en endring av de ansattes adferd hvor ønsket om å forandre sannsynligvis er større enn utfordringen av endringen.
- 3. Preservation:** Begrensningen ligger i å ivareta god pasientbehandling/omsorg idet noen oppgaver blir flyttet fra lege til annet personell på poliklinikken. Eksempler på dette er å sende brev eller ringe til pasienter om prøvesvar og videre dosering av medisiner etter legens anmodning.
Det er også pasienter som vil ha behov for mange kontroller hos oss (i spesialisthelsetjenesten) og disse må vi passe på å bevare.
- 4. Diversity:** En del av endringen vil omfatte flere typer personale på poliklinikken idet det vil bli en oppgaveglidning fra lege til annet personale. Likevel vil det gjelde kun en liten del av det totale antall pasienter, slik at det lettere lar seg gjennomføre.
- 5. Capability:** Endringen vil omfatte en relativt liten del av den totale andelen pasienter på poliklinikken. Det er lite erfaring i å gjøre slike endringer på vår poliklinikk, men det er en etterlengtet endring. Personalet er vant til å bruke LEAN som en del av kontinuerlig forbedringsarbeid så ved å benytte dette verktøyet for evaluering og oppfølging, bør evnen være relativt stor.
- 6. Capacity:** Det vil i første omgang ikke bli tilført ekstra ressurser i form av personell eller økt økonomi. Vi kan imidlertid bruke god tid på selve gjennomføringen. Oppgaveglidningen vil føre til mer pasientrettet arbeid for grupper som i dag kun utfører kontorarbeid, dette vil sannsynligvis bringe et positivt aspekt inn i arbeidshverdagen.

7. Readiness: Dette er en etterlengtet forandring for alt personale på poliklinikken. Bevisstheten rundt dette og at LEAN som verktøy er innarbeidet i forbedringsarbeid gjør at det bør ligge til rette for en endring nå.
8. Power: Det at dette er en etterlengtet endring hos de ansatte, og at oppgaveglidningen gjør at flere ansatte blir involvert mer i direkte pasientarbeid, bør øke styrken for at dette kan la seg gjennomføre.

Med tanke på det som er kommet frem er ikke tidsperspektivet viktig. Vi har god tid til gjennomføring. Det er nok likevel viktig å få gjennomført dette innenfor rimelig tid slik at det ikke trekker ut i tid da de ansatte kan miste eierskap til endringen. Det er en etterlengtet forandring slik at det bør ligge til rette å starte nå.

Oppgaveglidningen fra lege til annet personell vil sannsynligvis kun bringe inn positive aspekter for begge gruppene. Legene får mer tid til andre arbeidsoppgaver som i dag lider, mens de merkantile vil få delta mer i pasientrettet arbeid. Det siste punktet er nok særlig viktig da dette tidligere har vært et ønske fra denne gruppen. Det vil også kunne føre til at de føler seg mer inkludert som et team rundt pasienten og derav også styrke samholdet og samarbeidet blant de ulike faggruppene innad på poliklinikken. Det er likevel viktig å ta hensyn til pasientens behov. Dersom de trenger å få snakket med lege, må det legges til rette for dette slik at pasientens beste blir ivaretatt.

Det blir ikke tilført noen økonomiske midler for å få gjennomført denne endringen. Det er tenkt at dette tiltaket på sikt skal føre til økonomisk gevinst da det vil bli en mer hensiktsmessig fordeling av oppgavene på poliklinikken. Dette sees derfor ikke på som noe kritisk punkt.

5. Fremdriftsplan

a) Interessentanalyse
Se eget vedlegg

b) Kommunikasjonsplan
Se eget vedlegg

c) Risikoanalyse
Se eget vedlegg hvor det er utført risikoanalyse og er foreslått risikoreducerende tiltak.
Det er liten risiko knyttet til dette prosjektet.

d) Kritiske suksessfaktorer
Den mest kritiske suksessfaktoren er at legene er lojale til det som er besluttet og greier å overlate oppgaver til kontorpersonalet i form av å gi prøvesvar til pasienten og videreformidle dosering av medisiner etter legens forordning.
Det er viktig å ha faste møtearenaer mellom legene i avdelingen og kontorpersonalet, i hvert fall den første tiden slik at man oppklarer uklarheter. Deretter jevnlig evaluering av endringen hvor alle involverte på poliklinikken deltar.
Det er også viktig at legene greier å overlate flere av kontrollene i en mellomperiode til fastlegene.

e) Milepælsplan

- 1) Informasjon på seksjonsledermøtet i begynnelsen av desember 2015.
- 2) Regelmessig informasjon på morgenmøter i desember 2015-april 2016.
- 3) Utarbeide en standardisert plan for oppfølgingen av disse pasientene – desember 2015-januar 2016.
- 4) Utarbeide informasjonsskriv til fastlegene som skal sendes sammen med første polikliniske notat -desember 2015-januar 2016.
- 5) Utarbeide en prosedyre for samhandling lege/kontorpersonale. Denne må beskrive i detalj hvordan legene får blodprøvesvar og doserer medisinene, hvor kontorpersonalet i etterkant viderefremidler dette til pasientene. Januar 2016-februar-2016.
- 6) Informasjon til fastleger i fastlegenytt. Mars-april 2016.
- 7) Implementering på poliklinikken. Mai 2016.

f) **Analyse av ledelsesutfordringen som er knyttet til gjennomføringen av endringsoppgaven.**

Det er viktig at lederen er en positiv pådriver av prosjektet. Den vil ha både myndighet og mulighet til å påvirke de ansatte i positiv retning. Interessent analysen viste at flere av medarbeiderne allerede er positive til endringen og det blir viktig å ha med disse som støttespillere og bruke dem som ”sponsorer”. De som ikke er så positive, er det viktig å ha fokus på og holde informert, i tillegg være åpen for dialog angående de motforestillingene som kan komme. Det vil uansett være viktig å gi god informasjon til alle de ansatte om endringsprosjektet gjennom hele fasen. I tillegg involvere dem i gjennomføringen. Dette vil sannsynligvis også føre til at alle får et større eierskap til endringen. Informasjon er også viktig med tanke på å få alle medarbeiderne til å se behovet for endring slik at dette blir forankret bredt i seksjonen. Ikke minst vil det være viktig å legge til rette for gode møtearenaer og kanskje måtte sette av tid til dette i den første perioden.

Det er en ønsket endring hos de fleste av de ansatte og har allerede vært diskutert en del. De fleste ser det positive i endringen slik at det ikke bør bli alt for store utfordringer å få dette gjennomført. Har man i tillegg en leder som er en positiv pådriver av prosjektet, er sannsynligheten for å lykkes større.

Risikoanalysen viser også at det er liten risiko forbundet med gjennomføringen av dette prosjektet.

6. Budsjett - nøkkeltall

Det følger ikke ekstra bevilgninger med dette endringsprosjektet slik at det må finansieres innenfor de rammer som vi har i dag. Imidlertid håper vi å få økt inntjening ved poliklinikken ved å greie å ta inn flere nye pasienter til vurdering.

7. Sammendrag og konklusjon

Hensikten med denne endringen er å få til en økt effektivitet på poliklinikken. Dette gjør vi ved å ha en oppgaveglidning mellom de ansatte og ved å sette flere av mellomkontrollene av en relativt stor pasientgruppe over til fastlegene. Oppgaveglidningen innad i poliklinikken vil føre til noe mer arbeidsbelastning på kontorpersonalet. Imidlertid har legene i løpet av de siste årene overtatt mer og mer ”sekretær” oppgaver. Det bør derfor være rom for å øke kontorpersonalets oppgaver noe. Da vi håper på økt effektivitet på poliklinikken håper vi også å kunne delfinansiere en stilling som kan ha dette som sitt ansvarsområde.

Vi ser positivt på å trekke fastlegene mer inn i behandlingen av disse pasientene. Dette er en vanlig tilstand og vil på sikt kunne bidra til at fastlegene tar hånd om en større andel av denne pasientgruppen selv.

Det skal ikke være stor risiko knyttet til endringen og det vil heller ikke medføre økte kostnader. Endringen bør derfor kunne gjennomføres som planlagt.

8. Vedlegg

Interessentanalyse
Kommunikasjonsplan
Risikoanalyse

Litteratur:

1. Leadership Models in Health Care - A Case for Servant Leadership (Mayo Clin Proc. March 2014,-89(3):374-381)
2. Implementing strategic change in a health care system: The importance of leadership and change readiness (Health Care Manage Rev, 2008, 33(2), 124-133)