

Utviklingsprosjekt:

Inntaksfunksjonen
ved Nidaros DPS

*Hvordan organisere en effektiv og faglig spisset
inntaksfunksjon?*

Nasjonalt topplederprogram

ODD GUNNAR ELLINGSEN

TRONDHEIM
23.04.2010

Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet

1. Nidaros DPS flyttet inn i nye lokaler januar 2009. Flere spredte enheter ble samlet i denne forbindelse og Nidaros DPS ble nå en samlet organisasjon i samme bygg. Nidaros DPS består bl.a. av 3 poliklinikker, 2 av disse var tidligere spredt og den 3. ble opprettet i forbindelse med samorganiseringen.

Nidaros DPS er underlagt *lov om spesialisthelsetjenester*, og derav følger også delegering vedrørende vurdering av henvisninger til psykiatrisk poliklinisk behandling. Denne vurdering gjøres av et eget inntaksteam som vurderer henvisninger rettighetspasienter og nyttepasienter. Inntaksteamet ble opprettet ved innflytting i nytt bygg, og det skulle være av midlertidig karakter. Utviklingsprosjektet knyttet til min deltakelse i NTP omhandler å utarbeide en varig inntaksfunksjon som ivaretar de faglige og de ressursmessige behov organisasjonen har.

2. I det året Nidaros DPS har arbeidet med å reetablere sine tjenester i en ny organisasjon har det bl.a. vært fokus på inntaksfunksjonen ved virksomheten. Spesielt er det to hensyn som skal ivaretas i dette arbeidet.

2.1 Det blir i dag benyttet relativt store ressurser på selve inntaksfunksjonen. Omregnet til årsverk så gjøres dette arbeidet i dag av 125 % stilling til arbeidet, derav 85 % av spesialister og 40 % av merkantilt ansatte. Disse utgjør inntaksfunksjonen i praksis. Det er ønskelig å redusere deltakelsen av spesialister i funksjonen slik at deres kapasitet blir benyttet direkte i behandlingsoppgaver.

2.2 Nidaros DPS har delt inn sin virksomhet relatert til faglige satsingsområder. 3 poliklinikker har differensierte arbeidsoppgaver og det er nødvendig å utvikle en inntaksfunksjon som også ivaretar behovet for å fordele rett pasient til rett poliklinikk. Dette arbeidet gjøres i dag men må slik ledelsen vurderer det operasjonaliseres bedre og spisses mer nøyaktig.

Problemstilling og målsetting

Hvordan organisere en inntaksfunksjon som er effektiv og ivaretar den faglige organisering?

Effektmål:

1. Pasienter skal bli tildelt rett behandler i forhold til en vurdering av behandlingsbehov.
2. Pasienter skal redusere sin ventetid på oppstart av behandling.
3. De polikliniske ressursene skal utnyttes bedre.

Resultatmål:

1. Prioriteringsveilederen skal systematisk benyttes ved vurdering av henvisninger og beslutning knyttet til vurderingen av henvisningen skal systematisk dokumenteres i EPJ med referanse til prioriteringsveilederen.
2. Inntaksteamet, ITF, reduseres fra 4 til 2 personer hvor den ene er spesialist.

3. Nåværende arbeid med tilrettelagte pasientforløp gjøres kjent for ny ITF, og benyttes i fordelingen av pasienter til de 3 poliklinikker ved N-DPS.

SOFTANALYSE

I arbeidet med å vurdere å forberede endring og implementering av ny inntaksfunksjon vil jeg bl.a. innhente informasjon om erfaringer ved nåværende inntaksfunksjon. En metodisk tilnærming til dette er å benytte SOFT-analyse. SOFT-analyse er et verktøy for organisasjonsutvikling, den er en situasjonsanalyse og sentralt i metoden er ved hjelp av informantenes data å kartlegge og vurdere sterke og svake sider ved en virksomhet, og ved en arbeidsoppgave slik inntaksfunksjonen kan forstås.

I denne sammenhengen legges til grunn en SOFT-analyse som er gjennomført i forbindelse med pågående endringsarbeide av inntaksfunksjonen ved N-DPS.

En av intensjonene med SOFT-analysen har vært å innhente erfaringer og data både fra nåværende inntaksteam og fra nøkkelpersoner øvrig i organisasjonen om erfaringer, utfordringer og muligheter knyttet til inntaksarbeidet ved N-DPS. Særlig vektlagt har vært å innhente informasjon om inntaksfunksjonens svakheter, og inntaksfunksjonens framtidige muligheter.

Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

Spesialisthelsetjenesten forvalter betydelige ressurser innen offentlig helsetjenester. Kravene til hvordan spesialisthelsetjenesten organiserer, forvalter og ressursutnytter sin kompetanse er i betydelig fokus og forventningene om en tilpasset organisering øker. Både riksrevisjonen, tilsynsmyndigheter for øvrig og ikke minst RHFene understreker dette. I et politisk perspektiv er det tatt initiativ til en samhandlingsreform som også skal bidra til å initiere bedre løsninger på forvaltning av de totale helseressursene i offentlig virksomhet.

En utfordring i vår organisasjon er å vurdere om de løsninger vi har for å vurdere å prioritere helsehjelp er optimale løsninger. Vår inntaksfunksjon, som har den oppgaven og vurdere å prioritere helsehjelp, ble til i en situasjon hvor det var nødvendig å etablere en faglig forsvarlig løsning, men det var på det tidspunktet ikke tid for vurderinger utover dette. Og etter ett års erfaring med nåværende inntaksfunksjon vil det nå være en passende mulighet, og en nødvendighet, å vurdere inntaksfunksjonen på ny.

I data fra SOFT-analysen kommer det fram at en svakhet ved nåværende ITF er at ressursbruken er stor, og at den faglige spisskompetansen i ITF ikke er god nok. Det kommer også fra i data fra SOFT at ITF i et framtidig perspektiv har en utviklingsmulighet i forhold til nevnte punkter. Erfaringene om at den faglige spisskompetansen ikke er god nok støttes av data som beskriver at tildelingen av pasienter til behandlere tidvis vurderes tilfeldig og ikke presis nok. Dette vil i så fall kunne føre til at pasienter tidvis får et tilbud uten at dette er godt nok forankret i god nok vurdering av helsehjelpbehovet. Igjen vil dette kunne føre til at behandlere i for stor grad utreder og avdekker pasientens helsehjelpbehov i stedet for å kunne starte opp behandlingen direkte. Og slik påvirkes behandlingens lengde, derigjennom ventetid og avslutning av behandling.

I data fra SOFT-analysen kommer det også fram at prioriteringsveilederen ikke benyttes regelmessig. Det avdekkes ikke årsaken til dette, men hvis en legger til grunn et perspektiv

referert i principal-agentteorien så vil det kunne hevdes at principalen og agenten har divergerende interesser. I denne sammenhengen kan dette forstås slik at agenten, den som utfører vurdering og fordeling av henvisninger, ved å benytte prioriteringsveilederen mer systematisk vil miste noe av de tidligere etablerte "fordeler" ved å arbeide i ITF. En mer systematisk og regulerende bruk av prioriteringsveilederen vil gi tydeligere bestillinger til behandlermiljøet, noe som er ønskelig men som igjen direkte kan true den atferd og det handlingsrom behandlermiljøet nå har i utøvelsen av behandling. En slik interessekonflikt kan styres ved at bestiller (principalen) organiserer, her ITF, på en slik måte at behandlingsoppdrag bestilles av ITF inn mot behandlermiljøet tydeligere og mer spisset enn tidligere.

Selve oppdraget om å vurdere å tildele behandlingstilbud desentraliseres ved at principalen delegerer oppdraget og beslutningskompetansen til inntaksteamet. Eieren av oppdraget kan aldri være helt sikker på om inntaksteamet handler i overensstemmelse med oppdragsgivers bestilling. Følgende hypoteser skisseres som problematiske i relasjonen mellom oppdragseier og utfører; ulik målstruktur, asymmetrisk informasjon og ulik risikoaversjon hos principal og agent.

I denne sammenhengen kan en legge til grunn prinsipper om ulik målstruktur for å forklare forholdet i data fra SOFT-analysen som omhandler *tilfeldig fordeling av henvisninger, lite systematisk bruk av prioriteringsveileder og ikke avklart behovet for nødvendig spisskompetanse i ITF*. Disse elementene kan bidra til at nåværende ITF i liten grad utfører en presis nok administrering og vurdering av henvisninger til N-DPS som deretter fordeles for behandling. En mer direkte styring av dette fra ITF sin side kan bidra til ønsket endring sett fra eier sin side.

Konklusjoner og anbefalinger

Inntaksfunksjonen i spesialisthelsetjenesten ved N-DPS er en kjerneoppgave. Arbeidet som gjøres her genererer behandling, bruke av ressurser og samarbeid internt og eksternt. Utøvelsen av denne arbeidsoppgaven gir driftsmessige konsekvenser i organisasjonen, og dette nødvendiggjør vurdering av bl.a. ressursbruk, dimensjonering og fordelingspraksis i inntaksfunksjonen ved N-DPS.

Nåværende inntaksfunksjon vurderes faglig god men betydelig ressurskrevende. I forhold til presisjonsnivået mellom henvisning og tildeling, forholdet mellom vurdert behandlingsbehov og tildelt behandlingstilbud, viser SOFT-analysen at dette arbeidet har et forbedringspotensiale.

En utfordring ved selve endringsarbeidet vil være å ta ledelsesmessig godt grep rundt avvikling av nåværende inntaksfunksjon og implementering av revidert inntaksfunksjon. Denne delen av arbeidet skisseres i fremdriftsplan og milepæler.

Vedrørende selve endringen av inntaksfunksjonen anbefales følgende;

1. Nidaros DPS iverksetter ny organisering av sin inntaksfunksjon for henvisning til poliklinisk behandling, med oppstart 15. August 2010.
Ansvarlig: Systemansvarlig for ITF.
2. Skisse for nytt inntaksteam og inntaksfunksjon presenteres, bl.a. med ny dimensjonering av funksjonen, undertegnede ansvar. Det foreslås å etablere en ITF bestående av en spesialist innen psykiatri, eks. vis psykiater med bred klinisk erfaring og en psykolog. Dvs. 2 personer i nytt inntaksteam i forhold 4 som i dag har oppgaven.
Ansvarlig: Systemansvarlig for ITF.

3. Utarbeide en funksjon- og arbeidsbeskrivelse for ITF-arbeidet hvor prioriteringsveilederen systematisk legges til grunn i henvisningsarbeidet.
Ansvarlig: Systemansvarlig for ITF.
4. Utarbeide en fagdifferentiert fordelingsnøkkel av henvisninger tilpasset poliklinikkens faglige organisering.
Ansvarlig: Systemansvarlig for ITF og poliklinikklederne.
5. Tidspunkt for iverksetting og gjennomføring av ny inntaksfunksjon presenteres i organisasjonen for øvrig.
Ansvarlig: Lederteam og systemansvarlig for ITF.

Fremdriftsplan med milepæler

1. Gjennomføring av SOFT-analyse av inntaksfunksjon, med fokus på nåværende svakheter og framtidige muligheter.
2. Kategorisering av data fra SOFT-analysen.
3. Nåværende inntaksteam presenteres for data og resultater fra SOFT-analysen, undertegnedes ansvar.
4. Gjennomgang av data fra SOFT-analysen for lokal ledergruppen ved N-DPS.
5. Forslag til ny inntaksfunksjon ved N-DPS presenteres lokal ledergruppe.
6. Vedtak om reorganisering av inntaksfunksjonen ved N-DPS gjennomføres i N-DPS sitt lederteam, fortrinnsvis juni 2010.
7. Oppstart med ny inntaksfunksjon sommeren 2010 ved N-DPS.

Budsjett - nøkkeltall

En gjennomføring av forslag til ny inntaksfunksjon ved N-DPS vil kunne kommuniseres med følgende nøkkeltall;

1. Økt behandlerkapasitet relatert til redusert forbruk i inntaksfunksjonen, ca 50 % stilling.
2. Kortere ventetid på oppstart av behandling for pasienter med moderate plager, forventet gjennomsnittelig redusert ventetid med 15 %.
3. Kortere ventetid på oppstart av behandling for pasienter med alvorlige plager, forventet redusert ventetid med 2 uker, dvs. gjennomsnittelig på 5 uker.

Litteraturhenvisninger:

Busch, Johnsen, Vanebo og Klausen, 2001, *Modernisering av offentlig sektor*.

Kjetil Sander; *Hva er SOFT-analyse?*

www.kunnskapssenteret.com

Vedlegg:

Powerpoint presentasjon av SOFT-analysen.