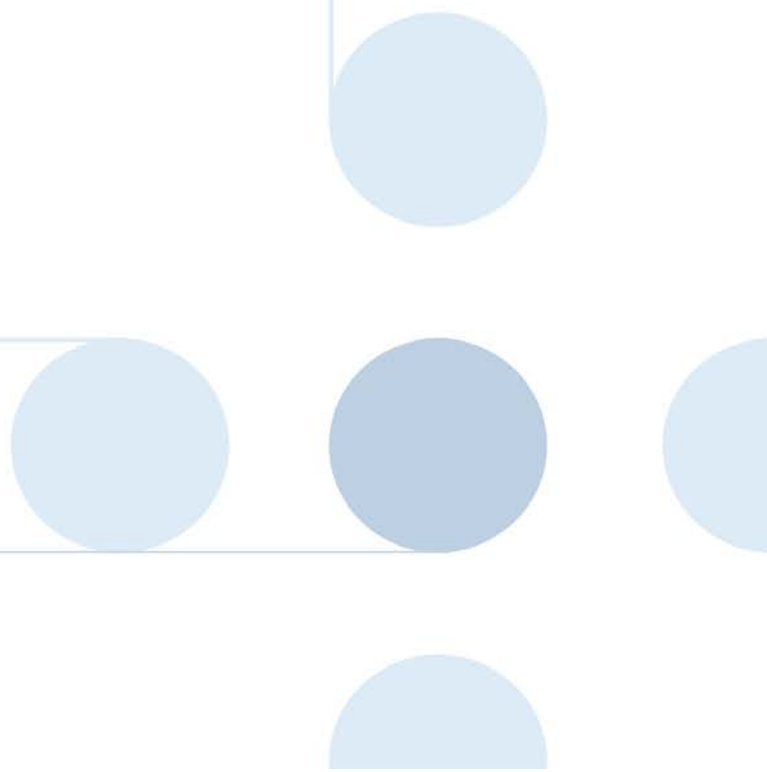


Rapport

Logistikkprosjekt ved Nidaros DPS

- Kartlegging av arbeidsprosesser
- Diskusjon av forbedringstiltak og anbefalinger



Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1. Strategisk forankring.....	3
2. Mål.....	3
3. Styring, organisering og arbeidsform.....	3
4. Resultat av kartlegging.....	4
5. Prosjektgruppens vurderinger.....	8
6. Prosjektgruppens anbefalinger.....	11

Sammendrag

Målet med dette prosjektet er å kartlegge dagens pasientforløp og arbeidsprosesser ved Nidaros DPS, samt å identifisere mulige forbedringstiltak. Prosjektet er gjennomført som en sammenlignende studie av en allmennpoliklinisk seksjon (NIP2) og en korttidspoliklinisk seksjon (NIPKT).

Basert på funn fra kartleggingen anbefaler prosjektgruppen at det jobbes videre med tiltak knyttet til **(1) tilgjengelighet av styringsdata, (2) prosedyrer i inntaket av nye pasienter, og (3) mekanismer for avslutning av pasientforløp til rett tid.**

1. Strategisk forankring

Det ble i 2017 gjennomført analyse av inntaksforløpet i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Hovedmål for BUP-prosjektet var å redusere ventetid fra 65 til under 40 dager, og at dette skulle ha en vedvarende effekt. Dette arbeidet ga gode resultater for visualisere og tydeliggjøre tiltak knyttet til flyt i arbeidsprosesser i avdeling, pasientforløp og redusert ventetid. Divisjonssjef vil overføre denne metodikk og erfaringer fra dette arbeidet til voksenpsykiatrien.

Arbeidet er forankret i lederteam psykisk helsevern, Forbedringsprogrammet 2018 og gitt ressurser fra administrerende direktør for St. Olavs hospital. I dette delprosjektet har Nidaros distriktpsikiatriske senter (NDPS), representanter fra divisjonsstab og Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU) arbeidet med å identifisere beste praksis i forhold til arbeidsprosesser, pasientflyt og ressursoptimalisering.

Kartleggingen er innledningsvis avgrenset til allmennpoliklinikken NIP2 og Korttidspoliklinikken (NIPKT). Det er en intensjon om å videreføre kartleggingen ved andre deler av NDPS.

Kartleggingen omfatter en deskriptiv analyse av nåsituasjon, og identifisering av mulige forbedringsområder.

2. Mål

- Arbeidsprosesser i allmennpoliklinikk NIP2 og korttidspoliklinikk er beskrevet i samarbeid med aktuelle medarbeidere ved NDPS, vha. kvalitative og kvantitative analyser.
- Beskrivelser, analyser og forslag til tiltak er kommunisert til og drøftet med ansatte ved NDPS.
- Forbedringsområder som vurderes å har overføringsverdi er beskrevet, og presentert for lederteam divisjon psykisk helsevern.

3. Styring, organisering og arbeidsform

Prosjektgruppe

Prosjektgruppa har bestått av Daniel Løvland (analytiker i staben ved Divisjon psykisk helsevern), Joseph S. Schultz (innovasjonsrådgiver ved RSHU) og Anders N. Gullhav (prosjektleder/forsker ved RSHU).

Arbeidsform

Prosjektgruppa har gjennomført intervjuer med seksjonsledere ved NIP2 og NIPKT, og deltatt i og observert behandlingsmøte 1 (nysakmøte) og behandlingsmøte 2 ved de to poliklinikkene. I tillegg har prosjektgruppa gjennomført intervju med merkantile, samt deltatt på det daglige inntaksmøte som foretar rettighetsvurdering og setter opp første time. Disse møtene har gitt prosjektgruppa kvalitative data om arbeidsprosesser og pasientforløp ved poliklinikkene.

Kvantitative data er anskaffet direkte fra Nimes og Helse Midt-Norge (HMN) Datavarehus. I tillegg har vi mottatt statistikk om ukentlig antall henvisninger og fordeling mellom poliklinikkene på NDPS direkte fra merkantile på inntak.

Resultatene fra kartleggingen og anbefalte tiltak ble presentert for ansatte ved NDPS 11. juni 2019, og for lederteam i Divisjon psykisk helsevern 19. juni 2019.

4. Resultat av kartlegging

Funnene og analysene som presenteres her er basert på innsamlet data, som presentert under arbeidsform. Presentasjonen er strukturert som en sammenliknende studie av NIP2 og NIPKT.

Kartlegginger – beskrivelse og sammenlikning av arbeidsprosesser

Resultatene fra kartleggingen ble presentert for ansatte ved NDPS 11. juni. [Presentasjonen](#) er vedlagt denne rapporten, og kun et utdrag av resultatene gjentas her.

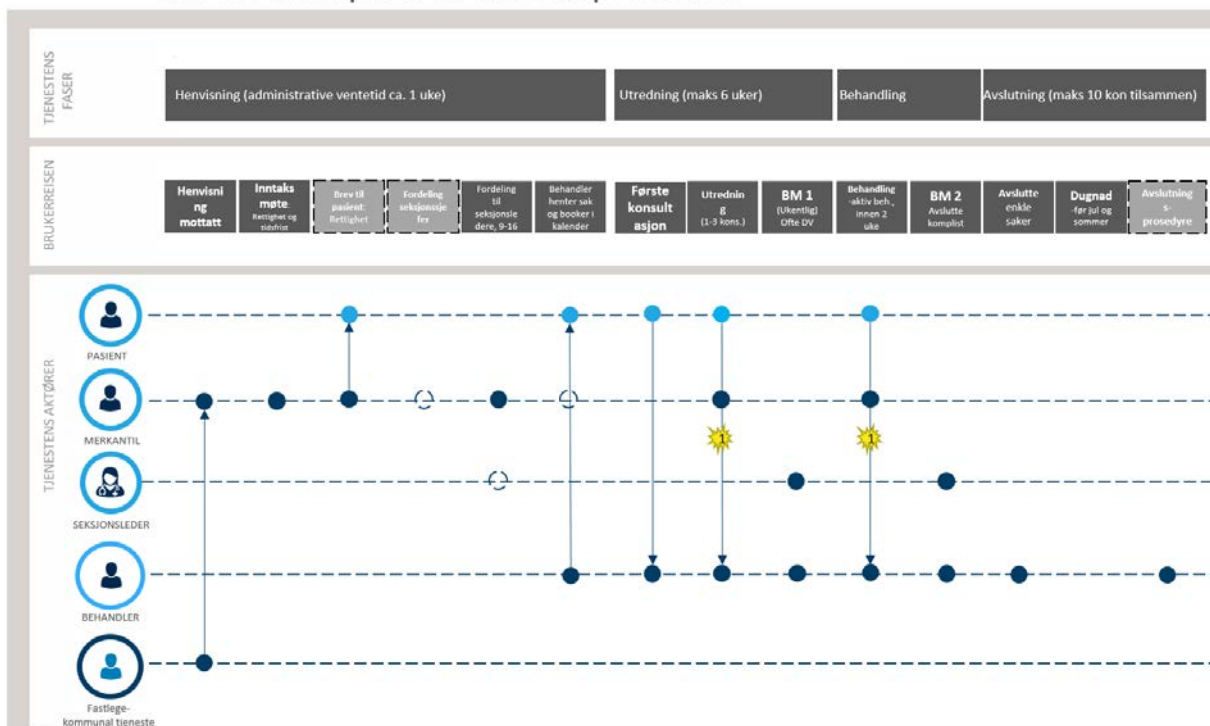
Som grunnlag for analysene ble det tegnet prosessdiagrammer over arbeidsprosessene ved poliklinikkene (figur 1 og figur 2). Disse viser at det er en betydelig forskjell i *inntaksprosessen* fra henvisningen mottas til pasienten kalles inn til første konsultasjon. Disse forskjellene er beskrevet i tabell 1.

NIP2 blue-print av arbeidsprosesser



Figur 1 Arbeidsprosesser ved NIP2

NIPKT blue-print av arbeidsprosesser



Figur 2 Arbeidsprosesser ved NIPKT

Tabell 1 Sammenlikning av inntaksprosessen ved NIP2 og NIPKT

NIP2	NIPKT
<ul style="list-style-type: none"> • Ved Inntaksmøte, pasient får: <ul style="list-style-type: none"> • Rettighet + dato og tidspunkt • Henvisningsflyt (3-4 uker) <ul style="list-style-type: none"> • Fra Inntaksmøte (1d) >> seksjonssjefer (7d) >> seksjonsleder (1-2u) >> behandlerne • Fordeling av saker: Seksjonsleder (SL) til behandlerne <ul style="list-style-type: none"> • SL mangler oversikt over antall pasienter/behandler • Oversikt er viktig for både inntak og avslutninger 	<ul style="list-style-type: none"> • Ved Inntaksmøte, pasient får: <ul style="list-style-type: none"> • Rettighet (ikke tidspunkt i brev, men behandler kontakter pasient direkte) • Henvisningsflyt (ca. 1 uke): <ul style="list-style-type: none"> • Fra Inntaksmøte (1d) >> seksjonsleder/behandlerne • Fordeling av saker: behandlerne plukker saker selv <ul style="list-style-type: none"> • Seksjonsleder mangler oversikt over antall pasienter/behandler • Oversikt er viktig for både inntak og avslutninger

Henvisningene rettighetsvurderes og gis en frist for førstekonsultasjon (jamfør Prioriteringsveilederen) på et daglig inntaksmøte. Retningslinjer ved St. Olavs hospital sier at pasientene skal motta time i første brev. For henvisninger som tildeles allmennpoliklinikkene, som NIP2, settes førstekonsultasjonen opp på faste tidspunkt, torsdag kl. 13.00, i en gitt uke som tilsvarer to uker før vedtatt frist. Deretter legges alle sakene til allmennpoliklinikkene til fordeling av seksjonssjefene. Det kan ta opptil 1 uke fra en henvisning er behandlet på inntaksmøtet til den er tildelt en seksjon. Ved NIP2 kan det ta ytterligere 2 uker før seksjonsleder fordeler henvisningene videre til behandler. I 3 til 4 uker vil altså en pasient kunne være oppsatt til førstekonsultasjon uten at behandler er tildelt. Vi velger å se på dette som *administrativ ventetid*, men samtidig er det viktig å påpeke at å bare redusere denne vil ikke gi pasientene kortere ventetid, så lenge førstekonsultasjonen settes opp på samme måte som i dag.

Henvisninger som tildeles NIPKT følger en annen administrativ prosedyre, hvor man ikke setter opp førstekonsultasjon og informerer om time i første brev. I stedet går henvisningen direkte til seksjonsleder ved NIPKT, som legger henvisningen i en felles posthylle hvor behandlerne selv «plukker» saker. I tilfelle saker ikke blir «plukket» innen rimelig tid, tildeler seksjonsleder saker til behandler selv. Behandler er ansvarlig for å kontakte pasient for oppsett av førstekonsultasjon.

Videre er det en stor forskjell på pasientforløpene ved NIP2 og NIPKT. Ved NIPKT tilbys pasienter med rett til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten forløp opp til 10 timer. Dette inkluderer både utredning og behandling av pasienten, men ikke interne møter hvor pasientsaken drøftes. Etter 1 til 3 konsultasjoner vil normalt en diagnose drøftes og settes i Behandlingsmøte 1 (BM1, også benevnt som Nysakmøtet). Her tar man også en eksplisitt beslutning om pasienten har rett til videre behandling i spesialisthelsetjenesten eller ikke. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner i forløp ved NIPKT er 5,5.

Forløpet ved NIP2 følger ikke samme mal som ved NIPKT, har lengre forløp, og oppfattes å være mer tradisjonelt. Pasientsakene drøftes normalt i BM 1 etter 1-5 konsultasjoner, og diagnose settes.

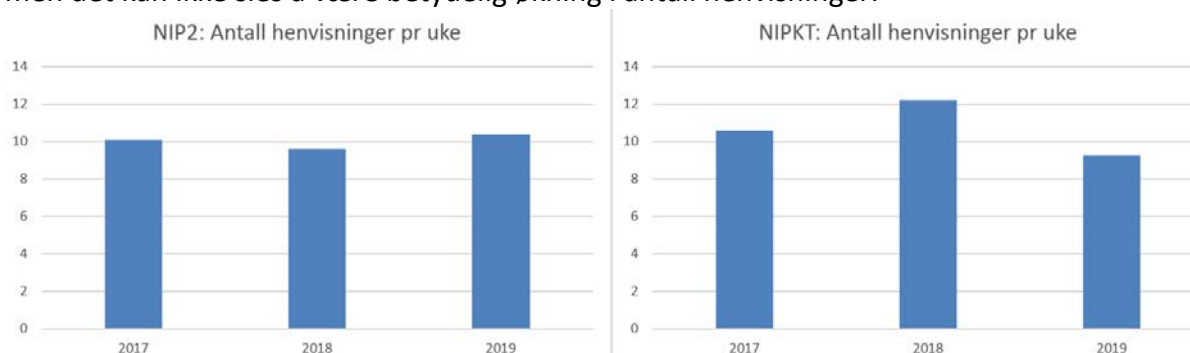
Disse ulike forløpene får følger for avslutningen av pasientsaker (*avslutningsprosessen*). Tabell 2 gir en sammenlikningen av de to poliklinikkene.

Tabell 2 Sammenlikning av avslutningsprosessen ved NIP2 og NIPKT

NIP2	NIPKT
<ul style="list-style-type: none"> •Behandler er selv ansvarlig for å avslutte pasient. •Behandlingsmøte 2 er en arena for å få støtte til avslutning. •Nedtrappingsplan hvor det går lengre tid mellom konsultasjoner frem til avslutning. •Dugnader før sommerferien og før jul. 	<ul style="list-style-type: none"> •Pga. 10-timers forløp, avsluttes pasientene normalt sett innen 10 timer. •Ved behov, kan pasienter overflyttes til allmennpoliklinikk, eller få utvidet antall timer ved Korttidspoliklinikken.

Kartlegginger – presentasjon av kvantitative data

Figur 3 viser ukentlig gjennomsnittlig antall henvisninger tildelt hver poliklinikk for årene 2017 – 2019 (t.o.m. uke 18 i 2019)¹. Disse tallene er hentet fra intern statistikk som føres av merkantilt personell basert på inntaksmøtene. Tallene viser at det er noe variasjon over år, men det kan ikke sies å være betydelig økning i antall henvisninger.



Figur 3 Antall henvisninger tildelt NIP2 og NIPKT pr. uke. For 2019, data til og med uke 18.

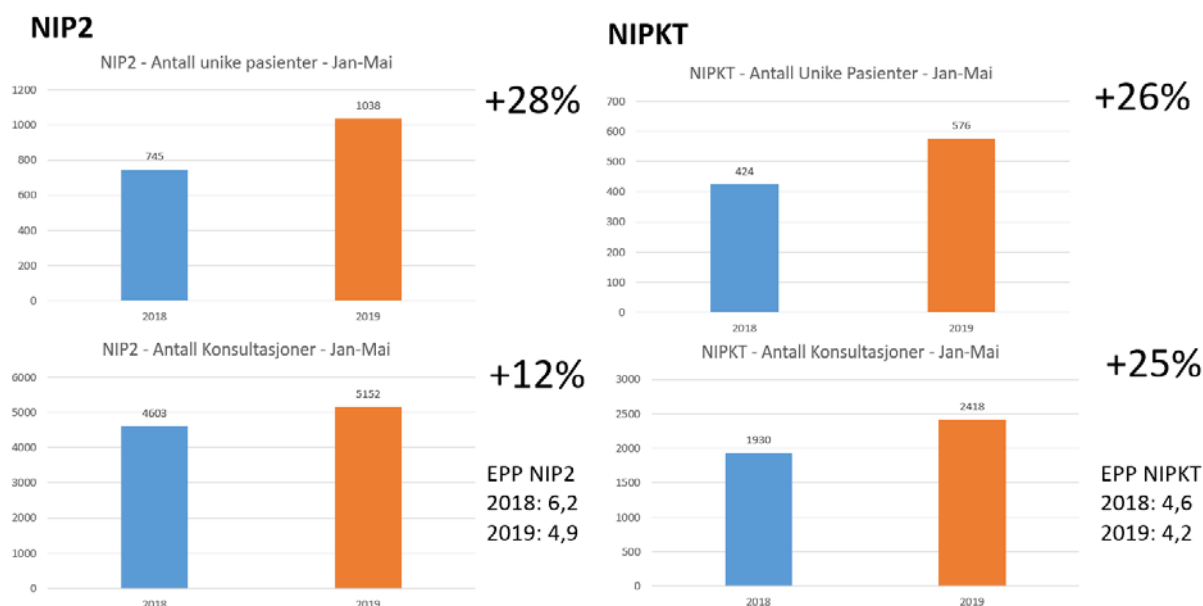
Tabell 3 viser utvalgte styringsdata for 2017 og 2018 trukket ut fra Nimes og HMN Datavarehus. Førstekonsultasjoner er trukket ut som *konsultasjon av nye pasienter ved NDPS*, altså ikke nødvendigvis pasientens første konsultasjon i PH for en gitt henvisning. En pasient kan dermed ha blitt henvist til et annet sted en NDPS, mottatt utredning/behandling der før han/hun er overført til NDPS og får en «førstekonsultasjon» ved NDPS. For NIP2 ser vi en økning i antall førstekonsultasjoner fra 2017 til 2018. Selv om antall henvisninger ikke er økt i samme periode (figur 3), kan det likevel tyde på at NIP2 ser et økende antall unike pasienter gjennom overføringer fra andre tjenester i PH. Tid mellom konsultasjoner har en liten økning i samme periode, mens man ser en reduksjon ved NIPKT. For NIPKT ser man en liten reduksjon i antall førstekonsultasjoner fra 2017 til 2018.

¹ Data hentet fra statistikk over fordeling mellom poliklinikkene på NDPS (saker fordelt på inntaksmøtet og deretter av seksjonssjefene).

Tabell 3 Sammenlikning av utvalgte kvantitative styringsdata

NIP2	NIPKT
<ul style="list-style-type: none"> •Antall førstekonsultasjoner <ul style="list-style-type: none"> •2017: 11,5 per uke (st.avvik: 4,3) •2018: 13,0 per uke (st.avvik: 5,4) •Median tid mellom konsultasjoner (kalenderdøgn) <ul style="list-style-type: none"> •2017: 15 (20,8 snitt) •2018: 16 (21,1 snitt) 	<ul style="list-style-type: none"> •Antall førstekonsultasjoner <ul style="list-style-type: none"> •2017: 12,6 per uke (st.avvik: 5,4) •2018: 12,0 per uke (st.avvik: 5,0) •Median tid mellom konsultasjoner (kalenderdøgn) <ul style="list-style-type: none"> •2017: 13,3 (20,4 snitt) •2018: 12,2 (14,6 snitt)

Figur 4 viser ytterligere utvikling for perioden januar – mai 2019, i forhold til samme periode i 2018. Figuren har hentet data fra HMN Datavarehus hvor aktivitet (IP og OPaktivitet) er trukket ut og filtrert på Nidaros DPS, og deretter de to enhetene. Her ser vi en økning i antall unike pasienter² og antall konsultasjoner³ ved både NIP2 og NIPKT, samt en reduksjon i antall konsultasjoner/episoder per pasient (EPP). Episoder per pasient (EPP) er en rate som viser hvor mange konsultasjoner hver pasient har mottatt i gjennomsnitt i perioden januar-mai. Dette er regnet som antall konsultasjoner delt på antall unike pasienter.



Figur 4 Sammenlikning av kvantitative styringsdata - utvikling 2018 til 2019

5. Prosjektgruppens vurderinger

Inntaksprosessen

Tildeling av førstekonsultasjon uten at behandler er tildelt eller ukoordinert skaper problemer, som følgende eksempler med ombooking av timer:

² Unike pasienter er antallet av individuelle pasienter som har mottatt behandling i perioden.

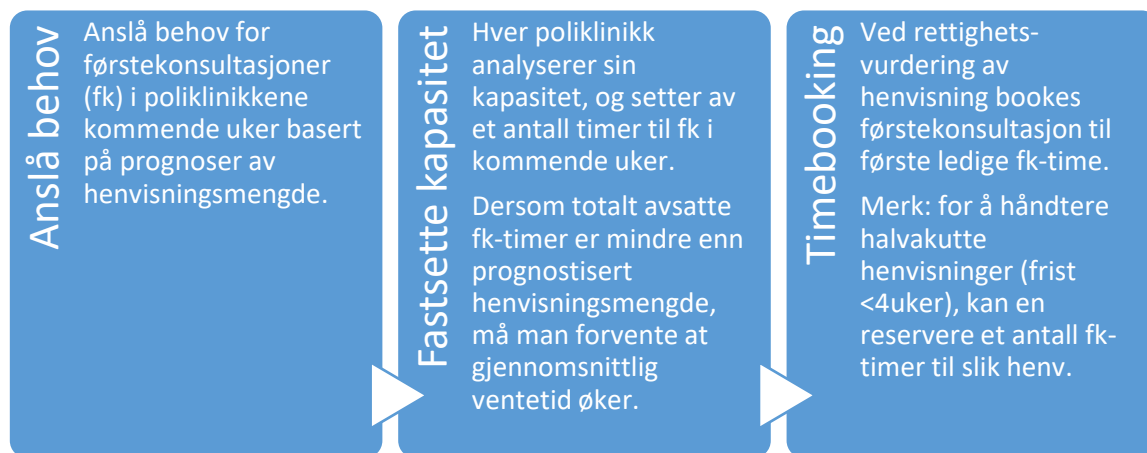
³ Antall konsultasjoner er alle konsultasjoner hvor enten pasienten er deltakende i møte med behandler eller indirekte over f.eks. telefon. Dette innebærer kontaktypene behandling, kontroll, utredning, og indirekte pasientkontakt (telefon/samarbeidssamtaler med annet helsepersonell).

- Om timen ikke passer for pasient, kan ikke merkantil booke om timen før behandler er tildelt.
- Når behandler blir tildelt pasient er det ikke sikkert at oppsatt førstekonsultasjon passer for behandler.

Tildeling av førstekonsultasjon statisk to uker før vedtatt frist er problematisk på mange måter:

1. Det skaper permanent lange ventetider, selv i perioder med redusert henvisningsmengde eller økt kapasitet.
2. I perioder med økt henvisningsmengde eller redusert kapasitet vil man ha lite mulighetsrom til dytte førstekonsultasjoner ut i tid siden ventetidene allerede er lange og tett opp mot frist.
3. Punkt 2. får følger for behandlerne ved at de kan komme i en situasjon hvor de må gjennomføre førstekonsultasjoner på tross av full kalender for å unngå fristbrudd.
4. Punkt 2. og 3. kan videre få følger for behandlernes øvrige pasienter som får lengre tid mellom hver konsultasjon.

Prosjektgruppen anbefaler at NDPS gjør endringer i hvordan man setter opp time for førstekonsultasjon og tildeler behandler, og i dette innfører en tilnærming som tar hensyn til prognoser for antall henvisninger og poliklinikkens kapasitet i oppsettet, og setter opp førstekonsultasjon for en ny pasient så snart det er kapasitet (og innenfor frist). Dette kan gjøres på ulike måter. En mulig løsning er vist i figur 5.



Figur 5 Mulig prosedyre for oppsett av førstekonsultasjon

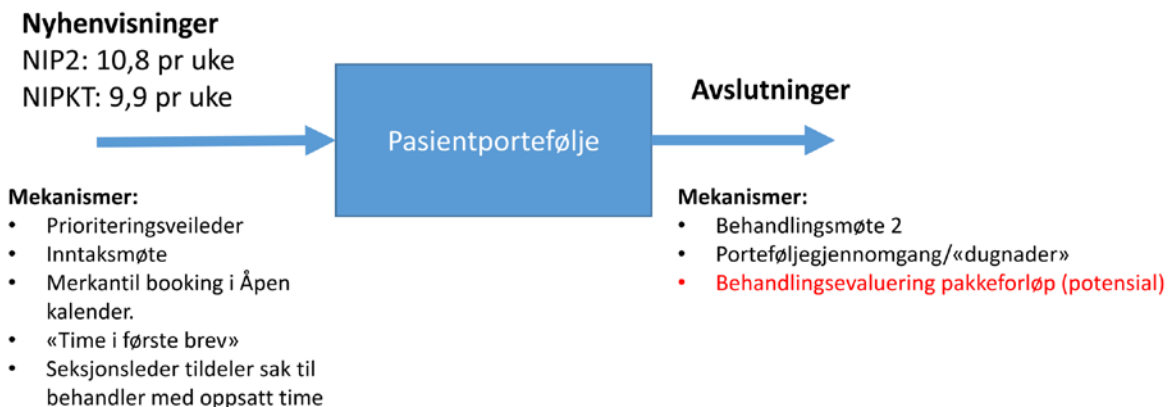
For å innføre en ny tilnærming til oppsett av førstekonsultasjon er man samtidig nødt til å redusere den administrative ventetiden på 3-4 uker ved NIP2, som forklart i kapittel 4.

Selv om NIPKT har en prosedyre for oppsett av førstekonsultasjon som er mer dynamisk og har kortere administrativ ventetid, mener vi heller ikke at deres løsning bør implementeres ved andre poliklinikker. At behandler selv setter opp time med pasient er mindre effektivt enn om merkantil gjør det, og samtidig kan en risikere at pasienten ikke får vite timen til førstekonsultasjonen før lang tid etter første brev med rettighetsvurderingen. Videre kan prinsippet med at behandler «plukker» saker gi en ujevn fordeling av saker mellom behandlerne over tid.

Avslutninger

Prosjektgruppen finner at det er få mekanismer ved NIP2 som påser at pasienter avsluttes til rett tid. Dette blir spesielt tydelig når vi sammenlikner med alle mekanismene (jamfør figur 6) som eksisterer for å sørge for at nyhenviste pasienter rettighetsvurderes, tildeles time og får informasjon i tide, samt at rettighetsvurderingen gjøres etter lik standard. Av mekanismer for å sikre avslutning av pasienter til rett tid, finner vi *behandlingsmøte 2, porteføljegjennomgang/dugnader før jul og sommer*, samt et potensial i *behandlingsevalueringen* som er innført med pakkeforløpene. Sistnevnte er dog ikke implementert i praksis ved NIP2. Definisjonen av *avslutning til rett tid* må gjøres av fagpersoner, men prosjektgruppens vurdering er at definisjonen bør ta hensyn til at behandlerens tid er begrenset og se forventet effekt av ytterligere behandling av pasienten opp mot alternativet ved å gi timene til en pasient som venter på tilbud.

Ved sammenlikning av NIP2 og NIPKT er det tydelig at 10-timersforløpet ved NIPKT er en viktig mekanisme for å avslutte pasienter til rett tid – behandleren har bare anledning til å tilby flere enn 10 timer til pasienten dersom det er et faglig behov for det, og det utvidede tilbudet må forankres hos spesialist. Selv om pasientpopulasjonen ved NIPKT er annerledes enn ved NIP2, er det betimelig å stille spørsmål om det ville hatt fordel av å ha klarere rammer i pasientforløpene, f.eks. at behandlerne fikk tildelt et antall timer i et forløp basert på henvisningsgrunn/diagnose. Etter at tildelte timer er gjennomført må behandlingsevaluering utføres før nye timer kan tildeles.



Figur 6: Mekanismer for håndtering av nyhenvisninger og avslutning av forløp

Styringsdata

Prosjektgruppen fant et sterkt uttrykt ønske både hos NIP2 og NIPKT om bedre og lettere tilgang til styringsdata. Lederne i seksjonene ønsker en bedre oversikt over sine behandlere og omfanget av porteføljer, da det ikke er intuitive verktøy som er enkelt tilgjengelig og oppdatert per i dag. De konkrete styringsdataene som ble etterspurt var blant annet antall pasienter i hver beholders portefølje, antall konsultasjoner hver behandler har gjennomført over en viss tidsperiode med gjennomsnitt og median, hvor lenge det er siden en pasient sist hadde en konsultasjon, og tid mellom hver konsultasjon en pasient mottar (konsultasjonsfrekvens). Alle disse dataene er ønsket både på seksjonsnivå, samt på hver enkelt behandler.

En manglende tilgang på egnede styringsdata kan medføre utfordringer knyttet både til inntaksprosessen, samt avslutninger. I inntaksprosessen er det kritisk at leder (dersom leder

fordeler saker til behandlere) har en god oversikt over hvor mange pasienter hver behandler har i sin portefølje til enhver tid. Dette vil hjelpe leder med beslutningstøtte om hvor saker kan/bør fordeles, da dette kan gi et bedre inntrykk over hvilke behandlere som har størst trykk med tanke på antall aktive pasienter. For avslutninger vil bedre styringsdata bidra til å plukke ut pasienter som har vært inaktiv lenge, og potensielt se om pasienter er klare til å avsluttes.

6. Prosjektgruppens anbefalinger

Prosjektgruppen har tre anbefalinger til NDPS.

Øke tilgjengeligheten til styringsdata

Prosjektgruppen anbefaler at det utvikles et verktøy for seksjonslederne som gjør styringsdata lett tilgjengelig ved et dashboard som tilrettelegges seksjonene. Et slikt dashboard vil bli utviklet i divisjonsstaben, og er underveis i utvikling etter de ønskene som kom fram i arbeidet og samtalene med seksjonslederne. Det forventes at en første utgave av et slikt dashboard vil være klart i løpet av sommeren 2019.

Prosjektgruppen anbefaler at seksjonslederne hos NIP2 og NIPKT aktivt tar i bruk dette styringsverktøyet i sin daglige drift som beslutningstøtte, samt at verktøyet videreføres til resten av NDPS/psykisk helsevern, hovedsakelig DPS (Orkdal DPS, Tiller DPS). Overføringsverdien av dette vil være høy og vil gi en forbedret oversikt over egen drift hos alle avdelingene/seksjonene.

Prosjekt: «Inntak basert på behov og kapasitet»

Prosjektgruppen anbefaler at NDPS setter ned en arbeidsgruppe for reorganisere inntaksprosessen. Basert på vurderingene i kapittel 5 er det flere problemer knyttet til dagens måte å fordele pasienter mellom seksjoner og sette opp førstekonsultasjon på. Vi anbefaler at arbeidsgruppens mandat er utvikle nye prosedyrer for inntaksprosessen som gir pasientene raskere tilgang til tjenesten og som tildeler saker til behandlere basert på kapasitet og kompetanse. Vi anbefaler videre at prosedyrene sikrer at det er knyttet en behandler til saken i det førstekonsultasjonen settes opp.

Prosjekt: «Mekanismer for avslutning til rett tid»

Prosjektgruppen anbefaler at NDPS setter ned en arbeidsgruppe for å etablere mekanismer som sikrer avslutning av pasientforløp til rett tid. Vår vurdering er at det i dag ikke eksisterer gode nok mekanismer for dette ved NIP2. Ved sammenlikning av NIP2 og NIPKT ser vi at NIPKTs 10-timersforløp er en viktig mekanisme for å avslutte pasienter i tide, og en mulighet for arbeidsgruppen er å vurdere hvilke rammer som kan innføres i pasientforløp i allmennpoliklinikker.

Prosjektgruppen vurderer det også slik at *behandlingsevaluering* jamfør pakkeforløpene ikke er implementert i praksis ved NIP2. Arbeidsgruppen bør utforme prosedyrer for behandlingsevaluering ved NIP2 og andre poliklinikker hvor dette ennå ikke er implementert.