

Lederkonferanse Habilitering

Samorganisering barn –voksen
Habiliteringstjenesten i Oppland

Bakgrunnsteppe

- Sykehuset Innlandet – nedslagsfelt ca 370 000 innbyggere
- To Habiliteringstjenester – en i Hedmark og en i Oppland – barn og voksen på begge steder
- Hab Oppland – 182 972 innbyggere, barnepopulasjon ca 50 000 < 18 år
- 38 stillinger, budsjett 23 mill
- Til sammen 78 stillinger innenfor Hab i foretaket
- Store geografiske områder



Antall innbyggere:

182.972

Antall kommuner:

26

Disposisjon

- Historikk
- Hvorfor samorganisering?
- Hvordan gjorde vi det?
- utfordringer videre?

Historikk

- Habiliteringstjenesten i Oppland startet i 1992 med en tjeneste for barn underlagt barneavd på Lillehammer sykehus og en tjeneste for voksne organisert under Fylkeshelsesjefen
- Tjenestene ble ulikt sammensatt fra start
- Ønske om samarbeid fra første stund
- Jobbet sammen i noen saker

- Sykehuset Innlandet ble etablert som eget foretak i 2003 – divisjonalisering/funksjonsfordeling
- Etablert en egen divisjon for Habilitering/rehabilitering – start 2004
- Fortsatt delt barn og voksen fram til januar 2007 – da ble tjenestene samorganisert/samløkalisert med en felles avdelingssjef og to seksjonsledere
- Habilitering i livsløpsperspektiv
- Pasientgrupper

- 2 svært ulike seksjoner med ulik sammensetning av fagpersoner
- Kulturkrasj
- Ulikt "trøkk" i seksjonene – stort press på barneseksjonen, mer romslig i voksenseksjonen
- Lavterskel i fht inntak av pasienter, mange pasienter var fulgt opp over flere år uavhengig av problemstilling

- Lite systematisert i fht rett til helsehjelp/nytte og i fht å definere om det som henvises er 1 linjeoppgave eller ikke
- Stor grad av ambulant virksomhet – lite fokus på ressursbruk – kost/nytte effekt
- Den enkelte fagperson satt med sine egne ”ventelister” og bestemte i stor grad selv hvor mye ressurser som var nødvendig

Hvorfor sammenslåing?

- Startet med felles Inntaksråd – her ble mye ”avkledt” og ressurser fra vokssenseksjonen **måtte** tilflyte barneseksjonen – etter hvert var det flere ansatte i vokssenseksjonen som bare jobbet med pasienter < 18 år
- Frustrasjon/uro oppstod fordi de var ansatt i en seksjon men hadde sakene sine i en annen...

- Ble helt nødvendig å få bedre oversikt over kapasiteten for å vite hvem som til enhver tid kunne ta en ny sak
- Ansatte pasientkoordinator for å ta hånd om logistikken
- Vi hadde overgangsutfordringer
- Vi så at barne og voksenseksjonen ikke jobbet med de samme pasientene – hvor hadde ”voksenpas” vært før og hvor ble det av barna?

Vi så at det var en manglende link mellom utredning og oppfølging – pasienten ble utredet av et team (barneseksjonen) og fulgt opp av et annet, eks barn med autisme – de som startet med oppfølgingen anvendte i liten grad det som var gjort i utredning. De startet gjerne en ny kartlegging...

- Fagpersonene ble mer nysgjerrig på hverandres kompetanse og så nytteverdien av å jobbe mer på tvers
- Startet med faggrupper på tvers av seksjonene – 2 timer x 1 pr mnd
- Har hatt runder med "indre medisiner" på Avd møtene – hvor fagpersoner legger fram hva de jobber med slik at alle vet hva vår tjeneste faktisk kan tilby

- Felles Fagutvikler (50%) på tvers av seksjonene – brobygger
- Felles merkantil enhet
- Felles Personalseminar x 1 pr år
- Felles Kurskatalog

Hvordan gjorde vi det?

- Kjørt en møysommelig prosess med involvering av ansatte – scenarier – pro kontra analyse, evalueringer underveis osv
- Prøvde først ut en modell med en Utredningsseksjon og en Oppfølgingseksjon - noe ble bedre, men noen flaskehalsler var fortsatt med

- Ønske fra de fleste ansatte om å kjøre alt inn i en seksjon – slik har det vært siden januar 2012, offisielt f.o.m 01.09.2012
- Totalt 38 ansatte – 8 ulike faggrupper. Vi blir ikke flere...

Utfordringer videre?

- Jobber mye med å kvalitetssikre at riktig pasient får riktig hjelp til riktig tid på rett sted
- Null fristbrudd – men ventelister i fht kontroller (prøver å stramme inn her)
- Ambulant aktivitet – fortsatt mye på hjul, ønsker å prioritere det videre i henhold til føringene, men det blir dyrt...

- Vi mener at organisering i seg selv er et verktøy for å imøtekomme det vi er satt til å gjøre
- Vi ønsker ikke å skape en gjeng med generalister – det er ikke slik at alle skal gjøre alt fordi om man er samorganisert
- Intensjonen er fortsatt å tildele saker etter kompetanse
- Intensjonen er også å bygge opp ytterligere spisskompetanse i tråd med hva kommunene trenger av spesialisthelsetjenester når det gjelder målgruppa

- Samhandling er en form for spisskompetanse som vi må være gode på for å få til gode løsninger for pas.
- Hvordan bli god på samhandling utad hvis man sliter med det innad?
- Ressursknapphet gjør at vi må utnytte de ressursene vi har best mulig – vi må slutte å gjøre 1 linjearbeid for å sikre at vi har tid til de pas som skal ha spesialisert habilitering

- Fokuserer man på forskjelligheten skjer det lite utvikling...
- Vi må evne å organisere oss i fht oppgavene og ikke i fht egne behov – viktig å ha fokus på kjerneoppgavene
- "Ikke så lett å ha pasienten i sentrum når man har satt seg selv der" Larsen, Helsetilsynet