



Utviklingsprosjekt:

Korleis sikre at vi i framtida kan gi medikamentell kreftbehandling ved lokalsjukehusa ?

Nasjonalt topplederprogram

Geir Andvik
Avdelingssjef kreftavdelinga
Helse Førde
April 2011

Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet

Kreftavdelinga, Helse Førde ynskjer å ha eit velfungerande samarbeid med lokalsjukehusa innan fagområdet medikamentell kreftbehandling. Erfaringar over tid og tilbakemeldingar fra leiarar og tilsette ved alle tre einingar syner behov for eit meir formalisert og betre strukturert samarbeid innan dette fagområdet enn det vi har i dag.

Helse Førde sitt faglege tilbod innan kreftbehandling og kreftomsorg skal vere i samsvar med faglege retningslinjer, nasjonale føringar, vedtatte planar og strategidokument. Det vert gitt medikamentell kreftbehandling ved Førde sentralsjukehus (FSS), Lærdal sjukehus (LS) og Nordfjord sjukehus (NS). Kreftavdelinga er lokalisert ved FSS, og har det faglege ansvaret for den medikamentelle kreftbehandlinga i Helse Førde, med unntak av ca.pulm, gynekologisk kreft og barn med kreft.

Helse Førde er inne i ein større prosess med omorganisering og endring av ein del tilbod ved lokalsjukehusa og ved FSS. I strategiframlegget til styret i Helse Vest pr desember 2010 er det eit mål om å oppretthalde eit tilbod innan medikamentell kreftbehandling ved lokalsjukehusa – noko som blei stadfesta av Helseministeren den 1. april 2011. Skal dette bli aktuelt er det naudsynt å ha ei god organisering av tilbodet, med klar ansvars plassering og høg fagleg kvalitet – dette vil krevje eit tett samarbeid mellom kreftavdelinga og lokalsjukehusa.

Helsetilsynet har valgt norsk kreftbehandling som pilotområde i samband med risikoanalyser av ulike områder i helsetenesta. Denne risikoanalysen, saman med den informasjonen Helsetilsynet har frå før, viser at risikobildet i norsk kreftbehandling er for høgt (Rapport fra Helsetilsynet 4/2010). Rapporten må takast omsyn til i dette prosjektet.

Prosjektet er forankra hjå klinikkdirektør og avdelingssjefane i involverte avdelingar, men nyttilsett direktør for medisinsk klinikk og ny avdelingssjef for medisinsk avdeling må også involverast.

Med dette som bakgrunn har eg valgt følgjande problemstilling for utviklingsprosjektet mitt:

Problemstilling

Korleis sikre eit framtidig tilbod om medikamentell kreftbehandling ved lokalsjukehusa

Målsetjing

Gjennom tett samarbeid med kreftavdelinga sikre eit fagleg godt tilbod ved Nordfjord sjukehus og Lærdal sjukehus sett fra eit pasientsikkerhetsperspektiv

Effektmål

- Vi har eit likeverdig tilbod til pasientane med tanke på behandling, observasjon og tiltak ved biverknader, uavhengig av kvar behandlinga vert gitt, og at vi gjennom tett fagleg samarbeid har felles fagleg forståing for kvalitet og pasientsikkerhet
- Tett og formalisert dialog og samarbeid mellom legar/sjukepleiarar i kreftavdelinga og ved lokalsjukehusa som skal ha ansvar for oppfølging av pasientar som er i behandling – med ein felles kultur.
- Fleire pasientar får behandling ved lokalsjukehusa

Resultatmål

- Ha etablert felles standard for journalføring av kreftbehandlinga innan 15. juni 2011
- Ha etablert klar ansvars plassering og avklaring på kva pasientar som kan få behandling ved lokalsjukehusa og kva som skal til for at slik behandling kan gjevast innan.....

- Ha etablert tett fagleg samarbeid med gjensidig hospitering, faglege retningslinjer og regelmessig undervisning for legar og sjukepleiarar innan.....
- Ha etablert faste samarbeidsmøter innan.....
- Ha etablert tilnærma lik organisering av tilbodet ved Lærdal / Eid innan.....

Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

Innan kreftomsorga i Helse Førde har ein hatt eit samarbeid kring fagområdet medikamentell kreftbehandling i mange år, men erfaringar og tilbakemeldingar viser at det må gjerast eit grundig arbeid for å få dette inn i meir systematiserte former med forpliktande samarbeid. Eg har bede om og fått tilbakemeldingar frå alle tre einingar – dette viser at mykje fungerer godt, men det vert peika på fleire områder som pr i dag er ei utfordring. Av desse kan nemnast m.a.:

- Mangel på legar ved lokalsjukehusa som kan vurdere pasientane som er i behandling
- Manglande journalnotat med dosering og tal kurar som er gitt – skaper særlege vanskar for oversikt akkumulert dose
- Tydlegare ansvars plassering og lojalitet til samarbeidet med tettare dialog begge vegar
- Kunnskap for vurdering av biverknader må aukast hjå legar og sjukepleiarar
- Pasienten sin tilstand og kompleksitet i behandling må vurderast ved valg av behandlingsstad
- Gjensidig hospitering for legar og sjukepleiarar
- Fleire sjukepleiarar ved lokalsjukehusa må få opplæring i administrasjon av kurar
- Utvida kontakt mellom legane ved lokalsjukehusa og kreftavdelinga, FSS
- Manglande Cytodose ved Lærdal / Eid
- Kreftavdelinga må ha det faglege ansvaret, personalansvar lokalt
- Nye retningslinjer må implementerast samstundes og gjelde for alle einingane frå same dato
- Felles undervisning/ opplæring må formaliserast med krav om kompetanse og erfaring

Desse innspela er med på å danne grunnlaget for kva moment som er vesentlege å jobbe vidare med. Dei stadfester behovet for gjennomføring av dette prosjektet. I tillegg kjem Rapport 4/2010 Risikobildet i norsk kreftbehandling som skal leggjast til grunn for kvalitetssikring av tilbodet.

Leiarutfordring

Å få ei felles fagleg forståing for kvalitet og pasientsikkerhet, med konkrete tiltak som kan dokumenterast og etterprøvast. Det faglege ansvaret skal ligge til kreftavdelinga, og denne må såleis legge rammene for dei faglege krav til behandling ved lokalsjukehusa.

Det er også ei leiarutfordring å skape motivasjon for og felles forståing for at alle tilsette arbeider etter dei same faglege retningslinjer ved administrasjon av medikamentell kreftbehandling, også ved oppfølging av pasientar før, under og etter behandling.

Framdriftsplan med milepælar

Prosjektplanen skal vere ferdig til påske. Etablering av prosjektgruppa bør gjerast i løpet av mai 2011 slik at ein får ha det første møtet i prosjektgruppa før sommarferien.

Oppdrag	Tidsfrist	Merknad
Informere ny klinikkdirektør og ny avdelingssjef med. avd	Innan 10. mai 2011	Sende prosjektplanen før påske + ha møte med dei to innan oppsett tidsfrist
Opprette prosjektgruppe	Innan 15. mai 2011	
Første møte i prosjektgruppa	Innan 10. juni 2011	
Felles standard for journalføring	Innan 20. juni 2011	
Andre møte i prosjektgruppa	Veke 35 2011	
Tredje møte i prosjektgruppa	Veke 40 2011	
Avslutning av prosjektet	Innan 31. oktober 2011	

Budsjett – nøkkeltall

Prosjektet tar ikkje utgangspunkt i at det skal medføre endringar i bemanning/ nye stillingar. Det vil medføre ein del auka reiseaktivitet for helsepersonell mellom sjukehusa. Det må forventast auka kostnader til opplæring/ hospitering, og evt vidareutdanning. Det er ikkje grunnlag for å vente endringar i medikamentutgiftene grunna dette prosjektet. Ein kan forvente reduserte reisekostnader for pasientane, men dette vil vere marginale innsparingar.

Nordfjord sjukehus får 75 mill over tre år til eit lokalsjukehusprosjekt, der dette fagområdet er særskild nemnd.

Interessentanalyse (vedlegg 1)

Eit viktig prinsipp er å involvere breitt slik at dei involverte får vere med i prosessen på ein god måte. Uro og motstand kjem ofte på bakgrunn av mangelfull involvering/ informasjon. Dei viktigaste og mest aktuelle interessentane er lagt inn i tabell, sjå vedlegg 1.

Utifrå interessentanalysen har eg følgjande framlegg til samansetjing av prosjektgruppe:

- Avdelingssjef Lærdal sjukehus
- Oversjukepleiar Nordfjord sjukehus
- Overlege Lærdal eller Eid
- To kreftsjukepleiarar/ sjukepleiarar Ein fra Lærdal og ein fra Eid
- Seksjonsleiar, kreftpol FSS
- Overlege, kreftavdelinga FSS
- Fagutviklingssjukepleiar FSS
- Brukarutvalet Ein representant
- Tillitsvald Ein representant
- Verneombod
- Avdelingssjef, kreftavdelinga Prosjektleiar

Representanter for sjukehusapoteket og laboratoria må vere orienterte om prosjektet og kallast inn til einskilde møter etter behov.

Kommunikasjonsplan

Avdelingssjef for kreftavdelinga (prosjektleiar) informerer direktør for medisinsk klinikk og avdelingssjef for medisinsk avdeling om prosjektplanen med framlegg til samansetjing av prosjektgruppa. Desse må vere informert og må gi klarsignal til å gå vidare med arbeidet og avklare vidare informasjon om prosjektet.

Risikoanalyse (vedlegg 2 og 3)

Det overordna målet med dette prosjektet er pasientperspektivet. Kreftbehandling med samarbeid mellom tre geografisk spreidde einingar stiller ekstra store krav og må ha ein fagleg kvalitet der vi tar omsyn til risikobildet innan norsk kreftbehandling slik det kjem fram i risikoanalysen i Rapport fra Helsetilsynet 4/ 2010 s. 10 og 11 (sjå vedlegg 2). I tillegg til kvalitetssikring av cytostatikabehandling kan dette også gjelde kompetanse, informasjonsflyt, kommunikasjon, volum og kvalitet, kontinuitet, komplikasjonar og journalføring. Dette er områder vi må ta omsyn til i vurderinga av den faglege kvaliteten på det tilbodet Helse Førde skal gi. I tillegg til pasientperspektivet vil det vere ein viss risiko for at ein kjem inn på problemområder som skaper avstand/ usemje mellom einingane og som kan skade samarbeidet vi har i dag. Vi bør likevel ikkje unngå å ta opp relevante utfordringar.

Risikoanalyse (vedlegg 3) – kva er dei største risiki ved å gjennomføre dette prosjektet:

- Manglande evne/ vilje til å få til eit tettare samarbeid mellom alle tre einingane
- Manglande evne/ vilje på leiarnivå til å ta grep for å få til naudsynt endring
- Manglande endringsvilje i ein eller fleire av dei involverte einingar
- Manglande gjennomføring av undervisning, opplæring og hospiteringsavtalar
- Sikre lojalitet til avgjerdsler som er tatt
- Nye politiske vedtak som får konsekvenser for det faglege tilbodet

Gevinstanalyse:

- Betre pasientflyt, betre koordinering, betre samhandling
- Tett fagleg samarbeid – tilsette vert meir fagleg tilfredse
- Fleire pasientar får behandling nærare heimen
- Sekundærgevinst; får positive konsekvensar for samarbeidet innan andre fagmiljø

Konklusjoner og tilråding

Prosjektet skal sikre ei god og forsvarleg medikamentell kreftbehandling ved lokalsjukehusa. For å kunne støtte faglege krav, er det ein føresetnad med tett fagleg samarbeid mellom legar og sjukepleiarar på alle tre stadane. Prosjektet skal vidare sikre at det vert arbeidd etter felles faglege krav og retningslinjer.

Prosjektet vert derfor tilrådd sett i gang.

Vedlegg

- Vedlegg 1 Interessentanalyse
- Vedlegg 2 Risikoanalyse, Rapport fra Helsetilsynet, s. 10 og 11
- Vedlegg 3 Risikoanalyse

Aktuell litteratur

- Kreftplan Helse Førde, 2002 – 2007
 - Vedtatt i styret i Helse Førde 19.mars 2003
- Delrapport Organisering av kreftbehandling og kreftomsorg i Helse Førde,
 - Vedtatt i styret i Helse Førde 20. april 2008
- Regional kreftplan 2005 – 2010 Helse Vest RHF, rapport fra arbeidsgruppe 2004
- Styredokument Helse Vest, 1. desember 2010
- Dag Ingvar Jacobsen (1998): Motstand mot forandring, eller Magna
- Risikobildet av norsk kreftbehandling, Rapport fra Helsetilsynet 4/2010

http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetrapport4_2010.pdf

Interessentanalyse

VEDLEGG 1

Interessenter	Interessentens holdninger 1-10 1- negativ 10- positiv	Interessentens påvirkningskraft 1-10 1- liten påvirkning 10- stor påvirkning	Konklusjon/tiltak
klinikkdirektør	10	10	Forankra og klarert – viktig prosjekt
Avdelingssjef og oversjukepleiar, Lærdal/ Eid	8	9	Avd.sjefane er informert om prosjektet
Aktuelle tilsette, Lærdal og Eid	Variierende	Uavh. av innstilling til prosessen – vil ha betydning for resultatet	For å opprettholde tilbodet, viktig med positiv involvering
Adm. dir	9	10	Til orientering
Fagdirektør	8	10	Til orientering
Apoteket	7	4	
Laboratoriet	7	6	
Legar, fagutvikl.spl og leiar i kreftpol	8	9	Sentrale aktører for å få dette til
Ny konstituert klinikkdirektør, fra ultimo mars 2011	???	10	Reknar med positiv holdning. Sjå framdriftsplan
Ny avdelingssjef for medisinsk avdeling, fra 15. mars 2011	???	10	Reknar med positiv holdning. Sjå framdriftsplan
Tillitsvalde	7	5	NSF, Dnlf – ha ein representant i prosjektgruppa
Verneombod	7	5	Eitt VO med i prosjektgruppa
Andre tilsette i kreftpol	8	5	Positive til å formalisere samarbeidet
Brukarutvalet	6	5	Ha med ein representant i prosjektgruppa

Risikoanalyse

VEDLEGG 3

- For hvert forhold som kan medføre risiko settes ett kryss for **Sannsynlighet** og ett for **Konsekvens**.
- Tallet for **Sannsynlighet** multipliseres med tallet for **Konsekvens** (S x K). Resultatet føres opp
- Forholdene prioriteres etter høyeste verdi i "Risiko"-feltet.

	Sannsynlighet				Konsekvens					Risiko (S x K)	Prioritet
	Kan skje				Kan føre til						
	Svært lite sannsynlig	Mindre sannsynlig	Sannsynlig	Meget sannsynlig	Ufarlig	Farlig	Kritisk	Meget kritisk	Katastrofalt		
Hva kan skje? Arbeid og forhold som kan medføre risiko (uønskede hendelser/ tilstander). Vurderes både for personer, miljø og materielle/økonomiske verdier	1	2	3	4	1	2	3	4	5		
1. Manglende gjennomføring av undervisning, opplæring og hospitering Konsekvensreduserende faktor: Må gå tilbake fra behandling ved tre einingar til behandling ved ei eining Sannsynlighetsreduserende faktor: Fagleg samarbeid må vere ein forpliktande konsekvens for at dette skal gjennomførast			x					x		12	1
2. Manglende evne/ vilje til samarbeid/ endring frå ein eller fleire av dei involverte einingar Konsekvensreduserende faktor: Behandling blir kun gitt ved ein eller to av einingane Sannsynlighetsreduserende tiltak: God prosess med informasjon og felles forståing for dei faglege utfordringar			x				x			9	2
3. Personalet viser ikkje forståing og velvilje - prosjektet kan ikkje gjennomførast Sannsynlighetsreduserende faktor: God informasjon til alle ansatte gjennom hele prosessen. Tillitsvalgte og sentrale ansatte i berørte avdelinger deltar i styringsgruppe og prosjektgruppe.			x			x				8	3
4. Nye politiske vedtak som får konsekvenser for tilbudet (i prosjektperioden) Sannsynlighetsreduserende faktor: Blir ikkje gjort endringer i prosjektperioden med denne regjeringen	x							x		4	4