



Utviklingsprosjekt:
**Regional funksjonsfordeling
innen kirurgi**

Nasjonalt topplederprogram

Janiche Buanes Heltne

Helse Bergen 6. november 2012

Bakgrunn

Det pågår et prosjekt i Helse Vest som legger føringer for fremtidig funksjonsfordeling innen Kirurgi i regionen. Prosjektet vil medføre store endringer i tradisjonell drift. Resultatet avhenger av at lokale ledere og beslutningstakere nærmest pasienten følger opp det som er strategisk bestemt. Det betinger et godt samarbeidsklima på tvers av institusjoner.

Det gastrokirurgiske fagfeltet er delt i sitt syn på hvor tjenestene skal utføres i fremtiden. Dette gjelder særlig innenfor lever- og pancreaskirurgi.

Forankring

Arbeidet er forankret i forslag til nasjonal strategi for kreftbehandling (6), bestillerdokumentet til Helse Vest (7) og Helse Bergen (8) og i sluttrapporten til regionalt prosjekt om funksjonsfordeling. Det er også forankret hos klinikkdirektør i Helse Bergen.

Tema/problemstilling:

Hvordan kan man i Helse Vest få til gastrokirurgisk funksjonsfordeling i tråd med regionale føringer?

Effektmål

Målet er at regionens pasienter behandles på riktig nivå og institusjon ref. føringer fra det regionale prosjektet. Det sikrer en optimal utnyttelse av regionens operasjonskapasitet.

Resultatmål

Prosjektet skal sørge for at:

- Det opprettes regelmessige regionale MDT (multidisiplinært team) videokonferanser med gjennomgang av avanserte pasientkasus innenfor aktuelle grupper. Møtene sammensetning og mål skal:
 - være på tvers i regionen
 - medisinske beslutningstakere er representert
 - være at det tas avgjørelser om videre behandlingstilbud for de aktuelle pasienter i regionen
- avdelingsledelsene ved de ulike foretakene oppretter et nettverkssamarbeid med jevnlig møter der regionalt samarbeid og driftsmuligheter/utfordringer er på agendaen

Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

Endringsledelse: Innen kreftkirurgi ligger kompleksiteten i utredningen og valg av riktig behandling. Moderne medisin krever tverrfaglig kompetanse for å velge riktig behandlingsmetode. Kirurger har liten tradisjon og kultur for å samarbeide på tvers av sykehus (ref Sammenslåingsprosessen i OUS). Det er behov for å skape en forståelse for at man i moderne medisin må ta i bruk videokonferanse som virkemiddel for å optimalisere pasientbehandlingen. (1) og (2)

Kommunikasjon: Prosjektet krever kommunikasjon mellom ledere ved de ulike foretakene. Det kreves innsalg av ny arbeidsmåte til alle leger som er ansvarlig for behandling og henvisning av

pasienter. Videre vil kreftkoordinatorer og sekretærer ha viktige roller som tilretteleggere for å oppnå resultater. Det er derfor avgjørende at de har forståelse fra starten av. (1)

Forhandlingsteknikk: Sterke krefter og motkrefter, personlig interesser hos dyktige fagfolk og politiske føringer er noen av elementene ledelsen står overfor ved innføring av regional funksjonsfordeling. Kunnskap om forhandlingsteknikk, forhandlingstyper og fasene i en forhandling er verdifullt når man skal gjennomføre samarbeidsformer. (3)

Økonomisk forståelse: Konsekvensene av å gå over til lettere kirurgi må vurderes som en del av utredningen. Innføring av videokonferanse krever tilrettelegging fra ikke medisinsk personell, det må derfor budsjetteres til dette ved de ulike foretakene. Videokonferanseutstyr er tilgjengelig ved alle foretak, det må likevel vurderes om tilgjengeligheten er så god at man kan avvikle konferansene ukentlig og til faste tider.

Fremdriftsplan med milepæler

Prosjektet planlegges etter gjennombruddsmetoden (PDSA) (4)

Prosjektorganisering	Plan	Do	Study
Innsalg til ledelse Prosjektetablering	Kartlegge behov for utstyr og støttepersonell Utarbeide kjøreregler for gjennomføring, for- og etterarbeid av møtene Identifisere evalueringsparametre Kartlegge påvirkninger Besøk til Sverige	Gjennomføre møtene Evalueringpunkter samles Møtene evalueres fortløpende	Storsamling der man evaluerer effekt og evt videre arbeid
Halvdagsmøte	Lunsj til lunsj samling		Heldagsmøte
Jan 2013	Feb 2013	Aug 2013	Feb 2014-Aug 2014

Budsjett - nøkkeltall

Kostnader	Sats	sum
Innsalg, besøke alle foretakene	Kr	6000
Prosjektmøter inklusiv lunsj til lunsj	Kr	30 000
Arbeidstid til prosjektarbeid fagpers og prosjektkoordinering	Arb tid	3mnd verk
1 årsverk tilrettelegging av videokonferanse (tot alle foretak)	Kr per år	550 000
Evt videokonf utstyr, investering per utstyr	Kr	300 000
Oppfølgingssamling	Kr	30 000

Interessenter og kommunikasjonsaktiviteter

Prosjektet går på tvers av flere foretak i regionen. Det er derfor avgjørende at det ikke eies av et av disse foretakene. Regionalt funksjonsfordelingsprosjekt har høy prioritet i Helse Vest. Styringsgruppen består av AD møtet(administrerende direktør for Helse Vest Rhf og de ulike foretakene).

Identifiserte interessenter er:

- Fagdirektører ved de ulike foretakene og regional fagdirektør
- Klinikledelse i de ulike foretakene(HUS, Voss, Førde, Fonna, Haraldsplass og Stavanger)

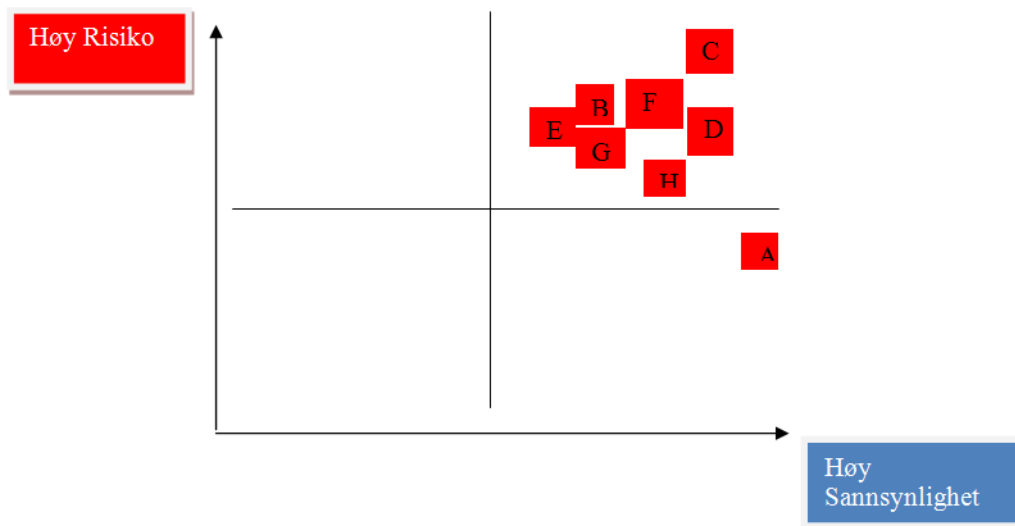
- Ledelsen ved de ulike gastrokirurgiske avdelingene i regionen (Helse Bergen, Helse Førde, Helse Fonna, Haraldsplass og Stavanger)
- IKT
- Medisinsk erfarent fagpersonell i egen avdeling og i øvrige avdelinger i regionen.
- Kreftkoordinator og evt sekretær som tilretteleggere i og i forkant av konferansene.

De ulike aktørene vil være deltagere i styringsgruppe og prosjektgruppe. For å innhente ytterligere kunnskap vil det bli arrangert referansegruppemøter. (Se vedlegg 1 og 2)

Risikoanalyse

Risiki som er beskrevet under vil/kan terminere prosjektet og det må iverksettes tiltak for å komme videre i prosjektet:

- Manglende forankring
- Manglende villighet til å delta
- Ikke budsjettert midler for tilrettelegging av møtene
- Legene prioriterer ikke å møte i møtene
- Legene prioriterer ikke å sende pasientkasus til møtene
- Pasientinfo sendes for sent
- IKT retningslinjer stopper overføringen av pasientinformasjon
- Det mangler/er vanskelig tilgjengelig videokonferanseoverføringsutstyr ved de aktuelle sykehus



Konklusjoner og anbefalinger

Universitets Sjukhuset i Lund og Karolinska Universitets Sjukhuset har gode erfaringer med gjennomføring av MDT videokonferansemøter. MDT-videokonferansemøter vil styrke pasientsikkerheten, medføre kunnskapsutvikling mellom og i organisasjonene, gi behandling til riktig pasient på riktig nivå og sikre bedre ressursbruk i prosessen. (5) Det er opp til ledere og fagpersonell og få dette til i praksis i Helse Vest. Prosjektet anbefales gjennomført som beskrevet.

Litteraturliste:

1. «Endringsledelse og ledelsesendring» Wennestad, B et al 2006 s.170-193
2. «Leading Change» Kotter P 1996
3. «The Negotiating edge» Kennedy, G. 1998(2006) s. 1-61
4. «Organisasjonsutvikling i sykehus» Sørås I s 69-78. 2007
5. «Interaktiv dataverktøy for multidisiplinære team» Waage, J et al 2011
6. «Nasjonale strategi for kreftbehandling» HOD 2013 (utkast til høring i disse dager)
7. «Styringsdokumentet for Helse Vest» 2011
8. «Styringsdokumentet for Helse Bergen» 2012

INTERESSENTANALYSE

Prosjekt: Regional funksjonsfordeling

Prosjektleder:

Nr	INTERESSENT (navn+funksjon/rolle, gruppe/enhet)	INTERESSE (Høy, Middels, Lav)	PAVIRKNING (Høy, Middels, Lav)	FORANKRINGSTILTAK a) Deltakelse i prosjektgruppe, styringsgruppe eller referansegruppe og b) Kommunikasjons - og/eller opplæringsaktiviteter
1	Klinikkdirektørene og fagdirektører	Høy	Høy	Styringsgruppe
2	Avdelingssjefer	Høy	Høy	Prosjektgruppe
3	Seksjonsoverleger	Høy	Høy	Prosjektgruppe
4	Overleger	Middels	Høy	Prosjektgruppe, referansegruppe
5	LIS	Middels	Lav	Kommunikasjon, referansegruppe
6	IKT Helse Vest	Middels	Middels	Kommunikasjon, ressurspersoner
7	IKT lokale foretak	Middels	Middels	Prosjektgruppe
8	Merkanthit personell	Middels	Middels	Kommunikasjon, referansegruppe
9	Kreftkoordinator	Høy	Høy	Prosjektgruppe
10	Øvrige ansatte	Middels	Lav	Kommunikasjon
11	Publikum	Middels	Lav	Kommunikasjon

