



Endringsoppgave

Ad-hoc multidisiplinær utredning

Nasjonalt topplederprogram

Else Kristin Reitan
Sørlandet sykehus, 13.10.15

1. Bakgrunn for oppgaven

I moderne kreftbehandling er multidisiplinær utredning (MDU) etablert som gullstandard. Multidisiplinær utredning er også godt innarbeidet i andre deler av somatikken, for eksempel innenfor traumebehandling, på intensivhetene og på gastrolabene.

Denne endringsoppgaven handler om hvordan organisasjonen kan legge til rette for, og understøtte, bruk av multidisiplinær utredning innenfor områder i somatikken der det ikke er mulig å planlegge og innarbeide dette som en fast rutine – altså der det må gjøres ad-hoc.

Opgaven har sitt utspring i kvalitetsrådet i Medisinsk klinikk, samt i erfaringene med gjennomføring av foretakets handlingsplan for kreftbehandling og implementering av nasjonale pakkeforløp for kreft. Arbeidet er forankret i sykehusets ledergruppe, som sammen med brukerrepresentant og tillitsvalgte er styringsgruppe for prosjektet.

2. Behovet for endring

Medisinen blir stadig mer kompleks, med økende spesialisering og subspecialisering som konsekvens. Den medisinske og medisinskteknologiske utvikling går fort, og kunnskapsmengden er stor. Pasientene forventer - med rette – å bli møtt som et helt menneske, der helsetjenestens samlede kompetanse kommer til anvendelse. Uansett hvordan et sykehus organiseres vil det være behov for å jobbe sammen på tvers av organisatoriske skillelinjer. Større organisasjoner, med høy rotasjon av medarbeidere og økende grad av funksjonsfordeling, gjør det også nødvendig med gode og kjente systemer for samarbeid.

Det skjer også i dag mye og god multidisiplinær ad-hoc utredning på tvers av avdelingsgrenser. Det er imidlertid i liten eller ingen grad systemstøtte for ad-hoc MDU. Det er sannsynlig at ad-hoc MDU bør gjøres i enda større grad enn i dag, og det er også sannsynlig at det kan gjennomføres på en mer systematisk måte, med lavere transaksjonskostnader.

3. Målsetting på kort og lang sikt

Det kortsiktige målet er å legge til rette for økt bruk av multidisiplinær utredning i somatikken, gjennom å forenkle og standardisere gjennomføringen av multidisiplinær utredning, samt øke bevisstheten om nytten av å jobbe multidisiplinært i utredningsfasen av pasientforløp.

Det overordnede målet med prosjektet (effekt målet) er å bidra til mer effektiv utredning, slik at man raskere kommer fram til riktig diagnose og riktig behandling.

Helsetjenesten har plikt til å utnytte ressursene mest mulig effektivt. Riktig bruk av MDU vil kunne bidra til effektiv ressursutnyttelse gjennom å redusere unødvendig venting og unngå sløsing knyttet til unødvendige undersøkelser, feildiagnostikk og feilbehandling.

4. Analyse

Prosjektets mål er bedre struktur for samarbeid på tvers av avdelinger i utredningsfasen ved komplekse og sammensatte pasientforløp. Dette forutsetter også en viss grad av kulturell endring. Det må tas hensyn til følgende forutsetninger under planlegging og gjennomføring av prosjektet¹

	Vurdering
Forankring	Endringen er godt forankret i sykehuset ledergruppe. Det er etterspurt fra sykehusets styre, og har sitt utspring i kvalitetsrådet i Medisinsk klinikk, der alle avdelingslederne er representert. På grunn av andre store forbedringsprosjekter i Kirurgisk klinikk vil det kunne bli noe mer krevende å forankre prosjektet her. Det vil være avgjørende for å lykkes at vi også her får med både ledere ² og "Early adopters" ³ fra noen av avdelingene i denne klinikken, samt fra Medisinsk service klinikk.
Gjennomføring	Prosjektledelse, arbeidsutvalg og prosjektgruppe bør til sammen ha tilstrekkelig gjennomføringsevne, ved hjelp av god forankring, gode prosesser ⁴ og "Early adopters" i avdelingene.
Tid	Gjennomføring er ikke avhengig av en bestemt tidsfrist. Det er allikevel bestemt at prosjektet skal være avsluttet innen utgangen av mars 2016, for å sikre nødvendig fremdrift.
Omfang	Endringen vil ikke oppleves som dramatisk i sitt omfang. Det handler mer om å legge til rette for en arbeidsform som alle søker å bruke når det er nødvendig, det vil si å understøtte en ønsket adferd. Det vil være mulig å innarbeide endringene i de avdelingene som er mest positive til prosjektet, og la praksis spre seg til øvrige avdelinger over tid, og gjennom erfaringene.
Bevaring	Endringen må ikke føre til at det som allerede i dag fungerer godt tvinges inn i en modell som ikke er tilstrekkelig tilpasset eller fleksibel. MDT-møtene i kreftbehandlingen må for eksempel ikke bli forstyrret av nye prosedyrer. Motsatt kan det være at også MDT-møtene i kreftbehandlingen vil ha nytte av økt formalisering, såfremt det lar seg tilpasse møtenes egenart.
Mangfold	Det er mange ulike fagområder med hver sine kulturer som skal høres og involveres, og til syvende og sist anvende disse nye rutineene. Bevisstheten om betydningen av MDU vil kunne variere fra fagområde til fagområde, og internt i den enkelte legeggruppe.
Kompetanse	Til sammen i arbeidsutvalg og prosjektgruppe bør det være tilstrekkelig kompetanse. I tillegg kan det innhentes kompetanse fra Organisasjonsavdelingen.
Kapasitet	Prosjektet har lav fremdrift frem til midten av november. Deretter bør prosjektledelsen ha tilstrekkelig frigjort tid. Arbeidsutvalget ser også ut til å kunne bidra godt. Å få legeggruppene i tale vil kreve god og langsiktig planlegging.

5. Fremdriftsplan

a) Interessentanalyse

For å få til denne endringen, må følgende medarbeidere og ledere involveres:

Interessentgrupper	Kommentarer
Legetjenesten i involverte avdelinger	I noen av legegruppene vil det være nødvendig å bruke mer tid på å drøfte og klargjøre prosjektets målsetting. Dette må tas hensyn til i møtene.
Avdelingsledere og seksjonsoverleger i involverte avdelinger	Tilsvarende vil gjelde for noen av lederne.
Kontortjenesten: ledere og nøkkelmedarbeidere i sentrale avdelinger i prosjektfasen Ved implementering: alle kontormedarbeidere	Vil være interessert i å bidra. Hvis nye rutiner innebærer nye oppgaver for kontortjenesten må dette tas hensyn til, og det må sikres god kommunikasjon om målsetting med mer.
Medarbeidere innen IKT/Dips	Sentral medarbeider involveres allerede fra oppstart av planleggingsfasen. Det er avgjørende å ha tilgang til deres kompetanse og kapasitet.
Toppledergruppen	Fremdrift gjennom vedtak i styringsgruppen må sikres gjennom langsiktig planlegging pga stor saksmengde hos toppledergruppen ⁵ .

b) Kommunikasjonsplan

Se vedlegg.

c) Risikoanalyse

Se vedlegg.

d) Milepælsplan

Se vedlegg.

e) Kritiske suksessfaktorer

- Å få de ulike legegruppene tilstrekkelig i tale til å kunne finne de riktige tiltakene
- Å implementere tiltakene på en slik måte slik at de faktisk tas i bruk som ny rutine

f) Spesielle ledelsesutfordringer som er knyttet til gjennomføringen av endringsoppgaven

- Prosjektet går på tvers av flere ulike klinikker og avdelinger, og er omfattende i sin utstrekning. Dette vil kreve at vi får med noen innovative ledere som kan være med å løfte prosjektet på foretaksnivå, og noen "early adopters" i de viktigste avdelingene.
- Prosjektet skal bidra til å endre handlinger. Dette vil kreve nye strukturer/systemer som legger til rette for de nye handlingene. Det vil imidlertid også kreve endringer i holdninger og kultur, med økt forståelse av at andre har bruk for din kompetanse.

6. Budsjett

Den enkelte avdeling dekker kostnadene for deltagelse for sine representanter. For arbeidsutvalget dekker Medisinsk klinikk ev. reisekostnader/konferanser. Medisinsk klinikk dekker også øvrige møtekostnader.

7. Konklusjon

Sykehusene er store og komplekse organisasjoner. Den medisinske utviklingen med økende kunnskapsmengde og økende grad av spesialisering forutsetter samarbeid på tvers av fagområder og avdelingsgrenser. Organisasjonen bør så langt som mulig legge til rette for og understøtte slikt samarbeid i komplekse og sammensatte pasientforløp. Dette prosjektet handler om å finne frem til gode tiltak som kan gjøre det lettere å jobbe sammen i ulike utredningsforløp, for å finne frem til riktig diagnose og riktig behandling, uten unødvendige forsinkelser.

Litteraturliste

¹ Balogun, Julia (2001) *Strategic change*, Management Quarterly Part 10, Faculty of finance and management

² Caldwell, David F. et al (2008) *Implementing strategic change in a health care system: The importance of leadership and change readiness*, Health Care Manage Rev. 2008, 33 (2), 124-133

³ Rogers, Everett M. (2001), *Diffusion of innovations*, New York: The Free Press, 4. Division of Macmillan Publishing Co

⁴ Kotter, John P. (1996) *Leading change*, Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press

⁵ Bang, Henning & Midelfart, Thomas Nettet (2012) *Effektive ledergrupper*, Oslo: Gyldendal Akademisk