



Sikre kirurgisk kompetanse frem mot 2030

Nasjonalt topplederprogram

Ingeborg Bøe Engelsen

Høst 2015

Bakgrunn og organisatorisk forankring for oppgaven

Avdeling for generell gynekologi og avdeling for gynekologisk onkologi ved Kvinneklinikken i Bergen har i dag spesialister med ulik kirurgisk kompetanse. Frem mot 2030 viser trenden en økning (1) i antall kreftpasienter. Sammen med endring i demografien vil det bety flere eldre med behov for operativ behandling innen gynekologisk kreft. All kreftkirurgi og spesialisert gynekologisk kirurgi vil sannsynligvis regionaliseres til Haukeland Universitetssykehus. Vi er allerede et nasjonalt behandlingssenter innen fistelkirurgi. Pr. i dag er der ingen systematisk etterutdanning innen kirurgi av spesialister i gynekologi i Norge. Det er ingen krav til volum pr. år for å få lov til å operere. Noen få kreftspesialister har fått amerikansk sertifisering (ESCO)(2).

Vi tror det er nødvendig med en mer strukturert etterutdanning og plan over hva våre avdelinger trenger av kompetanse i fremtiden. Det innebærer større samarbeid på tvers av våre to gynekologiske avdelinger, en strengere utvelgelse av kandidater som har talent for kirurgi og en "mester-svenn" opplæring av disse. I tillegg bør man tenke subspecialisering tidlig i utdanningsforløpet.

Prosjektet har god forankring i ledelsen ved Kvinneklinikken i Bergen som har sett dette behovet komme. I møter sammen med klinikkoverlege har vi kommet frem til at det er hensiktsmessig å forsøke å kartlegge behov og nødvendig kompetanse innen gynekologisk kirurgi som skal kunne oppfylle de krav som stilles i fremtiden til sikker og trygg pasientbehandling (3).

Behovet for endring – hvorfor endringen er nødvendig

Behovet for kirurgisk kompetanse innen kreftkirurgi vil øke (1). I tillegg vil de mest avanserte/kompliserte inngrep innen generell gynekologi bli operert på universitetssykehusene. Aldersfordelingen blant de dyktigste kirurgene hos oss i dag er jevnt rundt 50 år og om 10 år vil flere nærme seg pensjonsalder. Spesialistene i dag bruker hos oss 8-10 år på å lære seg kreftkirurgi og avanserte laparoskopiske teknikker pga lite volum, fødselspermisjoner og forskningsopphold (gjerne 3 år borte for å ta en PhD).

Endring blir nødvendig for å opprettholde kompetanse og drive sikker pasientbehandling. Antall inngrep i vår region (4) vil avgjøre hvor mange kirurger som skal beherske de enkelte teknikker og som tidlig bør gå for subspecialisering. Den enkelte kirurg bør utføre et minimum antall prosedyrer pr.år (1). Endring blir nødvendig for å opprettholde en viss aldersfordeling mellom kirurgene slik at kompetansen består over år og ikke er så sårbar for fravær/ frafall. Avdelingene generell gynekologi og gynekologisk onkologi bør dele på denne kompetansen og lære av hverandre.

I 2022 er planene at Kvinneklinikken skal flytte inn i det gamle hovedhuset sammen med kirurgisk avdeling, mens obstetrisk avdeling med ultralydseksjonen flytter inn i nytt bygg sammen med Barneklinikken. Dette vil mest sannsynlig tvinge frem en todeling av faget vårt og en endring i fordeling og bruk av legeressursene. Vi forventer større fokus på kreftkirurgi og andre kompliserte gynekologiske inngrep og at den enklere kirurgien står i fare for å settes ut til private aktører.

Målsetting

På kort sikt

Innhente kunnskap om hvilken kirurgisk kompetanse Kvinneklinikken trenger frem mot 2030 for å kunne gi optimal og sikker pasientbehandling og ut i fra denne kunnskap planlegge mer målrettet utdanning av enkelte talentfulle spesialister i form av subspesialisering.

Resultatmål

1. Lage en oversikt over dagens kompetanse og aldersfordeling (forslag til tabell)
2. Kartlegge hvilke typer elektive inngrep som det forventes vi skal operere årlig frem mot 2030
3. Forankre målet hos legene (overlegene og leger i spesialisering (LIS))
4. Planlegge en mer systematisk kirurgisk etterutdanning av våre yngre spesialister på tvers av avdelingene.
5. Standardisere minimumskrav til vaktkompetanse og tilby kompetanseheving
6. Bedre LIS utdanningen gjennom økt simulatoretrening

På lang sikt

Implementere dette i avdelingene for å forberede oss på endringene som kommer, inklusivt flytting i 2022. På lang sikt vil vi få hevet og sikret den kirurgiske kompetanse, noe som vil optimalisere pasientbehandling ved vår klinikk.

Analyse knyttet til endringskaleidoskopet (5)

Det er i all hovedsak overlegene ved de gynekologiske avdelingene som blir berørt av prosjektet. Overlegene ved generell gynekologisk avdeling og gynekologisk onkologisk avdeling har i dag separate arbeidsrutiner og har lite samarbeid. Det vil her bli nødvendig med justeringer av dagens rutiner for å optimalisere samarbeidet, ikke minst greie å se muligheten til en vinn vinn situasjon.

Først av alt må vi kartlegge dagens kirurgiske kompetanse. Dette kan gi oss kollegiale utfordringer, ikke alle vil nødvendigvis være enig i graderingen av den enkelte kirurg. Å skulle enes om kompetansenivå og kanalisere kirurgene til subspesialisering kan møte motstand i legegruppen. Neste utfordring ligger i å forutse hvilke pasientgrupper som skal behandles av Haukeland Universitetssykehus (HUS) versus i det private og hvor stort volumet vil bli (1,3). Her må vi be om hjelp fra DIPS ansvarlige til å analysere operasjonstall fra foregående år og se etter trender. Vi må forutsette at operasjonskapasiteten vil komme til å bli den samme som i dag selv om vi flytter inn i samme bygg som kirurgene i 2022.

I dag foreligger det kravs-lister for leger i spesialisering (6). Disse listene inneholder minimumskrav av operative inngrep frem til spesialitet. Det foreligger i dag ingen nasjonal etterutdanning innen kirurgi for gynekologer. Det er i dag store individuelle forskjeller på kompetanse både internt og sykehusene imellom.

Vi tror på mer strukturert etterutdanning som innebærer en strengere utvelgelse av kandidater som har talent for kirurgi og en "mester-svenn" opplæring av disse (7). Denne utdanningen kan begynne allerede i spesialiseringsforløpet. Avdeling for generell gynekologi og gynekologisk onkologi bør derfor dele på utdanning og kompetanse for å få størst mulig volum, noe som fordrer større samarbeid enn i dag. Alle spesialister som går i vakt må kunne utføre enkle

gynekologiske inngrep samt takle vanskelige keisersnitt. Her må man lage en plan for nødvendig vaktkompetanse med minimumskrav som kan kontrolleres gjennom sertifisering.

På sikt tror vi at private helseforetak vil overta stadig mer av den ”enkle” elektive kirurgien noe som vil gi oss store utfordringer sett i lys av utdanning av yngre leger. Vi ønsker å stille større krav til simulatorentrening og utarbeide et utdanningsprogram som må gjennomføres før man får innta operasjonsstuen. Kravs-listene til LIS må mest sannsynlig endres eller fjernes. Alle gynekologer trenger ikke kunne operere elektiv kirurgi, men ha kjennskap til inngrepene. På sikt må vi være med å legge press på private helseforetak som har avtale med Helseforetakene om å ta del i utdanning av LIS da de utfører en stor andel av de enklere inngrepene.

Fremdriftsplan med milepæler (M)

For Interessentanalyse, Kommunikasjonsplan og Risikoanalyse- se vedlegg

Kritiske suksessfaktorer

Det må foreligge full støtte fra ledelsen. I tillegg må vi greie å overbevise overlegene, spesielt gynekologene ved seksjonsoverlegen, om at dette er en nødvendig endring som må til for å klare de krav som møter oss i fremtiden.

M 1	Forankre effektmålet hos legene	Innen 01.02.2016
M 2	Kartlegge antall og typer kirurgiske inngrep vi kommer til å kunne operere frem mot 2030	Innen 01.03.2016
M 3	Lage en oversikt over dagens kirurgiske kompetanse ved KK	Innen 01.03.2015
M 4	Planlegge kirurgisk etterutdanning for våre spesialister	Innen 01.04.2016
M 5	Foreslå minimumskrav og planlegge en rullering av vaktlegene til gynekologisk avdeling for kirurgisk trening	Innen 01.06.2016
M 6	Forbedre utdanning av LIS, lage et skriftlig løp for simulatorentrening	Innen 01.06.2016

Budsjett

Prosjektet forventes ikke å ha store budsjettmessige konsekvenser. Det blir helt nødvendig å sette av tid til møte på slutten av dagen hvor alle overlegene kan møte. De ansvarlige for å lage skriftlige utdanningsforløp må få avsatt tid til dette i form av kontordag. Dette kan medføre noe redusert poliklinisk aktivitet, ca. 1-2 poliklinikker i måneden.

Sammendrag og konklusjon

Ledelsen ved Kvinneklinikken i Bergen har sett nødvendigheten av en mer strukturert etterutdanning av ferdige spesialister i kirurgisk teknikk for å gi god fremtidsrettet pasientbehandling. Ledelsesutfordringen ligger i å overbevise våre kolleger om at dette er veien å gå gjennom bedre samarbeid på tvers av avdelingene i form av ressursutnyttelse og bedre utdanning. Vi vil fremme tidlig subspecialisering. Grundig informasjon vil bli gitt i teammøter, informasjonsmøter, faktafremlegging og dialoger slik at endringen kan implementeres.

Referanser

1. Kreftkirurgi i Norge, Helsedirektoratet 03/2015
2. <http://www.esco.org>
3. Effektive ledergrupper, Henning Bang, 2014
4. Operasjonsaktivitet versus plantall 2013, Kvinneklinikken
5. Strategic change, Faculty of finance and management, 2001
6. Legeforeningen.no
7. Gi Kniven Videre, <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/fugo/>

Vedlegg

1. Interesseanalyse
2. Kommunikasjonsplan
3. Risikoanalyse (skjema og tabell)
4. Kravs-lister for LIS
5. Forslag til kompetanseoversikt ved KK

