

Endringsoppgave

*Etablering og tydeliggjøring av
kriterier for fordeling av
operasjoner med fokus på bedring
av arbeidsmiljø*

Nasjonalt topplederprogram

Ruby Mahesparan
Helse-Vest

Bergen, 1. april 2016

Bakgrunn og organisatorisk forankring for oppgaven

Nevrokirurgisk avdeling ved Haukeland Universitetssjukehus har hovedansvaret for nevrokirurgisk virksomhet i Helseregion Vest. Avdelingen utreder og behandler alle nevrokirurgiske tilstander, og har landsfunksjon i gammaknivbehandling og vestibularisschwannomer. Nevrokirurgisk avdeling er organisert under Nevroklubnikken som er sammensatt av Nevrokirurgisk avdeling og Nevrologisk avdeling og ledes av klinikkdirektør. Nevrokirurgisk avdeling har en avdelingssjef som har hovedansvaret for hele virksomheten og rapporterer direkte til klinikkdirektøren. Vedlegg 1 viser detaljert oversikt over organisering av Nevrokirurgisk avdeling. Nevrokirurgisk avdeling har 27 sengeplasser, hvor 7 plasser er knyttet til egen overvåkingsenhet. Avdelingen har 15.75 legeårsverk.

Ved Nevrokirurgisk avdeling, Haukeland sykehus ble det i 2015 gjennomført et tilsyn fra Arbeidstilsynet. Bakgrunnen for dette tilsynet var en bekymringsmelding fra enkelte ansatte. I forbindelse med tilsynet ble det høsten 2015 utført en omfattende kartlegging av faktorer som påvirker arbeidsmiljøet på avdelingen.

Forbedringsområder

I denne endringsoppgaven blir disse forbedringsområdene vektlagt

1. Tydeliggjøring av avdelingssjef sin styringsrett og lederansvar i organisasjon
2. Tydeliggjøring av kriterier som vektlegges ved fordeling av oppgaver, spesielt fordeling av operasjoner i hodet (craniotomier),
3. Tydeliggjøring av den enkelte medarbeiders selvstendige ansvar og medvirkning for kompetanseutvikling

Endringsoppgaven er forankret hos klinikkdirektør og administrerende direktør.

Behovet for endring og hvorfor endringen er nødvendig

Langvarige spenninger og uenighet i legegruppen i forhold til fordeling av oppgaver spesielt operasjoner i hodet (craniotomier), ble identifisert som en av faktorene som hindrer videre arbeid med å løse konflikter og bedre arbeidsmiljøet. Siden 2012 har avdelingssjef fordelt craniotomier etter etablerte kriterier. Det er likevel behov for å tydeliggjøre kriterier for fordeling av arbeidsoppgaver særlig operasjoner i hodet, bevisstgjøring av hvilke hensyn som må tas i vurdering om fordeling og aksept fra legegruppen.

Det er avdelingssjef som har det helhetlige ansvaret for trygg og god pasientbehandling.

Fordeling av oppgaver ligger klart under leders styringsrett. Det er påkrevd tydeliggjøring av

leders styringsrett og lederansvaret i organisasjon. Det må videre tydeliggjøres at medarbeidere også har et ansvar for egen kompetanseutvikling og å benytte de utviklingsmulighetene og læringsarena som er tilstede.

Målsetting på kort og lang sikt

Kort sikt

1. Felles forståelse og aksept for myndighetskrav og lederansvar for oppnå faglig forsvarlig behandling.
2. Det er etablert tydelige kriterier for fordeling av oppgaver.
3. Det er etablert en konkret beskrivelse av hvordan den enkelte og ledelsen skal ivareta avdelingens ansvar for kompetanseutvikling og – vedlikehold

Langsikt

Bedre arbeidsmiljø

Ved bedre arbeidsmiljø er det oppnådd

- Større forutsigbarhet for personalgruppen
- Større trygghet i personalgruppen
- Større forståelse, aksept og støtte for lederrollen, samfunnsoppdraget til avdelingen og behovet for spesialisering innad i avdelingen

Analyse knyttet til endring

Endringen er forankret i foretakets ledelse og gir dermed den nødvendige autoritet for å gjøre endringen. Det finnes noen etablerte kriterier for fordeling, men ledelsesutfordringer er å tydeliggjøre kriterier for fordeling av arbeidsoppgaver, hvilke hensyn som må tas i vurdering i fordelingen og felles forståelse og aksept for oppdraget fra myndigheter om hvordan oppnå faglig forsvarlig behandling. I prosjektet skal vi kvalitetskontrollere de etablerte kriterier, tydeliggjøre dem med begrunnelser og i tillegg undersøke om det er behov for å legge til flere, tydelige kriterier. Arbeidet vil basere seg først og fremst på styrende lov og forskrifter (Vedlegg 2), og krav til kompetanseutvikling og kompetansevedlikehold.

Det er behov for å tydeliggjøre at leder har det faglige og administrative ansvaret for virksomheten i den enheten vedkommende er satt til å lede. Dette totalansvaret innebærer å forvalte de ressursene som er tildelt, herunder tilrettelegge og styre den virksomhet som skal utøves innenfor de rammer som følger av lover, forskrifter og faglige krav. Arbeidet organiseres og tilrettelegges under hensyn til den enkelte arbeidstakers arbeidsevne, kyndighet, alder og øvrige forutsetninger og det legges til rette for at arbeidstaker gis mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom sitt arbeid ved å legge vekt på krav til spesialistutdanningen og legeforeningens krav til etterutdanningen av spesialister.

Antall inngrep i vår region vil avgjøre hvor mange kirurger som skal beherske de enkelte teknikker og som tidlig bør gå inn for subspecialisering. Dette vil innbefatte at alle legene ikke kan gjøre alt og det er nødvendig med prioritering og utvelgelse ut fra kriterier. Endring blir nødvendig for at kompetansen består over år og ikke er så sårbar for fravær/

fracfall og med det drive sikker pasientbehandling. Vi skal kartlegge type craniotomier og oversikt over kompetansen som i dag finnes i legegruppen. Det skal gjøres en kartlegging av hvilke type inngrep som skal forbeholdes noen få personer for å oppnå nødvendig kompetansevedlikehold og kompetanseforbedring, og hvilke type inngrep som kan spres til flere. Det skal også gjøre en vurdering av hva som er den nødvendige kompetansen innen intrakraniell kirurgi for å opprettholde vaktkompetansen. Deltagelse i craniotomier har tradisjonelt hatt en høy status, og formidling og erkjennelse av nødvendigheten av at deltagelse i andre områder hos legegruppen er verdifull og et viktig moment til videre arbeid.

Vi har noen få leger som har deltidsansettelse og en mindre gruppe som har hovedarbeidssted Stavanger hvor det primært drives spinal kirurgi. Det er krevende å utvikle kompetansen innen intracraniell kirurgi når legenes tilstedeværelse i avdelingen er begrenset. Det vil være en utfordring å møte deres forventninger om utvikling og vedlikehold av kompetansen i intracraniell kirurgi. Det kreves spesielt fokus og dialog for å skape en felles forståelse for problemstillingen.

I denne prosessen ønsker vi også kontakt med andre nevrokirurgiske avdelinger i Norge og andre avdelinger som vår avdeling kan sammenlignes med for å undersøke om hvilke kriterier som brukes for fordelingen av oppgaver.

Endringer vil ikke påvirke dagens drift men er viktig og nødvendig for å sikre opprettholdelse av nødvendige spisskompetanse innen ulike fagfelt innen nevrokirurgi, kompetanse-utvikling og -overføring for å bevare trygg og god pasient behandling. Kompetanseheving må legges til rette for den enkelte og det vil innebære mengdetrening innen for de ulike områder. Det vil innebære mer saklig begrunnelse og argumentering for hvorfor og hvordan oppgaver fordeles. Det vil medføre tydelighet i roller, oppgaver, ansvar og struktur som vil fører til mer forutsigbarhet og trygghet til legegruppen.

Kriterier for fordeling av craniotomier er bestemt å være klar for implementering innen utgangen av juni 2016, for å sikre nødvendig fremdrift.

Når det gjelder fremdrift og involvering, skulle dette fremgå av vedlagte kommunikasjonsplan.

Interessentanalyse:

Se vedlegget

Kommunikasjonsplan:

Se vedlegg

Risikoanalyse

Viser til vedlagte risiko analyse.

Kritiske suksessfaktorer

- Involvering og medvirkning av interessenter, særlig legegruppen
- Kriterier etableres på et trygt godt og saklig grunnlag.
- God informasjon og kommunikasjon.
- Involvering av leder som viser at dette er høyt prioritert, og berømmer gode innspill og tiltak
- Presenterer måloppnåelse underveis

Milepælsplan

Se vedlagte plan

Ledelses utfordringer

Se over

Budsjett

Det videre arbeidet forventes å foregå uten at dette har noen store budsjettmessige konsekvenser for de involverte personer eller virksomheter. Kostnader for møter og reiser dekkes av Nevroklinikken.

Sammendrag

Ledelsen i Nevrokirurgisk avdeling har sett behovet for å tydeliggjøre kriterier for fordeling av arbeidsoppgaver, særlig operasjoner i hodet, og hvilke hensyn som må tas i vurdering om fordeling. Dette innebærer at ikke alle kan gjøre alt. Kompetanseheving må legges til rette for den enkelte og det vil innebære mengdetrening innen for de ulike områder. Det vil medføre mer saklig begrunnelse og argumentering for hvorfor og hvordan oppgaver fordeles. Ledelsesutfordringen ligger i å overbevise legegruppen om dette er veien å gå for å sikre kompetanseutvikling og -opprettholdelse for å gi sikker og god pasient behandling. Den største risiko er at en mindre gruppe leger ikke aksepterer fordelingskriterier og dermed fortsetter misnøye og uenighet. Men når kriterier er etablert på et trygt, godt og saklig grunnlag, kan meninger, reaksjoner og kritikk kanaliseres mer konstruktivt og diskuteres opp mot retningslinjer og kriterier uten at personperspektivet får for stor plass. Det skal sikres tilstrekkelig involvering og medvirkning i prosessen og grundig informasjon vil bli gitt i legemøter, informasjonsmøter, fakta fremlegging og dialoger slik at endringen kan implementeres.

Vedlegg

Vedlegg 1: Organisasjonskart

Vedlegg 2: Aktuelle lover og forskrifter

Vedlegg 3: Interessentanalyse

Vedlegg 4: Kommunikasjonsplan

Vedlegg 5: Risikoanalyse

Vedlegg 6: Milepælsplan

Referanser

1. Caldwell DF, Chatman J, O'Reilly III CA, Ormiston M, Lapid, M (2008). Implementing strategic change in a health care system: The importance of leadership and change readiness *Health Care Manage Review*. 33(2), 124-133.
2. Bang, Henning & Midelfart, Thomas Nettet (2012) *Effektive ledergrupper*, Oslo: Gyldendal Akademisk.
3. Greenleaf RK (1991). *The servant as leader*. The Robert K. Greenleaf Center, Indianapolis. [Originally published in 1970, by Robert K. Greenleaf].
4. Greiner LE (1998) Evolution and revolution as organizations grow. *Harvard Business Review*. 76 (3), 55-68.
5. Jacobsen DI (2012). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Fagbokforlaget, Bergen.
6. Kotter J (1995), *Leading change: Why transformation efforts fail*. *Harvard Business Review*. 73(2), 59-67.
7. Kotter J, Rathgeber H (2006). *Our iceberg is melting*. McMillan, London.
8. Trastek VF, Hamilton NH, Niles EE (2014). Leadership Models in Health Care: A Case for Servant Leadership. *Mayo Clin Proc*. 89(3), 374-381.