

# Endringsoppgave:

«Videreutvikling av den elektive kirurgiske virksomheten ved SI Tynset.»

---

Nasjonalt topplederprogram

Oddbjørn Øien

Tynset, 21. mars 2017

# 1 Rammer, bakgrunn og organisatorisk forankring for endringen

Økt elektiv kirurgisk virksomhet ved SI Tynset er tema innen flere områder: Leddproteser, «non-malign bløtdelskirurgi» og postbariatrisk plastikkirurgi. Denne oppgaven avgrenses til videreutvikling av den postbariatriske plastikkirurgien. Metodikk/tilnærming vil ha overføringsverdi til de to andre kirurgiske satsingsområdene.

## *Rammer og bakgrunn*

Det har de senere årene vært en økning av operasjoner for sykelig overvekt («bariatrisk kirurgi») i Norge. Om lag halvparten av de opererte pasientene vil i etterkant trenge ett eller flere plastikkirurgiske inngrep for korreksjon av overflødig hud som gir symptomer og komplikasjoner (mage, bryst, overarmer, lår, «helkropp»). Dette er kirurgisk behandling som er medisinsk indisert. Tilbud om overvektsoperasjoner gir kapasitetsutfordring i forhold til plastikkirurgien i Norge, og pasientene må ofte vente lenge. Lange ventetider gir forringet livskvalitet, komplikasjonsrisiko og fristbrudd.

I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) vektlegges at lokalsykehusene sin rolle skal trygges og videreutvikles. Oppgavedeling mellom sykehus vil bidra til at den samlede kapasiteten blir bedre utnyttet, særlig i en situasjon hvor personell og kompetanse er begrenset. Det kirurgiske tilbudet må være tilpasset behovet, både lokalt og for de sykdommene der det er lange ventelister nasjonalt. Planlagt kirurgi må fordeles bedre mellom sykehusene. Denne føringen ble fulgt opp i foretaksmøtet Sykehuset Innlandet HF 8. juni 2016.

SI Tynset er akuttsykehuset for Fjellregionen og har 25 000 innbyggere i opptaksområdet. På bakgrunn av kvalitet, pasienttilfredshet, stabil bemanning og bærekraftig økonomi har det de siste 20 årene blitt satset målbevisst på utvikling av elektiv kirurgi og ortopedi. Dette for å understøtte primæroppgavene og beredskapsbehovene knyttet til rollen som akuttsykehus. Akutt og elektiv kirurgi kombineres på en god måte, med mulighet for skjerming av elektiv virksomhet og utvikling av strukturert pasientforløp.

I 2015 ble det ved SI Gjøvik operert 225 pasienter for overvekt. De aller fleste var fra Innlandet. I tillegg er det rimelig å anta at en del pasienter får tilbud fra private eller andre HF. Om lag 3600 gjennomgår bariatrisk kirurgi i Norge årlig. Ved å estimere at 300 pasienter fra Innlandet årlig blir operert for overvekt vil 100-150 ha behov for ett eller flere plastikkirurgiske inngrep. I dag henvises mange pasienter fra Sykehuset Innlandet til de etablerte tilbudene ved Sykehuset Telemark HF og Vestre Viken HF.

## *Organisatorisk forankring*

Helse Sør-Øst RHF (HSØ) har signalisert at de ønsker å bruke de offentlige sykehusene til denne oppgaven. Særlig mageplastikkene er aktuell å desentralisere. Administrerende direktør i Sykehuset Innlandet ønsker at tilbudet på Tynset utvikles videre.

SI Gjøvik, som har områdeansvar for bariatrisk kirurgi i SI, er positiv til at det etableres tilbud for postbariatrisk kirurgi ved SI Tynset.

Økning av postbariatrisk kirurgi er ønsket av ledelsen på alle nivåer ved SI Tynset. Jeg har hatt kommunikasjon med ulike grupper av ansatte, og responsen er positiv. Det er naturlig behov for detaljering, konsekvensvurderinger og forankring hos alle grupper av ansatte.

I noen grad vil økningen påvirke miljøer som ikke er ledet av SI Tynset (lab., forsyning, mat, ulike tekniske tjenester, renhold, boligforvaltning, pasientreiser). Lokalt ledernivå for disse områdene er foreløpig orientert, og vil bli fulgt opp i det videre arbeidet.

## 2 Hvorfor er endringen nødvendig? – Beskrivelse av behov

### *Pasienttilbud*

Dette er kirurgisk behandling som er medisinsk indisert. I dag er det underkapasitet og lange ventetider som gir forringet livskvalitet, komplikasjonsrisiko og fristbrudd for pasientene dette gjelder.

### *Beredskap*

Økt elektiv aktivitet i operative fag gir et bedre fundament til å opprettholde god kvalitativ akuttkirurgisk beredskap. Særlig vil en styrking av anestesitjenesten være verdifull. Se også avsnitt 3 Målsetting.

### *Økonomi*

ISF-finansiering og gjestepasienter utgjør i dag en stor del av inntektene til SI Tynset. Innsetting av leddproteser (ortopedi) er dominerende. Pasientene finner SI Tynset gjennom «Fritt sykehusvalg», og det er risiko knyttet til at pasienttilgangen i ortopedi kan bli for liten. Utvikling av flere elektive behandlingstilbud og at disse inngår i et forpliktende samarbeid om behandlingsskapasitet vil redusere risiko knyttet til pasienttilgang.

## 3 Målsetting – gjerne på lang og kort sikt

### *Faglig målsetting*

Økt kirurgisk aktivitet vil styrke SI Tynset. Økt anestesilegeressurs vil bli nødvendig, noe som vil bedre beredskapen og redusere sårbarheten siden det i dag er kun en anestesilege til stede ved SI Tynset til enhver tid. Den nødvendige økningen av plastikkirurgisk kapasitet vil ikke direkte bidra til vaktordningen i generell kirurgi siden plastikkirurgi er en egen hovedspesialitet. Likevel vil

plastikkirurgi bidra til et bredere fagmiljø og en generell styrking av legegruppen. Flere plastikkirurgiske inngrep vil medføre økt kompetanse og erfaringsvolum for spesialsykepleiere innen operasjon og anestesi.

Målsettingen er å etablere en kapasitet for postbariatrisk kirurgi som er tilstrekkelig til å dekke behovet for hele SI og minst ett HF til.

### *Utdanning*

Et høyt elektivt volum i et relativt skjermet miljø vil gi mulighet for å bidra i utdanning av plastikkirurger. Det vil forutsette samarbeid med etablerte utdanningsinstitusjoner innen fagområdet. Utdanning vil ikke kunne settes i system før endret modell for spesialistutdanning for LIS2 og LIS3 starter første halvår 2019.

### *Økonomisk målsetting*

Se avsnitt 7 under.

### *Overføringsverdi*

Erfaring med denne endringen vil ha overføringsverdi til andre fagområder og tilbud som det er naturlig å utvikle videre innen «non-malign» kirurgi og ortopedi.

## **4 Lederskapsperspektiv/lederutfordringer**

- Etablere et forpliktende samarbeid med SI Gjøvik som har ansvaret for den bariatriske kirurgien i HFet.
- Etablere samarbeid/avtale med annet HF eller HSØ som sikrer pasienttilgang
- Utarbeide strukturert behandlingslinje for pasientgruppen
  - Sykehuset har erfaring med etablering av strukturert forløp for leddprotesepasienter («Opp-og-gå»). Prosess og erfaringer kan gjenbrukes.
  - Det er mange ulike interessenter som vil inngå i pasientforløpet. Alle disse skal ivaretas.
  - Lederlinjen på ulike nivå må ta eierskap til økningen i aktivitet.
  - Jeg arbeider i direktørens stab, og vi er avhengig av lederlinjens beslutninger i forberedelse og gjennomføring.
- Pasientgruppen er allerede kjent ved SI Tynset. Dette er en fordel for planleggingen og gjennomføringen.

## **5 Analyse knyttet til modeller og teori (endringskaleidoskopet)**

- **Tid:** Det er ikke krise på Tynset. Etablering av tilbudet kan foregå kontrollert og planlagt.
- **Omfang:** I denne oppgaven beskrives tilpasning av etablert virksomhet. Aktivitetsvolumet vil øke og behovet for ressurser vil øke. Behandlingsforløpene for denne pasientgruppen er allerede beskrevet, men det kan være nyttig å se om ytterligere strukturering er

nødvendig. Organisasjonen har kompetanse på dette. Oppgaven kan løses med forsterkning av eksisterende arbeidsstokk og uten introduksjon av nye ansattgrupper og burde ikke forutsette endring av kultur.

- **Bevaring:** Gjennomføring avhenger av å ta vare på etablert kompetanse og strukturer og utvikle/forsterke disse.
- **Mangfold:** Endringen vil påvirke hele behandlingsapparatet med tilknytning til elektiv kirurgi, i hovedsak innen kirurgisk/ortopedisk avdeling. Det vil bli økt belastning på fellesstrukturer (som fysioterapi og bildediagnostikk) og total sengekapasitet. I noen grad vil økningen påvirke miljøer som ikke er ledet av SI Tynset (lab., forsyning, mat, ulike tekniske tjenester, renhold, boligforvaltning, pasientreiser).
- **Kompetanse:**
  - **Individuell:** Ingen vil få endret innholdet/hovedpreg i sin stilling. Der hvor det er ledig kapasitet hos enkeltindivider vil denne bli bedre utnyttet. Dette er endring som ansatte vil takle.
  - **Ledelse:** Økning i aktivitet er ønsket av lederlinjen og ansatte. Det er (mellom)ledere tett på alle enheter som vil bli involvert.
  - **Organisasjon:** Jf avsnitt over «Omfang»
- **Kapasitet:**
  - Endringen vil ikke kreve investeringer ut over økte lønnsutgifter som dekkes av økte inntekter.
  - Lederlinjen innehar nødvendig ledelseskraft og tid gjennom evne til å prioritere oppgaven, samarbeid og ønske om å lykkes.
  - Oppgaven kan løses med forsterkning av eksisterende arbeidsstokk og uten introduksjon av nye ansattgrupper.
- **Forankring:**
  - Arbeidsgruppe er nedsatt, se avsnitt 6.
  - Økning av elektiv kirurgisk aktivitet ble bifalt i felles møte med alle overlegene ved SI Tynset 10. mars.
  - Jeg har hatt direkte kommunikasjon med ulike grupper av ansatte, og responsen er positiv.
  - Økning av elektiv aktivitet er ønsket på alle nivå i sykehuset.
  - Ytterligere forankring er alltid nødvendig.
- **Maktforhold:** SI Tynset sin ledelse har fått i oppdrag å utvikle tilbudet og har frihet til å styre prosessen med egne ressurser og på egne premisser.
- **Endringsvei:** Gradvis utvikling av kjent virksomhet i et kontrollert tempo
- **Utgangspunkt for endringen:** Kombinasjon av top-down og bottom-up i og med at oppdraget er gitt av HF, og økning av elektiv aktivitet er ønsket på alle nivå i sykehuset.
- **Involvering:** Tilpasning av pasientforløp og justering av ressursbruk (bemanning) og gjennomførbart aktivtetsnivå til enhver tid vil forutsette medvirkning og samarbeid med grunnplanet. Involvere tillitsvalgte og vernetjenesten.
- **Intervensjoner:** I hovedsak knyttet til justering av kapasitet og tilpasning av rutiner.
- **Roller i endringen:** Ansvaret for gjennomføring vil ligge i den ordinære lederlinjen.

## 6 Framdriftsplan

Veivalg er per 090317 besluttet. Rekruttering av plastikkirurger er startet og sees på som en kritisk suksessfaktor.

Det er satt ned en arbeidsgruppe som utreder praktiske konsekvenser for pasientflyt, bemanning og infrastruktur ved økt elektiv kirurgisk aktivitet. Arbeidsgruppen består av representanter fra involverte sengeposter, poliklinikker, operasjonsavdeling, anestesi, bildediagnostikk, økonomi, bygg og tillitsvalgte. Denne gruppen har leveringsfrist 2. mai. Endelig tidsplan utarbeides etter denne leveransen. Et realistisk mål er å komme i gang med økt plastikkirurgisk aktivitet i løpet av 3. tertial 2017.

## 7 Budsjett - nøkkeltall - foreløpig anslag

### Inntekt - (Aktivitet/ISF/egenandel)

#### Anslag per uke

- 2 dg store operasjoner (N<sup>o</sup> 6)
- 1 dg mindre operasjoner (N<sup>o</sup> 8)
- 2 dg poliklinikk (N<sup>o</sup> 20)

	DRG	vekt 2017	antall	sum drg	50 %	egenandel	Sum
Bukplastikk (E65 QBJ10-30)	288B	1,372	4	5,488	117 314		117 314
Brystkirurgi (døgn)(HAD)	261	1,06	2	2,12	45 318		45 318
Arrkorreksjon ansikt	268O	0,378	3	1,134	24 241	921	25 162
Fjerninger	809J	0,04	3	0,12	2 565	921	3 486
Øyelokk (H023 CBB10)	41O	0,314	2	0,628	13 424	614	14 038
Pol-innt buk	910C	0,046	10	0,46	9 833	3 070	12 903
Pol-innt bryst	930O	0,047	10	0,47	10 047	3 070	13 117
Sum inntekt egne					222 743	8 596	<b>231 339</b>
Sum inntekt 50/50 egne/gjester					289 566	8 596	<b>298 162</b>
Sum inntekt kun gjester					356 389	8 596	<b>364 985</b>

### Kostnader - beregningsmodell

#### Primær merkostnad per uke

- Kirurg og anestesilege
- Team
- Sterilsentral og forbruksvare
- Hjelpepersonell poliklinikk

	antall	stk. pris	Beløp
Kirurg	1	120 000	120 000
Team	2 dg	9 463	18 926
Sterilsentral	2 t	310	621
hjelpepers pol	3 dg	3 154	9 463
Oppdekning, medisinsk forbruksvare instrumenter mv	6 op	5 119	30 714
Anestesilege	3 dg	15000	45 000
<b>Sum indirekte kostnader</b>			<b>224 724</b>

Sykehuset Innlandet vil ha behov for 100-150 inngrep på «egne» pasienter. En aktivitetsplan med 40 uker per år vil gi en kapasitet høy nok til å operere 100-150 gjestepasienter. En slik pasient-mix gir bidrag til positivt resultat med om lag 70' per driftsuke, eller 2,5-3 MNOK per år. Alle tall er foreløpige anslag per uke.

## 8 Kort sammendrag og konklusjon/anbefaling

SI Tynset har fått i oppdrag å øke aktiviteten innen postbariatrisk plastikkirurgi. Planleggingen tar utgangspunkt i en økning fra 50 til 250 mageplastikker (eller tilsvarende). Lokalt inngår dette som en del av en generell økning av elektiv kirurgisk virksomhet, særskilt motivert av styrking av sykehusets beredskapsfunksjon.

Analyse basert på «Endringskaleidoskopet» tilsier at gjennomføring er mulig. Praktiske konsekvenser utredes av en bredt sammensatt arbeidsgruppe som har frist 2. mai 2017.

Pasientene opplever i dag lange ventetider med gir forringet livskvalitet, komplikasjonsrisiko og fristbrudd. Pasienttilgangen vil være god.

Et foreløpig økonomisk anslag gir forventning om positiv økonomisk effekt.

Jeg anbefaler at endringen iverksettes. Endelig tidsplan utarbeides etter denne leveransen fra arbeidsgruppen 2. mai. Et realistisk mål er å komme i gang med økt plastikkirurgisk aktivitet i løpet av 3. tertial 2017.

## 9 Vedlegg – oversikt/referanser/linker etc

- Interessentanalyse.
- Risiko- og sårbarhetsanalyse.
- Kommunikasjonsplan