

Helse Midt-Norge

Avdeling for helsefag, forskning og utdanning

Omstilling 2012-2017

Helse Midt-Norge vil stimulere prosjekter som bidrar til nye måter å løse oppgavene på.
Stikkord: Jobbglidning; færre henvisninger; kontroller hos fastlege.

Dette notatet gir nærmere opplysninger om typen prosjekter som vi ønsker igangsatt, og om hensikten og målsettingen med prosjektene. Det er satt av inntil 20 millioner kroner til dette formålet.

Helse Midt-Norge skal ivareta sitt sørge for ansvar for spesialisthelsetjenester til innbyggerne i Midt-Norge. I dette ligger diagnostikk og pasientbehandling, men også forskning, utdanning og brukeropplæring er viktige kjerneområder. Innenfor rammen av de samme 15,4 mrd skal det finnes rom for investeringer innen IKT, MTU, vedlikehold av eksisterende bygningsmasse og ikke minst nye bygg.

På grunnlag av flere utredninger og vedtak i styret for helse Midt-Norge vil man for budsjettåret 2012 og i langtidsbudsjettet 2012-2017 sette av mer til investeringer. Det betyr at noe mindre skal gå til drift. Dette innebærer krav til omstilling gjennom hele perioden. En viktig del av omstillingsarbeidet blir å finne nye måter å løse oppgavene på. Noen oppgaver som i dag håndteres av spesialisthelsetjenesten skal gjennom samhandlingsreformen overføres til kommunene. Noen oppgaver vil bli løst på en annen måte enn i dag gjennom ny teknologi og nye medikamenter, og oppgaver kan løses med alternativ bruk av personell. Dette er et omstillingsarbeid som på faglig grunnlag skal bidra til å endre virksomheten i tråd med føringer lagt i Strategi 2020 og på en bedre måte sette oss i stand til å møte fremtidens utfordringer innenfor fastlagte rammer.

Omstillingsarbeidet skal bidra til kvalitetsforbedring, ivareta pasientsikkerhet og en bærekraftig og robust omorganisering av helsetjenesten. Den demografiske utviklingen fører til at det blir flere eldre som lever lengre, samtidig som det blir færre yngre som kan rekrutteres inn i helsetjenesten. Vi må bli flinkere til å finne nye og smartere måter å løse oppgavene på, og vi må bli bedre til å samarbeide på tvers. Helse Midt-Norge vil aktivt stimulere en slik utvikling gjennom flere prosjekter der helseforetakene og fagmiljøene inviteres til å delta i arbeidet med å finne nye måter å arbeide på. Dette er områder vi vil sette fokus på:

- **Jobbglidning**
- **Vaktsamarbeid**
- **Desentralisert poliklinikk**
- **Færre kontroller**
- **Færre henvisninger**
- **Helse Midt-Norge modellen**
- **Ressursplanlegging**

Tiltakene skal prosjektorganiseres.

Prosjektene skal ledes fra RHF, men selve gjennomføringen skal ligge på HF-nivå. Prosjektene skal være i tråd med føringene i Strategi 2020. Det er en viktig målsetting at prosjektene skal gi varige endringer i måten å drive på i hele foretaksgruppen. Det må legges vekt på registrering og datainnsamling med muligheter for evaluering. Det vil også gi plass for følgestudier og artikler der prosjekt og resultat beskrives og videreformidles. HMN RHF vil bidra med økonomisk og faglig støtte inn i prosjektene.

Søknad og prosjektbeskrivelse bør inneholde:

- Prosjektets navn
- Prosjektbeskrivelse
- Beskrivelse av hvordan prosjektet bygger opp under gode pasientforløp
- Beskrivelse av tilgrunnliggende behovs og aktivitetsanalyser
- Muligheter for erfaringsoverføring til andre enheter / foretak
- Beskrivelse av målbare mål
- Beskrivelse av studier, planlagte artikler og forskning som følger prosjektet
- Egne ressurser brukt på en ny måte i prosjektet
- Hvordan prosjektet organiseres og styres
 - Også samarbeidet med fag og fagforeninger
- Prosjektbudsjett
- Fremdriftsplan
 - Start
 - Milepæler
 - Prosjektslutt

Jobbglidning

Med begrepet jobbglidning tenker vi på en utvikling som naturlig har skjedd og som stadig skjer innen helsevesenet ved at oppgaver flyttes fra en yrkesgruppe til en annen. Dette kan skje på grunn av at den medisinskfaglige utviklingen forenkler behandlingen men også gjennom at kompetansen innen en profesjon heves.

Et godt eksempel på dette er ultralydundersøkelse av gravide. Det startet hos legene men ble etter hvert en undersøkelse som utføres av spesialutdannede jordmødre. All erfaring tilsier at dette har vært så vellykket at det bør gjøres til gjenstand for gjentakelse innen andre fagområder.

Helse Midt-Norge ønsker i første omgang å peke på noen områder der det både er behov og sannsynligvis muligheter for lignende jobbglidning. Det er endoskopiske undersøkelser av mage og tarm, gastrokopi og colonoskopi. Andre aktuelle fagområder er ultralydundersøkelser av mage og prostata, samt ultralydundersøkelse av hjerte i en hjertemedisinsk poliklinikk.

Dersom det i fagmiljøene rundt omkring finnes andre gode jobbglidningsprosjekter tar vi gjerne imot forslag. De kravene vi vil sette i forbindelse med prosjektene er at de omfatter undersøkelser som er viktige for pasientene, som det er et visst volum av, som i dag utføres av en yrkesgruppe men som i prosjektet overlates helt ut til en annen yrkesgruppe, og som fører til en varig endring i måten å drive virksomheten på. Endringen i måten å drive på må ikke

ensidig knyttes til hvem som gjør undersøkelsen men kan også omfatte måten det hele er organisert på. Ressurser kan samles i en "endoskopilab" med flere spesialutdannede sykepleiere som gjennomfører endoskopiske undersøkelser i samarbeid med en legespesialist. Legen er til stede og tilgjengelig for hjelp, veiledning og biopsitaking. Målet er at dette skal øke kapasiteten og tilgjengeligheten, og samtidig forbedre kvaliteten på denne typen undersøkelser.

Vaktsamarbeid

Det er en uttalt målsetting i Strategi 2020 at vi skal omfordele ressurser til dagtid. Helsetjenesten må organisere på en slik måte at alle får den hjelpen de trenger når de trenger det. Akutt syke må få hjelp uten unødig opphold når noe inntreffer. Men de som kan vente skal også tilbys hjelp uten unødig lang ventetid. Vi må ha tilstrekkelige ressurser i beredskap og vakt. Men samtidig må vi sørge for at flere er tilstede på dagtid. De fleste som venter står i kø for poliklinisk undersøkelse eller kontroll. Vi kan korte køene og ventetiden gjennom et vaktsamarbeid der færre er i beredskap og flere er tilgjengelig på dagtid. Dette krever mer samarbeid på tvers innad i sykehus og mellom sykehus. Prosjekter som kan bidra til at vi oppnår dette vil få stor oppmerksomhet.

Desentralisert poliklinikk

Mange såkalte småfag, som øyesykdommer og hudsykdommer er slett ikke spesielt små når det kommer til antall pasienter. Det er mange pasienter og mange polikliniske konsultasjoner innen disse fagområdene, og det er mange eldre pasienter. Derfor er det ønskelig med et kortreist tilbud og medisinskfaglig sett er det godt mulig å oppnå dette. Helse Midt-Norge vil arbeide aktivt for at vi får et bedre desentralisert tilbud innen flere fagområder. Det kan skje gjennom poliklinikkene i sykehusene men også gjennom en mer strategisk bruk av avtalespesialister utenfor sykehusene.

Færre kontroller

En undersøkelse som nylig er gjennomført ved St. Olavs Hospital viser at det er mange kontroller i poliklinikkene der. Sannsynligvis for mange. HMN vil støtte en videreføring av prosjektet samtidig som det breddes til andre sykehus. Hvis man lykkes med å redusere antall henvisninger og samtidig får kontroller og oppfølging i større grad over til fastlegen, så vil antallet pasienter som må gå i spesialisthelsetjenestens poliklinikker i sykehusene reduseres. Da vil nyhenviste lettere få plass, ventetiden blir kortere og fristbruddene blir borte. Mulige prosjektområder her vil være kvalitet på henvisninger, henvisningspraksis, oversikt over kontroller og tilbakeføring av kontroller til fastlege. Overføring av kompetanse til førstelinjetjenesten og samarbeid med fastlegene er en viktig del av dette.

Færre henvisninger

Ved å øke kompetansen i førstelinjetjenesten og samtidig bygge en kompetansebro mellom første- og andrelinjetjenesten kan antallet pasienter som må henvises reduseres. Det må anses som en ikke ubetydelig gevinst både for pasienten og fastlegen at en større del av diagnostikk og behandling kan skje i førstelinjetjenesten uten henvisning men med like stor grad av trygghet.

Helse Midt-Norge modellen

Vi mener at det arbeidet som er gjort i regi av prosjektet til Kulseng og hans medarbeidere ved St. Olavs Hospital, "Fastlege i tverrfaglig poliklinikk", er helt i tråd med Strategi 2020. Det er gjennomført en pilot ved tverrfaglig obesitaspoliklinikk ved St. Olavs Hospital. Denne piloten utvides til et 2-årig prosjekt i Helse Nord-Trøndelag, Helse Møre og Romsdal og St. Olavs Hospital.

Forutsetninger:

- Etablering av tverrfaglig poliklinikk for sykelig overvekt (jf. Styringsdokument). Det anbefales at Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal samlokaliserer poliklinikker for diabetes og sykelig overvekt dersom det er mulig.
- Opprettelse av id nr for samhandlingsstillinger.
- Stillingsutlysning drøftes med KS og helseforetak.
- Drøfte og iversette rapportering og evaluering av prosjektet.

Fastlegene ansettes i helseforetakene innen utgangen av mars 2012.

Beskrivelse av Helse Midt-Norge modellen:

Det opprettes en stilling for fastleger tilknyttet tverrfaglige obesitaspoliklinikker i helseforetakene. Legen skal utrede og behandle pasienter med fedme og diabetes under veiledning av spesialister på dette området. Legen skal også medvirke til gode pasientforløp i hele behandlingkjeden. Stillingen organiseres slik at den gir tellende tjeneste for spesialistutdannelsen som allmennlege. Legen skal ikke gå vaktturnus da dette vil innebære mye legearbeid som ikke er relevant. Stillingen ønskes å gå på rulling mellom kommunene i Midt-Norge og tilhørende HF. Hver lege vil jobbe i en periode på ca. 6-12 måneder i minimum 50 % stilling.

Hensikt:

Overordnet intensjonen med å ha allmennleger ved den tverrfaglige obesitaspoliklinikken er å forbedre samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten i arbeidet med fedme og diabetes. Dette innbefatter:

- Å øke kompetansen innen overvekt- og fedmeproblematikk hos allmennleger, samt at helsepersonell ved sykehuset får bedret innsikt i kommunenes utfordringer når det gjelder oppfølging av overvektige pasienter på hjemstedet.
- Legen bør etter endt tjeneste ved sykehuset kunne være en resurs for kommunen eller kommuner som samarbeider for å løse helseoppgaver. Dette medfører at legen må delta aktivt i å bygge opp kompetanse i førstelinjetjenesten og medvirke til at fastlegen i kommunen har et støttende nettverk med nødvendig kunnskap.
- Å styrke introduksjonen til implementeringen av de nye faglige retningslinjene for primærhelsetjenesten samt styrke arbeidet ved frisklivssentralene.
- Å få involvert primærhelsetjenesten i forskningsarbeid, som er avgjørende for utvikling på feltet.

Forskning

Prosjektet skal følges opp med forskning for å kunne beskrive innhold, erfaringer og effekten av tiltaket, slik at det skal kunne overføres til andre pasientgrupper. Det foreslås at det settes

ned en forskergruppe, ledet av Regionalt senter for sykkelig overvekt, RSSO, der alle tre helseforetak er representert. Dette vil være med på å skape eierskap i hele regionen til prosjektet, bidra til en god forskningsprotokoll og datainnsamling samt den øvrige gjennomføringen av evalueringen. Resultatene i prosjektet skal publiseres både internasjonalt og nasjonalt. I prosjektet kan både kvalitative og kvantitative teknikker benyttes for å beskrive effektene av Helse Midt-Norge Modellen. Forskningsgruppen vil også være åpen for innspill som kan forbedre prosjektet.

Detaljene i prosjektet (protokollen) bør utarbeides av forskergruppen. Hovedmålsetningen er at prosjektet skal være et "vise veien" prosjekt som vil avklare hva som skal til for å få til bedre samhandling og kvalitet. Nedenfor er eksempler på noen punkter som forskergruppen kan ta stilling til:

- Har fastlegen opplevd faglig utbytte av arbeidet ved poliklinikken?
- Har fastlegen bidratt til å bygge opp kompetanse i primærhelsetjenesten? Har det blitt gjennomført strukturelle endringer i fastlegens praksis eller hjemkommunen som bidrar til bedre pasientbehandling, færre henvisninger og riktigere henvisninger til andrelinjen? Har flere pasienter blitt tilbakeført til kommunen?
- Har prosjektet bidratt til at færre pasienter må kontrolleres i andrelinjetjenesten uten tap av kvalitet?
- Har endringene ført til økt pasienttilfredshet? Eventuelt: Hva er pasientenes erfaringer med tilbudet?
- Har fastlegen bidratt til å styrke kompetanse og tilbud i frisklivssentralene?
- Har prosjektet klart å bidra til bedre kommunikasjonen mellom første- og andrelinjetjenesten?

Økonomi:

Forslag til hvordan stillingen finansieres:

Stillingen finansieres med midler både fra samarbeidende kommuner, lokalt HF og RHF. RHF og kommunen avsetter midler i budsjett (samhandlings stilling) og overfører beløpet til HF. Inntjeningen som legen har i poliklinikken skal bidra til å dekke kostnader i HF (lokaler, renhold osv).

Ansettelse:

Legen blir ansatt i HF for den aktuelle perioden. Det opprettes et NR.Id.nr som er forbeholdt en slik samhandlingsstilling.

Helse Midt-Norge modellen – overførbarhet:

Det en langsiktig målsetting å benytte erfaringene og evalueringen av Helse Midt-Norge modellen til å møte utfordringene innen andre områder med behov for samhandling, heriblant psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, demens og KOLS.

Ressursplanlegging

God ressursstyring er viktig. Med rett kompetanse på rett sted til rett tid får pasientene det beste tilbudet. God ressursstyring fører til mindre ventetid og dødtid for personalet som

dermed får gjort jobben sin på en bedre måte. Mulige prosjektområder her er pasientflyt og bemanning i poliklinikk, dagpost eller operasjonsstue.

Søknader til prosjekter

Fagavdelingen i HMN mottar søknader. Det er viktig at prosjektene er avklart med ledelsen i helseforetaket. Helse Midt-Norge vil som det fremgår er noen av de prosjektene vi ønsker å gjennomføre tydelig skissert. Det gjelder spesielt "Helse Midt-Norge modellen" og prosjekt for "jobbglidning" der vi har pekt konkret på endoskopi og ultralyd. Her vil vi henvende oss direkte til fagmiljøene og invitere dem inn i prosjektene. For de andre områdene som det er pekt på står man friere med tanke på forslag til prosjekt. De som etter vår vurdering legger frem det beste forslaget til prosjekt og gjennomføring vil bli valgt.

Søknaden fremsendes via administrerende direktør i eget HF.

Søknadsfrist er 15.1.12

Vurderinger av hvem som får tildelt midlene, vil gjøres av fagdirektør og HR-direktør i Helse Midt-Norge. HMN forbeholder seg rett til å initiere prosjekter også utenom innkomne søknader.

Tildelingsfrist er 01.2.12